



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA

# ATT LEDA OMVÅRDNADEN FÖR PATIENTENS SKULL

En kvalitativ intervjustudie av erfarna  
anestesisjuksköterskor

**Anna-Märta Stålnäve**  
**Lisa Åkerström**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2020
Handledare:	Marie Engwall
Examinator:	Nabi Fatahi

Titel svensk:	Att leda omvårdnaden för patientens skull
Titel engelsk:	Taking the lead of the nursing care, for the benefit of the patient
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2020
Handledare:	Marie Engwall
Examinator:	Nabi Fatahi
Nyckelord:	Anestesisjuksköterska, ledarskap, perioperativ omvårdnad, perioperativ period, specialistsjuksköterskor

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Anestesisjuksköterskans yrkesroll kräver kunskap inom både omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap och yrkesutövningen sker i hela den perioperativa perioden. Det preoperativa mötet ger anestesisjuksköterskan möjlighet att lyssna på patientens berättelse och skapa en relation. Ledarskap är ett komplext fenomen som utövas i relation till andra. I ett multidisciplinärt team måste den enskilde kunna åsidosätta sin professions intressen till förmån för patientens bästa. Erfarenhet och teoretisk kunskap som anestesisjuksköterskan besitter ses som förutsättningar för att kunna utöva ledarskapet och genom det en god anesthesiologisk omvårdnad.

**Syfte:** Syftet med studien är att undersöka erfarna anestesisjuksköterskors upplevelse av att leda den anesthesiologiska omvårdnaden under den perioperativa perioden.

**Metod:** Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sju kvinnliga anestesisjuksköterskor i åldrarna 63-67 år. Insamlad data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Resultatet består av åtta subkategorier inordnade under tre kategorier: Att se sig själv som en ledare, Att ha patienten i fokus och Att förhålla sig till andra professioners åsikter. Anestesisjuksköterskorna upplevde att de ensamma ledde anestesin under den intraoperativa perioden. Både ålder och erfarenhet påverkade deras förmåga att utöva ledarskap. Handlingskraft ansågs vara en viktig egenskap att besitta. Att vara patientens advokat och skapa relation till denne ansågs också vara viktigt, och bidrog till att anestesisjuksköterskorna ansåg sig bära patientansvaret. Samarbetet med anesthesiologen sågs som nödvändigt men var också utmanande då anestesisjuksköterskorna i vissa fall inte sågs som en tillgång.

**Slutsats:** Anestesisjuksköterskorna upplevde ledarskap som en naturlig del av sitt arbete. Kvarlevande hierarkiska strukturer kunde dock hindra dem från att utöva ledarskap, vilket upplevdes bidra till negativa konsekvenser för patientsäkerheten. Vem som utövade ledarskapet sågs som mindre viktigt så länge det gynnade patientens välmående och säkerhet.

**Nyckelord:** Anestesisjuksköterska, Ledarskap, Perioperativ omvårdnad, Perioperativ period, Specialistsjuksköterskor.

## Abstract

**Background:** Working as a nurse anesthetist requires knowledge in both nursing care and medical science and their work is conducted throughout the perioperative period. Meeting the patient preoperative gives the nurse anesthetist an opportunity to hear the patient's narrative and form a relationship. Leadership is a complex phenomena which is exerted in relationship to other individuals. Members of a multidisciplinary team must disregard their professional interests on behalf of the patient's interests. The nurse anesthetist's experience and theoretical knowledge postulates the ability to lead and ensure the anesthesiological nursing care.

**Aim:** The aim was to describe experienced nurse anaesthetist's experience of leading the anesthesiological care during the perioperative period.

**Method:** Semi-structured interviews were conducted with seven female nurse anesthetists between the ages of 63-67 years. The data were analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** The result is based on eight sub categories conformed into three categories: View oneself as a leader, Focus on the patient, Relating to other professions opinions. The nurse anaesthetist's described themselves as sole leaders of the intraoperative anaesthesia. Development of their leadership was related to both age and experience and decisiveness viewed as an important trait. The importance of forming a relationship with the patient and advocating their needs resumed to their perception of owning the patient responsibility. Cooperation with the anesthesiologist was seen as necessary but had its downsides as the nurse anaesthetist's wasn't always seen as a valuable asset.

**Conclusion:** Leadership was experienced as a natural part of their workmanship. Old hierarchic structures could however hinder their leadership which could lead to negative consequences for patient safety. The significance of who performed the leadership was irrelevant as long as it benefited the patient's needs and safety.

**Key words:** Leadership, Nurse anesthetist, Nurse specialist, Perioperative nursing, Perioperative period.

## Förord

Vi vill tacka vår handledare Marie Engwall för din raka och ärliga feedback och handledning. Vi vill även tacka våra informanter för att de tagit sig tid och låtit oss intervjua dem. Utan er hade denna magisteruppsats inte varit möjlig att skriva.

*Anna-Märta Stålnäve och Lisa Åkerström*

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Ledarskap.....	1
Transformativt och transaktionellt ledarskap.....	1
Ledarskap i vården.....	2
Det intraoperativa ledarskapets utmaningar.....	3
Anestesisjuksköterskans yrkesroll och kompetens.....	4
Den perioperativa perioden .....	5
Anestesiologisk omvårdnad.....	5
Problemformulering.....	7
Syfte .....	7
Forskningsfrågor.....	7
Metod .....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Dataanalys .....	9
Etiska överväganden.....	10
Resultat.....	12
Att se sig själv som en ledare .....	12
En självständig roll .....	12
Utvecklas över tid .....	12
Förmågan att visa handlingskraft.....	13
Att ha patienten i fokus.....	13
Vikten av det preoperativa mötet.....	14
Att bära patientansvaret .....	14
Att föra patientens talan.....	15
Att förhålla sig till andra professioners åsikter.....	16
Samarbetet med anestesiologen .....	16
Teamarbetet på operationssalen.....	17
Diskussion .....	18

Metoddiskussion.....	18
Metod.....	18
Urval.....	19
Datainsamling.....	19
Analys.....	19
Etiska överväganden.....	20
Resultatdiskussion.....	20
Att se sig själv som en ledare.....	21
Att ha patienten i fokus.....	21
Att förhålla sig till andra professioners åsikter.....	22
Slutsats.....	24
Klinisk implikation och fortsatt forskning.....	24
Referenslista.....	25
Bilaga 1 Intervjuguide	
Bilaga 2 Exempel på analysprocessen	
Bilaga 3 Forskingspersonsinformation	

## Inledning

I dagens sjukvård ställs det höga krav på kostnadseffektivitet så väl som hög patientsäkerhet, därför är det av vikt att nyttja de tillgängliga resurserna som finns. Ledarskap utövas i samspel med andra människor och är en levande process som ständigt förändras och förnyas. För att uppnå bästa möjliga resultat vid oväntade händelser är ett tydligt ledarskap inom operationsteamet av stor vikt. Anestesisjuksköterskan arbetar självständigt på operationssalen och arbetet beskrivs som både utmanande och komplext. Anestesisjuksköterskan förväntas kunna verka som arbetsledare kring den anesthesiologiska omvårdnaden och samtidigt samarbeta med det övriga teamet för patientens bästa. I det multidisciplinära teamet på operationssalen finns ingen formellt utsedd ledare vilket kan göra ledarkapsfördelningen otydlig och leda till konflikter. Den tidigare synen på kirurgen som ledare av operationsteamet stämmer inte längre. Ledarskapet fördelas på temets medlemmar utifrån professionernas ansvar. Därför ämnar denna studie att undersöka hur anestesisjuksköterskor upplever att leda den anesthesiologiska omvårdnaden vilket kan bidra till att anestesisjuksköterskans kompetens nyttjas till fullo.

## Bakgrund

### Ledarskap

Konsensus kring vad ordet ledarskap innebär finns inte, varken bland forskare eller utövare (Lundin & Sandström, 2015). Det finns dock vissa delar som återkommer i försök att kondensera ner vad ledarskap innebär i praktiken. Ledarskap utövas ömsesidigt i en relation mellan individer, vilket innebär att ledarskap är ett fenomen som sker i en social kontext (Alvesson & Cizinsky, 2018). Då ledarskap utövas i samspel med andra människor är det en levande process som ständigt förändras och förnyas (Rosengren, 2014). Vidare måste det skiljas på chefskap och ledarskap (Lundin & Sandström, 2015). En chef är en formellt tillsatt roll utsedd av högre nivå inom en organisation. Ledarskap uppstår i motsats underifrån då det förutsätter acceptans från medarbetarna för att uppnå legitimitet och är därmed en informell position. Alvesson och Cizinsky (2018) lyfter att ledarskap därmed förutsätter följarskap från medarbetare och betyder att det i stor utsträckning är medarbetarna som möjliggör ledarskap. Förmågan att leda andra bygger till stor del på ledarens personlighet och beteende. Personlighetsdrag som ofta förknippas med ledare är att vara ett föredöme och att inneha professionell kompetens. Utöver detta måste ledaren även kunna lyssna på sina medarbetare, kommunicera på ett rakt och ärligt sätt samt entusiasmera och motivera medarbetarna.

### Transformativt och transaktionellt ledarskap

Termerna transformativt och transaktionellt ledarskap skapades av statsvetaren Burns (1978). Det transformativa ledarskapet bygger på ledaren som en individ med förmåga att skapa förändring. Ledarens karisma lyfts fram som en viktig komponent för att skapa

lojalitet och engagemang hos medarbetarna. Den transformativa ledaren ska verka inspirerande och vara en förebild för de anställda. Detta leder till att arbetarna identifierar sig med ledaren som på så sätt kan inspirera dem till att uppnå de av ledaren uppsatta visionen. Kreativitet, nytänkande och individuell anpassning till medarbetarnas enskilda behov genomsyrar det transformativa ledarskapet och samarbetet inom teamet bygger på kommunikation. Transaktionellt ledarskap såg Burns (1978) som en tydlig motsats till det transformativa ledarskapet. Det beskrivs som ett mer traditionellt chefskap, där den anställde bidrar med arbetskraft och deras prestationer belönas med lön och beröm, förutsatt att de uppnår de av ledaren uppsatta målen.

Flera senare ledarskapsteorier bygger på Burns idéer. Bass och Steidlmeier (1999) utvecklade konceptet vidare och ansåg att de två olika ledarskapsstilarna var besläktade med varandra snarare än motsatser. Den transaktionella ledaren ställer tydliga krav och definierar arbetsuppgifter genom rutiner och regler. Medarbetarna vet då vad som förväntas av dem och detta menar Bass och Steidlmeier (1999) kan leda till ett ökat självförtroende hos medarbetarna vilket motiverar dem att arbeta mot de uppställda målen. En transformativ ledare försöker i så stor utsträckning som möjligt att minimera skapandet av hierarkiska strukturer inom organisationen. Genom att påverka individens tankar och känslor strävas istället efter att medarbetarna frivilligt går utöver vad deras formella arbetsuppgifter innebär. Individens personliga åsikter och önskemål åsidosätts då till fördel för gruppens gemensamma mål och prestation. De menade att skapandet av en atmosfär med positiv inställning och engagemang hos arbetsgruppen, särskilt i organisationer under förändring, var utmärkande för det transformativa ledarskapet.

### **Ledarskap i vården**

Sjukvården är idag en stor och komplex organisation som ställer höga krav på ledarskap. Lagar och förordningar styr sjukvården som till stor del finansieras av skattemedel (McAlearney, 2006). Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) fastställer att all befolkning ska ges hälso- och sjukvård på lika villkor och att den som är i störst behov skall ges företräde. Detta medför ett etiskt ansvar när det kommer till nyttjandet och förmedlandet av de resurser som finns tillgängliga (Alvesson & Cizinsky, 2018). I en organisation med många olika professioner och hierarkiska strukturer skapas utmaningar när det kommer till att styra och leda organisationen. McAlearney (2006) hävdar att ledare inom vården måste hantera den konkurrenssituation som uppstår mellan de olika professionernas prioriteringar och verka för att ekonomiska och personella resurser används på ett effektivt sätt till gagn för organisationen, samhället och patienten.

