



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

SAMARBETET MELLAN SJUKSKÖTERS KOR OCH LÄKARE OCH DESS PÅVERKAN PÅ PATIENTSÄKERHET

LITTERATURSTUDIE

JOJO BERGHALL
MARIA KARLSSON

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
Kursbeteckning: VO1309
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Oktober 2009

Examinator: Ylva Hellström
Handledare: Amina Jama
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

SAMARBETET MELLAN SJUKSKÖTERS KOR OCH LÄKARE OCH DESS PÅVERKAN PÅ PATIENTSÄKERHET

LITTERATURSTUDIE

JOJO BERGHALL

MARIA KARLSSON

Berghall, J & Karlsson, M. Samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare och dess påverkan på patientsäkerhet. Litteraturstudie. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2009.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Sjukvården idag är en högriskverksamhet där det dagligen sker händelser som kan få allvarliga följder för patienten. Det traditionella förhållandet mellan kvinna och man och mellan sjuksköterska och läkare har mer än något annat bestämt sättet på vilket omvårdnaden i praktiken har utvecklats. Sjuksköterskor och läkare är upplärda att kommunicera på olika sätt vilket får konsekvenser för patientsäkerheten. **Syftet:** Syftet med denna studie var att undersöka faktorer i läkare och sjuksköterskors samarbete inom hälso- och sjukvården som kan påverka patientsäkerheten. **Metoden:** En litteraturstudie har gjorts där vetenskapliga artiklar har granskats. **Resultatet:** Studien visade att de faktorer i samarbetet mellan sjuksköterska och läkare som mest påverkade patientsäkerheten var; olämpligt beteende, yrkesroller och ansvarstagande. **Slutsatser:** Det krävs mer forskning inom området då underlaget i studierna som granskats är begränsat för att nå en vettig och långtgående slutsats. Denna studie visar att det krävs bättre kunskap om samarbetet och dess innebörd och en bättre förståelse mellan yrkesgrupperna. Detta kan nås genom fortbildning i teamarbete samt kommunikation, vilket kan leda till ett öppnare klimat.

Nyckelord: kommunikation, läkare- sjuksköterskerelationer, patientsäkerhet, samarbete

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Samarbete	1
Patientsäkerhet	2
Teoretisk referensram	2
SYFTE	3
METOD	3
Datainsamling och Urval	3
Analys	3
RESULTAT	4
Olämpligt beteende	4
Yrkesroller	4
Ansvarstagande	5
METODDISKUSSION	6
RESULTATDISKUSSION	7
SLUTSATS	8
REFERENSLISTA	9
BILAGEFÖRTECKNING	
Bilaga 1 Artikelsökning	
Bilaga 2 Artikelöversikt och kvalitetsbedömning	
Bilaga 3 Exempel på innehållsanalys	

INTRODUKTION

Sjukvården idag är en högriskverksamhet där det dagligen sker händelser som kan få allvarliga följder för patienten (Gaba, 2000). I Sverige sker det cirka 105 000 vårdskador årligen enligt Socialstyrelsen (2008), vilket medför i genomsnitt sex extra vård dygn. Med vårdskada menas lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd (Socialstyrelsens författningssamling [SOSFS], 2005:12). Ett bra arbetsklimat har betydelse för ett säkert patientarbete. Bristfälliga rutiner och underbemanning av sjuksköterskor är inte de enda faktorer som gör att misstag begås utan samspelet mellan personalen är av stor vikt. När relationen mellan kollegor blir ansträngd och energi läggs på arbetskollegor istället för patienter kan detta äventyra patientsäkerheten (Berland, Natvig & Gundersen, 2008). Vi har valt att titta på samspelet mellan läkare och sjuksköterskor vilka båda har en yrkeslegitimation och har det yttersta ansvaret för patienternas säkerhet.

BAKGRUND

Enligt Kuhse (1999) finns en lång tradition av en tydlig hierarkisk uppdelning inom vården. Successivt har sjukvården inordnats i en planerad och hierarkisk organisation där varje yrkesgrupp har sin givna plats och sitt kompetensområde. Sjukvårdens utveckling har därmed i hög grad kommit att bli en fråga om relationer (samarbete och konflikt) mellan vårdens olika yrkesgrupper. Det traditionella förhållandet mellan kvinna och man och mellan sjuksköterska och läkare har mer än något annat bestämt sättet på vilket omvårdnaden i praktiken har utvecklats. Många av dagens bäst utbildade och yrkeskunniga sjuksköterskor ifrågasätter emellertid sin traditionella roll. De ser sig inte längre som enbart hjälpredor åt läkarna och medicinen, utan snarare som professionella vårdgivare (a.a.).

När en människa blir patient sätter de all sin tillit till sjukvårdspersonalen (Van de Castle, Kim, Pedreira, Paiva, Goossen & Bates, 2004). Patientens säkerhet bör alltid vara i fokus hos vårdpersonalen, där varje profession har sin roll i hierarkin och de kulturella normer som råder. Kommunikationen mellan yrkesgrupperna är det väsentligaste så att missförstånd inte uppstår där tredje part, det vill säga patienten blir lidande (Leonard, Graham & Bonacum, 2004).

