

**Mellan blickar och röster:  
En observationsstudie om  
kommunikation i vårdteamet på  
en intensivvårdsavdelning**

**Between glances and  
voices: An observational  
study on communication in the  
care team in an intensive care  
unit**

Examensarbete för specialistsjuksköterskeexamen  
med inriktning mot intensivvård och  
magisterexamen med huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2025

Student: Josefine Bengtsson och Yiqiao Zhao

Handledare: Veronika Karlsson

Examinator: Hallgren, Jenny

# SAMMANFATTNING

**Titel:** Mellan blickar och röster: En observationsstudie om kommunikation i vårdteamet på en intensivvårdsavdelning

**Författare:** Bengtsson, Josefine; Zhao, Yiqiao

**Institution:** Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde

**Program/kurs:** Examensarbete i omvårdnad – intensivvårdssjuksköterska, OM860U

**Handledare:** Karlsson, Veronika

**Examinator:** Hallgren, Jenny

**Sidor:** 29

**Nyckelord:** Hierarki, intensivvård, kommunikation, patientsäkerhet, vårdteam

---

**Bakgrund:** Intensivvårdsavdelningen är en påfrestande miljö vilket kan försvåra kommunikationen i vårdteamet. Hierarki är en av faktorerna som kan påverka kommunikationen, genom en jämlik kommunikation, där alla i teamet får ta plats och bli hörda kan detta i sin tur bidra till en mer patientsäker vård. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva kommunikationen i vårdteamet kring en kritiskt sjuk patient på en intensivvårdsavdelning. **Metod:** En kvalitativ, induktiv ansats har använts till studien. På en intensivvårdsavdelning i Sverige gjordes 19 stycken icke deltagande, ostrukturerade observationer av kommunikationen i vårdteamet. Den insamlade datan analyserades sedan med en fenomenologisk hermeneutisk metod enligt Lindseth och Norberg (2004). **Resultat:** Två teman och fyra subteman framkom ur analysen. "Kommunikationen påverkas av relationer" visar hur samspelet i vårdteamet formas genom yrkesroller och interaktionen mellan personalen. Samspelet påverkade hur teammedlemmarna kommunicerar och förstår varandra. I temat "Kommunikation kan både hjälpa och stjälpa" framkom hur kommunikationen fungerade i det vardagliga arbetet. Det beskrev olika kommunikationsmönster och vad som kan störa kommunikationen inom vårdteamet. **Konklusion:** Studien visade att kommunikationen i vårdteamet påverkades av relationer, hierarki och uttryckssätt. Strukturer kunde både underlätta och hindra öppenhet samt förståelsen.

# ABSTRACT

Title: Between glances and voices: An observational study on communication in the care team in an intensive care unit

Author: Bengtsson, Josefine; Zhao, Yiqiao

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Karlsson, Veronika

Examiner: Hallgren, Jenny

Pages: 29

Keywords: Care team, communication, hierarchy, intensive care, patient safety,

---

**Background:** The intensive care unit is a stressful environment where communication within the care team can be challenging. Hierarchical structures may affect communication, but through equal communication where everyone in the team can speak, this can contribute to improved patient safety. **Aim:** To describe communication within a care team around a critical ill patient in an intensive care unit. **Method:** A qualitative, inductive approach was applied. Nineteen non-participant, unstructured observations were conducted in an intensive care unit in Sweden. Collected data were analysed using a phenomenological hermeneutic method by Lindseth och Norberg (2004). **Findings:** Two themes and four subthemes were identified. “Communication is influenced by relationships” describes how rolls and interpersonal interactions are interplayed in communication. “Communication can both help and hinder” described how communication worked in daily tasks. It described various communication patterns and what could disrupt communication within the care team. **Conclusion:** The study showed that communication within the care team was influenced by relationships, hierarchy and ways of expression. Structures could both facilitate and hinder openness and understanding.

## Innehållsförteckning

1	INLEDNING .....	1
2	BAKGRUND .....	1
2.1	Intensivvård.....	1
2.2	Intensivvårdssjuksköterskans funktion och ansvar.....	2
2.2.1	Samverkan i team på intensivvårdsavdelningen .....	3
2.2.2	Informatik.....	3
2.3	Kommunikation.....	4
2.3.1	Crew resource management - CRM .....	4
2.3.2	Closed-loop .....	5
2.4	Ansvar och makt.....	6
2.5	Hildegard Peplau .....	6
2.6	Patientsäkerhet .....	7
3	PROBLEMFORMULERING .....	8
4	SYFTE .....	8
5	METOD .....	9
5.1	URVAL.....	9
5.2	DATAINSAMLING.....	10
5.3	ANALYS.....	11
5.4	ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	12
5.5	FÖRFÖRSTÅELSE.....	13
6	RESULTAT .....	14
6.1	Kommunikationen påverkas av relationer.....	14

6.1.1 Roller och positioner i teamet .....	14
6.1.2 Stämning och samspel i teamet .....	16
6.2 Kommunikation kan både hjälpa och stjälpa.....	17
6.2.1 En kommunikation som flyter .....	17
6.2.2 När kommunikationen skaver .....	18
6.3 Tolkad helhet .....	20
7 DISKUSSION .....	22
7.1 METODDISKUSSION .....	22
7.2 RESULTATDISKUSSION .....	25
7.3 KONKLUSION.....	28
7.4 KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV ÄMNET .....	29
8 REFERENSER.....	30
BILAGA 1. Brev till enhetschef .....	1
BILAGA 2. Brev till deltagare .....	3

# 1 INLEDNING

Kommunikation är en av de centrala delarna inom hälso- och sjukvården. Olika nivåer av hierarki i vårdteamet kan vara en risk för att åstadkomma en ojämlig kommunikation. Brist på kommunikation och gemensam förståelse inom vårdteam är en vanlig riskfaktor som kan orsaka informationsförlust och missförstånd vilket kan leda till allvarliga vårdskador (Socialstyrelsen, 2022). De visar också att medicinska fel, såsom fel administrering av läkemedel, felaktig läkemedelsordination, feldosering och läkemedel till fel patient sker vid bristande professionell kommunikation. Alltså påverkar inte kommunikationsbrister bara vårdteamet utan ger en direkt påverkan på patientsäkerheten. Patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning har dessutom högre risk för vårdskador jämfört med patienter som vårdas på andra vårdavdelningar. Denna studie kommer att fokusera på kommunikation i vårdteamet på en intensivvårdsavdelning.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Intensivvård

Med intensivvård menas vård av patienter med akut organsvikt, där behandlingen som ges syftar till att stödja, ersätta eller bevara organfunktioner. Det kan också ske avancerad övervakning av patienter med hotande organsvikt. Indikationerna för intensivvård är en kritiskt sjuk patient, i alla åldrar, med manifest eller hotande svikt i ett eller flera organsystem och kräver avancerad övervakning. Tillståndet ska vara reversibelt och vården ska kunna bidra till ett fortsatt meningsfullt liv för patienten (Svensk förening för anestesi och intensivvård, 2024). Kritisk sjukdom definieras som ett tillstånd av ohälsa med vital organdysfunktion, hög risk för nära förestående död om vård inte ges och potentiellt reversibelt (Kayambakdzanja et al., 2022). Det är specialistläkare inom anestesi och intensivvård i samråd med patientansvarig läkare som initierar intensivvård för en patient (Svensk förening för anestesi och intensivvård, 2024).

En intensivvårdsavdelning ska vara uppbyggd med lokaler, resurser, specialistutbildad personal och bemanning för att kunna behandla patienter med svikt i ett eller flera organsystem. Det finns olika nivåer av intensivvårdsavdelning men även den lägsta nivån ska kunna stabilisera patienter som kräver mer resurser än avdelningen klarar av för säker transport till annan intensivvårdsavdelning. Intensivvårdsavdelningen ska ha hög kompetens och arbeta multidisciplinärt. Den kräver i regel högre bemanning än en vanlig vårdavdelning och de som arbetar på en intensivvårdsavdelning bör vara specialistutbildade (Svensk förening för

anestesi och intensivvård, 2024).

De som arbetar på en intensivvårdsavdelning är läkare som har en specialistkompetens inom anestesi-och intensivvård, specialistsjuksköterska inom intensivvård och undersköterska. Det finns också andra professioner som samverkar kring patienter på intensivvårdsavdelningen som till exempel patientansvarig läkare, fysioterapeuter och röntgenpersonal (Svensk förening för anestesi och intensivvård, 2024).

## 2.2 Intensivvårdssjuksköterskans funktion och ansvar

Intensivvårdssjuksköterskans kompetensområde är inom omvårdnad, men då intensivvården är en komplex och avancerad vård krävs det även stor kunskap inom medicin, behandling och teknik. Intensivvårdssjuksköterskan ska kunna vårda och behandla kritiskt sjuka patienter, självständigt inhämta och analysera vitala funktioner för att bedöma komplexa vårdssituationer. Det omfattar även säker läkemedelshantering, informera och stödja patientens närstående med ett etiskt bemötande, ha en aktiv roll i donationsprocessen och ansvara för kritisk sjuk patient under transport inom och mellan sjukhus (Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor består av fyra områden som är: sjuksköterskor och personer i behov av omvårdnad, sjuksköterskor och yrkesutövningen, sjuksköterskor och professionen samt sjuksköterskor och global hälsa. Sjuksköterskan ska utifrån sin profession stödja och respektera alla människors värdighet och rättigheter, oavsett om det är patient, närstående eller kollega. De ska också företräda patienten och deras perspektiv och utifrån det upprätthålla en kultur som tillåter en öppen dialog och främjar etiskt handlande (Svensk sjuksköterskeförening, 2022).

Hälso- och sjukvårdslagens (SFS 2017:30) betonar att alla människors värdighet och integritet ska respekteras, vårdpersonal ska kunna tillgodose patientens behov av trygghet samt ge vård av god kvalitet med god hygienisk standard. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) säger att det är vårdgivarens ansvar att leda, planera och genomföra vård inom verksamheten så att god vård enligt hälso-och sjukvårdslagen upprätthålls. Patientdatalagen (SFS 2008:355) har till syfte att försäkra god och säker vård för patienten genom att reglera hur och vilken dokumentation som ska föras i patientens journal. All personal inom hälso-och sjukvård har skyldighet att dokumentera i patientens journal om de varit i kontakt med patienten.

Personcentrerad vård, Samverkan i team, Evidensbaserad vård, Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, Säker vård och Informatik är de sex kärnkompetenserna inom omvårdnad för att kunna tillgodose säker vård (Svensk

sjuusköterskeförening, 2020). Nedan beskrivs några mer utförligt.

### **2.2.1 Samverkan i team på intensivvårdsavdelningen**

Intensivvårdssjuusköterskan är ansvarig för att leda omvårdnadsarbetet och ska samverka med andra yrkesgrupper, professioner, enheter och verksamheter. Intensivvårdssjuusköterskan ska också utifrån patientens behov prioritera, planera, leda, fördela och samordna vården i teamet. Genom ett interprofessionellt samarbete ska kontinuitet och trygghet skapas för patienter och närstående (Svensk sjuusköterskeförening, 2020).

På intensivvårdsavdelningar arbetar olika professioner tillsammans mot ett gemensamt mål, vilket är en definition av team. För att teamet ska fungera optimalt krävs det gott samarbete och kommunikation mellan alla teammedlemmar. Då intensivvården är en mycket komplicerad vård krävs det ett välfungerande team som har olika kunskaper och egenskaper, och där patienten behöver avancerad vård i form av bland annat andningsstöd, sedering, medicinsk behandling och generell omvårdnad. Medlemmarna i teamet kring patienten kan variera dagligen, utifrån personernas schema eller hur de blir placerade på avdelningen. Det krävs då överlämning mellan medlemmarna i form av skriftlig eller muntlig kommunikation (Ervin et al., 2018).

