GÖTEBORGS UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

OPERATIONSSJUKSKÖTERSKORS ERFARENHETER AV KOMMUNIKATION INOM TEAMET

Systematisk litteraturöversikt

Valentina Hajdari
Admira Hodzic
Albulena Mekuli

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård
Program och/eller kurs:	OM5340
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2026
Handledare:	Annette Erichsen
Examinator:	Ulrika Källman

Titel svensk:	Operationssjuksköterskans erfarenheter av kommunikation inom teamet
Titel engelsk:	The operating room nurse’s experience of communication within the team
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård OM5340
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2026
Handledare:	Annette Erichsen
Examinator:	Ulrika Källman
Nyckelord:	Kommunikation, operationssjuksköterska, erfarenheter, patientsäkerhet

Sammanfattning

Bakgrund: I den komplexa operationsmiljön samarbetar det interprofessionella teamet för att bedriva en god och säker vård. Kommunikationen anses vara en viktig förutsättning för att operationsteamets samarbete ska fungera. När brister i kommunikationen förekommer kan det orsaka fel och missförstånd som kan hota patientsäkerheten och orsaka vårdskador. Det finns faktorer som påverka kommunikationen och operationsteamets samverkan. Det är av vikt att ta del vilka erfarenheter operationssjuksköterskor har av kommunikation för att få insikt hur det påverkar det perioperativa arbetet.

Syfte: Syftet var att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation inom operationsteamet.

Metod: En systematisk litteraturöversikt med kvalitativ ansats genomfördes. För analysen användes Graneheim och Lundmans modell för kvalitativa innehållsanalyser. Totalt inkluderades sjutton vetenskapliga artiklar i litteraturöversikten.

Resultat: Analysen resulterade i tre kategorier med tillhörande underkategorier. Huvudkategorierna var *Individuella och relationella förutsättningar för kommunikation*, *Teamdynamikens påverkan på kommunikation* och *Strukturer och organisatoriska ramar för kommunikation*. Den första kategorin visade att individuella egenskaper och förmågor hade betydelse för hur kommunikationen upplevdes inom operationsteamet. I den andra kategorin lyfts hur de teamdynamiska förhållandena såsom hierarkier och roller påverkade operationssjuksköterskans förmåga att kommunicera och värna om patientsäkerheten. Den tredje kategorin visade att strukturer och organisatoriska ramar formade kommunikationen genom kommunikationsverktyg, kommunikationsvägar, barriärer och miljöfaktorer.

Slutsats och kliniska implikationer: Operationssjuksköterskor upplever att kommunikationen inom operationsteamet påverkas av aspekter på individ-, team- och organisationsnivå. Aspekterna kan främja respektive hämma kommunikationen. Erfarenheterna av kommunikation ger en inblick i hur den upplevs samt vilka brister eller förbättringsmöjligheter som finns. Vidare forskning bör identifiera sätt att minska kommunikationsbrister för att kunna bedriva en mer patientsäker vård.

Nyckelord: kommunikation, operationssjuksköterska, erfarenheter, patientsäkerhet

Abstract

Background: In the complex operating room environment, the interprofessional team collaborates to ensure good and safe care. Communication is seen as a prerequisite for the operating team's collaboration to work. Deficiency in communication can cause errors and misunderstandings which can threaten patient safety and cause patient harm. It is important to explore the experiences of communication from operating room nurses to get insight into how it can affect the perioperative work.

Aim: The aim was to explore operating room nurses' experiences of communication within the operating room team.

Method: A systematic literature review was conducted with a qualitative approach. In the analysis Graneheim and Lundman's model for qualitative content analysis was used. In total, seventeen research articles were included.

Result: The analysis resulted in three categories with corresponding subcategories. The main categories were *Individual and relational conditions for communication*, *The impact of team dynamics on communication* and *Structures and organizational for communication*. The first category showed that individual characteristics and abilities influenced how communication within the operating team was percieved. The second category highlighted team dynamic factors, such as hierarchy and roles, affecting the operating room nurse's ability to communicate and secure patient safety. The third category showed that structures and organizational frameworks shaped communication through communication tools, communication ways, barriers and environmental factors.

Conclusion and clinical implications: Operating room nurses experience that communication within the operating room team is affected by aspects related to individual, team and organizational levels. These aspects can promote or hinder communication. The experiences of communication provide an insight into how it is experienced as well as the deficiencies or areas for improvement that exist. Furthermore, further research should identify ways to reduce communication gaps to provide safer patient care.

Keywords: communication, operating room nurse, experiences, patient safety

Förord

Arbetet med denna magisteruppsats har varit en lärorik och tidvis utmanande process, som krävt tålamod, uthållighet och ett genuint engagemang. Genom ett nära samarbete har vi inte enbart fördjupat vår ämnesmässiga kunskap, utan även utvecklat vår förmåga att arbeta tillsammans.

Vi vill även rikta ett stort tack till alla i vår omgivning som har visat förståelse och tålamod under processens gång. Era perspektiv och uppmuntran har varit ovärderliga för oss. Slutligen vill vi framföra vår uppskattning till vår handledare Annette, vars kloka råd, vägledning och konstruktiva återkoppling har varit oerhört värdefulla.

Innehållsförteckning

Inledning 1
Bakgrund 1
Kommunikation 1
Definition, kommunikationssätt och den interprofessionella kommunikationen 1
Kommunikationens betydelse för patientsäkerhet 2
Operationssjukvård 3
Operationsteamets dynamik och kommunikation 3
Kommunikationsverktyg i operationssalen 4
Operationssjuksköterskans roll och ansvar med fokus på kommunikation 5
Teoretisk referensram 7
Psykologisk säkerhet 7
Problemformulering 8
Syfte 8
Metod 9
Design 9
Urvalsstrategi 9
Inklusions- och exklusionskriterier 9
Datainsamling 10
Urvalsprocessen 12
Kvalitetsgranskning 12
Dataanalys 13
Etik 15
Resultat 16
Individuella och relationella förutsättningar för kommunikation 17
Operationssjuksköterskans individuella egenskaper 17
Stress och kommunikationsutmaningar 18
Olämplig kommunikation 18
Teamdynamikens påverkan på kommunikation 19
Betydelsen av hierarkier 19
Roller och inkludering 20

Att våga värna om patienternas säkerhet 21
Strukturer och organisatoriska ramar för kommunikation 22
Kommunikationsverktyg och strukturerade processer 23
Kommunikationsvägar och organisatoriska faktorer 24
Barriärer mot effektiv kommunikation 24
Miljöfaktorers påverkan 25
Diskussion 26
Resultatdiskussion 26
Psykologisk säkerhet 26
Hierarkier 27
Roller 28
Kommunikationsverktyg 28
Metoddiskussion 29
Slutsats och kliniska implikationer 32
Referenslista 33
Bilaga 1 Sökmatris 42
Bilaga 2 Kvalitetsgranskningsmall Kvalitativa studier 42
Bilaga 3 Artikelmatris 44
Bilaga 4 Matris över identifierade kategorier och underkategorier 51

Inledning

Operationssalen beskrivs som en komplex och högteknologisk miljö. I denna kontext är teamdynamiken avgörande eftersom den påverkar både kommunikationen och patientsäkerheten. Bristande kommunikation har i tidigare forskning kopplats till vårdskador. Samtidigt har tydlig och strukturerad kommunikation identifierats som en viktig faktor för att stärka patientsäkerheten, teamarbetet, ledarskapet och hantera stressen. Operationssjuksköterskan har en viktig roll inom operationsteamet och kan genom sin kompetens bidra till att främja patientsäkerheten och skapa förutsättningar för goda kirurgiska resultat. För att operationssjuksköterskan ska känna sig trygg att företräda patientens intresse är psykologisk säkerhet avgörande. Mot denna bakgrund är det betydelsefullt att sammanställa operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation inom operationsteamet.

Bakgrund

Kommunikation

Definition, kommunikationssätt och den interprofessionella kommunikationen

Det finns olika definitioner för begreppet kommunikation. Enligt Rogers och Kincaids modell är kommunikation en process där två eller fler individer utbyter information med varandra och skapar en ömsesidig förståelse (1). Enligt deras modell sker en informationsbearbetning först individuellt där individen tar emot, tolkar och förstår informationen. När individen sedan kommunicerar informationen till andra individer skapas gemensam förståelse, överenskommelse och eventuellt gemensamma handlingar. Bristande kommunikation kan göra att missförstånd, feltolkningar och misstro uppstår vilket kan försämra den ömsesidiga förståelsen och leda till konflikter och oenigheter (1). Det finns olika sätt att kommunicera såsom verbalt, med kroppsspråk och genom skrift. Faktorer som ton och attityd kan prägla kommunikationen och hur den tolkas. Det som utmärker kommunikationen är inte nödvändigtvis vad som sägs, utan hur eller på vilket sätt det sägs (2).

Interprofessionell kommunikation är den typ av kommunikation som sker mellan olika professioner i ett team (3). Då teammedlemmarna i operationssalen tillhör olika vårdprofessioner och specialiteter har de olika prioriteringar och kommunikationsstilar, något som kan leda till brister i informationsöverföring och öka risken för kommunikationsfel (4). Effektiv interprofessionell kommunikation kan förbättra teamets prestation och anses som centralt för att teamets samarbete ska fungera (5). Det finns faktorer som främjar respektive hämmar den interprofessionella kommunikationen. Enligt Gleeson et al. (3) kan faktorer som att visa respekt, förståelse för varandras roller och goda personliga relationer vara främjande faktorer. Respekt och förståelse för varandras roller kan bidra till att den interprofessionella kommunikationen blir effektiv. Goda relationer möjliggör bättre kommunikation och ett mer effektivt teamarbete. Däremot kan hämmande faktorer öka risken för kommunikationsfel interprofessionellt. Faktorerna utgörs exempelvis av bristande förståelse för varandras roller, prioriteringsskillnader mellan professionerna, hög arbetsbelastning och hierarki. Hierarkin kan exempelvis hämma individens förmåga att "speak up" inom teamet (3). Begreppet "speak up" definieras som individens förmåga att identifiera patientsäkerhetsrisker och använda sin röst för att lyfta dem till någon som kan åtgärda risken (6). Inom sjukvården hämmas denna förmåga av hierarki som hindrar vårdpersonal från att lyfta patientsäkerhetsrisker (7).

Kommunikationens betydelse för patientsäkerhet

I Sverige definieras patientsäkerhet som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen (8). Enligt lagen ska hälso- och sjukvården inte orsaka patienten skada, vilket sätter krav på att adekvata åtgärder vidtas i preventivt syfte. När kommunikationen inom teamet är bristfällig kan det resultera i missförstånd, konflikter och utelämnad information (9). Sådana brister kan leda till att patienter drabbas av vårdskador (10, 11), som hade kunnat förebyggas (11). För patienten kan kommunikationsbristerna innebära negativa konsekvenser som exempelvis feldiagnostisering, medicineringsfel och död (10). I operationssalen kan de mänskliga aspekterna hos personalen medföra större risker för patientsäkerheten än de tekniska aspekterna (9). Förbättrad kommunikation inom teamet är avgörande för att förebygga och hantera fel samt skapar förutsättningar för ett mer säkert och effektivt arbete (12).

Operationssjukvård

Operationsmiljön beskrivs som en komplex, dynamisk och teknisk miljö där multiprofessionella team måste samarbeta för att säkerställa patientsäkerheten (13). Perioperativ omvårdnad är en benämning på den specifika omvårdnad som sker vid operativa ingrepp och består av den pre-, intra- och postoperativ fasen (14). Den perioperativa omvårdnaden utförs av operations- och anestesisjuksköterskan, både enskilt och tillsammans. Omvårdnaden under den preoperativa fasen innefattar förberedelser, bedömningar (15) och den preoperativa dialogen tillsammans med patienten. Dialogen skapar möjlighet för operationssjuksköterskan att bygga en relation till patienten och utföra nödvändiga förberedelser för att effektivisera operationsarbetet (16). När patienten tas emot i operationssalen påbörjar den intraoperativa fasen och omvårdnaden i operationsrummet (14). Postoperativt görs nödvändiga rutinkontroller och en postoperativ dialog hålls. När operationssjuksköterskan är med i alla delar av den perioperativa vården skapas en kontinuitet (16).

Operationsteamets dynamik och kommunikation

I operationsmiljön möts olika professioner som tillsammans bildar ett team (11). Professionerna som ingår i operationsteamen kan skilja sig mellan olika länder och deras sjukvårdssystem (17). Enligt World Health Organization (WHO) består operationsteamet vanligtvis av sjuksköterskor, kirurger, anestesipersonal, operationsassistenter och annan operationspersonal (18). Professionerna som ingår i operationsteamet har olika bakgrunder, kompetenser och erfarenheter (11), och bidrar till gruppens arbete utifrån sitt professionella ansvar och expertis (19). För att kunna bedriva operationsvård som är effektiv och patientsäker behöver professionernas insatser samordnas (11, 20).

Teamdynamiken i operationssalen är en viktig aspekt att beakta eftersom den påverkar både kommunikationen och patientsäkerheten (21). Det är yrkesrollerna inom operationsteamet som lägger grunden för hur teamdynamiken fungerar eller ser ut (11). För att kunna arbeta effektivt behöver medlemmarna känna sig säkra i att uttrycka sina åsikter och observationer. Kulturella normer inom organisationen påverkar individernas förmåga att ta risker, som

exempelvis att våga uttrycka oro, ställa frågor, erkänna misstag och komma med idéer. I operationssalen finns hierarkier som ofta baserar sig på profession, erfarenhet och kön (22). Hierarki inom operationssalen har funnits länge och traditionellt har kirurgen haft ledarrollen. Samtidigt som ny forskning visar att operationsteam är mindre hierarkiska eftersom det finns större social jämlikhet och bekvämlighet inom teamet, är det fortfarande vanligt att den primära kirurgen bär på ledarrollen. Att operationsteamen är mindre hierarkiska bidrar till att teamen ofta har bättre interprofessionell kommunikation (11).