Samarbete

Relationen mellan personalen är en viktig del i sjukvården. Att ha kompetent personal, en bra kommunikation och samarbete kan ha en positiv effekt på sjukvården. Forskning visar att det finns en tydlig förekomst av olämpligt beteende både hos sjuksköterskor och hos läkare. Detta har en negativ effekt som påverkar relationer, ger stress och frustration och teamets samarbete blir lidande vilket går ut över patienternas säkerhet (Rosenstein & O` Daniel, 2005). Ett starkt pålitligt team är av stor vikt där alla har samma värderingar när det gäller patientens vård. Problem i samarbetet inträffar på grund av att sjukvårdspersonal arbetar i komplicerade strukturer, där säkerhet är en förutsättning och inte någon garanti (Miller, Riley & Davis, 2009). En annan förutsättning för ett gott samarbete är god kommunikation. I Nationalencyklopedin (2009) beskrivs kommunikation som ett ömsesidigt utbyte och överföring av information mellan människor. Leonard et al. (2004) menar att sjuksköterskor och läkare är upplärda att kommunicera på olika sätt vilket får konsekvenser för patientsäkerheten. Sjuksköterskor talar beskrivande och berättande om händelser för att få med så mycket som möjligt, de har blivit lärda att inte ställa diagnos. Läkare däremot får lära sig att snabbt komma till det centrala, kort och koncist. Dessa olika språkbruk skapar lätt

missförstånd och irritation. Läkaren väntar otåligt på att sjuksköterskan ska komma till saken, medans sjuksköterskan i sin tur anser att läkaren inte tar hänsyn till hela patienten (a.a.). Leonard et al. (2004) påpekar att hierarki och maktavstånd kan hämma människor från att tala ut. Ett öppet klimat är förutsättningen för att personalen ska våga säga ifrån och vara öppna gentemot varandra för att minimera riskerna inom vården. Ett enkelt språkbruk är en effektiv hjälp som kan underlätta säkerheten (a.a.).

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet är god kvalitet och ett viktigt underlag i hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen (2008) är det ofta bristande rutiner eller dålig organisation som ligger bakom när säkerheten fallerar. Därför är det viktigt att utveckla säkra system i vården så att patienter inte kommer till skada genom mänskliga fel och misstag (Socialstyrelsen, 2009). I Hälso- och sjukvårdslagen 28 § står skrivet att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att det tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården (Svensk författningssamling [SFS], 1982:763).

Forskning visar att patientsäkerheten påverkas av flera olika faktorer. Alla som jobbar i komplexa organisationer till vilka sjukhus räknas, är beroende av varandra i interaktioner. De som är involverade i patientvården måste förstå sina roller och sitt ansvar att deras beteende påverkar alla medlemmar i teamet (Rosenstein & O` Daniel, 2005). En studie av Leonard et al. (2004) visar att arbetsklimatet på sjukhusen varierar, det finns "tysta" sjukhus där problem som uppstår ignoreras på grund av dåligt ledarskap, hierarki och rädsla för repressalier. Det som inte synliggörs går heller inte att göra något åt. Det måste bli tillåtet för exempelvis en sjuksköterska att säga till en läkare "att något är fel med patienten, jag vet inte vad det är och jag behöver din hjälp nu". Att skapa ett säkert klimat liknar Leonard et al.(2004) vid att " *Everyone in the same movie, and no surprises*" (s.86). För alla vet att överraskningar inom vården generellt inte bådär gott (a.a.).

Teoretisk referensram

Valet föll på Joyce Travelbees omvårdnadsteori som handlar om mellanmänskliga aspekter i omvårdnaden. Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan måste inse vad som sker mellan patient och sjuksköterska för att förstå omvårdnaden, hur interaktionen upplevs och vilka följder detta kan ha för patienten. Travelbee (1971) menar att kommunikationen är av vikt för att få samarbetet att fungera. Om samarbetet blir stört kan brister i relationen uppstå som påverkar patientsäkerheten.

Travelbee (1971) tar avstånd från generaliserande begrepp som exempelvis sjuksköterska och patient, då de suddar ut individens särdrag och förvandlar människor till stereotyper. Hon fokuserar på samspelet mellan sjuksköterska och patient, med patienten i centrum. Travelbee distanserar sig från etiketter och menar att varje människa är en unik individ. Vi anser att läkare också kan omfattas i denna teori då de tillsammans med sjuksköterskor är involverade i patientens vård, och har i sitt arbete som mål att skapa en god och säker vård. Travelbees teori är applicerbar i vår studie trots att den inte handlar om patienten och att teorin inte benämner läkaren. Men teorin fokuserar på individen och inte titlar, vilket gör att den passar bra. Teorins viktigaste begrepp är människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Travelbee (1971) anser att ett möte börjar med empati och en öppenhet för varandra som leder till sympati. Sympatin i sin tur ger ett ömsesidigt förtroende och en mellanmänsklig relation inleds där en god kommunikation är en förutsättning.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka faktorer i läkare och sjuksköterskors samarbete inom hälso- och sjukvården som kan påverka patientsäkerheten.

