



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

KANDIDATUPPSATS



Att respektera varandras kompetenser

Sjuksköterskors erfarenheter av samverkan i interprofessionella team

Jessica Björk och Alina Lindholm

Omvårdnad 15hp

2015-05-08

Att respektera varandras kompetenser

Sjuksköterskors erfarenheter av samverkan i interprofessionella team

Författare: Jessica Björk
Alina Lindholm

Ämne Omvårdnad
Högskolepoäng 15hp
Stad och datum Halmstad 2015-04-21

Titel	Att respektera varandras kompetenser – sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i interprofessionella team
Författare	Jessica Björk och Alina Lindholm
Sektion	Akademin för hälsa och välfärd
Handledare	Åsa Krusebrant, Universitetsadjunkt
Examinator	Margaretha Norell Pejner, Universitetslektor vårdvetenskap, Med Dr
Tid	Vårtermin 2015
Sidantal	18
Nyckelord	Erfarenheter, interprofessionell samverkan, kompetens, patientsäkerhet, sjuksköterskor

Sammanfattning

Framgångsrik interprofessionell samverkan i team har bevisats öka patientsäkerheten i hälso- och sjukvården. Sjuksköterskor är ofta en del av interprofessionella team och en av deras kärnkompetenser är samverkan i team. För att uppfylla kärnkompetensen krävs kunskap om vad som påverkar samverkan. Syftet var således att belysa sjuksköterskors erfarenheter av samverkan i interprofessionella team. Metoden som tillämpades var en osystematisk litteraturöversikt med systematiska sökningar av omvårdnadsforskning. Litteraturöversikten baserades på 13 vetenskapliga artiklar där resultaten bearbetades med inspiration av kvalitativ innehållsanalys och fyra kategorier av erfarenheter kunde skapas. De fyra kategorier som framkom var att respektera varandras kompetenser, att ha en tydlig arbetsfördelning, att arbeta med olika personligheter och att arbeta för gemensamma mål. Sjuksköterskor erfor att klinisk kompetens, social kompetens, respekt, kommunikation, tillit, utbildning, rollförståelse och gemensamma mål var grundläggande för en fungerande samverkan. För att förbereda sjuksköterskestudenter för interprofessionell samverkan rekommenderas såväl teoretisk som praktisk utbildning tillsammans med andra vårdaktörer under utbildning. Även gemensam utbildning för befintlig hälso- och sjukvårdspersonal anses värdefull. Ytterligare forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av interprofessionell samverkan är angeläget för att öka sjuksköterskors kompetens i samverkan i team.

Title	To respect each others competences – Nurses experiences of working in interprofessional teams
Author	Jessica Björk and Alina Lindholm
Department	The Academy of Health and Care
Supervisor	Åsa Krusebrant, Lecturer
Examiner	Margaretha Norell Pejner, Assistant professor, Nursing, PhD
Period	Spring 2015
Pages	18
Key words	Competence, experiences, interprofessional collaboration, nurses, patient safety

Abstract

In the healthcare sector, interprofessional collaboration has proven to enhance patient safety. Nurses are often a part of interprofessional teams and collaboration is one of the core competencies of nurses. Knowledge about what affects collaboration is needed to fulfill this core competence. The purpose was therefore to illustrate nurses experiences of interprofessional collaboration. The study was conducted as a literature review of nursing research. The literature review was based on 13 scientific articles whos results were analyzed with guidance from a qualitative content analysis and four categories of nurses experiences arose from the analysis. These categories were to respect each others competences, to have a clear job allocation, to work with different personalities and to work towards a common goal. According to nurses experiences, clinical competence, social competence, respect, communication, trust, education, understanding of roles and common goals were essential for succesfull collaboration. To prepare nursing students for interprofessional collaboration, theoretical and practical education with other healthcare students are suggested. Education for staff already working in the healthcare sector is also believed to be valuable. To enhance nurses competence in collaboration, further research of nurses experiences of interprofessional collaboration is necessary.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Sjuksköterskans kärnkompetenser	1
Samverkan i interprofessionella team.....	1
Interprofessionell samverkan för optimal och säker vård	2
Omvårdnadsteoretisk ram	3
Sjuksköterskans kompetensområden	3
Sjuksköterskans kompetensutveckling	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Datainsamling	5
Databearbetning	6
Etik	6
Resultat	7
Att respektera varandras kompetenser	7
Att ha tillit	8
Att krav ställs på utbildning	9
Att ha en tydlig arbetsfördelning	9
Att känna den hierarkiska ordningen	10
Att arbeta med olika personligheter	11
Att arbeta för gemensamma mål	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion.....	14
Konklusion	17
Implikation	18

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

Inledning

Bristande kommunikation i samverkan mellan olika vårdprofessioner är en av de vanligaste anledningarna till vårdskador (Socialstyrelsen, 2012). Till följd av vårdskador i svensk sjukvård avled cirka 3000 personer år 2009 (Vårdförbundet, 2011). Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) anger att all hälso- och sjukvårdspersonal har en förpliktelse att bedriva patientsäker vård och att arbeta patientsäkert. En viktig del i detta arbete innebär att samverka i team (Jones & Jones, 2011), det vill säga för sjuksköterskor att kunna samverka med andra vårdprofessioner med olika professionella bakgrunder (WHO, 2010).

Inom hälso- och sjukvården skapas kontinuerligt nya team bestående utav olika professioner där sjuksköterskor förväntas fungera (Sharp, 2012). Dessa teambildningar och det förväntade samarbetet är dock inte helt oproblematiskt om det inte finns klara gränser eller kunskap om vilka roller, ansvarsområden, arbetsuppgifter och kompetenser de olika professionerna har (Delva, Jamieson & Lemieux, 2008). God kommunikation och informationsutbyte mellan de olika professionerna kan öka kunskapen om varandras roller, därtill ökar förståelse för den egna rollen, vilket kan leda till ökad kompetens i hela teamet (Sharp, 2012).

Bakgrund

Sjuksköterskans kärnkompetenser

År 2002 startade Medicine of the National Academies (IOM) i USA en utvärdering av hälso- och sjukvård samt sjukvårdsutbildning (Berlin, 2013). Utvärderingens syfte var att skapa utbildningar med relevant innehåll i förhållande till klinisk praxis. Resultatet visade att sjuksköterskor behövde nya kompetenser för att vara förberedda inför framtida arbete och för att öka patientsäkerheten (ibid). IOM utvecklade därför i samarbete med Quality and Safety Education for Nurses (QSEN), sex kärnkompetenser för sjuksköterskor. Dessa kärnkompetenser är patientcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Cronenwett et al. (2007) förklarar att kärnkompetensen samverkan i team innebär ett funktionellt och effektivt omvårdnadsarbete i teamarbetet med andra professioner där öppen kommunikation, ömsesidig respekt och gemensamt beslutsfattande främjar vårdkvaliteten.

Samverkan i interprofessionella team

Första delen av ordet samverkan är -sam. Sam betyder enligt Svenska akademins ordbok (1995) enighet, lika, samman, homo. Svenska akademins ordbok (1995) förklarar ordet samverka som en grupp av olika personer som skall stödja och hjälpa varandra i arbetet mot ett gemensamt mål. Medlemmarna i gruppen bidrar med olika kompletterande kompetenser för att skapa en god vård (ibid). Det finns flera olika

synonymer till såväl samverka som samverkan. Dessa är bland annat kollaborera, samarbeta, slå ihop, förena krafter och göra gemensam (Stora Synonym Ordboken, 1998). I omvårdnadslitteratur framkommer flera olika benämningar för samverkan i team. De mest återkommande var kollaboration, interprofessionell samverkan, multidisciplinär samverkan, interdisciplinär samverkan och teamwork. Interdisciplinär samverkan i vården definieras av Petri (2010) som en process där olika professioner arbetar tillsammans mot gemensamt mål för att ge optimal vård. Det karaktäriseras också av gemensamt beslutsfattande och ansvar (ibid). Involvering av två eller flera olika professioner i ett gemensamt arbete kallar Xyrichis och Ream (2008) för teamwork. Teamwork innebär att samverkan sker beroende av varandra med hjälp av god kommunikation och gemensamt beslutsfattande vilket leder till optimal vård (ibid). Då förklaringar till benämningarna är liknande anses de likvärdiga med varandra. I föreliggande studie kommer interprofessionell samverkan i team användas som ensam definition på de olika benämningar som nämnts.

Interprofessionell samverkan för optimal och säker vård

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) som syftar till att främja patientsäkerhet beskriver att alla som arbetar inom vården har ett individuellt ansvar att följa denna lag. Genom att följa patientsäkerhetslagen menar Sharp (2012) att patienter skyddas från vårdskador. En vårdskada innebär en skada som orsakar lidande eller i värsta fall dödsfall som hade kunnat kringgås om lämpliga åtgärder hade utförts vid kontakt med sjukvården.

Dagens hälso- och sjukvård har under sin utveckling blivit mycket komplex (Ödegård, 2006). Sjuksköterskor kan därför inte ensam ge optimal och säker vård till sina patienter utan måste samverka för att kunna göra detta (Sharp, 2012). Interprofessionell samverkan gör att beslut kring patienters vård kan grundas på olika professioners perspektiv och kompetenser (Propp, Apker, Zabava-Ford, Wallace, Serbenski & Hofmeister, 2010). De olika kompetenserna bidrar till att viktig information från de olika perspektiven ingår i beslutsfattandet (ibid) då olika yrkesgrupper utgår ifrån olika ideologier (Bail & Morrison, 2011). Sjuksköterskan har i det gemensamma beslutsfattandet en viktig roll eftersom hon ofta är den som har den närmaste kontakten med patienterna. Den nära patientkontakten innebär att sjuksköterskan kan uppmärksamma viktig information kring patienter och deras vård, vilken hon sedan kan förmedla till andra teammedlemmar (Propp et al., 2011). Dock finns det flera olika problemområden som kan försvåra samverkan i interprofessionella team. Ett av dessa problemområden är de ogynnsamma hierarkiska strukturerna och statuskillnaderna som råder på sjukhusen (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011). Dessa gör att sjuksköterskors deltagande i beslutsfattning och problemlösning försvåras, då deras åsikter värderas lägre än läkares åsikter om vilken vård som skall ges (Propp et al., 2011). Organisatoriska

strukturer kan också påverka samverkan negativt i form av bristfälliga rutiner, policys och tidsramar (Gillespie, Chaboyer, Longbottom & Wallis, 2010). Brister i personkemi mellan teammedlemmar, oklara roller, oklara mål (Sullivan & Decker, 2009) och kommunikativa brister är också områden som kan försvåra interprofessionell samverkan och äventyra patientsäkerheten (Ödegård, 2006 & Sharp, 2012).

Omvårdnadsteoretisk ram

Sjuksköterskans kompetensområden

Sju olika domäner i omvårdnadsarbetet har identifierats av Benner (1993) där alla domäner innefattar olika kompetensområden för sjuksköterskor. Dessa var den hjälpande rollen, den undervisande och vägledande funktionen, den diagnostiska och övervakande funktionen, att effektivt hantera snabbt skiftande situationer, att utföra och övervaka behandling, att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt omvårdnadsarbete och att planera och organisera för personalens arbete och vården.

Fem av domänerna innefattar kompetenser som har en betydande roll i interprofessionell samverkan då sjuksköterskan i den diagnostiska och övervakande funktionen ska kunna uppmärksamma och dokumentera förändringar och symtom. I att effektivt hantera snabbt skiftande situationer behöver hon kunna agera och hantera akuta och livshotande situationer tills hjälp anländer. Sjuksköterskan skall ha kompetens i att utföra och övervaka behandling i medicintekniska utföranden och läkemedelshantering. I att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt omvårdnadsarbete behöver sjuksköterskan för en patientsäker vård, arbeta efter rutiner, regler, policys och vara flexibel. Att planera och organisera för personalens arbete och vården är ett kompetensområde där sjuksköterskan skall samordna samt frambringa och bevara ett vårdteam som kan ge bästa möjliga vård. Detta kräver möjlighet till åsiktsutbyten med god kommunikation mellan berörda vårdprofessioner (ibid).

Sjuksköterskans kompetensutveckling

För att kunna utveckla kompetens i omvårdnadens arbetsdomäner krävs tid. Detta har beskrivits av Benner (1993) i en modell med fem olika faser där sjuksköterskan utvecklas från *novis* till avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och slutligen expert.

I den första fasen är sjuksköterskan *novis*. I denna fas har sjuksköterskan ingen bakgrundförståelse för eller erfarenhet av situationen och hon har ingen klar uppfattning av hur hon förväntas agera. Sjuksköterskan är i denna fas begränsad på grund av att hon styrs utav regler och rutiner. Det är i denna fas sjuksköterskestudenter befinner sig, men även en erfaren sjuksköterska kan hamna i

denna fas om hon försätts i en okänd och/eller oerfaren situation. I nästa fas betecknas sjuksköterskan som *avancerad nybörjare* och den karakteriseras av att hon kan se meningsfullhet och mönster i de situationer hon erfarit men hon har fortfarande inte tillräcklig erfarenhet för att kunna se patientens situation i ett större helhetsperspektiv. Sjuksköterskan är i denna fas fortfarande regelstyrd i sitt beteende och kan behöva hjälp och stöd i det kliniska arbetet. I den tredje fasen är sjuksköterskan *kompetent*. Denna fas nås genom praktiskt arbete och genom observation av mer erfarna sjuksköterskors handlingar. I denna fas lär sig sjuksköterskan att prioritera vilka omvårdnadsåtgärder som är aktuella och hon kan nu se mening med sina handlingar. Den kompetenta sjuksköterskan känner kontroll över situationer men utvecklas fortfarande vad gäller snabbhet och kritiskt förhållningssätt. I följande fas har *Skicklighet* uppnåtts, här kan sjuksköterskan se patienten i en helhet och hon förstår betydelsen av omvårdnadsåtgärder. Hon har tilltro till sin kompetens och vet vad hon förväntas kunna. I denna fas har sjuksköterskan erhållit erfarenhet som gör att hon kan planera och prioritera sitt arbete. I den sista fasen beskriver Benner (1993) sjuksköterskan som *Expert*, där känner hon sig säker på sin yrkesroll och vilka handlingar hon skall utföra i sitt omvårdnadsarbete. Sjuksköterskan är i expertfasen medveten om sin professions normer och värderingar. I expertfasen förlitar sig sjuksköterskan på sin kompetens och kan arbeta regelrätt utan att känna sig regelstyrd.

Problemformulering

För att uppnå en optimal och säker vård för patienter behöver sjuksköterskan i sitt arbete kunna samverka i interprofessionella team. Samverkan är en komplex process där sjuksköterskan kan stöta på flera utmaningar där hennes kompetens sätts på prov. För att öka kunskapen om vad som kan påverka samverkan belyser denna studie sjuksköterskors erfarenheter av samverkan i interprofessionella team.

Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av samverkan i interprofessionella team.

Metod

En litteraturöversikt som syftar till att sammanställa och presentera aktuell vetenskaplig forskning kring det valda ämnet har utförts. Litteraturöversikten genomfördes enligt Forsberg och Wengström (2013) och med rekommendationer från Högskolan i Halmstads riktlinjer för examensarbeten och skriftliga uppgifter (2014) och med rekommendationer från Henricson (2013).

Datansamling

Initialt genomfördes osystematiska litteratursökningar inom det valda området. Syftet med detta var att skapa en uppfattning om hur mycket forskning det fanns inom det valda ämnet. Sedan diskuterades inklusion- och exklusionskriterier (Forsberg och Wengström, 2013) och sökningarna övergick till systematiska sökningar.

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle beskriva samverkan inom vården mellan sjukvårdspersonal, att sjuksköterskors erfarenheter skulle beskrivas och att studierna skulle vara gjorda i länder med västerländsk sjukvård.

De systematiska sökningarna gjordes i databaserna CINAHL, PubMed och Sociological Abstracts. Flera sökningar gjordes med olika sökordskombinationer där sökordet *Nurs** (sjuksköterska/sjuksköterskor/omvårdnad) ingick i samtliga. Olika sökord som representerar samverkan i team valdes då de tidigare osystematiska sökningarna visade på att ett flertal olika benämningar på samverkan fanns (Karlsson, 2013). De benämningarna som fanns och användes som sökord var *Multidisciplinary* (multidisciplinär), *Interprofessional* (interprofessionell), *Relationship** (relation/relationer), *Collaboration* (samverkan) och *Teamwork* (Teamarbete). Sökningar kompletterades med sökordet *Physician** (läkare) då tidigare osystematiska sökningar påvisat att sjuksköterskor och läkare är vanliga samverkanspartners i interprofessionella team samt sökorden *Experience** (erfarenhet/erfarenheter) och *Perception** (uppfattning/uppfattningar).

Trunkering valdes för att sökningarna skulle innefatta olika varianter av sökorden (Forsberg & Wengström, 2013). Sökningar i databasen Sociological Abstracts gjordes med samma sökord som i CINAHL och PubMed där en relevant artikel som svarade på syftet hittades. Samma artikel påfanns vid ett tidigare söktillfälle i CINAHL, därför redovisas inte sökningarna i Sociological Abstracts. Samtliga sökord presenteras i tabell 3 i bilaga A. I sökningarna valdes endast den boolska operatoren AND. Detta gjordes för att precisera sökresultatet (ibid) då operatoren OR gav ett ohanterbart antal träffar. Sökhistoriken presenteras i tabell 4 i bilaga B.

De genomförda sökningarna resulterade i totalt 546 träffar varav alla titlar lästes, titlarna granskades sedan utifrån ovanstående inklusionskriterier vilket resulterade i att 93 artikeltitlar ansågs relevanta. Vidare granskades de 93 artiklarnas abstrakt utifrån litteraturstudiens inklusionskriterier och syfte. Detta gjorde att 49 artiklar föll bort vilket resulterade i att 44 artiklar valdes ut för genomläsning i sin helhet. Vid senare genomläsning av artiklarna exkluderades ytterligare 31 artiklar då de inte mötte inklusionskriterierna. Totalt ansågs 13 artiklar falla under litteraturstudiens inklusionskriterier och dess syfte och de valdes ut som lämpliga resultatartiklar.

Slutligen kvalitetsgranskades 13 artiklar enligt Högskolan i Halmstads riktlinjer för examensarbeten och skriftliga uppgifter (2014). Artiklarna granskades med hjälp av kvalitetsorden trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet (Wallengren & Henricson, 2012). Efter granskningen återstod alla 13 artiklar, varav en av mixad metod, en av kvantitativ metod och resterande av kvalitativ metod. Av de 13 artiklar som återstod var elva stycken godkända av en etisk kommitté, de två övriga var granskade av sjukhusstyrelser och forskarförbund. Kvalitetsgranskningar av resultatartiklar presenteras i tabell 5 i bilaga C.

Databearbetning

Databearbetningen utfördes som en innehållsanalys enligt Forsberg och Wengström (2013). Under den vetenskapliga granskningen som gjordes av samtliga resultatartiklar uppmärksammades återkommande meningsenheter i sjuksköterskors erfarenheter av samverkan. Detta gjordes med hjälp av två frågeställningar, vilka erfarenheter har du/ni av samverkan i interprofessionella team? Vad påverkar samverkan i interprofessionella team? Utifrån dessa frågor framkom 12 koder från de meningsbärande enheterna. Varje kod tilldelades en varsin färg. Slutsatserna i resultaten lästes noggrant igenom och färgkodades individuellt. Färgkodningarna jämfördes sedan tillsammans och vid skillnader i kodning diskuterades tankegångar tills konsensus uppnåddes.

De 12 koder som framkom skrevs in som rubriker i ett dokument med den färg de tilldelats. Varje enskild resultatartikels slutsats bearbetades noggrant och den färgkodade texten skrevs in verbatim under relevant rubrik. Under vidare läsning, bearbetning, analysering och tolkning av data sågs likheter mellan de olika koderna och fyra kategorier av erfarenheter som påverkade samverkan skapades där de 12 koderna ingick i kategorierna, se tabell 2.

Etik

Endast omvårdnadsforskning som ansågs göra mer nytta än skada för de berörda valdes. Artiklar där forskarna hade följt etiska principer, autonomiprincipen, göra-gott-principen, icke-skada-principen och rättvisepincipen (Kjellström, 2013) ingick i litteraturöversikten. Enligt Kjellström (2013) skall en studie beröra väsentliga frågor, genomföras på ett etiskt godtagbart sätt och vara av hög vetenskaplig kvalitet för att den skall kunna kallas etisk. En studie skall vara värdefull för åtminstone en av tre aktörer. Dessa aktörer är individen, samhället och professionen (ibid). Litteraturstudien anses vara till nytta för alla dessa tre aktörer och är därför etiskt motiverad.

Resultat

Resultatet visar att sjuksköterskornas erfarenheter av samverkan i interprofessionella team utgjordes av att respektera varandras kompetenser, att ha en tydlig arbetsfördelning, att arbeta med olika personligheter och att arbeta för gemensamma mål. För att lättare se vilka artiklar som representerar respektive kategori, skapades en resultatöversikt, se tabell 1.

Tabell 1: Resultatartiklars representativitet i respektive kategori.

Resultatartikel	Kategori	Kategori	Kategori	Kategori
	Att respektera varandras kompetenser	Att ha en tydlig arbetsfördelning	Att arbeta med olika personligheter	Att arbeta för gemensamma mål
Bailey et al., 2006	x	x		
Cioffi et al., 2009		x	x	
Cioffi et al., 2010		x	x	x
Ebert et al., 2014	x	x		
Johnson et al., 2012		x	x	
McGrail et al., 2008	x		x	x
O'Brien et al., 2009	x	x	x	x
Pfaff et al., 2014	x	x	x	x
Pullon et al., 2008	x	x	x	x
Solheim et al., 2007	x	x	x	x
Tame et al., 2012		x		
Weller et al., 2011	x	x	x	x
Wilson et al., 2005	x	x	x	

Att respektera varandras kompetenser

Att respektera varandras kompetenser skildrades i sjuksköterskornas erfarenheter av interprofessionell samverkan av kompetens, tillit, utbildning, erfarenhet och respekt. Att kunna vara involverad i interprofessionell samverkan ansågs enligt Solheim, McElmurry och Kim (2007) vara en del av sjuksköterskornas kompetens och en förväntad självklarhet (Bailey, Jones & Way, 2006). Sjuksköterskorna menade att när olika kompetenser och perspektiv sammanvävdes kunde de komplettera varandra, vilket skulle ge bättre vårdresultat och vara fördelaktigt teammedlemmar (Solheim et al., 2007; Pullon, 2008 & O'Brien, Martin, Hayworth & Meyer, 2009). För att denna sammanvävning skulle vara fördelaktig och ge en optimal vård, krävdes det att alla involverade teammedlemmar hade ett förhållningssätt där all information ansågs vara av samma vikt oberoende av vem som yttrade informationen (O'Brien et al., 2009). Detta förhållningssätt visade på en ömsesidig respekt för varandras kompetenser. Sjuksköterskorna beskrev att deras kollegor kan och skall förvänta sig att de är

kompetenta (Pullon, 2008) och de ville att läkare skulle uppmärksamma deras kliniska kompetens (O'Brien, 2009). En sjuksköterska berättade om en annan sjuksköterska som respekterades högt av läkare. Hon gjorde det på grund av den kompetens hon hade inom sitt område. Detta ledde till att hon fungerade som en förebild för de andra sjuksköterskorna och visade på att kompetenser kunde sammanvävas via ömsesidig respekt. För att uppnå detta krävs kunskap om varandras och sin egen kompetens samt möjligheter till interaktion (Pullon, 2008 & Bailey, 2006).

Sjuksköterskorna ansåg att viktiga kompetenser som underlättade samverkan i interprofessionella team var att kunna planera sin tid och att kunna arbeta snabbt men samtidigt säkert för patienten. Kompetens i att kunna hantera oförutsägbara situationer och krävande vård värderades (Pullon, 2008). Andra viktiga kompetenser för en fungerande samverkan var att fullfölja åtaganden (Weller, Barrow & Gasquoine, 2011), ha en god simultanförmåga och kunna vara innovativ (O'Brien et al., 2009). En sjuksköterska förklarade samverkan i interprofessionella team som en tvåvägsprocess där sjuksköterskorna tog hjälp av läkare och läkare tog hjälp av sjuksköterskorna. Hon ansåg att läkare i sin tur såg det som en envägsprocess, där endast sjuksköterskorna lärde och tog hjälp av läkare och att sjuksköterskornas kompetens nedvärderades (Pullon, 2008). Om inte respekt eller kunskap för kompetens fanns, kunde inte heller tillit utvecklas (Pullon, 2008 & Wilson, Coulon, Hillege & Swann, 2005).

Att ha tillit

Tillit benämndes ofta i samband med respekt, som i sin tur var relaterat till förståelse av en professions kompetens och ansågs som grundläggande för att kunna sammanväva kompetenser och skapa en god samverkan (Pullon, 2008).

Sjuksköterskorna berättade att de inte kunde känna tillit till nya läkare på grund av okunskap kring deras kompetens (Weller et al., 2011), samtidigt kände sjuksköterskorna stress och frustration när läkare inte hade kunskap om deras kompetens och då tillit till sjuksköterskorna var obefintlig (Wilson et al., 2005 & Weller et al., 2011). Steget från respekt till tillit skedde inte automatiskt, det utvecklades över tid och var något som förtjänades (Solheim et al., 2007; Pullon, 2008; Weller et al., 2011 & Wilson et al., 2005). En novis med begränsad kompetens förtjänade mindre tillit än en expert med hög grad av kompetens (Pullon, 2008), dock behövde inte klinisk expertis och erfarenhet vara likvärdig bland alla medlemmar i teamet för en hög grad av samverkan (McGrail, Morse, Glessner & Gardner, 2008). En novis kan vara expert i ett sammanhang och en expert kan vara novis i ett annat sammanhang, vid sammanvävning av novisens och expertens kompetenser kunde kunskap utbytas (McGrail et al., 2008 & Weller et al., 2011).

Att krav ställs på utbildning

Sjuksköterskorna upplevde att sjuksköterskeutbildningen saknade utbildning i interprofessionell samverkan (Ebert, Hoffman, Levett-Jones & Gilligan, 2014 & Pfaff, Baxter, Jack & Ploeg, 2014). De uppfattade att de var i sin egen lilla värld under utbildningen utan kontakt med annan hälso- och sjukvårdspersonal (Ebert et al., 2014). De föreslog att gemensam kontinuerlig utbildning i fysisk närvaro av varandra skulle hjälpa till förståelse om varandras discipliner (Pullon, 2008; Ebert et al., 2014 & Pfaff et al., 2014). Diskussion av roller, ombytta roller, casescenario och observation av god samverkan var några utbildningsförslag. De menade att utbildning i interprofessionell samverkan också skulle behövas för att förbereda och uppmärksamma sjuksköterskor på de eventuella svårigheter som kan uppstå när olika kompetenser skall sammanvävas. Vissa av sjuksköterskorna ansåg att det inte gick att lära sig att samverka förrän tillfälle gavs, men att utbildning kunde stärka självförtroendet (Ebert et al., 2014). Självförtroendet i att samverka i interprofessionella team beskrevs av de nyexaminerade sjuksköterskorna som lågt i början av karriären. De förklarar att det inte var lätt att vara ny på arbetsplatsen och att det var svårt att göra sig hörd i en grupp bestående av tio andra discipliner, det var lättare att sitta tyst (Pfaff et al., 2014). Möjligheter till interprofessionell samverkan och erfarenhet av att möta flera olika discipliner stärkte självförtroendet hos de nytexaminerade sjuksköterskorna. Erfarenhet förklarades som relativ, något som mognade fram och inte var beroende av tid. Den tidsberoende erfarenheten inkluderade livshändelser, livserfarenhet, tidigare karriärer, människomöten och ålder (ibid). Erfarenhet kunde också vara tidsberoende menade Wilson et al (2005) och O'Brien et al (2009) som förklarar att det kunde ta 3-5 år för en sjuksköterska att utvecklas från novis till expert.

Att ha en tydlig arbetsfördelning

Att ha en tydlig arbetsfördelning erfor av sjuksköterskorna handla om roller, hierarki och respekt. Sjuksköterskorna upplevde att kunskap om varandras roller förbättrade samverkan i interprofessionella team (Solheim et al., 2007; Cioffi & Ferguson., 2009; O'Brien et al., 2009 & Pfaff et al., 2014). För att klargöra roller föreslogs det att arbetsuppgifter kunde presenteras för varandra (Pfaff et al., 2014). Klara roller ledde till en tydligare fördelning av vårdandet mellan interprofessionella teammedlemmar. Sjuksköterskorna berättade att en fördelning av vårdandet var en förutsättning för optimal och säker vård då de ansåg att alla professioner behövdes och att ingen profession skulle klara vårdandet på egen hand (Solheim et al., 2007). Trots vikten av rollförståelse erfor sjuksköterskorna att deras roll inte var tydlig för andra professioner (Bailey et al., 2006 & Ebert et al., 2014) eller för samhället (Bailey et al., 2006). Vissa av sjuksköterskorna uppfattade att deras roll i teamet innebar att stötta och stå upp för patienten, hjälpa patienten att förmedla information till läkare och att bidra till patientsäkerhet (Weller et al., 2011). En del av sjuksköterskorna erfor sin

roll mindre tydlig, vilket resulterade i att de ibland tog på sig rollen som arbetsterapeut, sjukgymnast eller socialarbetare eftersom dessa professioners arbetsuppgifter tidigare ingått i sjuksköterskans roll (Cioffi, Wilkes, Cummings, Warne & Harrison, 2010).