Historiskt har sjukvården varit hierarkiskt organiserad med läkaren som den självklare auktoritära ledaren (Averlid & Axelsson, 2012). Utvecklingen har gått snabbt framåt och akademiseringen av flertalet professioner inom sjukvården har lett till att bland annat sjuksköterskor utbildas inom förbättringsarbete, organisation och ledarskap under sin grundutbildning (Rosengren, 2014). Omvårdnadsprofessionerna har genom sin utbildning och kunskap inom omvårdnad lyfts fram som lämpliga ledare inom



sjukvårdsorganisationen, då de arbetar utifrån ett humanistiskt perspektiv och personcentrerat arbetssätt.

### **Det intraoperativa ledarskapets utmaningar**

Inom den perioperativa perioden verkar många olika professioner som arbetar tillsammans i tillfälligt sammansatta team (Liechty, 2011; Oakley, 2006). Operationssalen är en särskilt komplex miljö där individer med olika prioriteringar och viljor arbetar (Wacker & Kolbe, 2014). Samarbete i team är en av de sex kärnkompetenser som ligger till grund för anestesijuksköterskans yrkesutövning (Carlström et al., 2013). Samarbetet inom teamet syftar till att optimera det resultat gruppen åstadkommer och förväntas vara större än vad den enskilde kan uppnå på egen hand.

Anestesiologens ansvarsområde beskrivs som preanestesiologisk bedömning, planering av anestesi, deltagande i riskfyllda moment, övervaka genomförandet av anestesi, finnas fysiskt tillgänglig vid akuta situationer och tillhandahålla postoperativ vård (American Society of Anesthesiologists, 2015). Averlid och Axelsson (2012) beskriver hur anestesiologen har det medicinska ansvaret och utfärdar läkemedelsordinationer inför sövningen av en patient medan anestesijuksköterskan har ett mer generellt ansvar för patientsäkerheten under anestesi. Båda yrkeskategorierna besitter kunskaper som är viktiga för att utföra anestesi av god kvalitet och med hög patientsäkerhet (Alves, 2005). Anestesijuksköterskans och anestesiologens kunskapsområden överlappar varandra i stor utsträckning och de kan båda utföra stora delar av de arbetsuppgifter som en anestesi innefattar (Averlid & Axelsson, 2012). Det delade kunskapsområdet kan dock vara en grund till konflikter inom teamet och skapa osäkerhet kring rollfördelningen. I ett anestesiteam där anestesijuksköterskan besitter mer erfarenhet än anestesiologen kan detta skapa situationer där det uppstår konkurrens kring vissa arbetsmoment och anestesijuksköterskan kan då uppleva ett hot mot sin yrkesrolls autonomi vilket förvärrar konflikten vilket kan leda till minskat samarbete inom teamet.

Rydenfält et al. (2015) beskriver hur ledarskapet är fördelat inom teamet på operationssalen. Anestesiologen bidrog till minst ledarskap på salen vilket troligen kan härledas till att denne inom svensk sjukvård vanligen inte befinner sig på operationssalen kontinuerligt. Vidare beskriver Wacker och Kolbe (2014) att tydligt ledarskap inom operationsteam har störst betydelse vid oväntade händelser och att det vid stressiga situationer är viktigt att ledaren kan delegera ledarskapet till andra individer för att uppnå bästa möjliga resultat. Rydenfält et al. (2015) framhåller att den tidigare synen på den mest erfarna kirurgen på plats som ledare av operationsteamet inte längre stämmer. Ledarskapet fördelades på teamets medlemmar där olika professioner tar ansvar för ledarskap kring olika frågor. Axelsson och Axelsson (2016) belyser att i ett multidisciplinärt team som verkar inom sjukvården måste den enskilde kunna åsidosätta sin professions intressen till fördel för patientens bästa. En ledare i ett sådant team måste därför främja denna typ av personcentrerade arbetssätt.

Anestesisjuksköterskans profession innebär en ledarskapsroll (HSF 1993:100; ANIVA & Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Anestesisjuksköterskan förväntas i sin profession kunna utöva ledarskap, vilket beskrivs av ANIVA & Svensk Sjuksköterskeförening (2019) som att verka som arbetsledare i teamet kring patienten. Fynes et al. (2014) lyfter erfarenhet och teoretisk kunskap hos anestesisjuksköterskan som förutsättningar för att kunna utöva ledarskapet och genom det säkerställa en hög patientsäkerhet. Ledarskap behöver belysas tidigt i utbildningen och sjuksköterskor behöver inspireras för att utvecklas i ledarskapsrollen (Engström, 2009; Kihlgren & Johansson, 2000). Hutchinson och Jackson (2013) menar att ledarskap inom omvårdnad bygger på ett transformativt ledarskap där sjuksköterskans karaktärsdrag bidrar till hur denne bedöms som ledare. Detta kan bidra till att sjuksköterskans ledarskapskompetens förminskas och inte tas på allvar.

## Anestesisjuksköterskans yrkesroll och kompetens

År 1946 genomfördes specialistutbildning till anestesisjuksköterska för första gången. Det var ett tredje år i den då tvååriga utbildningen till sjuksköterska och benämndes som "specialistutbildning för narkosgivning" (Ristorp, 1990). I dag erhålls specialistsjuksköterskeexamen inom anestesi efter att den legitimerade sjuksköterskan genomfört 60 högskolepoäng inom angiven inriktning (HSF 1993:100). Specialistsjuksköterska är en skyddad yrkestitel och först efter godkänd specialistutbildning kan titeln specialistsjuksköterska användas (SFS 2010:1369). Enligt Högskoleförordningen (1993:100) fastslås att specialistsjuksköterska med inriktning anestesi, hädanefter refererat till som anestesisjuksköterska, skall "visa förmåga att ansvara för övervakning och utförande av lokal och generell anestesi, analgesi och sedering i samband med operationer, undersökningar och behandlingar av patienter" (s.76).

Eberg et al. (2013) beskriver sex kärnkompetenserna som identifierar kompetenser som specialistsjuksköterskan bör besitta. Dessa är: personcentrerad vård, samverkan i team, säker vård, informatik, evidensbaserad vård samt förbättringskunskap. Utifrån dessa sex kärnkompetenser har ANIVA & Svensk Sjuksköterskeförening (2019) tagit fram den kompetensbeskrivning som ligger till grund för anestesisjuksköterskans yrkesutövande. Kompetensbeskrivningen tydliggör att anestesisjuksköterskan skall, enligt ordination av anesthesiolog, beroende på patientens ASA klassificering självständigt eller i team med anesthesiologen planera och genomföra generell anestesi (ANIVA & Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Utöver att genomföra generell anestesi skall anestesisjuksköterskan kompetens innefatta stödja, undervisa och informera patienter med varierande omvårdnadsbehov och dess anhöriga. Vidare att bedöma, planera, administrera, utvärdera och dokumentera perioperativ omvårdnad med stor fokus på luftväg, ventilation, cirkulation, anestesidjup och temperatur. Tillsammans med operationsteamet skall anestesisjuksköterskan verifiera patientens identitet, kontrollera att sidomarkering vid parorgan är etablerad innan sövning och att patientens

positionering på operationsbordet motverkar tryck- eller nervskador. Anestesisjuksköterskan skall också snabbt kunna agera vid akuta situationer så att komplikationer förebyggs. Anestesisjuksköterskans yrkesroll kräver kunskap inom både omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap (Gran Bruun, 2013). Anestesisjuksköterskans arbetsuppgifter innebär att de kan följa patienten genom hela den perioperativa perioden (Goodman & Spry, 2017; ANIVA & Svensk Sjuksköterskeförening, 2019).

## Den perioperativa perioden

American Society of Anesthesiologists definierar den perioperativa perioden från det att patienten kommer till sjukhuset för en preoperativa bedömning, där patientens hälsa utvärderas, till dess att patienten inte är i behov av ineliggande postoperativ vård efter sitt ingrepp (American Society of Anesthesiologists, 2015). Den perioperativa perioden delas in tre faser; den preoperativa, intraoperativa och postoperativa fasen.

Den preoperativa fasen startar när patienten diagnostiseras med ett behov som innefattar kirurgi och beslutar sig för att genomgå ingreppet (Goodman & Spry, 2017). Fasen innefattar förberedelser och optimering av patienten inför kirurgin och varar fram till att patienten anländer till operationssalen. Under den intraoperativa fasen genomförs anestesi och det kirurgiska ingreppet. Patienten transporteras därefter till den postoperativa avdelningen där den postoperativa fasen inleds när ansvaret överlämnas till personal på den postoperativa avdelningen. Den slutliga fasen varar därefter tills att patienten återfått tillfredsställande funktionskapacitet relaterat till det genomgångna ingreppet.

Lindwall och Von Post (2008) beskriver den perioperativa vården som den omvårdnad som utförs i den perioperativa perioden. Den innefattar, utöver fysiska omvårdnadshandlingar, även det perioperativa samtalet med patienten så väl som ledning och organisation av arbetet kring patienten. Goodman och Spry (2017) beskriver den perioperativa sjuksköterskans, vilket bland annat innefattar anestesisjuksköterskan, uppgifter som att genom samarbete i team med andra sjukvårdsprofessioner ställa omvårdnadsdiagnoser, ge god omvårdnad och arbeta med patientens bästa i fokus.

### **Anestesiologisk omvårdnad**

Patientens första möte med anestesisjuksköterskan sker vid det preoperativa samtalet (Lindwall & Von Post, 2008). Genom att lyssna på patientens berättelse är det här anestesisjuksköterskan kan hjälpa patienten att förbereda sig inför kirurgin och lägger grunden till ett förtroende dem emellan (Lindwall & Von Post, 2008; Rudolfsson et al., 2007a). Davis et al. (2014) beskriver hur patienter och anhöriga värderar just information och kommunikation som två av de viktigaste behoven genom hela den perioperativa perioden. Det optimala är att det preoperativa samtalet sker innan patienten kommer till operationssalen och kan genomföras utan tidspress i en trygg miljö (Lindwall & Von Post, 2008). Patientens upplevelse av hälsa kan förbättras

genom att anestesijuksköterskan möter patienten och ser patienten som en unik individ (Rudolfsson et al., 2007a). Den personcentrerade vården är en av de sex kärnkompetenser som tidigare lyfts som viktiga för anestesijuksköterskans arbete (Ekman & Norberg, 2013). Genom att bjuda in till samtal och låta patienten själv berätta utifrån sin erfarenhet visar vi att patientens upplevelser är en betydelsefull faktor i den vård som bedrivs, där personen snarare än sjukdomen är det som finns i fokus (Ekman et al., 2011).

Intraoperativt övervakar anestesijuksköterskan patientens vitalparametrar och genomför anesthesiologiska omvårdnadsåtgärder (ANIVA & Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Rydenfält et al. (2015) visar att anestesijuksköterskan är den i anesesteamet som befinner sig på operationssalen under hela kirurgin. Anestesijuksköterskan arbetar självständigt på operationssalen och arbetet beskrivs som både utmanande och komplext (Averlid & Axelsson, 2012). När patienten inte själv kan värna sin autonomi under anestesin för anestesijuksköterskan patientens talan (Oakley, 2006; Schreiber & Macdonald, 2010). Patienten är under operationen ofta avklädd och dennes integritet och värdighet måste respekteras (Lindwall & Von Post, 2008). Anestesijuksköterskan ser hela patienten och utgår från ett personcentrerat arbetssätt där patientens behov sätts i centrum (Oakley, 2006; Schreiber & Macdonald, 2010). Rydenfält et al. (2015) menar att anestesijuksköterskan dessutom tar ett stort ansvar för den logistiska planeringen av patientflödet på operationsavdelningen. Detta relaterar till anestesijuksköterskans behov av att avsätta tillräckligt med tid med nästa patient för att på så sätt kunna säkerställa patientsäkerhet och att tiden nyttjas på ett kostnadseffektivt sätt utan att operationsprogrammet påverkas negativt.