Kommunikationsverktyg i operationssalen

Som tidigare nämnts har kommunikationen inom operationsteamet betydelse för patientsäkerheten och antalet vårdskador (10, 11). Bristande kommunikation mellan vårdpersonal har rapporterats vara den främsta orsaken till tillbud och oönskade händelser (23). Tidigare forskning har visat att patientsäkerheten kan förbättras genom användningen av kommunikationsverktyg (24, 25). Användningen av kommunikationsverktyg i operationssalen har visat sig förbättra den upplevda kvaliteten av kommunikation och teamarbete samt minska antalet misstag relaterade till bristande samarbete (24). För att strukturera kommunikation och främja samarbetet inom operationsteamet används exempelvis kommunikationsverktygen *Crisis Resource Management* (CRM) (11), *Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation* (SBAR) (23) och *WHO:s Checklista För Säker Kirurgi 2.0* (18).

CRM är ett arbetssätt som ursprungligen utvecklades inom flygindustrin för att förbättra teamdynamiken och den mänskliga faktorns inverkan på säkerhetskulturen (11). Genom simuleringsövningar tillsammans med closed-loop kommunikation tränas teamets kommunikations- och samarbetsförmåga, vilket bidrar till att skapa en samsyn och förbättra teamets prestation (26). Closed-loop är en strukturerad kommunikationsmetod som bygger på tre steg för att säkerställa att korrekt information uppfattats, förståtts och utförts. Först ger avsändaren information till mottagaren, sedan upprepar mottagaren informationen och slutligen bekräftar avsändaren att mottagaren har uppfattat informationen korrekt. Det är genom återkopplingen som det går att säkerställa att informationen har uppfattats rätt (27).

Kommunikationsmodellen SBAR används för att tydliggöra och strukturera kommunikationen genom att fokusera på det viktigaste budskapet. Modellen används inom sjukvården för att skapa en enklare, säkrare och mer effektiv kommunikationsöverföring (23, 28). Implementeringen av SBAR inom vården skapar förutsättningar för en gemensam kommunikationsstruktur som minskar risken för att viktig information glöms bort eller missuppfattas (23, 29). I en operationskontext kan modellen bidra till ett effektivare teamsamarbete, minska antalet kommunikationsfel och stärka patientsäkerheten (28, 29). WHO:s checklista för säker kirurgi infördes för att minska antalet misstag och vårdskador globalt genom förbättrad kommunikation och teamsamarbete under kirurgi (18). Checklistan består av de tre faserna "kontroll inför anestesistart", "kontroll inför operationsstart" och "avslutning". Under varje fas finns det tillhörande punkter som ska besvaras. En del av punkterna är specifikt avsedda för olika professioner inom operationsteamet. Användningen av checklistan bidrar till att kommunikationen inom operationsteamet blir mer öppen och att viktiga moment inte glöms bort. Det finns evidens för att korrekt användning av checklistan bidrar till att minska risken för morbiditet och mortalitet i samband med kirurgi med 20–40% (30).

Operationssjuksköterskans roll och ansvar med fokus på kommunikation

I Sverige finns det en skyddad yrkestitel för operationssjuksköterskan. För att bli operationssjuksköterska behövs en sjuksköterskelegitimation och ett års vidareutbildning inom operationssjukvård (31). Internationellt finns det olika yrkestitlar för att beskriva operationssjuksköterskans profession, som exempelvis *perioperative nurse, scrub nurse* och *circulating nurse* (32).

Operationssjuksköterskans roll inom operationsteamet innefattar att instrumentera, bibehålla aseptik, förebygga komplikationer, hantera medicinsk teknik och biologiska preparat (33). Kompetensen hos operationssjuksköterskan möjliggör ett arbete som främjar patientsäkerhet och optimerar kirurgiska resultat. Kunskapsområden inkluderar praktiska kunskaper, kommunikation, teamarbete, samordning och ledarskap (5). Ett av de viktigaste ansvaren för operationssjuksköterskan är att säkerställa att patienten inte utsätts för skador under operation

(33, 34). Operationssjuksköterskan kan arbeta förebyggande för att skydda patienter från vårdskador genom sin kunskap inom topografisk anatomi, kirurgiska metoder och klinisk erfarenhet. Det förebyggande arbetet inkluderar exempelvis att skydda patienten från tryck- och nervskador, vara förberedd på oförutsedda händelser och kontrollera att inget glöms i patientens kropp (34). Ett grundläggande ansvar som operationssjuksköterskan har är att kontrollera patientidentitet för att förhindra felkirurgi och vårdskador. Det hör till operationssjuksköterskans roll att vara patientens förespråkare, särskilt när patienten är under sedering och inte kan uttrycka sig (33). I dessa situationer är det viktigt att värna om patientens integritet och värdighet (33, 34). Operationssjuksköterskan strävar efter att skapa en lugn och välkomnande miljö när patienten tas emot på operationssalen (34, 35). Genom att säkerställa att alla förberedelser är genomförda innan patienten anländer syftar operationssjuksköterskan till att skapa en trygg vårdmiljö (35).

Kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskor beskriver det interprofessionella samarbetet i operationssalen som viktigt för att kunna bedriva en god och säker vård. Operationssjuksköterskan behöver besitta förmågor inom ledarskap, kommunikation och pedagogik. Ledarskapsrollen växlar mellan personal under de olika operationsfaserna, och för att det ska fungera behövs en god kommunikation och ömsesidig respekt inom operationsteamet. Operationssjuksköterskans ledarskapsroll är framför allt kopplad till infektionsprevention, aseptik och hygien (14). Inom operationsteamet kommunicerar operationssjuksköterskan genom verbal och icke-verbal kommunikation. Den icke-verbala kommunikationen kännetecknas av små gester, blickar mot önskad operationsutrustning eller handrörelser (17). Den kommunikativa förmågan som operationssjuksköterskan besitter beskrivs som viktig. I det gruppsammanhanget som operationssjuksköterskan ingår i handlar det om att med hjälp av god kommunikation förebygga missförstånd och misstag och på så vis förbättra patientsäkerheten (14).

Teoretisk referensram

Psykologisk säkerhet

Psykologisk säkerhet kan definieras som en gemensam uppfattning bland teammedlemmarna om att arbetsplatsen är trygg för socialt risktagande (36). Teammedlemmarna ska känna sig trygga att uttrycka sig, ställa frågor, dela idéer och känna sig bekväma med att vara sig själva. I psykologiskt trygga miljöer vågar individerna erkänna sina misstag utan rädsla för repressalier från arbetsgruppen. Psykologiskt trygga omgivningar kännetecknas av att det finns en öppen kommunikation. Konflikter kan uppstå på arbetsplatsen, och i ett team med hög psykologisk säkerhet ges möjlighet för teammedlemmarna att uttrycka potentiella störningsmoment vilket kan skapa förutsättningarna för förbättringsmöjligheter (37). Arbetsplatser som präglas av hög psykologisk säkerhet byggs upp av ledarskap som inspirerar och stödjer medarbetarna att uppnå sina mål. Detta leder till ökad ärlighet och medarbetarnöjdhet, vilket är avgörande för att säkerställa god och patientsäker vård (37, 38).

Hur trygg en person upplever sin psykologiska miljö har betydelse för viljan att ägna sig åt lärandebeteenden, exempelvis att dela information, be om stöd eller pröva nya sätt att arbeta samt rapportera misstag (37, 38). I en välfungerande teamkultur har medarbetarna en positiv inställning till negativ återkoppling. Att få negativ återkoppling ses istället som något naturligt och önskvärt, det ses som en möjlighet till förbättring snarare än kritik. När medarbetarna uppfattar kollegornas avsikt som välvillig snarare än som personliga angrepp, bidrar återkopplingen till öppen och respektfull kommunikation, där återkoppling används som ett verktyg för lärande och utveckling (36). Hierarkisk status påverkar graden av psykologisk säkerhet en person upplever. Forskning visar att psykologisk säkerhet är kopplad till status på arbetsplatsen, teammedlemmar med högre status upplever högre nivåer av psykologisk säkerhet jämfört med de personerna med lägre status (39). Teammedlemmar med lägre hierarkisk position upplever mer stress när personer med högre positioner är närvarande (37).

Teamledaren, som ofta utgörs av kirurgen, kan genom specifika interprofessionella handlingar förbättra den psykologiska säkerheten i teamet. Handlingarna syftar till att motivera teammedlemmarna, värdera deras bidrag samt minska maktskillnader inom teamet och främja lärandet och den psykologiska säkerheten. Teamledarens handlingar bidrar till att teammedlemmarna känner att deras specifika kompetens och bidrag uppskattas vilket gör det lättare att uttrycka sina synpunkter (40). Teammedlemmarnas uppfattning av ledningens effektivitet har samband med nivån av psykologisk säkerhet. Skillnad i makt och status visades när kommunikationen blev ensidig och teamet inte tillfrågades att bidra med sina synpunkter (39). I team där medlemmarna prioriterade patientsäkerhet och upplevde hög psykologisk säkerhet görs färre misstag, i jämförelse med team med låg psykologisk säkerhet (37). Team som upplevde hög psykologisk säkerhet gjorde färre misstag, däremot rapporterades misstagen i högre grad (38).

Problemformulering

Kommunikation är en förutsättning för att kunna bedriva en god och säker vård. Risken med bristande kommunikation är att det kan leda till fel och missförstånd som kan hota patientsäkerheten och orsaka vårdskador. Inom operationsmiljön finns det exempelvis faktorer på individ-, team- och organisationsnivå som kan påverka kommunikationen och operationsteamets samverkan. Trots att kommunikationsbrister i operationsmiljön är identifierade som bidragande orsak till vårdskador, finns det begränsad kunskap om hur operationssjuksköterskor själva erfar kommunikationen. Det är av vikt att ta del av vilka erfarenheter som operationssjuksköterskor har av kommunikation för att få insikt i hur det påverkar det perioperativa arbetet. Uppsatsen avser att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation inom operationsteamet.

Syfte

Syftet är att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation inom operationsteamet.

Metod

Design

Uppsatsen genomfördes som en systematisk litteraturöversikt enligt Bettany-Saltikovs modell för systematiska litteraturöversikter. En systematisk litteraturöversikt syftar till att sammanställa aktuell forskning och evidens inom ett forskningsområde på ett strukturerat och transparant sätt (41). Fördelarna med metoden är att all forskning inkluderas på ett systematiskt och inte selektivt sätt, vilket minskar risken att resultatet styrs av forskarens personliga uppfattningar eller åsikter (42). För studier som syftar till att förstå människors subjektiva erfarenheter och känslor är en kvalitativ ansats lämplig (43). I litteraturöversikten inkluderades artiklar med kvalitativ metod samt blandad metod (44). Från artiklar med blandad metod inkluderades endast den kvalitativa delen.

Urvalsstrategi

Population Exposure Outcome (PEO) modellen (45) användes som ett verktyg för att få en överblick i litteraturöversiktens problemformulering och därigenom strukturera sökord i litteratursökningen. Populationen definierar vilken grupp som står i fokus, som i denna litteraturöversikt utgörs av operationssjuksköterskan. Exponeringen redogör för operationssjuksköterskornas upplevelser av kommunikation medan Outcome beskriver erfarenheterna, se tabell 1 PEO-modellen.

Tabell 1 – PEO modellen

Population	Exposure	Outcome
Operationssjuksköterskor	kommunikation	Erfarenheter

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusions- och exklusionskriterier etablerades utifrån litteraturöversiktens syfte för att identifiera artiklar som kunde besvara syftet innan databassökningen genomfördes (46). Exempel på inklusionskriterier var engelsk som språk, peer-reviewed granskning och publicerad inom de senaste tio åren. Exklusionskriterier var bland annat artiklar med operationssjuksköterskestudenter exkluderades ur litteraturöversikten då studenterna inte

arbetade som operationssjuksköterskor. Även artiklar som fokuserade på operationssjuksköterskans kommunikation med patienten och anhöriga exkluderades. Likaså exkluderas artiklar där operationssjuksköterskans erfarenheter inte kunde urskiljas. Artiklar med observationsmetoder av kommunikationen inom operationsteamet utan intervjuer exkluderades. Inget ställningstagande gjordes i urvalet avseende vilken typ av operation eller ingrepp som utfördes i operationsmiljön. Ingen hänsyn togs till artiklarnas publiceringsland, se tabell 2 för detaljerad beskrivning av inklusions- och exklusionskriterier.

Tabell 2. Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Peer reviewed	Operationssjuksköterskans perspektiv kan ej urskiljas
Etiskt godkänd	Operationssjuksköterskestudenter
Engelska språk	Kommunikation med patienten/anhörig
Empiriska studier	Review artiklar
Publicerade efter 2015	Litteraturöversikter
	Kvantitativa artiklar
	Observationsstudie utan intervju

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes genom systematiska litteratursökningar i databaserna PubMed och Scopus, vilka nåddes via Göteborgs universitetsbibliotek under januari 2026. Databaserna var inriktade på omvårdnad och medicinsk forskning (42) och ansågs därför vara lämpliga för litteraturöversikten. Inledande sökningar genomfördes för att identifiera sökord som svarade till litteraturöversiktens syfte. Sökorden ”theatre nurse”, ”operating room nurse”, ”communication” och ”experience” lade grunden för de systematiska litteratursökningarna.

I PubMed användes en kombination av ämnesord med hjälp av Medical Subject Headings (MeSH) (47) och fritextord för att identifiera artiklar. I Scopus däremot användes enbart fritextord applicerade i fältet titel, abstrakt och nyckelord (TITEL-ABS-KEY). Booleska operatorerna ”AND” och ”OR” användes i syfte att begränsa respektive utöka sökordens

sökträffar (48). Vid synonymsökning användes operatorn ”OR” för att säkerställa att ett av sökorden fanns i träfflistan, samt för att möjliggöra en uttömmande sökning av termen. Sökning med trunkering (*) användes för att inkludera möjliga ordändelser och variationer av sökord (49) medan citationstecken (” ”) användes för att säkerställa att sammansatta begrepp söktes i sin helhet (50). Se tabell 3 för en detaljerad redogörelse av sökord och MeSH-termer.