Intensivvård är inte bara en avancerad vård för patienten utan även en påfrestande miljö för de som arbetar där och för patientens närstående. Både den fysiska och psykiska arbetsmiljön kan påverka teamets prestation (Ervin et al., 2018). För att undvika förvirring i teamet bör en tydlig ledare vara utsedd och att alla har sina arbetsuppgifter (Salih & Draucker, 2019). Teamledaren behöver inkludera allas tankar, idéer och åsikter, för att ha ett öppet klimat och tydliggöra att alla strävar efter samma mål (Ervin et al., 2018). Läkaren har det medicinska ansvaret över patienten och tar det yttersta ledarskapet i teamet. Det är dock en stor fördel om sjuusköterskan kan behärska ledarskap då läkaren inte alltid är på plats. Att känna sina teammedlemmar är en fördel för ett effektivt arbete (Salih & Draucker, 2019). Det är av betydelse inom intensivvård att teammedlemmarna vågar lita på varandras kunskap och erfarenheter (Ervin et al., 2018).

### **2.2.2 Informatik**

Kompetensområdet innefattar strukturerad information och digital teknik som ska underlätta för vårdpersonal, patienter och anhöriga i kommunikation med varandra. Den digitala tekniken är väsentlig för vård och behandling inom intensivvård då den underlättar för planering och utvärdering (Svensk sjuusköterskeförening, 2020).



Specialistsjuksköterska inom intensivvård ska kunna identifiera, inhämta och analysera information via muntlig informationsöverföring, övervakningsutrustning och medicinteknisk utrustning. Specialistsjuksköterskan ska också kunna använda olika kommunikationsverktyg för säker och strukturerad informationsöverföring genom hela vårdförloppet med både patienter, anhöriga och vårdpersonal (Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

## 2.3 Kommunikation

Kommunikation kan skiljas mellan verbal kommunikation och icke-verbal kommunikation (Buck & VanLear, 2002). För ett effektivt teamarbete är kommunikation ett verktyg, det gäller både verbal och icke verbal kommunikation (Ballangrud et al., 2014). Verbal kommunikation innebär att använda språk eller text för att meddela information. Tydlig kommunikation är en avgörande faktor i ett vårdteam för att säkerställa ett bra samarbete (Buck & VanLear, 2002). Missförstånd uppstår oftast vid verbal kommunikation, olika språk eller bakomliggande kulturella orsaker kan vara hinder för att överföra ett tydligt meddelande. Stressiga moment kan leda till ett oprofessionellt bemötande mot andra teammedlemmar. Även hierarkier i vårdteamet kan vara ett hinder i akuta situationer, det blir mer fokus på vem som har rätt i stället för vad som är rätt (Brindley & Reynolds, 2011). Alla teammedlemmar bör våga tala högt, att säga vad de ser och dela med sig av sina tankar. Tonläget kan däremot påverka hur det mottas i teamet (Salih & Draucker, 2019).

Icke-verbal kommunikation används lika ofta som verbal men uttrycks utan språk eller text. Kommunikationen sker istället genom bland annat kroppsspråk såsom gester, rörelser, ansiktsuttryck, ögonkontakt och tonläge på rösten. Undanhållen information avslöjas ibland via omedvetna kroppsspråk eller ansiktsrörelser innan människor hinner kontrollera dem, vilket syns när personen är tveksam eller irriterad (Buck & VanLear, 2002). Moore et al. (2010) genomförde en etnografisk studie i en operationssal för att undersöka hur verbal och icke-verbal kommunikation påverkar samarbetet under operation. Icke-verbal kommunikation avslöjar personalen när de önskar att någon ändring ska eller inte ska ske. Kroppshållning och positionering i operationssalen avslöjar också hierarkier i teamet (Moore et al., 2010).

### 2.3.1 Crew resource management - CRM

Crew resource management (CRM) syftar till ett effektivt och säkert teamarbete för att minska mänskliga misstag, förbättra arbetsklimat samt en ökad patientsäkerhet (Buljac-Samardžić et al., 2021). CRM har sitt ursprung i flygindustrin. Metoden beskriver och fokuserar på att utveckla de icke-tekniska färdigheterna, såsom interpersonellt beteende, kommunikation, ledarskap, följarskap och

situationsmedvetande. I samband med kunskap och tekniska färdigheter bidrar detta till ett effektivt och säkert teamarbete (Brown, 1987; Buljac-Samardžić et al., 2021).

CRM introducerades till sjukvården i början på 1990-talet då det ansågs vara tillämpligt även där för att effektivisera teamarbetet. För att öka patientsäkerheten i akuta situationer är det betydelsefullt att träna och simulera CRM. Det ökar de icke-tekniska färdigheterna och på så vis även patientsäkerheten. Dock behöver träning och simulering vara kontinuerlig då enstaka tillfällen inte kommer upprätthålla kompetens (Howard et al., 1992). Socialstyrelsen (2023) uttrycker också genom att träna på CRM i grupp, kan kommunikation och informationsrapportering i teamet förbättras.

CRM är därmed relevant att lyfta i sammanhang som berör kommunikation i vårdteam, i och med det erbjuder en etablerad struktur för att förstå kommunikation och samarbete i komplexa vårdmiljöer. Införandet av CRM på en intensivvårdsavdelning visar en lägre förekomst av komplikationer, minskad mortalitet och förstärkt säkerhet mellan vårdpersonal. Det visar sig också att teamarbetet blir betydligt bättre efter att de arbetat med CRM minst ett år, vilket betonar vikten att CRM-simulering utförs regelbundet för att bibehålla kompetensen (Haerkens et al., 2015).

### **2.3.2 Closed-loop**

Closed-loop är ett kommunikationssätt inom CRM och syftar till att skapa enkel och tydlig kommunikation. Closed-loop kan beskrivas som att det består av tre delar: call-out, check-back och closed-loop (Härgestam et al., 2013). I det första steget ropar sändare ut ett meddelande (call-out), i det andra steget bekräftar mottagare att meddelandet har mottagits (check-back), i det sista steget är looperna stängd genom att mottagaren bekräftat. Denna metod används för att säkerställa att viktig information är korrekt mottagen, vilket minskar risken för missförstånd i akuta situationer.

Closed-loop används framför allt i akuta situationer där kommunikation kan bli komplicerad och svår att förstå på grund av stress och hög ljudnivå, genom att använda closed-loop minskar misstag på grund av kommunikation och på så sätt risken för vårdskador för patienten (Härgestam et al., 2013).

Genom att aktivt jobba med closed-loop kommunikation minskar risken att alla pratar samtidigt och teamet jobbar mer effektivt. Samarbetet i vårdteam och följsamhet av rutiner förbättras genom att regelbundet använda closed-loop kommunikation (Bhangu et al., 2022).

## 2.4 Ansvar och makt

Ordet ansvar är ursprungligen från det latinska ordet “respondere” vilket betyder att svara eller ge svar. Svenska Akademiens Ordbok (SAOB) definierar “ansvar” som svaromål, skyldighet att stå till svars för sitt görande och att bära skulden för något (Svenska Akademien, u.å.). Samarbete inom ett vårdteam betyder att en person ansvarar för sina egna uppgifter och samtidigt har en skyldighet att hjälpa och stödja sina teammedlemmar. Teamet ska komplettera varandra för att främja samarbete och säkerställa en patientsäker vård. Det finns en balans mellan ansvar och makt vilket påverkas av yttre etik, såsom lagar, principer och normer, samt inre etik som värdegrund, samvete och uppfattning om det goda. Det finns inget enkelt sätt att förklara balansen då en persons handlingar inte alltid är medvetna (Wallinvirta, 2022).

Begreppet makt kan beskrivas som kraft, styrka eller förmåga. Makt inom sjukvården brukar relateras till hierarkiska strukturer (Rundqvist, 2004). Kuokkanen och Leino-Kilpi (2000) undersöker begreppen makt och egenmakt utifrån tre teoretiska ansatser där begreppen makt och egenmakt anses som sociala och politiska fenomen vilket kopplas till det negativa diktatoriska begreppet makt inom den kritiska sociala teorin. De beskriver vidare att makt ofta förknippas med kunskap, vilket kan vara positivt. Ordet makt kan också innebära hierarki och auktoritativt ledarskap där en annan persons handlingsfrihet begränsas.

Med hierarki menas ett system som förtydligar vem som bestämmer över vem (Köhler & Messelius, 2006). Hierarki kan både vara en fördel och nackdel beroende på hur ledaren använder sig av sin “makt”. De som står lägre i den hierarkiska ordningen kan uppleva att de inte blir lyssnade på och därför inte vågar yttra sig om vad de ser eller hör i situationen, och därmed försämras teamarbetet. Däremot kan det vara en fördel med hierarki i team, med rätt “klimat” inom teamet kan det då bli en lärande situation och kan gynna samarbetet om alla respekterar och ser varandra (Bekkink et al., 2018).

## 2.5 Hildegard Peplau

Med inspiration av Harry Stack Sullivans (1953) teori om interpersonell relation har Hildegard Peplau utvecklat sin egen teori vilken i grunden beskriver relationen mellan sjuksköterska och patient. Peplau beskriver att grunden i interpersonell omvårdnad bygger på ett fokus på personen, en medvetenhet om de roller sjuksköterskan kan anta i relationen samt en reflektion över sig själv i samspel med personen. Hennes teori beskrivs enligt tre faser, orienteringsfasen, arbetsfasen och avslutningsfasen. I orienteringsfasen är relationen neutral och patienten söker hjälp hos sjuksköterskan, de söker en relation till varandra. Arbetsfasen innebär att de tillsammans arbetar för en lösning på problemet och i avslutningsfasen återgår

relationen till neutral då deras relation avslutas (Peplau, 1989).

Inom vårdteamet kan teorin tillämpas genom att relationen mellan patient och sjuksköterska ändras till olika yrkesroller. Vid orienteringsfasen i ett vårdteam kommunicerar olika professioner för att hitta en plan eller lösning, medan det under arbetsfasen sker samarbete mellan teammedlemmar av hänsyn till patienten. I avslutningsfasen avslutas samarbetet mellan olika yrkesroller i just det teamet, men det finns dock möjlighet att fortgå i andra patientärenden, vilket gör att avslutningsfasen i ett vårdteam snarare anses som en övergångsfas när det handlar om samverkan mellan professioner. Peplau (1989) påpekar särskilt hierarkier i sjuksköterska-patient-relationen, vilket också gäller i vårdteam där det finns olika nivåer. Missbruk av hierarki leder till dålig kommunikation och relation, vilket resulterar till att patientsäkerheten påverkas negativt (Peplau, 1989).

I en studie undersöktes det hur Peplaus teori påverkade samarbete i ett operationsteam på en operationsavdelning. De skapade en kontrollgrupp och en interventionsgrupp där resultatet visade att det fanns en betydligt bättre samarbetsförmåga i interventionsgruppen. Det vill säga Peplaus teori påverkar kommunikationen och samarbetet positivt i vårdteamet, vilket i sin tur leder till en patientsäker vård (Andriani et al., 2024).

## 2.6 Patientsäkerhet

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är alla vårdgivare såsom statliga myndigheter, regioner, kommuner och enskilda näringsidkare skyldiga att följa lagar för patientsäkerhet. Syftet med lagen är att säkerställa och upprätthålla en hög nivå av patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård för att minska risken för eventuella vårdskador hos patienter (SFS 2010:659). Socialstyrelsen har gjort en sammanfattning av patientsäkerhetslagen. Definitionen av patientsäkerhet enligt Socialstyrelsen är att skydda patienten mot vårdskada såsom lidande, fysisk eller psykisk skada och dödsfall vilket hade kunnat undvikas (Socialstyrelsen, 2020).