Anestesijuksköterskans arbete i den postoperativa fasen innefattar bland annat att bedöma och uppmärksamma risker för att optimera patientens återhämtning (ANIVA & Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). En vårdande dialog som utvärderar patientens personliga mål och sammanfattar den pre- och intraoperativa faserna kan hjälpa patienten att avsluta den perioperativa perioden (Lindwall & Von Post, 2008). När anestesijuksköterskan och patienten kan följas åt genom den perioperativa perioden skapas en kontinuitet som möjliggör en djupare vårdrelation som leder till att patienten känner tillit och blir sedd som individ (Rudolfsson et al., 2007b).

Majoriteten av anestesijuksköterskor träffar endast patienten samma dag som den planerade operationen (Zetterlund, 2000). I en sjukvård där effektivitet premieras skapas en konflikt där anestesijuksköterskan ställs inför ett etiskt dilemma. Vårdens etiska värdegrund ställs mot de krav organisationen ställer på produktivitet och anestesijuksköterskan måste då ha modet att våga utmana den traditionella kulturen och ge plats för omvårdnad (Lindwall & Von Post, 2008). Trots tidspress och korta möten måste anestesijuksköterskan som omvårdnadsledare ta ett ansvar för att omvårdnaden blir synlig och tillgänglig för patienten genom hela den perioperativa perioden.

## Problemformulering

Anestesisjuksköterskan verkar i ett multidisciplinärt team bestående av enskilda specialister som ofta har olika agendor och prioriteringar utifrån sin profession. Inom teamet finns ingen formellt utsedd ledare vilket kan göra ansvarsfördelningen gentemot övriga medlemmar inom teamet otydlig. Ledaren i det multidisciplinära teamet måste få teamets medlemmar att åsidosätta de egna prioriteringarna och arbeta för patientens bästa. Problem uppstår när ingen formell ledare finns då de olika professionerna i teamet kan ha olika prioriteringar. Samarbetet i teamet påverkas då negativt och ingen gemensam målsättning för teamets arbete finns.

Tidigare forskning har framförallt fokuserat på hur läkare utövar sitt ledarskap i den perioperativa kontexten medan anestesisjuksköterskans ledarskap är mindre beforskat. Genom en kvalitativ intervjustudie, där syftet är att undersöka hur anestesisjuksköterskor upplever sin roll som ledare, kan en djupare insikt erhållas kring hur och var detta ledarskap utövas i den anesthesiologiska omvårdnaden av patienten.

## Syfte

Syftet är att undersöka erfarna anestesisjuksköterskors upplevelse av att leda den anesthesiologiska omvårdnaden under den perioperativa perioden.

## Forskningsfrågor

Hur upplever erfarna anestesisjuksköterskor att ledarskapet utövas i den anesthesiologiska omvårdnaden av patienten?

Hur upplever erfarna anestesisjuksköterskor retrospektivt att deras eget ledarskap utvecklats?

## Metod

En kvalitativ metod med beskrivande design användes, där kvalitativa intervjuer genomfördes för att samla in data (Graneheim & Lundman, 2004). Kvalitativ forskning bygger på erfarenheter och upplevelser och urvalet behöver därför baseras på individer som upplevt det fenomen som önskas undersökas (Henricson & Billhult, 2017). Ett induktivt förhållningssätt eftersträvades i syfte att resultatet skulle vara ofärgat av författarnas förförståelse för ämnesområdet (Polit & Beck, 2016). Intervjuer valdes som datainsamlingsmetod då detta var en lämplig metod att använda när erfarenheter eller upplevelser av ett visst fenomen eftersöktes (Denscombe, 2014).

## Urval

Urvalets storlek i kvalitativ forskning baseras inte på antalet personer, målet är istället en djupare kunskap (Denscombe, 2014). Inklusionskriterier skapades för att personer med störst sannolikhet att besvara syftet skulle eftersökas. Inklusionskriterier var att informanterna skulle vara anestesisjuksköterskor med minst 15 års erfarenhet av

professionen. Detta för att säkerställa att de hade tillräckligt lång klinisk erfarenhet för att ha hunnit utveckla en trygghet i rollen som anestesijuksköterska, möjlighet att ha utveckla ett ledarskap och reflektera kring dess betydelse. Exklusionskriterier var att de i dagsläget var heltidsanställda hos regioner eller kommuner, eller att det hade gått mer än 3 år sedan de senast var kliniskt yrkesverksamma som anestesijuksköterskor.

Urval som består av färre personer ställer högre krav på att deltagarna skulle ha olika erfarenheter av fenomenet. Ett slumpmässigt eller sannolikhetsurval brukar då inte rekommenderas (Henricson & Billhult, 2017). För att få tillgång till denna grupp söktes kontakt via vår uppsatshandledare och via personliga kontakter. Detta brukar benämnas som ett ändamålsenligt urval (Denscombe, 2014). Ett ändamålsenligt urval innebär att personer som uppfyller de inklusionskriterier och expertis som efterfrågas söks upp och tillfrågas om att delta i studien. Kontakt togs med nio anestesijuksköterskor som blev tillfrågade om att delta i studien, sju tackade ja och inkluderades i studien. En anestesijuksköterska tackade nej till deltagande i studien. En svarade aldrig på vår förfrågan om att delta och på grund av tidsbegränsningen för studien gjordes inga fler försök att få kontakt med anestesijuksköterskan. Samtliga informanter som inkluderades i studien var kvinnor i åldrarna 63-67 år. Yrkesverksamma år som anestesijuksköterska varierade mellan 20-37. Sex stycken var pensionärer och tid sedan pension varierade mellan noll till två år. Fem stycken hade en timanställning.

## Datainsamling

Malterud (2014) beskriver att studiens trovärdighet baseras på hur väl metoden beskrivs för att möjliggöra återupprepning. I en forskningsintervju skall intervjupersonen få möjlighet att fritt beskriva det efterfrågade ämnet (Kvale, 2014). Semistrukturerade intervjuer genomfördes bestående av öppna frågor. Genom "vad-frågor" leds intervjupersonen in på att besvara syftets "hur-frågor" (Kvale, 2014). Studiens syfte bröts ner till forskningsfrågor som omformuleras till intervjufrågor och bildade en intervjuguide bestående av fem frågor. Intervjuguiden finns bifogad som Bilaga 1. Kvale (2014) menar att intervjufrågor ska formuleras till vardagsspråk för att skapa lättsamma och spontana svar hos intervjupersonen. Djup förståelse av upplevelsen eftersöktes och intervjun utformades så att intervjupersonen skulle känna trygghet i att dela med sig av sina upplevelser. Kvale (2014) menar att frågor av varför-karaktär ska användas sparsamt i forskningsintervjuer, då de kan resultera i associationer till examensförhör.

Deltagandet baserades på frivillighet och intervjupersonen kunde när som helst avbryta sitt deltagande utan motivering. Detta då allt deltagande i forskning som genomförs på människor ska ske på frivillig basis (World Medical Association, 2013). Muntlig och skriftlig information om studien delgavs intervjupersonerna. Samtycke från samtliga deltagare inhämtades muntligt och skriftligt innan intervjuerna genomfördes.

Intervjuerna genomfördes under april och maj månad år 2020. Individuella intervjuer genomfördes via telefon. Intervjuernas längd varierade från 19 till 32 minuter. Denscombe (2014) menar att telefonintervjuer sällan pågår längre än 30 minuter vilket gör telefonintervju till en lämplig metod för dessa kortare intervjuer. Intervjuerna genomfördes genom att den ena studenten ställde intervjufrågorna och agerade intervjuledare. Den andra studenten var observatör. Intervjuledaren behöver ha ett aktivt lyssnande och vara följsam i det intervjupersonen säger (Kvale, 2014). Under intervjuernas gång bad intervjuledaren intervjupersonen att förtydliga sina svar genom att t. ex. fråga “Kan du berätta mer om det?” eller “Hur upplevde du situationen?” då detta enligt Kvale (2014) kan ge en fördjupad förståelse för fenomenet. Malterud (2014) menar att överförbarheten i en kvalitativ studie är begränsad då en kvalitativ forskning baseras på personliga erfarenheter och dessa är svåra att placera i en annan kontext än där de skapades.

Intervjuerna spelades in med hjälp av mobiltelefon. Efter avslutad intervju fördes ljudfilen över till ett USB-minne via en dator. Konfidentialitet skapades genom att filnamnen på det inspelade materialet döptes om till koder i form av siffror. Ett separat dokument med de olika kodade filnamnen och intervjupersonernas uppgifter upprättades och förvarades därefter skilt från datamaterialet. Forskning måste bedrivas så att deltagarnas integritet skyddas och anonymitet garanteras (Denscombe, 2014; Polit & Beck, 2016). Datamaterialet hanterades endast av studenterna och handledaren. Inga filer skickades digitalt mellan författarna utan lämnades över personligen så båda författarna skulle ha tillgång till datamaterialet. Transkriberingen av intervjuerna delades upp mellan författarna där en författare transkriberade fyra intervjuer och den andra författaren transkriberade tre intervjuer. Intervjuerna transkriberades ordagrant i sin helhet och även pauser, skratt och suckar skrevs in i transkriberingen (Polit & Beck, 2016). Om personliga uppgifter framkom under intervjun ersattes de med XX vid transkribering för att bibehålla konfidentialiteten.

## Dataanalys

Analysen genomfördes enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. För att styrka tillförlitligheten i studien bearbetades den transkriberade texten enskilt av författarna initialt. Detta menar Malterud (2014) minskar risken att författarnas förförståelse påverkar resultatet.

Det transkriberade materialet lästes i sin helhet flera gånger av båda författarna individuellt. Detta för att få en djupare förståelse för materialet och skapa större tillförlitlighet till att materialet analyserades induktivt. De transkriberade intervjuerna skall enligt Graneheim och Lundman (2004) i steg ett analyseras så att stycken som svarar emot syftet lyfts fram som meningsbärande enheter. Det transkriberade materialet skrevs ut i pappersformat och författarna markerade var för sig ut de textavsnitt de ansåg vara meningsbärande enheter. De markerade styckena i texten jämfördes mellan

författarna tills konsensus uppnåddes om vilka textavsnitt som var meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna skrevs in i en tabell. De följande stegen i analysprocessen gjordes gemensamt av författarna.