Tabell 3 Sökord och MESH-termer

	P **Population** **(grupp)**	**E** **Exposure** **(exponering)**	**O** **Outcome** **(utfall)**
	Operationssjuksköterskor	Kommunikation	Upplevelse
Mesh	Perioperative Nursing* Operating room nursing Nursing, perioperative Nursing, operating room	Communication Interdisciplinary Communication	Perception*
Fritext	Theatre nurse Intraoperative nurse Perioperative nurse Operating theatre nurse Operating room nurse Surgical nurse Surgical scrub nurse Scrub nurse Circulating nurse	Communicati* Nonverbal Miscommunication Teamwork	Experience* View* Perception Attitude* Perspective* Opinion*

Utifrån PEO-modellen skapades individuella sökblock där fritextord och MeSH-termer kombinerades för att möjliggöra en mer systematisk och fokuserad sökning. Därefter kombinerades resultaten från de olika sökblock för att skapa en sammanhängande och komplett söksträng, se bilaga 1 Sökmatris. Bibliotekarier vid universitetsbiblioteket rådfrågades för att säkerställa att sökblock i databaserna skapats korrekt med hjälp av operatorerna AND och OR. Sökträffarna från respektive databas exporterades därefter till referenshanteringsprogrammet Zotero och 170 artikeldubbletter sorterades ut. Kvarstående 1437 artiklar genomgick sedan en urvalsprocess.

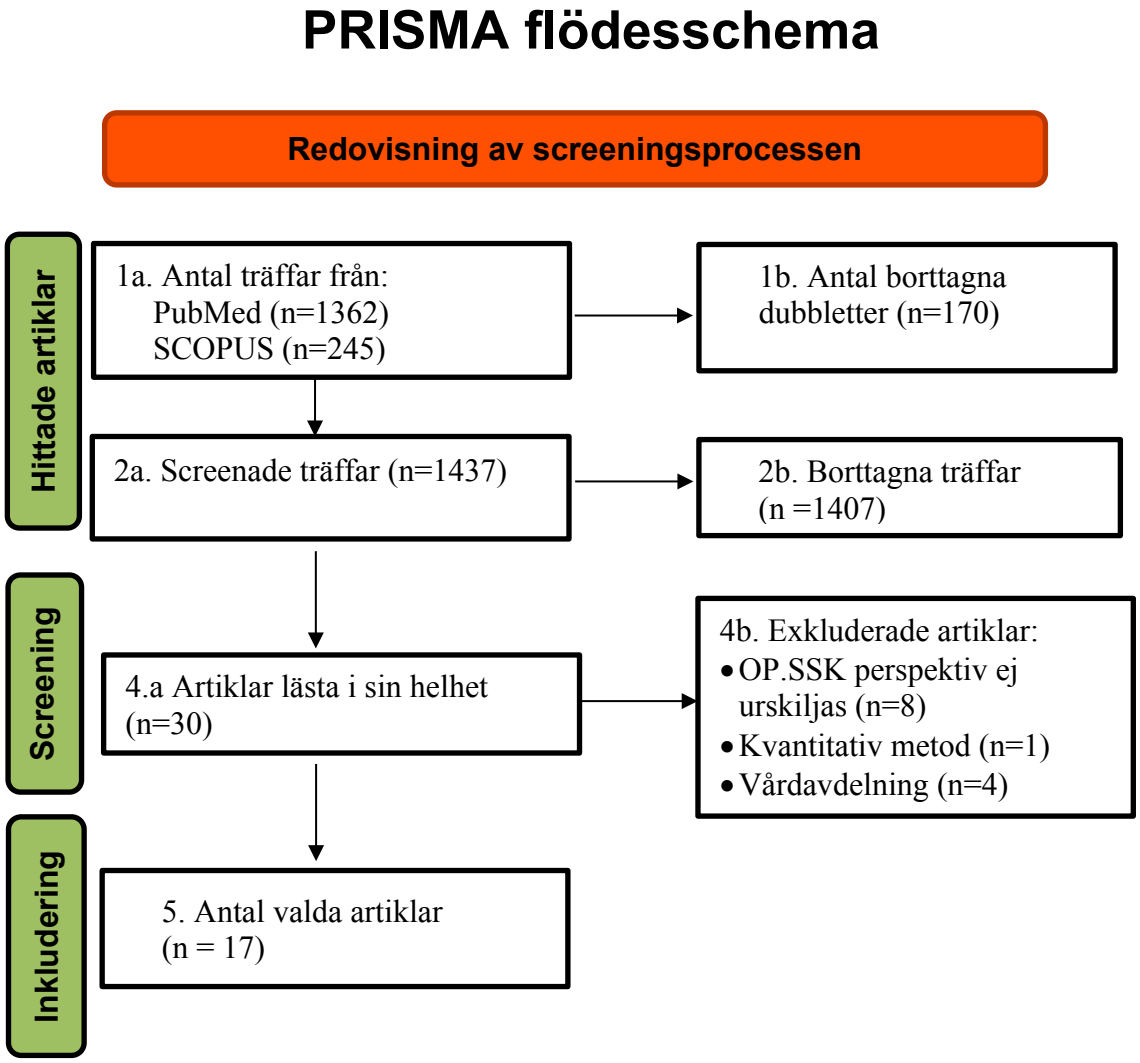
Urvalsprocessen

Urvalsprocessen för artiklarna genomfördes i enlighet med Bettany-Saltikovs tre steg (51). Först genomfördes en individuell screening och preliminärt urval på artiklarnas titlar och abstrakt. Därefter fördes en gemensam diskussion och bedömning kring urvalet av artiklar som skulle läsas i sin helhet utifrån inklusionskriterierna. Diskussionen resulterade i att 30 artiklar valdes ut för vidare granskning. Slutligen lästes och bedömdes artiklarna individuellt i en blindad process. Bedömningarna diskuterades därefter gemensamt och 13 artiklar exkluderades då inklusionskriterierna inte uppfylldes. Urvalsprocessen resulterade i ett slutgiltigt urval bestående av 17 artiklar som sedan kvalitetsgranskades. Artiklarna kontrollerades manuellt för att säkerställa att de var peer-reviewed granskade.

Kvalitetsgranskning

För att granska artiklarnas vetenskapliga kvalitet användes Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) granskningsmall (52), se bilaga 2 Bedömning av studier med kvalitativ metodik. Artiklarna granskades utifrån fem områden som ingår i mallen; överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien, deltagare, datainsamling, analysen och forskarens roll. Varje område hade två till fem kompletterande stödfrågor. Sammanlagt ingick tretton frågor för att bedöma artikelns kvalitet som kunde påverka tillförlitligheten. Slutligen gjordes en sammanvägda bedömning utifrån metodologiska brister i tre nivåer: “obetydliga eller mindre”, “måttliga” eller “stora brister - studien ingår inte i syntesen”. Samtliga kvalitetsgranskade artiklar bedömdes ha “obetydliga eller mindre” brister och ingen artikel exkluderades, se tabell 4 PRISMA flödesschema. Därefter skapades artikelmatrisen gemensamt för att skapa en överblick inför dataanalysen, se bilaga 3 Artikelmatris.

Tabell 4 PRISMA flödesschema



Dataanalys

Litteraturöversiktens data analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans modell för innehållsanalys (53). Processen vid en innehållsanalys är inte linjär, utan växlar mellan analys av helhet och delar. Analysprocessen inleddes med att insamlade data lästes flera gånger för att skapa en helhetsförståelse för innehållet. Läsningen gjordes av alla författare enskilt och därefter gemensamt för att blinda processen och minimera risken för urvalsbias. Därefter upprättades ett gemensamt arbetsdokument där de meningsbärande enheter som svarade mot syftet extraherades och samlades för att skapa en överblick. De meningsbärande enheterna diskuterades gemensamt för att säkerställa att de svarade på syftet. I nästa steg av analysprocessen kondenserades de meningsbärande enheterna utan att deras innebörd

förlorades. I tredje steget började koder framträda som sedan jämfördes i likheter och skillnader. Exempel på koder var hierarki, speak up och psykologisk säkerhet, se tabell 5 för Exempel på analysprocessen. Slutligen identifierades den underliggande betydelsen av underkategorierna för att skapa kategorier (53).

Tabell 5. Exempel på analysprocessen

Artikel	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Skråmmet al.	När kommunikationen från kirurgerna är ensidig och präglad av hierarki påverkar det operationsteamet negativt.	Ensidig och hierarkisk kommunikation påverkar operationsteamets kommunikation negativt.	Hierarki	Hierarkins påverkan på kommunikationen	Teamdynamikens påverkan på kommunikation
Skråmmet al.	Operationssjuksköterskorna såg sig själva som patientföreträdare och ansåg det som viktigt att argumentera för patientens behov till andra professioner inom teamet.	Operationssjuksköterskorna upplevde att de behövde säga ifrån för att förebygga komplikationer.	Speak up	Att våga värna om patienternas säkerhet	Teamdynamikens påverkan på kommunikation

Etik

Forskningsetik i Sverige regleras av lag om etikprövning (SFS 2003:460) av forskning som avser människor. Lagens syfte är att skydda den enskilda individen men även säkerställa att forskning som inkluderar människor ska bedrivas med respekt för människovärdet. Forskningen ska även genomföras på ett etiskt försvarbart sätt (54). I Helsingforsdeklarationen tydliggörs att genomförandet av forskning kräver informerat samtycke men även beaktning att forskningsdeltagarnas rättigheter och intressen alltid ska prioriteras framför forskningens syfte att generera ny kunskap (55). Forskning får endast genomföras om deltagaren har givit sitt samtycke (54).

Enligt god forskningssed ska ett etiskt förhållningssätt utgå från grundprinciperna tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar (56). Litteraturöversikten tillgodosåg god forskningssed utifrån följande fyra forskningskrav: Första kravet innebar att forskarna skulle vara fria från yttre påverkan och genomföra litteraturöversikten på ett metodologiskt sätt för att frambringar resultat som kunde tillgängliggörs för offentligheten. Andra kravet innebar att forskningen och forskningsmetoden skulle bygga på aktuell kunskap och utformas på sådant sätt att forskningsfrågan kunde besvaras. Tredje kravet innebar att forskningen skulle genomföras, dokumenteras och göras tillgänglig på ett planerat och ansvarsfullt sätt. Slutligen i fjärde kravet skulle forskningen presenteras uppriktigt och på ett motiverat sätt där hänvisningar till annan forskning följde de normer som gäller för det aktuella forskningsområdet (56).

Skyddsintresset i litteraturöversikten beaktades utifrån att enbart tidigare publicerade vetenskapliga artiklar inkluderades, vilket innebar att någon direktkontakt med deltagarna inte hade skett. Deltagarna i de inkluderade artiklarna hade därmed inte utsatts för ytterligare risker till följd av litteraturöversiktens forskningsfråga. Genom granskning av artiklarnas metodavsnitt säkerställdes att samtliga artiklar hade ett etiskt godkännande från en etikprövningsnämnd eller motsvarighet. De forskningsetiska övervägandena i litteraturöversikten beaktades således genom att endast inkludera artiklar som hade redovisat ett etiskt godkännande.

Resultat

Resultatet inkluderade totalt 17 artiklar, varav femton kvalitativa studier och två med blandad metod. Publikationsländerna för artiklarna var Sverige (n=3) (57–59), Norge (n=4) (60–63), Kanada (n=3) (64–66), Spanien (n=2) (67, 68), Kina (n=1) (69), Australien (n=1) (70), Sydkorea (n=1) (71), Israel (n=1) (72) och Turkiet (n=1) (73). Litteraturöversikten omfattade 333 operationssjuksköterskors perspektiv. Studiernas deltagare varierade från lägsta antal deltagare 4 (57) till högst antal deltagare 106 (63).

Analysen resulterade i tre kategorier med tillhörande underkategorier. Kategorierna var ”Individuella och relationella förutsättningar för kommunikation”, ”Teamdynamikens påverkan på kommunikation”, och ”Strukturer och organisatoriska ramar för kommunikation”, se tabell 6 för presentation av kategorier och underkategorier.

Tabell 6. Presentation över kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Individuella och relationella förutsättningar för kommunikation	• Operationssjuksköterskans individuella egenskaper • Stress och kommunikationsutmaningar • Olämplig kommunikation
Teamdynamikens påverkan på kommunikation	• Betydelsen av hierarkier • Roller och inkludering • Att våga värna om patienternas säkerhet
Strukturer och organisatoriska ramar för kommunikation	• Kommunikationsverktyg och strukturerade processer • Kommunikationsvägar och organisatoriska faktorer • Barriärer mot effektiv kommunikation • Miljöfaktorers påverkan

Individuella och relationella förutsättningar för kommunikation

Denna kategori omfattar erfarenheter av individuella och relationella förutsättningar för kommunikationen. I texten nedan beskrivs hur individuella egenskaper och rationella förmågor hos operationssjuksköterskan påverkar upplevelsen av kommunikationen inom operationsteamet. Kategorin presenteras av tre underkategorier: *Operationssjuksköterskans individuella egenskaper*, *Stress och kommunikationsutmaningar* och *Olämplig kommunikation.*

Operationssjuksköterskans individuella egenskaper

Operationssjuksköterskorna lyfte olika egenskaper som ansågs som viktiga för sitt arbete (59, 62, 67). Sociala färdigheter sågs som viktiga för att kunna kommunicera med operationsteamet (64, 67), och det betraktades som en yrkesskicklighet att kunna arbeta med obekanta kollegor eller att kunna anpassa sig utefter olika kirurger och uppnå bra resultat (59). Operationssjuksköterskans kliniska erfarenhet bidrog till att kunna förutse nästa steg i den kirurgiska processen, förstå den underliggande kommunikation i operationspersonals handlingar och förutse roller inom operationsteamet (71). Samtidigt kunde skillnader i kulturell bakgrund och utbildning utomlands begränsa operationssjuksköterskornas möjligheter att förutse sina kollegors etablerade arbetsrutiner, vilka var viktiga för ett smidigt och effektivt arbetsflöde på operationsrummet (70). Sociala färdigheter, förmågan att anpassa sig och självkontroll ansågs som nödvändiga förmågor för att kunna hantera oförutsedda eller komplexa situationer som kan uppstå i operationssalen (67). Det betraktades som viktigt att i sin roll som operationssjuksköterska kunna ställa frågor, planera, förbereda utrustning och kunna möta patientens specifika behov (62). Operationssjuksköterskorna betonade att kommunikation är en förmåga som kan tränas upp genom övningar (72,73) inom exempelvis problemlösning, copingstrategier (73) eller konflikthantering (72).