METOD

Det har gjorts en litteraturstudie där vetenskapliga artiklar granskats. Denna metod valdes för att få vetskap om hur mycket forskning som finns inom det aktuella området samt att tiden var begränsad. Resultatet utgörs av sammanlagt sju artiklar som analyserades utifrån Graneheim och Lundman (2004) analysmodell. Modellen användes för att analysera innehållet i artiklarna. Där beskrivs två olika sätt att tolka texten; manifest och latent. Manifest betyder att man tolkar det synliga i texten och latent innebär att man lyfter fram den underliggande betydelsen i texten. I denna studie valdes en manifest tolkning.

Datinsamling och Urval

Sökning har gjorts i databaserna Cinahl, Medline och Pubmed samt sökmotorn ELIN. De sökord som användes var: *collaboration, communication, hierarchy, leadership, nurse-physicians relations, nursing, och patient-safety*. Kombinationer av sökorden gjordes för att få en större bredd (Se bilaga 1). Inklusionskriterierna var artiklar på svenska och engelska och innehöll ovan nämnda sökord och peer-reviewed. Artiklar som exkluderades var de som publicerades före år 2000. 12 artiklar valdes ut genom sökning i referensdatabaser och fyra stycken hittades genom manuell sökning i referenslistor. Dessa 16 gick vidare till granskning. Artiklarna granskades kritiskt och efter denna genomgång fanns sju artiklar kvar (3+4) som utgjorde informationskällan till resultatet.

Artiklarna som var kvar lästes av författarna var för sig och kvalitetsgranskades enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Viktigt i bedömningen var om artikeln hade en tydlig avgränsning och problemformulering, etiskt resonemang, kontext, giltighet, urvalet relevant och strategiskt, metoden noggrant beskriven och resultatet logiskt. Kvalitén på artiklarna bedömdes som bra, medel eller dålig. Av de sju artiklarna höll fyra stycken hög kvalitet och tre medelkvalitet enligt protokollet (Se bilaga 2).

Analys

En innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004) har använts. Enligt modellen var det enklast att dela upp texterna i mindre enheter för att få en lättare överblick. För att få fram det manifesta i artiklarna användes stegen meningsenhet, kondensering, kod och kategori som beskrivs i modellen. Materialet som samlats in lästes flera gånger, var och en för sig för att få en så klar bild av studien som möjligt. Egna markeringar gjordes i artiklarna, vilka jämfördes och diskuterades och därefter valdes meningsbärande enheter ut. Dessa hörde samman och var av central betydelse. Texten översattes till svenska och därefter gjordes en kondensering där innehållet kortades ner men kärnan behölls. Nästa steg var att sätta en etikett som behöll innehållet men gav utrymme för nya tankegångar, en kod. Kategori valdes som fjärde och sista steg, dessa är en samling av likadant kodat innehåll vilka användes som rubriker (Se bilaga 3). Graneheim och Lundman (2004) hade även med tema som enhet men då det ses som ett uttryck för det latent innehåll valdes denna bort. Resultatet utmynnade i tre kategorier som användes som rubriker i resultatet.

RESULTAT

Analysen visar att olämpligt beteende, yrkesroller och ansvarstagande var faktorer som påverkar säkerheten i hälso- och sjukvården (Hindle, Haraga, Radu & Yazbeck, 2008; Krogstad, Hofoss & Hjortdahl, 2004; Rathert & May, 2007; Rosenstein, 2002; Rosenstein & O` Daniel, 2008a; Rosenstein & O` Daniel, 2008b; Stein-Parbury & Liaschenko, 2007).

Olämpligt beteende

Det framkom att olämpligt beteende förekom inom alla yrkesgrupper men när det involverade läkare och sjuksköterskor som hade det primära ansvaret för patientens vård var det särskilt oroande (Krogstad et al., 2004; Rosenstein, 2002; Rosenstein & O` Daniel, 2008a).

Ytterligare visar analysen att sådant beteende förväntades och även accepterades hos läkare men inte hos sjuksköterskor. Olämpligt beteende hos läkare kunde få sjuksköterskor att byta skift och avdelning eller i värsta fall säga upp sig (a.a.).

En sjuksköterska i studien Rosenstein och O` Daniel (2008a) påtalar ur ett hänseende hur olämpligt beteende påverkar samarbetet bland kollegor:

” The disruptive behavior from nurses is much more upsetting because I expect that behavior from the doctors not the nurses because I rely on them as my peers” (Rosenstein & O` Daniel, 2008a, s.1566)

Olämpligt beteende hos läkare eller sjuksköterskor påverkade samarbetet i hög grad (Rosenstein & O` Daniel, 2008a; Rosenstein & O` Daniel, 2008b). Majoriteten av de tillfrågade i Rosenstein och O` Daniel studien (2008b) angav att olämpligt beteende ledde till försämrat samarbete mellan de två yrkesgrupperna. Fortsättningsvis skapade dessa psykologiska och beteendemässiga störningar som hade stor effekt på fokus, koncentration, och dåligt informationsutbyte vilket gav missnöjda patienter och otillfredsställd personal. Detta genererade förutsägbara risker för negativa händelser, kompromisser i säkerhet och kvalitet och ökad dödlighet hos patienterna (a.a.).