I steg två sker enligt Graneheim och Lundman (2004) en kondensering av de meningsbärande enheterna. Kondensering innebär att korta ner texten, utan att det centrala innehållet förloras, i syfte att skapa ett överskådligt material. De kondenserade meningsbärande enheterna fördes in i samma tabell. Tabellen användes för att den kondenserade meningsbärande enhet skulle kunna härledas tillbaka till den meningsbärande enheten. Detta menar Graneheim och Lundman (2004) ökat tillförlitligheten i analysprocessen. De kondenserade meningsbärande enheterna skall enligt Graneheim och Lundman (2004) granskas i steg tre för att utifrån det manifesta innehållet skapa koder. Det manifesta innehållet är det som ordagrant går att utläsa ur texten. En kod består av ett till några få ord och sammanfattar innehållet i den kondenserade textenheten. För att inte förlora det centrala innehållet hade författarna hela tiden sammanhanget för den meningsbärande enheten i åtanke. Koderna fördes in i tabellen och jämfördes med varandra.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär steg fyra att koderna organiseras och grupperas utifrån sitt gemensamma innehåll för att skapa sub-kategorier och kategorier. Detta gjordes genom att skillnader och likheter i de olika koderna jämfördes utifrån sitt manifesta innehåll. De grupperade koderna skapade därefter sub-kategorier som namngavs utifrån sin likställighet. Författarna diskuterade tills samtliga koder kunde sorteras in under en sub-kategori. Subkategorierna slogs därefter samman i mer övergripande kategorier. Graneheim och Lundman (2004) belyser vikten av att ingen kod, som svarar mot syftet, ska exkluderas på grund av att en lämplig kategori eller sub-kategori saknas. Skapandet av kategorier ses som det mest fundamentala i den kvalitativa innehållsanalysen. Det sista steget, steg fem, innebär att kategorierna jämförs med varandra och eventuellt bildar teman som sammanfattar den underliggande meningen. Den underliggande meningen beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som det latenta innehållet. Exempel på analysförfarandet redovisas i bilaga 2.

## Etiska överväganden

Då studien är en kvalitativ studie som baseras på intervjuer av individer måste noggranna etiska överväganden göras för att kunna garantera att deras rättigheter som individer säkerställs (Polit & Beck, 2016). World Medical Association (2013) tydliggör i Helsingforsdeklarationen att forskningspersonernas intressen och rättigheter alltid ska ges företräde framför de framsteg som forskningen kan bidra till. Detta är särskilt viktigt vid kvalitativa studier då forskaren utvecklar en mer intim relation till forskningspersonerna genom att på djupet utforska personliga upplevelser av ett fenomen och verkar som ett studieverktyg (Polit & Beck, 2016). Risken finns då att forskaren påverkar forskningspersonen eller att forskningspersonen anpassar sina svar utifrån vad de tror att forskaren vill höra (Kjellström, 2017). För att säkerställa att ingen



påverkan skett och att det som framkommit under intervjun tolkats korrekt av forskaren framgick tydligt i forskningspersonsinformationerna var deltagarna skulle vända sig för att få ta del av det slutgiltiga resultatet.

Forskningspersonerna erhöll en forskningspersonsinformation (Bilaga 3) med information om studien, skriven utifrån Etikprövningsmyndigheten (2020) riktlinjer. I denna framgick att deltagandet var helt frivilligt och att de när som helst under studiens gång kunde avbryta sitt deltagande utan att motivera varför. Detta då människan alltid skall värnas när forskning bedrivs och ingen individ får utsättas för påföljder vid nekande till att delta i studier (Cöster, 2014). Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behövs ingen etikprövning för studier som sker under utbildning på avancerad nivå. Muntligt och skriftligt samtycke insamlades därför från samtliga deltagare innan de inkluderades i studien.

Forskare är skyldiga att genomföra sina studier så att de minimerar skada och optimerar nyttan (Polit & Beck, 2016). Då studien avhandlar erfarna anestesistjuksköterskors upplevelse av ledarskap och data insamlades genom telefonintervjuer sågs inga risker kopplade till forskningspersonernas fysiska deltagande. Resultaten redovisas på gruppnivå utan att någon individs data kan urskiljas. Citat i resultatet kommer att ske sparsamt och om de används kommer neutrala fraser att väljas som inte använder dialektala stödord eller annat som kan härleda till en enskild intervjuperson. Transkriberade intervjuer och kodnyckeln förvarades separat för att upprätthålla konfidentialitet för forskningspersonerna. Risker som författarna reflekterat över var att telefonintervjuer försvårar möjligheten för intervjuledaren att uppfatta subtila indikationer på att forskningspersonen upplever obehag under intervjun genom mimik och kroppsspråk. Om informanten ändå uppvisar tecken på obehag kommer frågorna ställas objektivt utifrån hur de upplevde situationen utan att fokusera på en enskild individs handlande. Om informanten fortsätter att uppvisa tecken på obehag kommer magisterstudenterna att avsluta intervjun. Vinsterna med studien anses överväga riskerna då området anses vara tämligen obeforskat och studiedeltagarna förväntas besitta en stor kunskap i ämnet relaterat till deras långa yrkeserfarenhet.

## Resultat

Resultatet består av tre kategorier och åtta subkategorier som redovisas i Tabell 1.

**Tabell 1. Resultatredovisning**

Kategori	Subkategori
Att se sig själv som en ledare	En självständig roll
	Utvecklas över tid
	Förmåga att visa handlingskraft
Att ha patienten i fokus	Vikten av det preoperativa mötet
	Att bära patientansvaret
	Att föra patientens talan
Att förhålla sig till andra professioners åsikter	Samarbetet med anestesiologygen
	Teamarbetet på operationssalen

### Att se sig själv som en ledare

I kategorin framkommer att anestesisyjuksköterskan ofta ansvarade för anestesi ensam, främst under den intraoperativa perioden. Att leda det anesthesiologiska arbetet och samtidigt arbeta självständigt kunde medföra en känsla av ensamhet. Att vara ung eller oerfaren kunde bidra till att anestesisyjuksköterskans ledarskap inte blev taget på allvar. Ledarskapsförmågan var något som utvecklades över tid och upplevdes som lättare ju mer erfarenhet de hade. Informanterna kände ett stort ansvar för att ta ledarrollen och upplevde det som mycket viktigt att agera när situationen krävde det.

### En självständig roll

Genomgående berättade informanterna om en upplevelse av ensamhet, att vara själva och företräda anestesiteamet under operationen. En av informanterna beskrev det:

*”Det är jag som sköter anestesi så är de ju jag som leder alltihopa där /.../ jag är ju kanske ensam då.”*

Informanterna beskrev det som att de många gånger agerade självständigt utifrån rutiner och sin egen erfarenhet och att de var ensamma arbetsledare. Det självständiga arbetssättet ställde höga krav på att anestesisyjuksköterskan hade fullständig kontroll på allt som kunde tänkas hända. En informant uttryckte detta:

*”Det är för jag vill inte hamna i något dilemma när jag sover patienten, så att de är ju alltid så att jag ...inte låter någon annan leda mig.”*

### Utvecklas över tid

Informanterna lyfte att ålder och erfarenhet bidrog till att öka deras förmåga att utöva sitt ledarskap. Informanterna uttryckte detta när de säger:

*”Så är det väl, med erfarenhet så får man väl någon slags pondus också.”*

*”Med åldern så har man ju fått mer respekt än vad man hade kanske som ung och man kanske inte vågade säga ifrån på samma vis.”*

Genomgående lyftes en känsla av utveckling men en informant lyfte också att hon upplevde att ingen utveckling av ledarskapet hade skett. Det upplevdes också som lättare att bli accepterad som ledare och det krävdes mindre ansträngning för att bli tagen på allvar. Detta relaterade informanterna till att de med åren hade fått mer erfarenhet och att även andra visste om att de besatt stor kunskap inom området och på så vis respekterades deras synpunkter och åsikter. Några informanter lyfte även att med ålder följde en viss pondus oavsett kunskaper.

### **Förmågan att visa handlingskraft**

Informanterna beskrev vikten av att våga ta initiativ och göra sin röst hörd när det behövdes. Det framställdes som att vara bestämd, ta ledarrollen och agera när de krävdes. En informant beskrev sitt ledarskap vid en situation där en patient fick laryngospasm:

*”Det kan ju vara sådana akutsituationer /.../ det blir ju nått slags militärt ledarskap mera. Du gör det och du gör det för det måste lösas väldigt snabbt./.../ Ja, det är ju vi anestesijuksköterskor som måste leda den situationen.”*

Informanterna belyste vikten av att söka de svar som behövdes för att kunna bedriva en god omvårdnad, även om det ibland innebar att trampa någon annan på tårna. Flera informanter beskrev hur de ringde en annan anesthesiolog om de fick en ordination som inte stämde överens med deras syn på vad som var lämpligt för patienten. Vid vissa tillfällen krävdes handlingskraft. Anestesisjuksköterskan kunde inte vänta på att bli accepterad som ledare utan behövde ta ledarrollen direkt. En informant beskrev det:

*”...en patient håller på och kräks och måste läggas på sidan. Då är det ju bara jag som bestämmer det NU.”*

Många situationer som informanterna beskrev att de varit med om krävde direkt handling och gav inte utrymme för diskussion eller avvaktande. De var tvungna att ta ledarrollen och verka för att avvärja en potentiellt farlig situation.

### **Att ha patienten i fokus**

Anestesisjuksköterskorna arbetade alltid med fokus på patientens välmående. Det preoperativa mötet lade grunden för en trygg relation med patienten. Deras unika kompetens, med både omvårdnad- och medicinska kunskaper gav dem en helhetsbild och med den kom ett ansvar att ta rollen som ledare. De såg sig som patientens företrädare på operationssalen och förde deras talan när patienterna själva inte kunde göra det.

### **Vikten av det preoperativa mötet**

Det preoperativa mötet med patienten lyftes upp av informanterna som en viktig del i att kunna genomföra en bra anestesi. Det var under det korta mötet de kunde skapa en relation till patienten och förmedla trygghet. En informant uttryckte det:

*”...i det preoperativa mötet med patienten, om man skapar en relation, som man kan göra på en liten stund, [det är ju] det som jag tycker är viktigt för att jag ska kunna ge en bra anestesi.”*

Svårigheter kunde uppstå när det handlade om oroliga patienter och om de blev avbrutna eller störda under det preoperativa mötet med patienten. Ytterligare en informant talade om ämnet och sa:

*”...någon som är speciellt orolig eller så. Om jag fixar det bra och patienten känns trygg så kommer det någon annan och då kan det bli så att bara för att den personen är doktor så kan det bli att patienten får...eh..andra tankar.”*

Den preoperativa bedömningen var ibland gjord utifrån journaler och skriftlig information. Då upplevde informanterna att det preoperativa mötet blev ännu viktigare, då de var de första som träffade patienten. Det var deras ansvar att upptäcka saker som inte framkommit tidigare eller som hade missats i bedömningen och som kunde äventyra patientsäkerheten om det inte uppmärksammades. Detta beskrevs av två olika informanter:

*”Narkosbedömningarna är ju gjorda men väldigt ofta har kanske inte doktorn träffat patienten. Är det så att man tycker att det är något som är oklart, eller något nytillkommet, så får man ju kontakta narkosläkaren”.*

*”Det är jätteviktigt. Under alla de här åren så har det ju faktiskt hänt ganska många gånger att man har kommit på någonting som...ja...[gjort]att man fått stryka patienten”.*

### **Att bära patientansvaret**

Det framkom att informanterna såg det som att de hade det yttersta patientansvaret under den perioperativa perioden. De upplevde att de kände patienten bäst och det gav dem förutsättningar för att kunna ta patientansvaret och verka som en arbetsledare. Informanterna uttryckte detta:

*”De [anestesiologen] är ju ofta väldigt teoretiska, alltså medicinskt, medan [anestesi-]sköterskan sköter den mera...aah...förutom den medicinska även omvårdnadsbiten, som narkosläkaren inte är så involverad i.”*

*”Sen så lämnar man över till postop. Så länge...tills det är klart så är det ju jag som...som fortfarande känner patienten och ingreppet så det...det är ju svårt för någon annan att ta över.”*

Patientansvaret beskrevs även utifrån en tidsaspekt där den pre- och interoperativa fasen sågs som viktiga för det postoperativa resultatet. Informanterna såg sig som den enda professionen som hade möjlighet att följa patienten genom hela den perioperativa perioden. En informant ger uttryck för detta när hon säger:

*”Både pre- och peroperativt har väldigt stor betydelse för hur patienten har det postoperativt/.../ Och det viktigaste är ju, vi har ju vårt mål, det är ju att ha en optimerad patient som mår väldigt bra efteråt.”*

För att kunna bära patientansvaret förutsattes att anestesijuksköterskan hade kontroll över situationen och patienten. Informanterna upplevde att detta till viss del kunde störas av den tekniska utrustningen och att fokus riskerade att hamna på parametrar och apparatur istället för på patienten. Dokumentation upplevdes även det ta viktigt tid från patienten. Detta beskrevs av informanterna:

*”Det är ju otroligt mycket mer teknik nu. Där handlar det om, utifrån ledarskap, att inte tappa patientfokus. Det är väldigt lätt hänt när man eeh.. står där och det är väldigt många apparater och parametrar att titta på.”*

*”Men jag tror att man måste vara vaksam om sin roll...det här med dokumentationen. Det tar alldeles för mycket tid från att vara hos patienten.”*

### **Att föra patientens talan**

Genomgående i intervjuerna framkom att informanterna ansåg att anestesijuksköterskan är den som står upp för patienten och för dennes talan när den själv inte kan förmedla sig. Det uttrycktes som att vara patientens advokat eller att företräda patienten. Tydligast blev detta under den intraoperativa perioden när patienten var sövd, vilket beskrivs av en av informanterna:

*”Ja, vi som anestesijuksköterskor, det är vi som är på sal. Det är ju vi som är liksom patientens...ehm... företrädare på något vis”.*

Vidare beskrev informanterna att det inte bara gällde när patienten var sövd. När de vårdade en vaken patient vid ex. regional anestesi upplevde de att de fick vara den som bevakade och värnade om patienten. Två informanter beskrev detta:

*”Under operationen då upplever jag att det är jag som ser till att värna patienten/.../ och se till att det är bra nivå, att man inte pratar över patienten utan ser till att det är god stämning runt patienten”.*

*”...den som står i operationssåret har inte samma känsla, tänker inte på att vi har en vaken patient här/.../ Ska man prata så får ju patienten vara med!/.../ Och där känner jag, att den biten tycker jag alltid har varit nära mig.”*

### Att förhålla sig till andra professioners åsikter

Anestesisjuksköterskans ledarskap upplevdes alltid utövas i förhållande till andra professioner. Samarbetet med anestesiologygen var en viktig del och upplevdes ofta som positivt men konflikter kunde uppstå på grund av fördelningen av arbetsuppgifter och ansvar. På operationssalen fanns ytterligare ett team och fler åsikter att förhålla sig till. De olika åsikterna kunde skapa konflikter som anestesisjuksköterskan fick anpassa sig till. Teamets medlemmar upplevdes vara lika viktiga och anestesisjuksköterskan var en del av teamet.

### Samarbetet med anesthesiologygen

Informanterna beskrev hur anestesisjuksköterskan och anesthesiologygen delade det anesthesiologyska ledarskapet. Anesthesiologygen ansvarade för det medicinska området men detta behövde inte betyda att det var likställigt med att leda anesthesiology. Informanterna belyste samarbetet med anesthesiologygen på olika sätt:

*”Den medicinskt ansvariga ytterst är ju anesthesiologygen...ååå...om man ska ansvara för ordinationer och så är det ju han som är, men jag vet inte om det behöver innebära att han leder...är ledare över alltihopa. Det vet jag inte direkt.”*

*”Det medicinska ansvaret är ju ett ledarskap i sig och det får jag förhålla mig till. Sen har jag en frihet under ansvar under själva narkosens gång men... har alltid varit noga med att gör jag någonting så rapporterar jag alltid. Jag har alltid kommunikation med min narkosläkare.”*

Informanterna upplevde att anesthesiologygen och anestesisjuksköterskan behövde samarbeta, då de delade kompetensområdet. Flera informanter beskrev ett gott och jämlikt samarbete där anesthesiology och anestesisjuksköterska arbetade mot samma mål. Det sågs som en fördel av att ha arbetat länge ihop då detta skapade ett förtroende för varandra. En sorts tyst kommunikation kunde användas där de visste vad som kunde förväntas av den andre utan att behöva säga det. Detta uttrycktes av en informant som sade:

*”Man har nästan lika stort ledarskap...för de lyssnar ju mycket på oss som narkossköterkor. Och har man en kommunikation och sen resonerar man om hur man gör...och jag tycker det, jag tycker det är väldigt bra.”*

Hur samarbetet fungerade beskrevs som personbundet. Vissa anestesiologer ville gärna ta över ledarskapet och lyssnade inte på anestesijuksköterskans synpunkter. Informanterna berättade att anesthesiologerna ibland valde de intressanta fallen och arbetsmomenten, vilket skapade en känsla av att de blev bortkonkurrerade. Erfarna anestesiologer upplevdes över lag som lättare att samarbeta med då de var mer villiga att ha en dialog med anestesijuksköterskan och dela på ansvaret. Det upplevdes svårt att samarbeta med någon som var kontrollerande och inte tillät anestesijuksköterskan att arbeta självständigt. Detta beskrevs av informanterna som sade:

*”Det här doktorssyndromet som en del har. Det kan ju vara tröttsamt och det ser jag mer personbundet att... bara för att nån är läkare så är jag bestämd. Dom tror ju fortfarande att... vissa... eeh... att de är chefer. Men de är inte min chef!”*

*”..har man en väldigt kontrollerande person[anestesiolog] där man inte känner den här friheten att man kan ha diskussionerna och man tycker att det här går lite på tvärs...mot vad man har lärt sig och har erfarenhet av, det är klart ...det känns ju inte bra./.../...liksom att mina kunskaper inte är värt någonting utan...där är det liksom...dens kunskaper som är allmänrådande, att man inte kan ha ens en diskussion om det.”*

### **Teamarbetet på operationssalen**

Informanterna beskrev sin uppgift på salen som att möjliggöra det kirurgiska ingreppet genom att tillhandahålla anestesi. Informanterna lyfte att inne på operationssalen blev det många fler professioners åsikter att förhålla sig till. Ledarskapet fördelades på teamets medlemmar utifrån vilket skede i operationen de var och vad som hände under operationen. En informant beskrev detta:

*”Så det är ju lite olika i vilket skede man är på operationen då... vem som...som leder alltihop, och beroende på.. hur det utvecklar sig och vad det är för ingrepp...”*

Konflikter kunde uppstå på grund av olika målsättningar som enskilda hade och detta var något anestesijuksköterskan fick förhålla sig till. När en konflikt uppstod var anestesijuksköterskan mån om att lösa situationen men blev inte alltid lyssnad på av de övriga i teamet. Informanterna uttryckte att de hade blivit bättre på att hantera konflikter med tiden. Alla konflikter var inte värda att ta, utan det bästa var ibland att bara backa genom att vara tyst. Anestesijuksköterskans mål var alltid att tillhandahålla en god anestesi och då fick de ibland ta in anesthesiologen för att lösa konflikten. Detta uttrycktes av informanterna som sade:

*”Det är ju därför vi är där, för att man ska genomföra de kirurgiska ingreppen och då har ju alltid kirurgen önskemål och de får vi ju försöka att uppfylla. Men på något sätt måste det ju också anpassas till att vi kan hålla*

*fria luftvägar, att patienten mår bra...och ibland så kan det ju bli...eh...ja...konflikt om man säger så.”*

*”Man ska ändå vara bestämd på hur vi sköter anestesi och har de mycket kommentarer så är det bara att kalla in narkosläkaren, så får narkosläkaren ta det med kirurgen/.../ För då har de ju givetvis större pondus.”*

Det upplevdes som en utmaning att arbeta i en ombytlig miljö där personalen hela tiden byttes ut och teamets sammansättning förändrades. Alla i teamet sågs som viktiga och att de hade en funktion tillsammans. Det sågs som en fördel att ha arbetat ihop länge då de lärt känna personalen och visste om deras styrkor och svagheter. Detta beskrev av en informant:

*”..att vi jobbar tillsammans, att alla är viktiga i rummet./.../ Då är det viktigt att man tycker att man har den relationen med personalen runtomkring, att vi alla är ett team, att alla behövs.”*

Det var viktigt att lyfta de andra medlemmarna i teamet och se dem som individer. Ledarskapet innefattade att bekräfta andra och att ge beröm när de gjorde något bra och informanterna upplevde generellt att de blev accepterade som ledare och att de övriga upplevde dem som duktiga. En informant uttryckte det:

*”...att man berömmar, att man säger att man har jobbat på bra, det här gjorde vi bra./.../ Det ligger i ledarskapet att folk behöver bli bekräftade för det de gör, absolut. Bekräftelsen är ju jätteviktig.”*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

#### **Metod**

Metod väljs alltid utifrån syftet och en kvalitativ metod ansågs därför vara bäst lämpad då den kvalitativa metoden har som avsikt att studera levda erfarenheter hos informanterna (Polit & Beck, 2016). Hur vetenskaplig kvalitet i kvalitativa studier bör bedömas är en omdebatterad fråga som Polit och Beck (2016) menar inte finns någon konsensus kring. Termerna validitet och reliabilitet ses generellt som något som hör den kvalitativa forskningen till, men vissa menar att den även bör användas i kvalitativ forskning då det relaterar till hur resultatet går att överföra till andra kontexter och hur pålitligt resultatet som redovisas är. Polit och Beck (2016) menar att begreppet trovärdighet istället kan användas som ett paraplybegrepp kring kvalitet av kvalitativa studier vilket innefattar; pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet.



## Urval

På grund av rådande situation i samhället relaterat till Covid-19-pandemin utkom efter studiens start en rekommendation via universitetet om att ej söka informanter hos regioner eller kommuner för att minska belastningen på offentlig vård (Å. Axelsson, personlig kommunikation, 7 april 2020; Sveriges Kommuner och Regioner, 2020). Initialt var planen att intervjua heltidsanställda anestesijuksköterskor med lång erfarenhet men beslut togs istället att söka informanter som var nyligen pensionerade eller enbart timanställda. Informanter söktes via vänner, familj och handledare, då det annars hade varit svårt att hitta informanter som uppfyllde inklusionskriterierna. Inga av de informanter som författarna kontaktade var individer de själva hade någon relation till eller kändes sedan tidigare.

I kvalitativ forskning är inte antalet informanter relevant på samma sätt som i kvantitativa studier, fokus ligger istället på att hitta rätt informanter vilka kan ge en djup och ingående beskrivning av fenomenet (Henricson & Billhult, 2017). Då informanterna hade lång erfarenhet som anestesijuksköterskor ansåg författarna att de var en lämplig urvalsgrupp då dessa kunde reflektera över utvecklingen inom yrket med tanke på ledarskap. En begränsning med urvalet var att de alla var kvinnor och i samma åldersgrupp. Överförbarheten av resultatet hade därför genom en större variation i urvalet kunnat bli högre. Alla utom en av informanterna arbetade fortfarande som timanställda och hade således en aktuell kunskap om fenomenet. Den informant som ej var yrkesverksam hade dock varit yrkesverksam för senast 1,5 år sedan och ansågs därför inneha aktuella kunskaper. Detta stärker trovärdigheten i studien då resultatet inte baseras på föråldrad information (Mårtensson & Fridlund, 2017).