Operationssjuksköterskorna beskrev att kommunikationen behövde anpassas utifrån situationens karaktär (57, 63, 71). I oväntade eller akuta situationer behövde operationssjuksköterskorna kommunicera snabba beslut till övriga i operationsteamet för att säkerställa att rätt prioriteringar gjordes, såsom att prioritera livräddande åtgärder och säkerställa patientsäkerheten istället för att bibehålla sterilitet (57, 71). Kommunikationen

upplevdes som bättre vid akuta situationer jämfört med elektiv kirurgi. Vid akuta situationer upplevde operationssjuksköterskorna att kirurgerna var medvetna och hade bättre förståelse om att operationssjuksköterskan saknade vetskap om vad som behövdes, till skillnad från elektiv kirurgi där kirurgen förväntade sig att operationssjuksköterskan skulle veta allt (66).

Stress och kommunikationsutmaningar

Enligt operationssjuksköterskorna kunde misstag i operationssalen uppstå till följd av stress och kraven på att arbeta skyndsamt vilket orsakade nervositet och spänning (67). Operationssjuksköterskorna uttryckte förståelse för att stress till följd av komplexa och oväntade situationer påverkade kommunikationen i operationssalen (64, 67, 73). Stress hos personer inom operationsteamet påverkade kommunikationens kvalitet (60, 73). När teamet kände varandras sätt att arbeta skapades en mer effektiv kommunikation trots att miljön i operationssalen var präglad av stress (60, 67). Kännedom om kirurgernas arbetsrutiner underlättade kommunikationen och minskade stressen. Operationssjuksköterskor uttryckte att oförberedda kirurger kunde leda till ökat stress, förseningar och en mer ansträngd kommunikation i teamet (60). Brist på information och oväntade förändringar orsakade stress hos operationssjuksköterskorna. När kirurgerna plötsligt ändrade val av instrument eller när viktig information kommunicerades sent upplevde operationssjuksköterskorna stress, frustration och dålig kommunikation (58, 60). Operationssjuksköterskorna upplevde ibland att opassande kommunikation behövde accepteras för att bibehålla en god atmosfär i operationsrummet (60).

Olämplig kommunikation

Operationssjuksköterskorna upplevde att kirurgens beteende i operationsmiljön påverkade operationssjuksköterskornas prestation (62, 66, 69, 72, 73) och teamarbetet på ett negativt sätt (62, 69). Kirurger som skrek (62, 66, 73) bidrog till att effektiva teambaserade beteenden undveks. Bland annat upplevde operationssjuksköterskorna att den egna bristen på erfarenhet behövde kommuniceras till kirurgen för att skapa förståelse och förebygga att kirurgen inte skulle höja rösten (66). När kirurgerna kommunicerade information otydligt eller fällde opassande kommentarer medförde det att operationssjuksköterskorna tappade fokus på sina

uppgifter, vilket orsakade merarbete och förseningar. Situationerna kunde framkalla känslan av osäkerhet och otillräcklighet hos operationssjuksköterskorna, särskilt hos nyblivna (62). Operationssjuksköterskorna upplevde det som viktigt att förebygga negativa eller opassande beteenden som exempelvis våld, aggression och trakasserier (64).

Kommunikationen mellan operationssjuksköterskor och kirurger beskrevs ibland som konfliktfylld, präglad av verbala påhopp, missförstånd, kränkande bemötande och olämpliga kommentarer med sexuell anspelning (69). Operationssjuksköterskorna beskrev situationer där de upplevde sig mobbade av kirurgerna, exempelvis vid kontrollräkning (72) eller när operationen inte gick bra (69)**.** Missförstånd kunde även uppstå operationssjuksköterskor sinsemellan (69) och leda till verbala konflikter (72). De ansträngda relationerna upplevdes som en känslomässig belastning och beskrevs som ”värre än själva arbetet” eftersom operationssjuksköterskorna ständigt behövde anpassa sig för att undvika konflikter (69). God kommunikation beskrevs av operationssjuksköterskorna som ett sätt att minska irritation och förebygga konflikter (62).

Teamdynamikens påverkan på kommunikation

Denna kategori omfattar operationssjuksköterskans erfarenheter av teamdynamikens påverkan på kommunikation. I texten nedan beskrivs hur de teamdynamiska förhållandena påverkar operationssjuksköterskans förmåga att bland annat kommunicera inom operationsteamet och för patientsäkerheten. Kategorin presenteras av tre underkategorier: *Betydelsen av hierarkier*, *Roller och inkludering* och *Att våga värna om patienternas säkerhet.*

Betydelsen av hierarkier

Operationssjuksköterskorna upplevde att hierarkin inom operationsteamet påverkade kommunikationen (58, 60, 66, 69, 72). Hierarki kunde framträda i kommunikationen med kirurger (58, 60, 72) och den egna professionen (66), vilket kunde orsaka stress hos operationssjuksköterskorna (72). När kommunikationen från kirurger var ensidig och

hierarkiskt präglad upplevdes det påverka kommunikationen negativt (60). Operationssjuksköterskorna beskrev att det fanns olika sätt som kirurger kan kommunicera på inom operationsteamet. Kirurgen kunde exempelvis bestämma vilka som fick tala i operationssalen, ge order, vara brysk (64, 67) eller visade bristande hänsyn vilket kunde inge osäkerhet hos övriga inom operationsteamet (60, 61). Enligt operationssjuksköterskorna kunde kirurgerna uppvisa en bristande förståelse och vara ifrågasättande (58). Operationssjuksköterskorna upplevde sin förmåga att påverka eller uttrycka sig som begränsad (69). När säkerhetsrisker kommunicerades och påtalades av operationssjuksköterskan fick det inget gehör av kirurgen, och som konsekvens glömdes duk kvar i operationsområdet (67, 72). Organisationens hierarkiska struktur gjorde att operationssjuksköterskan fick en roll som är underordnad läkaren, följaktligen skapade detta en obalans som påverkade operationssjuksköterskans psykologiska trygghet och arbetsupplevelsen (69).

Roller och inkludering

Operationssjuksköterskorna upplevde att förståelse för operationsteamets yrkesroller och ansvarsfördelning (57, 59, 60, 63, 68, 72, 73) underlättade samarbetet (59, 60) och kommunikationen (60). Utifrån operationssjuksköterskornas upplevelser kunde kommunikationsfel uppstå som en följd av andra professioners syn på operationssjuksköterskans roll (73) och uppfattningen av ansvarsfördelningen inom teamet (68, 72). Operationssjuksköterskorna upplevde att teammedlemmar inom operationsteamet kunde exempelvis se operationssjuksköterskan som en problemlösare eller den som slutför kirurgens uppgifter (73). Samtidigt förtydligades att operationssjuksköterskorna upplevde att kirurger kunde se på operationssjuksköterskan som en assistent istället för en kollega och ge uppgifter som inte låg inom deras ansvarsområde. Operationssjuksköterskorna upplevde även att det var svårt att säga ifrån, och i de fall när detta gjordes kunde kirurgen skuldbelägga dem vilket kunde orsaka stress (68). Operationssjuksköterskorna såg det som viktigt med tydliga roller för att undvika att viktiga saker glöms eller att dubbelarbete görs (67). Vid arbete med obekanta eller mindre erfarna kirurger upplevdes kommunikationen som viktig för att tydliggöra rollerna och säkerställa en patientsäker vård (57). Det föreslogs av operationssjuksköterskorna att kommunikationsfel skulle kunna förebyggas genom att tydliggöra roller, skapa en bra arbetsmiljö och förbättra teamets sammanhållning (73).

Operationssjuksköterskorna upplevde att kommunikationen underlättades av att känna till varandras arbetssätt eller föredragna rutiner (59, 60, 67). Det ansågs exempelvis av operationssjuksköterskorna att känna till kirurgens föredragna rutiner kunde både hjälpa kommunikationen och minska stress (60). Enligt operationssjuksköterskorna bidrog stabila operationsteam till att lära känna varandra, skapa effektivare kommunikation, en positiv atmosfär (67, 68) och utveckla tillit vilket sågs som positivt för patientsäkerheten (59, 67, 68). Förståelse för varandras kompetens bidrog till professionell tillfredsställelse, ökad öppenhet och bättre arbetsklimat (59). Det upplevdes av operationssjuksköterskorna som viktigt att kommunicera sina förväntningar inom operationsteamet, mot bakgrund av att alla bär på olika kunskap och erfarenheter då det annars kunde utgöra ett hinder för operationsteamets arbete (64). Operationssjuksköterskorna upplevde att kommunikationen påverkas av förväntningarna som kirurgen hade (66).

Operationssjuksköterskorna upplevde det som viktigt att inkludera alla inom operationsteamet i kommunikation (60, 62, 66) eller när beslut tas (66). Det perioperativa informationsutbytet innefattar all typ av kommunikation (60). När alla i operationsteamet inkluderas i informationsutbytet skapas en gemensam förståelse för vad som planeras (58, 60, 62, 63), vilket möjliggör genomförande av adekvata förberedelser inför operationen såsom att samla instrument (58, 62), utrustning och positionera patienten (63). En operationssjuksköterska beskrev att frågor ibland kunde ställas, inte baserat på okunskap utan endast för att säkerställa att alla inom operationsteamet inkluderas (68). Operationssjuksköterskorna ansåg det som viktigt att känna samhörighet, ha gemensamma mål, värdesätta varandras kompetenser och att alla samarbetar med varandra (59).

Att våga värna om patienternas säkerhet

Operationssjuksköterskorna beskrev att yrkeserfarenhet underlättade för dem att våga säga ifrån och göra sin röst hörd i interaktion med kirurger och övriga i operationsteamet (57, 60, 64), något som annars upplevdes som utmanade av oerfarna (60). Högre grad av erfarenhet ansågs vara förutsättning att kunna fatta beslut och kommunicera effektivt med operationsteamet (57)**.** Att vara patientens företrädare ansågs av operationssjuksköterskorna som en viktig och betydelsefull uppgift (57, 59–61, 64, 66, 67). Patientens behov argumenterades med kirurger

och övriga i operationsteamet bland annat vid situationer som kunde påverka patientsäkerheten med bristfällig patientpositionering (59, 60, 64).

Operationssjuksköterskorna värnade även om att patientens integritet och värdighet respekterades, särskilt när patienten var sederad och inte kunde tala för sig själv (59). Operationssjuksköterskorna gav ytterligare exempel när någon skämtade om patientens positionering på operationsbordet. Bristerna i operationssalen påtalades på ett trevligt och respektfullt sätt för att inte störa kirurgens arbete (61). Operationssjuksköterskorna använde sin professionella roll för att visa ledarskap vid situationer som att påtala att patienten inte skulle tas in på operationssalen innan nödvändiga förberedelser hade genomförts (67) eller kommunicera till kirurgen att anpassa tempot när ny och oerfaren kollega deltog i operationen (59).

Operationssjuksköterskorna diskuterade den psykologiska säkerhetens betydelse för kommunikationen (69, 72). I en psykologiskt osäker miljö kunde misstag eller avvikelser leda till irritation, skuld eller kritik (69). Operationssjuksköterskorna ansåg att en bra atmosfär skapar utrymme för att ställa frågor, delge information och påpeka fel (60, 61) vilket är viktigt för patientsäkerheten (61). Enligt operationssjuksköterskorna innefattar en god arbetsmiljö att individerna inom operationsteamet kan kommunicera med varandra, bygga relationer (68) och visa respekt genom att tala på ett vänligt sätt (61). Det upplevdes som viktigt av operationssjuksköterskorna att ställa frågor och tydliggöra budskapet för att minska risken för missförstånd (66)**.** Operationssjuksköterskorna föreslog att operationsteamets prestation kunde förbättras genom att hålla god ton, ge konstruktiv kritik och tydlig information (62).

Strukturer och organisatoriska ramar för kommunikation

Denna kategori beskriver operationssjuksköterskors erfarenheter av hur strukturer och organisatoriska ramar påverkar kommunikationen inom operationsteamet. I texten nedan beskrivs hur operationssjuksköterskorna upplevde att kommunikationsverktyg, kommunikationsvägar, kommunikationsbarriärer och miljöfaktorer påverkade kommunikationen. Kategorin presenteras av fyra underkategorier: *Kommunikationsverktyg och*

strukturerade processer, *Kommunikationsvägar och organisatoriska faktorer*, *Barriärer mot effektiv kommunikation* och *Miljöfaktorers påverkan.*

Kommunikationsverktyg och strukturerade processer

Operationssjuksköterskor beskrev att olika kommunikationsverktyg användes som stöd för kommunikation inom operationsteamet, så som WHO:s checklista för säker kirurgi (59, 63, 67, 72), informationskort samt riktlinjer för positionering (57). Operationssjuksköterskorna upplevde att kommunikationsverktygen var ett viktigt inslag i sitt dagliga arbete (57, 59, 65, 67, 72) men även för den gemensamma situationsmedvetenheten i operationssalen (63). Operationssjuksköterskorna angav att strukturerade processer som debriefing med reflektion och diskussion kunde förbättra teamarbetet (57, 71) och göra kommunikationen effektivare (71). Debriefingen ansågs öka operationssjuksköterskornas individuella lärande (57,71) samt bidra till att förbättra teamarbetet genom att skapa en samsyn inom operationsteamet (64). Debriefing ansågs även hjälpa till att öka stresstoleransen hos operationssjuksköterskor (63).

Operationssjuksköterskorna ansåg att WHO:s checklista bidrog till ökad kommunikation och bättre samarbete i teamet (59, 68, 72). Kommunikationen inom operationsteamet under sign-in och time-out ansågs förebygga misstag under operation (72) och som ett verktyg för kunskapsutbyte (59). Kunskapsutbytet skapade förutsättningarna för ett smidigare samarbete med kirurgen (58). Däremot framgick det att operationssjuksköterskan upplevde att användningen av checklistan och dess effekt på kommunikationen varierade beroende på kirurgens inställning till checklistan (59). Några operationssjuksköterskor exemplifierade att kirurgen ibland inte tog sitt ansvar i att initiera time-out och att operationssjuksköterskan som följd fick överta ansvaret (72). Operationssjuksköterskorna ansåg även att tidspress var en bidragande orsak till att rekommendationer för WHO:s checklista inte följdes. Operationssjuksköterskan upplevde att det uppstod en falsk trygghet i operationssalen eftersom övriga teammedlemmar inte lyssnade eller svarade operationssjuksköterskan vid genomgång av checklistan (67).

