

Allmänsjuksköterskors upplevelser av Mobil intensivvårdsgrupp (MIG)

Ett samarbete som hjälper eller stjälpes?

FÖRFATTARE: Kristina Jorborg
Sara Norberg

**PROGRAM/
KURS:** Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning mot intensivvård, 60 högskolepoäng.
OM5330, VT 2013

OMFATTNING: 15 högskolepoäng

HANDLEDARE: Lotta Johansson

EXAMINATOR: Sofie Jakobsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Allmänsjuksköterskors upplevelser av Mobil intensivvårdsgrupp (MIG) Ett samarbete som hjälper eller stjälper?
Titel (engelsk):	General Nurses' perceptions of the MET. A collaboration that will help or hinder?
Arbetets art:	Självständigt arbete – avancerad nivå
Program/kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, Examensarbete–magisternivå specialistsjuksköterskeprogrammet, OM5330
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	31 sidor
Författare:	Kristina Jorborg Sara Norberg
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Sofie Jakobsson

SAMMANFATTNING

Introduktion: Det är av största vikt att patienter som vårdas på fel vårdnivå upptäcks och tas omhand så tidigt som möjligt för att förhindra försämring och risk för död. Ett led i detta är införandet av Mobila intensivvårdsgrupper (MIG), som kan tillkallas till vårdavdelning utifrån vissa kriterier, för att göra en bedömning av patienten. Studier har visat att MIG inte kontaktas i tillräcklig utsträckning. Ett bra samarbete mellan MIG och vårdavdelning är av vikt för att MIG-konceptet skall fungera och i förlängningen främja patientsäkerheten.

Syfte: Att beskriva allmänsjuksköterskors upplevelse av hur mötet med Mobil intensivvårdsgrupp fungerar, med fokus på samarbete och bemötande.

Metod: Kvalitativ ansats. Djupintervjuer med fyra sjuksköterskor på vårdavdelning. Insamlad data analyserades med innehållsanalys.

Resultat: Vid analys av texten framkom fyra övergripande kategorier; Trygghet, maktlöshet, skiftande bemötande samt syn på samarbetet. Dessa mynnade ut i nio stycken subkategorier; Att ha en backup, säkerhet för patienten, upplevelse av att bli ifrågasatt och att inte räkna till, osäkerhet inför bedömning, bristande kännedom om MIG, bemötande relaterat till platsbrist, bemötande beroende på individ, upplevelse av maktordning samt upplevelse av delaktighet. Utmärkande för denna studie var att bemötandet från MIG ansågs variera beroende på platssituationen på intensivvårdsavdelningen.

Diskussion: En av styrkorna med denna pilotstudie var att öppna frågor användes vilket gjorde att långa svar erhöles och kunde ge ett bra underlag för resultatet. Dessutom kunde många liknande resonemang ses hos informanterna vilket ändå ger en viss antydning om hur situationen ser ut. På grund av det lilla urvalet som en pilotstudie innebär är det dock svårt att dra några generella slutsatser utifrån resultatet.

Slutsats: Trots att allmänsjuksköterskors generella inställning till MIG är positiv så uttrycks en hel del missnöje och förslag på förändring. Denna studie tyder alltså på att det finns områden att förbättra för att i förlängningen utveckla samarbetet mellan vårdavdelning och MIG. Fler studier behövs på området för att fastställa vad som bör förändras och på vilket sätt. För att uppnå ett optimalt samspel behöver även MIG:s syn på samarbetet belysas.

Nyckelord: Mobil intensivvårdsgrupp, samarbete, bemötande, upplevelse.

Titel (svensk):	Allmänsjuksköterskors upplevelser av Mobil intensivvårdsgrupp (MIG) Ett samarbete som hjälper eller stjälper?
Titel (engelsk):	General Nurses' perceptions of the MET. A collaboration that will help or hinder?
Arbetets art:	Självständigt arbete – avancerad nivå
Program/kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, Examensarbete–magisternivå specialistsjuksköterskeprogrammet, OM5330
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	31 sidor
Författare:	Kristina Jorborg Sara Norberg
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Sofie Jakobsson

ABSTRACT

Introduction: It is essential that patients that are treated in an inappropriate level of care are detected and dealt with as quickly as possible to prevent deterioration and risk of death. One element of this is the introduction of Medical emergency teams (MET), which can be called to the ward based on certain criteria, to make an assessment of the patient. Studies have shown that MET is not alerted to a sufficient extent. Good cooperation between the MET and the ward is important to make the MET-concept work properly, and in the end, increase the patient safety.

Aim: To describe general nurses' experience of the encounter with the Medical emergency team (MET), with a focus on collaboration and attitude.

Methods: Qualitative methods. In-depth interviews with four general nurses. The collected data were analyzed using content analysis.

Results: In analysis of the text emerged four overall categories: Security, powerlessness, shifting treatment and view of cooperation. These resulted into nine sub-categories: Having a backup, safety for the patient's, experience of being questioned, uncertainty about the assessment, lack of knowledge of MET, attitude and lack of resources, attitude depending on the individual, experience of the power structure, and experience of participation. Distinctive of this study was that the treatment from the MET could vary depending on the number of vacancies in the ICU.

Discussion: One of the strengths of this pilot study is that open-ended questions were used to provide long answers which made a good basis for the results. Similar answers could be seen consistently, which still gives some indication of what the situation is really like. Because of the small sample size as a pilot study means it is difficult to draw any general conclusions from the results.

Conclusion: Although the general nurses' general attitude towards the MET seems to be positive, they also expressed a lot of dissatisfaction and suggestions for change. This study thus indicates that there are areas to improve in order to optimize and develop the cooperation between the ward and the MET. More studies are needed in this area to determine what should be changed and how. To achieve better interaction we also need to highlight MET's approach to this subject.

Keywords: Medical emergency team (MET), collaboration, attitude, experience.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
DEFINITIONER	1
BAKGRUND	2
Mobil intensivvårdsgrupp	2
Identifiering av kritiskt sjuka patienter med hjälp av mätinstrument och utbildning	3
Allmänsjuksköterskan roll	5
TIDIGARE FORSKNING AV SJKSKÖTERSORS ERFARENHET AV MIG	5
TEORETISKT PERSPEKTIV	7
CENTRALA BEGREPP	8
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	10
METOD	11
DESIGN	11
URVAL OCH DATAINSAMLING	11
DATAANALYS	12
PILOTSTUDIEN	13
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	15
TRYGGHET	15
MAKTLÖSHET	16
SKIFTANDE BEMÖTANDE	18
SYN PÅ SAMARBETET	19
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	22
SLUTSATS	26
REFERENSER	28
BILAGOR	
1. Intervjuguide	
2. Exempel på analysens gång	
3. Brev till verksamhetschef	
4. FPI	

INLEDNING

Kritiskt sjuka patienter som vårdas på allmän vårdavdelning är ett globalt problem oavsett kultur, språk och organisation (Jaderling, Calzavacca, Bell, Martling, Jones, Bellomo & Konrad, 2011). Det har visats att patienter som får hjärt- och andningsstillestånd på vårdavdelning och som läggs in på intensivvårdsavdelning (IVA) har haft försämrade vitalparametrar redan flera timmar eller dygn innan ankomst dit vilka eventuellt skulle kunna ha åtgärdats (Andersson, Olsson, Hvarfner & Engström, 2009; SIR 2009; Hvarfner, 2012; Subbe, Kruger, Rutherford & Gemmel, 2001). Av de 40073 patienter som läggs in på IVA per år i Sverige kommer 11572 av dessa direkt från vårdavdelning (SIR, 2011).