Läkarens dåliga beteende mot sjuksköterskan skapade dålig arbetsmiljö. Sjuksköterskorna i flera studier uppgav att när utgången av patientens vård inte blev som förväntat hände det att de sjuksköterskor som sökte hjälp kände sig övergivna, avvisade och ignorerade av läkare (Hindle et al., 2008; Stein-Parbury & Liaschenko, 2007).

Yrkesroller

Analysen visade att det fanns skillnader i tänket hos personalen kring patientens vård. I sjuksköterskans roll betonades vikten av kunskap om hela patienten, medan läkarrollen betonade vikten av sjukdomsfallet. Att behandla en sjukdom var en väsentlig skillnad från att behandla en patient vilket ledde till att sjuksköterskornas arbete ofta blev missförstått och mindre relevant för läkaren vars primära mål var sjukdom och dess behandling. Sjuksköterskornas holistiska synsätt hamnade i skarp kontrast till läkarens fokus, vilket märktes tydligast vid ronderna. Sjuksköterskorna menade att läkaren inte ser alla dimensioner i patientens behov den korta stund denne möter patienten (Krogstad et al., 2004; Stein-Parbury & Liaschenko, 2007). Krogstad et al. (2004) och Rosenstein och O` Daniel (2008a) studier visade vidare att läkare ansågs som mycket kompetenta av både sjuksköterskor och läkare, men många läkare var osäkra på sjuksköterskans kompetens. Enligt respondenterna i båda studierna Krogstad et al. (2004) och Rosenstein och O` Daniel (2008a) kunde detta bero på att läkare och sjuksköterskor hade tillgång till olika information när det gällde patientvården.

Detta ledde till att läkaren ibland ogillade och nedvärderade sjuksköterskans kunskap. Det framkom även att läkare och sjuksköterskor hade olika perspektiv kring patientvården på grund av olika nivåer i hierarkin och könsroller (Krogstad et al., 2004; Rosenstein & O`Daniel, 2008a).

Arbetsglädje var en viktig faktor för både läkare och sjuksköterskor. Det fanns dock en signifikant skillnad i arbetsglädjen, eller det man ansåg bidra till arbetsglädje, bland de olika yrkesrollerna även om de jobbade mot samma mål. Läkare som hade en känsla av att samarbetet fungerade bra kände en större arbetsglädje, trots att det i verkligheten inte behövde vara så. Detta var inget man fann hos sjuksköterskor, de var mer fokuserade på samarbetet i praktiken och upplevde inte att det fungerade så bra som de hade velat. Fortsättningsvis framkom i studierna att läkarna som högst medicinskt ansvariga och de som ytterst fattar beslut saknade insikt om sin roll och vilken effekt den hade på samarbetet mellan personalen (Krogstad et al., 2004; Rosenstein & O`Daniel, 2008a).

Det framkom i analysen att de flesta läkare oftast inte såg samarbetet med sjuksköterskan i patientens vård som ett teamarbete. Det visade sig också att det råder delade uppfattningar om samarbetets innebörd mellan sjuksköterskor och läkare inom hälso- och sjukvården. Läkarna upplevde en högre tillfredsställelse och såg få eller inga problem i samarbetet. Sjuksköterskorna däremot ansåg sig själva som mer teamarbetare än läkare och kände större missnöje med samarbetet. Enligt de tillfrågade i studien skapar dessa olika uppfattningar en riskfaktor för patientvården (Krogstad, Hofoss & Hjortdahl, 2004; Rosenstein & O`Daniel, 2008b; Hindle et al., 2008). Sjuksköterskorna i Rosenstein (2002) och Rosenstein och O`Daniel (2008b) uttryckte att de ville bli respekterade och uppskattade för det de tillförde arbetslaget. Enligt sjuksköterskorna borde läkarna vara mer tålmodiga och hänsynstagande i relationen till sjuksköterskor och inte skrika eller vara oförskämda. Läkarna i sin tur ansåg att sjuksköterskorna behövde vara mer organiserade och ge tydligare rapporter (Rosenstein, 2002; Rosenstein & O`Daniel, 2008b).

Ansvarstagande

Förändringar inom organisationen är ofta svårt att genomföra (Hindle et al., 2008). Förändringar är i teorin välkommet av alla berörda inom de olika yrkeskategorierna men i praktiken är det svårare. I samma studie framkom det att läkare exempelvis inte uppmuntrade delat ledarskap. På de flesta vårdavdelningar råder fortfarande ”*name-and-blame*” (Hindle et al., 2008, s.95) kultur, det vill säga man tar inte ansvar för sina egna handlingar utan skyller gärna på någon eller något.