Kommunikationsvägar och organisatoriska faktorer

Barriär Operationssjuksköterskorna beskrev att kommunikationen inom operationsteamet skedde skriftligt, verbalt i ett flertal studier (57, 58, 63, 68, 71, 73) och icke-verbalt (57, 60, 71). Icke-verbal kommunikation såsom blickar och små gester användes vid kritiska moment för att inte störa kirurgen (60). Operationssjuksköterskan markerade även för kirurgen att inte självmant ta instrument ifrån uppdukningsbordet (57). När den skriftliga kommunikationen var bristfällig skedde en verbal komplettering (73), exempelvis vid medicinjusteringar (68, 73) eller anteckningar om patientens kirurgiska ingrepp. Perioperativa muntliga planeringar hade enligt operationssjuksköterskorna ersatts av datoriserade journalsystem som var svåra att förstå och otillräckliga (58).

Operationssjuksköterskorna upplevde att det behövdes bättre kommunikation och organisatoriska riktlinjer (68) eftersom undermålig planering av patienters operationer av koordinatorer och kirurger påverkade det perioperativa arbetet negativt (58). I ett exempel lyfte operationssjuksköterskan att kirurgerna vid operationsplanering endast kommunicerade med anestesiologen och inte tog hänsyn till operationssjuksköterskans åsikt, som en följd upplevde sig operationssjuksköterskan som osynlig för kirurgen och inte lyssnad på (64, 67, 69). Högt arbetstempo och otillräcklig tid för förberedelse eller överrapportering upplevdes öka risken för försämrad kommunikationskvalitet hos operationssjuksköterskorna (67, 68, 73). Tidspress bidrog till irritationer och konfrontationer inom teamet (68), exempelvis kunde förseningar som berodde på anestesipersonalen istället läggas på operationssjuksköterskorna (58, 65). Ytterligare organisatoriska faktorer var att operationssjuksköterskor omplacerades mellan olika operationer och deras arbete till stor del styrdes av operationsprogrammet (58). Mer tid för förberedelser ansågs vara fördelaktigt för effektiv informationsöverföring (67).

Barriärer mot effektiv kommunikation

Kommunikationshinder inom operationsteamet identifierades av operationssjuksköterskorna (60, 62, 64, 66, 68–70, 72, 73) och upplevdes påverka arbetsklimatet i operationssalen (70). Bristande följsamhet till rutiner och att inte benämna patienten vid namn ansågs av operationssjuksköterskorna påverka kommunikationen negativt inom operationsteamet (68,

73). Operationssjuksköterskorna upplevde även att språket och tonen som vissa i teamet använde kunde vara nedlåtande eller kränkande (64). Operationssjuksköterskorna uttryckte att konsekvenserna av kommunikationshinder kunde vara bristande teamsamarbete och stress, vilket skulle kunna utgöra hot för patientsäkerheten (73).

Operationssjuksköterskorna upplevde det som svårare att förstå kollegor som mumlar (60) eller har bristande språkkunskaper (60, 70). Kollegor som exempelvis hade engelskan som andraspråk med stark brytning var svårare att förstå då operationssjuksköterskorna var tvungna att be kollegorna upprepa sig flera gånger (70). Antalet kirurger i operationssalen påverkade kommunikationen. Kirurgerna kunde ha egna konversationer med varandra och operationssjuksköterskorna upplevde det som svårt att urskilja när kommunikationen riktades till dem utan förändring av röst- eller tonläge (60). Operationssjuksköterskor upplevde det som lättare att förstå kollegor som delade samma kulturella bakgrund, vid kulturella skillnader kunde missförstånd uppstå i operationsmiljön. Skämt och kommentarer uppfattades olika av kollegor från en annan kultur och oavsiktligt kunde det kränka eller såra någon kollega i teamet. Dessa missförstånd ledde till onödiga pinsamma situationer i operationssalen (70).

Miljöfaktorers påverkan

Den perioperativa miljön beskrevs som snabb och dynamisk vilket kunde leda till brister i kommunikationen (73). Operationssjuksköterskan beskrev hur det som kommuniceras inom operationsteamet påverkar humöret (61). Oljud, irrelevant prat, höga röster och kommentarer upplevdes av operationssjuksköterskorna påverka kommunikationen inom teamet negativt (60–62, 73). Detta orsakade irritation och en negativ arbetsatmosfär i operationssalen (60, 62)**.** Operationssjuksköterskor upplevde att höga ljudnivåer kunde störa fokus (60–62,73)**,** något som upplevdes som särskilt störande under komplicerade kirurgiska ingrepp eller vid kontrollräkning av utrustning och kirurgiska instrument (60,72)**.** Operationssjuksköterskor upplevde att stress, osäkerhet och avsaknad av fokus kunde utgöra störande miljöfaktorer som påverkade prestationen inom operationsteamet negativt (62,67).

Diskussion

Resultatdiskussion

Litteraturöversiktens resultat visar att operationssjuksköterskorna upplevde att kommunikationen påverkades av individuella, teamdynamiska och organisatoriska aspekter. Psykologisk säkerhet kan kopplas till flera centrala fynd såsom *hierarkier*, *roller* och *kommunikationsverktyg* och anses därför som viktigt att lyfta i syfte att skapa förståelse för kommunikationens påverkan på samarbetet, arbetsmiljön och patientsäkerheten. Följande resultatdiskussion kopplar litteraturöversiktens resultat till annan forskning.

Psykologisk säkerhet

I resultatet framkom det att operationssjuksköterskorna var medvetna om den psykologiska säkerhetens betydelse för kommunikation. Resultatet kunde förstås utifrån Edmondsons teori om att psykologisk säkerhet var en förutsättning för god kommunikation inom operationsteamet (36). Tidigare forskning lyfter att när individer upplever sin arbetsmiljö som psykologiskt trygg bidrar det till en ökad benägenhet i att våga uttrycka sig (39, 74). Enligt Gillespie och medförfattare (75) lyfts det som viktigt för operationspersonal att kunna våga säga ifrån, framföra risker och ge feedback. Vidare lyfter annan forskning att det finns ett indirekt samband mellan ett bra samarbetsklimat och förbättrad säkerhet, där samarbetsklimatet bidrar till att personalen vågar säga ifrån när patientsäkerheten äventyras. Arbetsmiljöer som präglas av bra teamarbete, säkerhetskultur (76), öppenhet och ett stödjande klimat bidrar till att individer inom teamet vågar “speak up” (76, 77) och möjliggör informationsutbyten som är viktiga för patientsäkerheten (38). Den psykologiska säkerheten är högre i team där patientsäkerheten prioriteras (77). I en annan studie lyfts det att operationssjuksköterskor kan uttrycka sig och ställa frågor som berör patientsäkerheten, men att de inte upplever sig fria i att ifrågasätta beslut fattade av överordnade inom operationsteamet (78). Vidare beskrivs det i en studie att operationssjuksköterskor upplever det som svårare att påtala kollegors oprofessionella beteenden (76).

I resultatet framgick det att operationssjuksköterskorna upplevde att yrkeserfarenhet stärkte deras förmåga att säga ifrån och värna om patientsäkerheten. I en studie lyfts att yrkeserfarenhet främjar förmågan att kommunicera inom operationsteamet om patientsäkerheten. Individer med längre yrkeserfarenhet upplever högre psykologisk säkerhet jämfört med oerfarna kollegor (39). När en individ är en del av teamet under en längre tid kan det öka den upplevda psykologiska säkerheten (79) vilket beskrivs som viktigt för att kunna kommunicera effektivt inom operationsteamet (22). Likt litteraturöversiktens resultat styrker annan forskning att operationssjuksköterskor såg sig som patientens företrädare och att de upplevde att det låg inom deras ansvar att "speak up" för patienten (80–82). Det upplevs som viktigt att tala för patienten särskilt när patienten själv inte har möjlighet till det under sedering (80, 81).

Hierarkier

I litteraturöversiktens resultat framkom det att operationssjuksköterskorna upplevde att kommunikationen påverkades av hierarkin inom operationsteamet, vilket exempelvis kunde framträda i kommunikationen med kirurger. Detta stämmer överens med tidigare forskning som lyfter att hierarkier påverkar operationsteamen, även om personal betraktas som formellt jämlika. Förmågan att uttrycka sig inom operationsteamet skiljer sig utifrån hierarkisk status (75). Överordnade kirurger upplever att deras beslut sällan ifrågasätts av underordnade inom operationsteamet. Däremot kan underordnad personal uppleva svårigheter med att "speak up" inom operationsteamet (75, 78), eftersom det kan finnas en rädsla för att bli förminskad eller nedvärderad (75). Individer med lägre hierarkisk status kan uppleva att de inte blir lyssnade på eller att kollegor inte tar det de säger på allvar (79). Samtidigt visar forskning att utbildningar inom "speak up" hittills har haft en begränsad effekt eftersom deltagare har varit ifrån samma yrkesgrupp och träningar har varit inom simulerade miljöer (83). Enligt O'Donovan (77) främjas den psykologiska säkerheten när teamen är mindre hierarkiska, samt av att arbetsmiljön är respektfull och icke-dömande. Vidare lyfts att individer med lägre hierarkisk status kan uppleva det som svårare att ta plats eller göra sin röst hörd inom operationsteamet, vilket förklaras av att underordnade upplever att det finns en kunskapsklyfta mellan dem och överordnade (77).

Roller

Resultatet visade att operationssjuksköterskorna upplevde att när synen på roller och ansvar skilde sig inom operationsteamet kunde det orsaka kommunikationsfel eller att operationssjuksköterskan fick ta ansvar för uppgifter utanför sin roll. Tidigare studier visar att operationsteamets syn på varandras roller skiljer sig (82, 84, 85). Nestle och medförfattare beskriver att den syn som operationspersonal har på operationssjuksköterskans roll påverkar kommunikationen och hur den upplevs (82). Operationssjuksköterskor kan uppleva att de behöver ta ansvar för uppgifter som inte tillhör deras ansvarsområde, exempelvis att vara en mellanhand i kommunikationen mellan professionerna inom operationsteamet (82, 86). Meningsskiljaktigheter kan uppstå mellan professioner inom operationsteamet när antaganden om ansvarsområde, expertis och befogenheter görs (84). När flera professioner arbetar tillsammans kan en överlappning mellan roller och ansvar ske, vilket kan skapa osäkerheter över ansvarsfördelningen inom teamet (86). Överlappande roller kan ibland skapa spänningar och irritationer mellan professionerna inom operationsteamet, men anses inte som något problem som stör operationsarbetet (87). När överlappningar förekommer tenderar läkare att ta en ledande roll i att omfördela uppgifter för att främja det interprofessionella samarbetet och finna fungerande lösningar (86). Liknande resultat går att finna i litteraturöversikten, där kirurgen tog på sig ansvaret att dela ut arbetsuppgifter till operationssjuksköterskan. Däremot var operationssjuksköterskornas erfarenhet av detta att de kände sig tvingade till att utföra tilldelade uppgifter för att undvika skuldbeläggning och stress.

Kommunikationsverktyg

Resultatet i litteraturöversikten visade att operationssjuksköterskor använde olika kommunikationsverktyg som stöd för kommunikationen och att felaktig användning kunde inge falsk trygghet inom operationsteamet. Liknande resultat identifieras i en interventionsstudie, där operationsteamet anser att säkerheten var tillräcklig men i realiteten var den bristfällig då checklistan inte användes i sin helhet (88). Litteraturöversiktens resultat visade även att kirurgens inställning till checklistan påverkade kommunikationen. Resultatet kan jämföras med tidigare forskning där operationssjuksköterskor upplever kirurgerna som motvilliga till att genomföra ”Time-Out” (88, 89). Litteraturöversiktens resultat över bristande följsamhet till WHO:s checklista bekräftas även av nyare forskning (90). Samtidigt lyfter forskningen att tidigare erfarenheter av att använda WHO:s checklista och utbildning ökar användningsvana,

minskar motstånd och främjar en konsekvent tillämpning (90, 91). Detta stöds även i annan forskning som visar att bristfällig utbildning i användning av checklistan leder till en bristande följsamhet till den (22, 90, 92–95). Ineffektiv implementering tycks bero på bland annat förändringsmotstånd och hög arbetsbelastning (90). Detta framgår också av litteraturöversiktens resultat där operationssjuksköterskor beskrev att de var tidspressade. I annan forskning bekräftar operationssjuksköterskor simuleringsträning som ett viktigt inslag i operationssjuksköterskans utbildning men även i sin professionella roll. Bland annat uppger operationssjuksköterskor förståelse och kunskap gällande vikten av rak kommunikation, exempelvis att vara kortfattad och tydlig i akuta situationer. Möjligheten att öva på closed-loop kommunikation och reflektion genom debriefing vidgar operationssjuksköterskornas förståelse för kommunikation i akuta situationer (96). Förutsättningar för att operationssjuksköterskor ska kunna bidra till patientsäkerheten genom kommunikationsverktyg, såsom Checklistan för säker kirurgi 2.0 och debriefing (22, 90, 94, 95) är beroende av psykologisk säkerhet (94, 95), tydliga roller (92, 93) och inkluderande ledarskap (97).

Metoddiskussion

Syftet med den systematiska litteraturöversikten var att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation inom operationsteamet. För att besvara syftet valdes artiklar som var av kvalitativ ansats, vilket bedömdes som lämpligt då forskningsansatsen avser att skapa en djupare förståelse av erfarenheter (42, 53). Artiklar med blandad metod inkluderades även för att relevanta inslag av kvalitativ forskning inte skulle uteslutas. Om kvantitativ metod hade tillämpats hade operationssjuksköterskornas erfarenheter inte kunnat beskrivas på samma sätt. Ett alternativt tillvägagångssätt i litteraturöversikten skulle kunna ha tillämpats, exempelvis genom egna intervjuer.