Många av sjuksköterskorna upplevde att de hade svårt att balansera de egna förväntningarna på sin roll med de förväntningarna som annan sjukvårdspersonal (O'Brien et al., 2009 & Pfaff et al., 2014) och allmänheten hade (Pullon, 2008). Att inte veta vad andra förväntade sig från dem, skapade stress, frustration och en osäkerhet över vilken roll de hade i teamet. Detta gjorde i sin tur att sjuksköterskorna kände att de inte kunde uppnå de egna förväntningarna (Pfaff et al., 2014). En förklaring till okunskap kring varandras roller uppfattades kunna vara skillnader i ideologier mellan olika professioner där sjuksköterskor har ett hälsofrämjande tankesätt och läkare sjukdomsförebyggande (Bailey et al., 2006). Trots att de olika ideologierna kunde försvåra rollförståelsen förklarar sjuksköterskorna i Pullon (2008) att ideologiskillnaderna samtidigt behövdes i samverkan då de kompletterade varandra.

Att känna den hierarkiska ordningen

Sjuksköterskorna upplevde motstånd från läkare när deras roll inkräktade på medicinska domäner. Dessa motstånd trodde sjuksköterskorna berodde på att läkare kände sig hotade av sjuksköterskornas kunskap och att läkare därför agerade självbevarande (Tame, 2012). Detta hot mot patriarkal dominans (ibid) kunde visa sig i beteenden som överlägsenhet, då läkare såg sjuksköterskorna som hjälpredor och oförmögna till något annat (Cioffi et al., 2009; Johnson & Kring, 2012; Tame, 2012 & Ebert et al., 2014). Exempel på överlägsenhet beskrivs i följande citat *"They [doctors] are like, 'I've trained for 600 years how dare you tell me what to do... ' (nurse)"* (Ebert et al., 2014, s.546). Fler exempel på överlägsenhet beskrevs med andra nedlåtande kommentarer (Bailey et al., 2006; Tame, 2012 & Ebert et al., 2014) samt med beordringar i bitter ton (Johnson et al., 2012). En känsla av att vara underordnad läkare beskrevs av majoriteten av sjuksköterskorna och där val av tilltalsnamn påvisade att läkare var över sjuksköterskorna i hierarkin då de till skillnad från sjuksköterskorna tilltalades med efternamn (ibid). Sjuksköterskorna ansåg att det fanns en naturlig hierarki i sjukvården där läkare placerades högst upp, och de erfor att skillnader i makt mellan professionerna fanns (Ebert et al., 2014). Obalanserade maktförhållanden var enligt sjuksköterskornas erfarenheter en fallgrop i interprofessionell samverkan (Solheim et al., 2007), en av dessa beskrevs vara svårigheter i att införa förändringar som påverkar professioner med mer makt (Tame, 2012). Sjuksköterskorna som genomgick vidareutbildning erfor inte någon förändring i sin egen status då de fortfarande ansåg att läkare hade högst professionell status, däremot beskrev de att maktskillnader reducerades vilket gynnade samverkan (ibid).

Majoriteten av sjuksköterskorna hade positiva erfarenheter av samverkan i interprofessionella team (Cioffi et al., 2009; Johnson et al., 2012 & Pfaff et al., 2014) trots detta var det många som berättade om erfarenheter där samverkan blev lidande på grund av brist på respekt för deras yrke (Wilson et al., 2005; Solheim et al., 2007; Cioffi et al., 2009; O'Brien et al., 2009; Weller et al., 2011; Tame, 2012; Ebert et al., 2014 & Pfaff et al., 2014). I sina erfarenheter av samverkan i interprofessionella team berättade sjuksköterskorna att de kände respekt för läkare men att den inte alltid var ömsesidig (Tame, 2012 & Ebert et al., 2014). De erfarenheter sjuksköterskorna upplevde som respektlösa var när läkare inte svarade på sökningar och sjuksköterskorna behövde jaga dem (Cioffi et al., 2009 & Weller et al., 2011), när deras bidrag i vården inte värderades eller uppmärksammades (Wilson et al., 2005; Solheim et al., 2007 & Weller et al., 2011), när de möttes av arrogans och/eller otrevligt beteende (Weller et al., 2011 & Johnson et al., 2012), när de inte blev hörda (O'Brien et al., 2009 & Johnson et al., 2012) och när intresse för deras kompetenser inte fanns (Tame, 2012 & Ebert et al., 2014).

Att arbeta med olika personligheter

Sjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta med olika personligheter handlade om relationer, kommunikation, respekt och organisation. Att forma och underhålla relationer samt att utbyta information uppfattades av sjuksköterskorna vara kärnan för att kunna samverka i interprofessionella team (O'Brien et al., 2009). Sjuksköterskorna beskrev att relationer lade grunden för hur det fortsatta teamarbetet skulle komma att fungera (Pullon, 2008). Respektfulla relationer i interprofessionella team upplevdes av sjuksköterskorna kunna förbättra och underlätta samverkan (Solheim et al., 2007; Pullon, 2008; Johnson et al., 2012 & Pfaff et al., 2014). Att vara flexibel, ha ett öppet förhållningssätt och vara entusiastisk var personlighetsdrag som ansågs respektfulla (Solheim et al., 2007). För att kunna arbeta med olika personligheter och lära känna olika professioner beskrev sjuksköterskorna att det var viktigt att skapa kollegiala relationer med hjälp av personliga färdigheter som lättsamhet, tillgänglighet (O'Brien et al., 2009 & Cioffi et al., 2009), humor, skratt, socialt umgänge (Solheim et al., 2007 & Pullon, 2008), uppmuntran och stöd (Wilson et al., 2005). De personliga färdigheterna bidrog även till möjligheter att hålla en öppen kommunikation i teamet (O'Brien et al., 2009 & Cioffi et al., 2009). För att kunna bibehålla relationer och god kommunikation önskade sjuksköterskorna möjlighet till fler fysiska möten (McGrail et al., 2008; Cioffi et al., 2009 & O'Brien et al., 2009). Organisatoriska strukturer och system som tillät fysisk närhet ansågs förbättra samverkan då det var ett effektivt sätt att fatta gemensamma beslut och utbyta information (McGrail et al., 2008; Cioffi et al., 2010 & Weller et al., 2011). Att turas om med mindre önskvärda uppgifter ansågs också vara positivt för teamarbetet (O'Brien et al., 2009). Sjuksköterskorna beskrev erfarenheter av en förbättrad samverkan när de möttes av teammedlemmar med kontrollerat humör, känslor och förutfattade meningar. Det räckte enligt

sjuksköterskorna i Solheim et al (2007) med en negativ och motsträvande attityd i teamet för att samverkan skulle fallera.

Svårigheter i eller total brist på samverkan kunde enligt sjuksköterskornas erfarenheter bero på infekterade relationer (Wilson et al., 2005) brister i personkemin, olika åsikter om vilken vård som var bäst och brister i kommunikationsprocessen (Solheim et al., 2007 & Cioffi et al., 2010). Sjuksköterskorna upplevde brister i verbal och icke-verbal kommunikation hos läkare när de inte delgav information om patienters vård och/eller skrev otydliga anteckningar (Cioffi et al., 2009 & O'Brien et al., 2009). Konsultation i form av kommentarer, tolkningar, observationer och förfrågningar mellan olika vårdprofessioner upplevdes leda till bättre beslutsfattande och klarsynthet (Solheim et al., 2007 & O'Brien et al., 2009), men om teamet bestod av för många medlemmar försvårades kommunikationsprocessen och därmed samverkan (Solheim et al., 2007). Sjuksköterskorna erfor att det behövdes en tydlig ledare som kunde fungera som en förebild och vara stödjande för att samverkan i interprofessionella team skulle fungera (Wilson et al., 2005 & Solheim et al., 2007). Dessa ledare kunde vara chefer eller andra teammedlemmar (Wilson et al., 2005 & Pfaff et al., 2014), sjuksköterskorna berättade att ledare hade stort inflytande på hur samverkan skulle ske och ansågs viktiga när konflikter i teamet skulle lösas (Pfaff et al., 2014).

Att arbeta för gemensamma mål

Att arbeta för gemensamma mål uppfattades av sjuksköterskorna handla om vårdresultat, mål och organisation. För att kunna ge bästa möjliga vård till patienter erfor sjuksköterskorna att det var viktigt att samverka i interprofessionella team (Solheim et al., 2007; McGrail et al., 2008 & Cioffi et al., 2010). Fördelar med teamarbete var att det kliniska utförandet blev bättre, lättare, effektivare och säkrare (Solheim et al., 2007). Att bedöma patienter tillsammans i team (McGrail et al., 2008) gjorde att sjuksköterskorna fick mer kunskap om patienters situationer än om de hade bedömt patienterna själva (Cioffi et al., 2010). De kunde då föreslå, hantera och utföra säkrare och mer relevanta omvårdnadsåtgärder (Cioffi et al., 2010 & Pfaff et al., 2014). Sjuksköterskorna berättade att ett team med mycket personal kunde se starkt ut men att uppfattningen av samverkan i teamet kunde vara låg då det förekom långa väntelistor och personalbrist. Detta gjorde att sjuksköterskorna fick ta ansvar för andra professioners arbete och komma på tillfälliga lösningar för att patienter som fick vänta en längre tid ändå skulle få så god vård som möjligt (ibid). Lång väntan för patienter beskrev sjuksköterskorna också kunna bero på att läkare inte var stationerade på avdelningen så som sjuksköterskorna var (Weller et al., 2011). Sjuksköterskorna upplevde att brist på råd och stöd från läkare och andra sjuksköterskor påverkade patientsäkerheten (O'Brien et al., 2009 & Weller et al., 2011). Om inte alla teammedlemmar var involverade i beslutsfattningar kunde

patientsäkerheten äventyras eftersom besluten då inte utgick från alla professioners perspektiv (Weller et al., 2011). Inom samverkan i interprofessionella team fanns det enligt sjuksköterskorna inget ”vi” och ”dem”, utan ”oss” (Pullon, 2008) där det gemensamma målet var att arbeta tillsammans för optimal vård för patienten (Pullon, 2008 & Cioffi et al., 2010). Sjuksköterskorna berättade om vikten av att alla i teamet förstod varandra (Solheim et al., 2007; Pullon, 2008 & Pfaff et al., 2014) och därigenom kunde skapa en gemensam vision och ett gemensamt mål med vården. En sjuksköterska menade att detta var en förutsättning för att kunna samverka, hon förklarade det i en kort mening ”*The mission is the essence (RNC)*” (Solheim et al., 2007, s.631).

Tabell 2: Kodernas representativitet i respektive kategori.

Koder	Kategori	Kategori	Kategori	Kategori
	Att respektera varandras kompetenser	Att ha en tydlig arbetsfördelning	Att arbeta med olika personligheter	Att arbeta för gemensamma mål
Tillit	x			
Kompetens	x			
Roller		x		
Respekt	x	x	x	
Kommunikation			x	
Utbildning	x			
Mål				x
Vårdresultat				x
Erfarenhet	x			
Relationer			x	
Organisation			x	x
Hierarki		x		

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att på ett systematiskt tillvägagångssätt belysa sjuksköterskors erfarenheter av samverkan i interprofessionella team. Valet av västerländska studier grundades på att kunna uppnå en överförbarhet till svenska förhållande. För att studiens resultat skulle kunna anses överförbart till nutida sjukvård valdes artiklar äldre än 10 år bort. Sökningar valdes att göras i databaserna CINAHL, PubMed och Sociological Abstracts då dessa publicerar omvårdnadsforskning (Högskolan i Halmstad, u.å & Forsberg & Wengström, 2013). Den utsatta tidsramen för litteraturstudien begränsade sökningar i ytterligare databaser. Trovärdigheten kan kanske stärkas av att flera olika benämningar på samverkan användes som sökord. Detta gjordes för att skapa en omfattande översikt

över forskningsläget. Det finns olika tillvägagångssätt vid granskning av artiklar. Genom att i denna studie utföra granskning med hjälp av kvalitetsorden trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet kan tillförlitligheten stärkas. Av de 13 artiklarna som valdes var elva godkända av en etisk kommitté. De två övriga var godkända av sjukhusstyrelser och forskningsråd, de beskrev också vilka etiska principer de följt och ingick därför i litteraturstudien. Frågeställningar, koder och kategorier som använts vid databearbetning är tydligt presenterade vilket kan stärka litteraturstudiens trovärdighet samt bekräftelsebarhet. Bekräftelsebarheten kan även stärkas av att färgkodning gjordes individuellt för att uppnå objektivitet i tolkning av data. Litteraturstudiens pålitlighet kan möjligtvis påverkas av att de vetenskapliga texterna har översatts från engelska till svenska.

Resultatdiskussion

Huvudfynden av sjuksköterskornas erfarenheter av interprofessionell samverkan handlade om att respektera varandras kompetenser, vilket var kärnan i interprofessionell samverkan. Faktorer som arbetsfördelning, personligheter och gemensamma mål möjliggör eller hindrar respektfull samverkan, se figur 1.



Figur 1: Erfarenheter av interprofessionell samverkan

En av sjuksköterskors kärnkompetenser som framställts av IOM och QSEN är samverkan i team (Berlin, 2013). Detta bekräftas av sjuksköterskorna som upplevde att samverkan i interprofessionella team var en naturlig och självklar kompetens (Bailey et al., 2006 & Solheim et al., 2007). Den naturliga och självklara känslan av att kunna samverka kan möjligtvis bero på en tidig etablering av samarbetsförmågan. Redan som barn är förmågan att samverka med andra människor i fokus och läroplanen för förskolebarn i Sverige grundar sig på begrepp som samspel, samarbete,

kommunikation, social kompetens och grupper (Skolverket, 2010). För en fungerande samverkan krävdes ömsesidig respekt (Pullon, 2008) vilket styrks av Cronenwett et al. (2007) som också förklarar att ömsesidig respekt är grundläggande i kärnkompetensen samverkan i team. Att effektivt hantera snabbt skiftande situationer och att arbeta säkert är några av sjuksköterskors ansvarsområden som beskrivs av Benner (1984/1993). Dessa ansvarsområden uppmärksammades även av sjuksköterskorna och kompetens i dessa beskrevs kunna underlätta samverkan i interprofessionella team (Pullon, 2008).

