

INTERPROFESSIONELL SAMVERKAN INOM INTRAOPERATIV ANESTESI

En inblick i anestesisjuksköterskans och anesthesiologens samarbete. En kvalitativ intervjustudie.

PATRIC FRÖLING

JESPER NYBERG

*Huvudområde: Vårdvetenskap med
inriktning mot omvårdnad
Nivå: Magisternivå
Högskolepoäng: 15
Program: Specialistsjuksköterskeutbildning
med inriktning mot anestesisjukvård
Kursnamn: Examensarbete inom
anesthesiologisk vård
Kurskod: VAE252*

*Handledare: Karin Skoglund
Examinator: Helena Lööf*

*Seminariedatum: 2023-04-27
Betygsdatum: 2023-05-12*

Sammanfattning

Bakgrund: Operationsteamet består av olika professioner som innehar unika kompetenser och kunskaper som behövs för en patientsäker vård. Anestesisjuksköterskan och anestesilog har en viktig roll i teamet, de behöver tillsammans samarbeta och använda sin kunskap samt kompetens för att upprätthålla patientsäkerheten. Arbetsmiljö, känsla av gemenskap, effektiv kommunikation och hierarkiska strukturer ansågs vara de faktorer som hade störst påverkan på detta samarbete internationellt.

Syfte: Syftet med studien är att undersöka anestesisjuksköterskans upplevelse av samarbete med anestesilog i det intraoperativa skedet.

Metod: Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor. Datainhämtningen skedde på två operationsavdelningar i Stockholm, där 10 anestesisjuksköterskor intervjuades. Analysen genomfördes enligt Lindgren et al. (2020) beskrivning för kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fyra kategorier identifierades. Kategorierna var: Trygghet i yrkesrollen underlättar med underkategorier vikten av yrkeserfarenhet och att känna tillit i samarbetet. När samarbetet brister med underkategorier att inte bli lyssnad på och avsaknad av förtroende. Så påverkar interpersonella relationer med underkategorier personkemi i samarbetet och att hantera konflikter. Tydlighetens inverkan på arbetet med underkategorier tydlig dialog underlättar och att ha en tydlig arbetsfördelning.

Slutsats: Teamets samverkan är viktig då den intraoperativa miljön är komplicerad. Resultatet visar att god kommunikation, planering, tillit och respekt för varandras yrkeskompetenser främjar teamarbetet och därmed ökar patientsäkerheten.

Abstract

Background: The operating team consists of various professions that possess unique skills and knowledge that are needed for patient-safe care. The anesthesia nurse and anesthesiologist have an important role in the team, they need to work together and use their knowledge and skills to maintain patient safety. Work environment, sense of community, effective communication and hierarchical structures were considered to be the factors that had the greatest impact on this international collaboration.

Aim: The purpose of the study is to investigate the anesthesia nurse's experience of collaboration with anesthesiologist in the intraoperative stage.

Methods: The study was conducted as a qualitative interview study with semi-structured questions. The data collection took place in two operating departments in Stockholm, where 10 anesthesia nurses were interviewed. The analysis was carried out according to Lindgren et al. (2020) description for qualitative content analysis.

Results: Four categories were identified. The categories were: Sense of security in the professional role facilitates with subcategories the importance of professional experience and feeling trust in collaboration. When cooperation fails with subcategories of not being listened to and lack of trust. The effect of interpersonal relationships with subcategories personal chemistry in collaboration and handling conflicts. The impact of clarity on the working process with subcategories clear dialogue facilitates and having a clear division of labor.

Conclusions: The cooperation in the team is important as the intraoperative environment is complicated. The results shows that good communication, planning, trust and respect for each other's professional competencies promotes teamwork and thereby increases patient safety.

INNEHÅLL

1. INLEDNING	6
2. BAKGRUND	6
2.1 Anestesisjuksköterskans profession	6
2.2 Patientsäkerhet	7
2.3 Perioperativ vård	8
2.4 Hierarki i perioperativ miljö	9
2.5 Anestesisjuksköterskan och anestesilogens samarbete.	10
2.6 Vårdvetenskapligt perspektiv	11
2.7 Problemformulering	12
3. SYFTE	12
4. METOD	12
4.1 Design	12
4.2 Urval och datainsamling	13
4.3 Dataanalys	13
4.4 Förförståelse	14
5. ETISKA ÖVERVÄGANDEN	15
6. Resultat	16
6.1 Trygghet i yrkesrollen underlättar	17
6.1.1 Vikten av yrkeserfarenhet	17
6.1.2 Att känna tillit i samarbetet	18
6.2 När samarbetet brister	19
6.2.1 Att inte bli lyssnad på	19
6.2.2 Avsaknad av förtroende	20
6.3 Så påverkar interpersonella relationer	21
6.3.1 Personkemi i samarbetet	21
6.3.2 Att hantera konflikter	22
6.4 Tydlighetens inverkan på arbetet	22
6.4.1 Tydlig dialog underlättar	22
6.4.2 Att ha en tydlig arbetsfördelning	24
7. Diskussion	25
7.1 Metoddiskussion	25
7.2 Resultatdiskussion	26
7.2.1 Trygghet i yrkesrollen underlättar	26

7.2.2 När samarbetet brister	27
7.2.3 Så påverkar interpersonella relationer.....	28
7.2.4 Tydlighetens inverkan på arbetet	29
7.3 Etikdiskussion	30
8. Slutsats och förslag på fortsatt forskning	30
8.1 Slutsats	30
8.2 Förslag på fortsatt forskning	31
REFERENSLISTA	32

BILAGA A: ARTIKELMATRIS

BILAGA B: SÖKMATRIS

BILAGA C: FÖRFRÅGAN OM TILLSTÅND FÖR STUDIE

BILAGA D: INFORMATIONS BREV TILL DELTAGARE

BILAGA E: INTERVJUGUIDE

1. INLEDNING

Vi är två studenter som genomför vår sista termin för att bli specialistsjuksköterskor inom anestesi. Vi är utbildade sjuksköterskor och har innan denna utbildning arbetat inom akutsjukvård. I en operationssal samarbetar flera olika professioner som tillsammans jobbar mot samma mål, patientens hälsa. Under vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU) har vi sett den intraoperativa vården som teknologiskt avancerad men även väldigt krävande inom den interprofessionella kommunikationen. Detta är tydligt då teamet ofta arbetar under tidspress med komplicerade sjukdomsfall vilket kräver effektiv kommunikation inom teamet. Detsamma gäller samarbetet mellan anestesijuksköterskan och anestesiologygen. Vikten av effektiv kommunikation var något vi iakttog som vitalt för ett gott vårdresultat. Utifrån dessa iakttagelser och att det finns sparsamt med forskning inom området har vi för avsikt, att specifikt belysa just samarbetet mellan anestesijuksköterskan och anestesiologygen. Resultatet skulle kunna ligga till grund för att förbättra patientsäkerheten och vårdutfallet. Det interprofessionella samarbetet mellan anestesijuksköterskan och anestesiologygen uppfattades, under VFU-perioden, av författarna variera i effektivitet baserat på teamets erfarenhet och personlighet. Detta gör att författarna till denna studie vill undersöka de faktorer som påverkar det interprofessionella samarbetet vidare. Detta för att kunna se om det är ett genomgående mönster och för att kunna se vad som kan vara orsaken. Genom denna studie hoppas författarna på att kunna bidra till att samarbetet utvecklas och därmed utöka kunskapsläget inom området.

2. BAKGRUND

I bakgrunden kommer grundläggande begrepp att förklaras samt ge en inblick i den verksamhet som anestesijuksköterskan arbetar i.

2.1 Anestesisjuksköterskans profession

Anestesisjuksköterskan har genom fördjupad kunskap och färdigheter inom anestesisjukvård kompetens att samordna det kliniska omvårdnadsarbetet i enlighet med de sex kärnkompetenserna; personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård samt informatik (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Dessa kärnkompetenser sätts i spel under hela vårdprocessen. Anestesisjuksköterskan ska förbereda och övervaka under såväl lokal som generell anestesi, förbereda patienten både psykiskt och fysiskt inför operationen, smärtlindra, bedöma patientens tillstånd postoperativt och även vara sina kollegor behjälplig (Perry, 2005). Anestesisjuksköterskans ansvar stäcker sig från det att patienten anländer till vänthallen, tills dess att operationen är klar och patienten tas över av postoperativ avdelning. Anestesisjuksköterskan har ansvar att se till att patienten får vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet och att denna anpassas efter patientens

önskemål som innefattar dennes värderingar, kultur och religion (Svensk sjuksköterskeförening, 14 januari 2021). De menar vidare att kommunikationen därför behöver anpassas efter patientens inställning för operationen. Patientens inställning kan variera beroende av hur den tid som föregår en operation. Patienten kan vara glad att operationen äntligen blir av, men den kan även vara rädd eller fylld av sorg.

Anestesisjuksköterskans yrkesroll är mångfacetterad. Den kräver inte bara att hen är närvarande och kompetent utan kräver även en förmåga till god samarbetsförmåga. I de samarbetet ligger att vara lyhörd och insatt i situationen. Anestesisjuksköterskan utvärderar därför fortlöpande sitt arbete för att kunna agera vid förändringar hos patienten eller anestesin (Rudolfsson et al., 2003). Detta ställer höga krav på kompetens och självständighet i både akuta och planerade situationer. Interprofessionellt är det av stor vikt med kommunikation och samverkan. I anestesisjuksköterskans profession är bland annat samverkan med andra professioner som är av betydelse för den anesthesiologiska omvårdnaden och att samarbeta med medarbetare samt behandla dem rättvist, trovärdigt och uppriktigt viktigt (Riksföreningen för anestesi & intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening 2020). Målet vid den intraoperativa processen är att se till att bevara patientens integritet, skydda mot skada och undvika faror. Anestesisjuksköterskan genomför avancerade sjukvårdande insatser under anesthesiologens överinseende under den intraoperativa fasen. Anestesiologen ansvarar ofta för flera pågående anestasier, vilket gör att anestesisjuksköterskan är kvar på operationssalen med eget ansvar (Lindwall et al. 2003).

2.2 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen. Patientsäkerhet handlar alltså om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder eller på grund av att vården inte genomför de åtgärder som är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd (Socialstyrelsen, 11 Maj 2022). Vårdskador är tyvärr inte ovanliga inom slutenvården. Enligt Green et al (2017) riskerar 3-16% av inneliggande patienter att råka ut för en oavsiktlig vårdskada orsakad av mänsklig faktor, komplex organisationsmiljö, avsaknad av systematisk kommunikation, dålig samverkan i team och beroende av högteknologisk utrustning. Dessa faktorer är alla involverade i den perioperativa miljön, vilket tillsammans med en stressfylld arbetsmiljö gör att operationssalen utgör stor risk för dessa oavsiktliga vårdskador (Green et al., 2017). Det gäller alltså att vara medveten om dessa faktorer och för att stärka patientsäkerheten och minimera eventuella negativa konsekvenser kring operationen, är det viktigt att teamet har en god förmåga att använda sig av de icke-tekniska färdigheterna såsom; teamarbete, kommunikation, situationsmedvetenhet, beslutsfattande och problemlösning (Hanssen et al., 2020). Icke-tekniska färdigheter kan definieras som "de kognitiva (beslutsfattande, situationsmedvetenhet) och interpersonella, kommunikation, lagarbete, ledarskap, färdigheter som underbygger tekniska färdigheter (Hanssen et al., 2020). För att ett patientsäkert arbete ska kunna bedrivas är det av vikt med ett gott samarbete i operationsteamet (Göras et al., 2017).

Otillräcklig, ineffektiv och bristande kommunikation och dokumentation samt försämrade samarbeten i arbetsgrupper har en negativ inverkan på patientsäkerheten (Ballangrud et al., 2014). Samarbete påverkas inte enbart av interaktioner mellan personerna som arbetar tillsammans utan beror också på komplexa organisatoriska och systemiska faktorer såsom traditionell hierarki inom sjukhusmiljö (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Patientsäkerheten kan enligt Sharp et al. (2011) påverkas om det föreligger brister i kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare. Det kan röra sig om hierarkiskstruktur, ineffektiva kommunikationsvägar och otydligheter mellan professionernas ansvarsområden eftersom yrkesgrupperna har arbetsuppgifter som kan utföras av dem båda. Enligt Sturm et al. (2019) är en god arbetsmiljö en återkommande förklaringsfaktor till en patientsäker vård och begreppet arbetsmiljö definieras som många olika och samspelande faktorer. Oliveira et al. (2015) definierade faktorer som påverkar patientsäkerheten. En av dessa faktorer är interprofessionellt samarbete.

2.3 Perioperativ vård

Den perioperativa vården är uppdelad i tre faser. Preoperativ, intraoperativ samt postoperativ fas.

Den preoperativa tiden är dagen före operation eller kort innan, den intraoperativa tiden varar från att patienten läggs på operationsbordet till uppvaknandet och den postoperativa tiden är den som är närmast efter operation (AORN, 2021). Den intraoperativa fasen påbörjas när patienten tas emot på operationssalen och avslutas vid ankomst till den postoperativa avdelningen. Patientens behov styr de anestesilogiska och kirurgiska behandlingarna där målet är att uppnå hälsa. Vårdandets mål i fasen är att bevara patientens integritet och skydda mot skador och faror (Lindwall et al., 2003).

Den intraoperativa fasen kan beroende på operationen sträcka sig från några minuter till flera timmar. Under den intraoperativa fasen eller den genomförande fasen ska sjuksköterskans arbete präglas av bevarande av patientens värdighet och skydd från skador från omgivningen. Patienten ska känna sig trygg och respekterad och känna sig säker på att den inte kommer skadas eller kränkas (Lindwall et al., 2003). Vid särskilt akuta operationer kan dock den genomförande fasen sammanfalla med den preoperativa/planerande fasen. Detta ställer stora krav på sjuksköterskans kommunicerande förmåga för att kunna anpassa vården efter patientens farhågor och bakgrund och att sedan kunna förmedla detta till teamet. Anestesisjuksköterskans närvaro är yttersta vikt. Då patienten när den är sederad eller sövd anförtror anestesisjuksköterskan med att föra dennes talan och se till dennes bästa i dialog med resten av teamet. Genom det interprofessionella samarbetet skall anestesisjuksköterskan skapa kontinuitet och trygghet för patienten. Dock är det anestesisjuksköterskan som har ansvar för omvårdnadskompetensen i anestesteamet (Svensk sjuksköterskeförening, 14 januari 2021).