Det är av största vikt att de patienter som vårdas på fel vårdnivå upptäcks och tas omhand så tidigt som möjligt för att förhindra försämring och risk för död (Jaderling, Bell, Martling, Ekbom, Bottai & Konrad, 2013; McIntyre, Taylor, Eastwood, Jones, Baldwin & Bellomo, 2012). Vissa patienter kan med rätt åtgärder stabiliseras på vårdavdelning medan andra behöver akut intensivvård (Hvarfner, 2012). Mobil Intensivvårdsgrupp (MIG) är ett team med utgångspunkt från IVA som kan kontaktas i ett tidigt skede för att bedöma patienten redan på vårdavdelning (Andersson et al., 2006.; McIntyre et al., 2012).

För att ett system som MIG ska fungera krävs ett nära samarbete med sjukhusets övriga vårdavdelningar (Hvarfner, 2012). Då allmänsjuksköterskans uppfattning om mötet med MIG är mindre belyst, syftar denna studie till att undersöka detta vidare.

DEFINITIONER

Allmänsjuksköterska: I detta arbete benämns grundutbildade sjuksköterskor som arbetar på allmän vårdavdelning för "sjuksköterska" eller "allmänsjuksköterska".

Intensivvård: "Med intensivvård avses övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med svåra, ej sällan livshotande, sjukdomar eller skador" (SIR, 2009b, s.17). Intensivvården är en av de mest resurskrävande och högteknologiska formerna av sjukvård och är till för att ge patienter med svikt i kroppens viktigaste funktioner såsom andning, cirkulation och medvetande maximal möjlighet till överlevnad. De sjuksköterskor och läkare som arbetar med intensivvård är ofta specialistutbildade (SIR, 2011).

Intensivvårdssjuksköterska: Sjuksköterska med specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård. Specialistsjuksköterskan vårdar svårt sjuka patienter med svikt i ett eller flera organ, med skiftande diagnoser, i alla åldrar, oavsett kulturell eller etnisk bakgrund. De arbetar oftast på intensivvårdsavdelningen på ett sjukhus där de utför en självständig och målinriktad omvårdnad och behandling. De har också nära kontakt med patienternas närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Kritiskt sjuk patient: I detta arbete definieras denne som en patient med försämring av vitalparametrar som kan leda till allvarlig svikt och död.

BAKGRUND

Mobil intensivvårdsgrupp

Mobil intensivvårdsgrupp implementerades i Sverige på 2000-talet i ett försök att tidigt upptäcka och behandla patienter med svikt i vitala funktioner (Andersson et al., 2006). Mobil intensivvårdsgrupp är den svenska benämningen på den grupp bestående av en specialistsjuksköterska och en läkare som utgår från IVA. Tillsammans med patientansvarig sjuksköterska och läkare på vårdavdelning bedöms sedan den kritiskt sjuke patienten enligt modellen A till E (Hvarfner, 2012; SIR 2011). Denna modell handlar i grunden om att bedöma och åtgärda problemet i rätt ordning där A går före B, B går före C osv, där A står för airway, B står för breathing, C står för cirkulation, D för disability och E för exposure (Hvarfner, 2012). Sammansättningen av gruppen kan variera beroende på land och sjukhus och bestå av allt från en ensam intensivvårdssköterska, Liason nurse (LN), som finns tillgänglig några timmar i veckan (Chaboyer & Hewson-Conroy, 2012), till att omfatta ett helt multidisciplinärt team som finns tillgängligt 24 timmar om dygnet, 7 dagar i veckan (McDonnell et al., 2007). I Australien och Nya Zeeland kallas detta team för "Medical Emergency Team" (MET) och i England för "Critical Care Outreach Team" (CCOT). Benämningen "Rapid Response Team" (RRT) används framför allt i Nordamerika (Chaboyer & Hewson-Conroy, 2012; Hvarfner, 2012). MIG:s uppgift är att tillsammans ta ställning till om det på plats kan vidtas åtgärder för att stabilisera patienten, om patienten är på rätt vårdnivå eller om överflyttning till intensivvårdsavdelning är nödvändig. Det kliniska ansvaret för patienten tas inte över primärt. MIG har en inställetid på i snitt tio minuter och är därför till för de patienter där succesiva förändringar i vitalparametrar har skett och ska alltså inte kontaktas vid akuta kollapsar som t.ex. hjärtstopp (Andersson et al., 2006; Hvarfner, 2012). Sammanfattningsvis går mötet med

MIG till enligt följande: Vårdpersonal kontaktar MIG via telefon utifrån nedan nämnda kriterier (se figur 1.). MIG beger sig inom tio minuter till den aktuella vårdavdelningen och gör där en bedömning av patienten i samråd med ansvarig sjuksköterska och ansvarig läkare. Patienten kan sedan kvarstanna på vårdavdelningen eller förflyttas till IVA beroende på vilken bedömning som gjorts (Hvarfner, 2012).

MIG utvecklades och introducerades för första gången 1990 av Liverpool Hospital i Sydney, Australien (Parr, Hadfield, Flabouris, Bishop, & Hillman, 2001). Tidigare så kallade hjärtstoppsteam runt om i världen hade inte haft någon större framgång med att minska sjukhusdödligheten sedan de implementerades för cirka 50 år sedan (Sandroni, Nolan, Cavallaro & Antonelli, 2007). Syftet med MIG var därför att upptäcka kritiskt sjuka patienter i tid för att förhindra ytterligare försämring som i sin tur kunde leda till inläggning på intensivvårdsavdelning och i värsta fall död (Hillman, 2008; McIntyre et al., 2012; Parr et al., 2001). Studier gjorda i Australien och Storbritannien har visat att etablerandet av MIG har lett till minskat antal hjärtlarm samt sänkt sjukhusmortalitet (Bellomo, 2004; Buist, Bernard, Nguyen, Moore & Anderson, 2004; Pittard, 2003). Lunds universitetssjukhus var först med att införa MIG i Sverige år 2003 och numer finns MIG på de flesta stora sjukhus i Sverige (Andersson et al. 2006).

Identifiering av kritiskt sjuka patienter med hjälp av mätinstrument och utbildning

Flera modeller och skattningsskalor har utvecklats för att identifiera riskpatienter och för att underlätta kontakten med MIG (Hvarfner, 2012.). I Sverige används Modified Early Warning Score (MEWS) (Figur 1.) och ”Kriterier för att kontakta MIG” (Figur 2.). Med MEWS-skalan mäts vitalparametrar som sedan poängsätts efter ett visst system. MEWS används i flera länder men har inte alltid samma poänggräns för kontakt med MIG då intensivvårdsavdelningarna själva väljer vilken gräns de vill sätta (SIR, 2011; Quarterman, Thomas, McKenna & McNamee, 2005). ”Kriterier för MIG” är en enklare metod att använda sig av för att påvisa svikt i vitala funktioner. Samtliga ovan nämnda mätmetoder har, utöver mätbara kriterier, ett gemensamt kriterium som säger att du även får kontakta MIG när du känner ”en allvarlig oro över patientens tillstånd”. Patientens parametrar behöver alltså inte vara avvikande vid användande av detta kriterium och sjuksköterskan kan därför använda sig av sin känsla och erfarenhet för att veta att något inte står rätt till (Buist, Moore, Bernard, Waxman, Anderson & Nguyen, 2002; Hvarfner, 2012). Vanligaste orsaken till att MIG

kontakta är respirationsproblem och därefter oroskriteriet (Jaderling et al., 2011). Ett högre MEWS-värde har visat sig ha ett samband med ökad mortalitet (Pattison & Eastham, 2012; Quaterman et al., 2005; Subbe et al., 2001). Även om alla personalkategorier kan och får kontakta MIG så är det vanligast bland sjuksköterskor (Jones, King, & Wilson, 2009).