I det delade ansvaret ingår att identifiera problemen, komma fram till rätt lösningar och en villighet att åtgärda dem tillsammans för att lösa patientsäkerheten. En annan aspekt som kom fram i samma studier var att hos sjuksköterskor fanns en större förståelse för felbehandlingar inom vården än bland läkare. Sjuksköterskor som hade en patientfokuserad vård på sin avdelning d.v.s. där patienten tilläts vara mer delaktig i beslut angående behandlingen av sin sjukdom, kände sig mer tillfreds med att rapportera fel och brister. Förekomsten av felbehandlingar var mindre än på andra avdelningar som inte var lika patientfokuserade (Hindle et al., 2008; Rathert & May, 2007). Fortsättningsvis visar Rosenstein och O`Daniel (2008b) studien att flera sjuksköterskor var rädda för att kontakta läkaren och bli utskällda trots att de hade relevant information att delge. Några sjuksköterskor ringde inte alls trots att de visste att de borde och deras patienters säkerhet var i fara på grund av detta.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturstudie har gjorts för att få större vetskap inom det aktuella området. Avsikten med litteraturbaserade examensarbeten är att som student utveckla och fördjupa kunskaperna i ämnet utifrån den kunskap som finns tillgänglig i befintliga texter (Friberg, 2006). Det finns för lite skrivet inom området vilket begränsar materialet, men en litteraturstudie kan ge en klar bild över hur mycket forskning som gjorts. Ett annat sätt att granska samma sak hade varit att göra en intervjustudie som mer djupgående beskriver upplevelsen av samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor samt dess påverkan på patientsäkerheten. Enligt Sörensen och Olsson (2001) är all forskning växande, en studie kan inte täcka allt inom ett område utan där en studie slutar kan nästa ta vid.

Vi har båda erfarenhet av att arbeta inom vården och har en del förförståelse med oss, vilket vi är medvetna om. Bland annat att hierarkin mellan personalen styr mer än vad vi tror, att det finns tysta normer på avdelningarna samt brister i kommunikationen. Detta kan ha påverkat urvalet något men under studiens gång har vi försökt att inte låta detta påverka resultatet utan varit så objektiva som möjligt i granskningen.

Från början valdes att göra en kvalitativ innehållsanalys men efter hand upptäcktes att kvantitativa studier fanns i en större utsträckning. Detta ger en större bredd åt arbetet men medvetenheten finns att vara uppmärksam på att kvalitativa och kvantitativa resultat presenteras på olika sätt och därför kan vara svåra att jämföra. Enligt Friberg (2006) krävs dock kunskap från både kvalitativ och kvantitativ forskning för att evidensbasera vården.

För att komma igång med vår sökning tog vi hjälp av en bibliotekarie på BTH i Karlskrona. Detta underlättade för att komma vidare i arbetet. Sökningar gjordes i databaserna Cinahl, Medline, Pubmed och ELIN, vilka är störst inom medicin och vårdvetenskap. Det var svårt att hitta studier med kvalitativ ansats som efter en första granskning svarade till studiens syfte. Men däremot kunde synonymerna i sökorden använts exempelvis physician – doctor, detta hade eventuellt gett ett större utbud, Sökningen tidsbegränsades från 2000 och framåt för att få de mest aktuella studierna. Trots att sökning gjorts på svenska och engelska hittades inga svenska artiklar som passade syftet. Av de sju artiklar vi analyserat kom fem från USA, detta påverkar självklart resultatet. Önskvärt hade varit att hitta fler artiklar från olika länder för att få en större bredd. Artiklar med oklart syfte och reviewartiklar exkluderades.

En kvalitetsbedömning gjordes av artiklarna enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) där de artiklar som fick omdömet medel och bra gick vidare till analysen. Kvalitetsprotokollen användes för att tillse att både validitet och reliabilitet är tillförlitliga, genom att följa punkterna i protokollet och värdera dem. Forskarna har i detalj beskrivet hur urvalet och datainsamling gått till. Artiklar granskades, refuserades, plockades upp igen innan urvalet bestämdes. Sju artiklar är något lite men det var de resultatet sökning gav. Artiklarna bearbetades enligt Graneheim och Lundmans analysmetod (2004). Stor vikt lades vid att vara objektiva för att finna det viktigaste och plocka ut rätt meningenheter, och i översättningen från engelska till svenska inte tappa eller tolka innehållet fel. I den här delen av analysen upplevde vi en svårighet att sätta namn på de meningenheter som valts ut, så att rubriken inte blev något vi valde utan som växte fram i analysen. I urvalet av de kvalitetsbedömda artiklarna blev det tre med samma författare. Dessa byggde på en större studie och var mycket intressanta då de passade bra till syftet. Detta blir en svaghet i studien då resultaten bygger på samma underlag, vidden blir inte så stor. Men då urvalet i övrigt inte var så ansevärt valdes att behålla dessa.

Resultatdiskussion

Resultaten från de sju vetenskapliga artiklarna är likartade och ger en god bild över faktorer i läkare och sjuksköterskornas samarbete, och hur de i vissa fall kan påverka patientsäkerheten. Olämpligt beteende, yrkesroller och ansvarstagande är viktiga faktorer i samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare.

I resultatet framkom att olämpligt beteende fanns bland alla yrkesgrupper. Intressant är att beteendet är förväntat hos läkare men inte accepterat hos sjuksköterskor. Detta kan bero på att läkarna inte uppfattar beteendet som ett lika stort problem som sjuksköterskorna och ser sitt eget beteende som ett sätt att få saker gjorda. Eller att läkaren av tradition varit en man vilken oftast ses som norm. Detta styrks av (Statens offentliga utredningar [SOU], 1997:83) som visar att sjuksköterskegruppens kvinnliga, traditionella och kollektiva identitet står i stark kontrast till läkarnas moderna, manliga och individuella identitet.