Vikten av att det interprofessionella samarbetet mellan anestesisjuksköterskan och anesthesiologen fungerar är av stor vikt. Den perioperativa vården kommer i allt högre grad att betona och vara avhängig ett tvärprofessionellt arbetssätt som kännetecknas av en kontinuerlig dialog mellan bland annat anestesisjuksköterskan och anesthesiologen. Detta

teamsamarbete skapar en god grund, både för att bedriva personcentrerad vård och för att öka patientsäkerheten i de snabbt förändrade situationer som kan uppstå (Riksföreningen för anestesi & intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

2.4 Hierarki i perioperativ miljö

Green et al. (2017) beskriver att sjukvården, speciellt kirurgin, historiskt har varit en plats dominerad av starka personligheter, mod och en hög nivå av expertis. Dock har detta ofta medfört en sorts högmod som orsakat en brist på introspektion, kommunikation och samarbete. Lindh och Sahlqvist (2012) lyfter fram hierarkiska mönster som en del av problemet, där det handlar om att sjuksköterskan inte vågar ifrågasätta läkaren som har högre rang i vårdens hierarki. Price et al. (2014) pekar på att den generella uppfattningen om att läkaren vet mer, förstärker hierarkin mellan professionerna. Detta har förbättrats avsevärt och idag är nivån av hierarki i vården klart lägre, men den finns ändå kvar (Green et al., 2017).

Green et al. (2017) ger exempel på ett fall då en frisk kvinna avled efter misslyckad intubation av två anesthesiologer, detta ledde till hypoxiska hjärnskador vilket orsakade kvinnans död. Närvarande i detta fall var två sjuksköterskor som i efterhand konstaterade att de visste vad som borde ha gjorts men att de inte vågade ta plats på grund av den upplevda hierarkin i operationsmiljön. Istället gav de endast passiva och indirekta uttalanden vilket inte kunde påverka situationen (Green et al., 2017). Flera faktorer påverkar individens position inom teamets hierarki. Dessa innefattar saker som individens medicinska eller kirurgiska specialité, utbildning, ansvarstagande, hierarki mellan professioner, kön, och även personlighet som att en människa är introvert eller extrovert (Green et al., 2017; Etherington et al., 2021). Etherington et al. (2021) belyser att även om professionerna i en operationssal är eniga om konceptet samarbete i team kan uppfattningen om vilket team man tillhör skilja sig mellan professionerna. Till exempel kan teamet snabbt skifta beroende på vilket ingrepp som ska göras, men man såg även att det kunde finnas flera team i samma operationssal där exempelvis kirurg och operationssköterska såg sig som ett team medan anesthesiologen och anestesijüksköterskan endast såg varandra som sitt team. Etherington et al. (2021) menar på att då hierarkin är mångfaktoriell och inte endast professionsbaserad försvåras arbetet att motarbeta hierarkin avsevärt. Green et al. (2017) beskriver att flera studier har visat på att en flack hierarkisk kurva möjliggör effektiv kommunikation och bättre omhändertagande av patienten. Dock menar de att inom en del sjukvårdssystem ses vissa professioner som underställda den andre, såsom sjuksköterska till läkare, och en del ser även en skarp hierarki som väsentligt för vårdutövande. Detta synsätt har visats försämra arbetsmiljö och skapa situationer där de som anses stå lägre i hierarkin undviker att uttala sig då de upptäcker ett problem för att undvika konflikt, vilket potentiellt kan vara livsfarligt för patienten. På grund av detta har verktyg som PACE och CUS utvecklats inom sjukvården för att lättare kunna förmedla ett upptäckt problem till övriga i teamet (Green et al., 2017). Andra metoder för att förbättra den intraoperativa miljön kan kategoriseras som genomgångar, teambuildingövningar, utbildningskampanjer och checklistor (Etherington et al., 2021).

2.5 Anestesisjuksköterskan och anesthesiologens samarbete.

Karlsson et al. (2019) menar att arbetsmiljön påverkas av olika faktorer. De parametrar de identifierar för en god arbetsmiljö är personella relationer, god kommunikation, gemenskap i arbetsgruppen och ett gott interprofessionellt samarbete.

I det intraoperativa arbetet samarbetar anestesisjuksköterskan och anesthesiologen tätt. Dock utför oftast anestesisjuksköterskan sitt arbete självständigt. Behovet av ett väl fungerande samarbete mellan anestesisjuksköterskan och anesthesiologen intraoperativt är grundläggande för att åstadkomma ett säkert patientomhändertagande intraoperativt (Silén-Lipponen et al., 2002). De menar vidare att ömsesidig respekt för varandras kunskap ökar tilliten och förtroendet för motparten. I forskning har autonomi identifierats som en nyckelfaktor till arbetstillfredsställelse. Dock har att samverka i beslutsprocesser identifierats som en viktig faktor i andra studier (Paglione et al., 2016). För att fungera som ett effektivt team är medlemmarna ömsesidigt beroende av varandra och det behöver finnas en grundläggande respekt för varandra och varandras arbetsuppgifter. Teamet behöver även hjälp och stöd från arbetsplatsen och organisationen för att skapa förutsättningar att främja en god kommunikation och skapa tillfällen för att få ett välfungerande team (Thylefors, 2012).

Eide och Eide (2009) beskriver vikten av den professionella kommunikationen. Professionell kommunikation används för att samarbeta mot det gemensamma målet att främja hälsan och är det centrala i yrkets värderingsgrund (Eide & Eide, 2006; Eide & Eide, 2009). En förutsättning för en god kommunikation är ett aktivt lyssnande och att kommunikationen är tydlig. En god kommunikation förhindrar att fel beslut tas och är en kvalitetssäkring för hälso- och sjukvårdspersonal (Eide & Eide, 2006). I ett team har kommunikationen olika funktioner. Några av dessa är att upprätthålla ett informationsutbyte, främja relationer, skapa och bibehålla samarbete samt även samordna utförandet av arbetsuppgifter (Smith & Mishra, 2010). Enligt Perry (2005) orsakade dåliga interpersonella arbetsrelationer mer stress än någon annan upplevd stressfaktor på jobbet. Riktlinjer, läkarnas attityder och arbetskamrater som försummar sina arbetsuppgifter bidrar till påfrestningar på det interprofessionella teamet (Perry, 2005). Att konflikter uppstår mellan anestesisjuksköterskor och anesthesiologer är inte ovanligt. Detta kan enligt Jameson (2003) bero på att det finns en överlappning i yrkesrollerna. Både anestesisjuksköterskor och anesthesiologer kände att det fanns ett hot mot sina yrkesidentiteter. I samma studie finner de även att effektiv kommunikation hade förmågan att deeskalera konflikter (Jameson, 2003).

I anestesisjuksköterskans yrkesroll ingår att kunna arbeta i team och kunna samarbeta med andra yrkesgrupper. Öppen kommunikation har visats vara effektivt för att förebygga konflikter och yrkesrelaterade stressfaktorer. Dessa stressfaktorer påverkar patientsäkerheten negativt och mellanmänniska arbetsrelationer sågs orsaka mer stress än någon annan upplevd stressfaktor (Boyd & Poghosyn, 2017). Karlsson et al. (2019), fann att sjuksköterskor lyfte fram vikten av teamsamverkan och kommunikation för att säkerställa patientsäkerheten.

En god relation mellan anestesijuksköterskan och anesthesiologen har i forskning visats vara viktig enligt Aagard et al., (2016). De beskriver även att när ett gott samarbete fanns mellan anestesijuksköterskan och läkare upplevdes detta som positivt och bidrog till en förminskad upplevelse av hierarki. De fastställer även att ett gemensamt mål från båda parter där patienten var i fokus samt att lära känna varandra skapade en bra atmosfär och gemenskap vilket förbättrade samarbetet mellan läkaren och anestesijuksköterskan.

Forskningsresultat visar även att effektiv kommunikation mellan anesthesiologer och anestesijuksköterskor är viktig för professionellt utbyte av idéer och effektivt samarbete (Boyd & Poghosyn, 2017; Green et al., 2017). Vidare finner Sillero och Buil (2021) att, för att i praktiken kunna jobba tvärprofessionellt måste det föras en mer effektiv och självsäker dialog med kollegor. De menar även att reflektion krävs över det praktiska arbetet och diskussion behövs kring teambaserat arbete. Detta genom briefing och att engagemang i användandet av closed-loop-kommunikation samt utvärdering av avvikelserapporter. James-Scotter et al., (2019) visade även att sjuksköterskor värdesatte relationen till läkaren högt och att detta var en viktig nyckel i att känna god kommunikation, tillfredsställelse på arbetsplatsen samt förbättrade deras självförtroende och därmed deras arbetsinsats.

2.6 Vårdvetenskapligt perspektiv

Katzenbach och Smith (2006) beskriver i sin forskning om teamet vikten av samarbete samt hur detta arbetssätt ökar individens prestation i krävande arbetssituationer. Detta perspektiv passar väl in på arbetsområdet samt denna studies frågeställning, och har därför valts att användas som teoretiskt perspektiv. I sin studie beskriver de att ett väl fungerande team ökar effektiviteten samt sänker utgifter i ett organisatoriskt sammanhang och leder till förmågan att ta sig an mer komplexa arbetsuppgifter än vad medlemmarna klarar av var och en för sig. Teamformatet är väl anpassat för den intraoperativa miljön då arbetet kräver flexibilitet, kunskap och kommunikativ förmåga för att hantera de problem som kan uppstå i samband med en operation. Vidare definierar de ett team som en liten grupp individer med komplimenterande färdigheter som arbetar mot ett gemensamt mål, men där varje individ håller sig själv personligt ansvarig för sin prestation och sitt tillvägagångssätt. Teamet bör vara så litet som möjligt samtidigt som medlemmarna ska ha de färdigheter som behövs för att kunna lösa sin ämnade arbetsuppgift. Dock medger Katzenbach och Smith (2006) att ett team ofta behöver lista ut vilka färdigheter som krävs för att lösa sin arbetsuppgift och nå sitt prestandamål efter att teamet redan är sammanställt. Därför anser de att vid skapandet av ett team bör en kapabel ledare titta på vilka färdigheter de betänkta medlemmarna redan besitter, men även förmågan medlemmarna har att utveckla dessa och lära sig nya färdigheter. Denna process att identifiera brister i färdigheterna som behövs i teamet samt att åtgärda dessa brister beskrivs som ett tidskrävande arbete och ett hög-presterande team behöver ofta flera år för att mogna. Denna mognadsprocess behövs ta i beaktan vid fördelning av arbetsuppgifter då ett team som befinner sig i inledningsskedet av denna mognadsprocess är långt ifrån lika effektivt som ett team som befinner sig i dess senare skeden. Enligt Katzenbach och Smith (2006) finns 5 skeden i denna process; arbetsgrupp, pseudo-team, potentiellt team, riktigt team och slutligen hög-presterande team.

De beskriver även att teammedlemmarna måste besitta tre typer av färdigheter för att fungera i ett team: beslutsfattande, interaktiva och tekniska. Medlemmarna måste alltså ha de beslutsfattande förmågorna att besluta hur arbetet löses på bästa sätt, de interaktiva förmågorna att effektivt kommunicera detta till övriga teammedlemmar och sedan tekniska förmågorna att lösa denna uppgift. Vidare beskriver Katzenbach och Smith (2006) att de interaktiva och beslutsfattande förmågorna blir viktigare i team som ofta behöver hantera oväntade problem i sitt arbete såsom arbete på operationsal.

2.7 Problemformulering

Tidigare forskning visar att den intraoperativa miljön är ett av de mest avancerade och högteknologiska fälten inom sjukvården. För att arbeta i denna miljö krävs inte bara personlig erfarenhet och kunskap utan även ett väl fungerande samarbete inom teamet. Intraoperativt har anestesijuksköterskan och anesthesiologen ett stort ansvar över patientens vitala funktioner. För att optimera denna vård krävs en gemensam vårdplan men även en väl fungerande kommunikation om oväntade händelser skulle uppstå. Det finns få studier som beskriver samverkan mellan anestesijuksköterskan och anesthesiolog i den intraoperativa miljön. Genom ökad förståelse för hur denna kommunikation bedrivs optimalt kan intraoperativ samverkan förbättras, vilket kan förbättra patientsäkerheten. Genom att belysa hur anestesijuksköterskorna upplever detta intraoperativa samarbete och dess svårigheter, kan det skapas underlag för ett förbättringsarbete som i sin tur kan öka patientsäkerheten. Detta kan leda till att riskerna för vårdskador och lidande hos patienten minimeras, men även att det skapas en förbättrad arbetsmiljö för personalen.

3. SYFTE

Syftet med studien är att undersöka anestesijuksköterskans upplevelse av samarbete med anesthesiolog i det intraoperativa skedet.

4. METOD

Under rubrikerna nedan kommer metoden för studien att redogöras grundligt för att tydligt presentera tillvägagångssättet för studien.

4.1 Design

Studien genomfördes som en semistrukturerad kvalitativ intervjustudie med induktiv design (Polit & Beck, 2021).

4.2 Urval och datainsamling

Anestesisjuksköterskor rekryterades från två anestesikliniker genom ett strategiskt urval. Deltagare som passade studiens syfte och hade rik erfarenhet av fenomenet rekryterades. Att de hade rik erfarenhet av fenomenet säkerställdes genom att informera möjliga deltagare om fenomenet och be dem att endast anmäla sig om de upplevde sig kunna tillföra en rik beskrivning om ämnet. Deltagarna valdes även ut med avsikt att få en bred variation avseende kön, ålder, och arbetserfarenhet (Polit & Beck, 2021). Inklusionskriterier för deltagande var: (i) utbildad specialistsjuksköterska inom anestesi; (ii) aktuell anställning i operativ miljö; (iii) erfarenhet av fenomenet; (iv) ingen svårighet att förstå informationen i studien. Deltagarna fick information om studien muntligt i grupp, varpå de som var intresserade fick möjlighet att anmäla sig muntligt, via mail eller telefon. Deltagarna uppmuntrades betänka sitt deltagande och fick möjlighet att ställa frågor innan intervjuerna inleddes. Provintervju genomfördes för att uppskatta tid för intervju samt prova den tekniska utrustningen. Provintervjun ingår ej i studiens resultat. Rekryteringen skedde kontinuerligt tills en rik beskrivning av fenomenet uppnåts (Polit & Beck, 2021). 10 intervjuer genomfördes, vilket var i enlighet med den preliminära ambitionen. Detta för att uppnå en rik beskrivning om fenomenet. Färre intervjuer kan fortfarande ge en rik, men då begränsad beskrivning (Danielson, 2017). Skriftligt samtycke insamlades från deltagarna. Deltagarna fick själva välja plats för intervjun, samtliga deltagare valde att utföra intervjun på sin arbetsplats. Intervjuerna skedde därför i enskilt rum på deltagarnas arbetsplats och spelades in med diktafon tillhandahållen av MDU. Data från intervjuerna kodades och kodlista förvarades separat från intervjumaterialet, all data förvarades på lösenordsskyddade enheter.