Modified Early Warning Score (MEWS)							
Poäng	3	2	1	0	1	2	3
Andningsfrekvens (min ⁻¹)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Puls (min ⁻¹)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Blodtryck, syst. (mmHg)	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Kroppstemp (°C)		≤35	35,1-36	36,1-38	38,1-38,5	>38,5	
CNS (medvetande)			Nyttillkommen förvirring	Alert	Reagerar på tilltal	Reagerar på smärta	Reagerar ej
Urinproduktion (mätt i 2 tim, ml)	0	1-40	41-70	71-200	>200		
Om du känner allvarlig oro för hur patientens tillstånd utvecklas – kontakta MIG!							

Figur 1: Exempel på hur MEWS-skalan kan se ut i Sverige. Desto större avvikelser från det normala (gröna), desto högre poäng. Referensvärden kan dock variera beroende på sjukhus och land (SIR, 2011).

Akuta förändringar i:

Andningsfrekvens

Puls

Blodtryck

Neurologi

Annat

Symptom:

Andningsfrekvens <8 eller > 30

Puls < 40 eller >130

Systoliskt BT < 90

Plötslig oväntad medvetandesänkning

Alla patienter som inte faller in i ovanstående kriterier men där du är allvarligt oroad över patientens tillstånd.

Figur 2: Kriterier för att kontakta MIG. Validerat enligt svenska förhållanden. Det räcker att ett kriterium är uppfyllt för att tillkalla MIG (SIR, 2011).

För att kunna upptäcka att en patient sviktar i vitala funktioner krävs att personalen på vårdavdelningarna har utbildning i detta och vet vad som ska observeras. All personal bör ha en grundläggande A till E-utbildning för att veta hur en akut situation ska hanteras. En utbildning som bygger på detta system är Acute life-threatening events, recognition and treatment (ALERT). ALERT är ett program som utvecklats i Storbritannien för just detta syfte och som sedan flera år även finns i Sverige och i andra länder (Andersson et al., 2006; Hvarfner, 2012). I ALERT-utbildningen, som är en endagskurs, får vårdpersonalen lära sig att bedöma en akut sjuk patient samt lära sig identifiera tecken på organsvikt. I kursen ingår även praktiska övningar (Andersson et al., 2006).

För att MIG skall fungera så bra som möjligt krävs att samarbetet fungerar. En förutsättning för detta är inte enbart att personal på vårdavdelning har utbildning i om, hur och när MIG skall kontaktas utan också att intensivvården gör sig tillgänglig. Tillgängligheten kan i sin tur både vara en fråga om resurser och attityder hos personalen på IVA (Hvarfner, 2012).

Allmänsjuksköterskan roll

Med tiden har sjuksköterskors övervakande och till viss del diagnostiska funktion ökat markant beroende på det ökande antalet sjuka patienter och de behandlingsåtgärder som följer därtill. Eftersom att sjuksköterskan är en av de yrkeskategorier som träffar patienten mest har de även möjlighet att vara bland de första att upptäcka och förebygga tecken på sviktade vitalparametrar. Sjuksköterskan blir på ett sätt patientens försvarsadvokat. De patientövervakande funktionerna hör till det centrala i sjuksköterskerollen. Om så inte varit fallet hade patienten inte behövt vara inneliggande på sjukhus (Benner, 1993).

En av sjuksköterskans utmaningar är att tidigt upptäcka förändringar i patientens tillstånd innan objektivt mätbara tecken dyker upp. Att ha denna färdighet som sjuksköterska kan ha avgörande betydelse för patientens fortsatta utveckling (Benner, 1993; Jones et al., 2009).

TIDIGARE FORSKNING AV SJUKSKÖTERSKORS ERFARENHET AV MOBIL INTENSIVVÅRDSGRUPP

Databaserna Pubmed och Cinahl användes för att få en översikt av tidigare forskning på området. Sökord som använts är ”Rapid response team”, ”Medical emergency team” och ”Critical care outreach team”. Dessa har även använts tillsammans med sökorden ”care”,

”nursing”, ”attitude”, ”perception” och ”collaboration” i olika kombinationer. Inga begränsningar har använts. Dock har artiklar som inte är skrivna på svenska eller engelska exkluderats. Tretton artiklar som ansågs motsvara syftet inkluderades från artikelsökningen. Av dessa var sex stycken av kvantitativ metod (McIntyre et al., 2012; Hillman et al., 2005; Richardson, Burnand, Colley & Coulter, 2004; Karvellas, De Souza, Gibney & Bagshaw, 2012; Story, Shelton, Poustie, Colin-Thome & McNicol, 2004; Bellomo et al., 2004), tre av kvalitativ metod (Chaboyer & Hewson-Conroy, 2012; Berwick, Calkins, McCannon & Hackbarth, 2006; Pittard, 2003), två mixed method (Pattison & Eastham, 2012; Salamonson, van Heere, Everett & Davidson, 2006), samt två litteratuversikter (Massey, Aitken & Chaboyer, 2010; Jones et al., 2009).

Flera studier har visat att införandet av MIG resulterat i en reduktion av antalet hjärtstoppslarm, antal dödsfall, färre intensivvårdspatienter samt gett förkortat vårdtid (Bellomo et al., 2004; Story et al., 2004; Berwick et al., 2006; Massey et al., 2010; Pittard, 2003). Det finns dock flera studier som inte har lyckats visa på någon signifikant skillnad i sjukhusmortalitet efter införandes av MIG (Chaboyer & Hewson-Conroy, 2012; Hillman et al., 2005; Karvellas et al., 2012).

Sjuksköterskor anser att MIG är ett värdefullt redskap och en ovärderlig resurs för att förhindra att små problem utvecklas till stora och man är överlag nöjd med teamet och dess funktion (McIntyre et al., 2012; Pattison & Eastham, 2012; Richardson et al., 2004; Rosell, 2008). MIG omnämns som en säkerhet, en ”backup” att ta till, att de kommer fort och att de förhindrar dödsfall (Pattison et al., 2012; Salamonson et al., 2006). Trots detta menar många att det finns utrymme för förbättringar (Salamonson et al., 2006). Sjuksköterskor efterlyser att MIG gör mer reklam för sig själva, vad de har för uppgift samt upplyser om hur de kan kontaktas (Richardson et al., 2004; Salamonson et al., 2006). Sjuksköterskorna skulle vilja att de gav fler utbildningar i akutsjukvård och information om vad som förväntas av dem när MIG anländer (Salamonson et al., 2006). Att MIG fyller ett utbildningssyfte framgår av flera studier. MIG hjälper sjuksköterskor att upptäcka och behandla akut sjuka patienter (McIntyre et al., 2012; Richardson et al., 2004). Utbildning i hur MIG fungerar och vad dess syfte är ökar sköterskornas medvetenhet, kunskap och förståelse vilket i sin tur genererar fler MIG-kontakter. Brist på utbildning kan göra att MIG inte utnyttjas till fullo (Jones et al., 2009).

Erfarna sjuksköterskor, d.v.s. sjuksköterskor med mer än fem års erfarenhet, konsulterar MIG oftare än oerfarna. Erfarna sjuksköterskor använder sig dessutom i större utsträckning av

”oroskriteriet” dvs sin egen känsla för att avgöra om de ska aktivera MIG. Att oerfarna sjuksköterskor inte tar kontakt lika ofta kan bero på att de är mindre autonoma i sin yrkesroll, de känner sig mer nervösa, har sämre självförtroende samt har mindre erfarenhet av akuta situationer (Jones et al., 2009; Pattison et al., 2012; Salamonson et al., 2006).