Tillit var ett återkommande ämne i resultatet och ansågs vara beroende av kompetens. Merrick, Fry & Duffield (2014) beskriver hur interprofessionell tillit över tid växer fram med hjälp av en ständig uppvisning av kompetens. Detta kan härledas till sjuksköterskornas erfarenheter av hur tillit utvecklas. De beskrev att tillit utvecklades över tid (Solheim et al., 2007; Pullon, 2008; Weller et al., 2011 & Wilson et al., 2005) och att det var svårt att känna tillit till nya läkare när de inte visste vilken kompetens de hade (Weller et al., 2011). De erfor också att tillit till dem saknades när läkare inte hade kunskap om sjuksköterskors kompetens (Wilson et al., 2005 & Weller et al., 2011).

Sjuksköterskorna upplevde att sjuksköterskeutbildningen saknade utbildning i interprofessionell samverkan (Ebert et al., 2014 & Pfaff, Baxter, Jack & Ploeg, 2014). Sjuksköterskorna föreslog att gemensam och kontinuerlig utbildning i fysisk närvaro av varandra skulle underlätta den interprofessionella samverkan (Pullon, 2008; Ebert et al., 2014 & Pfaff et al., 2014). Interprofessionell utbildning beskrivs av Baker och Durham (2013) ge studenter kompetens i att samverka genom en förbättrad kommunikation, ökad förståelse för varandras roller och ansvarsområden, förbättrad konflikthantering och konfliktlösning, förbättrad teamfunktion samt att det underlättade utförandet av patientcentrerad vård. Även Svensk sjuksköterskeförening och Svenska läkaresällskapet (2013) menar att gemensam interprofessionell utbildning är något som behövs i alla vårdutbildningar för att olika professioner tillsammans ska kunna ge en optimal vård till patienter. Utbildning i form av interprofessionella simuleringsövningar har haft positiva effekter för samverkan. Detta har ökat förståelsen för andra professioner och synliggjort vikten av teamkoordination. Simuleringsövningar ökar förståelse för distinkta roller och ger ett ökat självförtroende i att arbeta med andra professioner (King, Conrad & Ahmed, 2013). Bristfällig kunskap i interprofessionell samverkan kan kanske bero på att sjuksköterskeutbildningen idag är isolerad från andra vårdutbildningar. Det kanske också beror på att endast en liten del av den praktiska utbildningen berör samverkan med andra professioner och att teoretisk utbildning i samverkan verkar vara obefintlig. Svensk sjuksköterskeförening och Svenska läkaresällskapet (2013) menar att gemensam interprofessionell utbildning tidigare inte uppmärksammats men att den

idag är under utveckling både internationellt och nationellt (ibid). Eftersom interprofessionell samverkan idag är vanligt förekommande i hälso- och sjukvården kan det ses som självklart att utbildning inom samverkan uppmärksammas och inkorporeras vid sjuksköterskeutbildningar. Inför framtiden kan detta möjligtvis bidra till att sjuksköterskor utvecklar sin kompetens i samverkan med andra professioner och att vårdkvaliteten ökar för patienter. Framtida forskning på effekten av utbildningar kan möjligen leda till att fler sjuksköterskeutbildningar väljer att ha denna sortens utbildning vid sitt lärosäte.

Sjuksköterskor har en central roll i att hantera viktig information angående patienters vård (Apker, Propp, Zabava-Ford & Hofmeister, 2006). Att utbyta information var för sjuksköterskorna kärnan i att kunna samverka i interprofessionella team (O'Brien et al., 2009). Detta överensstämmer med Sharp (2012) som menar att kommunikation med ett ömsesidigt informationsutbyte är fundamentalt för en god samverkan. Vidare beskriver även Benner (1993) kommunikationens betydelse inom sjuksköterskans ansvarsområden. Svårigheter i samverkan kunde enligt Solheim et al (2007) och Cioffi et al (2010) bland annat bero på brister i kommunikationsprocessen. Brister upplevdes i både verbal och icke-verbal kommunikation (Cioffi et al., 2009 & O'Brien et al., 2009). För att minska dessa brister kan med fördel en kommunikativ miljö som ger möjlighet till god problemlösning i teamarbetet främjas. För att göra detta rekommenderas en standardiserad kommunikation, såsom SBAR som står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011). Vid användning av SBAR har det påvisats att antalet inläggningar på intensivvårdsavdelningar samt antalet oväntade dödsfall har minskat (De Meester, Verspuy, Monsieurs & Van Bogaert, 2013). SBAR kan möjligen göra det lättare för noviser att komma in i rutiner och förstå sammanhang. Denna typ av standardiserad kommunikation, både muntlig och skriftlig, kan underlätta vid överrapportering, dokumentering och kommunikation vid ronder. Fördelar med att tillämpa denna typ av riktlinjer kan härledas till Benners (1993) förklaring av novisens behov av att ha regler och rutiner att förlita sig på i början av karriären. Då en sjuksköterska i novisfasen inte klart vet vad som förväntas av henne, kan en standardiserad kommunikation på arbetsplatsen möjligtvis bidra till att klargöra vad hon kommunikativt förväntas leverera. Även i Benners (1993) förklaring av sjuksköterskors kompetensområden betonar hon i domänen att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt omvårdnadsarbete, vikten av att arbeta efter rutiner, regler och policys för att kunna bedriva patientsäker vård. Möjligtvis kan Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) upplevas ha en stödjande funktion i sjuksköterskans utveckling i alla Benners kompetensområden, som både direkt och indirekt trycker på vikten av att arbeta patientsäkert.

Resultatet belyser behovet av god kommunikation för att skapa och bibehålla relationer i interprofessionella team (O'Brien et al., 2009). Personliga färdigheter var av stor vikt för att kunna ingå i en relation (Wilson et al., 2005; Solheim et al., 2007; Pullon, 2008; Cioffi et al., 2009 & O'Brien et al., 2009). De personliga färdigheter som finns i ett team avgör hur väl ett team kommer att fungera (Davies och Kanaki, 2006). En balanserad blandning av olika personliga färdigheter har visat sig kunna öka ett teams funktionalitet (ibid). Detta talar för att utöver kompetens spelar personligheter en viktig roll. Oberoende av hur kompetent en medlem av teamet är så fungerar inte en god samverkan om någon är bitter, dominant, arrogant eller saknar andra personliga färdigheter som humor, välvilja och omtänksamhet.

Många av sjuksköterskorna upplevde känslor av underlägsenhet (Johnson et al., 2012) och att läkare såg dem som hjälpredor istället för samarbetspartner (Cioffi et al., 2009; Johnson & Kring, 2012; Tame, 2012 & Ebert et al., 2014). Sjuksköterskornas underlägsenhet kunde påvisas i Churchman och Doherty (2010) där sjuksköterskorna berättade att läkare gärna ville bli behandlade som allsmäktiga. Vidare beskriver sjuksköterskorna hur relationen mellan sjuksköterskor och läkare kunde liknas vid lärare och elev, och att sjuksköterskor i närhet av läkare blev "små flickor" igen (ibid). Utifrån kunskap om den hierarkiska ordningen som påvisats, kanske det inte bara är yrkestitlar utan också personliga färdigheter och inlärd beteenden som utgör denna typ av relationer. Traditionella hierarkiska strukturer inom hälso- och sjukvården kan möjligtvis bidra till att sjuksköterskor automatiskt finner sig i en underlägsen position, och att de omedvetet också bidrar till förstärkning av den enligt Benner et al (2011) ogynnsamma traditionella hierarki som finns mellan de olika vårdprofessionerna.

Sjuksköterskorna beskrev i flertalet resultatartiklar att interprofessionell samverkan står i relation till optimal och säker vård (Solheim et al., 2007; McGrail., 2008; Pullon, 2008; O'Brien et al., 2009; Cioffi et al., 2010; Weller et al., 2011 & Pfaff et al., 2014). De resterande sex resultatartiklarna talade om interprofessionell samverkan i indirekt relation till patientsäkerhet. Enligt vårdförbundet (2011) avled cirka 3000 personer år 2009 i Sverige till följd av vårdskador. Ökad kunskap samt utbildning i interprofessionell samverkan hade möjligen kunnat minska denna siffra.

Konklusion

Litteraturöversiktens resultat visar att sjuksköterskor erfarenheter av samverkan i interprofessionella team är att sammanväva kompetenser, att arbeta i roller, att arbeta med olika personligheter och att arbeta för gemensamma mål. Att sammanväva kompetens handlar om att kunna komplettera olika kompetenser och perspektiv. Detta är möjligt när respekt och tillit till teammedlemmar finns. Utbildning och erfarenhet i interprofessionell samverkan underlättar sammanvävning av kompetenser.

Sjuksköterskornas erfarenheter påvisar dock att utbildning saknas. Att arbeta i roller handlar om rollförståelse och hierarkiska strukturer där sjuksköterskor erfar att kunskap kring teammedlemmars roller ofta är oklara, att sjuksköterskor ofta är underordnade samt att en brist på respekt finns för sjuksköterskeprofessionen. Att arbeta med olika personligheter erfars av sjuksköterskor handla om att tillämpa personliga färdigheter, att kommunicera, visa respekt och den organisatoriska uppbyggnaden på arbetsplatsen. Att arbeta för gemensamma mål är enligt sjuksköterskornas erfarenheter att ha en gemensam vision i teamet och att arbeta tillsammans för optimal och säker vård.

Implikation

Litteraturöversikten visar på bristfällig kunskap kring samverkan i interprofessionella team. För att tydliggöra de olika teammedlemmarnas ansvarsområden, kompetenser och roller skulle gemensam utbildning mellan sjuksköterskestudenter och andra studenter inom hälso- och sjukvård vara fördelaktigt. Den teoretiska utbildningen skulle kunna ske i form av föreläsningar där de olika studenterna får presentera sina utbildningar och deras kommande yrken för varandra. Förslag till praktisk utbildning för studenter är gemensamma simuleringsövningar. Ytterligare ett förslag för att öka kunskap och förbereda sjuksköterskestudenter för kommande interprofessionell samverkan är att erfaren hälso- och sjukvårdspersonal bjuds in till lärosäten för presentation av sin profession. För att underhålla kunskap i samverkan, rekommenderas interprofessionella simuleringsövningar även efter sjuksköterskeutbildningen. Då forskning är en färskvara anses det angeläget med ytterligare och fördjupad forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av interprofessionell samverkan.

Referenser

- Apker, J., Propp, M. K., Zabava-Ford, S. W., & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189. doi: 10.1016/j.profnurs.2006.03.002
- Bail, K., & Morrisson, P. (2011). Interprofessional communication of prognosis: teaching to bridge the gaps. *Education for Health*, 24(1), 326.
- *Bailey, P., Jones, L., & Way, D. (2006). Family physician/nurse-practitioner: stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 381-391.
- Baker, J. M., & Fowler Durham, C. (2013). Interprofessional education: a survey of students' collaborative competency outcomes. *Journal of Nursing Education*, 52(12), 713-718. doi: 10.3928/01484834-20131118-04
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet* (T. Grundberg & B. Hedén, övers.). Lund: Studentlitteratur AB. (Originalarbete publicerat 1984)
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Berlin, J. (2013). Teamarbete: ett livsviktigt samspel. I J. Leksell., & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s.159-177). Stockholm: Liber AB.
- Churchman J.J., & Doherty, C. (2010) Nurses' views on challenging doctors' practice in an acute hospital. *Nursing Standard*, (24)40, 42-47.
- *Cioffi, J., & Fergusson, L. (2009). Team nursing in acute care settings: nurses' experiences. *Contemporary Nurse*, 33(1), 2-12.
- *Cioffi, J., Wilkes, L., Cummings, J., Warne, B., & Harrison, K. (2010). Multidisciplinary teams caring for clients with chronic conditions: experiences of community nurses and allied health professionals. *Contemporary Nurse*, 36(1-2), 61-70.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131. doi:10.1016/j.outlook.2007.02.006

- Davies, F. M & Kanaki, E. (2006). Interpersonal characteristics associated with different team roles in work groups. *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 638-650. doi: 10.1108/02621710810871817
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192–1196. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016
- Delva, D., Jamieson, M., & Lemieux, M. (2008). Team effectiveness in academic primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22(6), 598 – 611. doi: 10.1080/13561820802201819
- *Ebert, L., Hoffman, K., Levett-Jones, T., & Gilligan, C. (2014). ”They have no idea of what we do or what we know”: australian graduates’ perceptions of working in a health care team. *Nurse Education in Practice* 14, 544-550. doi:10.1016/j.nepr.2014.06.005
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Gillespie, M. B., Chaboyer, W., Longbottom, P., & Wallis, M. (2010). The impact of organizational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 732-741. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001
- Henricson, M. (Red.). (2013). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Högskolan i Halmstad. (u.å). *Databaser: sociological abstracts*. Hämtad 2015-03-16, från http://bibweb.hh.se/sv/databaser/detailed_record2.lasso?Display=20&aemne=H%C3%A4lsovetenskap&do=advanced&sortby=relevans|descending&Skip=0&detail=2&-session=User:C22F0C4B07b7f1BDD9pHp16DDA1C
- Högskolan i Halmstad. (2014). *Riktlinjer: examensarbete och skriftliga uppgifter inom omvårdnad*. Hämtad 2015-04-08, från <http://www.hh.se/download/18.3777d33b146f0c7c05af29b3/1412669187582/Riktlinjer+examensarbeten+och+skriftliga+uppgifter+141006.pdf>

- *Johnson, S., & King, D. (2012). Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: medical-surgical vs. intensive care. *MEDSURG Nursing*, 21(6), 343-347.
- Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 175–181. doi: 10.3109/13561820.2010.520248
- King, A., Conrad, M., & Ahmed, A. R. (2013). Improving collaboration among medical, nursing and respiratory therapy students through interprofessional simulation. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 269–271. doi: 10.3109/13561820.2012.730076
- *McGrail, A.K., Morse, S.D., Glessner, T., & Gardner, K. (2008). "What is found there": qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories. *Society of General Internal Medicine*, 24(2), 198-204. doi: 10.1007/s11606-008-0869-5
- Merrick, E., Fry, M., & Duffield, C. (2014). Australian practice nursing: collaboration in context. *Journal of clinical nursing*, 23(23-24), 3525-3532. doi: 10.1111/jocn.12605
- *O'Brien, L.J., Martin, R.D., Heyworth, A.J., & Meyer, R.N. (2009). A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 444-453. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00428.x
- Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82. doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x
- *Pfaff, A.K., Baxter, E.P., Jack, M.S., & Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1142-1152. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001
- Propp, M.K., Apker, J., Zabava-Ford, S.W., Wallace, N., Serbenski, M., & Hofmeister, N. (2010). Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qualitative Health Research*, 20(1), 15–28. doi: 10.1177/1049732309355289