4.3 Analys

I denna studie har en kvalitativ innehållsanalys använts. Innehållsanalys som metod används för att få fram innehållet i utskrivna kommunikation för att på så sätt identifiera framträdande teman och mönster (Lindgren et al., 2020). Intervjudata analyseras med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Textens budskap har studerats vilket innebär att fokus lades på det uppenbara och synliga i texten. Författarna har inte avsett att tolka den underliggande meningen i texten vilket är vanligt för en latent innehållsanalys. Därför har i denna studie en manifest analysmetod använts. Enligt Lindgren et al. (2020) skall manifest analysmetod innehålla en tolkning av insamlad data. Analysen genomfördes stegvis i enlighet med Lindgren et al. (2020) beskrivning. Det första steget i dataanalysen bestod av att lyssna genom det inspelade intervjumaterialet. De inspelade intervjuerna transkriberades sedan ordagrant. En transkribering skall vara exakt och skall helt reflektera intervjuens innehåll. Efter att utskriften var klar lyssnades det inspelade materialet åter igenom med syfte att validera det utskrivna materialet. Fördelen med att själv skriva ut intervjuerna var att författaren då fick möjlighet att minnas detaljer som kunde vara relevanta för analysen. Transkriptionen skrevs ut på papper för att få en bättre överblick över materialet. Författarna satt sedan tillsammans och utförde resten av analysen på papper, med en kontinuerlig dialog om sin förståelse för innehållet. Hela analysenheten lästes igenom flera

gångar för att få en helhet och känsla för texten. I det andra steget sorterades texten med hänseende till dess innehåll. Detta gjordes genom att markera ut meningsenheter som var relevanta för studiens syfte. Den omgivande texten som var av betydelse inkluderades så att sammanhanget kvarstod. De meningsbärande enheterna utgjordes av meningar eller hela stycken text. De meningsbärande enheterna kortades ner genom kondensering i syfte att korta ned texten men ändå behålla det centrala innehållet. Materialet bearbetades noga för att se till att ingen viktig del av de meningsbärande enheterna skulle gå förlorad. Vidare kodade författarna de kondenserade meningsenheterna. De försågs med koder som återspeglade det centrala budskapet i den kondenserade meningsenheten. Under steg fem skrevs alla koder ut på papper. De jämfördes för att identifiera och beskriva variationer och likheter i textinnehållet (Lindgren et al., 2020). Dessa sorterades sedan in i fyra kategorier med åtta underkategorier som representerar det manifesta innehållet av data. Kodningen i denna studie genomfördes gemensamt av författarna och ytterligare en genomgång gjordes för att säkerställa att kodningen överensstämde med intervjuernas helhet. Därefter redovisades studiens resultat av författarna på ett gemensamt onlinedokument.

Tabell 1: Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategorier	Kategori
Att jag försöker dela med mig av mina erfarenheter, försöker framföra det på ett sätt, så att de inte skall känna att jag styr utan att man försöker vara hjälpsam istället. Det e ju lite beroende på hur de kan ta emot erfarenhet från en sjuksköterska på läkarnivå ibland.	Anestesisjuksköterskan framstår som hjälpsam för att få läkaren att ta till sig av dennes erfarenheter.	Personlighet	Personkemi i samarbetet Att hantera konflikter	Så påverkar interpersonella relationer

4.4 Förförståelse

Under datainsamlings- och dataanalysperioden reflekterade författarna över hur deras förförståelse kunde påverka aktuell studie (Polit & Beck, 2016). För att förstå sin omgivning krävs förförståelse vilket författarna har. Men förförståelsen får inte hindra möjligheten att möta nya intryck. Öppenhet är av yttersta vikt för att skapa möjligheten att upptäcka ny kunskap. Författarna behöver kontinuerligt bejaka och analysera sina egna tolkningar för att motverka att studiens innehåll blir färgat av dessa (Dahlberg & Ekman, 2017; Lindgren et al., 2020). Författarna har genomfört två perioder med verksamhetsförlagd utbildning där de kommit i kontakt med fenomenet. Författarna har diskuterat om egna erfarenheter som

sjuusköterskor och att verksamhetsförlagd utbildning inom operationskliniker skulle färga studien. Enligt Polit och Beck (2020) påverkas ett examensarbete alltid av författarnas förförståelse. Att en viss förförståelse fanns till detta examensarbets ämne sågs mestadels som en tillgång. Malterud (2009) menar att förförståelsen är en viktig komponent för att skapa ett intresse för att starta en studie. Under den verksamhetsförlagda utbildningen uppstod intresset för hur anestesijuksköterskan upplever samarbetet med anestesilog. Genom att inta en öppen och tillåtande framtoning och medvetenhet av författarnas förförståelse under det fortsatta arbetet har förförståelsen beaktats.

5. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Speziale och Carpenter (2007) beskriver att den kvalitativa forskningsmetologins natur medför en mer personlig och intensiv forskningsprocess än kvantitativ forskning och kräver därför ett eget perspektiv på etiska problem. Ett exempel på detta är informerat samtycke som i kvalitativ forskning måste ses som en pågående process, då deltagarna måste ges möjlighet att omvärdera sitt deltagande om fokuset ändras eller om datainsamlingen blir för intensiv eller personlig. De beskriver även att naturen i kvalitativ datainsamling förhindrar deltagarnas anonymitet, dock bör konfidentialitet eftersträvas i största möjliga mån. Kvalitativa forskare bör hålla fokus på, och klargöra forskningsfrågan för att förhindra att samtalet kan tolkas som ett terapeutiskt möte. Konfidentialiteten kan försvåras om författarna inkluderar rådata, icke-avidentifierade- eller grundliga beskrivningar i sitt resultat, detta ska därför undvikas (Speziale & Carpenter 2007).

I denna studie kommer Helsingforsdeklarationens etiska principer att följas rörande medicinsk forskning som omfattar människor, inklusive forskning på identifierbart mänskligt material och data (Världsläkarförbundet oktober 2013). Försöksprotokollet underställdes innan studien inleddes för bedömning av aktuell forskningsetisk kommitté, kommentarer, vägledning och godkännande, enligt Helsingforsdeklarationens principer (Världsläkarförbundet oktober 2013). Det grundläggande individskyddskravet kan konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav på forskningen. Dessa krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Informationskravet innebär att forskaren skall informera informanterna om den aktuella studiens syfte (Vetenskapsrådet, 2002). De som var villiga att delta fick tillgång till information både muntligt och skriftligt angående studien innan intervjuer inleddes. På intervjudagen fick deltagarna muntlig och skriftlig information om studiens syfte samt möjlighet att ställa frågor och läsa igenom informationen igen.

Samtyckeskravet innebär att deltagarna i studien har rätt att själva bestämma över sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna gav sitt samtycke genom att skriva på ett

samtyckesformulär i samband med intervjun. Deltagandet i intervjustudien var frivilligt och informanterna kunde närhelst de önskade avsluta sin medverkan i studien utan att ange skäl.

Konfidentialitetskravet innebär att de informanter som ingår i studien skall ges största möjliga konfidentialitet och att personuppgifter ska förvaras på ett säkert sätt att obehöriga inte kan ta del av dem (Vetenskapsrådet, 2002). Informanterna informerades om hur deras personuppgifter och inhämtat material skulle skyddas och inte användas i något annat syfte. De informerades om att transkriberad text förvarades på dator med lösenordsskydd samt att intervjuerna spelades in på diktafoner erhållna av MDU. Information som innehöll en individs namn och arbetsplats togs bort från de transkriberade intervjuerna. De informanter som valde att delta i studien informerades om möjligheten att få en kopia av intervjustudien. Sparade transkriberingar och ljudfiler kommer att raderas när arbetet är godkänt i enlighet med Mälardalens Universitets direktiv.

Nyttjandekravet innebär att data insamlade från enskilda individer endast får användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). I denna intervjustudie uppfylls nyttjandekravet genom att författarna informerade deltagarna om att insamlad data endast skulle användas till denna intervjustudie där syftet var att samla in data om hur informanterna upplevde samarbetet med anesthesiologen.

6. RESULTAT

I resultatdelen kommer studiens resultat redovisas. Studiens deltagare bestod av 6 kvinnor, och 4 var män. Deltagarna var i åldrarna 38-63 (m. 46,5 år), och hade 1-37 års erfarenhet (m. 11,85 år) som anestesijuksköterska. Analysförfarandet resulterade i 4 kategorier med 8 underkategorier som alla behandlar anestesijuksköterskans upplevelse av samarbete med anesthesiolog. Genom att författarna till denna studie i analysförfarandet kondenserade råmaterialet framkom ovan nämnda antal kategorier. En ytterligare kondensering av resultatmaterialet genererade underkategorier. De slutliga kategorierna och underkategorierna presenteras i tabell 2.

Tabell 2: Kategorier och underkategorier

Underkategori	Kategori
Vikten av yrkeserfarenhet Att känna tillit i samarbetet	Trygghet i yrkesrollen underlättar
Att inte bli lyssnad på Avsaknad av förtroende	När samarbetet brister
Personkemi i samarbetet Att hantera konflikter	Så påverkar interpersonella relationer
Tydlig dialog underlättar Att ha en tydlig arbetsfördelning	Tydlighetens inverkan på arbetet

6.1 Trygghet i yrkesrollen underlättar

Samtliga deltagare berättade att de upplevde en klar skillnad i samarbetet beroende på deras egen, men även anestesilogens erfarenhet. Där en större erfarenhet ledde till ett mer effektivt samarbete. Deltagarna pratar även om tillit som en stor bidragande faktor till ett väl fungerande samarbete.

6.1.1 Vikten av yrkeserfarenhet

När det gäller erfarenheten hos läkaren så beskriver deltagarna tre erfarenhetsnivåer i intervjuerna. De mindre erfarna läkarna som beskrivs som osäkra och har ett betydligt kontrollbehov. "Lite yngre ST-läkare i sin utbildning har ett mycket större behov av att tala om hur det (arbetet) skall göras och det tror jag egentligen speglar deras egen osäkerhet."

Dessa läkare upplevdes antingen som väldigt villiga att ändra sina beslut efter anestesijuksköterskans och andra läkares rekommendationer, vilket ibland upplevdes problematiskt då planen abrupt kunde ändras. Alternativt upplevdes de som väldigt ovilliga att ändra sina beslut eller lyssna på råd i ett försök att hävda deras egen kompetens. Nästa nivå var de väldigt erfarna anesthesiologerna som upplevdes som högt kompetenta och förtroendeingivande. Dessa läkare upplevdes som väldigt enkla att samarbeta med då de var mer flexibla i sina tillvägagångssätt, de upplevdes skapa ett mindre prestigefyllt samarbete, de upplevdes mer självsäkra och även väldigt öppna för dialog. Denna grupp upplevdes lättare kunna släppa på kontrollen då de samarbetade med en erfaren anestesijuksköterska och de kunde bättre nyttja anestesijuksköterskans kompetens. Den sista nivån som beskrevs var den måttligt erfarna gruppen läkare. Dessa beskrevs som en blandning på de andra två grupperna och upplevdes därför något ombytliga att samarbeta med. De beskrevs kunna ha kvar de osäkra sidorna hos en mindre erfaren läkare som kontrollbehov och ombytliga beslut. Samtidigt som de ibland utvecklade ett självförtroende över deras kompetensnivå och en problematisk känsla av prestige kopplat till sitt eget utövande.

Deltagarna upplevde att deras egen erfarenhet hade stor inverkan på samarbetet intraoperativt. Deltagarna nämner att en längre erfarenhet hos anestesijuksköterskan gör att anesthesiologen överlåter mer ansvar till anestesijuksköterskan. De talar även om att det då sker ett utbyte av kunskap, att de diskuterar kring hur saker och ting skall genomföras. Deltagarna upplever även att en mer erfaren anestesijuksköterska blir lyssnad till på ett annat sätt än om den är mindre erfaren som ibland blir "överkörd". Deltagarna uppger att en mer erfaren anestesijuksköterska har lättare att dela en magkänsla med anesthesiologen och få gehör för den. "Det är oftast sjuksköterskorna som vet bäst. Så här gör vi för att vi vet att det fungerar. Det blir bra och att det skall finnas en respekt för det".

Anestesijuksköterskorna beskrev att de oftast har en större kontinuitet vad gäller arbetet på samma avdelning vilket gör att de oftast har en bättre kunskap kring avdelningens rutiner. Deltagarna beskriver detta som ett stöd, framför allt för de mindre erfarna anesthesiologerna. Det uppgavs även att som mindre erfaren anestesijuksköterska infann sig ofta en osäkerhet. Detta mynnade oftast ut i att de gjorde som läkaren sa till dem även om de visste att det inte var så de brukade göra. "Det var mer som att jag fick, så här skall du göra, jag fick ordinationer som jag utförde". De gjorde vad de blev tillsagda att göra, även om de ibland inte visste varför beslutet togs. De uppfattade det som en enkelriktad samverkan.

6.1.2 Att känna tillit i samarbetet

Generellt uppger deltagarna att de känner att anesthesiologerna litar på dem, men att denna tillit är något de behövde förtjäna först. Denna process gick snabbare då anestesijuksköterskan hade stor erfarenhet. Men när denna tillit fanns upplevde deltagarna att samarbetet gick betydligt bättre då de upplevde ett minskat behov att rättfärdiga och förklara sina beslut och de upplevde sig friare att kunna arbeta på ett sätt de var bekväma med. Flera deltagare påtalade att denna tillit är vital då anesthesiologen ofta är ansvarig för flera salar och då måste kunna lita på att anestesijuksköterskan gör korrekta åtgärder och bedömningar. Men även lita på att anestesijuksköterskan hör av sig till anesthesiologen vid kritiska moment av ingreppet eller om problem uppstår. "... generellt sett tycker jag att det är

enkelt att samarbeta med (anestesiolog). För vi är ju beroende av varandra, och de är beroende av oss.” Det framkommer även att denna tillit måste ske åt båda håll.

Anestesisjuksköterskan måste lita på att anestesiologen är insatt i situationen och tar korrekta beslut. Utan denna tillit upplevde deltagarna att de behövde lägga onödig tid på att kontrollera de beslut som togs och de ordinationer som gavs för att säkerställa att dessa var korrekta. Detta gick även åt andra hållet då anestesisjuksköterskorna oftare är på samma sektion en längre tid vilket gör att de ofta har större erfarenhet av specifika ingrepp och kan då dela med sig av sin erfarenhet till anestesiologen.