Studier visar att MIG inte kontaktas i den omfattning de borde. Att sjuksköterskor underskattar betydelsen av sviktande vitalparametrar inverkar starkt på om de tar kontakt eller inte. Att man även när kriterier för MIG är uppfyllda inte ringer kan tyda på att en viss hierarki inom vården fortfarande lever kvar. Mest lojalitet visas mot sina närmsta kollegor då man inte vill att de ska känna sig överkörda vilket resulterar i att man i första hand kontaktar sin läkare på avdelningen (Hillman, 2008; Jones et al., 2006; Jones et al., 2009). Ett fåtal studier tyder på att en annan faktor som spelar in är rädslan för att bli kritiserad av själva MIG. MIG:s attityd och upplevelsen av att de ibland kan vara dömande eller ifrågasättande kan avgöra vem man känner sig tryggast med att kontakta i första hand vid en allvarlig situation (Jones et al., 2006; Pattison et al., 2012).

TEORETISKT PERSPEKTIV

Vårdvetenskap är en autonom vetenskap där sättet att se hälsa, sjukdom och vårdande grundar sig i ett patientperspektiv där övergripande fokus är på patienten och dennes livsvärld. Målet för vårdvetenskapen är att stärka patienten i dennes hälsoprocess för att slutligen främja hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010). Författarna menar att det vårdvetenskapliga patientperspektivet inte nödvändigtvis utelämnar synen på hur vårdandet ter sig för den som vårdar. När vårdgivarens syn belyses så är det givetvis i förlängningen med avsikt att främja patientens situation.

Genom egna erfarenheter och upptäckter skapar vi oss var och en vår egen livsvärld. Erfarenheterna är personliga och därmed har vi som individer olika syn på situationer och fenomen (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). Författarna till denna studie har varierande erfarenheter av sjuksköterskeyrket och vi hoppas genom detta arbete få en vidare förståelse av det vi studerar.

CENTRALA BEGREPP

Följande begrepp är aktuella för studien och dess syfte.

Samarbete

För att mötet med MIG skall fungera så bra som möjligt krävs också, som tidigare nämnts, att samarbetet fungerar (Hvarfner, 2012). Att kunna samarbeta effektivt inom hälso- och sjukvården blir allt viktigare för att kunna säkerställa en kvalitativ vård. Samarbete är en process som sker över tid och som ofta skapar konflikter. Dessa konflikter bör inte enbart ses som negativa utan tycks kunna bidra till en djupare förståelse inför kommande interaktioner. I uppstarten av ett nytt samarbete är det viktigt att klargöra förväntningar och be om feedback. För att kunna samarbeta på ett bra sätt krävs inte bara en vilja utan även kunskap om vad det innebär. Att känna sig själv och sina värderingar, kunna vara mentalt närvarande, kunna lära av sina misstag samt kunna acceptera olikheter i gruppen är några av de hörnstenar som behövs för ett lyckat samarbete (Gardner, 2005).

Inom vården arbetar vi ofta multidisciplinärt. Ett multidisciplinärt team inom hälso- och sjukvården är en grupp människor och professioner som tillsammans bidrar till patientens hälsa och omvårdnad. Dessa kan till exempel vara sjukgymnaster, läkare, dietister, undersköterskor och sjuksköterskor. Var och en från sin profession har en egen modell av hur deras arbete skall vara och hur de upplever andras discipliners arbete. Utifrån en vårdvetenskaplig synvinkel kan detta med fördel kopplas samman med professionell tradition där var och en från det multidisciplinära teamet bidrar med sina utmärkande kunskaper vilket kan berika vårdvetenskapen (Dahlberg & Segesten, 2010).

The American Association of Critical Care Nurses (AACN) har infört en modell som beskriver omvårdnadsbaserade behov och karaktärsdrag av den unika patienten istället för utformade behandlingsmodeller för en specifik sjukdom. Enligt Morton och Fontaine (2009) blir därmed omvårdnaden individanpassad och därför bättre lämpad för patienten. I denna modell nämns begreppet samarbete, ”collaboration”, i kontexten att arbeta tillsammans på ett sätt som underlättar varje persons insats mot att nå ett realistiskt mål. Samarbetet involverar intra - och interprofessionellt arbete med kollegor inom vårdsektorn. Detta är av extra stor betydelse inom intensivvården där patienter lider av komplexa sjukdomar vilka kräver en multidisciplinär effektiv planering för att främja ett gott resultat. En god och samarbetsvillig relation mellan professioner har kopplats ihop med högre trivsel på arbetet vilket i sin tur leder till högre trivsel hos patienterna samt ett ökat välmående (a.a.).

Bemötande

Det är svårt att definiera vad ett gott bemötande egentligen är då begreppet har en större innebörd än att bara göra rätt eller fel. Det krävs en relation för att man ska uppfatta ett bemötande och att känna sig dåligt bemött behöver inte nödvändigtvis betyda att den man möter har agerat inkorrekt. Bemötande mellan människor har betydelse för hur mötet i praktiken fungerar.

Vårt professionella bemötande är kopplat till självbestämmande, trygghet, meningsfullhet och sammanhang. Vi bör respektera privatliv och personlig integritet samt individanpassa bemötandet för att det ska vara av god kvalitet (Socialstyrelsen, 2012). Kristoffersen (1998) menar att människans lika värde är absolut och oberoende av personens prestation eller funktion. Med människans lika värde följer ett krav på acceptans för andra människors olika åsikter och tankesätt, däremot är varje person unik och bör behandlas individuellt (a.a.) Ett bra bemötande bygger på ett humanistiskt synsätt och respekt för allas lika värde. Detta innebär att man oavsett om man är patient eller personal har rättigheter och skyldigheter som övriga i samhället. Förutsättningar för ett gott bemötande inom vården skapas både på individuell nivå, en vilja att lyssna på den andres berättelse, och dels på organisatorisk nivå, att det finns tid och utrymme (Vårdhandboken, 2012).

Makt

Utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv har människan en form av makt som yttrar sig i att förvalta, vårda och främja livet. Tidigare har man fokuserat på maktbegreppet i samband med organisation, profession och interaktion mellan vårdare och patient. Makt beskrivs främst som att ha makt och härska över något eller någon (Wiklund & Bergbom, 2012). I samspelet mellan kollegor eller i relation mellan vårdare och patient kan den ena personens ökade makt kompenseras av hur den andra personen överlämnar en del av sin makt (Jervis, 2002). Inom vården kan ordet makt ofta inge en negativ uppfattning då det är kopplat till hierarkisk organisation och auktoritärt ledarskap där en person hindrar en annan persons tillgång till frihet. En berättigad maktposition är kopplad till anseende, handling och expertis. Makt uppstår i alla relationer och kan grunda sig i kunskap, etik och moral. Just kunskap och makt är starkt sammanvävda och där det finns makt där finns också kunskap (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000). I mötet mellan MIG och avdelning möts olika yrkeskategorier med varierande utbildning och kunskap vilket därför innebär att en skillnad i makt kan uppstå.

Manojlovich (2007) menar att sjuksköterskor som känner sig maktlösa är mer ineffektiva. De är i större utsträckning missnöjda med sitt jobb och har lättare för att bli utbrända. Det är viktigt att organisationen uppmuntrar den enskilde till att känna makt över sin egen situation för att kunna utvecklas i sin roll som sjuksköterska och använda sin fulla potential (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

Kritiskt sjuka patienter är inte längre en patientgrupp som enbart finns på våra intensivvårdsavdelningar (Hvarfner, 2012). Upptäcks inte dessa patienter i tid finns risk för försämring och i värsta fall död. Här har allmänsjuksköterskan ett stort ansvar i att göra en första bedömning av patienten samt avgöra när kontakt med MIG bör tas (Jaderling et al., 2013; McIntyre et al., 2012). Även då MIG idag är ett etablerat system för att upptäcka och behandla patienter med sviktande vitalparametrar finns det tecken som visar på att samarbetet mellan MIG och avdelning ännu inte fungerar optimalt (Richardson et al., 2004; Salamonson et al., 2006). Att MIG inte kontaktas i tillräcklig utsträckning (Hillman, 2008; Jones et al., 2006; Jones et al., 2009) ses som ett allvarligt problem och skulle eventuellt kunna bero på en osäkerhet kring samarbetet och mötet mellan MIG och personal på avdelning. Forskning visar till exempel att tidigare upplevd negativ respons från MIG kraftigt försämrar chanserna för att kontakta MIG igen (Jones et al., 2009). Då mötet med MIG som helhet är mindre belyst i tidigare studier syftar denna studie till att åskådliggöra allmänsjuksköterskors upplevelser av detta möte för att utveckla samarbetet dem emellan och i förlängningen ge en god och säker vård till den kritiskt sjuka patienten.