Vidare beskriver Socialstyrelsen att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten för att säkerställa en patientsäker vård. Vårdgivare behöver också ha anpassade kunskaper för att förebygga och identifiera potentiella vårdskador. Vid situation där allvarlig vårdskada hade kunnat inträffa eller har inträffat är vårdgivaren skyldig att anmäla händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (Socialstyrelsen, 2020). Socialstyrelsen (2024) föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) beskriver hur sjuksköterskan ska hantera och administrera läkemedel för att säkerställa patientsäkerhet.

Det har visat sig i studier att bristande kommunikation är en risk för patientsäkerheten (Weller et al., 2014). Bland annat är det en risk att det blir fel

dosering av mediciner vid muntliga och handskrivna ordinationer (Farzi et al., 2017; Abraham et al., 2021). Vidare beskrivs det att detta främst uppstår då sjuksköterskorna inte vågar fråga läkarna om ordinationerna då de kan bli arga och tycka att sjuksköterskorna är slarviga (Farzi, et al., 2017). Men ett effektivt teamarbete bidrar däremot till en mer patientsäker vård (Weller et al., 2014).

### **3 PROBLEMFORMULERING**

På intensivvårdsavdelningen behandlas och vårdas kritiskt sjuka patienter. De riskerar mer oförväntade komplikationer och vårdskador jämfört med patienter som vårdas på andra vårdavdelningar. Det kräver stora resurser, hög bemanning och specialistutbildad personal. Intensivvårdssjuksköterskan är ansvarig för att leda omvårdnadsarbetet och ska samarbeta interprofessionellt för att skapa kontinuitet och trygghet för patienter och anhöriga. För ett effektivt teamarbete krävs ett gott samarbete och en god kommunikation. Då flera olika professioner är inblandade på en intensivvårdsavdelning är risken för bristande kommunikation eller missförstånd förhöjd. Genom att beskriva hur olika professioner kommunicerar med varandra kan en bild av kommunikationsstrukturen ges och huruvida det påverkar patientsäkerheten. Vidare kan det ge kunskap om hur vårdteamet ska kommunicera för att öka patientsäkerheten.

### **4 SYFTE**

Syftet var att beskriva kommunikationen i vårdteamet kring en kritiskt sjuk patient på en intensivvårdsavdelning.

## 5 METOD

En fenomenologisk hermeneutisk metod enligt Lindseth och Norberg (2004) med en kvalitativ induktiv ansats användes för att svara till syftet. Data samlades in genom ostrukturerade, icke-deltagande observationer, där fältanteckningar fördes för att sedan analyseras.

En kvalitativ metod används då en djupare förståelse av ett visst fenomen vill beskrivas. Med en induktiv ansats menas att studien påbörjas i empirin, där fenomenet studeras objektivt och förutsättningslöst, utan någon förutfattad teori. När studien sedan avslutas dras slutsatser och en teori kan formuleras (Henricson & Billhult, 2023).

Fenomenologisk hermeneutik grundar sig i hermeneutikens tradition "att tolka" och i fenomenologisk tradition "levd erfarenhet". Metoden vill belysa den faktiska meningen så som den levs i mänsklig erfarenhet och belysa essensen i den (Lindseth & Norberg, 2004).

Ontologi har sitt ursprung i den antika grekiska filosofin. Ordet betyder "läran om varandet", vilket handlar om essensen av verkligheten, det vill säga, "Vad är detta?" och "Vad är verkligheten?" (Priebe & Landström, 2023; Bruce et al., 2014). Realism och relativism är två av de huvudsakliga ontologiska ståndpunkterna. Realism betonar relationen mellan kunskap och objekt, däremot betonar relativism relationen mellan kunskap och subjekt, det vill säga forskaren som skapar kunskapen (Priebe & Landström, 2023). Författarna i denna studie använde sig av den relativistiska ontologin eftersom de utgår ifrån att verkligheten inte är absolut, utan varje individ påverkas av erfarenheter och sin sociala bakgrund.

Epistemologi handlar om "hur vet vi det vi vet" och "Hur konstrueras kunskap?" (Hardin, 2022). Studien använder hermeneutisk tolkning för att förstå fenomenets innebörd och strävar inte efter en absolut sanning, genom att tolka insamlat material under observationer.

### 5.1 URVAL

En förfrågan om tillstånd att genomföra studien på intensivvårdsavdelningen, tillsammans med information om studien, skickades till enhetschefen på avdelningen, se bilaga 1. Efter dennes godkännande vidarebefordrade hen information om studien via mail till eventuella deltagare. Deltagarna fick också ge sitt informerade samtycke, se bilaga 2, vid observationstillfället. Ett bekvämlighetsurval valdes på grund av vilken personal som arbetade den tid som observationerna genomfördes, och de som godkände deltagandet.

Inklusionskriterierna var undersköterskor, intensivvårdssjuksköterskor och anestesiläkare som deltog i vårdteamet kring patienterna på intensivvårdsavdelningen, oberoende av kön, ålder, kulturell bakgrund och yrkeserfarenheter. Kommunikationen som observerades var det som uttrycks i vårdteamet, både verbalt och icke-verbalt samt det som påverkade kommunikationen och som var relevant för syftet.

Exklusionskriterier var team som vårdade patienter under 18 år och kommunikationen som skedde med patienten eller dennes anhöriga. Även studenter och personal som gick bredvid exkluderades ur studien.

## 5.2 DATAINSAMLING

Studien genomfördes på en intensivvårdsavdelning i västra Sverige genom ostrukturerade, icke-deltagande observationer (Mulhall, 2003). Avdelningen bestod av åtta vårdplatser där alla var enkelsalar, och där en intensivvårdssjuksköterska ansvarade över två patienter.

Ostrukturerade observationer används för att tolka och förstå beteenden i en viss kontext. Med ostrukturerad observation kan forskaren ha en idé av vad som ska studeras men detta kan förändras över tid. Ostrukturerade observationer ger möjlighet att få en helhetsbild av kommunikationen och samverkan i vårdteamet, med fokus på både verbala och icke-verbala uttryck där interaktionerna sker. Det fångar sammanhanget och kan visa påverkan av miljön deltagarna befinner sig i. Det visar på mer naturliga omständigheter, där deltagarna har svårare att påverka datainsamlingen (Mulhall, 2003).

Observatörerna skapade initialt ett observationsschema, men efter en testobservation upplevdes det som svårt att följa i praktiken. Observatörerna valde i stället att dokumentera observationerna i fritextform. Därefter gjordes ytterligare en testobservation tillsammans utan observationsschema för att kontrollera att de observerade liknande saker. Observatörerna fokuserade på att observera kommunikation mellan teammedlemmarna i vårdssituationer. Det var både icke-verbala kommunikation, så som kroppsspråk, ansiktsuttryck och tonläge, samt verbal kommunikation där ordval och uttryck observerades. Vidare observerades även miljön där kommunikationen befann sig, för att kunna beskriva sådant som påverkar kommunikationen.

Observationerna gjordes under februari och mars och det blev totalt 19 observationer, fem vid rond, sex vid överrapportering och åtta stycken vid patientens säng. Observationerna var mellan 10–45 minuter långa där genomsnittstiden var 19 minuter. I studien deltog totalt 40 personer, varav 16 var intensivvårdssjuksköterskor, 19 undersköterskor och fem läkare. Data inhämtades både under dag- och kvällstid, där observatörerna delade på sig och observerade

vid olika tillfällen. För att smälta in i miljön och påverka kommunikationen så lite som möjligt var de klädda i likadana arbetskläder som personalen. Vid observationerna satt eller stod observatören så nära att den hörde och såg kommunikationen men så pass långt ifrån för att inte störa interaktionen. Fältanteckningar skrevs för hand under observationerna och skrevs sedan rent i ett worddokument och diskuterades tillsammans.

## 5.3 ANALYS

För att analysera den insamlade datan användes en fenomenologisk hermeneutisk analys med hjälp av Lindseth och Norbergs (2004) tre steg, naiv läsning, strukturell analys och omfattande förståelse (tolkad helhet).

Fältanteckningarna som fördes under observationerna skrevs rent i ett worddokument och lästes sedan igenom flera gånger, först var för sig, för att sedan läsas tillsammans. Detta enligt det första steget i analysen "naiv läsning" för att få en helhetsbild av sammanhanget. Under detta steg var det viktigt att vara tillräckligt öppen för att bli rörd och berörd av texten, vilket innebär att båda observatörer aktivt förhåller sig öppen för textens mening utan att tolka för snabbt. Det handlar om att låta texten tala till observatörerna.

I andra steget, "strukturell analys", formulerades frågor till texten baserade på studiens syfte. Meningsenheter identifierades genom att ställa dessa frågor till texten och samla ihop de delar av texten som svarade mot hur kommunikation och samverkan i teamet uttrycktes. Frågor som ställdes till texten: *Vad gör kommunikationen tydlig/otydlig?; Sker det något oväntat som påverkar kommunikationen?; Hur ser den verbala/icke-verbala kommunikation ut?; Vilka roller syns i teamet? och Fick alla i teamet ta plats i samtalen?.* Meningsenheterna som svarade på frågorna, var av olika längd, beroende på deras innehåll, och de beskrevs på ett neutralt sätt utan tolkning i detta steg för att fånga essensen av dem. Meningsenheterna kondenserades, likheter och skillnader mellan de kondenserade meningsenheterna identifierades, de bildade då subteman och teman. Dessa teman reflekterades sedan i förhållande till den naiva förståelsen. Då de inte helt stämde överens, lästes den strukturella analysen igen, och nya benämningar på teman kom fram. Därefter växte resultatet fram då känslan nu stämde överens med de nya teman som skapats, tabell 1. Därefter fortsatte analysen till steg tre eftersom den naiva förståelsen och teman stämde bra överens.



Tabell 1. Exempel på strukturell analys

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondensation</b>	<b>Subtema</b>	<b>Tema</b>
Läkare vänder sig till sjuksköterska: "Vad tror du om vi tänker så här?"	Läkare frågar sjuksköterska vad hen tycker.	Stämning och samspel i teamet	Kommunikationen påverkas av relationen
SUndersköterska försöker säga att hen inte har träffat patienten förut men kvällsjuksköterska pratar samtidigt med dagsjuksköterska så hen inte blivit hörd.	Alla pratar samtidigt.	När kommunikation skaver	Kommunikation kan både hjälpa och stjälpa

I det tredje och sista steget i analysen, vilket var "tolkad helhet", tolkades texten och teman utifrån författarnas förförståelse. I detta steg genomfördes en sammanfattande tolkning som visade vad kommunikation inom vårdteamet handlade om. Förförståelse som byggts upp från tidigare erfarenheter användes medvetet i tolkningen för att kunna fördjupa förståelsen. Utifrån detta växte en djupare tolkning fram, och en färdig tolkad text formulerades som en del av resultatet som svarade på studiens syfte.

## 5.4 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studier som bedrivits på högskola behöver, enligt 2 § i Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, ingen etikprövning oavsett nivå, grund eller avancerad. Det är dock av stor vikt att ta hänsyn till de etiska principerna även om ingen etikprövning behövs. Studien följde Helsingforsdeklarationens etiska principer, där fördelar vägs mot riskerna, säkerställde respekt för alla deltagare och skyddade deras rättigheter (World medical association, 2024). Vidare togs även de fyra etiska kraven, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet, i beaktande.

Information- och samtyckeskravet innebär att deltagare i en studie får tydlig och adekvat information om studien. De ska också ha möjlighet att samtycka till eller avböja deltagande frivilligt (Polit & Tatano Beck, 2021). För att tillgodose informationskravet och samtyckeskravet skickades en förfrågan om tillstånd att

genomföra studien på intensivvårdsavdelningen, tillsammans med information om studien, till enhetschefen via mail. Deltagarna vid observationerna fick information om studien via mail, där de hade möjlighet att avböja till deltagande. De fick även information att de när som helst under observationen kan avbryta deltagandet. Inför varje observation fick de ytterligare frågan om det gick bra att de observerades och efter observationen signerades ett skriftligt informerat samtycke för att bekräfta deras medverkan. De hade återigen möjlighet att neka deltagandet och observationen togs i så fall bort ur studien. Personalen som blev tillfrågad hade även möjlighet att neka observation i vissa salar där de ansåg det vara olämpligt.

Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet innebär att deltagarna kan förvänta sig att deras uppgifter förblir anonyma och inte kommer att lämnas ut till obehöriga och att datan enbart används till det som är menat (Polit & Tatano Beck, 2021). Enligt General Data Protection Regulation (GDPR) ska personuppgifter hanteras på ett lagligt och öppet sätt. Personuppgifterna får bara samlas in när det verkligen behövs och ska tydligt visa hur de används. Personuppgifterna får inte sparas mer än nödvändigt (European Union, 2016). Kravet uppfylldes då inga personuppgifter samlades in. Datan krypterades så att deltagarna inte kunde identifieras. Det insamlade datamaterialet till denna studie kommer inte att användas i andra studier framöver.

Då patienter och eventuella anhöriga inte var fokus för observationen behövde de inte ge något informerat samtycke. De fick dock information om studien och hade möjlighet att be observatörer att inte genomföra observationer inne hos patienten.

## 5.5 FÖRFÖRSTÅELSE

Inför studiens start diskuterades författarnas förförståelse med varandra för att belysa hur den skulle kunna påverka studiens resultat. Båda är legitimerade sjuksköterskor sedan sex år och tre år, med yrkeserfarenhet inom medicin samt pre- och postoperativ vård som sjuksköterskor. En av författarna har tidigare arbetat som undersköterska på intensivvårdsavdelning medan den andra inte hade någon erfarenhet från intensivvård. Båda har en grundbild av hur kommunikation inom vården ser ut och hur hierarkier kan påverka den genom sin erfarenhet från andra vårdavdelningar där ett nära arbete sker med undersköterskor och läkare.

Den pre- och postoperativa vårdavdelningen är samorganiserad med intensivvårdsavdelningen, och samma personal arbetar på båda enheterna. Detta innebär att författarna sedan tidigare är kollegor med deltagarna i studien. Det betyder att författarna har en djupare förförståelse jämfört med personer som aldrig har varit i kontakt med intensivvårdsavdelningen och deras personal. Den förförståelsen kan påverka tolkning av resultatet på grund av tidigare erfarenheter och upplevelser.

## 6 RESULTAT

Resultatet beskriver hur kommunikationen i vårdteamet på intensivvårdsavdelningen upplevs och tolkas. I analysen framkom två teman och fyra subteman, se tabell 2.

Tabell 2. Översikt av tema och subtema

Tema			
Kommunikationen påverkas av relationer		Kommunikation kan både hjälpa och stjälpa	
Subtema			
Roller och positioner i teamet	Stämning och samspel i teamet	En kommunikation som flyter	En kommunikation som skaver

### 6.1 Kommunikationen påverkas av relationer

Temat "Kommunikationen påverkas av relationer" beskrev hur kommunikationen i vårdteamet formas både genom yrkesroller och genom interaktionen mellan personer som uppstår i det dagliga arbetet. Samspelet påverkar hur teammedlemmarna kommunicerar och förstår varandra. Observationerna visade att stämningen i teamet, placering i rummet och hur teammedlemmarna relaterade till varandra påverkade kommunikationen i teamet.

#### 6.1.1 Roller och positioner i teamet

Under observationerna framkom det att inom vårdteamet i regel fanns en tydlig fördelning mellan ledare och följare. Ledarskapet i teamet tydliggjordes genom kommunikation, det vill säga, ledaren var den som främst förde samtalet. Däremot var det inte bara ledaren som pratade utan teamet hade ett samtal och diskussion tillsammans. Det framgick också vem som var ledaren genom att denne gav instruktioner och bekräftade att den andra i teamet förstod vad som skulle göras. Vid de tillfällen som läkaren varit närvarande har den lett det medicinska arbetet, däremot har läkaren inte varit direkt delaktig i omvårdnaden. I omvårdnadsarbetet har sjuksköterskan varit teamledaren och allt som oftast stått vid huvudändan hos patienten och därifrån dirigerat eller delegerat arbetet runt patienten. Vid mindre

omvårdnadsåtgärder eller där patienten varit mer stabil skötte undersköterskorna arbetet själva, men även inom den gruppen tog någon ofta tagit på sig en ledarroll.

Hur teamet placerade sig i rummet speglades ofta av ansvarsnivå och grad av delaktighet. Läkare som har den högsta medicinska kompetensen ledde samtalet under rondens och placerade sig då vid datorn, för att kunna ta del av provsvar och läkemedelslistor. Sjuksköterskan satt vanligtvis bredvid läkaren, dels för att kunna assistera läkare, dels för att senare kunde dokumentera och utföra läkarordination efter åtgärdsplan bestämts. Undersköterskan hade en mer stödjande roll på rondens och denne dokumenterade inte lika mycket eller ofta som sjuksköterskan. Undersköterskan var den som kände patienten bäst eftersom det var undersköterskan som utförde största delen av omvårdnaden runt patienten. Oftast placerade sig undersköterskan strax bakom läkaren och sjuksköterskan, eller satt i dörren in till expeditionen från patientsalen.

*Sjuksköterska sitter vid datorn, läkare kliver in i expeditionen och sjuksköterskan ställer sig upp, lutar sig över datorn för att göra klart och säger "du ska få datorn, ett ögonblick". Loggar ut och sätter sig på stolen bredvid. Läkare sätter sig ner och loggar in i datorn. Sjuksköterska gör sig klar med anteckningsblock och penna. Undersköterska kommer in med kurvbladet och lägger hos sjuksköterskan. Sätter sig på en pall bakom... (Observation 3)*

Trots att placeringen i rummet kunde upplevas hierarkisk fick alla professioner delta i samtalet och delade med sig av sina upplevelser, tankar och funderingar kring patienten. Men det var mer en regel än undantag att det var läkaren som förde samtalet tillsammans med sjuksköterskan.

Omvårdnad vid patientens säng där läkaren var närvarande hade hen en ledande roll, där de andra professionerna lyssnade till hen, däremot är det tydligt att läkaren också lyssnar på vad de andra hade att säga.

*Medan sjuksköterskan berättar vad hen vet om patienten. Läkaren lyssnar noggrant, nickar på huvudet. Undersköterskan börjar också prata vad hen har uppmärksammat om patienten, en kort diskussion håller på i rummet. (Observation 4)*

Det var tydligt att de arbetade i team tillsammans för patientens välmående. När det gällde den medicinska delen ledde läkaren arbetet men med hjälp av sjuksköterskor och undersköterskor. De förde diskussioner i vårdteamet där alla delade med sig av det de såg, hörde och kände, oavsett vilken profession de tillhörde. Alla pratade högt och berättade vad de lade märke till hos patienten och läkaren kunde utefter det bilda sig en uppfattning och ordinera relevanta åtgärder.

## 6.1.2 Stämning och samspel i teamet

Teamets dynamik påverkades av hur väl teammedlemmarna kände varandra sedan tidigare, vilket i sin tur kunde påverka kommunikationen under arbetet. Mellan teammedlemmar som verkade ha en längre arbetsrelation och delade vardagliga erfarenheter upplevdes stämningen i teamet lugn och trivsamt, och kommunikationen flödade naturligt. Personalen småpratade ibland om vad som hände hemma, personliga intressen eller tidigare erfarenheter inom yrket, särskilt när de hade mindre att göra och det fanns tid för det. Sådana icke jobbrelaterade samtal verkade bidra till en avslappnad stämning i teamet och genom småprat lärde teammedlemmarna känna varandra bättre. Teammedlemmarna som kände varandra sedan tidigare verkade också ha lättare att förstå varandra under teamarbetet.

*När rapporten är avslutad pratar sjuksköterskor om patientens situation, tidigare pass de arbetat.....Tar också upp hur det gick för en tidigare patient..... Börjar också prata om privata saker, om jobb och organisationen. (Observation 1)*

Olika känslor speglades i kommunikationen mellan teammedlemmarna. Vid oklar information eller oförväntade händelser uttrycktes känslor av osäkerhet och stress. De fick en sämre hållning, hade längre pauser i meningarna, tittade bort från personen de pratade med och fick en lägre samtalston. När situationen istället var tydlig och uppenbar framstod teammedlemmarna som självsäkra och engagerade. Detta visade de genom ett tydligt tonläge, sträckte lite extra på sig och talade utan att stanna upp eller dra på orden. När behandlingen också visade en önskad effekt uttryckte teammedlemmarna känslor av glädje, vilket märktes genom tonfall, ansiktsuttryck och kroppsspråk.

*"CRP var lågt, gud vad bra" säger sjuksköterska med en nöjd, upprymd röst. (Observation 5)*

Teammedlemmarna uppvisade också att de var måna om varandra genom att ofta erbjuda hjälp eller bara titta in till varandra för att fråga hur det gick. De påminde varandra om någon verkade ha glömt något, eller bara dök upp spontant för att lösa ut varandra på fika. Det upplevdes som att de stöttade och kompletterade varandra inom teamet.

## 6.2 Kommunikation kan både hjälpa och stjälpa

Temat “Kommunikation kan både hjälpa och stjälpa” beskrev hur kommunikationen inom vårdteamet skedde i det vardagliga arbetet. Observationerna visade att kommunikationen fungerade smidigt när olika kommunikationsmetoder användes, men att olika hinder och störningar också kunde leda till missförstånd. Subteman visade både situationerna när kommunikation fungerade och vad som kan skapa missförstånd.

### 6.2.1 En kommunikation som flyter

På intensivvårdsavdelningen skedde det ständig kommunikation i vårdteamen, det var både verbal och icke-verbal kommunikation som förmedlades, ibland även utan att personalen var medvetna om de signaler de sände ut. För att visa att de lyssnade och mottog informationen från den som talade, gav, förmedlade de med kroppsspråk genom att titta på personen, tiltade huvudet lätt åt sidan, lutade kroppen ofta lätt mot den person de lyssnade på och nickade. Vidare förtydligades lyssnande genom att personen som mottog även hängde med i samtalet genom att göra bekräftande ljud såsom “hmm, ah, ja”.

*De antecknar, lutar kroppen framåt mot intensivvårdssjuksköterskan, hmar, nickar. (Observation 2)*

Mottagare bekräftade genom att göra bekräftande ljud för att visa att de hade hört och förstått vad som sades, vilket minskade risken för missförstånd och sparade tid, särskilt vid akuta situationer. Observationer visade att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i samma team använde både verbal och icke-verbal kommunikation för att tydligt visa för den som talade att de lyssnade. Att känna sig hörd är avgörande inom vårdteamet, vid tillfällen då teammedlemmarna inte upplevde sig hörda påpekade de det genom att tala högre eller att röra vid den andre. Kommunikationen försäkrades på så sätt och risken för att missa viktig information minskades.

*Undersköterskan försöker säga att hen inte har träffat patienten förut men kvällssjuksköterska pratar samtidigt med dagsjuksköterska så undersköterskan inte blir hörd. Undersköterskan upprepar högt samtidigt som hen rör vid dagsjuksköterskan på armen.” (Observation 14)*

Det fanns flera kommunikationsmetoder som vårdteamet använde sig av för att ge och ta emot information. Kommunikationsverktyg som ABCDE-principen och closed-loop användes vid olika moment, vilket gjorde kommunikationen tydligare. För att förtydliga vem de talade med nämnde de personen vid namn. Personen som

tog emot information använde sig av motfrågor för att försäkra sig om att den hade uppfattat ordinationen korrekt.