Yrkesträning och socialisering spelar en stor roll på hur vi beter oss i våra relationer med andra. Sjuksköterskor socialiseras till att vara ”teamspelare” medan läkare socialiseras till att vara den allvetande och beslutsfattande (Larson, 1999). Tänkvärt är att sjuksköterskor som såg sig som teamarbetare i de granskade studierna hade ett större missnöje med samarbetet än läkare som ofta arbetar ensamma. Detta pekar på att samarbetet var mindre problemfyllt hos den yrkesgrupp som hade kontrollen. Läkaren har av tradition varit den som haft det yttersta ansvaret för vården och därmed beslutsfattandet i sin hand och ser sig själv som mer ansvarig för patienten. Porter (1991) styrker detta och menar att den viktigaste anledningen till att den medicinska professionen har mer makt och anses viktigare än omvårdnadsprofessionen är att läkarna har kontroll över medicinska diagnoser. Undersökningar och prover måste i regel tas för att kunna ställa rätt diagnos, och efter det bestämmer läkaren vilken behandling som ska ges. Läkaren har därmed befogenheter att ge order till annan vårdpersonal (a.a.). Enligt Baggs, Schmitt och Mushlin (1997) har läkare makt att bestämma utan att rådfråga sjuksköterskan, medans sjuksköterskor endast tror att de kan påverka beslut genom samarbete. Travelbee (1971) beskriver samarbetet som en relation människa till människa. Hon poängterar vikten av jämlikhet och att sjuksköterskan i sin roll använder sitt förnuft och sin erfarenhet för att skapa en ömsesidighet i relationen. För att kunna utveckla detta krävs mer och bättre kunskap och en förståelse för varandra mellan de olika yrkeskategorierna. En balans mellan sjuksköterskan och läkaren blir en bra grund för samarbetet kring patientvården.

Yrkesroller i vården förändras med tiden och resultatet visar att förändringar upplevs som positiva i teorin men inte i praktiken. Sjuksköterskans yrkesroll har förändrats dramatiskt under de senaste åren. Hon har blivit mer självständig och ses inte längre som en hjälpreda till läkaren. Läkarens ord är inte längre lag och ifrågasättandet är en del av kunskapsutvecklingen (Stein, Watts & Howell 1990). Förändringen i sjuksköterskans yrkesroll har öppnat upp nya möjligheter men även skapat nya barriärer och orsakat friktion med andra yrkesgrupper. Detta gör att samarbete blir en nyckel till både god arbetsmiljö och säker vård.

Delat ansvar är en viktig aspekt i samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor när det gäller patientsäkerhet enligt vårt resultat. Att ta personligt ansvar och att lösa problem som uppstår är väl utvecklat hos hälso- och sjukvårdspersonal och något som uppmuntras och är högt värderat i sjukvårdsorganisationen. Även tredje part det vill säga patienten behöver få en insikt om sitt ansvar. Som en ytterlighet till ovanstående menar Tucker och Edmondson (2003) att det inte bara är fördelaktigt med att se och lösa problemen efterhand som de uppstår.

Lösningen är oftast temporär och orsaken till problemet finns fortfarande kvar. För att komma åt felbehandlingar inom vården måste först felet erkännas och personalen se dem som misstag att läras av.

SLUTSATS

Studien visar på att det finns faktorer i samarbetet som kan påverka patientsäkerheten. Vi tror att det krävs bättre kunskap om samarbetet, dess innebörd och en bättre förståelse mellan yrkesgrupperna. Litteratur och lagstiftning är väl förankrat när det gäller patientens rätt till delaktighet och säkerhet i hälso- och sjukvården. Det är av vikt för båda yrkesgrupperna att se patienten som en individ och integrera denne i teamarbetet, men först måste sjuksköterskor och läkare själva lära sig att samarbeta som ett team. Säkerheten ska inte bli lidande för att läkare och sjuksköterskor har svårt för samarbete. Enligt Ralston och Larson (2005) är hälso- och sjukvårdspersonalen fortfarande i tidigt skede när det gäller att förstå och förbättra säkerheten i sjukvården, och drar en parallell till flyget där säkerheten är väl utvecklad och omtalad. De menar vidare att sjukvården är väldigt komplex och osäker och att man måste utarbeta en plan för att komma till rätta med problemet. Flyget har många check- listor som i flera fall kan appliceras i omgjord tappning till sjukvården. Så länge bekymret med bristande patientsäkerhet inte är förstått bland yrkesgrupperna kommer inte fler resurser att lösa problemet, då patientsäkerheten är beroende av många olika aktörers samarbete. Strukturen inom organisationen med de olika nivåerna mellan professionerna kan vara svår att råda bot på. En medvetenhet för att hierarkin finns och hur den ser ut underlättar samarbete i vårdarbetet och främjar patientsäkerheten. Det verkar som att ämnet som valts till studien är ett onavigerat område, då det finns mycket lite litteratur skrivet om problematiken. Kanske beror detta på att det är sårbart att vara öppen när det gäller områden som könsroller, hierarki och brytande av normer, eller vår oförmåga att hitta material. Det krävs mer forskning inom området då underlaget i studierna som granskats är begränsat för att nå en vettig och långtgående slutsats. Under vår utbildning har vi lärt oss att samarbeta och se alla yrkesroller inom vården som ett team. Med denna slutsats vill vi i vår blivande yrkesroll se möjligheterna till förbättringar inom vården, och vi tror att detta kan nås genom fortbildning i samarbete samt kommunikation, vilket kan leda till ett öppnare klimat.