6.2 När samarbetet brister

Anestesisjuksköterskorna beskriver flera aspekter som negativt påverkar samarbetet mellan anestesisjuksköterskan och anestesiologen. Där bland annat hierarkiska strukturer och prestige identifierades som stora problemområden.

6.2.1 Att inte bli lyssnad på

Hierarki är ett återkommande begrepp som tas upp av de intervjuade. Samtliga deltagare uppger att de upplevt hierarki i sitt samarbete med anestesiolog. Generellt ansågs inte hierarki vara ett problem, dock beskriver deltagarna att det förekommer situationsbaserade hierarkiska strukturer. Deltagarna upplevde att under planerad verksamhet och rutinarbete blev hierarkiska strukturer ett hinder och deltagarna föredrog istället då en jämställd diskussion. “Vissa anestesiologer tycker de är doktor och bestämmer om de så har jobbat i 1 månad eller 10 år”. Flera deltagare beskrev att anestesiologen tagit beslut som stred mot vedertagna och inarbetade rutiner. Detta skedde trots att det fanns en mer erfaren anestesisjuksköterska i rummet som visste hur det brukar gå till. De upplevde att i dessa fall har hierarkiska strukturer negativt påverkat arbetet samt patientsäkerheten.

Några av deltagarna uppgav att vissa beslut som inte var i linje med avdelningens rutiner gick de med på, på grund av upplevd hierarki, så länge de inte upplevde att patientsäkerheten påverkades. Så länge patientsäkerheten inte påverkades stod man tillbaka och lät anestesiologen bestämma. “Jag tänker att man får välja sina strider”. Några av deltagarna uppgav även att de inte vågat säga ifrån eller ställa frågor på grund av upplevd hierarki. I resultatet framkommer även att hierarkiska strukturer upplevts i samband med kritiska moment som intubation. Det nämns av flera deltagare att trots närvaron av en mer kunnig och mer erfaren anestesisjuksköterska har anestesiologen bestämt att det är hen som skall utföra momentet, vilket i vissa fall lett till en kritisk situation för patienten. Trots detta upplever deltagarna att hierarki är mer vanligt förekommande inom läkarkåren än mellan anestesisjuksköterska och anestesiolog. Deltagarna uttrycker även att de upplever att hierarki är mer uttalad inom andra specialiteter än inom anestesi.

Under intervjuerna är det flera deltagare som uppger att det förekommit situationer där det blivit kritiskt för patienten på grund av upplevd prestige. “Situationen präglades av lite stolthet och viljan av att inte ta hjälp och sen när det skulle tas hjälp blev det enormt bråttom”. De uttryckte en känsla av att det fanns en stolthet i att inte ta hjälp. Vid dessa

tillfällen fanns det mer erfarna anestesisyjuksköterskor som erbjöd sin hjälp på plats men dessa lyssnades inte på.

Fler av deltagarna upplevde det som ett problem att anestesiologyn ofta ville ta en ledarroll för arbetet även om den inte hade mest erfarenhet av det aktuella ingreppet och dess rutiner. Detta gjorde att deltagarna upplevde att teamet inte kunde visa sin fulla kompetens och de kände sig mer som hjälpredor än teammedlemmar. Det framkommer även att det upplevs som om mindre erfarna läkare känner en press att de skall ta alla beslut. Vilket, när de hittar sin roll, ändras och då utvecklas till ett teamarbete. Flera av deltagarna förklarade detta beteende med att då läkaren har det yttersta medicinska ansvaret för patienten och behandlingsplanen sätts mer press på läkarna att allt ska gå rätt till. Detta ledde då till situationer då deltagarnas kompetens förbisågs för att läkaren kände press att fatta ett självständigt beslut. Flera av deltagarna säger även att denna upplevelse av ansvar gör att de anser att läkarens beslut bör bära mer tyngd än deras egen, och att de på grund av detta går med på läkarens beslut även om de inte håller med om den.

6.2.2 Avsaknad av förtroende

Förtroende är ett ord som flera deltagare i studien nämner. Det handlar ofta om situationer där det uppfattas som om läkaren inte har förtroende för den kompetens som anestesisyjuksköterskan besitter. Deltagarna upplevde att de ofta hade mer erfarenhet gällande avdelningens rutiner och tillvägagångssätt. Men om anestesiologyn då inte litade på anestesisyjuksköterskans råd behövdes extra tid läggas på att kontrollera och säkerställa rutiner eller rådfråga en mer erfaren anesthesiologykollega. Flera av de intervjuade berättar att de upplevt att läkare som är nya på deras arbetsplats tenderar att dubbelkolla och ta över arbetsuppgifter som anestesisyjuksköterskorna vanligtvis utför. Det kunde bland annat vara att anestesisyjuksköterskan utfört de förberedande kontrollerna och när anestesiologyn mötte patienten upprepade den dessa. Detta var mer vanligt om anestesiologyn var oerfaren eller tidigt i sin utbildning. Då förtroende för anestesiologyn saknades hos deltagarna upplevde de att de behövde lägga onödig tid på att kontrollera de beslut som togs och de ordinationer som gavs för att säkerställa att dessa var korrekta. Flera deltagare upplever att det förekommit tillfällen då mer erfarna anestesisyjuksköterskor erbjudit sig att hjälpa men anestesiologyn inte velat ha den hjälpen.

Vi hade en svårintuberad patient nere på c-op. Där det var en överläkare och en underläkare på narkosen och vi var två narkosköterskor och där patienten skulle intuberas och var svår att intubera och narkosläkarna sa att det här tar vi och det är självklart att de ska de om den är svår. Men det gick inte, så patienten började desaturera jättemycket och var tillslut nere på 46. Och då sa min kollega, narkosköterska, vill ni att jag provar? och då sa de nej, vi är doktorerna. Och till slut gick det bara inte och då sa min kollega, fast nu provar jag så intuberade han och så vände alltihopa. Och då var det ju så att doktorerna inte kunde bäst. (Deltagare 7)

Det uppfattades även som om att det infann sig en viss rivalitet inne på operationssalen mellan framför allt yngre anesthesiologyer och mer erfarna anestesisyjuksköterskor. Då i detta fall kunde anestesisyjuksköterskan besitta mer erfarenhet och teknisk kunskap men anestesiologyn var ändå den som skulle ta beslut. Avsaknad av förtroende ansågs av flera

deltagare ligga till grund för ett ineffektivt arbete och vara en orsak till försämrad patientsäkerhet. Deltagarna beskrev hur denna brist på förtroende ofta förekom då de arbetade med en anestesilog de inte jobbat med, eller endast jobbat enstaka gånger med. Då upplevde de situationen som att anesthesiologen ställde kontrollfrågor och övervakade de praktiska momenten som deltagarna utförde i syfte att kontrollera deras kompetens.

Det var en anesthesilog som inte varit hos oss så mycket, och då har ju vi mer erfarenhet och kunskap om hur sådana här fall går till. Men det ville hon inte ta till sig, och då gick det fel. Hon litade ju inte på att det vi sa stämde. (Deltagare 9)

Deltagarna upplevde detta som mycket frustrerande men att förtroendet i de flesta fall bara tog några enstaka pass tillsammans med anesthesiologen att bygga upp. Deltagarna beskrev att inte bara de själva blev kontrollerade utan även deras studenter och andra anestesiloger.

6.3 Så påverkar interpersonella relationer

Under intervjuerna talade samtliga intervjudeltagare om vikten av interpersonella relationer. Många av dem använde uttrycket personkemi, men de talade även om personlighetsdrag som vänlighet och ödmjukhet och hur dessa bidrar till ett öppet konstruktivt samarbete.

6.3.1 Personkemi i samarbetet

Många av de intervjuade nämnde att olika personer fungerade olika bra ihop. De uppgav att alla hade sina egna personligheter och detta inte alltid blev bra. Detta återspeglades i det interpersonella samarbetet. I de fall där personkemin var dålig resulterade det i att anesthesisjuksköterskan inte ville ställa frågor eller bara gjorde det den blev tillsagd att göra. Samtidigt var personlighet en källa till gott samarbete. Det uppgavs att detta öppnade upp för dialog och att deltagarna inte kände sig dumma när de ställde frågor. Samtliga deltagare uppgav att det fungerade bättre med vissa än andra. "Det finns vissa som, kanske inte är medvetna om, eller ens bryr sig om att samarbetet ska vara bra mellan anesthesisjuksköterska och anestesiläkare för att dom helt enkelt inte bryr sig." Mjuka värden såsom att vara snäll, vänlig och artig var sådant som kunde göra att en arbetsdag blev bra. Att vara prestigelös och öppen för att samtala och planera ihop var även viktiga personlighetsdrag. "Att man umgås, fikar tillsammans och så vidare. Det gör ju att man lär känna varandra lite mer på djupet. Det bidrar väl till hela kulturen på enheten". Flera sa att bara en sådan enkel sak som att säga god morgon "satte ribban" för hur samarbetet kändes. Ett gemensamt lunchrum där alla kunde äta tillsammans var positivt och de påpekade även vikten av att anesthesisjuksköterskor och anesthesiloger fikade ihop för att lära känna varandra bättre. Detta tyckte de gjorde att man lärde känna olika personer bättre och att personkemin utvecklades positivt vilket avspeglade sig i det intraoperativa samarbetet. På operationssalen var det viktigt att det fanns en god stämning, att de kunde skratta och skämta tillsammans. Men även att man försökte höja upp varandra och bekräfta den andres styrkor, det uppfattades som att arbetsmiljön och samarbetet förbättrades av detta.

6.3.2 Att hantera konflikter

I intervjuerna framkom tydligt vikten av personlighet och inställning i samarbetet mellan anestesijuksköterska och anesthesiolog. Deltagarna talade om att de ansträngde sig för att skapa ett välkomnande klimat genom att själva vara vänliga, välkomnande, ödmjuka, medmänskliga och respektfulla. De flesta av deltagarna talade om att de till viss del kompromissar med läkaren då de inte känner att de tjänar något på att börja argumentera, men att om de upplever något som betydligt fel säger de ifrån. "Jag brukar stå på det som jag tycker är patientens sida. Så att, jag kan inte stillastående stå och titta när patienten får en behandling eller en åtgärd som jag inte tycker är rätt. Då måste man säga ifrån." Dessa deltagare upplevde även att många av anesthesiologerna gör på samma sätt och kan anpassa sig efter anestesijuksköterskans önskemål då det är denne som ska vara kvar inne på salen. Flera av deltagarna uttryckte att de efter en stund lärde känna läkarna och deras personliga önskemål. De kunde då anpassa förberedelserna utefter vilken anesthesiolog de skulle jobba med under dagen. Det framkom även att vissa deltagare kände att när de blev mer rutinerade kunde de förbereda och "servera" läkaren med ett färdigt arbetssätt. Detta inkluderade förberedda läkemedel, verktyg och arbetsfördelning, och om de lade fram en plan på detta sätt var det sällan som anesthesiologen ville ändra på något. Deltagarna upplevde att det var bäst att diskutera eventuella frågor och problem tidigt med anesthesiologen. Det framkom även i flera intervjuer att det var svårt att diskutera dessa frågor och problem då patienten befann sig i salen då de var oroliga för hur detta skulle framstå för patienten. I dessa fall var det oftare som anestesijuksköterskan gick med på anesthesiologens beslut och inte ifrågasatte dessa då de inte ville hamna i konflikt inför patienten eller skapa onödig oro. Det framkom att ett sätt att hantera konflikter, specifikt med mindre erfarna anesthesiologer, var att anestesijuksköterskan gärna vände sig till en mer erfaren anesthesiolog för att få stöd i sin åsikt. Detta kunde ibland skapa en konflikt med den mindre erfarna anesthesiologen som då upplevde att anestesijuksköterskan kringgått denne. Generellt upplevdes det att konflikthanteringen fungerade väl inom anestesin, men att i akuta situationer kunde stress försvåra samarbetet.

6.4 Tydlighetens inverkan på arbetet

Under denna kategori kommer deltagarnas upplevelser av tydlighet i dialog och rollfördelning i det interoperativa skedet redovisas. Deltagarna uppgav att en rak och prestigelös dialog samt tydliga roller underlättade i samarbetet mellan anesthesiologen och anestesijuksköterskan.

6.4.1 Tydlig dialog underlättar

Under intervjuerna har samtliga deltagare talat om vikten av en tydlig och öppen dialog. De talade om att det var viktigt att ha en strukturerad, rak och tydlig kommunikation, där parterna använder closed-loopkommunikation för att bekräfta att de förstått informationen.

Men även att de kan ställa frågor om de inte förstår varför något ska göras i syfte att kunna ge så bra vård som möjligt. Majoriteten av deltagarna tog upp att de gärna vill ha en dialog med anestesiologygen innan varje fall där de har möjlighet att komma överens om en gemensam strategi för det aktuella fallet. De upplevde att samarbetet under fallet gick mycket bättre om teamet redan diskuterat eventuella risker, vem som ska göra vad, vad ambitionen är och hur detta ska uppnås innan fallet börjat. Deltagarna upplevde att om de fått tid att ha denna dialog innan arbetet är det lättare att komma fram till en plan som bägge parter är nöjda med. Det ansågs negativt när anestesiologygen kom in på operationssalen och inte lyssnade på vad anestesiologysköterskan utfört i patientarbetet. I dessa fall upplevdes detta som ett onödigt dubbelarbete och att anestesiologysköterskans inte respekterades eller ifrågasattes. Några deltagare tillade att beroende på personkemi kan det ändå vara svårt att nå en överenskommelse då en del anesthesiologyger upplevdes ha väldigt bestämda åsikter även om saker som deltagaren själv inte tyckte ha någon betydelse. En aspekt som många av deltagarna upplevde som väldigt problematisk var sena ändringar i planen. Detta kunde hända om de inte fått möjlighet att ha en dialog med anestesiologygen innan patienten anlät. Deltagarna upplevde att om anestesiologygen i dessa fall ville göra ändringar i anestesiologysköterskans plan var det svårare att komma fram till ett arbetssätt som båda parter var nöjda med då de inte ville argumentera framför patienten. Liknande problem uppstod om läkaren sent ville ändra på en plan som bägge parter kommit överens om. Deltagarna upplevde i bägge dessa situationer att arbetet blev mer stressfyllt än nödvändigt och att dessa situationer negativt påverkade patienten. De upplevde även att de själva sågs mer som en hjälpreda än en teammedlem och var mer missnöjda med samarbetet i dessa fall.