SYFTE

Att beskriva allmänsjuksköterskors upplevelse av hur mötet med Mobil intensivvårdsgrupp fungerar, med fokus på samarbete och bemötande.

METOD

DESIGN

Kvalitativ ansats som forskningsperspektiv används i denna studie där intervjuer med öppna frågor kommer att genomföras. Den kvalitativa ansats har som inriktning att upptäcka och beskriva en företeelse så att ny förståelse skapas. Människan ses som unik och man ämnar inte endast beskriva utan även försöka förklara ett fenomen (Polit & Beck, 2012).

Denna studie syftar till att försöka skildra och förstå allmänsjuksköterskors upplevelser av mötet med MIG, med fokus på samarbete och bemötande. Förhoppningen är att försöka förstå upplevelsen ur den intervjuades eget perspektiv och analysera dessa erfarenheter och på så sätt skapa ny förståelse. Tanken med intervjubaserad datainsamling är att genom noga förberedda frågor och lyhört lyssnande skapa en miljö där forskaren får material till sin analys. Forskaren strävar efter att i möjligaste mån behålla respondentens beskrivning av sin egen livsvärld (Kvale, Brinkmann, & Torhell, 2009).

Kvalitativ ansats kräver att forskaren är flexibel och kan ändra sina tankebanor utefter datainsamlingens gång. Den kvalitativa ansatsen tenderar att nyttja ett holistiskt synsätt då forskaren eftersträvar en helhetssyn. Forskaren är instrumentet och en genomgående analys av det insamlade materialet krävs för att kunna hitta mening och substans (Polit & Beck, 2012). Vid kvalitativ forskning är det extra viktigt att det finns en förståelse och gott samarbete mellan forskare och respondent (Graneheim & Lundman, 2004).

URVAL OCH DATAINSAMLING

Det insamlade materialet ligger till grund för resultatet och måste därför vara tillräckligt omfattande för att slutsatserna skall bli någorlunda tillförlitliga. Ju fler respondenter som används desto mer nytta går det att dra av det insamlade materialet (Nyberg & Tidström, 2012). Informanterna kommer att bestå av allmänsjuksköterskor med varierande yrkeslivserfarenhet för att spegla hur det ser ut på en vårdavdelning. Inklusionskriterier för studien är att informanterna är allmänsjuksköterskor, arbetar på vårdavdelning på ett sjukhus som använder sig av MIG, kunna kommunicera på svenska samt ha kontaktat MIG minst en gång det senaste året. Deltagarna kommer att bestå av informanter från tre olika sjukhus i Västra götalandregionen. Urvalet kommer inte att vara slumpmässigt utan väljs ut av verksamhetschefer från respektive avdelning utifrån ovan beskrivna inklusionskriterier.

Mellan 20 och 25 djupintervjuer kommer att genomföras där vissa förutbestämda öppna frågor ställs för att sedan låta informanterna tala fritt (se bilaga 1). Följdfrågor kommer att ställas utifrån vilken riktning intervjun tar för att få fördjupad förståelse för innehållet. Intervjuerna förväntas ta ca 30-45 minuter och kommer att äga rum på den plats informanten själv väljer.

DATAANALYS

Det insamlade materialet analyseras med hjälp av innehållsanalys vilken är en teknik för att göra materialet trovärdigt och sanningsenligt. Detta är alltså en metod där nedskrivna, verbal och visuell kommunikation analyseras (Krippendorff, 2004).

Författarna har valt att använda sig av en kvalitativ innehållsanalys med manifest innehåll. Det manifesta beskriver det synliga och de uppenbara komponenterna i ett innehåll, i motsats till latent innehåll som är en tolkning av det osagda. Både manifest och latent innehållsanalys tar sig an en text via tolkning men det skiljer sig i djup och abstraktionsnivå (Graneheim & Lundman, 2004). Det finns två olika angreppssätt gällande innehållsanalys, induktivt eller deduktivt sätt. Författarna har valt att angripa data på ett induktivt sätt eftersom det inte finns tydliga förklaringar kring fenomenet sedan tidigare och målet med innehållsanalysen är att utifrån det insamlade materialet bilda sammanhängande kategorier för att på så sätt hitta en mening. Motsatsen är ett deduktivt angreppssätt som baseras på tidigare teorier eller modeller och som i en deduktiv analys skall testas och eventuella hypoteser fastställas (Elo & Kyngas, 2008).

Själva analysprocessen går ut på att från en helhet skapa en ny helhet genom att bryta ner texten i olika delar genom olika processer. Intervjuerna läses först igenom gång på gång så att forskaren får en översikt och en förståelse för materialet. Därefter plockas meningsbärande enheter ut ur texten som kategoriseras och kodas för vidare bearbetning (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie transkriberas materialet av den som har intervjuat för att sedan analyseras av båda författarna. Meningsbärande enheter identifieras därefter individuellt för att sedan gemensamt kondensera och koda. Se exempel (Bilaga 2).

PILOTSTUDIE

En pilotstudie genomfördes på ett mindre urval för att testa den ovan beskrivna valda metoden (Polit & Beck, 2012). Kontakt med MIG-ansvarig sjuksköterska på ett stort universitetssjukhus etablerades tidigt i planering av studien och författarna råddes att kontakta de två avdelningar som mest frekvent kontaktat MIG det senaste året för att lättast få tag på informanter som uppfyllde inklusionskriterierna. Tillåtelse att genomföra studien erhöles av verksamhetschef på respektive avdelning som även valde ut lämpliga kandidater utifrån inklusionskriterierna. Ett önskemål om att få deltagare med varierande yrkeslivserfarenhet framfördes. Verksamhetscheferna förmedlade sedan informanternas kontaktuppgifter vidare till författarna. Varje respondent fick, efter en utförlig skriftlig information om studiens syfte och genomförande, ge sitt medgivande och kunde när som helst dra sig ur utan att nämna någon anledning. I pilotstudien genomfördes intervjuer med fyra allmänsjuksköterskor från två olika vårdavdelningar på ett stort sjukhus i Västra Götaland. Intervjuerna ljudinspelades för att kunna användas för vidare analys. Analysen av data genomfördes på samma sätt som i den storskaliga studien.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etikprövningslagen (SFS, 2003:460) som tillämpas i Sverige och som bygger på Helsingforsdeklarationen innehåller bestämmelser om etikprövning gällande forskning som rör människor eller biologiskt material från människor. Lagen är till för att skydda den enskilda människan samt för att bevara respekten för människovärdet vid forskning. Forskaren måste ansöka om etisk prövning och få denna godkänd innan forskningen får påbörjas. Med forskning menas enligt denna lag ett experimentellt vetenskapligt eller teoretiskt arbete med syfte att inhämta nya kunskaper. Det innefattar även utvecklingsarbete som sker på vetenskaplig grund. Då denna lag inte omfattar arbeten som sker inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå kräver detta arbete inget tillstånd av etikprövningsnämnd (a.a.).