Författarna eftersträvade att beskriva metoden detaljerat för att kunna göra den reproducerbar (46). Datainsamlingen utfördes genom sökningar i PubMed och Scopus. Databaserna var inriktade på omvårdnad och medicinsk forskning (42) vilket bedömdes vara lämpliga för att identifiera relevanta artiklar. Enligt Bettany-Saltikov (46) och Henricson (98) stärks studiens trovärdighet vid användning av flera databaser. Sökprocessen genomfördes systematiskt enligt

Bettany-Saltikovs (46) metodbeskrivningar, vilket stundtals upplevdes som tidskrävande. Användningen av PEO-modellen skapade förutsättningar för att precisera forskningsfrågan och bilda sökblock. För kvalitativa studier ansågs PEO-modellen lämplig (42, 46).Vid utformningen av sökblock konsulterades universitetsbibliotekarier för att säkerställa korrekt sökstrategi eftersom utomstående hjälp ansågs öka tillförlitligheten i en studie (53, 98). Korrekt utformad sökstrategi bidrog även till ökad sensitivitet och specificitet som därmed stärker litteraturöversiktens metodologiska kvalitet (42)**.** Dubbletterna i urvalsprocessen indikerar på sensitivitet i sökningen (98). För att säkerställa att relevanta studier inte förbises användes både fritextord och ämnesord. Booleska operatorerna tillämpades för att utforma en systematisk och mer uttömmande sökning. Kombinationen av fritextord och ämnesord gör att sökningens precision ökar, vilket anses stärka litteraturöversiktens trovärdighet (46, 98).

Inklusions- och exklusionskriterier utformades i enlighet med litteraturöversiktens syfte. Tydlig definition av kriterierna möjliggjorde systematiskt urval samt bidrog till transparens och stärkte på så sätt litteraturöversiktens tillförlitlighet (46, 98, 99). En tidsavgränsning till de tio senaste åren valdes för att hålla antalet träffar hanterbart och samtidigt säkerställa att litteraturöversiktens resultat baserades på aktuell forskning. Däremot kan exkluderingen av äldre artiklar innebära en begränsning av ett bredare perspektiv. Litteraturöversikten inkluderade artiklar från olika länder för att få en internationell bild av ämnet, geografisk spridning kunde bidra till större variation av erfarenheter och enligt Henricson (98) ansågs variationen vara viktig för att stärka resultatets överförbarhet. En möjlig begränsning var att kulturella och organisatoriska skillnader i andra länder kunde påverka erfarenheterna av kommunikation inom operationsteamet. Trovärdigheten har stärkts genom att endast inkludera studier som var peer-reviewed granskade vilket innebär att studierna är vetenskapliga (98). Språkbegränsning gjordes eftersom författarna behärskar engelska språket, däremot kan exkludering av artiklar på andra språk ha påverkat studiens resultat (46). Vid tillämpning av begränsningar upptäcktes att majoriteten av artiklarna var publicerade på engelska, i detta fall bedöms risken för språkbias vara låg.

Urvalsprocessen genomfördes i flera steg i linje med Bettany-Saltikov (51) för att minska risken för felaktiga eller ensidiga bedömningar. För att stärka litteraturöversiktens trovärdighet tillämpades forskartriangulering under urvals- och analysprocessen (100). Först lästes titel och abstrakt individuellt och därefter fördes diskussion för att uppnå konsensus. Detta tillvägagångssätt minskar risken att resultatet påverkas av enskild subjektiv förförståelse och bidrar till ökad trovärdighet (53). Artiklarna kvalitetsgranskades med stöd av SBU:s granskningsmall, som möjliggör systematisk och transparent granskning. Användning av granskningsmall ökade tillförlitligheten och trovärdigheten i en studie (101). Potentiell svaghet med SBU:s granskningsmall är den subjektiva tolkningen, som har hanterats genom att först granska artiklarna individuellt och sedan gemensamt. Detaljerad redogörelse av granskade källor ökade litteraturöversiktens transparens. Under kvalitetsgranskningen har hänsyn tagits till hur artiklarna har redovisat etiskt godkännande. Endast artiklar med relevant etisk godkännande har inkluderats. Godkännande från etiska kommittéer var en indikator på tillförlitlighet (102).

Litteraturöversiktens dataanalys genomfördes som en kvalitativ innehållsanalys. Metoden möjliggör en beskrivning av variationer genom att identifiera mönster i analysmaterialet (53). Analysen fokuserade på det manifesta innehållet som uttrycks i texten, vilket gjorde det möjligt att identifiera och beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter på ett systematiskt och transparent sätt. Enligt Henricson stärktes studiens trovärdighet när analysprocessen genomförs av flera personer (98). I enlighet med detta lästes datamaterial individuellt därefter fördes gemensam reflektion över textens innehåll (53). Innan analysprocessen påbörjades reflekterade författarna över sin förförståelse för att inte påverka tolkningen av datamaterialet. Eftersom att medvetandegöra sin förförståelse ansågs som viktigt (98). För att få struktur skapades en tabell för att organisera analysprocessen.

Slutsats och kliniska implikationer

Litteraturöversiktens resultat visar att operationssjuksköterskor upplever att kommunikationen inom operationsteamet påverkas av aspekter på individ-, team- och organisationsnivå som kan hämma respektive främja kommunikationen. Teamdynamiska förhållanden som hierarki, roller och inkludering kan påverka benägenheten för att våga tala för patientens säkerhet till övriga inom operationsteamet. Kommunikationen inom operationsteamet kan påverka teamarbete, arbetsmiljö och patientsäkerhet. Genom att ta del av operationssjuksköterskors erfarenheter skapas en förståelse för hur den interprofessionella kommunikationen upplevs samt vilka brister eller förbättringsmöjligheter som finns. Resultatet är begränsat till enbart operationssjuksköterskans perspektiv, därför bör det tolkas med en viss försiktighet i jämförelse med övriga professioners upplevelser inom operationsteamet.

Utifrån litteraturöversiktens resultat kan förbättringsmöjligheter och framtida forskning ske på följande vis: På individnivå kan operationssjuksköterskor som noviser erbjudas kollegialt stöd och handledning i ”speak up” för att tidigt stärka sin kommunikationsförmåga och psykologiska säkerhet i hierarkiska miljöer. På teamnivå kan interprofessionella simuleringsövningar med debriefing främja förståelse för varandras roller. På organisationsnivå bör kommunikationsfrämjande åtgärder, bland annat implementering av kommunikationsverktyg och strukturerade processer säkerställas. Dessutom bör hinder som en psykologiskt osäker arbetsmiljö aktivt motarbetas för att skapa en ökad patientsäkerhet. Framtida forskning bör fokusera på att identifiera effektiva strategier, som kan minska kommunikationsbrister och bidra till en mer patientsäker vård.

Referenslista

1. Rogers E, Kincaid D. Communication networks: Toward a new paradigm for research. Vol. 1981. New York: A Division of Macmillan Publishing Co, Inc.

2. Nadzam DM. Nurses' Role in Communication and Patient Safety. J Nurs Care Qual. september 2009;24(3):184. doi: 10.1097/01.NCQ.0000356905.87452.62

3. L. Gleeson L, O'Brien GL, O'Mahony D, Byrne S. Interprofessional communication in the hospital setting: a systematic review of the qualitative literature. J Interprof Care. 04 mars 2023;37(2):203–13. doi: 10.1080/13561820.2022.2028746

4. Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. Int J Nurs Stud. juni 2010;47(6):732–41. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001

5. Gillespie BM, Hamlin L. A Synthesis of the Literature on "Competence" as It Applies to Perioperative Nursing. AORN J. 2009;90(2):245–58. doi: 10.1016/j.aorn.2009.07.011

6. Kane J, Munn L, Kane SF, Srulovici E. Defining Speaking Up in the Healthcare System: a Systematic Review. J Gen Intern Med. november 2023;38(15):3406–13. doi: 10.1007/s11606-023-08322-0

7. Umoren R, Kim S, Gray MM, Best JA, Robins L. Interprofessional model on speaking up behaviour in healthcare professionals: a qualitative study. BMJ Lead. mars 2022;6(1):15–9. doi: 10.1136/leader-2020-000407

8. Patientsäkerhetslag (2010:659) [Internet]. [citerad 06 februari 2026]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

9. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [citerad 09 februari 2026]. Hämtad från: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c2ea24bb-10f7-48e4-8f63-55932e817ddc/content

10. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. Nurse Educ Pract. 01 juli 2016; 19:36–40. doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.005

11. Wakeman D, Langham MR. Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles. Semin Pediatr Surg. april 2018;27(2):107–13. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2018.02.008

12. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, m.fl. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual Saf Health Care. oktober 2004;13(5):330–4. doi: 10.1136/qhc.13.5.330

13. Paige JT, Garbee DD, Bonanno LS, Kerdolff KE. Qualitative Analysis of Effective Teamwork in the Operating Room (OR). J Surg Educ. 2021;78(3):967–79. doi: 10.1016/j.jsurg.2020.09.019

14. Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning avancerad nivå specialistsjuksköterska inom operationssjukvård [Internet]. Sverige: Svensk sjuksköterskeförening; 2020 [citerad 05 januari 2026]. Hämtad från: https://swenurse.se/download/18.43b130891791c6024147ebfb/1620718694086/Komp%20Operationssköterska%20NY%202021.pdf

15. Stomberg MW, Segerdahl M, Rawal N, Jakobsson J, Brattwall M. Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: implications for improvement in nursing interventions. J Perianesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses. oktober 2008;23(5):311–20. doi: 10.1016/j.jopan.2008.07.003

16. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. J Adv Nurs. augusti 2003;43(3):246–53. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02707.x

17. Sandelin A, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. Nord J Nurs Res. 01 september 2015;35(3):179–85. doi: 10.1177/0107408315591337

18. World Health Organization. Implementation manual: WHO surgical safety checklist 2009: Safe surgery saves lives [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [citerad 09 februari 2026]. Hämtad från: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/135fa0d8-8c94-4ecc-a606-c1a8d41ecc7d/content

19. Moreal C, Mecozzi I, Giacomini V, Dentice S, Magro G, Dussi G, m.fl. The impact of operating room teamwork on patients outcomes: A systematic review. Curr Probl Surg. januari 2026;74:101946. doi: 10.1016/j.cpsurg.2025.101946

20. Cohen JB, Feldman-Brillembourg JA, Cheng J, Rangrass G. Safety amid the scalpels: creating psychological safety in the operating room. Curr Opin Anaesthesiol. 01 december 2024;37(6):669–75. doi: 10.1097/ACO.0000000000001431

21. Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millman EA, Rowen L, m.fl. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. J Am Coll Surg. maj 2006;202(5):746–52. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017

22. McElroy C, Skegg E, Mudgway M, Murray N, Holmes L, Weller J, m.fl. Psychological Safety and Hierarchy in Operating Room Debriefing: Reflexive Thematic Analysis. J Surg Res. mars 2024; 295:567–73. doi: 10.1016/j.jss.2023.11.054

23. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. SBAR - för säker kommunikation: Manual [Internet]. LÖF; 2024 [citerad 27 februari 2026]. Hämtad från: https://wp.lof.se/wp-content/uploads/SBAR-manual-2024.pdf

24. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. Ann Surg. december 2013;258(6):856–71. doi: 10.1097/SLA.0000000000000206

25. Benze C, Spruce L, Groah L. Perioperative nursing: Scope and Standards of Practice [Internet]. Association of periOperative Registered Nurses; 2021 [citerad 02 mars 2026]. Hämtad från: https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf

26. Buljac-Samardžić M, Dekker-van Doorn CM, Maynard MT. What Do We Really Know About Crew Resource Management in Healthcare? An Umbrella Review on Crew Resource Management and Its Effectiveness. J Patient Saf. 01 december 2021;17(8):e929–58. doi: 10.1097/PTS.0000000000000816

27. Etherington C, Wu M, Cheng-Boivin O, Larrigan S, Boet S. Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice. Can J Anaesth J Can Anesth. oktober 2019;66(10):1251–60. doi: 10.1007/s12630-019-01413-9

28. Nagammal S, Nashwan AJ, Nair SLk, Susmitha A. Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. J Nurs Educ Pract. 06 december 2016;7(4): p103. doi: 10.5430/jnep.v7n4p103

29. Blom L, Petersson P, Hagell P, Westergren A. The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study [Internet]. 2015 [citerad 25 februari 2026]. Hämtad från: https://researchportal.hkr.se/ws/portalfiles/portal/40906913/FULLTEXT01.pdf

30. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Manual: Checklista för säker kirurgi 2.0 [Internet]. 2019: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag; [citerad 09 februari 2026]. Hämtad från: https://lof.se/filer/Checklista_manual.pdf

31. Högskoleförordning (1993:100) [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet; februari 1993 [citerad 11 februari 2026]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/

32. Sigurösson HO. The meaning of being a perioperative nurse. AORN J. augusti 2001;74(2):202, 205–8, 211–7. doi: 10.1016/S0001-2092(06)61529-9

33. Chellam Singh B, Arulappan J. Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. SAGE Open Nurs. 2023; 9:23779608231186247. doi: 10.1177/23779608231186247

34. Blomberg AC, Bisholt B, Lindwall L. Responsibility for patient care in perioperative practice. Nurs Open. juli 2018;5(3):414–21. doi: 10.1002/nop2.153

35. Kelvered M, Öhlén J, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. Scand J Caring Sci. september 2012;26(3):449–57. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x

36. Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. Adm Sci Q. 01 juni 1999;44(2):350–83. doi: 10.2307/2666999

37. Edmondson A. The fearless organization - Psykologisk trygghet på jobbet. Stockholm: Sanoma Utbildning AB; 2019. Stödjepelaren; s. 22–40.

38. Edmondson AC. Learning from Mistakes is Easier Said than Done: Group and Organizational Influences on the Detection and Correction of Human Error. J Appl Behav Sci. 01 mars 2004;40(1):66–90. doi: 10.1177/0021886304263849

39. Edmondson AC, Higgins M, Singer S, Weiner J. Understanding Psychological Safety in Health Care and Education Organizations: A Comparative Perspective. Res Hum Dev. 02 januari 2016;13(1):65–83. doi: 10.1080/15427609.2016.1141280

40. Edmondson AC. Speaking Up in the Operating Room: How Team Leaders Promote Learning in Interdisciplinary Action Teams. J Manag Stud. 2003;40(6):1419–52. doi: 10.1111/1467-6486.00386

41. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. 3: e uppl. Maidenhead: McGraw Hill Open University Press; 2024. Kapitel 3, Creating the protocol for your systematic review; s. 57–84.

42. Rosén M. Systematisk litteraturöversikt. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap. 3: e uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2023. s. 435–47.

43. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. 3: e uppl. Maidenhead: McGraw Hill Open University Press; 2024. Kapitel 2, Asking an answerable and focused systematic review question; s. 25–55.