- *Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 133-147. doi: 10.1080/13561820701795069
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Skolverket. (2010). *Läroplan för förskolan*. Hämtad från http://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskild-publikation?_xurl_=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2FBlob%2Fpdf2442.pdf%3Fk%3D2442
- Socialstyrelsen. (2012). *Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet*. Hämtad 2015-02-27, från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/forslag-till-nationell-strategi-patientsakerhet.pdf>
- *Solheim, K., McElmurry, J.B., & Kim, M.J. (2007). Multidisciplinary teamwork in US primary health care. *Social science & medicine*, 65, 622-634. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.028
- Strömberg, A. (1998). *Samverka*. I Stora synonymordboken. Stockholm: Strömberg AB.
- Strömberg, A. (1998). *Samverkan*. I Stora synonymordboken. Stockholm: Strömberg AB.
- Sullivan, J. E., & Decker, J. P. (2009). *Effective Leadership and Management in Nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Svenska akademins ordbok. (1965). *Samverka*. Lund: Berlingska boktryckeri- & stilgjuteri AB.
- Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet. (2013). *Teamarbete & Förbättringskunskap: två kärnkompetenser för god och säker vård*. Solna: Åtta.45.
- *Tame, L.S. (2012). The effect of continuing professional education on perioperative nurses' relationships with medical staff: findings from a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 817-827. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06.065.x

- Vårdförbundet. (2011). *Vårdskador län för län*. Hämtad 2015-03-02, från <https://www.vardforbundet.se/Agenda/Aktuellt/Vardskador-lan-for-lan/>
- Wagner, J. D., & Whaite, B. (2010). An exploration of the nature of caring relationships in the writings of Florence Nightingale. *Journal of holistic nursing*, 28(4), 225-234. doi: 10.1177/0898010110386609
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (sid.482-495). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Weller, M.J., Barrow, M., & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Medical Education*, 45, 478-487. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x
- *Wilson, K., Coulon, L., Hillege, S., & Swann, W. (2005). Nurse practitioners' experiences of working collaboratively with general practitioners and allied health professionals in New South Wales, Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 22-27.
- World Health Organisation. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Genève: World Health Organisation.
- Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 61(2), 232-241. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x
- Ödegård, S. (2006). *Säker Vård: Patientskador, rapportering och prevention*. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

Tabell 3: Sökordsöversikt

Sökord	Cinahl	Pubmed
Sjuksköterska/sjuksköterskor/omvårdnad	Nurs*	Nurs*
Samverka/Samverkan	Collaboration	Collaboration*
Uppfattning/Uppfattningar	Perception*	
Erfarenhet/Erfarenheter	Experience*	Experience
Relation/Relationer Förhållande/Förhållanden	Relationship*	
Läkare	Physician*	Physician*
Interprofessionell	Interprofessional	Interprofessional
Multidisciplinär	Multidisciplinary	
Teamarbete	Teamwork	

Tabell 4: Sökhistorik

Nummer inom parenteser är dubletter av resultatartiklar

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
150226	CINAHL	Nurs* AND Collaboration AND Interprofessional AND Physician* Limits: Abstract available, English language, Research Article, Peer- reviewed. Publicerad: 2005-2015	134	22	15	4
150227	CINAHL	Nurs* AND Interprofessional AND Relationship* AND Physician* AND Perception* Limits: Abstract available, English language, Research Article, Peer- reviewed. Publicerad: 2005-2015	21	5	2	1 (1)
150227	CINAHL	Nurs* AND Physician* AND Relationship* AND Experience* Limits: Abstract available, English language, Research Article, Peer- reviewed. Publicerad: 2005-2015	181	31	10	2 (3)
150302	CINAHL	Nurs* AND Teamwork AND Experience* AND Multidisciplinary Limits: Abstract available, English language, Research Article, Peer- reviewed. Publicerad: 2005-2015	76	13	8	4
150306	PubMed	((Nurse*) AND Physician*) AND Collaboration*) AND Experience* Limits: Abstract, humans. Publicerad: 2005/01/01 - 2015/12/31	134	22	9	2 (2)

Tabell 5: Artikelöversikt

Artikel 1

Referens	McGrail, A.K., Morse, S.D., Glessner, T., & Gardner, K. (2008). "What is found there": Qualitative Analysis of Physician-Nurse Collaboration Stories. <i>Society of General Internal Medicine</i> , 24(2), 198-204. doi: 10.1007/s11606-008-0869-5
Land Databas	United States of America PubMed
Syfte	Syftet var att analysera och beskriva sjuksköterskors och läkares erfarenheter av samverkan.
Metod: Design	Kvalitativ metod Induktiv, Fenomenologisk design
Urval	Läkare av olika rang (n=30) och sjuksköterskor (n=37) på ett universitetssjukhus erbjöd sig att delta i studien.
Datainsamling	Datainsamlingen ägde rum på universitetssjukhuset där deltagarna var anställda. En deltagardriven workshop genomfördes med hjälp utav en organisatorisk förändringsteknik, Appreciative Inquiry (AI). Deltagarna skrev utifrån detta berättelser om deras upplevelser av effektiv samverkan och lämnade in.
Dataanalys	Berättelserna analyserades och kodades av fyra forskare med hjälp av Narrativ analys som kompletterades av ett fenomenologiskt synsätt för att utforska samverkan i en helhet. Initialt analyserades fem berättelser, utifrån dessa kom forskarna fram till fyra koder som under tiden omprövades upprepade gånger. Skillnader i koder visades för hela forskningsteamet för att nå konsensus. Berättelserna analyserades sedan en gång till för att leta efter nyckelord och fraser som påverkade kvaliteten på samverkan. Grad av samverkan och vad som underlättade samverkan identifierades. Till slut identifierades nio koder med 75 underkoder.
Bortfall	Fyra berättelser exkluderades på grund av att deltagare som skrivit dem bara samarbetat inom sin egen disciplin. Två berättelser innehöll inget material som ansågs relevant till syftet.
Slutsats	De fyra teman som framkom var: Triggande faktorer till samverkan identifierades som akuta kriser och emotionella kriser. Sjuksköterskor upplevde ofta oro över patienters hälsa. Ingen skillnad i frekvens fanns mellan kön eller profession. Underlättande beteende hos läkare ansågs av sjuksköterskor vara tillitsfullt och respektfullt gentemot sjuksköterskekollegor, fysiskt och psykiskt närvarande, pedagogisk, flexibel, snäll och stöttande. Påverkan på de involverade professionerna var att de kände sig respekterade, värdefulla och förstärkta. Sjuksköterskor som kände sig nöjda med att ha utfört ett bra jobb. Samverkanskompetens 25 berättelser påvisade hög nivå av samverkanskompetens, dessa karakteriserades av klinisk expertis och interprofessionella relationer. Hög nivå av samverkan identifierades hos både sjuksköterskor och läkare. Organisatoriska strukturer så som fysiskt närvarande av professioner och mentorskap bidrog också till hög nivå av samverkan.
Vetenskaplig kvalitet	Resultatet svarar på syftet och det stärks utav citat. Trovärdighet: Studien har blivit godkänd utav sjukhusets styrelse. Deltagarna blev informerade om hur data skulle användas och gav sitt godkännande. Författarna diskuterar att triangulering ökar kvaliteten. Författarnas förståelse beskrivs delvis. Deltagarkontroll har skett, vilket ökar trovärdigheten. Datainsamlingen är noggrant beskriven vilket ökar trovärdigheten, urvalsprocessen är ej tydligt beskriven. Dataanalysen är noggrant beskriven vilket ger en hög trovärdighet. Bekräftelsebarhet: Ett urval av berättelser diskuterades mellan författarna och läkarna, författarna diskuterade samma berättelser med sjuksköterskor för att konfirmera kodning och mättnad. Alla koder bestämdes utav minst två författare för att öka objektiviteten. Skillnader i kodning lades fram för forskningsteamet för att nå konsensus. Pålitlighet: Författarnas förståelse nämns i form av beskriven utbildning, yrke och intressen. Författarna diskuterar att alla fyra författare är kvinnor vilket kan ha färgat resultatet. Överförbarhet: Deltagarna visste innan de skrev sina berättelser att de skulle dela med sig utav berättelsen till en kollega, författarna beskriver att det kan ha påverkat vad deltagarna skrivit i sina berättelser. Författarna säger att studien inte kan generaliseras på grund av att de flesta läkarna som deltog var från olika länder. De nämner också att på grund av den kvalitativa metoden och storleken på urvalet så är det svårt att särskilja läkares och sjuksköterskors affektiva upplevelser av samverkan i team.

Artikel 2

Referens	Cioffi, J., Wilkes, L., Cummings, J., Warne, B., & Harrison, K. (2010). Multidisciplinary teams caring for clients with chronic conditions: Experiences of community nurses and allied health professionals. <i>Contemporary Nurse</i> , 36(1-2), 61-70.
Land Databas	Australien Cinahl
Syfte	Syftet med studien var att beskriva kommunsjuksköterskor och tillhörande hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter av att arbeta i multidisciplinära team.
Metod: Design	Kvalitativ metod Induktiv deskriptiv design
Urval	Flygblad delades ut för att fånga lämpliga deltagares intresse. Ett ändamålsenligt urval gjordes där inklusionskriterier var att personen skulle vara hälso- och sjukvårdspersonal och delaktig i multidisciplinära team som vårdade patienter med kroniska sjukdomar. Kommunsjuksköterskor (n=21) och övrig hälso- och sjukvårdspersonal (n=12) anmälde intresse och blev deltagare i studien.
Datainsamling	Datainsamlingen ägde rum i fyra fokusgrupper. Två fokusgrupper bestod av sjuksköterskor och de resterande två bestod av övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Datainsamlingen hölls på hälsoinrättningar på olika geografiska platser. Deltagarna blev ombedda att beskriva upplevelser av att arbeta i multidisciplinära team i vårdandet av patienter med kroniska sjukdomar. En ämnesguide användes för att guida diskussionen, denna innehöll: Definition och funktion av multidisciplinära team, arbeta i team och medarbetares roller i team. Varje fokusgrupps diskussion varade i cirka 90 minuter och diskussionen bandinspelades.
Dataanalys	De bandinspelade diskussionerna transkriberades och lästes sedan flera gånger för att sedan analyseras med hjälp av en induktiv reasoning guide (?). Nyckelfaktorer i upplevelser identifierades för att sedan kodas. Utifrån koderna utvecklades kategorier som beskrev deltagarnas upplevelser. Rådata granskades, reducerades och rekonstruerades och forskningsteamet granskade kategorierna tillsammans.
Bortfall	Bortfall redovisas ej.
Slutsats	Deltagarnas beskrivningar av upplevelser av att arbeta i multidisciplinära team ledde fram till tre kategorier. Första kategorin gemensamt mål , beskrevs likartat av alla deltagare. Det gemensamma målet kunde uppnås genom att de arbetade efter en vårdmodell för komplexa, äldre och kroniska patientgrupper. Andra kategorin att arbeta i team , beskrev att problem som kan uppstå i teamet beror på att verbal och/eller skriftlig kommunikation inte fungerar optimalt. Ytterligare en viktig faktor som beskrevs i teamarbete var relationer mellan medlemmar i teamet, vilket var kopplat till vilka roller medlemmarna hade. För att uppnå en god relation ansågs det viktigt att ha kunskap om varandras roller. Den tredje kategorin som identifierades var tryckt stämning i teamet . Den tryckta stämningen grundades ofta i att sjuksköterskan behövde utföra provisorisk vård på grund av långa väntetider till lämplig personal. Det grundades också i att sammanhållningen i teamet förändrades, att sjuksköterskor inte refererar patienter till lämplig personal och när åsikter om patienters vård skiljer sig åt.
Vetenskaplig kvalitet	Resultatet stärks utav citat och svarar väl mot studiens syfte. Trovärdighet: Studien har fått etiskt godkännande av en etisk kommitté och triangulering har tillämpats vilket är positivt för studiens kvalitet. Författarnas universitet och forskningsenheter är beskrivna. Datainsamlingen och urvalsprocessen är noggrant beskrivna, författarna nämner dock att de som frivilligt anmälde intresse till att delta i studien kan ha begränsat utforskningen av upplevelser. Deltagarna hade varierande grad av utbildning och varierande erfarenhet av teamarbete vilket ökar trovärdigheten. Även dataanalysen är beskriven i detalj vilket ytterligare ökar trovärdigheten. Bekräftelsebarhet: Alla medlemmar i forskarteamet granskade kategorierna och tolkningarna av insamlad data vilket ökar objektiviteten och risken att data färgas av förförståelse minskar. Pålitlighet: Författarnas universitet och forskningsenhet beskrivs. Författarna nämner ingenting om kvaliteten på den tekniska utrustningen de använde sig utav. Överförbarhet: De tre ovanstående kvalitetsaspekterna är säkrade. Författarna förklarar att det är en liten studie och berör hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i team som vårdar kroniskt sjuka patienter på ett särskilt geografiskt område och att resultaten från denna studie kan skilja sig ifrån vad resultat på andra geografiska områden skulle visa.