De forskningsetiska principerna som nämns nedan har som syfte att skapa goda villkor mellan forskare och respondent så att det vid en eventuell konflikt finns en rättvis bedömning utifrån forsknings- och individskyddskravet. Inom det grundläggande individskyddskravet finns fyra huvudsakliga krav som ställs på forskningen: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2012).

Enligt samtyckeskravet kommer de deltagande ge sitt samtycke till medverkan muntligen via sina verksamhetschefer på respektive avdelning. Detta samtycke kommer att verifieras på plats av forskarna vid tidpunkt för intervju. Respondenterna kommer att erhålla information om studien skriftligen via forskarnas kontaktperson innan det är dags för datainsamlingen. Denna forskningspersonsinformation (FPI) kommer att utformas så att respondenten får ta del av forskningsplan, syfte och metod. FPI:n godkänns av handledare innan det skickas ut till respektive avdelning och medverkande sjuksköterskor. Deltagarna i studien kommer att upplysas om att deras medverkan är frivillig och att de har möjlighet att avbryta sitt deltagande. Om medverkan avbryts skall detta respekteras och inte ifrågasättas. Beroendeförhållanden bör inte finnas mellan forskare och tilltänkt deltagare (Vetenskapsrådet, 2012).

I denna studie kommer respondenternas deltagande hållas anonymt och konfidentiellt. Allt insamlat material (ljud och text) kommer att aidentifieras på ett sådant sätt att enskilda personer inte kan urskiljas av utomstående. I enlighet med Personuppgiftslagen (SFS, 1998:204) kommer forskarna sträva efter att skydda deltagarna mot att deras personliga integritet kränks vid behandling av deras personuppgifter. Enligt nyttjandekravet kommer det insamlade materialet endast användas utifrån studiens forskningsplan och inte användas i annat syfte såsom kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga ändamål. De insamlade personuppgifterna är endast till för forskningens ändamål och kommer inte kunna nyttjas till fördel för den enskilde deltagaren utom efter särskilt medgivande (Vetenskapsrådet, 2012).

Etiska risker och eventuella problem med dessa intervjuer kan vara att intervjupersonen återupplever obehagliga minnen, d.v.s. psykisk påfrestning. Detta får intervjupersonen dock själv ta ansvar för då denne frivilligt genomför intervjun och själv väljer vad denne vill berätta. Ett annat problem kan vara att man som intervjuperson upplever frågor som stötande eller att man riskerar att relationen mellan kollegor påverkas om identiteten skulle röjas. Här har vi som forskare ett ansvar att se till att detta inte inträffar. Fördelar med att delta i studien kan vara att man bidrar till att information om MIG:s funktion och bemötande kommer upp till ytan vilket i förlängningen kan förbättra samarbetet gentemot vårdavdelningarna.

RESULTAT

I pilotstudien intervjuades totalt fyra personer, tre kvinnor och en man. Dessa informanter var 25, 27, 30 och 47 år gamla och hade varierande yrkeserfarenhet som sjuksköterska.

Intervjuerna pågick i cirka 30 minuter vardera. Innehållsanalysen av de transkriberade intervjuerna resulterade i tre övergripande kategorier med tillhörande subkategorier (se tabell 1.).

Tabell 1. Överblick av kategori och subkategori

Kategori:	Subkategorier:
Trygghet	Att ha en backup
	Säkerhet för patienten
Maktlöshet	Att bli ifrågasatt/ inte räcka till
	Osäkerhet inför bedömning
	Bristande kännedom om MIG
Skiftande bemötande	Bemötande relaterat till platsbrist
	Bemötande beroende på individ
Syn på samarbetet	Upplevelser av maktordning
	Upplevelser av delaktighet

TRYGGHET

Att ha en backup

I intervjuerna framkom att samtliga informanter hade en positiv grundinställning till att ha MIG tillgängligt på sjukhuset. De kände framför allt en extra trygghet med att alltid kunna kontakta MIG då det inte fanns någon annan att kontakta, t.ex. när det inte gick att få tag på sin egen läkare. Det framkom även att MIG:s insatser innebar snabb och professionell hjälp vilket även det ingav en trygghet för allmänsjuksköterskan.

”Jag tycker nog bara att det finns fördelar, inga direkta nackdelar kan jag inte se. Inte att det finns ett MIG-team, det kan jag inte se. Fördelen är ju att man känner en ökad trygghet, det finns alltid någon att kontakta (...) det går inte alltid att få tag på juren på kvällar och nätter och så (...) det är en väldig trygghet tycker jag”.

”Jag ser inga nackdelar över huvud taget. Faktiskt. Det låter som en reklamfilm i tv-shop men det är det inte, jag ser väldigt många fördelar.”

”Man kan ringa flera gånger i timmen och jag tycker ändå att jag blir bra bemött.”

Säkerhet för patienten

Några av informanterna nämnde även hur MIG inte bara var en tillgång för personalen utan även innebär en säkerhet för patienterna.

”(...) för oss är det en trygghet. Det är ju en trygghet för patienten också.”

”Det är bra för patienterna som kanske inte behöver ligga här och bli för dåliga, för ibland kan man ju faktiskt bromsa något i tid”

MAKTLÖSHET

Att bli ifrågasatt och att inte räkna till

Samtliga informanter hade någon gång upplevt att de blev ifrågasatta om hur de tagit hand om patienterna och om vilka kontroller de gjort i väntan på MIG. Flera av deltagarna uppgav att MIG ofta hade lite eller ingen förståelse för hur man arbetar på en vanlig vårdavdelning, att de inte har samma möjligheter och tid som på en intensivvårdsavdelning att ta hand om den enskilda patienten. Detta ingav en känsla av otillräcklighet hos informanterna.

”(...) vi gör ju allting, vi ska rodda mat, vi ska rodda mobilisering, vi ska rodda ADL, allt! Det är ganska mycket att ha fem stycken (...) om man då bara kastas in när det blir någon som är dålig så kanske man inte alltid själv hinner förbereda sig på att det kommer någon som ställer frågor.”

”Det är viktigt att de har en ödmjuk attityd liksom, att förstå att de befinner sig på en annan typ av avdelning och vilken vårdnivå vi har här. Att vi inte har alla resurser och möjlighet till samma övervakning (...) att man inte kan vara tillgänglig hos patienten hela tiden så att man

slipper känna det här att, har jag gjort ett dåligt jobb, en del upplever det ju så, man känner sig lite dålig liksom.”

”(…) som idag när det var under lunchen som min patient blev dålig och jag samtidigt hade en dement tant som gick runt naken i korridoren, alltså då går det inte, det är väl kanske det man inte alltid har koll på från IVA.”

Osäkerhet inför bedömning

Informanterna uttryckte en rädsla för att inte ha gjort en korrekt bedömning av patienten eller att bli anklagad för att ha ringt i onödan och detta bidrog till att informanterna ibland tvekade att kontakta MIG.

”Ibland kan man få en känsla för vad de kommer att säga och då kanske man inte, man kanske drar sig för att ringa.”

” (….) jag tänker ändå en gång extra innan jag MIG:ar, ska jag, ska jag inte? Det finns ju med ett kriterium, oro, allvarlig oro eller något sådant (….) om man skulle larma på allvarlig oro och alla andra parametrar var bra skulle de ju... ja alltså de vill ju helst, får man i alla fall uppfattningen om, att alla parametrar ska vara dåliga när de kommer.”

”Jag vill väl ha lite mer kött på benen innan jag ringer (….) man väntar nog lite för länge det gör man, eller i alla fall jag.”

En faktor som bidrog till att deltagarna avvaktade kunde vara att de hade en vana av att ta hand om svårt sjuka patienter och därför inte tänkte på att kontakta MIG. Särskilt framkom detta hos sjuksköterskan med längst erfarenhet som uttryckte hur lätt det kunde vara att glömma bort att MIG fanns att tillgå.