Patienten kanske ligger på operationsbordet och man bara väntar på att de ska komma. Och då kan de komma in och bara hoppa över hela den här liksom, diskussionen över hur, eller vad, eller vem som ska göra vad. Och då bara peka med hela handen och bestämma, då kan jag tycka att det inte finns ett samarbete... Då har jag som anestesiologysköterska bara liksom, blivit någon som ska duka upp och göra iordning då för att den här personen ska komma in och utföra. Då finns det ju inget samarbete. (Deltagare 5)

Generellt tyckte deltagarna att denna dialog oftast görs på ett bra sätt, och de säger att de inte har något emot att göra ändringar i planen så länge anestesiologygen kan förklara varför de vill göra ändringen. Vilket deltagarna upplever att de oftast gör. Några deltagare tyckte dock att det var svårt att föra denna dialog med vissa av läkarna och att de då själva hade svårare att föra fram sina tankar och kommunicera eventuell oro, vilket de tyckte drabbade patientsäkerheten. Det framkom även att kontinuerlig, prestigelös dialog under själva operationen var önskvärd. Deltagarna ville kunna säga till om de var oroliga eller bara hade en dålig magkänsla över något och få gehör för detta och bli lyssnade på. Deltagarna önskade även en öppenhet i samarbetet där man kunde vara öppen med sina styrkor, svagheter och önskemål och kunde säga till om man behövde hjälp med något. Men även en följsamhet där man kunde hjälpa varandra om man upptäckte problem och att man hjälptes åt om det var mycket att göra. Sedan önskades en avstämning innan anestesiologygen lämnade operationssalen för att säkerställa att situationen var under kontroll, med tätare kontakt om patientens tillstånd upplevdes som komplicerat eller om ingreppet var riskfyllt.

6.4.2 Att ha en tydlig arbetsfördelning

Arbetsfördelningen beskrivs av många som att den styrs av personlighet eller erfarenhet. En del mer erfarna anestesiologer tog gärna ett steg bak och lät anestesijuksköterskan göra det mesta, detta för att få ett "helikopterperspektiv" på situationen. Medan mindre erfarna anestesiologer hade ett större kontrollbehov vilket resulterade i att de tog över. De intervjuade berättar även att det förekom situationsbaserade hierarkiska strukturer. Flera av deltagarna upplevde att i stressade akuta situationer upplevde de hierarkin som något positivt då teamet direkt visste vem som bör ta ledarrollen. Det kunde vara att anestesiologen tog kommandot och med tydlighet uttryckte vad som hade gjorts och behövde göras.

personen gick in och tog ledarrollen, vi skall göra just det här och med den anledningen, motiverade sina beslut och var väldigt tydlig, för det är det man absolut vill ha. Någon som tar sina beslut och tydlig i sina beslut och som sammanfattar löpande var vi befinner oss i den här processen. (Deltagare 6)

En tydlig arbetsfördelning och en tydlighet i vad som skulle göras uppskattades av många deltagare då de ofta i det intraoperativa skedet var upptagna med många praktiska saker samtidigt. Detta tyckte de kunde åstadkommas genom de hade en rak och tydlig kommunikation. De visste vad kollegorna gjorde, de arbetade som ett team, en inarbetad enhet. "Att anestesiologen kommer in på op-salen och ställer sig vid huvudet på patienten och börja preoxynera utan att säga hej. Det blir liksom inte en bra dag för någon". Arbetsfördelningen uppfattades som en process, där beroende på hur väl anestesijuksköterskan och anestesiologen kände varandra, varierade. Orsaker till en negativ känsla vid arbetsfördelning kunde även vara hur erfarna anesthesiologerna var. En del av deltagarna uttryckte att det då kunde handla om att mindre erfarna anestesiologer lade sig i vad som vanligtvis var mer sköterskerelaterade moment där anestesijuksköterskan hade mer erfarenhet och kunskap. I intervjuerna framkommer det av deltagarna att arbetsfördelningen ingår i planerandet och att detta gärna sker innan patienten ligger på operationsbordet. Flera uttryckte att det kändes oprofessionellt att stå vid patientens huvud och tala om vad och hur saker och ting skulle genomföras. Generellt uppfattades inte arbetsfördelningen vara ett problem. Snarare uppgav de flesta att det fungerade utmärkt och anestesijuksköterskan och anestesiologen alternerade mellan att ta luftvägen och att administrera läkemedel. De tyckte att det oftast fanns ett gott samarbete som alltid var för patientens bästa.

7. DISKUSSION

Under denna rubrik redogörs för metoddiskussion, resultatdiskussion samt etikediskussion. Metoddiskussionen resonerar kring vald metod och studiens arbetsprocess. Resultatdiskussionen relaterar tidigare forskning som tagits upp i bakgrunden mot studiens resultat. Avslutningsvis finns ett stycke med etikediskussion.

7.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka anesthesisjuksköterskans upplevelse av samarbete med anesthesiolog i det intraoperativa skedet. Kvalitativ metod valdes då avsikten var att studera personers levda erfarenhet av ett fenomen. En studies trovärdighet baseras på hur väl data och analysprocessen stämmer överens med studiens fokus och hur väl data bearbetas. För att öka studiens trovärdighet har författarna så noggrant som möjligt försöka beskriva studiens tillvägagångssätt. Negativt för studiens trovärdighet var att författarna inte kände deltagarna vilket kan leda till ytlig information. Samt att deltagarna inte medverkat i resultat- eller diskussionsdelarna vilket hade kunnat säkerställa korrekt tolkning av data (Mårtensson & Fridlund, 2017). Typen av data som var relevant var icke numerisk, utan intresseområdet var deltagarnas sagda ord och beskrivningar varpå intervjuer är en passande datainsamlingsform (Henricson & Bilhult, 2017). I kvalitativa intervjuer ses enligt Henricson och Bilhult (2017) forskaren som en medskapare av texten, vilket medför att resultatet inte kan ses som oberoende av forskaren. Därför användes förbestämda frågor samt följdfrågor, vilket avsågs minimera författarnas påverkan på intervjuinnehållet och öka graden av reproducerbarhet. Intervjufrågorna var öppna i syfte att uppmuntra deltagaren själv att tolka frågan och berätta om det som den tyckte var viktigast. Genom att utforma frågorna på detta sätt ämnade författarna att minimera egen påverkan på deltagarna, detta medför dock en svaghet då intervjulängd och kvalitet kan variera beroende på deltagarens tolkning. Därför ställdes följdfrågor som utvecklade och fördjupade ursprungsfrågan (Polit & Peck, 2021). Intervjufrågorna godkändes av handledare på MDU och provintervju genomfördes för att uppskatta tid för intervju samt prova den tekniska utrustningen (Danielson, 2017). 10 intervjuer valdes som ambition för studien på grund av arbetets planerade storlek och tidsplan.

Strategiskt urval valdes för att säkerställa att varje deltagare hade erfarenhet om fenomenet och bidrog med hög kvalitet på inhämtade data (Polit & Beck, 2021; Henricson & Bilhult, 2017). Enligt Danielson (2017) kan genom detta en rik beskrivning av fenomenet inhämtas trots ett mindre urval, då färre intervjuer fortfarande kan ge en rik, men då begränsad beskrivning. Det strategiska urvalet medförde även en stor variation vad gäller deltagarnas kön, ålder och erfarenhet som anesthesisjuksköterska vilket ökar studiens validitet (Polit & Beck, 2021). Denna variation hos deltagarna avsågs även tillföra större variation i deras berättelser (Henricson & Bilhult, 2017). Vilket författarna tog särskild hänsyn till då det beskrevs i bakgrunden att kön, ålder och erfarenhet var faktorer som kunde påverka upplevd hierarki, som var en del av intresseområdet. Intervjuerna tog mellan 17–48 minuter och samtliga intervjuer utfördes på deltagarnas arbetsplats i enskilt rum vilket gav möjlighet att sitta ostört. Författarna genomförde 5 intervjuer var, och den som utfört intervjun

transkriberade sedan det inspelade materialet i sin helhet för att transkriptionen skulle återspegla intervjuens verklighet och känsla (Polit & Beck, 2021). Analysen genomfördes stegvis i enlighet med Lindgren et al. (2020) beskrivning. Båda författarna läste igenom materialet flera gånger och innehållet diskuterades ingående mellan författarna för att minska inverkan av enskild författares förförståelse vilket ökar bekräftelsebarheten. Bekräftelsebarheten ökade även genom att analys- och resultatbeskrivning kontrollerades av handledare. Genom att tydligt beskriva författarnas förförståelse och tidigare erfarenheter samt hur dessa beaktats under datainsamling och dataanalys styrks studiens pålitlighet. Vidare har även beskrivning av teknisk utrustning och tillvägagångs intervjuer samt transkription inkluderats för att styrka pålitligheten (Mårtensson & Fridlund, 2017). Författarna kontrollerade kontinuerligt analysmaterialet med ursprungsmaterialet för att försäkra att inga felaktiga slutsatser dragits, att material som var relevant för syftet förlorades eller att helheten av intervjun tappas. Slutligen kunde fyra kategorier identifieras. Dessa fyra kategorier och dess underkategorier har stämts av med handledare för att öka studiens kvalitet samt trovärdighet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Citat inkluderades i studien för att stärka studiens trovärdighet. Överförbarheten i denna studie begränsas av litet urval samt att den är utförd på bara två avdelningar och en profession (Polit & Beck, 2021). Dock ökar överförbarheten då trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet anses ha säkrats (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Författarna har försökt fördela arbetet jämnt genom arbetets gång. Författarna är båda inblandade och belasta i samtliga delar av detta arbete. Den ena författaren har haft något större ansvar för bakgrund och matriser. Medan den andre haft något större ansvar över metod och formalia. Författarna har till lika stor del utfört intervjuer, transkribering, analys, resultat samt diskussionsdelar. Författarna upplever att de till lika stor del bidragit till detta arbete.

7.2 Resultatdiskussion

I denna studie beskrevs anestesijuksköterskans upplevelse av samarbetet med anesthesiologen i det intraoperativa arbetet. Resultatet speglar även både negativa och positiva faktorer som påverkar detta samarbete.

7.2.1 Trygghet i yrkesrollen underlättar

Trygghet i sin yrkesroll påverkade samarbetet både negativt och positivt. Detta gällde anestesijuksköterskornas trygghet såväl som anesthesiologernas.

I resultatet kan ses att för att känna en trygghet i sin yrkesroll behövs erfarenhet. Detta uppger deltagarna vara starkt kopplat till hur samarbetet fungerar i det intraoperativa arbetet. Det färgar inte bara de interpersonella relationerna utan även hur en kollega kan uppfattas. Hur både anestesijuksköterskor och anesthesiologer uppfattar sig själva hur det påverkar deras självförtroende. Resultatet visar på att anestesijuksköterskornas självförtroende ökar med yrkeserfarenheten vilket i sin tur hade positiva effekter på både kommunikation och arbetsinsats vilket även James-Scotter et al., (2019) speglar i deras studie. Det framkommer att arbetssättet ändras då de blir mer erfarna. Flera deltagare

menar att med ökad erfarenhet ökar förtroendet från anestesiologens sida. Den överlåter mer arbete till anestesijuksköterskan. Vilket gör att anestesijuksköterskan känner sig mer autonom i sin roll. De uppger att kommunikationen blir bättre, att de blir lyssnade på och får delta mer i beslutsprocesser. Den positiva effekten av detta beskriver Paglione et al., (2016) och stryks i denna studies resultat. Tryggheten hos anestesiologen tas upp av samtliga deltagare i studien. De menar att det oftast är anestesiologer med mindre erfarenhet som visar sig ha ett större behov av att kontrollera och ta över, de mer erfarna anestesiologerna hade en mindre tendens att göra detta.

Tillit ansågs av majoriteten i studien vara en viktig del i samarbetet mellan anestesijuksköterskan och anestesiologen. Det påverkade inte bara hur de gemensamma uppgifterna fördelades, då det finns en överlappning i yrkesrollerna, utan även anestesiologens inställning till anestesijuksköterskans förmåga att utföra sitt arbete. Det gjorde att vissa anestesiologer uppfattade det som om anestesijuksköterskan var inne på deras område, vilket omvänt anestesijuksköterskorna också kände. Denna överlappning i arbetet påverkade samarbetet negativt vilket även Jameson (2003) också kom fram till. Deltagarna uppger att det fanns arbetssituationer där det var av yttersta vikt att det fanns en tillit. Som till exempel på jourtid då anestesiologen ofta var på andra avdelningar och det anestesiologiska ansvaret överläts till anestesijuksköterskan. Här kände informanterna att det fanns en tillit som gjorde att de fick arbeta mer självständigt vilket de uppfattade som positivt i samarbetet, något som Paglione et al., (2016) skriver om i sin studie. Deltagarna uttrycker att det tar tid att skapa tillit och en god kommunikation. Detta överensstämmer med Katzenbach och Smiths (2006) perspektiv kring teamets mognadsprocess.

7.2.2 När samarbetet brister

I intervjuerna med studiens deltagare framträdde begrepp som att inte bli lyssnad på och frånvaro av förtroende. De beskrev att detta påverkade samarbetet negativt.

I aktuell studie framkommer att flera deltagare upplevde att de inte alltid blev lyssnade på. Det kunde handla om situationer där anestesijuksköterskan hade erfarenhet och kunskap men att anestesiologen valde att bortse från den. I vissa fall kunde det handla om personliga relationer men också om hierarkiska mönster något som Etherington et al. (2021) fastställer i sin studie. De flesta av deltagarna i aktuell studie uppger att det oftast handlar om de mindre erfarna anestesiologerna. En mindre erfaren anestesiolog visar sig i resultatet ha lättare att hamna i situationer där anestesijuksköterskorna uppfattade det som att de inte blev lyssnade på, något de kände var viktigt för att de skulle kunna jobba mot samma mål vilket även påtalas av Eide och Eide, (2006). I resultatet för aktuell studie framkommer att hierarki inte bara sågs som negativt av deltagarna. Det framhölls att i akuta situationer var det bra någon tog kommandot och styrde situationen. Dock framhölls hierarki som något negativt när det kom till rutiningrepp där det fanns tid för anestesijuksköterskan och anestesiologen att ha en dialog och gemensam planering.