44. SBU. Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: En metodbok [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); [citerad 05 januari 2026]. Hämtad från: https://www.sbu.se/metodbok

45. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. 3:e uppl. Maidenhead: McGraw Hill Open University Press; 2024. Kapitel 6, Conducting a comprehensive and systematic literature search; s. 132–155.

46. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. 3:e uppl. Maidenhead: McGraw Hill Open University Press; 2024. Kapitel 4, Writing the background to your systematic review; s. 86–130.

47. Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket. Svensk MeSH – Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket [Internet]. [citerad 05 februari 2026]. Vad är nyttan med MeSH-termer. Hämtad från: https://mesh.kib.ki.se/info/vad-ar-nyttan-med-mesh-termer

48. Hellberg S, Karlsson EK. Informationssökning. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård och hälso-vetenskap. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2023. s. 85–102.

49. Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket. Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket [Internet]. 2025 [citerad 05 februari 2026]. Söka på ändelser av ord (trunkering). Hämtad från: https://kib.ki.se/node/3677

50. Gillsund S. Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket [Internet]. 2021 [citerad 10 mars 2026]. Att söka på fraser och använda närhetsoperatorer i databaser. Hämtad från: https://kib.ki.se/tips/att-soka-pa-fraser-och-anvanda-narhetsoperatorer-i-databaser

51. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. 3: e uppl. Maidenhead: McGraw Hill Open University Press; 2024. Kapitel 7, Working with your primary papers: Stage 1 – Selecting the studies to include in your systematic review; s. 157–165.

52. SBU. Bedömning av studier med kvalitativ metodik [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022 [citerad 30 januari 2026]. Hämtad från: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

53. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. februari 2004;24(2):105–12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

54. Regeringskansliet. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor [Internet]. Stockholm; 2003 [citerad 11 januari 2026]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

55. WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants [Internet]. [citerad 06 februari 2026]. Hämtad från: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

56. Vetenskapsrådet. God forskningssed 2024 [Internet]. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2024 [citerad 09 mars 2026]. Hämtad från: https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html

57. Göras C, Nilsson U, Ekstedt M, Unbeck M, Ehrenberg A. Managing complexity in the operating room: a group interview study. BMC Health Serv Res. 19 maj 2020;20(1):440. doi: 10.1186/s12913-020-05192-8

58. Sandelin A, Kalman S, Gustafsson BÅ. Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork-Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. J Clin Nurs. juli 2019;28(13–14):2635–43. doi: 10.1111/jocn.14850

59. Nordström A, Wihlborg M. A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences. AORN J. februari 2019;109(2):217–26. doi: 10.1002/aorn.12582

60. Skråmm SH, Smith Jacobsen IL, Hanssen I. Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. Nurs Open. juli 2021;8(4):1822–8. doi: 10.1002/nop2.830

61. Hanssen I, Smith Jacobsen IL, Skråmm SH. Non-technical skills in operating room nursing: Ethical aspects. Nurs Ethics. augusti 2020;27(5):1364–72. doi: 10.1177/0969733020914376

62. Holmes T, Vifladt A, Ballangrud R. A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. Nurs Open. mars 2020;7(2):571–80. doi: 10.1002/nop2.422

63. Sirevåg I, Tjoflåt I, Hansen BS. A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. J Adv Nurs. december 2021;77(12):4935–49. doi: 10.1111/jan.15064

64. Levesque MJ, Etherington C, Lalonde M, Stacey D. Interprofessional Collaboration in the OR: A Qualitative Study of Nurses' Perspectives. AORN J. oktober 2022;116(4):300–11. doi: 10.1002/aorn.13784

65. Gunasingha RMKD, O'Brien M, Lutynski M, Spear B, Allnutt R, Hepps J, m.fl. Barriers to Effective Perioperative Handoffs: An Interview-Based Qualitative Descriptive Study. J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual. 01 december 2025;47(4):e0492. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000492

66. Etherington C, Burns JK, Kitto S, Brehaut JC, Britton M, Singh S, m.fl. Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. PloS One. 2021;16(4):e0249576. doi: 10.1371/journal.pone.0249576

67. Peñataro-Pintado E, Rodríguez E, Castillo J, Martín-Ferreres ML, De Juan MÁ, Díaz Agea JL. Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study. Nurs Inq. april 2021;28(2):e12390. doi: 10.1111/nin.12390

68. Sillero Sillero A, Buil N. Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses. Int J Environ Res Public Health. 14 oktober 2021;18(20):10775. doi: 10.3390/ijerph182010775

69. Li Y, Xiang D, Jiang Y, Gu S. Understanding burnout among operating room nurses: a qualitative study. Front Public Health. 2025;13:1604631. doi: 10.3389/fpubh.2025.1604631

70. Clayton J, Isaacs AN, Ellender I. Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. Int J Nurs Stud. februari 2016; 54:7–15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014

71. Kwon SJ, Chang SO, Park BH. Novice Perioperative Nurses' Perceptions of Nursing Competence and Strategies Used to Enhance Competence: A Phenomenographic Study. AORN J. mars 2025;121(3):186–97. doi: 10.1002/aorn.14301

72. Arad D, Finkelstein A, Rozenblum R, Magnezi R. Patient safety and staff psychological safety: A mixed methods study on aspects of teamwork in the operating room. Front Public Health. 2022; 10:1060473. doi: 10.3389/fpubh.2022.1060473

73. Işık I, Gümüşkaya O, Şen S, Arslan Özkan H. The Elephant in the Room: Nurses' Views of Communication Failure and Recommendations for Improvement in Perioperative Care. AORN J. januari 2020;111(1): e1–15. doi: 10.1002/aorn.12899

74. Alingh CW, van Wijngaarden JDH, van de Voorde K, Paauwe J, Huijsman R. Speaking up about patient safety concerns: the influence of safety management approaches and climate on nurses' willingness to speak up. BMJ Qual Saf. januari 2019;28(1):39–48. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007163

75. Gillespie BM, Gwinner K, Chaboyer W, Fairweather N. Team communications in surgery - creating a culture of safety. J Interprof Care. september 2013;27(5):387–93. doi: 10.3109/13561820.2013.784243

76. Soyer Er Ö, Gül İ. The Speaking Up Climate of Nurses for Patient Safety Concerns and Unprofessional Behaviors: The Effects of Teamwork and Safety Climate. J Perianesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses. oktober 2024;39(5):782–8. doi: 10.1016/j.jopan.2023.12.008

77. O'donovan R, Mcauliffe E. A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. 04 juni 2020;32(4):240–50. doi: 10.1093/intqhc/mzaa025

78. Ruano-Ferrer F, Gutiérrez-Giner MI. Safety perception in the operating environment: The nurses' perspective versus that of the surgeons. Heliyon. januari 2023;9(1):e12676. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e12676

79. O'donovan R, De Brún A, McAuliffe E. Healthcare Professionals Experience of Psychological Safety, Voice, and Silence. Front Psychol. 2021;12:626689. doi: 10.3389/fpsyg.2021.626689

80. Gillespie BM, Bavin E, Harbeck E, Chaboyer W. Prioritizing Care in the OR: A Qualitative Study. AORN J. september 2025;122(3):141–52. doi: 10.1002/aorn.14398

81. Chellam Singh B, Arulappan J. Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. Sage Open Nurs. 01 januari 2023; 9:23779608231186247. doi: 10.1177/23779608231186247

82. Nestel D, Kidd J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. BMC Nurs. 08 februari 2006; 5:1. doi: 10.1186/1472-6955-5-1

83. Kim S, Appelbaum NP, Baker N, Bajwa NM, Chu F, Pal JD, m.fl. Patient Safety Over Power Hierarchy: A Scoping Review of Healthcare Professionals' Speaking-up Skills Training. J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual. 2020;42(5):249–63. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000257

84. Lingard L, Garwood S, Poenaru D. Tensions influencing operating room team function: does institutional context make a difference? Med Educ. juli 2004;38(7):691–9.doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01844.x

85. Leach LS, Myrtle RC, Weaver FA. Surgical teams: role perspectives and role dynamics in the operating room. Health Serv Manage Res. maj 2011;24(2):81–90. doi: 10.1258/hsmr.2010.010018

86. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. J Interprof Care. 2020;34(3):332–42. doi: 10.1080/13561820.2019.1636007

87. Laflamme K, Leibing A, Lavoie-Tremblay M. Operating Room Culture and Interprofessional Relations: Impact on Nurse's Retention. Health Care Manag. 2019;38(4):301–10. doi: 10.1097/HCM.0000000000000280

88. Erestam S, Haglind E, Bock D, Andersson AE, Angenete E. Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. Patient Saf Surg. 2017;11:4. doi: 10.1186/s13037-017-0120-6

89. Krstulović J, Ursić L, Hrgović Z, Šuljić N, Roje R, Znaor L, m.fl. Barriers and facilitators for implementing WHO's Surgical Safety Checklist in a publicly funded hospital: a qualitative study from a tertiary-level public hospital in Croatia. BMJ Open. 30 juni 2025;15(6):e095155. doi: 10.1136/bmjopen-2024-095155

90. Habtie TE, Feleke SF, Terefe AB, Adisu MA. Beyond compliance: examining the completeness and determinants of WHO surgical safety checklist - a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 04 april 2025;25(1):504. doi: 10.1186/s12913-025-12569-0

91. Georgiou E, Mashini M, Panayiotou I, Efstathiou G, Efstathiou CI, Charalambous M, m.fl. Barriers and facilitators for implementing the WHO's safety surgical checklist: A focus group study among nurses. J Perioper Pract. december 2018;28(12):339–46. doi: 10.1177/1750458918780120

92. Ališić E, Krupić M, Alić J, Grbić K, Mašić N, Parvaneh S, m.fl. The Role of an Assistant Nurse in Implementing the WHO Surgical Safety Checklist: Perception and Perspectives. Cureus. maj 2023;15(5):e38854. doi: 10.7759/cureus.38854

93. Seffo N, Custovic S, Alic J, Krupic F. Perceptions and Experiences of Surgical Nurses in Using the WHO Checklist in a Perioperative Setting: a Mixed-method Study. Mater Socio-Medica. 2024;36(3):229–35. doi: 10.5455/msm.2024.36.229-235

94. Møller KE, McLeskey OW, Rosthøj S, Trbovich P, Grantcharov T, Sorensen JL, m.fl. Healthcare professionals' perception of the World Health Organization Surgical Safety Checklist and psychological safety: a cross-sectional survey. BMJ Open Qual. 09 december 2024;13(4):e003154. doi: 10.1136/bmjoq-2024-003154

95. Liu X, Wang L, Chen W, Wu X. A cross-sectional survey on workplace psychological violence among operating room nurses in Mainland China. Appl Nurs Res ANR. februari 2021;57:151349. doi: 10.1016/j.apnr.2020.151349

96. Kaldheim HKA, Fossum M, Munday J, Creutzfeldt J, Slettebø Å. Professional competence development through interprofessional simulation-based learning assists perioperative nurses in postgraduation acute clinical practice situations: A qualitative study. J Clin Nurs. juni 2023;32(11–12):2757–72. doi: 10.1111/jocn.16377

97. Nembhard IM, Edmondson AC. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. J Organ Behav. 2006;27(7):941–66. doi: 10.1002/job.413

98. Henricson M. Diskussion. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2023. s. 491–6.

99. Pati D, Lorusso LN. How to Write a Systematic Review of the Literature. HERD. januari 2018;11(1):15–30. doi: 10.1177/1937586717747384

100. Flanagan JM, Beck CT. Trustworthiness and Rigor in Qualitative Research. I: Polit & Beck's Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 12:e uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2024. s. 551–68.

101. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. 3:e uppl. Maidenhead: McGraw Hill Open University Press; 2024. Kapitel 8, Working with your primary papers: Stage 2 – Appraising the methodological quality of your included primary papers; s. 167–178.

102. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. 3:e uppl. Maidenhead: McGraw Hill Open University Press; 2024. Kapitel 11, Writing up your discussion and completing your systematic review; s. 217–231.

Bilaga 1 Sökmatris

Datum	Databas	Söksträng	Begränsningar	Antal träffar
2026-01-29	PubMed	(((((Theatre nurse) OR (Intraoperative nurse) OR (Perioperative nurse) OR (Operating theatre nurse) OR (Operating room nurse) OR (Surgical nurse) OR (Surgical scrub nurse) OR (Scrub nurse) OR (Circulating nurse) OR (Perioperative Nursing[MeSH Terms])) OR (operating room nursing[MeSH Terms])) OR (nursing, perioperative[MeSH Terms])) OR (nursing, operating room[MeSH Terms])) AND (((((communicati*) OR (interdisciplinary communication[MeSH Terms])) OR (communication[MeSH Terms])) OR (miscommunication)) OR (teamwork)) AND ((((((experience*) OR (view*)) OR (perception*)) OR (attitude*)) OR (perspective*)) OR (opinion*))	English 2016–2026	1 362
2026-01-29	Scopus P	S1:” Theatre nurse” OR ”Intraoperative nurse” OR ”Perioperative nurse” OR ”Operating theatre nurse” OR ”Operating room nurse” OR “Surgical nurse” OR “Surgical scrub nurse” OR “Scrub nurse” OR “Circulating nurse” OR “Perioperative Nursing” OR “operating room nursing” OR “nursing, perioperative” OR “nursing, operating room” AND	English 2016–2026	3 219
2026-01-29	Scopus E	S2: communicati* OR “interdisciplinary communication” OR miscommunication OR teamwork	English 2016–2026	1 393 301
2026-01-29	Scopus O	S3: experience* OR view* OR perception* OR attitude* OR perspective* OR opinion*	English 2016–2026	4 710 332
2026-01-29	Scopus P+E+O	S1 + S2 + S3	English 2016–2026	245

Bilaga 2 Kvalitetsgranskningsmall Kvalitativa studier

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:
Obetydliga eller mindre □

Måttliga □
Stora brister, studien ingår inte i syntesen □
Kommentarer:

1. **Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien**

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Kommentarer:	☐	☐	☐

-

2. **Deltagare**

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	☐	☐	☐
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	☐	☐	☐
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	☐	☐	☐
Kommentarer:			

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
	☐	☐	☐
Kommentarer:			

4. Analysen

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	☐	☐	☐
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	☐	☐	☐
Validerades tolkningarna?	☐	☐	☐
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	☐	☐	☐
Kommentarer:			

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	☐	☐	☐
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt? Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	☐	☐	☐