”(…) det kan ju också vara en anledning till att man inte ringer, för att man är van att ha rätt så dåliga patienter trots att man är på en avdelning (….) man har lite mer is i magen än vad man ska ha ibland”.

Bristande kännedom om MIG

Två av deltagarna i pilotstudien uppgav att fanns bristande utbildning och kunskap gällande MIG:s sammansättning och funktion och önskade därför ytterligare information. Det framkom

även en osäkerhet kring just intensivvårdssjuksköterskan roll i MIG-teamet.

“Man glömmer ju som sagt bort ibland att de finns så det kanske är bra med lite mer regelbundna sådana kontaktträffar. “

“Ja, du egentligen, hmm... vad gör sköterskan?”

SKIFTANDE BEMÖTANDE

Bemötande relaterat till platsbrist

Pilotstudien visade på övervägande positiva upplevelser gällande bemötande och samarbete med MIG. Några informanter kunde dock se ett samband mellan ett sämre bemötande och rådande platsbrist på intensivvårdsavdelningen.

”Men man känner tycker jag, när MIG-teamet kommer om det finns platser på IVA, hur man blir bemött. För när det finns platser på IVA, då blir man bemött väldigt bra för då finns alternativet hela tiden... Men annars märker man tycker jag i bemötandet och så att det kan vara en väldigt dålig patient som egentligen är en IVA-patient med då är de ganska stressade och de har inga platser...”

”Jag tycker det är rätt oväsentligt att få veta om man har en patient som är jättedålig och är jättebekymrad och så kan de ibland, ah men liksom uttrycka att det finns en sämre patient och vi har ett högt tryck på IVA... det tycker jag är rätt oväsentligt, det bemötandet, att jag struntar i hur ni har det, det här är min patient och det är den här som är dålig liksom...”

Däremot upplevde deltagarna ett väl fungerande samarbete då MIG väl beslutat sig för att ta emot patienten och man kände sig då även bättre bemött.

”För när det finns platser på IVA, då blir man bemött väldigt bra för då finns alternativet hela tiden, de försöker verkligen (...)”

”(...) jag ser bara fördelar, i alla fall när de tar emot våra patienter (skratt), nä men det är väl jättebra.”

Bemötande beroende på individ

Informanterna framhåller att det är mycket individuellt från gång till gång beroende på vilka personer som ingår i MIG hur samarbetet fungerar. Studien visade att MIG:s engagemang och

ödmjukhet är en förutsättning för gott samarbete.

"(...) det är väldigt mycket upp till person... och jag tycker att de som utgår från MIG-teamet skall vara socialt belevade människor, det är inte alla... det kanske är det bästa jag sagt idag!"

"Det känns som att det är väldigt viktigt att dom som jobbar och som möter många sköterskor och patienter på huset, att dom VILL göra det och inte bara känner det som ett nödvändigt ont att de fått uppdraget tilldelat liksom..."

SYN PÅ SAMARBETET

Upplevelser av maktordning

Deltagarna i studien upplevde oftast ett gott samarbete inom MIG men enstaka informanter uttryckte en viss känsla av hierarki vid konsultation av MIG vilket kunde skapa en osäkerhet inför nästkommande kontakt med MIG.

"Ja ibland kan jag tycka att IVA-sköterskan ursäktar lite för läkaren men man säger ju aldrig någonting till läkaren, det är ju det, det är ju han som bestämmer, det är ju han som styr med hela handen liksom"

"(...) det finns ju med i tanken nästa gång det är en MIG-situation, undra om det är samma läkare igen..."

Det framkom att denna maktordning kunde yttra sig mellan MIG och avdelning men även inom själva MIG. Många av informanterna menade att intensivvårdssjuksköterskan var den person i MIG som man lättast kunde finna stöd hos.

"'Bygg ihop en blodvärmare'; det var det enda han sa. Inte hur jag ska bygga ihop utan: 'du ska bygga en blodvärmare'. Alltså i en akut situation så tänker man ju själv inte jättekärligt och kommer på hur man ska bygga en blodvärmare, vad ska jag bygga av typ? Alltså DÅ är det bra med sköterskan. Ofta är det ju en väldig hierarki mellan dom också men då kan sköterskan komma och lite, du vi gör såhär typ, att man teamar väldigt bra med sjuksköterskan kan jag tycka i alla fall."

Upplevelser av delaktighet

Deltagarna i studien kände sig delaktiga vid beslut tagna under mötet med MIG i den mån de

hade kompetens och var kapabla till.

”(...) jag kände mig delaktig i det, jag kände mig liksom inte överkörd eller så men det har ju vart gånger då jag tänkt att jag hade önskat att de tagit upp patienten men dom tycker att de ändå får ligga kvar- det har ju vart sådana tillfällen också.”

“(...) men delaktig så långt jag kan vara med min kompetens vid det här tillfället... ja”

En del av informanterna upplevde att samarbetet underlättades när MIG var förberedda och kände till patienten sedan innan, antingen via journal eller genom ett tidigare möte.

”Jag tycker att vi arbetade som ett team, eftersom de kände patienten sen innan. Det funkade väldigt bra med läkaren och sköterskan”.

“(...) brukar vara en fördel när dom vet varför patienten är här och så kan man bara kort berätta vad som hänt under dagen till exempel. Det tycker jag... då funkar det bäst”.

Sammanfattningsvis hade deltagarna i denna studie en generellt positiv inställning till MIG och dess förekomst. MIG gav allmänsjuksköterskorna en känsla av trygghet, en snabb backup att ta till i akuta situationer. Däremot upplevde informanterna ibland en känsla av att bli ifrågasatta och att befinna sig i underläge vilket kunde göra att kontakt med MIG fördröjdes. Bemötandet från MIG:s sida kunde enligt informanterna variera betydligt dels beroende på individ och dels beroende på antalet lediga platser på IVA.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Informanterna beskrev med egna ord sina upplevelser av mötet med MIG. Att använda kvalitativa intervjuer med öppna frågor visade sig vara en väl fungerande och lämplig metod för att svara på syftet. Öppna frågor gav informanterna en möjlighet att berätta fritt kring forskningsämnet utan att begränsas av ledande eller slutna frågor. Att båda författarna hade någon typ av förförståelse för området som studerades skulle kunna ha inneburit att resultatet inte blev tillräckligt objektivt. För att undvika detta användes en intervjuguide för att säkerställa att frågorna ställdes på samma sätt till samtliga informanter. Intervjuguiden utformades med en sådan bredd att både positiva och negativa aspekter fanns med bland frågorna (Bilaga 1.). Under analysen visade det sig dock att de följdfrågor som ställdes kunde

variera kraftigt. Detta gav dels en djupare förståelse för den enskilda frågan men kunde samtidigt leda in på spår som inte längre var relevanta för syftet. Till den storskaliga skulle en noggrannare förberedelse av intervjuguiden vara nödvändig där även ett urval av följdfrågor finns förberedda. Behovet av följdfrågor visade sig vara väldigt individuellt då vissa informanter kunde tala fritt, medan andra behövde mer stöd av författarnas följdfrågor. Författarnas intervjuteknik anses också kunnat ha bidragit till hur intervjuerna utformades. Övning i intervjuteknik anses önskvärt inför den kommande studien.

Att få tag på och komma i kontakt med deltagare till pilotstudien gick lätt och smidigt. Dock uppfylldes inte önskemålen helt om att få respondenter med olika yrkeslivserfarenhet. Vi fick nu tre informanter med kort erfarenhet och en med lång erfarenhet. Detta kan ha berott på en otydlighet från vår sida gentemot verksamhetscheferna eftersom det inte ingick som inklusionskriterie samt att vi inte hade specificerat vad vi definierade som lång respektive kort erfarenhet. Detta hade dock ingen större betydelse i pilotstudien då urvalet ändå var för litet för att kunna göra den jämförelsen. Däremot hade det varit intressant att ha med den jämförelsen i den större studien då man i tidigare studier har sett vissa skillnader i upplevelser beroende på vilken erfarenhet sjuksköterskan har (Jones et al., 2009).