Informanterna i denna studie uttrycker att de kunde känna en avsaknad av förtroende från vissa anestesiologer. Detta tyckte de påverkade samarbetena med anestesiologerna negativt då de hade en tendens att inte vilja släppa kontrollen eller ta över i det anestesiologiska

arbetet. I resultatet framkommer att när förtroendet från anestesilogens sida uteblev minskade samarbetet och i flera fall påverkade detta patientsäkerheten negativt. De uppfattade det som att kommunikationen blev sämre och även så kvalitén på vården vilket Smith och Mishra (2010) tar upp i sin studie. De tillfällen då de kände att de hade anestesilogens förtroende fungerade samarbetet bättre. Deltagarnas beskrivning av vad som orsakar försämrat samarbete överensstämmer med hur Katzenbach och Smith (2006) beskriver de färdigheter som teammedlemmarna behöver besitta. De beskriver att teammedlemmarna behöver beslutsfattande, interaktiva och tekniska färdigheter. Dock lägger deltagarna större vikt i resultatet på de beslutsfattande och de interaktiva färdigheternas inverkan på samarbetet. De tekniska färdigheterna nämns endast enstaka gånger som ett problem, men även då de tekniska färdigheterna tas upp som problem så läggs vikten på hur dessa problem kommuniceras till övriga teamet och inte på bristen av teknisk färdighet i sig. Det är oklart varför de beslutsfattande och interaktiva färdigheterna uppgavs som mer problematiska än de tekniska färdigheterna. Författarna reflekterar kring att betydligt mer tid läggs på att utveckla medicinsktekniska färdigheter än interaktiva och beslutsfattande färdigheter under anesthesiologisk utbildning, vilket kan vara en förklaring till detta. Flera informanter uppger att då kändes det som att de arbetade tillsammans som ett team mot ett gemensamt mål och att detta påverkade patientsäkerheten positivt. Denna effekt överensstämmer med hur Aagard et al., (2016) beskriver gemensam målsättning i deras studie. Den gemensamma kunskapen belyser Katzenbach och Smith (2006). De menar att ett team är en liten grupp individer med komplimenterande färdigheter som arbetar mot ett gemensamt mål och att de klarar av mer komplexa situationer tillsammans än var och en för sig.

7.2.3 Så påverkar interpersonella relationer

I resultatet i aktuell studie ses att vikten av goda interpersonella relationer är något som majoriteten av deltagarna tar upp. Personkemi och hur konflikter hanterades var bärande begrepp.

Interpersonella relationer har stor betydelse vilket framkommer med tydlighet i den aktuella studiens resultat. Mjuka värden ansågs vara viktiga för samarbetet med anestesologen. Till exempel uttryckte flera informanter att det kunde räcka med att säga god morgon för att den interpersonella relationen skulle uppfattas som god. Detta skattades högt av informanterna i aktuell studie då de ansåg att det bidrog till en bättre arbetsmiljö. Just denna del är något som Karlsson et al. (2019) tar upp som en viktig del när det kommer till ett gott samarbete. Deltagarna i aktuell studie talar om personkemi. De menade att med vissa anestesiloger fanns en dålig personkemi och detta påverkade samarbetet negativt. De menade på att dialogen dem emellan avtog vilket de uppfattade hade en negativ inverkan på samarbetet och även på vårdresultatet. Denna uppfattning styrks av Greene et al. (2021) som menar att denna försämring i dialog mellan anesthesiolog och anestesilog i vissa fall även kan få dödlig utgång för patienten. Vikten av en god dialog för ett gott samarbete är något som tas upp av Sillero och Buil (2021). De menar att en effektiv dialog och reflektion är vitala delar för ett tvärprofessionellt samarbete.

I aktuell studies resultat kunde olika strategier för att hantera konflikter ses. Oftast var det i stressade situationer som konflikter uppstod vilket överensstämmer med Boyd och Poghosyns (2017) beskrivning. Detta överensstämmer även med Katzenbach och Smith (2006) som beskriver att interaktiva och beslutsfattande förmågor blir viktigare i situationer där teamet behöver hantera oväntade problem. Flera av informanterna i studien påtalade att de försökte vara ödmjuka och trevliga för att skapa en god relation med anestesiologygen. Det kunde även vara att de inte gick i klinch med vissa anestesiologyger utan rådfrågade en annan anesthesiology som de hade en bättre relation med. Dock tar alla deltagare i aktuell studie upp att en rak och tydlig kommunikation oftast förebyggde konflikter i samarbetet med anesthesiologygen vilket Boyd och Poghosyn (2017) även styrker.

7.2.4 Tydlighetens inverkan på arbetet

Under intervjuerna har samtliga deltagare i studien talat om vikten av en tydlig och öppen dialog. Hur en rak och tydlig kommunikation påverkar samarbetet mellan anesthesiologysköterskan och anesthesiologygen positivt.

Flera deltagare uppgav att en prestigelös och öppen dialog mellan anesthesiologysköterskan och anesthesiologygen var det bästa för att samarbetet skulle fungera bra. De uttryckte att utbytet av erfarenhet och kompetens ökade vårdkvalitén och därmed patientsäkerheten vilket även Karlsson et al. (2019) framhöll i deras studie. Flera informanter sa att de ville kunna föra en dialog så anesthesiologygen och anesthesiologysköterskan hade samma mål. Flera av deltagarna påpekade även att de uppskattade när det fanns en öppenhet i dialogen vilket möjliggjorde att de kunde få gehör för tankar kring patienten och bli lyssnade på och att det fanns en samverkan i beslutstagandet. Vikten av detta i ett gott samarbete är något som Paglione et al., (2016) tar upp i deras studie där de pekar på att samverkan i beslutsprocesser är en viktig del av ett framgångsrikt samarbete.

Enligt de flesta av studiedeltagarna fungerade arbetsfördelningen bra i det intraoperativa arbetet. Dock tog flera upp att det berodde på personkemi och hur väl anesthesiologygen och anesthesiologysköterskan kände varandra hur bra fördelningen av arbetet gick. De flesta uttryckte att de uppskattade när det fanns tid innan patienten kom in på sal att gå igenom arbetsfördelningen. De kände att när de kommunicerade och hade en rak dialog var det sällan problem med arbetsfördelningen. Smith och Mishra (2010) tar i sin studie upp att en viktig del för att kunna samordna utförandet av arbetsuppgifter är just att det finns god kommunikation.

Genom resultatdiskussionen ses aspekter som påverkar patientsäkerheten samt anesthesiologysköterskans arbetsmiljö och mående. Vi har under arbetets gång reflekterat kring dessa aspekter ur ett samhällsperspektiv. En påverkan på patientsäkerheten visar tidigare forskning ökar risken för felaktig vård samt vårdskador, detta kan leda till längre inläggningstider och mer lidande hos patienten. Detta skapar i förlängningen ökade vårdkostnader. När anesthesiologysköterskans arbetsmiljö påverkas negativt så pekar tidigare

forskning på att belastningen på personalen ökar. En ökad mental belastning i form av stress samt en känsla av otillräcklighet i arbetet kan leda till ökat antal sjukskrivningar. Vilket kan ligga till grund för att de samhällsliga kostnaderna och vårdbelastningen ökar samt att det kan bidra till en försämrad vårdkapacitet. Katzenbach och Smith (2006) skriver om hur ett välfungerande team kan sänka sjukvårdens organisatoriska utgifter samt öka sjukvårdens förmåga att ta sig an mer komplexa arbetsuppgifter vilket är i linje med denna reflektion.

7.3 Etikdiskussion

Kontinuerligt under studiens gång har etiska principer beaktats enligt redogörelse i avsnittet om etiska överväganden. Deltagarna fick muntlig och skriftlig information inför studien och gavs minst en veckas betänketid innan intervjun genomfördes. Deltagarna gav skriftligt och verbalt godkännande till deltagande i studien och kunde när som helst återkalla sitt deltagande. Deltagarna fick även möjlighet att välja plats för intervju men samtliga utfördes på deltagarnas arbetsplats, då deltagarna valde detta. Detta gav minskad möjlighet till konfidentialitet vilket deltagarna accepterade. Då risken för att konflikt på arbetsplatsen skulle uppstå bedömdes som liten, samt att två avdelningar ingick i urvalet vilket försvårar identifikation av specifik deltagares utsaga. Så fann författarna att nyttan med studien övervägde risken. Ett objektiva synsätt har tillämpats i denna studie under analys och diskussionsdelarna. En styrka i detta arbete är att då två författare arbetat tillsammans så finns möjlighet att kontinuerligt diskutera sina tolkningar av det insamlade materialet, detta för att minimera risken att egen förförståelse påverkar resultatet. Detta gäller även de forskningsetiska principerna där författarna kunnat reflektera tillsammans, detta ses som en styrka med studien. Konfidentiella data har förvarats oåtkomligt från obehöriga och känslig information har uteslutits. Arbetet har även kontrollerats av handledare vid MDU under flera tillfällen. Genom dessa åtgärder menar författarna att studien är genomförd enligt etiska principer och riktlinjer nämnda i avsnittet etiska överväganden (Världsläkarförbundet oktober 2013; Vetenskapsrådet, 2002).

8. SLUTSATS OCH FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING

Resultatet i denna studie presenterar och ger en inblick i de faktorer som anestesisyjuksköterskan upplever i sin samverkan med anestesilog.

8.1 Slutsats

Vårt resultat visar på att hierarkiska strukturer finns inom sjukvården och upplevs som ett hinder som negativt påverkar patientsäkerheten inom rutinmässig verksamhet men att det i vissa, främst akuta fall, kan upplevas som positiva. Yrkeserfarenhet hos både anestesisyjuksköterskan och anesthesiologen har en stor påverkan på samarbetet. Tillit är

något som byggs upp mellan anestesijuksköterskan och anesthesiologen över tid då de arbetar med varandra. Tillit måste finnas från båda parterna för att samverkan ska fungera optimalt. Om tillit inte finns i samarbetet så upplevs arbetet mer stressfyllt samt att mer tid behövs läggas på att kontrollera varandra. Personkemi ansågs vara viktigt för samarbetet, om personerna hade dålig personkemi så var det svårt att ställa frågor eller ta upp saker de är oroliga för vilket kan negativt påverka patienten. En god personkemi anses förbättra samarbetet och skapa en bättre arbetsmiljö, med mindre stress och prestige. Anestesisjuksköterskorna har olika strategier för att bemöta olika anesthesiologer, detta för att undvika konflikt. I ett försök att undvika konflikt kringgicks ibland rutiner, så länge det inte upplevdes att patientsäkerheten påverkades. En rak, strukturerad och tydlig dialog förespråkas där de båda parterna bekräftar varandra och har möjlighet att ställa frågor. Det anses viktigt att planera arbetet i förväg, skapa ett gemensamt mål samt att tidigt belysa och diskutera eventuella problem. Arbetsfördelningen påverkades av erfarenhet och personlighet hos både anestesisjuksköterskan och anesthesiologen. Problem vid arbetsfördelning är osäkerhet i yrkesrollen roll och prestige. Detta då vissa arbetsmoment utförs av både anestesisjuksköterska och anesthesiolog. Interpersonella relationer har stor betydelse vilket framkommer med tydlighet i den aktuella studiens resultat. Mjuka värden så som vänlighet och humor anses vara viktiga för samarbetet med anesthesiologen. Anestesisjuksköterskorna önskar ett respektfullt, konstruktivt samarbete för att anestesisjuksköterskan och anesthesiologen skall kunna arbeta mot samma mål, patientens bästa.

Enligt anestesisjuksköterskorna fungerar samarbetet med anesthesiologen oftast mycket bra men det finns situationer där samarbetet brister. Dessa situationer påverkar anestesisjuksköterskans upplevelse av sin arbetsmiljö och tillfredsställelsen i arbetet negativt. Anestesisjuksköterskorna upplever även att dessa situationer negativt påverkar vården av patienten och patientsäkerheten.

8.2 Förslag på fortsatt forskning

Resultatet i denna studie befäster samt nyanserar tidigare forskning och visar på att problematik kvarstår vad gäller samarbetet mellan anestesisjuksköterskan och anesthesiologen. Då problematiken kvarstår föreslår vi ytterligare forskning inom området med en större och mer varierande population. Vidare föreslås en studie om anesthesiologens upplevelser i detta samarbete. Detta för att kunna se om det råder en diskrepans i de båda yrkesgruppernas upplevelse av samarbetet dem emellan. Ytterligare kartläggning av problemet föreslås för att sedan kunna jämföra olika regioners arbetssätt och hur dessa påverkar samarbetet. Slutligen föreslår vi forskning kring optimering av anestesipersonalens arbetsstruktur och kommunikationssätt.

REFERENSLISTA

- Aagaard, K., Sørensen, E-E., Rasmussen, B-S., & Laursen, B-S. (2017). Identifying Nurse Anesthetists' Professional Identity. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2017;32(6):619-630. doi:10.1016/j.jopan.2016.08.006
- AORN. (2021). *Standards of perioperative nursing*. Denver: Association of operating room nurses, Inc. <https://www.aorn.org/guidelines-resources/guidelines-for-perioperative-practice>
- Ballangrud, R., Hedelind, B., & Hall-Lorda, M. L. (2012). Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(6), 344-354. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.001>
- Boyd, D., & Poghosyan, L. (2017). Certified Registered Nurse Anesthetist Working Conditions and Outcomes: A Review of the Literature. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 85 (4), 261-269
- Dahlberg, K. & Ekman, I (red). (2017). *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård*. Liber AB: Stockholm.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 uppl., s. 143-154). Studentlitteratur.
- Eide, T., & Eide, H. (2006) *Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Liber AB, Malmö.
- Eide, T., & Eide, H. (2009) *Omvårdnadsorienterad kommunikation- relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Etherington, C., Burns, J.K., Kitto, S., Brehaut, J.C., Britton, M., Singh, S., & Boet, S. (2021). Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *Plos One* 16(4) doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249576>
- Green, B., Oeppen, R.S., Smith, D.W., & Brennan, P.A. (2017) Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.02.010>
- Göras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., & Ehrnberg, A. (2017). Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 7(9) doi: 10.1136/bmjopen-2016-015607
- Hanssen, I., Smith Jacobsen, I. L., & Havnås Skråmm, S. (2020). Nontechnical skills in operating room nursing: Ethical aspects. *Nurs Ethics* 27(5), 1364 – 1372. <http://doi.org/10.1177/0969733020914376>

- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 uppl., s. 111-120). Studentlitteratur.
- Hovind, I. L. (2013). *Anestesiologisk omvårdnad*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Jameson, JK. (2003). Transcending intractable conflict in health care: an exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers. *J Health Commun.* 2003;8(6):563-581.
- James-Scotter, M., Walker, C., och Jacobs, S. (2019). An interprofessional perspective on job satisfaction in the operating room: a review of the literature. *Journal of Interprofessional care* 33(6): 782-794. doi: 10.1080/13561820.2019.1593118
- Karlsson, A., Gunningberg, L., Bäckström, J. & Pöder, U. (2019). Registered nurses' perspectives of work satisfaction, patient safety and intention to stay – A double-edged sword. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(7), 1359–1365. <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12816>
- Katzenbach, J., och Smith, D. (2006). *The wisdom of teams: Creating the high-performance organization*. (4:e uppl.). New York: HarperCollins.
- Lindgren, B-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing studies.* 108, (1-6). DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103632
- Lindh M, Sahlqvist L. (2012) *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Natur & Kultur.
- Lindwall, L., von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing.* 43(3). [https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1046/j.1365-2648.2003.02707.x](https://doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1046/j.1365-2648.2003.02707.x)
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). *Vetenskaplig kvalitet i examensarbete*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 uppl., s. 421-438). Studentlitteratur.
- Oliveira, RM., Leitao, IM., Aguiar, LL., Gazos, DM., Silva, LM., Barros, AA., Sampaio, RL. (2015). Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm*, 49(1), 104-13. doi: 10.1590/S0080-623420150000100014.
- Paglione, N., Vannuchi, M., Tenani, M., Pissinati, P., & de Souza, P. (2016). Professional satisfaction of the nursing team of the surgical center in a medium complexity public hospital. *Journal of Nursing UFPE/Revista De Enfermagem UFPE*, 10(3), 1080–1087. doi:10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201618