Bilaga 3 Artikelmatris

Författare Årtal Land	Titel	Syfte	Metod Metodansats Datainsamling Dataanalys	Urval	Resultat	Kvalitet Enligt SBU
Skråmm SH, Smith Jacobsen IL, Hanssen I. **2021** **Norge**	Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study.	Syfte: Undersöka hur operationssjuksköterskor upplever kommunikationen i operationslaget när det gäller icke-tekniska färdigheter.	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Individuella semistrukturerade intervjuer Dataanalys: Tematisk analys enligt Braun och Clarkes analysmodell.	11 OP.SSK	Operationssjuksköterskorna påverkas kommunikationen i teamet av stress, hierarki, synen på varandras roller, språk- och miljöfaktorer. Vikten av informationsutbyte och en god atmosfär understryks. Icke-verbal kommunikation förekommer när verbal kommunikation inte är möjlig.	Obetydliga eller mindre Peer-reviewed Etisk godkänd
Işık I, Gümüşkaya O, Şen S, Arslan Özkan H. **2020** **Turkiet**	The Elephant in the Room: Nurses' Views of Communication Failure and Recommendations for Improvement in Perioperative Care.	Syfte: Att utifrån operationssjuksköterskans perspektiv identifiera orsaker och konsekvenser av kommunikationsfel samt hur kommunikationsfel perioperativt förebyggs.	Metod: Kvalitativ. Datainsamling: Individuella semistrukturerade intervjuer. Dataanalys: Analysen med Colaizzis fenomenlogiska analysmetod	14 OP.SSK	Operationssjuksköterskorna ansåg att orsaken till kommunikationsfel kunde vara bristande följsamhet till rutiner, felaktig syn på operationssjuksköterskans roll, hur individerna i teamet agerar och operationsmiljöns natur. Konsekvenserna av kommunikationsfel framgår i resultatet samt vad operationssjuksköterskorna föreslår för åtgärder.	Obetydliga eller mindre Peer reviewed Etisk godkänd

Levesque MJ, Etherington C, Lalonde M, Stacey D. **2022** **Kanada**	Interprofessional Collaboration in the OR: A Qualitative Study of Nurses' Perspectives.	Syfte: Undersöka hur operationssjuksköterskor ser på deras bidrag till det interprofessionella samarbetet.	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Dataanalys: Induktiv tematisk analys.	19 OP.SSK	Operationssjuksköterskorna såg effektiv kommunikation som viktigt för patientsäkerheten, teamarbetet och arbetsklimatet. Att känna sig hörd och känna att det går att "speak up" hjälper att skapa ett bättre teamarbete. Stress kunde påverka kommunikationen, och det ansågs som viktigt att förebygga negativt och olämpligt beteende i teamet.	Obetydliga eller mindre Peer reviewed Etisk godkänd
Hanssen I, Smith Jacobsen IL, Skråmm SH. **2020** **Norge**	Non-technical skills in operating room nursing: Ethical aspects.	Syfte: Att undersöka vilka etiska frågor operationssjuksköterskor uppfattar som viktiga när det gäller icke-tekniska färdigheter.	Metod: Kvalitativ. Datainsamling: Individuella djupgående intervjuer. Dataanalys: Braun och Clarkes modell för tematiska analyser.	11 OP.SSK från samma operationsavdelning.	Operationssjuksköterskorna såg det som viktigt att "speak up", visa respekt för varandra inom teamet, tänka på hur man kommunicerar och sträva till att skapa ett bra arbetsklimat. Bra kommunikation sågs som en förutsättning för patientsäkerheten samt ett fungerande team.	Obetydliga eller mindre Peer reviewed Etisk godkänd
Holmes T, Vifladt A, Ballangrud R. **2019** **Norge**	A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing.	Syfte: Undersöka operationssjuksköterskors uppfattningar hur operationsteamet förmågor påverkar den perioperativa omvårdnaden och patientsäkerheten.	Metod: Kvalitativ. Datainsamling: Individuella intervjuer. Dataanalys: Induktiv innehållsanalys.	10 OP-SSK från 4 olika norska sjukhus.	Operationssjuksköterskorna ansåg att god kommunikation bidrar till den perioperativa vårdens kvalitet, prestationen i teamet och förebygger konflikter. Bristande kommunikation ansågs leda till avvikande intraoperativa händelser, försämrad prestation och påverkan av arbetsatmosfären.	Obetydliga eller mindre Peer reviewed Etisk godkänd

Göras C, Nilsson U, Ekstedt M, Unbeck M, Ehrenberg A. **2020** **Sverige**	Managing complexity in the operating room: a group interview study.	Syftet: Undersöka hur komplexitet hanteras, uttryckt av operationssjuksköterskor, anestesisjuksköterskor och kirurger, samt hur dessa yrkesgrupper anpassar sig för att skapa säker vård i operationssalen.	Metod: Kvalitativ. Datainsamling: Gruppintervjuer med öppna frågor. Dataanalys: Induktiv kvalitativ innehållsanalys.	Urval: 4 OP.SSK	Kommunikationen i operationsteamet beskrevs som central särskild i kritiska situationer eller vid förändringar i patientens tillstånd. Kommunikationen med kirurgen var viktig för att planera och prioritera arbetet. Operationssjuksköterskorna beskrev att känna teamet gav en känsla av trygghet, när teamet inte var väl integrerat blev behovet av kommunikation viktigare. Reflektion i teamet beskrevs som ett sätt att utveckla kunskap.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd
Clayton J, Isaacs AN, Ellender I. **2016** **Australien**	Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study.	Syftet: Undersöka perioperativa sjuksköterskors upplevda erfarenheter i en mångkulturell operationssal i Melbourne Australien	Metod: Kvalitativ, fenomenologisk Datainsamling: Gruppintervjuer med semistrukturerade frågor Dataanalys: Tolkande beskrivning	14 OP.SSK	Operationssjuksköterskor ansåg den mångkulturella operationssalen kommunikationen som utmanade pga språkbarriärer som bidrog till missförstånd och till mer formellt arbetsklimat i operationsteamet.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd

Sandelin A, Kalman S, Gustafsson BÅ. **2019** **Sverige**	Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork-Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study.	Syftet: Beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av förutsättningar för säker intraoperativ omvårdnad och teamarbete.	Metod: Kvalitativ deskriptiv design Datainsamling: Intervjuer Dataanalys: Kvalitativ innehållsanalys enligt Granheim & Lundman	16 OP.SSK	Kommunikationen via datasystemet beskrevs som svår att förstå och behövdes kompletteras med muntlig kommunikation. Kommunikationen med kirurg beskrevs som otillräckligt och ostrukturerad vilket orsakade stress hos operationssjuksköterskan. Kommunikationen påverkas också av organisatoriska faktorer och tidspress.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd
Peñataro-Pintado E, Rodríguez E, Castillo J, Martín-Ferreres ML, De Juan MÁ, Díaz Agea JL. **2021** **Spanien**	Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study.	Syfte: Undersöka perioperativa sjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter kring de faktorer som påverkar kirurgisk patientsäkerhet.	Metod: Kvalitativ Datainsamling Fokusgrupp intervjuer Dataanalys Kvalitativ innehållsanalys	50 OP.SSK	Ett stabilt operationsteam främjar förtroende, underlättar kommunikation. Tidspress och bristande kommunikation inom operationsteamet identifierades som ett negativ faktor för patientsäkerheten och ett hinder för operationssjuksköterskans möjlighet att utöva ledarskap.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd
Sirevåg I, Tjoflåt I, Hansen BS. **2021** **Norge**	A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills.	Syfte: Att identifiera operationssjuksköterskors icke-tekniska färdigheter.	Metod: Blandad metod Datainsamling: Enkäter online Dataanalys: Deduktiv tematisk analys.	106 OP.SSK	Kommunikation utgör grunden för teamarbete, situationsmedvetandet, ledarskap, beslutfattande, stresshantering Operationssjuksköterskan identifierar barriärer som hindrar kommunikationen. Använder kommunikationstekniker anpassade till situationen.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd

Arad D, Finkelstein A, Rozenblum R, Magnezi R. **2022** **Israel**	Patient safety and staff psychological safety: A mixed methods study on aspects of teamwork in the operating room.	Syfte: Analysera hur preoperativt teamarbete påverkar det intraoperativa samarbetet samt undersöka hur rollfördelningar inom teamet relaterar till säkerhet.	Metod: Blandad metod Datainsamling: Individuella intervjuer med semistrukturerade frågor Dataanalys: induktiv tematisk analysmetod	9 OP.SSK	Operationssjuksköterskor ansåg att olämplig kommunikation kan leda till mobbing, försämrad psykologisk säkerhet och risk för patientsäkerheten. Simuleringsträning ansågs som ett verktyg att träna kommunikation och ”speak up”.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd
Sillero Sillero A, Buil N. **2021** **Spanien**	Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses.	Syfte: Undersöka kirurgteamens (sjuksköterskor, läkare och anestesiologer) perspektiv på interprofessionellt samarbete och strategier för förbättring.	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Individuella intervjuer. Dataanalys: Tematisk analys.	8 OP.SSK	Operationssjuksköterskorna upplevde att bristande perioperativ kommunikation orsakades av organisatoriska problem, otydliga roller, tidspress och störande beteenden, vilket ledde till stress, dåligt teamwork, personalflykt och hot mot patientsäkerheten.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd
Li Y, Xiang D, Jiang Y, Gu S. **2025** **Kina**	Understanding burnout among operating room nurses: a qualitative study.	Syfte: Utforska bidragande faktorer samt ”coping strategier” relaterade till arbetsrelaterad utbrändhet bland operationssjuksköterskor	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Individuella intervjuer Dataanalys: Fenomenologisk	14 OP.SSK	Operationssjuksköterskorna upplevde att interpersonell kommunikation med läkare och kollegor ledde ofta till missförstånd och emotionell påfrestning. Hierarkiska strukturen förstärkte kommunikationsproblem, vilket ökade risken för emotionell utmattning.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd

Gunasingha RMKD, O'Brien M, Lutynski M, Spear B, Allnutt R, Hepps J, et al. **2025** **Kanada/USA**	Barriers to Effective Perioperative Handoffs: An Interview-Based Qualitative Descriptive Study	Syfte: Identifiera och förstå de hinder för effektiva perioperativa överrapporteringar som kvarstår trots kvalitetsförbättrande insatser för att förbättra kommunikationen vid överrapportering.	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Individuella Intervjuer. Dataanalys: Tematisk analys	12 OP.SSK	Operationssjuksköterskor betonade vikten av tydlig, strukturerad kommunikation vid överlämningar, standardiserade kommunikationsverktyg och muntlig rapport kompletterar varandra för att säkerställa viktig patientinformation.	Obetydlig eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd
Kwon SJ, Chang SO, Park BH. **2025** **Sydkorea**	Novice Perioperative Nurses' Perceptions of Nursing Competence and Strategies Used to Enhance Competence: A Phenomenographic Study.	Syfte: Utforska hur nyexaminerade OP.SSK förstår och utvecklar sin perioperativa kompetens.	Metod: Kvalitativ studie. Datainsamling: Individuella intervjuer Dataanalys: Fenomenologisk	10 OP.SSK	Operationssjuksköterskorna upplevde att kommunikationen skapade en förståelse för varandras roller skapar ett säkert teamarbete. Operationssjuksköterskorna ansåg att effektiv verbal – och icke-verbal kommunikation behövdes för patientsäkerheten.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd

Nordström A, Wihlborg M. **2019** **Sverige**	A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences	Syfte: Att fastställa hur anestesisjuksköterskor och operationssjuksköterskor upplever sitt arbete i operationssalen.	Metod: Kvalitativ design Datainsamling: Intervjuer Dataanalys: Fenomenologisk innehållsanalys	6 OP.SSK	Sjuksköterskans erfarenheter i operationssalen var mångdimensionella samt hade tydligt samband med begreppet teamarbete, säkerhet och kommunikation. Tema: Teammedlemmarnas förhållningssätt, professionell medvetenhet, livslångt lärande perspektiv, patientsäkerhet	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd
Etherington C, Burns JK, Kitto S, Brehaut JC, Britton M, Singh S, Boet S. **2021** **Kanada**	Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework	Syfte: Kartläggning av hinder och möjliggörare ur ett interprofessionellt perspektiv.	Metod: Kvalitativ design Datainsamling: Individuella intervjuer med semi-strukturerade frågor Dataanalys: Deduktiv innehållsanalys	19 OP.SSK	Operationssjuksköterskorna upplevde det som viktigt att ställa frågor för att undvika misstag. När kirurgen skrek kunde rädsla uppstå hos operationssjuksköterskan vilket kunde leda till att effektiva teamworkbeteenden undveks. Kommunikationen upplevdes som bättre i akuta situationer eftersom kirurgerna inte hade likadana förväntningar som vid elektiv kirurgi.	Obetydliga eller mindre brister Peer reviewed Etisk godkänd

Bilaga 4 Matris över identifierade kategorier och underkategorier

Författare	Individuella och relationella förutsättningar för kommunikation			Teamdynamikens påverkan på kommunikation			Strukturer och organisatoriska ramar för kommunikation			
	Operationssjuksköterskans individuella egenskaper	Stress och kommunikationsutmaningar	Olämplig kommunikation	Betydelsen av hierarkier	Roller och inkludering	Att våga värna om patienternas säkerhet	Kommunikationsverktyg och strukturerade processer	Kommunikations-vägar och organisatoriska faktorer	Barriärer mot effektiv kommunikation	Miljöfaktorers påverkan
Göras (57)	✓				✓	✓	✓	✓		
Sandelin (58)		✓		✓	✓		✓	✓		
Nordström (59)	✓				✓	✓	✓			
Skråmm (60)		✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓
Hansen (61)				✓		✓				✓
Holmes (62)	✓		✓		✓	✓			✓	✓
Sirevåg (63)	✓				✓		✓	✓		
Levesque (64)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Gunasingha (65)							✓	✓		
Etherington (66)	✓		✓	✓	✓	✓			✓	
Peñataro-Pintado (67)	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
Sillero & Sillero (68)					✓	✓	✓	✓	✓	
Li (69)			✓	✓		✓		✓	✓	
Clayton (70)	✓								✓	
Kwon (71)	✓						✓	✓		
Arad (72)	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Işık (73)	✓	✓	✓		✓			✓	✓	✓