## Datainsamling

I enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendationer om social distansering valdes telefonintervjuer istället för intervjuer ansikte mot ansikte. Ett alternativ hade varit att använda sig av videosamtal, men då det var svårt att finna informanter så ansåg författarna det som en ytterligare försvårande faktor varpå telefonintervjuer valdes. Risker vid telefonintervjuer är att missa subtila uttryck i mimik och kroppsspråk vilket visar vilka känslor som uppstår hos informanten när de talar om ämnet. Författarna var därför extra uppmärksamma på tonläget i rösten hos informanterna samt vilka ord de valde för att beskriva det som efterfrågades. Intervjuerna transkriberades ordagrant och även gäspningar, suckar och skratt togs med. Detta då det enligt Polit och Beck (2016) är en förutsättning för att säkerställa att data som analyseras blir korrekt återgiven.

## Analys

Analysen utgick från Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Då författarna ej tidigare hade någon erfarenhet av empiriska studier valdes denna analysmetod då den enligt Danielson (2017) är en lämplig metod för att lära sig hantera och analysera data bestående av stora mängder text. I början av studien nedtecknade författarna sin förförståelse kring ämnet. Denna förförståelse var att anestesijuksköterskans ledarskap utövas i det dolda och inte alltid uppmärksammas och

uppskattades av övriga professioner. Polit och Beck (2016) menar att eftersom författaren inom kvalitativ forskning ses som ett forskningsverktyg och inte en passiv deltagare finns risken att dennes förförståelse kan påverka datainsamlingen och analysen. Finns det en medvetenhet hos författaren om den egna förförståelsen minskar risken att resultatet blir färgat av den, vilket stärker pålitligheten i studien.

Under analysfasen hade författarna hela tiden ett papper med syftet nedskrivet framför sig för att säkerställa att syftet och forskningsfrågorna besvarades. Under analysfasen uppstod svårigheter att bilda subkategorier då de meningsbärande enheterna som valts ut var många till antalet. Detta gjorde att författarna gick åter i analysprocessen och sållade ut ett antal meningsbärande enheter som efter diskussion inte ansågs svara upp till syftet. En dialog fördes under analysfasen med handledaren som kom med synpunkter och handledning. Genom att få feedback från en extern person säkerställs att författarna inte påverkar resultatet och bekräftelsebarheten samt trovärdigheten i studien stärks (Mårtensson & Fridlund, 2017). Detta förfarande gör att studien kan anses uppfylla kriteriet kring trovärdighet.

### **Etiska överväganden**

Innan intervjuerna startades säkerställdes att informanterna hade tagit del av och förstått innebörden av forskningspersonsinformation. Författarna lade vikt vid att deltagandet var helt frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att uppge orsak. I redovisningen av resultatet var författarna noggranna med att aidentifiera uttryck och ord som kunde härledas till en person. Detta ansågs som extra viktigt då fyra av deltagarna var bekanta med varandra privat och ingen del i resultatet ska gå att härleda till en enskild informant för att säkerställa konfidentialitet (Denscombe, 2014).

Då intervjuerna skedde via telefon diskuterade författarna risker som kunde uppstå i och med detta förfarande. Den främsta risken som identifierades bestod av svårigheten att uppfatta om en informant under intervjun upplevde (icke uttalat) obehag kring någon fråga. Därför var författarna noga med att påtala frivilligheten och möjligheten att avbryta intervjun innan den startade samt var under intervjuns gång lyhörda för nyanser i informantens tonläge och uttryck.

Riskerna kopplat till en fysisk intervju ansågs dock som för stora relaterat till den pågående pandemin. Vid avvägning av riskerna mot nyttan med studien ansågs nyttan uppväga de identifierade riskerna.

### **Resultatdiskussion**

Resultatet beskriver olika perspektiv på hur ledarskap upplevs i den perioperativa kontexten och visar att den arbetsledande rollen ses som en självklar del av yrkesutövningen. Ledarskapet bygger på en självständighet där handlingskraft och erfarenhet är förutsättningar för att kunna leda. Patientens välmående är den målsättning som eftersträvas och anledningen till varför ledarskapet anses som viktigt. Andra

professioners förhållningssätt och agerande kan försvåra utövandet av detta ledarskap då de inte alltid har samma syn på hur målet ska nås.

### Att se sig själv som en ledare

I resultatet framkom en upplevelse av att självständigt arbeta inom anestesiteamet och att de var tvungna att ta ledarrollen när det krävdes. Anestesisjuksköterskor arbetar ofta ensamma med den anesthesiologiska omvårdnaden och har därför ett väldigt stort ansvar i att monitorera förändringar i patientens vitalparametrar. Neft et al. (2013) har granskat vad anestesisjuksköterskor gör under en anestesi och i likhet med denna studies resultat visar de att ett stort ansvar för övervakningen vilar på anestesisjuksköterskorna. Poole och Greenier (2020) lyfter att anestesisjuksköterskans yrkesroll, förutom att innefatta förmågan att utföra en patientsäker anestesi, även innebär att leda arbetet. I resultatet beskrivs en ensamhet i ledarskapsutövandet som kan bero på att förståelse för vad anestesisjuksköterskan gör under en anestesi saknas hos övriga professioner. De kan även relateras till att de under anestesin har ansvar för både omvårdnads- och medicinska åtgärder. Denna självständighet och ensamhet beskrivs i likhet med resultatet av Aagard et al. (2017) som menar att anestesisjuksköterskans identitet vilar på motsägelsefulla och komplexa förutsättningar. De förutsätts skapa en relation med patienten samtidigt som de förväntas uppnå produktionskrav och effektivitet vilket kan riskera patientrelationen till fördel för att få utföra avancerade och prestigefulla arbetsuppgifter.

Resultatet visar en samstämmighet i att när situationen krävde det behövde anestesisjuksköterskan utföra ledarskapet och visa på handlingskraft. Hranchook et al. (2018) menar att hierarkiska strukturer kunde hindra anestesisjuksköterskan från att göra sin röst hörd vilket kunde få förödande konsekvenser för patientens säkerhet och hälsa. Vidare beskriver Hranchook et al. (2018) hur handlingskraft inte alltid var av godo då detta kunde leda till att anestesisjuksköterskor genom att fixera sig på ett problem, går miste om helheten och på så sätt äventyrar patientsäkerheten. En möjlig förklaring till att informanterna inte lyfte en svaghet med att visa handlingskraft och ta ledarrollen är att studien avsåg att belysa anestesisjuksköterskans ledarskap och risker med detta inte avhandlades.

### Att ha patienten i fokus

En helhetsbild av patienten skapades redan vid det preoperativa mötet, där det gavs möjlighet att skapa en trygg och tillitsfull relation med patienten och lindra oro. Clair et al (2020) menar att då anestesisjuksköterskan utgår från patientens behov och hjälper denne att hantera sin ångest ger detta patienten mod att genomgå anestesin och det kirurgiska ingreppet. Resultatet belyser i likhet med Clair et al (2020) vikten av att göra patienten trygg inför ingreppet. Det preoperativa mötet med patienten sågs därför som en viktig del av anestesisjuksköterskornas arbete. Detta visar på vikten av att anestesisjuksköterskan har möjlighet att avsätta tillräckligt med tid för att lyssna på patientens historia och att lokalerna erbjuder en ostörd plats där detta möta kan ske.

Anestesisjuksköterskans omvårdnads- och medicinska kunskaper lyftes fram som en förutsättning för att se patienten ur ett helhetsperspektiv. Resultatet visar vidare att anestesisjuksköterskorna kände ett stort ansvar för patientens säkerhet och upplevde att de följde patienten genom hela den perioperativa perioden. Nordström och Wihlborg (2019) visar i likhet med resultatet att operationssjuksköterskor och anestesisjuksköterskor var eniga om att vården av patienten styrdes av ett patientfokus där identitet och patientsäkerhet var av största vikt. Samstämmigheten med resultatet kan bero på den långa tradition av personcentrering som sjuksköterskeyrket vilar på. Det är också problematiskt att förespråka en låg patientsäkerhet eller att inte se patienten som den individ vilket vården utgår från.

I likhet med resultatet lyfter Oakley (2006) att anestesisjuksköterskan måste stå upp för patienten och föra dess talan när denne inte själv kan göra det. Schreiber och Macdonald (2010) beskriver det som att vaka över patienten och att engagera sig i patienten på ett djupare sätt än bara det ingrepp som ska utföras. Detta framgår även i ICN:s etiska kod som fastslår att ett etiskt ansvar medföljer sjuksköterskeyrket (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). De menar att det åligger denne att uppvisa medkänsla mot patienten och stå upp för patienten om denne riskerar att utsättas för fara på grund av andra individers handlingar. Detta kan härledas till den känsla av större närhet till patienten än övriga i operationsteamet, som beskrevs i resultatet. Med känslan av närhet till en annan individ kan även en känsla av ansvar för dennes rättigheter uppstå.

### Att förhålla sig till andra professioners åsikter

I resultatet framkom att utövandet av ledarskapet alltid sker i förhållande till andra individer. Samarbetet med anestesiologyen sågs som en förutsättning för yrkesutövningen och det beskrevs generellt som en positiv erfarenhet.

Ett uppdelat ansvar utifrån kompetensområde beskrevs men likställdes inte med att leda det anesthesiologyska arbetet som teamet utförde. Svårigheter uppstod när anesthesiologyen tog hela ansvaret för ledarskapet och anestesisjuksköterskan inte sågs som en tillgång i teamet. I likhet med resultatet beskriver Averlid och Axelsson (2012) att anestesisjuksköterskor upplever en känsla av frustration när anesthesiologyer agerar kontrollerande och övervakande. När de inte självständigt får utföra kvalificerade arbetsuppgifter leder det till minskad självkänsla. Fick anestesisjuksköterskorna istället arbeta självständigt, på ordination av anesthesiology uppstod en känsla av professionalism och tillit. Av resultatet framgick att erfarenheten hos anesthesiologyen påverkade samarbetet med anestesisjuksköterskan. Taylor (2009) menar i enlighet med resultatet att anesthesiologyer med flera års erfarenhet inom yrket blir mer måna om att samarbeta med anestesisjuksköterskor. Dock lyfts också att anestesisjuksköterskors vilja att samarbeta med anesthesiologyen minskar ju längre tid de har varit yrkesverksamma. Då informanterna i denna studie erhållit en lång erfarenhet kan det ha påverkat deras syn på att samarbeta med anesthesiologyen. I motsats till Taylor (2009) visade informanterna en

stor vilja att samarbeta med anestesiolagen. Inga direkta frågor ställdes gällande hur deras egen roll i samarbetet har utvecklats med erfarenhet då studiens syfte var att belysa ledarskap och inte samarbete.

Kunzle et al. (2010) visar att ett delat ledarskap inom anestesiteam bidrar till högre effektivitet vid akuta situationer. De team där anestesiolagen tog ensamt ansvar för ledarskapet presterade sämre än de team där ledarskapet delades med anestesijuksköterskan. Dulisse och Cromwell (2010) visar i sin studie gjord i USA att när anestesijuksköterskor självständigt utför anestesi utan att bli övervakade av läkare påverkas inte patientsäkerheten på ett negativt sätt.

Detta visar på vikten av att anestesijuksköterskans kunskap och kompetens behöver ses som lika viktig som anesthesiologens. Då båda professionerna besitter kunskaper som är nödvändiga för att genomföra en patientsäker anestesi är det också viktigt att båda professionerna upplever att de kan bidra till detta. Anestesijuksköterskan förväntas kunna anta en arbetsledande roll men trots detta ges hon inte alltid möjlighet att utöva detta ledarskap.

Den komplexa och högteknologiska miljön på operationssalen sågs som en utmaning samtidigt som teamets sammansättning av individer hela tiden växlade. I resultatet beskrivs en upplevelse av att det var lättare att samarbeta med operationsteamet om de hade arbetat ihop länge och kände varandra. Resultatet visar även att ledarskapet fördelades på olika individer under operationens gång beroende på vad som händer under den intraoperativa perioden. I samstämmighet med resultatet menar Rydenfält et al. (2015) att ledarskapet fördelas på operationsteamets medlemmar under operationens gång men drar också slutsatsen att det viktiga inte är vem som leder utan vad teamet presterar gemensamt. Resultatet beskriver en upplevelse av att patienten gynnas av att alla individers kunskap i teamet utnyttjas. En möjlig förklaring till att informanterna uttryckte att de inte alltid blev inkluderade i beslutsfattandet inom teamet, kan vara att hierarkiska strukturer fortfarande lever kvar.