*Undersköterskan ställer sig upp, riktar kroppen mot sjuksköterskan och frågar "har jag uppfattat detta rätt, är det detta som ska göras?" samtidigt som hon pekar på sitt block med nedskrivna punkter. Sjuksköterskan svarar tydligt "ja, det stämmer!". (Observation 3)*

För att förstå varandra bättre gick teammedlemmarna igenom informationen tillsammans. De tittade gemensamt på pappersjournalen eller journalen i datorn för att förtydliga och tillsammans förstå vad de såg och pratade om. De hade en diskussion kring den information som framkom och de reflekterade tillsammans om olika situationer för att förstå vad de stod inför. Ytterligare ett sätt för vårdteamet att förstå varandra var genom att de visade med händerna var på kroppen patienten har "besvär", eller med sitt ansikte visade hur patienten reagerade.

*Sjuksköterskan visar med sina händer på sin kropp var patienten har infarter, var patienten är svullen och har blåmärken. Hen visar också genom att imitera med ansiktet hur patienten ser ut. (Observation 1)*

När en person ville visa att något är väldigt viktigt blev tonen skarpare, mer bestämd och orden uttalades "hårdare". De stannade också upp i det som de höll på med för att få extra uppmärksamhet på det de skulle säga, och fick ett mer allvarligt uttryck i ansiktet. De såg också till att ha ögonkontakt och riktade hela kroppen mot den eller dem de skulle säga det till. Vid mer akuta situationer pratade vårdpersonalen ofta högt om vad de såg och hur de tänkte, de uppmärksammade varandra på förändringar eller avvikelser hos patienten som kunde behöva åtgärdas. Här riktade de i regel dock inte kommunikationen direkt till någon enskild person, men ledaren i vårdteamet registrerade ändå det som sades och gav respons på detta.

## **6.2.2 När kommunikationen skaver**

Missförstånd uppstod vid moment då flera i teamet pratade samtidigt. Det hände att alla då inte kom till tals eller att allt som sades inte hördes. Det blev då svårt att följa samtalen och riskerade att viktig information missades. Det var också svårt att utläsa vem personen pratade med då ingen ögonkontakt skapades eller att de tydligt visade vem de pratade med genom att rikta kroppen mot den personen. När teammedlemmarna ibland pratade rakt ut i luften, mumlande och hade låg samtalston, verkade inte de andra teammedlemmarna uppfatta vem uttalandet riktade sig till eller om hen pratade för sig själv.

*Läkare står vid huvudänden på sängen, klickar på Hamilton-respiratorn medan två intensivvårdssjuksköterskor står på var sin sida av patienten, de fixar aggregat till medicinpump och klickar på respiratorn. Mumlar lite utan att ha ögonkontakt med någon. (Observation 15)*

Ibland var det svårt att uppfatta när "kommunikationen" eller samtalet tog slut. Det hände att teammedlemmar gick ifrån, tog upp telefonen och ibland även ringde samtal mitt i situationen. De andra i teamet satt då kvar och tittade frågande på varandra, verkade inte riktigt uppfattat vad som hände. Det uppfattades som att de satt kvar en stund av respekt för den andre, men de fortsatte sedan med sina sysslor.

*Läkaren bekräftar genom att upprepa ordinationen många gånger. Tar sedan upp telefonen, vänder sig tillbaka mot datorn och ringer. Sjuksköterskan sitter kvar en stund och lyssnar på samtalet, reser sig sedan upp och går ut ur rummet. (Observation 7)*

Hierarki i teamet skapade tydliga arbetsstrukturer men kunde samtidigt leda till kommunikationsbrist. Vid tillfällen där läkare och sjuksköterskor upplevde situationer olika fördes en diskussion om det här mellan dem, det slutade i regel med att läkaren tog ett beslut. Däremot märktes det på sjuksköterskan att hen inte var helt nöjd med resultatet genom att uttrycka "okej" med ett tveksamt tonfall och slutade ställa ytterligare frågor. Det hände också att om läkaren saknade något var alla övriga teammedlemmar snabba med att tillgodose läkaren med föremålet.

*Läkaren ska skriva på labremissen, har ingen penna. Vänder sig då om i rummet och frågar samtliga: "Är det någon som har en penna?" Alla i rummet börjar känna efter i sina fickor efter en penna att ge till läkaren. (Observation 7)*

Förutom faktorer som nämnts ovan eller otydligt kroppsspråk som ledde till kommunikationsbrist, kunde även språkliga skillnader påverka förståelsen i teamet. Det var naturligt att alla pratade samma språk när de kommunicerade med varandra i teamet. Men varje individ hade sin bakgrund och sitt sätt att uttrycka sig. Vissa kom från andra städer, och hade med sig sin ursprungliga dialekt; vissa hade svenska som andraspråk och talade med brytning; vissa pratade väldigt fort och det var svårt att hänga med i hela samtalet. Språket i sig var en objektiv faktor som påverkade hur information förmedlades och förstods. Teammedlemmarna behövde emellanåt upprepa meningar för att säkerställa att informationen förstods i teamet.

Det var vanligt med störningar i kommunikationen på intensivvårdsavdelningen. Inte alla störningar eller avbrott orsakades av ljud utan rörelse kunde också leda till att koncentrationen distraherades. Ofta kom det in andra kollegor under ronder



och rapporter. Oavsett hur försiktigt eller tyst de försökte smyga in, märktes det att teamets fokus tillfälligt bröts genom att de avbröt det de pratade om. Det var inte alltid de egentligen ville något speciellt, ibland lämnade eller hämtade de något i rummet medan andra gånger ville de informera eller fråga om något.

Det hände också att personal kom in i patientsalen när det pågick omvårdnad eller mobilisering av patienten. Det var inte alltid störande och ofta kom de in för att fråga om de behövde någon hjälp. Det hände däremot att det var väldigt många personer i rummet som inte direkt hörde till vårdteamet, framför allt vid mer akuta situationer. De var då där för att lära sig eller för att hjälpa till om det skulle behövas, eller rent av nyfikenhet. Det kunde observeras att teammedlemmarna upplevde situationen som störande, då personer stod i vägen eller småpratade om annat som inte var relevant för det som pågick i salen.

*Läkaren kommer in och frågar läget, sjuksköterskan berättar vad hen vet. Läkaren står och tittar för en stund medan de andra fokuserar på vad de gör. (Observation 16)*

Telefonsamtal kunde också vara ett störande moment i kommunikationen. Ofta var det arbetsrelaterat och det var viktigt att svara i telefon. Det kunde vara en anhörig eller läkare som ringde. Ibland hände det att någon i teamet behövde ringa till laboratoriet eller röntgen eller någon annan för att få de svar som var nödvändiga och relevanta för situationen de befann sig i. Det här var i sig då ingen störning, även om det påverkade och avbröt kommunikationen.

*Rapporten fortsätter när sjuksköterskan har pratat färdigt i telefonen, "okej, var var jag just nu?" undrar sjuksköterskan medan hen tittar ner på sitt block, "du pratade om KAD" svarar den andra sjuksköterskan. (observation 6)*

Det hände dock att personalens personliga telefon ringde, den stängdes då relativt snabbt av och vederbörande bad om ursäkt för att de glömt stänga av telefonen. Det här gjorde ett avbrott i det pågående samtalet vilket ledde till att de som pratade tappade bort sig, och när de sedan skulle återgå så mindes de inte vad de skulle säga eller vad de hade sagt.

## 6.3 Tolkad helhet

Kommunikationen inom vårdteamet är komplext och påverkas av många faktorer. Kommunikationen är inte bara ett verktyg för att förmedla information, utan inkluderar interaktion och påverkan av relationen. Kommunikationen påverkas av flera samspelande faktorer såsom professionella roller, sociala relationer och hur personer brukar uttrycka sig. Samspelet i teamet påverkas av såväl den hierarkiska

strukturen och arbetsrelationer som byggs upp över tid. I ett vårdteam har läkare medicinskt ansvar medan intensivvårdssjuksköterskan leder omvårdnaden. Detta visar övergripande hur kommunikationen struktureras och hur teammedlemmarna kommunicerar med varandra. Trots det visar resultatet att arbetsrelationens längd skapar trygghet och underlättar förståelse mellan teammedlemmarna genom gemensamma erfarenheter och personlig kännedom. Kombinationen av både professionella roller och relationer påverkade i sin tur hur information uttrycktes, uppfattades och tolkades. Personal som inte jobbat lika länge på avdelningen upplevs mer försiktig och avvaktande i kommunikationen, medan de som har haft längre arbetsrelationer brukar skoja med varandra även när det gällde arbetsuppgifter, utan att vara oroliga för att bli misstolkade av den person som lyssnade. Däremot är det tydligt att alla i vårdteamet är individer och kommunicerar olika. De kommunicerar dessutom olika beroende på vem de pratar med och på vilken nivå de känner varandra, vilket innebär att det underlättar om vårdteamet känner varandra för en tydligare kommunikation.

Hinder i kommunikationen framkom såsom oklara uttryck och kroppsspråk, språkliga skillnader samt störningar i arbetet vilket skapar osäkerhet och frustration. Särskilt i situationer där kommunikationen i sig inte är direkt riktad, passivt aggressiv och när kommunikationen påverkas av hierarki. Detta leder till bristande öppenhet i dialogen och i sin tur till en tyst acceptans. Det avspeglades att kommunikationen inte alltid sker på jämlika villkor, utan tolkade som att det påverkas av maktförhållanden, erfarenheter och trygghet mellan teammedlemmarna. Att känna sig hörd och att få återkoppling är avgörande i vårdteamet för att kommunikation ska fungera. Med användning av ABCDE-principen och closed-loop kommunikation visar teammedlemmarna att de lyssnar, bekräftar och stödjer varandra i det vardagliga arbetet. Detta avspeglar inte bara viljan av samarbete, utan skapar också en hälsosam arbetsrelation där alla kan vara delaktiga och prata öppet.

Eftersom författarna redan hade en bild av det vardagliga arbetet på intensivvårdsavdelningen, påverkade denna förförståelse tolkning av texten. Resultatet fördjupar förståelsen för vikten av relationer samt verbal och icke-verbal kommunikation. Genom icke-deltagande observation gör det möjligt att se vardagliga situationer som är lätt att ta för givet. Förförståelsen som författarna har inför studien bekräftades av det insamlade materialet. Tidigare erfarenheter genom samarbete med personalen från intensivvårdsavdelningen på pre- och postoperativa vårdavdelningen underlättade förståelsen av situationerna som uppstod.

# 7 DISKUSSION

## 7.1 METODDISKUSSION

I studien användes fenomenologisk hermeneutisk metod enligt Lindseth och Norberg (2004) med en kvalitativ, induktiv ansats. Fenomenologi fokuserar på att söka essensen av ett fenomen, genom att undersöka hur människor upplever och uppfattar ett fenomen i världen kring oss (Larsson & Holmström, 2007). Hermeneutik innebär att tolka och förstå ett fenomen, vilket också erkänner att ett visst fenomen kan ses, tolkas och förstås på flera sätt och att det ligger i betraktarens händer hur (Ödman, 2017). Med inspiration av Paul Ricoeur har Lindseth och Norberg (2004) lyft fram en fenomenologisk-hermeneutisk metod för att tolka texter som transkriberas av insamlat material. De anser att hermeneutisk ansats är nödvändigt för att kunna tolka och förstå innebörden, i och med att insamlat material behöver transkriberas till text. Detta innebär att fokus inte ligger på att förklara ett fenomen objektivt, utan att förstå meningen utifrån deltagarnas upplevelser. Vidare beskriver de Husserls teori att medvetenhet och den egna förförståelsen är avgörande. Detta innebär att det som "tas för givet" behöver läggas åt sidan för att få en djupare förståelse av fenomenets innebörd. (Lindseth & Norberg, 2004). I och med att syftet med studien var att beskriva hur kommunikationen i ett vårdteam på en intensivvårdsavdelning, ansågs en fenomenologisk hermeneutisk metod enligt Lindseth och Nordbergs (2004) mest lämplig. Metoden ska enligt Henricson (2023) väljas utifrån hur syftet kan besvaras.