REFERENSER

* = vetenskapliga artiklar som ingår i studiens resultatdel.

Baggs, J.G., Schmitt, M.H., & Mushlin, A.L. (1997). Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decisionmaking process in three critical care units. *American Journal of Critical Care*, 6, 393-399.

Berland, A., Natvig, G. K., & Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24, 90-97.

Friberg, F. (Red.) (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gaba, D. M. (2000). Structural and organizational issues in patient safety: A comparison of health care to other high-hazard industries. *California Management Review*, 43, 83-102.

Graneheim, U. H., & Lundman, B.(2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

*Hindle, D., Haraga, S., Radu, C., & Yazbeck, A.M. (2008). What do health professionals think about patient safety? *Journal of Public Health*, 16, 87-96.

*Krogstad, U., Hofoss, D., & Hjortdahl, P. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 491-497.

Kuhse, H. (1999). *Kvinnor, sjuksköterskor och etik*. Falun: Thales.

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 85-90.

Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviors to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, 17, 247-255.

Nationalencyklopedin (2009). *Kommunikation*. Tillgänglig:
<http://www.ne.se.miman.bib.bth.se/lang/kommunikation> Hämtad:2009-09-03.

Porter, S. (1991). A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 728-735.

Ralston, J.D., & Larson, EB. (2005). Crossing to safety: Transforming healthcare organizations for patient safety. *Journal of Postgraduate Medicine*, 51, 61-67.

*Rathert, C., & Douglas, M. (2007). Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. *Health Care Management Review*, 32, 2-11.

*Rosenstein, A. (2002). Nurse-Physician relationships: Impact of nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102, 26-34.

Rosenstein, A., & O`Daniel, M. (2005). Disruptive behavior & clinical outcomes perceptions of nurses & physicians. *American Journal of Nursing*, 105, 54-64.

*Rosenstein, A., & O`Daniel, M. (2008a). Managing disruptive behavior: Impact on staff relationships and patient care. *Neurology official Journal of the American Academy of Neurology*, 70, 1564-1570.

*Rosenstein, A., & O`Daniel, M. (2008b). A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *The Joint Commission on Quality and Patient safety*, 34, 464-471.

Socialstyrelsens författningssamling (2005:12). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009) *Patientsäkerhet*. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet> Hämtad:2009-09-03.

Socialstyrelsen. (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens offentliga utredningar (1997:83). *Om makt och kön*. Stockholm: Regeringskansliet.

Stein, L.I., Watts, D.T., & Howell, T. (1990). The doctor- nurse game revisited. *New England Journal of Medicine*, 322, 546-549.

*Stein-Parbury, J., & Liaschenko, J. (2007). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American Journal of Critical Care*, 16, 470-477.

Svensk författningssamling (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Sörensen, S., & Olsson, H. (2001). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A Davis Company.

Tucker, A., & Edmondson, A. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45, 1-18.

Van de Castle, B., Kim, J., Pedreira, M., Paiva, A., Goossen, W., & Bates, D. (2004). Information technology and patient safety in nursing practice: an international perspective. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 607-614.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

BILAGA 1 ARTIKELSÖKNING 1(4)

Tabell 1. Artikelsökning i ELIN@Blekinge.

<i>Sökmotor: ELIN</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Urval</i>	<i>Granskade och godkända</i>
#1	Patient safety AND leadership	244	0	0
	Patient safety AND leadership AND communication	31	5	1
#3	Patient safety AND collaboration AND communication	18	0	0
#4	Hierarchy AND nursing AND patient safety	3	0	0
#5	Nurse-physician relations AND patient safety	1	0	0

2 (4)

Tabell 2. Artikelsökning i Pubmed.

<i>Databas: Pubmed</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Urval</i>	<i>Granskade och godkända</i>
#1	Patient safety AND hierarchy	2316	0	0
	Patient safety AND hierarchy AND nursing	146	0	0
	Patient safety AND hierarchy AND nursing AND communication	21	0	0
#2	Nurse-physician relations AND patient safety AND communication	40	1	1
	Nurse-physician relations AND patient safety AND communication AND hierarchy	2	1	0
#3	Nurse-physician relations AND patient safety AND communication AND collaboration	19	2	0

3 (4)

Tabell 3. Artikelsökning i Cinahl.