- Perry, TR. (2005). The Certified Registered Nurse Anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, Oct2005; 73(5): 351-356.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11 uppl.). Wolters Kluwer Health.
- Price, S., Doucet, S., McGillis-Hall, L. (2014) The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28:2. 103-19.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning mot anestesisjukvård* <https://aniva.se/wp-content/uploads/2021/01/Kompetensbeskrivning-Anestesi.pdf>
- Rudolfsson, G., Hallberg, L., Ringsberg, K., & von Post, I. (2003). The nurse has time for me: The perioperative dialogue from the perspective of patients. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 1(3). 77-83. 7 s.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 132.
- Sharp, L., Widmark, C., Moeglin, I-M., Rystedt, N., & Tishelman, C. (2011). *Kommunicera Mera – utbildning i effektiv kommunikation och samarbete för bättre säkerhet. Ett vårdutvecklingsprojekt hos Cancerfonden*. Stockholm: Cancerfonden
- Silén-Lipponen, M., Tossavanien, K., Turunen, H., & Smith, A. (2005). Potential Errors and Their Prevention in Operating Room Teamwork as Experienced by Finnish, British and American Nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11(1), 21-32. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00494.x>
- Sillero, A. & Buil, N. (2021). Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(20), 10775; <https://doi.org/10.3390/ijerph182010775>
- Smith, AF., Mishra, K., Smith, A. F., & Mishra, K. (2010). Interaction between anaesthetists, their patients, and the anaesthesia team. *BJA: The British Journal of Anaesthesia*, 105(1), 60–68. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1093/bja/aeq132>.
- Socialstyrelsen. (11 Maj 2022). *Om patientsäkerhet*. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/>
- Socialstyrelsen. (27 Juni 2022). *Statistik om operationer och behandlingar i specialistvård* <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/operationer-och-behandlingar/>

- Speziale, H., & Carpenter, D. (2007). *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (4 uppl.). Lipincott Williams & Wilkins.
- Sturm, H., Rieger, MA., Martus, P., Ueding, E., Wagner, A., Holderried, M., Maschmann, J.(2019). Do perceived working conditions and patient safety culture 30 correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS One*. 2019 Jan 4;14(1):e0209487. doi: 10.1371/journal.pone.0209487. eCollection 2019.
- Svensk sjuksköterskeförening (14 Januari 2021). Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom anestesi. SweNurse. <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-anestesisjukvard>
- Thylefors, I. (2012). Does time matter? Exploring the relationship between interdependent teamwork and time allocation in swedish interprofessional teams. *Journal of Interprofessional Care* No: 26, (p. 269- 275). University of Gornhemburg: Department of psychology. UK: Informa. DOI: 10.3109/13561820.2011.653609
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf
- Världsläkarförbundet (Oktober 2013). *Helsingforsdeklarationen*. Svensk Läkarförening.
<https://slf.se/app/uploads/2018/07/helsingforsdeklarationen.pdf>

BILAGA A: ARTIKELMATRIS

Författare, årtal, titel, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
Aagaard K, Sørensen E-E, Rasmussen B-S & Laursen, B-S. Identifying Nurse Anesthetists' Professional Identity. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2017	Att utforska yrkesidentiteten hos legitimerade anestesiläkare och anestesisköterskor.	Fokuserad etnografi användes för datainsamling. Deltagarobservationer och intervjuer genomfördes.	Anestesisjuksköterskor riskerar att minska de psykosociala och relationella aspekterna av vårdens grunder till förmån för att utföra tekniska procedurer.
Ballangrud, R., Hedelind, B., & Hall-Lorda, M. L. (2012). Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. Intensive & Critical Care Nursing	Att undersöka legitimerade sjuksköterskors uppfattningar om patientsäkerhetsklimat och att utforska potentiella prediktorer.	En tvärsnittsdesign genomfördes med hjälp av frågeformuläret Hospital Survey on Patient Safety Culture på tio intensivvårdsavdelningar på sex sjukhus i Norge.	Att det behövs förbättringar gällande incidentrapportering, feedback och kommunikation om fel och organisatoriskt lärande.
Boyd, D. & Poghosyan, L. (2017). Certified Registered Nurse Anesthetist Working Conditions and Outcomes: A Review of the Literature. American Association of Nurse Anesthetists.	Att få en djupare förståelse för anestesijuksköterskans arbetsförhållanden.	Litteraturgenomgång av 13 relevanta originalstudier publicerade 2001-2015.	Missnöje på jobbet, arbetsstress, ohälsa, utbrändhet, aggression på arbetsplatsen och avsikt att lämna vanliga upplevelser.

Etherington, C., Burns, J.K., Kitto, S., Brehaut, J.C., Britton, M., Singh, S., & Boet, S. (2021). Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework.	Denna studie syftar till att optimera operationsarbetet på ett målinriktat och evidensbaserat sätt genom att genomföra en omfattande, teoriinformerad bedömning av barriärer och möjliggörare ur ett tvärprofessionellt perspektiv.	Kvalitativ intervjustudie. 66 deltagare. 21 sjuksköterskor, 17 anestesiologer, 26 kirurger, 2 perfusionister från Ontario, Kanada. Dataanalys: TDF	Resultaten tyder på att att uppnå optimalt lagarbete på Op kan kräva en intervention på flera nivåer som adresserar individuella, team- och systemnivåfaktorer med särskild uppmärksamhet på komplexa sociala och professionella hierarkier.
Green, B., Oepfen R.S., Smith, D.W. & Brennan, P.A. (2017) Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.	Att belysa begreppet hierarkisk utmaning och diskuterar modeller och tillvägagångssätt för att hantera situationer när problem uppstår inom ett team.	Litteraturoversikt. 26 artiklar inom hierarki och teamarbete. 1991-2017.	Det finns hierarkiska utmaningar inom vården som måste tituleras.
Göras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., & Ehrnberg, A. (2017). Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. BMJ Open	Syftet med denna studie var att beskriva och jämföra attityder till patientsäkerhet bland olika yrkesverksamma inom kirurgiska team på svenska operationsavdelningar.	En tvärsnittsstudie. 332 deltagare från 3 sjukhus i Sverige svarade på enkäter. Dataanalys: Kvantitativ statistisk analys med SPSS.	Säkerhetsklimat, teamworkklimat, stressigenkänning, arbetsförhållanden och uppfattningar om ledningen var viktiga faktorer.
Hanssen, I., Smith Jacobsen, I. L., & Havnås Skræmm, S. (2020). Nontechnical skills in operating room nursing: Ethical aspects. Nurs Ethics.	Att belysa vilka etiska frågor operationssjuksköterskor upplever som viktiga när det gäller icke-teknisk kompetens.	Kvalitativa individuella djupintervjuer. 11 Sjuksköterskor från Norge.	Att vara respektfull och bidra till en omtänksam atmosfär är centrala etiska färdigheter i operationssalen. Bristande respekt påverkar teamet negativt och är skadligt för patientsäkerheten.

Jameson, JK. (2003). Transcending intractable conflict in health care: an exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers. <i>J Health Commun.</i>	Målet med denna explorativa studie är att ge rekommendationer för förbättrad kommunikation mellan narkosläkare och anestesisköterskor.	Kvalitativ intervjustudie. 8 Anestesisjksköterskor och 8 anesthesiologer från USA deltog.	Den här artikeln föreslår rekommendationer för att förbättra kommunikationen mellan anesthesiologer och legitimerade anestesisköterskor i synnerhet och för att minska svårlösta konflikter i allmänhet
James-Scotter, M., Walker, C., och Jacobs, S. (2019). An interprofessional perspective on job satisfaction in the operating room: a review of the literature. <i>Journal of Interprofessional care</i>	Att undersöka faktorer som påverkar arbetstillfredsställelsen för medlemmar i operationsgruppen, med särskilt fokus på sjuksköterskor, narkosläkare och kirurger.	Litteraturoversikt med 48 artiklar mellan 1997-2017 med fokus på arbetstillfredsställelse för sjuksköterskor, anesthesiologer och kirurger.	Dominerande bidragande faktorer för alla tre disciplinerna inkluderade: arbetsförhållanden, stöd och erkännande från ledningen och tillfredsställelse från den kliniska rollen.
Karlsson, A., Gunningberg, L., Bäckström, J. & Pöder, U. (2019). Registered nurses' perspectives of work satisfaction, patient safety and intention to stay – A double-edged sword. <i>Journal of Nursing Management</i>	Att beskriva arbetstillfredsställelse hos legitimerade sjuksköterskor och deras avsikt att stanna på sin nuvarande arbetsplats	Kvalitativ intervjustudie. Sjuksköterskor från 3 olika sjukhus.	Sjuksköterskor känner sig nöjda när de ger personcentrerad vård, trivs med omväxling i sjuksköterskejobbet, men vill ha kontroll samt känner att patientsäkerheten är hög.
Lindgren B-M, Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. <i>International Journal of Nursing Studies.</i>	Denna artikel syftar till att utveckla och exemplifiera distinktionen och relationen mellan abstraktion och tolkning under de olika faserna av processen för kvalitativ innehållsanalys.	Litteraturoversikt. 24 artiklar mellan 1952-2019 inom området kvalitativ innehållsanalys.	För att stärka tillförlitligheten hos kvalitativ innehållsanalys har vi utvecklat faserna av dekontextualisering och återkontextualisering.

Lindwall, L., von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. Journal of Advanced Nursing.	Syftet med denna studie var att sammanfatta studier som rör den perioperativa dialogen som en organisationsmodell	Hermeneutisk intervjustudie med 10 sjuksköterskor och 10 patienter. Hermeneutisk kvalitativ innehållsanalys.	Den perioperativa dialogen har ett humanistiskt och vårdande perspektiv och presenterar en idealisk modell att utgå ifrån för perioperativ omvårdnad.
Oliveira, RM., Leitao, IM., Aguiar, LL., Gazos, DM., Silva, LM., Barros, AA., Sampaio, RL. (2015). Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. Rev Esc Enferm.	Att utvärdera ingripande faktorer i patientsäkerheten, med fokus på sjukhusvårdspersonal.	Semistrukturerade intervjuer med 70 sjuksköterskor.	Det är nödvändigt för chefer att investera i vårdpersonal, så att dessa anställda kan värderas som grundläggande i främjandet av patientsäkerhet.
Paglione, N., Vannuchi, M., Tenani, M., Pissinati, P., & de Souza, P. (2016). Professional satisfaction of the nursing team of the surgical center in a medium complexity public hospital. Journal of Nursing.	Att kontrollera arbetstillfredsställelsen för vårdpersonal i operationsrummet på ett offentligt sjukhus.	Kvalitativ enkätstudie. 26 sjuksköterskor med fokus på arbetstillfredsställelse.	Autonomi var den faktor som gav störst tillfredsställelse för deltagarna, medan löne- och arbetsvillkoren var de aspekter av den största upplevda tillfredsställelsen.
Perry, TR. (2005). The Certified Registered Nurse Anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. American Association of Nurse Anesthetists Journal.	Att undersöka arbetsstress bland anestesistjuksköterskor.	Semistrukturerade intervjuer, kliniska observationer och artefaktdata. 35 deltagare från North Carolina, USA.	De upplevda yrkesrelaterade stressorer som erkändes av anestesistjuksköterskorna avser specifikt patientvård, anestesiarbete i allmänhet, arbetsrelationer, otillräcklig kirurgisk förberedelse, operationsmiljön och fysiska stressfaktorer.

Price, S., Doucet, S., McGillis-Hall, L. (2014) The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. <i>Journal of Interprofessional.</i>	Syftet med denna diskussion är att ge en ökad förståelse för den historiska, sociala positioneringen av omvårdnad och medicin inom ramen för yrkesval och professionell socialisering.	Litteraturöversikt. En genomgång och syntes av 80 stycken artiklar om relationen mellan sjuksköterska och läkare från 1950-2013.	Fynden ger insikt i det sociohistoriska sammanhanget för omvårdnadens sociala positionering.
San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). <i>The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies.</i> <i>Journal of interprofessional care.</i>	Att presentera en sammanställning av olika determinant-typer för framgångsrik samverkan.	Litteraturöversikt. 61 artiklar mellan åren 1983-2005 som belyser faktorer för gott samarbete.	Litteraturgenomgången visar att mycket lite av det empiriska arbetet har handlat om bestämningsfaktorer för interprofessionellt samarbete inom hälsa, särskilt dess organisatoriska och systemiska bestämningsfaktorer.
Silén-Lipponen, M., Tossavanien, K., Turunen, H., & Smith, A. (2005). Potential Errors and Their Prevention in Operating Room Teamwork as Experienced by Finnish, British and American Nurses. <i>International Journal of Nursing Practice.</i>	Att beskriva hur de potentiella felkällorna och felförebyggandet i operationsrumsteam upplevs av finska, amerikanska och brittiska sjuksköterskor.	Kvalitativ intervjustudie. 30 sjuksköterskor från Finland, USA och Storbritanien deltog i studien.	Omsättning i team, övertidsarbete och känslomässig ångest är potentiella faktorer som leder till fel i op-teamet. Delat ansvar betonade hur säkerhetskontroll och formell feldokumentation förhindrade fel.
Sillero, A. & Buil, N. (2021). Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses. <i>Int. J. Environ. Res. P.H</i>	Att utforska kirurgiska teams (sjuksköterskor, läkare och anestesilogers) perspektiv på interprofessionellt samarbete och förbättringsstrategier.	Kvalitativ intervjustudie. 8 läkare och 8 sjuksköterskor från olika sjukhus i Spanien.	Slutsatsen är att olika teams perspektiv kan underlätta reflektion, diskussion och genomförande av riktade insatser för att förbättra det interprofessionella samarbetet på operationssalar.