Den induktiva kvalitativa ansatsen var en fördel då kommunikationen sker i empirin och skulle beskrivas utifrån hur kommunikationen ser ut i vårdteamet. Ansatsen låter mönster växa utifrån det observerade materialet; Deduktiv ansats, å andra sidan, utgår ifrån en redan bestämd teori (Priebe & Landström, 2023) vilket kunde begränsat öppenheten av datainsamling under observationerna. Hade en deduktiv ansats valts hade det minskat trovärdigheten då observationerna hade varit begränsade av en tidigare bestämd teori, och riskerat att missa information från oförväntade situationer. En kvalitativ metod valdes då en djupare förståelse för kommunikationen inom vårdteamet ville beskrivas. Flera citat från insamlat observationsmaterial användes, vilket förstärkte trovärdigheten i resultatet.

Urvalet till studien var ett bekvämlighetsurval där de deltagare som var tillgängliga vid observationstillfället inkluderades i studien. Slutligen blev det 40 deltagare i studien vid 19 observationstillfällen. Att det blev så pass många deltagare gjorde att en djupare bild av kommunikationen i teamet skapades. Genom flera observationer, som gjordes vid rond, rapport och vid patientens säng, stärker trovärdigheten i resultatet. Urvalet begränsades däremot av exklusionskriterierna då observationerna genomfördes under en period där det var flera studenter på

avdelningen samtidigt som flera patienter under 18 år vårdades, vilket innebar att urvalet inte kunde vara helt oberoende. Författarna valde team som kunde observeras, enligt inklusionskriterierna, det vill säga, studien genomfördes i en specifik vårdkontext, och hur resultaten kan tillämpas i andra vårdmiljöer är tveksamt, vilket i sin tur påverkar studiens överförbarhet. Vårdteamen i observationerna omfattade enbart anestesiläkare, intensivvårdssjuksköterskor och undersköterskor. Flera andra professioner, såsom fysioterapeut, ambulanspersonal samt personal från akutmottagningen, deltog också i vårdteamen men exkluderades från observationerna. Detta innebar att en del kommunikationsmönster från andra enheter och verksamheter förlorades och därmed kan påverka resultatens överförbarhet.

Datainsamlingen gjordes via ostrukturerade, icke-deltagande observationer. Enligt Polit och Tatano Beck (2021) är observationsstudier en fördel för att kunna förstå människors beteenden i en vardaglig miljö där deltagarna känner sig bekväma och att deltagarnas beteende påverkas så lite som möjligt av observatören. Datainsamlingens metod ansågs öka studiens trovärdighet genom att kommunikationen beskrevs i sitt naturliga sammanhang. Pålitligheten säkerställdes genom att observationerna hölls så objektiva som möjligt (Polit & Tatano Beck, 2021). Om intervjuer hade använts som datainsamlingsmetod, hade deltagarna kunnat tillrättalägga orden så att datan förfinades. Genom att observationerna var ostrukturerade kunde observatörerna samla in mer data om kommunikationen, och vad som påverkar den. Hade istället observationerna varit strukturerade, där en lista på olika kommunikationssätt hade förberetts för att sedan mer eller mindre bockas av och beskrivas, hade det begränsat datainsamlingen. Mulhall (2003) beskriver att ostrukturerade observationer inte på något sätt är osystematiska, utan mer att en idé av vad som ska observeras tänks ut, detta kan dock förändras under tiden då mer erfarenhet inom miljön skapas.

Under observationerna var det svårt att vara icke-deltagande observatörer. Detta då personalen som observerades gärna ville prata med observatörerna, och vid några tillfällen bad de även om hjälp. Under ronder och rapporter påverkades inte datainsamlingen nämnvärt då observatörerna satt strax bakom och personalen verkade inte ta notis om dem. Däremot vid observationer vid patientens säng kunde de ha påverkat datainsamlingen då personalen ville ha hjälp eller att observatörerna påpekade något de upptäckte som ingen annan i rummet såg. Den typ av deltagande hade eventuellt kunnat undvikas om studien gjorts på annan ort där observatörerna inte kände personalen eller kände till lokalerna. Enligt Mulhall (2003) är dock de ostrukturerade observationerna inte enbart avsedda för icke-deltagande. Mulhall menar att observatörens roll kan förändras under observationstillfället. Hade deltagande observation valts, hade det varit möjligt att få en djupare inblick mellan teammedlemmarnas interaktioner och fått möjlighet att tolka i situationer tillsammans med deltagarna.

Begränsningar med observationerna var att det ibland var svårt att fånga hela

sammanhanget. Det händer mycket samtidigt inne på patientsalen och det kan vara många deltagare i vårdteamet vilket kan orsaka missar i datainsamlingen. Observatörerna observerade heller inte tillsammans, men för att öka trovärdigheten skrevs fältanteckningarna rent tillsammans och observationerna diskuterades.

Fältanteckningarna som fördes under observationerna analyserades genom en fenomenologisk hermeneutisk analys av Lindseth och Norbergs (2004). Lindseth och Norberg (2004) menar att en djupare förståelse av ett fenomen kan nås genom att observera, undersöka och "lära känna". Förståelsen behöver skrivas ner för att kunna förklaras. Anteckningarna behöver vidare transkriberas och tolkas för att undersökas och på det sättet avslöja en betydelse av fenomenet. Under analyseringen reflekterade författarna kontinuerligt över förförståelse kring hur tolkningen påverkades utifrån förförståelsen, vilket ökar bekräftelsebarheten på studien.

Fleming et al. (2003) beskriver att all förståelse är beroende av förförståelse. Författarna till studien har tidigare arbetat på den postoperativa avdelningen. Denna avdelning bemannas även av personal från intensivvårdsavdelningen där studien gjordes. Eftersom författarna har varit kollegor med deltagarna sedan tidigare, så finns det möjlighet att relationen kunde påverka datainsamlingen och även analysen av datan. Nåden (2010) anser att det finns en risk att förförståelsen gör att observatören tittar efter det den vill se. Medvetenhet om detta gör att det är lättare att se vad som är nytt och vad som stämmer överens med tidigare förståelse. För att minska risken att förförståelsen styrde tolkningen utförde författarna återkommande reflektioner och samtal, inte bara inför studien utan också under pågående datainsamling och analys. Även om förförståelsen kan ha påverkat analysen på sätt och vis, tolkades de insamlade materialen så öppet som möjligt genom medveten reflektion och gemensamma diskussioner mellan författarna. Genom medveten reflektion och diskussion tillsammans mellan författarna kunde insamlade material tolkas så öppet som möjligt. Detta stärker studiens pålitlighet. Däremot genom den valda analysmetoden, en fenomenologisk hermeneutisk analys av Lindseth och Norberg (2004), användes förförståelsen i det sista steget, vilket innefattar hermeneutik, att tolka. Lindseth och Norberg (2004) menar att en persons förförståelse inte går att bortse från helt, men genom reflektion med förförståelsen i beaktande kan förståelsen för ett fenomen fördjupas.

Genomgående har författarna tagit hänsyn till Helsingforsdeklarationen (World medical association, 2024) och de fyra etiska riktlinjerna som beskrivs av Polit och Tatano Beck (2021): Information- och samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Deltagarna fick information om studien via mail, de blev tillfrågade innan observationerna och fick skriva på samtycke efter första observationen de deltog i. I och med detta säkerställdes det att deltagarna hade den information de behövde för att ta ett medvetet beslut att delta eller inte i studien. I och med att inga personuppgifter samlades in på deltagarna följdes

konfidentialitetskravet. Även nyttjandekravet upprätthölls då den insamlade datan inte kommer att användas till någon studie framöver.

## 7.2 RESULTATDISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva kommunikationen i vårdteamet kring en kritiskt sjuk patient på en intensivvårdsavdelning. I resultatet framkommer att kommunikationen i teamet påverkas av såväl teammedlemmarnas relationer, professionella roller och hierarkier. Vidare framgår att sättet en person uttrycker sig, genom ord eller kroppsspråk, påverkar hur information tas emot men också vilka känslor som speglas. När teammedlemmarna har arbetat tillsammans under längre tid tycks stämningen vara mer avslappnad och öppen jämfört med team där relationerna är nyare. När rondan eller rapporten var färdig kunde de fortsätta prata om andra saker såsom tidigare upplevelser eller privatliv. Det kan tolkas som att teammedlemmarna har byggt upp en relation vilket gör att de känner sig trygga och avslappnade i den miljön de befinner sig i. Det innebär att tryggheten och kännedom med varandra gör att kommunikation flyter mer naturligt. Koopmann et al. (2016) studie om hur teamets trygghet och presentation påverkas av arbetsrelationen och visar att långvariga arbetsrelationer leder till högre trygghet i arbetsklimat och förbättrar teamets presentation jämfört med teamet som har kortare arbetsrelation. Salih och Draucker (2019) beskriver också att känna sig trygg och att lita på varandra är grundläggande för teamprestationen. Genom att ha en längre arbetsrelation till varandra gör att teamet blir synkroniserat och de kan ta för givet att arbetet blir utfört rätt samt att de nästan vet vad de andra tänker innan det sägs högt. Clayton et al. (2014) menar att god kamratskap mellan teammedlemmar kan främja kommunikationen inom teamet. I resultatet framkommer det att teammedlemmarna bygger sina relationer och ökar förståelsen för varandra genom informella samtal såsom småprat och skämt, vilket i sin tur förstärker teamgemenskapen och bidrar till en miljö som upplevs trevlig och lättsam.

Långvariga arbetsrelationer påverkar i sin tur även hierarkin. Genom längre arbetsrelationer kan gränserna av den formella hierarkin, såsom mellan läkare och intensivvårdssjuksköterska; intensivvårdssjuksköterska och undersköterska; läkare och undersköterska, blir mer flexibla och diffusa. Det gör att samtalen blir mer avslappnade och öppna, vilket i sin tur skapar mer utrymme för en jämlik kommunikation. Resultatet visar samtidigt att de nya teammedlemmarna som inte har hunnit bygga den relationella tryggheten verkar vara mer försiktiga i sin kommunikation. Den underliggande hierarkiska uppbyggnaden i den kliniska verkligheten kan dock vara svår att undvika. I sin studie om samarbetet mellan narkosläkare, anestesijuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor, beskriver Wising et al. (2024) att yngre anestesijuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor har en tendens att undvika att konsultera narkosläkare. Detta på grund av tidigare negativt bemötande såsom

underskattning av narkosläkare, känsla av förminskning och inte bli betrodd, vilket speglar den hierarkiska strukturen i vårdteamet.

Situationer där verbala och icke-verbala uttryck inte stämmer överens förekommer till och från. Deltagarna säger en sak med ord, men förmedlar något annat med sitt kroppsspråk. Exempelvis vid en situation där läkaren och intensivvårdssjuksköterskan upplever olika om patientens situation, där får läkaren det slutgiltiga beslutet och sjuksköterskan accepterar. Detta trots att sjuksköterskan visar med ett tveksamt tonfall och rynkad panna att beslutet känns osäkert. I detta fall kan det också tolkas som ett uttryck för hierarkin i vårdteamet i det vardagliga arbetet. Läkaren förväntas att ta medicinska beslut baserat på sina högre medicinska kompetenser och sin ansvarsnivå. I sådana situationer kan det vara enklare för teammedlemmarna att hålla tillbaka sin åsikt för att undvika onödiga argument eller konflikter. Det kan i sin tur påverka öppenhet i kommunikationen och risken ökar för att förlora en del information från ett annat perspektiv. Detta påverkar både samspelet i teamet och patientsäkerheten i det långa loppet. Brindley och Reynolds (2011) beskriver att fokus i vårdssituationer ska vara på vad som är rätt, inte vem som har rätt. Att makten måste åsidosättas för att upprätthålla patientsäkerheten.