Vikten av att verka för en god stämning och undvika konflikter var något som framkom i resultatet. Detta styrks av Kirschbaum et al. (2018) som beskriver hur anestesijuksköterskor känner sig tvungna att hitta kreativa lösningar på konflikter genom att komma med förslag och alternativ för att göra alla nöjda. Fick de inte gehör för sina argument och såg att det ledde till en lösning av konflikten valde de istället ofta att backa för att undvika att konflikten eskalerade. Detta återspeglas även i Bass och Riggios (2006) beskrivning av den transformativa ledaren som en innovativ problemlösare som sätter det gemensamma målet före de egna behoven. Hutchinson och Jackson (2013) visar i sin studie på en mer kritisk ståndpunkt mot det transformativa ledarskapet som utövas i en omvårdnadskontext. De menar att teorin uppstod under den tid då forskning uteslutande baserades på män och i mer sentida forskning i stället fokuserat på formellt utsedda chefer istället för ledarskap som utövas i en klinisk kontext. Med bakgrund i denna kunskap kring teorins ursprung och utveckling kan en

underliggande mening i teorin utläsas. Hutchinson och Jackson (2013) menar att synen på det kliniska ledarskapet som utövas av icke formella ledare då ses som mindre värt och viktigt.

Anestesisjuksköterskans ledarskapsutövande stämmer i stort med beskrivningen av den transformativa ledaren (Bass & Riggio, 2006). Detta tar sig uttryck i informanternas anpassningsförmåga och deras beskrivning av att lyfta teamets individer. Deras förmåga att se till helheten och ibland backa istället för att ta en konflikt kan härledas till deras vilja att alltid göra det bästa för patienten. Detta kan relateras till deras utbildning som tidigt fokuserar på patienten som den viktigaste deltagaren i vården och att dagens vård ofta bedrivs ur ett personcentrerat perspektiv.

## **Slutsats**

Resultatet visar att anestesisjuksköterskorna upplevde ledarskap som en naturlig del av sitt arbete. Detta då de kände att de har en unik helhetsbild av patienten och såg det som sitt ansvar att utföra ledarskapet i vissa situationer. I sin roll som ledare upplevde de en ensamhet, trots att de alltid verkade i olika teamsammanhang. I sin yrkesutövning upplevde sig anestesisjuksköterskorna vara beroende av ett samarbete med anestesiologygen och det sågs som optimalt att dela ledarskapet jämlikt utifrån sina olika kompetensområden. När så inte skedde kände informanterna sig förbisedda och upplevde att deras kompetens inte värderades, vilket troligen kan härledas till kvarlevande hierarkiska strukturer i sjukvården. Ledarskapet utövades genom att agera handlingskraftigt för patientens bästa när det krävdes och de såg sig själva som en skyddsfunktion för att upptäcka brister som kunde leda till att patientsäkerheten äventyrades. Erfarenhet och ålder sågs som betydelsefullt för förmågan att både verka som och bli accepterad som ledare. Vikten av vem som utövade ledarskapet sågs som mindre viktigt så länge det bidrog till att patientens säkerhet och hälsa främjades.

## **Klinisk implikation och fortsatt forskning**

Denna studie bidrar med ökad kunskap om hur anestesisjuksköterskan kan uppleva sin roll som ledare. Då innebörden av ledarskapet tydliggörs kan det erhålla större legitimitet och acceptans hos övriga professioner. Det kan även ligga till grund för att kunskap om ledarskap får en ökad plats inom specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot anesthesiologisk omvårdnad.

Vidare forskning om hur anesthesiologer upplever ledarskapsfördelningen och samarbetet med anestesisjuksköterskan skulle kunna ge en ytterligare dimension till denna studies resultat. Detta skulle kunna leda till en bättre förståelse kring anestesiteamets förutsättningar för ett samarbete kring patienten inom den anesthesiologiska kontexten.

## Referenslista

- Aagaard, K., Sørensen, E., Rasmussen, B., & Laursen, B. (2017). Identifying Nurse Anesthetists' Professional Identity. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(6), 619-630. doi:10.1016/j.jopan.2016.08.006
- Alves, S. (2005). A study of occupational stress, scope of practice, and collaboration in nurse anesthetists practicing in anesthesia care team settings. *AANA Journal*, 73(6), 443-452.
- Alvesson, M., & Cizinsky, S. (2018). *Organisation och ledning i sjukvård : en reflekterande ansats* (1 uppl.). Studentlitteratur.
- American Society of Anesthesiologists. (2015). Standards. Hämtad 12 april, 2020, från <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/>
- Averlid, G. & Axelsson, S. B. (2012). Health-promoting collaboration in anesthesia nursing: a qualitative study of nurse anesthetists in Norway. *AANA journal*, 80(4), 74-80.
- Axelsson, S. B. & Axelsson, R. (2016). Från revirtänkande till altruism. I J. Berlin & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg : erfarenheter och reflektioner* (2 uppl., s. 189-208). Studentlitteratur.
- Bass, B. & Steidlmeier, P. (1999). Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior. *The Leadership Quarterly*, 10(2), 181-217. doi: 10.1016/S1048-9843(99)00016-8
- Bass, B. & Riggio, R. (2006). *Transformational leadership* (2 uppl.). Taylor and Francis.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. Harper & Row.
- Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1. uppl., s. 63-102). Studentlitteratur.
- Clair, C., Engström, Å. & Strömbäck, U. (2020). Strategies to Relieve Patients' Preoperative Anxiety Before Anesthesia: Experiences of Nurse Anesthetists. *Journal of Perianesthesia Nursing*. doi:10.1016/j.jopan.2019.10.008

- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola* (1. uppl.) Liber.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 285-300). Studentlitteratur.
- Davis, Y., Perham, M., Hurd, A. M., Jagersky, R., Gorman, W. J., Lynch-Carlson, D. & Senseney, D. (2014). Patient and Family Member Needs During the Perioperative Period. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(2), 119-128. doi: 10.1016/j.jopan.2013.05.013
- Denscombe, Martyn. (2014). *The good research guide: for small-scale social research projects* (6 uppl.). Open University Press.
- Dulisse, B. & Cromwell, J. (2010). No harm found when nurse anesthetists work without supervision by physicians. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(8), 1469-75. doi: 10.1377/hlthaff.2008.0966
- Eberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (2013). Introduktion. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1. uppl., s. 15-28). Studentlitteratur.
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - Teori och tillämpning. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1. uppl., s. 29-62). Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M. & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Engström, B. (2009). *Sjuksköterska med uppdrag att leda* (2. uppl.). Studentlitteratur.
- Etikprövningsmyndigheten. (2020). Stödmodell forskningspersonsinformation. Hämtad 13 april, 2020, från <https://etikprovningmyndigheten.se/>
- Fynes, E., Martin, D. S. E., Hoy, L. & Cousley, A. (2014). Anaesthetic nurse specialist role: leading and facilitation in clinical practice. *Journal of perioperative practice*, 24(5), 97-102. doi: 10.1177/175045891402400502



- Goodman, T. & Spry, C. (2017). *Essentials of perioperative nursing* (6.uppl.). Jones and Bartlett Publishers.
- Gran Bruun, A. M. (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (2. uppl., s. 17-31). Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 111-120). Studentlitteratur.
- HSF 1993:100. Högskoleförordning. Hämtad 16 april, 2020, från <http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/06/061053.PDF>
- Hranchook, A., Jordan, L., Geisz-Everson, M., Hirsch, M. & Matthews, R. (2018). A Content and Thematic Analysis of Closed Claims Resulting in Death. *AANA Journal*, 86(4), 311-318.
- Hutchinson, M. & Jackson, D. (2013). Transformational leadership in nursing: towards a more critical interpretation. *Nursing Inquiry*, 20(1), 11-22. doi: 10.1111/nin.12006
- Kihlgren, M. & Johansson, G. (2000). *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Kirschbaum, K., McAuliffe, M. & Swanson, M. (2018). Team Communication in the Operating Room: A Measure of Latent Factors From a National Sample of Nurse Anesthetists. *AANA Journal*, 86(1), 11-18.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57-80). Studentlitteratur.
- Künzle, B., Zala-Mezö, E., Wacker, J., Kolbe, M., Spahn, D. & Grote, G. (2010). Leadership in anaesthesia teams: The most effective leadership is shared. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), 1-6. doi: 10.1136/qshc.2008.030262
- Kvale, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Studentlitteratur.

- Liechty, J. M. (2011). Health Literacy: Critical Opportunities for Social Work Leadership in Health Care and Research. *Health & Social Work, 36*(2), 99-107. doi: 10.1093/hsw/36.2.99
- Lindwall, L. & Von Post, I. (2008). *Perioperativ vård : att förena teori och praxis* (2. uppl.). Studentlitteratur.
- Lundin, K. & Sandström, B. (2015). *Ledarskap inom vård och omsorg* (2.uppl.). Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion* (3. uppl.). Studentlitteratur.
- Mcalearney, A. S. (2006). Leadership Development in Healthcare: A Qualitative Study. *Journal of Organizational Behavior, 27*(7), 967-982. doi: 10.1002/job.417
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 421-438). Studentlitteratur.
- Nordström, A. & Wihlborg, M. (2019). A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences. *AORN Journal, 109*(2), 217-226. doi: 10.1002/aorn.12582
- Neft, M., Quraishi, J. & Greenier, E. (2013). A closer look at the standards for nurse anesthesia practice. *AANA Journal, 81*(2), 92-6.
- Oakley, M. (2006). The Anaesthetic Nurses Perception of Their Role. *British Journal of Anaesthetic and Recovery Nursing, 7*(1-2), 11-14. doi: 10.1017/S1742645606000052
- Polit, D. F. & Beck, C. T.. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. uppl.). Wolters Kluwer.
- Poole, J. & Greenier, E. (2020). A Review of New and Updated Professional Practice Documents. *AANA Journal, 88*(1), 4-6.
- Richardson, A. & Storr, J. (2010). Patient safety: A literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review, 57*(1), 12-21. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00757.x
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening. (2019). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anesthesisjukvård. Hämtad 11

april, 2020, från <https://aniva.se/wp-content/uploads/2019/11/kompetensbeskrivning-anestesi-2019-slutlig.pdf>

- Ristorp, K. (1990). Utbildning i anesthesisjukvård och intensivvård för legitimerade sjuksköterskor. I H. Haljamäe (Red.), *Göteborgsanestesi 40 år : en tillbakablick och framtidsvisioner* (s. 97- 110). Anestesiologiska institutionen, Univ.
- Rosengren, K. (2014). *Vårdledarskap : Att utveckla och förbättra framtidens vård och omsorg* (1. uppl.). Studentlitteratur.
- Rudolfsson, G., Von Post, I. & Eriksson, K. (2007a). The Perioperative Dialogue: Holistic Nursing in Practice. *Holistic Nursing Practice*, 21(6), 292-298. doi: 10.1097/01.HNP.0000298613.40469.6c
- Rudolfsson, G., von Post, I. & Eriksson, K. (2007b). The development of caring in the perioperative culture: nurse leaders' perspective on the struggle to retain sight of the patient. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), 312-324. doi: 10.1097/01.NAQ.0000290429.26443.a0
- Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K. & Larsson, P.-A. (2015). Distributed leadership in the operating room: a naturalistic observation study. *Cognition, Technology & Work*, 17(3), 451-460. doi: 10.1007/s10111-014-0316-9
- Schreiber, R. & Macdonald, M. (2010). Keeping Vigil over the Patient: a grounded theory of nurse anaesthesia practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 552-561. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05207.x
- SFS 2003:460. Lag om etikprovning av forskning som avser människor. Hämtad 8 april, 2020, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Hämtad 19 maj, 2020 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)
- SFS 2010:1369. Patientsäkerhetsförordning. Hämtad 12 april, 2020, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369\\_sfs-2010-1369](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369)

- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 6 april, 2020, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). *Inga utskick av enkäter till SKR:s medlemmar med hänsyn till utbrottet av covid-19*. Hämtad 2020-05-16, från <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/nyhetsarkivstatistik/nyheterstatistik/ingautskickavenkatertillskrmsmedlemmarmedhansyntillutbrottetavcovid19.32441.html>
- Taylor, C. (2009). Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration in Anesthesia. *AANA Journal*, 77(5), 343-8.
- Wacker, J. & Kolbe, M. (2014). Leadership and teamwork in anesthesia – Making use of human factors to improve clinical performance. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 4(6), 200-205. doi: 10.1016/j.tacc.2014.09.002
- World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. (64). Hämtad, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zetterlund, P. (2000). Perioperativ dialog —Gör anestesijuksköterska preoperativa och postoperativa patientbesök? Problem och möjligheter — en kartläggning av svenska sjukhus. *Vård i Norden*, 20(3), 43-48. doi: 10.1177/010740830002000310

# Bilaga 1 Intervjuguide

## Inledning

- Inled med att tacka för att de ställer upp
- Säkerställ att de tagit del av FPI och skrivit under samtyckesblankett
- Informera igen att deltagandet är helt frivilligt och att de när som helst under studiens gång kan avsluta sitt deltagande utan att motivera varför.
- Informera att intervjun beräknas ta ca 20-30 minuter

## Intervjufrågor

Vad innebär ordet ledarskap för dig?

Kan du berätta om hur du och anestesiologyn samarbetar pre-, intra-, och postoperativt?

Kan du ge några exempel på ledarskapssituationer du har varit med om där du som anestesiologysköterska utövat ledarskap?

Kan du berätta om din syn på hur ledarskapsrollen som anestesiologysköterska har Hur ser du på fördelningen av ledarskapet er emellan?

-vem leder?

-hur leds arbetet?

-var sker ledarskapet?

utvecklats eller förändrats under dina yrkesverksamma år?

## Bilaga 2 Exempel på analysprocessen

Kategori	Subkategori	Kod	Kondensering	Meningsbärande enhet
Att se sig själv som en ledare	En självständig roll	Ensam arbetsledare	Man ser ju inte sig själv som någon ledare eftersom man är så ensam, men när det är min patient så är jag ju arbetsledare. Har jag en kollega med mig som vet vad som ska göras så är det ändå jag som bestämmer. Den arbetsledande funktionen har man som anestesijuksköterska.	man ser ju inte sig själv som nån... ledare i det eller arbetsledare i den eftersom man är ensam så... eee ja ...men det är klart det är ju så att min patient det då är ju jag arbetsledare/... /även om jag har en kollega med mig som vet precis vad ska göras så är det jag som bestämmer, i vilken ordning eller hur och så så att det är klart... den arbetsledande funktionen har man som narkosköterska.
	Utvecklas över tid	Från novis till att kunna ta ansvar	Är man novis ifrågasätter man inte lika mycket. Med tid blir man mer självständig och specialist. Man har också förändrats själv under åren. Ju mer man kan, mer ansvar kan man också ta.	Jag menar när man e ny å novis liksom och ehm... tar man ju in mycket information. Man kanske inte ifrågasätter lika mycket utan man får ju köpa ett system som finns/.../Å sen växlar ju det ju med tid då man då blir mer självständig och sen, så kallad specialist. Å det e klart, man själv har ju förändrats under dom åren också/.../så det är klart, ju mer man kan ju mer.. ju mer ansvar kan man ju också ta...tycker jag nog
	Förmågan att visa handlingskraft	Ta ledarskap i akutsituationer	Vid akutsituationer när man är ensam på sal med andra personalkategorier blir det militärt ledarskap. Vi anestesijuksköterskor måste leda den situationen	det kan ju va såna akutsituationer, det kan ju va en patient som får en laryngospasm till exempel och man snabbt måste åtgärda det då så att man är ensam på sal med operationssköterska och undersköterska... ehhh.. det blir ju nån slags militärt ledarskap mera. Du gör det och du gör det och du gör det innan för det måste lösas väldigt snabbt. Och.. och det är ju inte så mycket diskussion i dom sammanhangen liksom/.../ Ja, det är ju vi som anestesijuksköterskor som måste leda den situationen om man säger

Kategori	Subkategori	Kod	Kondensering	Meningsbärande enhet
Förhålla sig till andra professioners viljor	Samarbetet med anestesiologygen	Anestesteamet jobbar mot samma mål	Det är väldigt bra samarbete mellan anesthesiologyger och anestesiologysköterskor. Vi jobbar för samma att optimera patienten och anesthesiologygen lyssnar väldigt mycket.	att de ee ett väldigt bra samarbete mellan eee...anesthesiologyger och anestesiologysköterskor asså, vi jobbar för samma, vi vill optimera patienten å ja upplever att de lyssnar väldigt mycket
	Teamarbetet på operationssalen	Alla i teamet är viktiga	Vi jobbar tillsammans och alla i rummet är viktiga. Det är viktigt att ha en bra relation med personalen som innebär att vi är ett team och att alla behövs.	å där är de väll en del i de hela liksom att vi jobbar tillsammans att alla är viktiga i rummet då å liksom å ibland kanske man e tvungen å å ha fokus på ee en aparat och då är de viktigt att man tycker att man liksom, har den relationen med personalen runtomkring att att vi alla är ett team i i rummet att alla behövs
Patienten i fokus	Att föra patientens talan	Patientens advokat intraoperativt	Det är anestesiologysköterskan som står upp för patienten och värnar dennes välbefinnande på operationsbordet.	de eee anestesiologysköterskan de är de är ju hon som står för patienten å värnar patientens eee välbefinnande på operationsbordet så att e, (andas in)
	Att bära patientansvaret	Alltid tänka patientsäkerhet	Man får aldrig glömma att vi jobbar för att ha en optimerad patient hela tiden och då får man ta till olika knep, viktigaset är att patienten ska ha det bra och vara utom fara.	men men vi får aldrig glömma att vi jobbar hela tiden, för att ha en optimerad patient å då får vi ta till olika knep, om inte, går de inte med den ena så kan de gå med den andra de viktigaste är att patienten, ska ha den bra, å de e att vi inte utsätter nån för nån fara,
	Vikten av det preoperativa mötet	Det preoperativa samtalets betydelse	Det preoperativa samtalet är där man på en kort stund skapar en relation till patienten och det är viktigt för att kunna ge en bra anesthesiology.	i det preoperativa mötet med patienten. Det är ju också så...så om man skapar en relation som man kan göra på en liten stund. Det.. det som jag tycker är viktigt för att jag ska kunna ehm... ge en bra anesthesiology

## Bilaga 3 Forskningspersonsinformation



### Forskningspersonsinformation

Vi vill fråga dig om du vill delta som informant i en uppsats på magisternivå. I det här dokumentet finner du information om studien och om vad det innebär att delta.

### Bakgrund och syfte

I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska med inriktning mot anestesijukvård framgår att anestesijuksköterskan ska besitta kunskaper inom ledarskap och kunna verka som arbetsledare i teamet. Tidigare forskning visar att ledarskap är en viktig del av teamarbetet för uppnå patientsäkerhet. Vad anestesijuksköterskans ledarskap innebär och hur det utövas är inte lika väl definierat. Syftet med studien är därför att undersöka erfarna anestesijuksköterskors upplevelse av att leda den anesthesiologiska vården under den perioperativa processen.

### Hur går studien till?

Studien är en intervjustudie bestående av 4-6 stycken individuella intervjuer av erfarna anestesijuksköterskor. Du kommer att delta i en intervju som förväntas ta ca 20-30 minuter. Intervjun kommer att genomföras via telefon. Intervjun kommer ledas av en av studenterna med den andre som åhörare. Frågorna under intervjun kommer formuleras som öppna frågor och avhandla anestesijuksköterskans upplevelser av ledarskap i den perioperativa processen.

### Förfrågan om deltagande

Som anestesijuksköterska med minst 10 års yrkeserfarenhet anses du ha en stor kunskap kring anestesijuksköterskans ledarskap och därför tillfrågas du om att deltaga i studien. Om du önskar deltaga i studien kontakter du oss via telefon eller e-post så återkommer vi till dig för planering av intervjun.

### Risker och fördelar

Inga risker har identifierats då deltagandet innebär intervjuer via telefon och deltagandet sker på helt frivillig basis. Fördelen för dig som deltagare är att du får möjlighet att reflektera kring och berätta om din upplevelse av ledarskap som anestesijuksköterska och på så sätt bidra till att öka kunskapen inom området.

### Hantering av data och sekretess

De personuppgifter som insamlas om dig kommer att bestå av ålder, kön, antal yrkesverksamma år samt antal år sedan du senast arbetade kliniskt som anestesijuksköterska. Dessa uppgifter skyddas genom Dataskyddsförordningen, GDPR (General Data Protection Regulation), vilket du kan läsa mer om via denna länk; <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen> .



Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transkriberas. Din konfidentialitet kommer garanteras genom att materialet förvaras inlåst och ej tillgängligt för andra än studenterna. Vid behov kommer handledare vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet, komma att få tillgång till materialet för att säkerställa att korrekt handledning kan ske. Efter att examensarbetet är godkänt kommer det att publiceras i Göteborgs Universitets digitala arkiv för uppsatser, GUPEA. Därefter kommer inspelningar och transkriberat material att förstöras i enlighet med universitetets riktlinjer. Studiens resultat redovisas på gruppnivå och ingen enskild forskningsperson kommer att kunna identifieras. Önskar du få en kopia skickad till dig av det slutgiltiga resultatet uppmanas du att kontakta författarna. Vid frågor eller synpunkter på hanteringen av insamlat datamaterial hänvisas till universitetets dataskyddsombud.

## Försäkring och ersättning

Det krävs ingen försäkring för deltagande i studien och ersättning kommer inte att utgå.

## Frivillighet

Deltagandet i studien är helt frivilligt och deltagande kan när som helst avbrytas utan att ange orsak. Vid avbrutet deltagande i studien får forskningspersonen själv avgöra om materialet ska förstöras direkt eller ge studenterna tillåtelse att använda materialet i studien. Om du önskar avbryta ditt deltagande i studien kontaktar du studenterna.

Vid ytterligare frågor är ni välkomna att kontakta oss enligt nedan.

### **Studenter:**

Lisa Åkerström  
Magisterstudent

Tel. 070-82 38 312  
E-post: [guskerstli@gu.student.se](mailto:guskerstli@gu.student.se)

Anna-Märta Stålnäve  
Magisterstudent

Tel: 073-06 61 550  
E-post: [gusstaanaf@gu.student.se](mailto:gusstaanaf@gu.student.se)

### **Ansvarig för studien:**

Marie Engwall  
Universitetsadjunkt/Fil. doktor

Tel: 073-37 87 377  
E-post: [marie.engwall@gu.se](mailto:marie.engwall@gu.se)

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa  
Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet

### **Dataskyddsombud på Göteborgs universitet:**

Tel: 076-61 83 232  
E-post: [dataskydd@gu.se](mailto:dataskydd@gu.se)