Artikel 3

Referens	Cioffi, J., & Fergusson, L. (2009). Team nursing in acute care settings: Nurses' experiences. <i>Contemporary Nurse</i> 33(1), 2-12.
Land Databas	Australien PubMed
Syfte	Syftet var att identifiera och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i akutvårdsteam.
Metod: Design	Kvalitativ metod Naturalistisk undersöknings design
Urval	Ett bekvämlighetsurval ägde rum där 15 frivilliga sjuksköterskor på tre olika akutvårdssjukhus frivilligt ställde upp på att delta i studien. Inklusionskriterierna var legitimerad sjuksköterska med minst två års erfarenhet utav att vårda vuxna patienter i ett sjukskötersketeam, anställd på en akut medicinsk eller kirurgisk avdelning i dåläget och minst sex månader innan dess.
Datainsamling	Sjuksköterskorna delades upp i fem små grupper som intervjuades med hjälp av en ämnesguide som omfattade arbetsmiljö, teamegenskaper, vårdmodell, teambildning, vårdstandard(?), arbetsbelastning, kommunikation, tillfredsställelse och relationer i multidisciplinära team. Gruppintervjuerna utfördes i ett mötesrum på det aktuella sjukhuset, varade i cirka 60 minuter och bandinspelades.
Dataanalys	Den bandinspelade datan transkriberades verbatim och kategoriserades enligt NVivo & Wolcott's kvalitativa analys. Sex kategorier identifierades.
Bortfall	Bortfall redovisas ej.
Slutsats	De första kategorin som identifierades var fördelar med sjukskötersketeam , sjuksköterskorna beskrev fördelarna med att arbeta i team som att vården blev mer patientcentrerad, alla vet vad de ska göra, sjuksköterskor kunde ta råd av mer erfarna sjuksköterskor, trygghet att ha någon som stöttar upp när det behövs, ökad kvaliteten på vården genom färre misstag och relationer mellan sjuksköterskor förbättrades. Nackdelarna med sjukskötersketeam var att inadekvata team kunde förekomma vid brist på personal. Andra kategorin var inställning till teamarbete , sjuksköterskorna beskrev att de kände sig obekväma när teamarbetet infördes på grund av bristande information och förberedelse. Förhållningssättet skiljde sig mellan olika avdelningar och team. Den tredje kategorin var effektivitet i teamet , det som ansågs viktigt var att alla hjälptes åt. Sjuksköterskorna beskrev att det krävdes kunskap och utbildning i teamarbete för att det skulle fungera, fanns inte detta kunde arbetsbelastningen öka för den ena parten. De beskrev också att det var svårt att jobba i team om personalen inte hade en bra relation. Vidare beskrev sjuksköterskor att kommunikation var en viktig faktor i hur effektivt teamarbetet var. Fjärde kategorin var ökat ansvar i sjukskötersketeamet , sjuksköterskors upplevde att de hade ett ökat ansvar på grund av fler patienter och ansvar över att övervaka de andra teammedlemmarnas varierande förmågor och erfarenheter. Femte kategorin var tillgång till stöd i teamet , sjuksköterskorna upplevde att de hade stöd både inom och utanför teamet. Det var också stöttande att veta att de inte var själva och att andra i teamet hade förståelse för varandras situationer. Teamledaren fungerade ofta som emotionellt stöd för teammedlemmarna. Sista kategorin var involvering i multidisciplinära team , sjuksköterskor beskrev att deras relation med multidisciplinära team var bra. Detta ansågs bero på att kunskap fanns om varandras kompetenser och att de kom överens med varandra. Barriärer i arbetet med multidisciplinära team beskrevs som bristfällig kommunikation och överlägsenhet.
Vetenskaplig kvalitet	Trovärdighet: Etiskt godkänd av etisk kommitté. Deltagarna gav informerat samtycke till att delta. Författarna beskriver deras yrkestitel och vilket universitet de tillhör. Urval, datainsamling och dataanalys beskrivs väl vilket ökar trovärdigheten. Författarna förklarar att triangulering inte har tillämpats. Pålitlighet: Författarnas yrkestitel och universitet nämns. Bekräftelsebarhet: Två utomstående hjälpte till med transkribering och kodning i NVivo, vilket ökar objektiviteten och bekräftelsebarheten. Överförbarhet: Författarna poängterar att det bara är sjuksköterskors upplevelser av teamet som beskrivs och att det var i akutsjukvård. Detta tolkas av läsare som att resultatet går att överföra till liknande situationer. Sjuksköterskorna som deltog hade varierande erfarenhet och utbildning.

Artikel 4

Referens	Ebert, L., Hoffman, K., Levett-Jones, T., & Gilligan, C. (2014). "They have no idea of what we do or what we know": Australian graduates' perceptions of working in a health care team. <i>Nurse Education in Practice</i> 14, 544-550. doi:10.1016/j.nepr.2014.06.005
Land Databas	Australien Cinahl
Syfte	Syftet var att utforska nyutexaminerad sjukvårdspersonals erfarenheter, förståelser och beredskap av att arbeta i interprofessionella team.
Metod: Design	Kvalitativ metod Tolkande design (interpretive)
Urval	Affischer sattes upp på kliniker där även koordinatörer skickade inbjudningar till lämpliga deltagare. Totalt deltog 68 Sjuksköterskor (n=28), farmaceuter (n=23) och läkare (n=17) från tre olika områden i landet som hade mellan sex och 24 månaders erfarenhet av att arbeta i multidisciplinära team.
Datainsamling	En erfaren diskussionsledare utförde semistrukturerade intervjuer i 12 olika fokusgrupper med hjälp av ett antal frågor som var designade för att utforska vad deltagarna kom ihåg av interprofessionell utbildning, deras förberedelse för interprofessionell samverkan och deras rekommendationer för att förbättra den interprofessionella utbildningen. Varade ca 60 min och bandinspelades. En fokusgrupp bestod av blandade professioner och 11 fokusgrupper bestod av deltagare från samma profession. Kvinnor (n=51), män (n=17).
Dataanalys	En tolkande tematisk analys användes där forskarna identifierade preliminära teman och underteman som sedan kodades. Inspelningen transkriberades verbatim av en av författarna och lästes sedan av alla författarna för att nå konsensus. Meningsenheter identifierades och det diskuterades i forskargruppen vilka teman och koncept som skulle användas.
Bortfall	Bortfall redovisas ej.
Slutsats	Resultatet består av två koncept, dessa var att ha kunskap om: Roller och ansvar . Detta koncept beskrev deltagarnas kunskap och förståelse av andra professioners roller i hälso- och sjukvården. Alla deltagargrupper ansåg att deras roller inte uppskattades av andra professioner eftersom de andra professionerna inte hade kunskap eller förståelse för vad de gjorde. Det andra konceptet som framkom var relationer i samarbetet . Detta koncept fokuserade på relationer mellan professioner. Deltagarna ansåg att det var viktigt att skapa en relation till kollegor men att det fanns brister i den interprofessionella utbildningen vilket gjorde att de inte var förberedda för att skapa dessa relationer. En del av deltagarna ansåg att mer utbildning inte skulle hjälpa. För att förbättra den interprofessionella samverkan ansåg deltagarna att det skulle hjälpa med ombytta roller eller att observera den andra professionen för att få en förståelse för deras professionella roll.
Vetenskaplig kvalitet	Resultatet svarar till syftet och stärks av citat ifrån alla tre yrkesgrupper. Trovärdighet : Studien är etiskt godkänd. Urvalet är beskrivet detaljerat, datainsamlingen är noggrann beskriven och alla intervjufrågor presenteras i bilaga vilket ökar trovärdigheten. Under dataanalysen tillämpade alla sex forskare bracketing för att sätta förståelse åt sidan, detta ökar ytterligare trovärdigheten. Triangulering har tillämpats vilket ökar studiens trovärdighet. Deltagare gav sitt godkännande att intervjuer spelades in. Pålitlighet : Fokusgruppen leddes av en erfaren diskussionsledare. En författare transkriberade all data. Alla sex författare tillämpade bracketing när de läste den transkriberade data och diskuterade den. 51 av deltagarna var kvinnor. Bekräftelsebarhet : Bracketing ökar bekräftelsebarheten. Överförbarhet : Författarna berättar att urvalet från de tre staterna inte säkert är representativt för hela landet, dock stämmer resultaten med en nyligen genomförd studie som berör samma ämne i Australien och Nya Zeeland. Deltagarna hade varierande erfarenhet av interprofessionell utbildning, därför är det svårt att dra definitiva slutsatser. Som läsare anses resultatet kunna överföras till liknande miljöer och situationer.

Artikel 5

Referens	Solheim, K., McElmurry, J.B., & Kim, M.J. (2007). Multidisciplinary teamwork in US primary health care. <i>Social science & medicine</i> , 65, 622-634. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.028
Land Databas	United States of America Cinahl
Syfte	Syftet var att utforska multidisciplinära primärvårdsteam i USA genom att identifiera strategier för effektivt teamarbete och att beskriva sjuksköterskors involvering i teamet.
Metod: Design	Kvalitativ metod Utforskande deskriptiv design
Urval	Personal vid en sjuksköterskeutbildning (n=94) fick ett frågeformulär skickat till sig, detta frågeformulär skulle hjälpa författarna att se vilka som var möjliga deltagare till studien. Kravet var att de skulle vara involverade i teamarbete i primärvården. 10 lämpliga deltagare identifierades, dessa fick i sin tur identifiera 10 deltagare som de ansåg var deras samarbetspartner. Dessa var läkare (n=7), sjuksköterskor (n=2) och socialarbetare (n=1). Totalt 20 deltagare.
Datainsamling	Totalt intervjuades 20 deltagare, 17 stycken intervjuades på deltagarnas kontor och tre stycken intervjuades via telefon. Varje intervju varade mellan 30-60 minuter och anteckningar skrevs för hand eller på dator. En intervjuguide som handlade om teamarbete i primärvården, internationell erfarenhet och beskrivningar av olika professioners roller i teamet användes. Direkt efter intervjuerna utvecklades anteckningarna och de sparades i ett ordbehandlingsprogram.
Dataanalys	Första författaren analyserade datan systematiskt med hjälp utav medförfattarna. Initialt analyserades frågeformuläret som skickats ut vid urvalet. Sedan sammanfattades svaren från intervjufrågorna och sjuksköterskor och samarbetspartners svar jämfördes för att se skillnader. Till sist kodades alla intervjuer och data delades upp i kategorier och subkategorier. Två intervjuer dubbelkodades av två författare på grund av att de inte var överens om tolkning.
Bortfall	Bortfall redovisas ej.
Slutsats	Första kategorin var kontext . Regeringen, sociala och politiska styrkor, sjukvårdsförsäkringar och infrastrukturer är kontextenheter som både främjar och begränsar teamarbete inom primärvården. Sjuksköterskor berättade att ekonomin styr vilken vård de kan ge patienten, vilket ses som oräddvist. Andra kategorin var vårdprofessioner . Vårdprofessioner formar team och spelar en viktig roll i folkhälsan. Tredje kategorin var individer/samhällen vilket beskriver att primärvården är till för alla men att det finns riskgrupper som inte tas om hand om. Fjärde kategori var team . När deltagarna tillfrågades om vilka hälsoproblem som bäst hanteras av team, svarade 36 % att alla hälsoproblemen bäst hanteras av team. Det beskrevs att för många medlemmar i ett team försvårade kommunikationen och att endast en person med felaktig attityd krävs för att försvåra teamarbetet. Gemensamma mål, utgångspunkter och planer ansågs viktigt för teamfunktionen. Deltagarna beskrev också att teamarbete kräver medvetenhet om de olika medlemmarnas roller. Det ansågs att konsultationer i teamet underlättade beslutsfattande och att de olika perspektiven som finns i teamet utgjorde en lärande funktion.
Vetenskaplig kvalitet	Trovärdighet: Studien är godkänd av IRB (Institutional review board). Före varje intervju gav deltagarna sitt skriftliga informerade samtycke och de fick även en skriftlig definition på begreppet primärvård. Urvalsprocessen är noggrant beskriven, detsamma gäller datainsamling och dataanalysen vilket ökar trovärdigheten. Triangulering har tillämpats. Pålitlighet: Författarna nämner ingenting om urvalsenkätens pålitlighet. Bekräftelsebarhet: Det stärker bekräftelsebarheten att alla författare har övervakat analysprocessen. Författarnas förståelse diskuteras inte. Överförbarhet: Författarna beskriver att resultaten måste tolkas med försiktighet då deltagarna var relativt få och bestod av personal ifrån ett och samma kontext. De beskriver också att svarsfrekvensen på frågeformuläret var blygsam (28 %). Författarna poängterar också att frasen primärvård, inte nödvändigtvis bär samma innebörd för alla deltagare trots att alla deltagare fick en skriftlig definition av begreppet.

Artikel 6

Referens	Weller, M.J., Barrow, M., & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. <i>Medical Education</i> , 45, 478-487. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x
Land Databas	Nya Zeeland Cinahl
Syfte	Syftet med studien var att förstå interaktioner, aktiviteter och svårigheter som påverkar läkare och sjuksköterskor i vårdteam för att utforma åtgärder för att förbättra det interprofessionella teamarbetet.
Metod: Design	Kvalitativ metod. Teoriskapande design.
Urval	De första deltagarna identifierades lokalt och sedan tillämpades ett snöbollsurval. Inklusionskriterierna var att deltagare skulle vara läkare eller sjuksköterskor och arbeta under sitt andra yrkesverksamma år. Totalt deltog 25 personer, av dessa var 13 läkare och 12 sjuksköterskor.
Datainsamling	25 semistrukturerade intervjuer utfördes med hjälp av specifika riktlinjer men intervjuledarna gavs även tillfälle till att utforska deltagares svar. Intervjuer skedde främst vid ett möte, men i de fall deltagarna bodde långt ifrån intervjuledaren skedde intervjun över telefon. Alla intervjuer spelades in och transkriberades. Intervjuerna utfördes utav alla tre författare och en forskningsassistent. Nya deltagare intervjuades tills data mättades och inga nya koncept framkom ur intervjuerna.
Dataanalys	Ett analytiskt förhållningssätt tillämpades vid dataanalysen. Data kodades utifrån en förbestämmd kodningsmall. Data kodades in i kategorier med hjälp utav NVivo. Kodandet utfördes utav första författaren och forskningsassistenten. Båda läste ett urval av den insamlade data och kom efter det till konsensus om kodningen. Forskningsassistenten fortsatte sedan med kodningen själv och efter det kontrollerade första författaren den och de två andra författarna fick sedan granska och godkänna koderna.
Bortfall	Bortfall redovisas ej.
Slutsats	Resultatet presenteras utefter mallen för kodning. Första kategorin var kvalitet på samverkan , där kvaliteten ansågs bero på ömsesidig respekt och tillit. Tillit ansågs vara något som utvecklades över tid och kunde uppnås när den ena parten var säker på att den andra parten var kunnig i sitt arbete. Sjuksköterskor ansåg att arrogans utgjorde en barriär för att bilda en respektfull relation i teamet. Det uppfattades också att organisatoriska strukturer, som att inte vara tillgänglig samtidigt, gjorde det svårt att fatta gemensamma beslut. Att fatta gemensamma beslut och att kommunicera tydlig, kort och koncist med varandra ansågs viktigt. Andra kategorin var teamkoordination , detta beskrevs av deltagare som att vara medvetna om varandras roller och kompetenser. Sjuksköterskor beskrev att de upplevde det jobbigt att komma till nya arbetsmiljöer och svårigheter att fråga om hjälp och funderingar när personal inte är hjälpsam. Nästa kategori var kommunikation , där ansågs tillgänglighet vara en nyckelfaktor för att främja kommunikation. En annan kategori var att säga ifrån , sjuksköterskor beskrev att den hierarkiska strukturen påverkade detta men att det var lättare att säga ifrån till yngre, mindre erfarna läkare när de inte höll med om ett beslut.
Vetenskaplig kvalitet	Trovärdighet: Studien är etiskt godkänd av en etisk kommitté. De ämnen deltagarna fick frågor om presenteras. Triangulering har tillämpats. Förförståelse diskuteras ej. Urvalsprocess, datainsamling och dataanalys är väl beskrivna vilket ökar trovärdigheten. Pålitlighet: Alla författare ledde intervjuer efter att ha observerat en huvudintervjuare för att alla intervjuer skulle bli konsekventa. Alla intervjuledare hade tidigare erfarenhet av att intervjua. Bekräftelsebarhet: Kodningen granskades utav alla tre författare och en forskningsassistent vilket ökar bekräftelsebarheten. Överförbarhet: Författarna diskuterar inte överförbarheten men som läsaren kan resultatet tolkas som användbart till liknande yrkesgrupper och team.