Weller et al. (2014) menar att kommunikationsbrister inom vårdteam är ett direkt hot mot patientsäkerheten. Farzi et al. (2017) beskriver att bristerna kan leda till läkemedelsfel som kan orsaka vårdskada hos patienten. De menar att sjuksköterskor inte vågar fråga läkaren om ordinationerna är oklara, då de är rädda för att läkarna ska bli arga. I denna studies resultat framkommer att brister i den verbala kommunikationen sker men att intensivvårdssjuksköterskorna, under observationerna, inte verkar oroliga över att tillfråga läkaren om de inte förstår. Snarare är de väldigt angelägna om att det ska bli rätt. Däremot, om det är en dålig stämning i teamet eller en tydlig hierarkisk ordning, kan det eventuellt leda till att intensivvårdssjuksköterskorna undviker att fråga. Wising et al. (2024) beskriver att det förekommer hierarki inom vårdteam och där läkare anser att medicin är viktigare än omvårdnad, vilken kan förklara varför läkarna inte lyssnar på vad sjuksköterskorna har att tillägga. Dessutom upplever sjuksköterskorna med många års erfarenhet att narkosläkare har bristande förståelse av vad sjuksköterskeyrket innebär samt vilka kompetenser sjuksköterskor har. Detta leder till en ojämlig kommunikation och ett försämrat teamarbete. Bekkink et al. (2018) uttrycker att risk finns att deltagare i vårdteam inte vågar uttrycka sig i situationer där hierarkin är uttalad då de är rädda att framstå som inkompetenta. Ervin et al. (2018) menar att teamledaren ska inkludera alla åsikter och främja ett samarbete som syftar till att alla jobbar mot samma mål samt har ett gemensamt ansvar för patientens vård.

Ytterligare visar denna studies resultat att missförstånd uppstår där teammedlemmarna pratar samtidigt och information då kan missas. Det visar också på att störningar i kommunikationen kan uppstå då telefonen ringer, och andra kollegor kommer in i salen och avbryter eller att det är många personer i

rummet som kanske inte har med situationen att göra. Calder et al. (2017) beskriver att teamarbete kan påverkas av bristande kommunikation då medlemmarna inte meddelar högt om vad de ser, organisatoriska faktorer då rutiner inte fungerar som de ska och miljöfaktorer såsom hög ljudnivå, med många människor och mycket distraktion.

Vidare visar resultatet att missförstånd kan uppstå då den verbala kommunikationen är otydlig, vilket kan bero på olika språkförbristningar eller då "förmedlaren" visar på tveksamhet, som tonläge, låg samtalsvolym eller mumligt tal. Brindley och Reynolds (2011) skriver att det är vanligt att en person som är osäker inte talar tillräckligt högt eller vågar uttrycka sig även om det egentligen skulle gynna patienten. De jämför detta med strategier inom flygindustrin där piloter tystnar flera minuter innan ett flyg kraschar, då de tvekar på sig själva och sin kompetens. Genom att våga tala högt, meddela vad de tänker och ser, förhindras flygkrascher. De nämner att patientsäkerheten ökas om CRM används, där alla i teamet vågar tala högt och använda sig av allas kompetens, oavsett hur den hierarkiska strukturen ser ut i teamet. I denna studiens resultat visar det sig att de använder sig av detta inom teamet på intensivvårdsavdelningen, där de vid mer akuta situationer talar högt om vad de ser på patienten och vad dess parametrar visar. Under observationerna framkommer det att användning av closed-loop kommunikation bidrar till en tydligare och säkrare informationsöverföring. Det kan observeras att de teammedlemmarna som tillämpar closed-loop på ett naturligt sätt uttrycker sig mer tydligt och det förekommer färre missförstånd i deras interaktioner. Det innebär att strukturerade kommunikationsmetoder bidrar till en mer effektiv kommunikation inom vårdteamet. Brindley och Reynolds (2011) beskriver att genom användning av closed-loop-kommunikation kan missförstånd minskas och det blir en tydligare kommunikation.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) betonar att alla vårdgivare är skyldiga att bedriva patientsäkerhetsarbete. I denna studiens resultat tydliggörs det att samtliga i teamet är måna om att patienten ska få rätt vård. Det visas genom att de använder sig av kommunikationsverktyg som closed-loop och ABCDE-principen. Detta för att försäkra sig om att de uppfattat rätt och för att de inte ska missa någon information som kan leda till vårdskada. Svensk sjuksköterskeförening (2020) beskriver att specialistsjuksköterskor ska ha kunskapen att använda sig av kommunikationsverktyg, vilket denna studies resultat visar att de kan. Kärnkompetensen "samverkan i team" betonar att intensivvårdssjuksköterskan ska leda omvårdnadsarbetet och kunna samarbeta interprofessionellt för att upprätthålla kontinuitet och trygghet för patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Detta framkommer i denna studies resultat, intensivvårdssjuksköterskorna har ett gott samarbete med både undersköterskor och anestesiläkare på intensivvårdsavdelningen. Vid de tillfällen det uppstår missförstånd är intensivvårdssjuksköterskorna inte rädda för att fråga anestesiläkaren om förtydligande.



Peplaus teori om interpersonell relation kan relateras till studiens syfte för att beskriva kommunikation i vårdteamet (Peplau, 1989). Även om den ursprungliga teorin beskrivs utifrån relationen mellan sjuksköterska och patient, kan den även tillämpas i kommunikationen inom ett vårdteam, där olika professioner interagerar mot ett gemensamt mål. Resultatet i denna studie påvisar att kommunikationens flöde och öppenhet påverkas av relationer mellan teammedlemmarna, särskilt hos de som har längre arbetsrelationer. Andriani et al. (2024) beskriver att längre arbetslivserfarenhet och att personalen har längre arbetsrelation gör kommunikationen mer effektiv. De menar också att utbildning i interpersonell kommunikation enligt Peplaus teori kan effektivisera kommunikationen i vårdteam. Peplau (1989) beskriver hur relationen utvecklas från orienteringsfasen till arbetsfasen, där trygghet och öppenhet mellan teammedlemmar ökar. Samtidigt skapas möjligheten för en långvarig arbetsrelation. Ett gemensamt mål och samarbete anses vara avgörande i det skedet. I avslutningsfasen beskriver Peplau att relationen mellan sjuksköterska och patient slutligen återgår till ett neutralt tillstånd. Inom vårdteamet är det dock inte alltid så, det vill säga, vissa relationer återgår inte alltid till neutralitet. Däremot kan avslutningsfasen inom vårdteamet istället vara kopplat till vårdsituationer, där en situation med en viss patient tar slut. I denna studiens resultat kan det vara där anestesiläkaren ger ordinationer till intensivvårdssjuksköterskan och säger sedan att en annan läkare kommer att ta över patienten från och med nu. Relationen mellan professioner återgår då inte helt till neutralt läge, eftersom de professionerna kan komma att jobba tillsammans igen i framtiden, men just den vårdsituationen är avslutad. Tidigare gemensamma arbetsrelationer kan anses som en grund för framtida samarbete.

## 7.3 KONKLUSION

Studien påvisar flera faktorer som påverkar kommunikation inom vårdteamet: relationer mellan teammedlemmarna, professionella roller och hierarki samt hur teammedlemmarna uttrycker sig när de kommunicerar med varandra. Arbetsrelationen påverkar kommunikations öppenhet. Däremot försvåras ibland öppenheten i kommunikation på grund av hierarkiska strukturer. Användning av ABCDE-modell och closed-loop kommunikation minskar risken för missförstånd mellan teammedlemmarna. Genom att tillämpa Peplaus teori om interpersonell relation påvisas hur relationsutveckling sker mellan olika professioner.

## 7.4 KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV ÄMNET

Closed-loop kommunikation bör uppmuntras att användas i vårdteam för att undvika missförstånd, även i vardagliga arbeten, så det blir en naturlig del av kommunikationen vid akuta situationer. Att främja kommunikationens kvalitet i teamet kan bidra till en säker vård för patienten. Att teammedlemmar lär känna varandras uttryckssätt såsom kroppsspråk, tonfall och ansiktsuttryck, kan över tid stärka relationerna i teamet, öka trygghet och förbättra kommunikations kvalitet. Detta kan uppmuntras i både introduktion och vardagligt arbete.

För framtida forskning skulle det vara värdefullt att observera andra intensivvårdsavdelningar på flera sjukhus, för att undersöka om likadana kommunikationsmönster tillämpas i andra vårdkontexter. Samtidigt skulle det vara betydelsefullt om flera professioner inkluderas för att få en mångsidig bild av kommunikation i vårdteamet på intensivvårdsavdelningen.

De traditionella vetenskapliga teorierna fokuserar huvudsakligen på relationen mellan sjuksköterska och patient eller enbart patientfokus. I modern vårdkontext, särskilt inom teambaserad vård såsom anestesi-operation-intensivvård och akutsjukvård, är kommunikationen och samarbete mellan olika professioner avgörande, i och med att det påverkar patientsäkerheten. I studien har författarna tillämpat Peplaus interpersonella teori mellan olika professioner, vilket visar ett behov av utveckling av vetenskapliga teorier som omfattar samverkan och kommunikation mellan olika professioner i det kliniska arbetet.

## 8 REFERENSER

Abraham, J., Galanter, W. L., Touchette, D., Xia, Y., Holzer, K. J., Leung, V., & Kannampallil, T. (2021). Risk factors associated with medication ordering errors. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(1), 86–94.  
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa264>

Andriani, W., Yuswanto, T. J. A., Sepdianto, T. C. & Anjaswarni, T. (2024). Interpersonal relationship communication training according to Peplau theory improves nursing team cooperation in the operating room of Haji Hospital, East Java Province, Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 15(02).  
<https://doi.org/10.22219/jk.v15i02.34931>

Ballangrud, R., Hall-Lord, M. L., Persenius, M., & Hedelin, B. (2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*, 30(4), 179-187. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.03.002>

Bekkink, M. O., Farrell, S. E. & Takayesu, J. K. (2018). Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. *International journal of medical education*, 2018(9), 262-270. <https://dx.doi.org/10.5116/ijme.5bb5.c111>

Bhangu, A., Notario, L., Pinto, R. L., Pannell, D., Thomas-Boaz, W., Freedman, C. & da Luz, L. (2022). Closed loop communication in the trauma bay: identifying opportunities for team performance improvement through a video review analysis. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(4), 419-425.  
<https://doi.org/10.1007/s43678-022-00295-z>

Brown, D., D. (1987). Introduction to MAC CRM training. NASA. Hämtad 19 november 2024, från  
<https://ntrs.nasa.gov/api/citations/19870013215/downloads/19870013215.pdf>

Brindley, P. G. & Reynolds, S. F. (2011). Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of critical care*, 26(2), 155-159.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.03.004>

Bruce, A., Rietze, L., & Lim, A. (2014). Understanding philosophy in a nurse's world: What, where and why. *Nursing and Health*, 2(3), 65-71.  
<http://dx.doi.org/10.13189/nh.2014.020302>

Buck, R. & VanLear, C. A. (2002). Verbal and nonverbal communication: Distinguishing symbolic, spontaneous, and pseudo-spontaneous nonverbal behavior. *Journal of communication*, 52(3), 522-541. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2002.tb02560.x>

Buljac-Samardžić, M., Dekker-van Doorn, C. M., & Maynard, M. T. (2021). What do we really know about crew resource management in healthcare?: an umbrella review on crew resource management and its effectiveness. *Journal of Patient Safety*, 17(8), 929-958. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000816>

Calder, L. A., Mastoras, G., Rahimpour, M., Sohmer, B., Weitzman, B., Cwinn, A. A., Hobin, T. & Parush, A. (2017). Team communication patterns in emergency resuscitation: a mixed methods qualitative analysis. *International Journal of Emergency Medicine*, 10(24). <https://doi.org/10.1186/s12245-017-0149-4>

Clayton, J., Isaacs, N. A. & Ellender, I. (2014). Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54(2016), s7-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014>

Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R. & Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol*, 73(4), 468-477. <https://doi.org/10.1037/amp0000247>

European Union. (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation)*. Official Journal of the European Union, L 119, 1–88. Hämtad 27 november 2024, från <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>

Farzi, S., Irajpour, A., Saghaei, M. & Ravaghi, H. (2017). Causes of medication errors in intensive care units from the perspective of healthcare professionals. *Journal of research in pharmacy practice*, 6(3), 158-165. [https://doi.org/10.4103/jrpp.jrpp\\_17\\_47](https://doi.org/10.4103/jrpp.jrpp_17_47)

Fleming, V., Gaidys, U., & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing inquiry*, 10(2), 113-120. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x>

Haerkens, M. H. T. M., Kox, M., Lemson, J., Houterman, S., Van Der Hoeven, J. G. & Pickkers, P. (2015). Crew Resource Management in the Intensive Care Unit: a

prospective 3-year cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59(10), 1319-1329. <https://doi.org/10.1111/aas.12573>

Hardin, S.R. (2022). History of Nursing Science. I M. R. Alligood (red.) *Nursing theorists and their work* (tionde upplagan. s. 29-35). Elsevier.