<i>Databas: Cinahl</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Urval</i>	<i>Granskade och godkända</i>
#1	Patient safety AND hierarchy	6	0	0
#2	Patient safety AND nursing AND communication	79	0	0
#3	Patient safety AND nursing AND leadership	27	0	0
#4	Nurse-physician relations AND patient safety AND communication	10	2	1

4(4)**Tabell 4** Artikelsökning i Medline

<i>Databas: Medline</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Urval</i>	<i>Granskade och godkända</i>
#1	Patient safety AND hierarchy AND leadership	0	0	0
#2	Patient safety AND leadership AND nursing	21	1	0
#3	Patient safety AND leadership AND nursing AND communication	3	0	0
#4	Nurse-physician relations AND patient safety	0	0	0

BILAGA 2 ARTIKELÖVERSIKT OCH KVALITETSBEDÖMNING

<i>Författare /Land</i>	<i>Titel</i>	<i>Tidsskrift /Årtal</i>	<i>Syfte</i>	<i>Metod</i>	<i>Kvalitet</i>
Hindle, D., Haraga, S., Radu, C P. & Yazbeck, A-M. Rumänien.	What do health professionals think about patient safety?	Journal of Public Health (2008).	Att få fram personalens syn på patientsäkerhet och jämföra med andra länder samt se om det är skillnad i uppfattning mellan professionerna.	Kvantitativ. Ett frågeformulär fick fyllas i av olika personalkategorier på 12 olika sjukhus i Rumänien. 100 kompletta frågeformulär returnerades. Synen mellan de olika kategorierna jämfördes sedan.	Bra
Krogstad, U., Hofoss, D. & Hjortdahl, P. Norge.	Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals.	International Journal for Quality in Health Care (2004).	Att undersöka läkare och sjuksköterskors uppfattning om varandras samarbete på sjukhus.	Kvantitativ. En tvärsnittsstudie, enkätuppgifter med betygsskala skickades till 932 läkare och 3985 sjuksköterskor.	Medel
Rathert, C. & May, D- R. USA.	Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives.	Health Care Management Review (2007).	Påstående att patient centrerade avdelningar har nöjdare personal och hög patientsäkerhet med mindre fel.	Kvalitativ delstudie. Sjuksköterskor från tre olika sjukhus i västra USA indelades i tre olika fokusgrupper. De fick kuvert med frågor hemskickat. Totalt 2400 tillfrågade, 57 % svarsfrekvens.	Medel
Rosenstein, A-H. & O`Daniel, M. USA	Mangaing disruptive physician behavior – Impact on staff relationships and patient care.	Neurology official Journal of the American Academy of Neurology (2008).	Att undersöka om olämpligt beteende hos läkare kan ha effekt på patientsäkerhet och vårdkvalitet.	Kvalitativ/Kvantitativ. Frågeformulär med betygsskalor och individuella kommentarer. 2846 sjuksköterskor och 944 läkare blev tillfrågade.	Bra

Rosenstein, A-H. & O`Daniel, M. USA	A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety.	The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety (2008).	Att undersöka om olämpligt beteende hos läkare och sjuksköterskor påverkar patientsäkerheten.	Kvalitativ/Kvantitativ. Frågeformulär med betygsskalor och individuella kommentarer. 2846 sjuksköterskor och 944 läkare blev tillfrågade,	Bra
Rosenstein, A-H. & O`Daniel, M. USA	Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention.	American Journal of Nursing (2002).	Att undersöka hur man ser på relationen mellan sjuksköterska och läkare och hur olämpligt beteende hos läkare kan påverka sjuksköterskor tillfredsställelse	Kvalitativ/Kvantitativ. Frågeformulär med betygsskalor och individuella kommentarer. 720 svarande var sjuksköterskor och 173 läkare.	Bra
Stein-Parbury, J. & Liaschenko, J. USA	Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work.	American Journal of Critical Care (2007).	Att utröna hur samarbetet i patientvården på en intensivvårdsavdelning påverkas av förvirrade patienter.	Kvalitativ. Observation och intervjuer med 12 sjuksköterskor.	Medel

BILAGA 3 EXEMPEL PÅ INNEHÅLLSANALYS

<i>Meningsenhet</i>	<i>Översättning</i>	<i>Kondensering</i>	<i>Kod</i>	<i>Kategori</i>
<p>“Disruptive behavior occurs across all disciplines but is of particular concern when it involves physicians and nurses who have primary responsibility for patient care”. Rosenstein & O’Daniel (2008).</p>	<p>Olämpligt beteende förekommer i alla yrkesgrupper men blir av särskild vikt när det handlar om läkare och sjuksköterskor vilka har det primära patientansvaret.</p>	<p>Det är särskilt oroande när olämpligt beteende ses hos läkare och sjuksköterskor.</p>	<p>Beteende</p>	<p>Olämpligt beteende</p>
<p>“Doctor and nurse professions look at co-operation from different perspectives of patient care, different levels in the status hierarchy and different sides of the gender gap”. Krogstad et al. (2004).</p>	<p>Läkare och sjuksköterskor ser på samarbete från olika perspektiv när det gäller patientvården, olika nivåer i hierarkin och olika sidor av könsklyftan.</p>	<p>Läkare och sjuksköterskor har olika syn på patientvården</p>	<p>Olika synsätt utifrån professioner</p>	<p>Yrkesroller</p>
<p>“Willingness to share responsibility for patient care is a precondition for patient safety. “ Hindle et al. (2007)</p>	<p>En benägenhet att dela ansvaret för patientvården är en förutsättning för patientsäkerheten.</p>	<p>Delat ansvar ger större patientsäkerhet</p>	<p>Ansvar</p>	<p>Ansvarstagande</p>