Artikel 7

Referens	O'Brien, L.J., Martin, R.D., Heyworth, A.J., & Meyer, R.N. (2009). A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> , 21, 444-453. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00428.x
Land Databas	United States of America Cinahl
Syfte	Att utforska hur specialistsjuksköterskor och läkare vid olika vårdhem uppfattar och beskriver sina erfarenheter utav kollaboration i interdisciplinära team.
Metod: Design	Kvalitativ metod Fenomenologisk design
Urval	Författarna utförde ett ändamålsenligt urval av interdisciplinära teammedlemmar från olika hälso- och sjukvårdsteam i kontexten vårdhem. Totalt deltog 13 personer med varierande erfarenhet, ålder och utbildning i studien. Deltagarna bestod av specialistsjuksköterskor (n=8) varav en man och sju kvinnor, samt läkare (n=5) varav fyra kvinnor och en man.
Datainsamling	13 intervjuer med två intervjuledare ägde rum, varje intervju varade mellan 60-90 minuter och ägde rum på ett bekvämt möblerat besöksrum på ett vårdboende. Intervjuledarna utgick ifrån fem huvudämnen och skapade följdfrågor utefter deltagarnas svar. Intervjuerna bandinspelades och transkriberades.
Dataanalys	Dataanalysen var influerad av fenomenologiska riktlinjer. Initialt lästes texten för att sedan brytas ned i delar av huvudämnen. Sedan sattes uttalanden in i teman eller meningsenheter och sedan organiserades datan för att klargöra hur fenomenet visade sig. Alla fyra författare analyserade datan självständigt och sedan tillsammans för att se vad som stämde överrens.
Bortfall	Inget redovisat bortfall.
Slutsats	Fyra meningsbärande enheter för ett effektivt samarbete identifierades. Dessa var mottaglighet , mellanmänniska färdigheter , lyssnande och kommunikationsförmåga . Sjuksköterskor ansåg att mottaglighet var en nyckelfaktor till samarbete för att kunna ge och ta information. Sjuksköterskor ansåg att mellanmännisklig tillgänglighet var viktigt, vilket var beroende av att lätt kunna kommunicera med varandra och att ha en bra relation. Det ansågs att den ideala samarbetspartnern skulle vara positiv, kompletterande, rättvis och värdera andras åsikter, detta var också faktorer som främjade mottaglighet. Mellanmänniska färdigheter ansågs underlätta samarbete. Detta karakteriserades av att ha kunskap om varandras arbete och roller och att kunna anpassa sig efter dessa samt att kunna ha en öppen kommunikation med småprat och humor. Det tredje temat var lyssnande vilket ansågs grundläggande för samarbete. Trots detta ansåg båda parter att detta var något den andra parten behövde förbättra. Alla ansåg att lyssnandet var beroende av uppmärksamhet, mottagande, förståelse, bibehållande och svar som var avsedda för att integrera informationen kliniskt. Sjuksköterskor ansåg att de ville bli mer hörda. Sista temat var kommunikationsförmåga . Detta ansågs viktigt då det behövs i såväl verbal som skriftlig informationshantering. Följande kompetenser ansågs underlätta kommunikation, tidsuppfattning, avsluta det som påbörjats, kunna göra flera saker samtidigt och att vara innovativ. Sjuksköterskor uppskattade när läkare förklarade varför och vilka åtgärder som vidtagits i vården.
Vetenskaplig kvalitet	Trovärdighet: Författarnas förståelse beskrivs noggrant och de beskriver att de satt sin förståelse åt sidan, så kallad bracketing. Triangulering har tillämpats. Alla deltagare deltog frivilligt enligt riktlinjer från IRB (Institutional review board). Det fanns avsatt tid mellan intervjuerna vilket gjorde att deltagarna kunde dra över tiden om så behövdes. Pålitlighet: Intervjuledarna var utbildade och har tidigare utfört liknande studier. Bekräftelsebarhet: Bekräftelsebarhet stärks av att alla fyra författare var med i dataanalysen och att de tillämpat bracketing. Överförbarhet: Författarna förklarar att studien bara undersöker en särskild grupps erfarenheter men att resultatet kan skapa diskussion i andra team om vad det finns för skillnader i vad som anses viktigt för effektivt samarbete. De föreslår vidare forskning i ämnet, lämpligen med annorlunda metod och design för att ytterligare utforska ämnet.

Artikel 8

Referens	Tame, L.S. (2012). The effect of continuing professional education on perioperative nurses' relationships with medical staff: findings from a qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 69(4), 817-827. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06.065.x
Land Databas	Storbritannien Cinahl
Syfte	Syftet var att utforska operationssjuksköterskors erfarenheter av en vidareutbildnings påverkan på sjuksköterska-läkare relationen.
Metod: Design	Kvalitativ metod Deskriptiv, en pragmatisk mixad kvalitativ design
Urval	Genom tillgång till en databas valde forskarna ändamålsmässigt ut sjuksköterskor som vidareutbildade sig eller hade vidareutbildat sig de senaste 3 månaderna. Forskarna skickade ut personliga brev med en inbjudan att delta i studien. Liknande brev skickades även till sjuksköterskor som inte hade vidareutbildning i ett försök att skapa en jämförelsegrupp. 23 sjuksköterskor deltog i studien. Det var inte möjligt att få ihop en jämförelsegrupp.
Datainsamling	Datainsamlingen pågick mellan Februari 2006 och Januari 2007. Deltagarna intervjuades djupgående en och en med hjälp av en ämnesguide. Alla intervjuer utfördes i privata rum på deltagarnas arbetsplats. Intervjuerna spelades in och varade mellan 40-90 min.
Dataanalys	En konstant komparativ analys tillämpades. Direkt efter varje intervju lyssnades inspelningarna på och anteckningar togs av framträdande underliggande meningar (latent innehåll). Intervjuerna transkriberades sedan verbatim och fördes in i ett etnografiskt analytiskt datorprogram. Datan lästes ett flertal och fraser, meningar och paragrafer av betydelse kodades. Allt eftersom mer data tillkom kodades datan om och delades upp i kategorier och subkategorier. Detta fortsatte tills ingen ny data framträdde och teman skapades.
Bortfall	Fem stycken föll bort innan de hunnit delta. 4 på grund av arbetsförhållanden och 1 på grund av flytt.
Slutsats	Första temat var attityder till fortsatt professionell utveckling , där beskrev deltagarna att många läkare har lite intresse och lite kunskap om sjuksköterskors utbildning och kompetens. De beskrev även att om läkare var medvetna om att sjuksköterskan vidareutbildade sig så var de oftast positiva men värderade inte akademiska kunskaper framför kliniska kunskaper. Det som uppskattades var särskilt när sjuksköterskan utvecklade sina praktiska färdigheter, dock trodde sjuksköterskorna att läkare kände sig hotade när sjuksköterskor var kunniga även inom det medicinska området. Andra temat var att jobba tillsammans med kirurgi- och anestesikollegor . Sjuksköterskor upplevde att det var svårt att implementera förändringar för dessa kollegor, på grund av hierarkiska strukturer. Trots att vidareutbildning ledde till mer samverkan för sjuksköterskor så ansåg de inte att de hierarkiska strukturerna helt suddades ut, dock ansågs det att sjuksköterska och läkare kunde jobba på en mer jämlik nivå. Sjuksköterskor upplevde att utbildningen ökade deras kompetens och självförtroende, detta hade en positiv verkan på de interprofessionella relationerna och samverkan mellan de olika professionerna vilket ansågs ha en indirekt påverkan på patientsäkerheten.
Vetenskaplig kvalitet	Trovärdighet: Studien är etiskt godkänd och alla deltagare hade fått information om studien och att de kunde dra sig ur när som helst (även efter datainsamling). Data behandlades konfidentiellt. Författaren nämner att vissa intervjuer oavsiktligt avbröts vilket kan ha påverkat resultatet. Författarna beskriver att trovärdigheten ökar på grund av triangulering och en konstant komparativ analys. Trovärdigheten ökade eftersom alla deltagare nyligen hade genomgått vidareutbildning. Författarna diskuterade med de senare deltagarna de teman som de kommit fram till och de fick ge sina synpunkter på dem. Urval, insamling och analys är noggrant beskrivet. Författarens förståelse anges delvis, hon är anställd som lärare i operationsjuksköterskeutbildning. Deltagarkontroll har skett. Pålitlighet: Författaren utförde alla intervjuer själv, även dataanalysen, vilket kan ses som både positivt och negativt. Bekräftelsebarhet: Det etnografiska tillvägagångssättet ökar bekräftelsebarheten eftersom man kan se hur teman framkommit ur originaltexten. Överförbarhet: Författaren nämner inget om överförbarheten men enligt läsare anses resultatet överförbart till liknande grupper och situationer.

Artikel 9

Referens	Pfaff, A.K., Baxter, E.P., Jack, M.S., & Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed method study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 51, 1142-1152. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001
Land Databas	Kanada Cinahl
Syfte	Det kvantitativa syftet var att identifiera faktorer som påverkade självförtroendet i samverkan. Syftet med den kvalitativa fasen var att förklara och utvidga de faktorer som identifierades.
Metod: Design	Mixad metod En rad av förklarande mixad design
Urval	Kvantitativt: 1556 sjuksköterskors valdes ut via mailadresser som författarna hämtade från de universitet de gått på. Totalt deltog 514 stycken. 477 av deltagarna var kvinnor, resterande män. Deltagare kom från tre varierade arbetsområden 409 jobbade inom akutvård, 95 inom kommunen och 33 inom vårdboenden. Inklusionskriterier var kandidatexamen i omvårdnad, anställning som sjuksköterska i Kanada, Ontario och max tre års anställning som sjuksköterska. Kvalitativt: Totalt deltog 16 sjuksköterskor. Ändamålsenligt urval av kvantitativa urvalet skedde, sjuksköterskorna skulle ha varierande grad av självförtroende. Författarna valde 13 deltagare utifrån deras svar på enkäten. Sedan gjordes ett snöbollsurval på ytterligare tre sjuksköterskor.
Datainsamling	Kvantitativt: En utforskande enkät som var designad av författarna skickades ut. Enkäten skickades ut via mejl med frågor om vilka faktorer som påverkade självförtroendet i samverkan. I slutet av enkäten kunde deltagarna skriva kommentarer. Likertskala användes, från 1-5. Påminnelser skickades till de deltagare som inte svarade. Totalt svarade 669 deltagare. Kvalitativt: Semistrukturerad intervjuguide utformades och bestod av öppna frågor som fokuserade på faktorer som påverkar interprofessionell samverkan. Intervjuerna skedde över telefon och varade i ca 45-60 minuter. Intervjuer spelades in och anteckningar över författares insikter fördes.
Dataanalys	Kvantitativt: SPSS 19 användes. Deskriptiv statistik inkluderade frekvens, procent, median, medelvärden och SD. Till icke-normalfördelad data användes icke-parametrisk statistik. Statistiska test utfördes för att påvisa statistik signifikans. Kvalitativt: Analysen skedde samtidigt som datainsamlingen, konstant komparativ metod. Två författare läste och kodade tre transkript individuellt med hjälp av en kodbok. Datan transkriberades ordagrant och lades in i datorprogrammet Nvivo 10.
Bortfall	Kvantitativt: Externt bortfall: 57% (887 st). Internt bortfall: 155 deltagare. På grund av att de inte mötte inklusionskriterier, att enkäterna var ofullständiga eller skickades in för sent. Kvalitativt: Inget bortfall redovisas.
Slutsats	Kvantitativa resultat: Sjuksköterskors självförtroende i interprofessionell samverkan hade ett medelvärde på 3,93 på en skala 1-5. Det fanns statistiskt signifikanta skillnader på graden av självförtroende i de tre olika arbetsområdena. De i akutvården hade högre självförtroende än de andra två. Det fanns inga signifikanta skillnader i självförtroendet mellan kön, tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvårdsarbete eller andra områden. Det fanns heller inga skillnader om man hade varit handledare eller mentor. De faktorer som var viktiga för självförtroende i samverkan presenteras med sju variabler. Dessa var ålder, månader av anställning, arbetade timmar/vecka, antal olika discipliner i verksamheten, antal olika discipliner i teamet, antal olika discipliner

	<p>som de arbetar med varje dag, närhet till undervisare, tillgänglighet till undervisare, närhet till chef, tillgänglighet till chef, antal teamstrategier, tillfredsställelse av team.</p> <p>Kvalitativa resultat:</p> <p>Den kvalitativa analysen resulterade i flera faktorer som utvidgar och förklarar kvantitativa data. Stöttande förhållanden i teamet och ledare i organisationen underlättade sjuksköterskors förmåga att medverka i team. Respektfulla interaktioner med andra professioner ökade sjuksköterskors grad av självförtroende. Erfarenhet påverkade förmåga till samverkan men ansågs vara relativ och något som mognar fram, inte bara beroende på tid. Svårigheter att arbeta i team berodde på brist på kunskap, brist på erfarenhet, kommunikationssvårigheter, och förväntningar. Det som ansågs öka självförtroendet i samverkan var stödjande relationer, respekt, tillfällen att samverka, erfarenhet, kunskap, balanserade förväntningar.</p>
<p>Vetenskaplig kvalitet</p>	<p>Kvantitativt:</p> <p>Resultatet svarar väl på syftet.</p> <p>Intern validitet: Kvantitativ metod är relevant för identifiering av faktorer. Urval, datainsamling och dataanalys är detaljerat beskrivet. Studien är etiskt godkänd vilket stärker den inre validiteten. Både beskrivande och analytisk statistik är presenterad vilket ökar validiteten. Författarna nämner att det ändamålsenliga urvalet kan leda till selektionsbias och därmed påverka validiteten.</p> <p>Extern validitet: Författarna diskuterar att det vara svårt att få deltagare med mindre än ett års erfarenhet, därför kan inte resultatet generaliseras till denna grupp. Resultat antas kunna generaliseras till nyutexaminerade sjuksköterskor med kandidatexamen.</p> <p>Reliabilitet: Förförståelse nämns delvis. Två författare kodade data, vilket kan öka reliabiliteten.</p> <p>Mätinstrumentens reliabilitet och validitet: Enkäten utformades av författarna själva. Mätinstrumentet mätte bara sjuksköterskor självförtroende i samverkan i de närmaste teamet. En ledande fråga i enkäten presenteras i artikeln.</p> <p>Kvalitativt:</p> <p>Resultatet svarar väl på syftet. Trovärdighet: Studien är etiskt godkänd. Deltagarna gav sitt muntliga och skriftliga medgivande till att delta i studien. Författarna beskriver att telefonintervjuer gjorde att de möjligtvis gick miste om icke-verbala signaler från deltagarna.</p> <p>Pålitlighet: Intervjuguiden pilottestades och reviderades vilket ökar pålitligheten.</p> <p>Bekräftelsebarhet: Förförståelse nämns delvis. Två kodare användes. Utgångsfrågan i intervjuerna presenteras. Överförbarhet: Författarna beskriver att resultat antas kunna överföras till nyutexaminerade sjuksköterskor med kandidatexamen.</p>