Henricson, M. & Billhult, A. (2023) Kvalitativ metod. I M. Henricson (red.) *vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (tredje upplagan. s.115-125). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2023). Forskningsprocessen. I M. Henricson (red.) *vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (tredje upplagan. s.45-60). Studentlitteratur.

Howard, S. K., Gaba, D. M., Fish, K. J., Yang, G. & Sarnquist, F. H. (1992). Anesthesia crisis resource management training: Teaching anesthesiologists to handle critical incidents. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 63(9), 763-770. <http://dx.doi.org/10.1097/00000542-199109001-01061>

Härgestam, M., Lindkvist, M., Brulin, C., Jacobsson, M., & Hultin, M. (2013). Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ open*, 3(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003525>

Kayambankadzanja, R. K., Schell, C. O., Wärnberg, M. G., Tamras, T., Mollazadegan, H., Holmberg, M., Alvesson, H. M. & Baker, T. (2022). Towards definitions of critical illness and critical care using concept analysis. *BMJ Open*, 2022(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060972>

Koopmann, J., Lanaj, K., Wang, M., Zhou, L., & Shi, J. (2016). Nonlinear effects of team tenure on team psychological safety climate and climate strength: Implications for average team member performance. *Journal of applied psychology*, 101(7), 940. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/apl0000097>

Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of advanced nursing*, 31(1), 235-241. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x>

Köhler, P. O. & Messelius, U. (2006). *Natur och kulturs stora svenska ordbok*. Natur & Kultur.

Larsson, J., & Holmström, I. (2007). Phenomenographic or phenomenological analysis: Does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work.

*International journal of qualitative studies on health and well-being*, 2(1), 55-64.  
<https://doi.org/10.1080/17482620601068105>

Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>

Moore, A., Butt, D., Ellis-Clarke, J. & Cartmill, J. (2010). Linguistic analysis of verbal and non-verbal communication in the operating room. *ANZ journal of surgery*, 80(12), 925-929. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2010.05531.x>

Mulhall, A. (2003). In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 306–313. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02514.x>

Nåden, D. (2010). Hermeneutics and observation – a discussion. *Nursing Inquiry*, 17(1), 75-81. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00472.x>

Peplau, H.E., O'Toole, A.W. & Welt, S.R. (1989). *Interpersonal theory in nursing practice: selected works of Hildegard E. Peplau*. Springer Publishing Company.

Polit, D. F. & Tatano Beck, C. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G. & Landström, G. (2023) Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (red.) *vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (tredje upplagan. s.27 - 44). Studentlitteratur.

Rundqvist, E. (2004). Makt som fullmakt: ett vårdvetenskapligt perspektiv. Hämtad 20 november 2024, från <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/4172/TMP.objres.47.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Salih, Z. N. I. & Draucker, C. B. (2019). Facilitators of and barriers to successful teamwork during resuscitations in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol*, 39(7), 974-982. <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0380-3>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Sveriges Riksdag. Hämtad 19 november 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/#K1](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/#K1)

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Sveriges Riksdag. Hämtad 24 februari, 2025, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

SFS 2003:460. *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Sveriges Riksdag. Hämtad 24 november 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/)

SFS 2008:355. Patientdatalagen. Sveriges Riksdag. Hämtad 8 april, 2025, från [Patientdatalag \(2008:355\) | Sveriges riksdag](#)

Socialstyrelsen. (2020). *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 19 november 2024, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/centrala-lagar/patientsakerhetslagen/>

Socialstyrelsen. (2022). *Kommunikation och informationsöverföring*. Hämtad 28 februari 2025, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varadskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>

Socialstyrelsen. (2023). *Ledarskap, team och individ*. Hämtad 19 november 2024, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbetsaker/sakerhetskultur/ledarskap-team-och-individ/>

Socialstyrelsen. (2024). Senaste version av HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Hämtad 24 februari 2025, från [Senaste version av HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen](#)

Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Hämtad 29 april 2025, från [https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Sullivan Interpersonal Theory of Psychiatry.pdf](https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Sullivan%20Interpersonal%20Theory%20of%20Psychiatry.pdf)

Svenska Akademien. (u.å.). Ansvar. I *Svenska Akademiens Ordbok*. Hämtad 20 november 2024, från <https://www.saob.se/artikel/?seek=ansvar&pz=1>

Svensk förening för anestesi och intensivvård. (2024). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Hämtad 19 november 2024 från <https://sfai.se/wp-content/uploads/2024/04/Riktlinjer-svensk-intensivvard-2024.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå, specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård*. Hämtad 20 november 2024 från [Kompetensbeskrivning Intensivvårdssjuksköterska.pdf \(swenurse.se\)](https://www.swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0133/1656659417947/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20uppslag.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2022). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 27 november, 2024 från <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0133/1656659417947/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20uppslag.pdf>

Wallinvirta, E. (2022). Ansvar och makt - ansiktets spegel. I M. Asp & L. W. Gustin (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (tredje upplagan. s. 321-333). Studentlitteratur.

Wising, J., Ström, M., Hallgren, J. & Rambaree, K. (2024). Certified Registered Nurse Anaesthetists' and Critical Care Registered Nurses' perception of knowledge/power in teamwork with Anaesthesiologists in Sweden: a mixed-method study. *BMC Nursing* 23(7) <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01677-z>

Weller, J., Boyd, M. & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J* 2014(90). 149-154. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>

World medical association. (2024). *WMA-deklarationen från Helsingfors - etiska principer för medicinsk forskning som involverar mänskliga deltagare*. Hämtad 27 november från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Ödman, P. (2017). *Tolkning, förståelse, vetande: hermeneutik i teori och praktik*. (3., oförändr. uppl.) Studentlitteratur.





## *BILAGA 1. Brev till enhetschef*

Till enhetschef på Intensivvårdsavdelningen.

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Mellan blickar och röster: En observationsstudie om kommunikation i vårdteamet på en intensivvårdsavdelning.”

På en intensivvårdsavdelning behandlas kritiskt sjuka patienter där olika professioner medverkar i vårdteamet. För ett effektivt teamarbete krävs ett gott samarbete och en god kommunikation. Risken för bristande kommunikation eller missförstånd är förhöjd då det är flera personer med olika professioner inblandade i vårdteamet. Genom att beskriva hur olika professioner kommunicerar med varandra kan en bild av kommunikationsstrukturen ges och huruvida det påverkar patientsäkerheten.

Studien har en kvalitativ induktiv ansats och vänder sig till vårdteamet (läkare, intensivvårdssjuksköterskor och undersköterskor) på intensivvårdsavdelningen. Observationsstudien beräknas pågå cirka en vecka med observationer vid rapporter, ronder och bedside. Deltagande i studien innebär att bli observerad i vårdmiljön på intensivvårdssalarna, där observatörerna är icke-deltagande i vården kring patienten. Data kommer att analyseras med fenomenologisk hermeneutisk metod.

För att informera arbetsgruppen önskar vi att du, som enhetschef, skickar ut ett informationsbrev som vi bifogar, till hela arbetsgruppen på intensivvårdsavdelningen och de kan då meddela oss om de inte vill delta i studien. Alla deltagare i studien kommer inför observationerna få muntlig information om studien, efter observationens slut får de ytterligare skriftlig information och skriva på informerat samtycke. Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Under observationerna förs fältanteckningar. Den data som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet.

Vänligen besvara denna förfrågan om att vårdteam i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du informerar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Du kan skriva i den medskickade blanketten för samtycke.

Studien ingår som examensarbete på magisternivå i specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård.

**Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.**



HÖGSKOLAN  
I SKÖVDE

Med vänliga hälsningar

IVA-sjuksköterskestudent  
Josefine Bengtsson  
Högskolan i Skövde

IVA-sjuksköterskestudent  
Yiqiao Zhao  
Högskolan i Skövde

Handledare:  
Veronika Karlsson  
Högskolan i Skövde

Bilaga: Medgivandeblankett

## BLANKETT FÖR MEDGIVANDE AV VERKSAMHETSCHEF ELLER MOTSVARANDE

Mellan blickar och röster:

En observationsstudie om kommunikation i vårdteamet på en intensivvårdsavdelning.

Er anhållan:

- Medgives
- Medgives inte

---

Ort

---

Datum

---

Underskrift

---

Verksamhetsområde



HÖGSKOLAN  
I SKÖVDE

## *BILAGA 2. Brev till deltagare*

Mellan blickar och röster:

En observationsstudie om kommunikation i vårdteamet på en intensivvårdsavdelning.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Din enhetschef har givet sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien.

Studien syftar till att beskriva kommunikationen i vårdteamet kring en kritisk sjuk patient på en intensivvårdsavdelning. För ett effektivt teamarbete krävs ett gott samarbete och en god kommunikation. Risken för bristande kommunikation eller missförstånd är förhöjd då det är flera personer med olika professioner inblandade i vårdteamet. Genom att beskriva hur olika professioner kommunicerar med varandra kan en bild av kommunikationsstrukturen ges och huruvida det påverkar patientsäkerheten.

Vi skulle vilja observera dig tillsammans med övrig personal i vårdteamet. Observationen kommer beröra hur ni kommunicerar med varandra och kan vara vid överrapportering, ronder eller bedside. Med din tillåtelse vill vi föra fältanteckningar under observationen.

Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar och fältanteckningar kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. så att ingen obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet av studien.

Om du inte vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Då kommer vi inte att observera i de salar du befinner dig. Om du kan tänka dig att delta får du skriva på en samtyckesblankett vid observationstillfället.

Studien ingår som examensarbete på magisternivå i specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård.

**Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.**

Med vänliga hälsningar

IVA-sjuksköterskestudent  
Josefine Bengtsson  
Högskolan i Skövde

IVA-sjuksköterskestudent  
Yiqiao Zhao  
Högskolan i Skövde

Handledare:  
Veronika Karlsson  
Högskolan i Skövde



HÖGSKOLAN  
I SKÖVDE

## SAMTYCKESBLANKETT

Jag har tagit del av information om ”Mellan blickar och röster: En observationsstudie om kommunikation i vårdteamet på en intensivvårdsavdelning.”

Jag har även tagit del av information om att deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange varför.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift studiedeltagare

---

Ort, datum

---

Underskrift