Smith, AF., Mishra, K., Smith, A. F., & Mishra, K. (2010). Interaction between anaesthetists, their patients, and the anaesthesia team. BJA: The British Journal of Anaesthesia.	Denna studie syftar till att fördjupa förståelsen för kommunikation och interaktion i anestesiteamet.	Litteraturoversikt med 50 artiklar som rör anesthesiologens och anestesisjuksköterskans samarbete mellan 1971-2010.	Kommunikation är väsentligt i anestesipraktiken men inte allmänt studerad.
Sturm, H., Rieger, MA., Martus, P., Ueding, E., Wagner, A., Holderried, M., Maschmann, J.(2019). Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital.	Denna studie syftar till att å ena sidan förstå sambandet mellan undersökningshärledda mått på hur personalen uppfattar sin arbetsrelaterade stress och påfrestning samt patient-säkerhet och andra sidan rutindatamått för arbetsbelastning och vårdkvalitet (patientsäkerhet).	Enkätstudie med mixad kvalitativ och kvantitativ metod. 224 läkare och 351 sjuksköterskor. Statistisk analys enligt IBM och STSS.	Sjukhuspersonalens uppfattning om suboptimal arbetsplats-säkerhet och lagarbete korrelerade med sämre vårdresultat.
Thylefors, I. (2012). Does time matter? Exploring the relationship between interdependent teamwork and time allocation in swedish interprofessional teams. Journal of Interprofessional Care.	Syftet med denna uppsats var att utforska sambandet mellan tidsfördelning en för formella och informella former av kontakt inom det interprofessionella teamet och ett ömsesidigt beroende i samarbete.	Enkätstudie. 365 deltagare från 62 olika operations-team i Sverige ingick i studien.	Resultaten föreslår tre sätt att stärka interprofessionellt teamsamarbete. Utveckling av teamklimat och kommunikation samt större möjlighet till både chefskoordinering och självreglering.

BILAGA B: SÖKMATRIS

Databas	Sökord	Av-gränsning	Antal träff.	Antal lästa	Urval	Utvalda artiklar.
Cinahl, oktober, 2022	certified registered nurse anesthetist AND anesthesiologist AND identity	Endast peer reviewed, 2000-2022	2	2	1	Aagaard K, Sørensen E-E, Rasmussen B-S & Laursen, B-S. Identifying Nurse Anesthetists' Professional Identity. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2017 ;32(6):619-630. doi:10.1016/j.jopan.2016.08.006
Cinahl, oktober, 2022	certified registered nurse anesthetist AND environment	Endast peer reviewed, 2000-2022	96	2	2	Boyd, D. & Poghosyan, L. (2017). Certified Registered Nurse Anesthetist Working Conditions and Outcomes: A Review of the Literature. (13). Perry, TR, (2005). The Certified Registered Nurse Anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. American Association of Nurse Anesthetists Journal, Oct2005; 73(5): 351-356.
Cinahl, oktober, 2022	((interprofessional team) AND (operating room AND attitudes))	Endast peer reviewed, 2000-2022	46	3	1	James-Scotter, Miriam., Walker, Cameron. och Jacobs, Stephan. (2019). An interprofessional perspective on job satisfaction in the operating room: a review of the literature. Journal of Interprofessional care 33(6): 782-794. doi: 10.1080/13561820.2019.1593118
PubMed, november, 2022	((interprofessional team) AND (operating room) AND attitudes))	Endast peer reviewed, 2000-2022	76	3	1	Göras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., & Ehrnberg, A. (2017). Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. BMJ Open, 7(9) doi: 10.1136/bmjopen-2016-015607
Cinahl, november, 2022	Operating room AND nursing skills AND ethical	Endast peer reviewed 2000-2022	4	4	1	Hanssen, I., Smith Jacobsen, I. L., & Havnås Skråmm, S. (2020). Nontechnical skills in operating room nursing: Ethical aspects. Nurs Ethics 27(5), 1364 – 1372. http://doi.org/10.1177/0969733020914376

Pubmed, november, 2022	((anesthesiology) AND (conflict)) AND (interdisciplinary communication)	Endast peer reviewed 2000-2022	60	2	1	Jameson, JK. (2003). Transcending intractable conflict in health care: an exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers. <i>J Health Commun.</i> 2003;8(6):563-581.
PubMed, november, 2022	((operating room) AND (team work)) AND (errors)) AND nurse)	Endast peer reviewed 2000-2022	22	3	1	Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H. & Smith, A. (2005). Potential Errors and Their Prevention in Operating Room Teamwork as Experienced by Finnish, British and American Nurses. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 11(1), 21-32. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00494.x
Cinahl, november, 2022	interaction AND anesthesia team AND nurse	Endast peer reviewed 2000-2022	12	2	1	Smith AF, Mishra K, Smith, A. F., & Mishra, K. (2010). Interaction between anaesthetists, their patients, and the anaesthesia team. <i>BJA: The British Journal of Anaesthesia</i> , 105(1), 60–68. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1093/bja/aeq132 .
Cinahl, november, 2022	perioperative nursing AND job satisfaction AND operating room AND work environment	Endast peer reviewed 2000-2022	18	3	1	Paglione, N., Vannuchi, M., Tenani, M., Pissinati, P., & de Souza, P. (2016). Professional satisfaction of the nursing team of the surgical center in a medium complexity public hospital. <i>Journal of Nursing UFPE/Revista De Enfermagem UFPE</i> , 10(3), 1080–1087. doi:10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201618
Cinahl, november, 2022	non-technical skills AND perioperative nursing	Endast peer reviewed 2000-2022	26	2	1	Hanssen, I., Smith Jacobsen, I. L., & Havnås Skråmm, S. (2020). Nontechnical skills in operating room nursing: Ethical aspects. <i>Nurs Ethics</i> 27(5), 1364 – 1372. http://doi.org/10.1177/0969733020914376
PubMed, november, 2022	intention to stay AND job satisfaction AND nursing AND patient safety	Endast peer reviewed 2000-2022	12	4	1	Karlsson, A., Gunningberg, L., Bäckström, J., & Pöder, U. (2019). Registered nurses' perspectives of work satisfaction, patient safety and intention to stay – A double-edged sword. <i>Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)</i> , 27(7), 1359–1365. http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12816

PubMed, februari, 2023	Hierarchy AND Healthcare AND operating theatre	Endast peer reviewed 2000-2023	91	3	2	<p>Green, B., Oeppen R.S., Smith, D.W. & Brennan, P.A. (2017) Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. <i>British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery</i>. https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.02.010;</p> <p>Etherington, C., Burns, J.K., Kitto, S., Brehaut, J.C., Britton, M., Singh, S., & Boet, S. (2021). Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. <i>Plos One</i> 16(4) doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249576</p>
PubMed feb. 2023	Manuell sökning	Peer reviewed	1	1	1	Lindwall, L., von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 43(3). https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1046/j.1365-2648.2003.02707.x
PubMed feb. 2023	Manuell sökning	Peer reviewed	1	1	1	Oliveira, RM., Leitaó, IM., Aguiar, LL., Gazos, DM., Silva, LM., Barros, AA., Sampaio, RL. (2015). Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. <i>Rev Esc Enferm</i> , 49(1), 104-13. doi: 10.1590/S0080-623420150000100014.
PubMed feb. 2023	Manuell sökning	Peer reviewed	1	1	1	Lindgren, B-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. <i>International Journal of Nursing studies</i> . 108, (1-6). DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103632
PubMed mars 2023	Manuell sökning	Peer reviewed	1	1	1	San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. <i>Journal of interprofessional care</i> , 19 Suppl 1, 132.

PubMed mars 2023	Manuell sökning	Peer reviewed	1	1	1	Sillero, A. & Buil, N. (2021). Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> , 18(20), 10775; https://doi.org/10.3390/ijerph182010775
PubMed Mars 2023	Manuell sökning	Peer reviewed	1	1	1	Price, S., Doucet, S., McGillis-Hall, L. (2014) The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 28:2. 103-19.
PubMed Mars, 2023	Manuell sökning	Peer reviewed	1	1	1	Perry, TR. (2005). The Certified Registered Nurse Anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. <i>American Association of Nurse Anesthetists Journal</i> , Oct2005; 73(5): 351-356.

BILAGA C: TILLFRÅGAN OM DELTAGANDE I STUDIE “INTERPROFESSIONELL SAMVERKAN INOM INTRAOPERATIV ANESTESI”.

Vi heter Patric Fröling och Jesper Nyberg och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i anestesisjukvård vid Mälardalens Universitet MDU, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med studien är att belysa anestesisjuksköterskans upplevelse av samarbete med anesthesiolog i det intraoperativa skedet.

Vår fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev. Att delta i projektet skulle för din del innebära att vi intervjuar dig som är anestesisjuksköterska som vill delta. Intervjuerna kommer ske på er arbetsplats i avskildhet före eller efter arbetstid. Om du vill bli intervjuad på annan plats går det att genomföra. Intervjuerna spelas in med diktafon.

Tidsåtgången för varje intervju beräknas till 30 min, men anpassas efter ditt behov. Fördelar med att medverka kan vara att få chans att reflektera över den egna professionen samt bearbeta tidigare händelser. Möjlighet för utveckling i din profession samt bättre förståelse för fenomenet vilket kan leda till bättre samverkan i teamet, större patientsäkerhet och därmed bättre patient outcome. Möjlighet för förbättring av arbetsmiljö genom att ämnet belyses och uppmuntrar till utvecklande diskussion.

Nackdelar skulle kunna vara risk att hamna i osämja med kollegor eller chef på arbetsplatsen. För att undvika att du känner press eller tvång att medverka i studien så vill vi förtydliga att deltagandet är frivilligt. Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak. Data kommer sparas tills arbetet är granskat och godkänt. Allt material kommer förstöras när studien är färdigställd enligt MDU's direktiv. All insamlad data kommer att hanteras med beaktande av forskningsetiska krav, samt avidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Dataskyddsförordningen, General Data Protection Regulation (GDPR). Det inspelade intervjumaterialet kommer att transkriberas och analyseras för att kunna beskriva mönster eller en generell bild av hur de intervjuade upplever samarbetet.

Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data kodas och förvaras så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till enskilda personer eller enheter t ex. dig och det ställe där du arbetar eller vad som är lämpligt.

Om du ger ditt muntliga samtycke till att ditt namn och telefonnummer får lämnas ut till oss, kommer vi att via telefon ta kontakt med dig för att ge ytterligare information om studiens syfte och genomförande.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare, Karin Skoglund, se nedan.

Med vänliga hälsningar,

Patric Fröling

Tel: 0737627517

E-post:pfg22002@mdu.student.se

Jesper Nyberg

Tel: 0708440419

E-post:jng22001@mdu.student.se

Handledare: Karin Skoglund

Docent i vårdvetenskap/Programansvarig IVA programmet

Akademin för Hälsa, vård och välfärd

E-post: karin.skoglund@mdu.se

Tel. 021-101623

JA, jag har tagit del av informationen om studien Anestesisjuksköterskans upplevelse av samarbete med anestesilog i det intraoperativa skedet och accepterar att delta i studien.

Datum:

Namnunderskrift

Namnförtydligande

BILAGA D: FÖRFRÅGAN OM TILLÅTELSE ATT GENOMFÖRA STUDIE.

Vi heter Patric Fröling och Jesper Nyberg och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i anestesijukvård vid Mälardalens Universitet (MDU), Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är att belysa anestesijuksköterskans upplevelse av samarbete med anesthesiolog i det intraoperativa skedet.

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet. Rent konkret skulle det innebära att vi intervjuar anestesijuksköterskor som vill delta. Intervjuerna kommer ske på plats hos er i avskildhet före eller efter arbetstid. Om intervjudeltagaren vill vara på annan plats kommer detta gå att genomföra. Intervjuerna spelas in med diktafon. Tidsåtgången för varje intervju beräknas till 30 min, men anpassas efter intervjudeltagarens behov. Deltagande i projektet är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring.

All data kommer sparas tills arbetet är granskat och godkänt, allt material kommer förstöras när studien är färdigställd enligt MDU's direktiv. All data kommer förvaras i lösenordsskyddad utrustning och kommer endast vara tillgänglig för författarna och handledare från MDU. All insamlad data kommer att hanteras med beaktande av forskningsetiska krav, samt avidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Dataskyddsförordningen, General Data Protection Regulation (GDPR).

Fördelar med att medverka kan vara att få chans att reflektera över den egna professionen samt bearbeta tidigare händelser. Möjlighet för utveckling i den egna professionen samt bättre förståelse för fenomenet vilket kan leda till bättre samverkan i teamet, större patientsäkerhet och därmed bättre patient outcome. Möjlighet för förbättring av arbetsmiljö genom att ämnet belyses och uppmuntrar till utvecklande diskussion.

Studien förväntas ge en inblick i anestesijuksköterskans samarbete med anesthesiolog. Denna kunskap kan bidra till utveckling av det interprofessionella samarbetet. Det kan även ge en ökad förståelse för vilka delar som kan utvecklas för att öka patientsäkerheten i det interoperativa arbetet.

Resultaten kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid MDU. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

Ytterligare information lämnas av

Patric Fröling

Jesper Nyberg

Tel: 0737627517

Tel: 0708440419

[E-post:pfg22002@mdu.student.se](mailto:pfg22002@mdu.student.se)

[E-post:jng22001@mdu.student.se](mailto:jng22001@mdu.student.se)

Handledare: Karin Skoglund

Docent i vårdvetenskap/Programansvarig IVA programmet

Akademin för Hälsa, vård och välfärd

E-post: karin.skoglund@mdu.se

Tel. 021-101623

BILAGA E: FRÅGEGUIDE

Vilket kön anser du dig tillhöra?

Hur gammal är du och hur länge har du arbetat som anestesistjuksköterska?

Vilken erfarenhet av arbete inom vården har du innan ditt arbete som anestesistjuksköterska?

Beskriv hur du upplever samverkan med anestesistologen intraoperativt?

Hur upplever du anestesistologens inställning till det intraoperativa samarbetet?

Hur upplever du hierarkin i samarbetet med anestesistolog (om det finns en sådan)?

Vad kan du göra (eller vad brukar du göra) för att samarbetet mellan anestesistjuksköterska och anestesistolog ska fungera optimalt.

Vad kan anestesistologen göra (eller vad brukar de göra) för att samarbetet mellan anestesistjuksköterska och anestesistolog ska fungera optimalt.

Kan du beskriva en händelse/situation då samverkan fungerade bra intraoperativt?

Kan du beskriva en händelse/situation då samverkan inte fungerade bra intraoperativt?

Vad tycker du krävs för en optimal samverkan med anestesistologen intraoperativt?

Något övrigt du vill tillägga?

Följdfrågor: Kan du ge exempel, kan du berätta mer, hur tänker du då



Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdu.se