Artikel 10

Referens	Wilson, K., Coulon, L., Hillege, S., & Swann, W. (2005). Nurse practitioners' experiences of working collaboratively with general practitioners and allied health professionals in New South Wales, Australia. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> , 23(2), 22-27.
Land Databas	Australien Cinahl
Syfte	Syftet var att utforska sjuksköterskors erfarenheter av samverkan med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal.
Metod: Design	Kvalitativ metod Kvalitativ deskriptiv utforskande design
Urval	Ändamålsenligt urval av nio frivilliga sjuksköterskor från New South Wales, från landsbygd och storstäder. Från en statlig lista över legitimerade sjuksköterskor ringde författarna upp sjuksköterskor och informerade om studien och bjöd in dem att delta. I ett senare samtal stämdes träff.
Datainsamling	En mall för semistrukturerade djupgående intervjuer som varade i 60-120 minuter. Tre frågor presenteras. Intervjuerna bandinspelades och ägde oftast rum på sjuksköterskornas arbetsplats på grund av bekvämlighet. Intervjuerna transkriberades ordagrant.
Dataanalys	Tematisk analys. Datan lästes flera gånger, delades in i kategorier för att få fram mönster. Tre kodare analyserade datan och diskuterade datan tills konsensus nåddes för olika teman med subteman. Kodarna använde sig utav en konstant analysmetod.
Bortfall	Bortfall presenteras ej.
Slutsats	Huvudteman som framkom var samverkan , underteman till detta var totalt samverkan, delvis samverkan, och ingen samverkan . Endast tre deltagare ansåg att de arbetade i en total samverkan , de beskrev två nyckelfaktorer för detta, vilka var hur länge sjuksköterskan jobbat och vilken relation de hade till övrig personal innan de blev auktoriserade sjuksköterskor. Sjuksköterskorna erfor också att stöttning från de andra professionerna bidrog till total samverkan. Hälften av sjuksköterskorna ansåg att de arbetade i delvis samverkan , detta beskrevs bero på brist på respekt för sjuksköterskor, brist på förståelse för deras roll och känsla av att läkarna tycker att sjuksköterskorna tar "deras" jobb/patienter. Två sjuksköterskor ansåg att ingen samverkan fanns i deras arbete. Detta ansågs bero på att strider mellan sjuksköterskor och läkare gjort att läkare vägrat att ha en professionell relation eller överhuvudtaget något med sjuksköterskor att göra. En sjuksköterska beskriver hur hon från en läkare fått förklarat att samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare inte fungerar på grund av oklara roller och ansvar. Detta ledde till att läkaren hotade med att lägga ner den medicinska verksamheten i kommunen, sjuksköterskan kände sig då ansvarig för detta. Detta ledde till att sjuksköterskorna tvingades att etablera kliniker utan läkarassistans.
Vetenskaplig kvalitet	Resultatet svarar på syftet och stärks utav citat. Trovärdighet: Deltagare fick information om studien via telefon. Konfidentialitet och anonymitet är säkrat. Studien är etiskt godkänd. Skriftligt samtycke. Urval, datainsamling och dataanalys är väl beskrivet. Förförståelse är delvis beskriven. Pålitlighet: Författarens förförståelse är delvis beskriven, ingen information om kvaliteten på teknisk utrustning. Bekräftelsebarhet: Tre kodare i analysen gav objektivitet samt att sjuksköterskor fick kontrollera teman och intervjufrågor presenteras, detta stärker bekräftelsebarheten. Överförbarhet: Författare nämner inget om överförbarheten. Läsare anser att resultatet är överförbart till liknande grupper och situationer.

Artikel 11

Referens	Bailey, P., Jones, L., & Way, D. (2006). Family physician/nurse-practitioner: Stories of collaboration. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 53(4), 381-391.
Land Databas	Kanada Cinahl
Syfte	Syftet var att förstå sjuksköterskor och familjeläkares erfarenheter av samverkan i team.
Metod: Design	Kvalitativ metod Narrativ analys
Urval	13 läkare och fem sjuksköterskor från fyra olika områden inom primärvård på landsbygd valdes ut ifrån en större interventionstudie. Deltagarna hade varierande utbildning och erfarenhet av samverkan.
Datainsamling	Två intervjuer/deltagare ägde rum. I den första intervjun ombads deltagare att beskriva sitt arbete, för att gå en överblick. De tillfrågades om utbildning, erfarenhet av att arbeta och av samverkan samt vilken patientgrupp de arbetade med. Intervjun fortsatte med att deltagare fick beskriva vilka faktorer som påverkade och främjade samverkan. I andra intervjun (efter intervention i en större studie) fick deltagarna identifiera förändringar i samverkan som skett sedan den första intervjun. Intervjuerna pågick mellan tio och 45 minuter. Intervjuerna transkriberades verbalt och anteckningar togs för att uppmärksamma tonläge, pauser och så vidare.
Dataanalys	542 berättelser identifierades. Narrativ analys användes. Första författaren anslöt sig till forskningsteamet för att assistera i dataanalysen. Data analyserades enligt en process i sex steg, i denna process identifierades händelser, meningar och funktioner för att kunna tolka deltagares erfarenhet av deras arbete. Berättelser identifierades och klassificerades och de analyserades systematiskt. Meningsenheter ifrån ett antal berättelser ansågs representativa för resultatet.
Bortfall	En sjuksköterska avled och en läkare slutade arbeta efter att de medverkat i första intervjun.
Slutsats	Berättelserna handlade om konsultation och remittering, hälsofrämjande arbete, sjukdomsprevention, professionella kvalifikationer, arbetsmiljöer, arbetslivserfarenhet samt vad som främjar och hindrar samverkan. Utifrån berättelserna identifierades fyra kategorier som presenteras i resultatet. Dessa var sjuksköterskans område i arbetet, sjuksköterskans kompetens, sjuksköterskans kontroll över arbetet samt rollförtydligande och värderingar . I intervjuer som utfördes efter intervention var resultaten liknande.
Vetenskaplig kvalitet	Syftet är besvarat med hjälp av resultatet, styrks med flera citat. Trovärdighet: Informerat samtycke, etiskt godkänd. Författarna diskuterar längden på intervjuerna som tros bero på tidsbrist eller brist på erfarenhet av samverkan hos några av läkardeltagare. De nämner också att trots endast fyra olika områden så fann dem viktiga faktorer som påverkar samverkan. Triangulering har tillämpats. Pålitlighet: Förförståelse är delvis beskriven. Flera författare analyserade data vilket stärker pålitligheten. Bekräftelsebarhet: Intervjuprocessen pilottestades innan användandet på tre läkare och två sjuksköterskor vid en icke medverkande klinik. Överförbarhet: Författare nämner inget om överförbarhet. De nämner att de hittat faktorer som påverkar samverkan i mindre städer, därför kan det antas att resultatet är överförbart till liknande städer.

Artikel 12

Referens	Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of succesful interprofessional nurse-doctor relationships. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 22(2), 133-147. doi: 10.1080/13561820701795069
Land Databas	Nya Zeeland Cinahl
Syfte	Syftet var att utforska attityder och uppfattningar om sjuksköterskors och läkares roller och relationer i primärvården.
Metod: Design	Kvalitativ metod Induktiv, naturalistisk design
Urval	Ändamålsenligt urval av sjuksköterskor och läkare, nio av varje profession. Totalt 18. Urvalet bestod av både kvinnliga och manliga läkare, endast kvinnliga sjuksköterskor. Exklusionskriterier var om de inte arbetade i primärvården, de som var bekanta med eller arbetade med forskarna, deltagarna skulle inte vara involverade i ledningsgrupper lokalt eller nationellt. Deltagarna kontaktades på telefon och ett brev skickades till varje deltagare för inbjudning till deltagande där alla tackade ja.
Datainsamling	Deltagare valde intervjuplats, antingen på arbetsplats, hemma hos sig själva eller hos forskaren. Om intervjun tog plats på arbetet, varade intervjun max en timme av ostörd tid, hemma hos någon tog intervjun något längre tid. Alla intervjuer transkriberades max två veckor efter intervjun. Intervjuguide användes.
Dataanalys	Analysen gjordes med hjälp av innehållsanalys för att kategorisera och koda datan, detta utfördes parallellt med datainsamlingen. Datorprogram NVivo användes för att organisera datan. Under den induktiva analysen kunde en teoriutveckling ses.
Bortfall	Av de 19 tillfrågade, var det en deltagare som initialt hade tackat ja till deltagande, men inte kunde delta under intervjun på grund av en familjekris.
Slutsats	Analysen påvisade ett antal inre och yttre faktorer som påverkade relationerna mellan sjuksköterska och läkare. Detta presenteras med följande rubriker. Professionella roller och professionella identiteter, Gemensamma värderingar och mål, Kompetens och respekt samt Utveckling av interprofessionell tillit.
Vetenskaplig kvalitet	Trovärdighet: Resultatet svarar på syftet, stärks av citat. Studien är etiskt godkänd av en etisk kommitté. Författarna beskriver tydligt sitt etiska förhållningssätt. Deltagarkontroll har tillämpats. Urval, datainsamling och analys beskrivs tydligt vilket ökar trovärdigheten. Förförståelse beskrivs delvis. Pålitlighet: Två personer läste transkripten, första författaren och en sjuksköterska som fungerade som konsultforskare, vilket stärker objektivitet och pålitlighet. Bekräftelsebarhet: Intervjuguide med presenterade ämnen beskrivs, urval, insamling och analys är möjliga att följa vilket ökar bekräftelsebarheten. Överförbarhet: Författaren nämner inget om överförbarhet men läsare anser att resultatet skulle kunna vara överförbart på liknande grupper och situationer.

Artikel 13

Referens	Johnson, S., & Kring, D. (2012). Nurses' Perceptions of Nurse-Physician Relationships: Medical-Surgical vs. Intensive Care. <i>MEDSURG Nursing</i> , 22(6), 324-347.
Land Databas	United States of America Cinahl
Syfte	Syftet var att identifiera skillnader mellan medicin- och kirurgisjuksköterskor och intensivvårdsjuksköterskors uppfattningar av samverkan med läkare.
Metod: Design	Kvantitativ metod Kvasiexperimentell design
Urval	Bekvämlighetsurval av sjuksköterskor på åtta slumpmässigt utvalda medicinska/kirurgiska avdelningar samt tre slumpmässigt utvalda intensivvårdsavdelningar. Inklusionskriterierna var att de medicinska/kirurgiska avdelningarna skulle ha minst 12 vårdplatser och intensivvårdsavdelningar skulle ha minst åtta vårdplatser. Sjuksköterskorna skulle vara anställda på någon av de aktuella avdelningarna i minst sex månader och arbeta minst ett åttatimmarspass per vecka. Rekryteringsflygblad delades ut på avdelningarna och sjuksköterskorna fick besked två veckor innan inledningen av studien om de var deltagare. Totalt deltog 170 sjuksköterskor med varierande utbildning och erfarenhet.
Datainsamling	Enkät med 25 frågor som graderades med likertska eller ja/nej frågor delades ut av en professionell sjuksköterskeforskare. Ett urval av frågorna på enkäten presenteras, vilka var: Förstår läkare din roll och din profession? Talar läkare till dig med en otrevlig ton? Utför sjuksköterskor enligt rutin rond tillsammans med läkare? Deltagare hade en vecka på sig att besvara enkäten. Första författaren samlade in enkäterna i face-to-face sessioner.
Dataanalys	Data analyserades med deskriptiv statistik med hjälp av SPSS. T-test användes för att jämföra medelvärde och resultat med ett p-värde under 0,05 ansågs statistiskt signifikant. Enkätensvarn analyserades utefter vart sjuksköterskorna arbetade och de fann skillnader i tre av de 25 frågor som fanns i enkäten.
Bortfall	Internt eller externt bortfall redovisas inte.
Slutsats	Resultatet visade på att sjuksköterskor överlag var nöjda med sjuksköterska-läkare relationen. Majoriteten av sjuksköterskor ansåg att läkare respekterade deras beslut, däremot indikerade de att läkares beteende kunde vara olämpligt. Intensivvårdssjuksköterskor anmälde oftare detta oprofessionella beteende än sjuksköterskor på medicinska- och kirurgiska avdelningar. Intensivvårdssjuksköterskor uppfattade oftare att läkare behandlade dem som hjälpredor. Intensivvårdssjuksköterskor rapporterade också att de oftare deltog i ronderna än vad övriga sjuksköterskor gjorde. Trots att de flesta sjuksköterskor var nöjda med deras relation till läkaren var det få som beskrev att de hade ett kollegialt förhållande till läkare, det ansågs dock att bättre förhållanden skapades med yngre läkare. Majoriteten av sjuksköterskor upplevde att de var underordnade läkare samtidigt som cirka hälften av sjuksköterskor ansåg att läkare inte förstod sjuksköterskors roll.
Vetenskaplig kvalitet	Intern validitet: Studien är godkänd utav sjukhusets styrelse och sjuksköterskors forskningsförbund. Författarna beskriver väl vilka etiska övervägande de tillämpat. Urval, datainsamling och dataanalys är väl beskrivna vilket ökar den interna validiteten. Extern validitet: Författarna beskriver att intensivvårdssjuksköterskorna hade högre utbildning än i övriga landet och att de därför kan tänkas vilja vara mer jämställda och mer uppskattade av läkare än vad övriga sjuksköterskor vill. Reliabilitet: Första författaren samlade in data, vilket kan vara både positivt och negativt för reliabiliteten. Förförståelse beskrivs delvis. Mätinstrumentens validitet och reliabilitet: Enkäten som användes beskrivs vara testad i andra studier med reliabla resultat innan den tillämpades i denna studie vilket ökar reliabiliteten och validiteten.

Alina Lindholm

Jessica Björk



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se