Transkribering kunde utföras ordagrant med hjälp av ljudinspelningar från mobiltelefoni. Kvaliteten på ljudinspelningarna var god men till den storskaliga studien kommer inspelningar istället att göras med utrustning avsedd för just ljudupptagning. Detta för att lättare kunna låsa in materialet under analysens gång och därmed minska risken för oavsiktlig radering eller spridning, t.ex. på grund av stöld.

Trovärdigheten i resultatet stärks av att båda författarna gemensamt kodat datainsamlingen. Citat publicerades i resultatet för att få en realistisk bild av de faktiska intervjuerna och ge en inblick i upplevda erfarenheter. Trovärdigheten ökar också på grund av att ett flertal respondenter beskrivit ungefär samma upplevelser, trots ett så pass litet urval som fyra deltagare. På grund av ett sådant litet underlag som en pilotstudie innebär kan dock inget överförbart resultat uppnås. Däremot kan det ge en uppfattning om hur det kan vara och inte hur ofta det är så vilket också är grunden i kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2012).

RESULTATDISKUSSION

Positiva upplevelser

Resultatet av pilotstudien visade att inställningen till MIG var övervägande positiv, de ingav en trygghet och ansågs vara en värdefull resurs vilket kan jämföras med tidigare forskning som visade liknande resultat (Benin, Borgstrom, Jenq, Roumanis & Horwitz, 2012; McIntyre et al., 2012; Pattison et al., 2012; Richardson et al., 2004; Rosell, 2008). Detta är förhållandevis lätt att förstå. Att ha en resurs att kunna ringa 24 timmar om dygnet är givetvis en tilltalande förmån. Liksom sjukvårdrådgivningen fungerar som en trygghet för privatpersoner fungerar MIG som en liknande resurs för sjukvårdspersonal.

Positivt bemötande från MIG har också visat sig vara en bidragande faktor till att vilja kontakta MIG igen. Ett vänligt bemötande av MIG tillåter sjuksköterskor att känna sig delaktiga och få insyn i hur man vårdar en svårt sjuk patient (Salamonson et al., 2006). På samma sätt har det visats att upplevd negativ respons från MIG kraftigt försämrar chanserna för att kontakta MIG igen vid en liknande situation (Jones et al., 2009). Detta kunde också ses i resultatet från denna pilotstudie där flera informanter uttryckte ovilja att ringa igen efter att ha upplevt dåligt bemötande. Dock betonar informanterna i pilotstudien att de gånger de upplevt ett sämre bemötande har detta haft med individen i sig att göra och egentligen inte med själva MIG.

Betydelsen av yrkeserfarenhet

Att det ibland råder en osäkerhet att kontakta MIG utifrån patientens tillstånd, att deltagarna är noga med att uppfylla alla MIG-kriterier, kan enligt författarna också tolkas som en tveksam klinisk blick. Patricia Benners teori (1993) beskriver sjuksköterskans utveckling från nybörjare till klinisk expert. Då flertalet (tre av fyra) av deltagarna i denna pilotstudie hade en yrkeserfarenhet på under fem år kanske detta kan förklara deras osäkerhet. De första stadierna i Benners teori (1993) visar på att sjuksköterskan finner trygghet i kliniska riktlinjer och regler medan de senare stadierna talar om en förmåga att utifrån lång erfarenhet grunda sina beslut på en helhetsförståelse av rådande situation. Inför den storskaliga studien önskar författarna en tydligare spridning av yrkeserfarenhet för att på så sätt kunna urskilja hur deltagarnas erfarenhet påverkar samarbetet. Även om de omvårdnadsbeslut en sjuksköterska tar grundar sig på egen kunskap, klinisk erfarenhet och evidensbaserade riktlinjer så behöver sjuksköterskan ha ett kritiskt tänkande i sin praktiserade omvårdnad. De kliniska beslut som fattas är betydande för de omvårdnadsåtgärder som vidtas och i vilket syfte de används.

Sjuksköterskans kliniska beslutsfattande är alltså direkt avgörande för vårdens kvalitet och resultat (Florin, 2009).

Tidigare forskning har visat att sjuksköterskor med längre erfarenhet konsulterade MIG oftare än oerfarna (Jones et al., 2009; Pattison et al., 2012; Salamonson et al., 2006). Detta samband gick inte att undersöka på det urval den här pilotstudien bestod av men hade varit intressant att undersöka i den storskaliga studien. Den mest erfarna sjuksköterskan i pilotstudien hade istället en tendens att glömma bort att ringa på grund av sin långa erfarenhet och vana av att ta hand om dessa patienter själv. Samme informant skilde sig dock från de andra i den aspekten att hen litade mer på sin egen bedömning och gärna använde sig av oroskriteriet utan att först ha så mycket ”kött på benen” i form av dåliga vitalparametrar.

Att deltagarna i denna studie hade stor vana av att arbeta med svårt sjuka patienter tror författarna bidrar till att de oftare konsulterar MIG. Steget att ringa kan tänkas inte är så långt då dessa sjuksköterskor arbetar på de avdelningarna med högst frekvens av MIG-konsultation på detta aktuella sjukhus. I den storskaliga studien hade författarna gärna sett en variation av informanter från avdelningar med färre MIG-konsultationer för att jämföra upplevelser mellan dem som är mer och mindre vana vid själva MIG-konceptet.

Betydelsen av utbildning och information

Resultatet i pilotstudien visade på ett önskat behov av mer utbildning och information om MIG vilket också kan jämföras med tidigare studier där sjuksköterskorna efterlyste mer information och “reklam” om MIG (Richardson et al., 2004; Salamonson et al., 2006). En studie av Jones et al., (2009) visar att bristande utbildning om MIG kan göra att dess fulla resurs inte tas till vara, vilket är ett samband som inte är lika tydligt i denna pilotstudie. Dock framkom det att möjligheten att konsultera MIG ibland kunde ”glömmas bort” på grund av att informanterna i denna studie hade en vana av att behandla svårt sjuka patienter. Om bristande information om MIG bidrar till att de inte konsulteras lika ofta som de borde, anser författarna att det finns en vinst i att MIG gör sig mer synliga och att dess funktion uppmärksammas. Samtidigt kan frågan ställas om hur långt MIG:s ansvar sträcker sig vad gäller information? Sjuksköterskornas ansvar att själva aktivt söka information om MIG tas inte upp av någon av informanterna, vilket författarna finner intressant.

Bemötande relaterat till platsbrist

Pilotstudien visade ett samband mellan MIG:s bemötande och rådande arbetsbelastning på intensivvårdsavdelningen. Detta är ett samband som inte setts i tidigare studier vilket gör det till ett intressant ämne att utforska vidare. En orsak till detta samband skulle kunna vara att de som ingår i MIG inte enbart har MIG som åtagande utan utöver detta även ska fortsätta med sina vanliga arbetsuppgifter. Detta har visat sig vara en starkt bidragande faktor till stress hos intensivvårdssköterskan (Benin et al., 2012). Att denna faktor vidare leder till ett sämre bemötande är inte helt realistiskt. Flera deltagare uttryckte en önskan om att de medverkande i MIG gärna skulle ha ett personligt och frivilligt engagemang. En lösning på detta skulle kunna vara att införa en helt fristående grupp som på heltid fungerar som ett konsultteam. Kanske kan detta skapa ett mer engagerat och fokuserat MIG då de inte behöver prioritera bort andra viktiga uppgifter på intensivvårdsavdelningen. Utredningar om kostnader i relation till nyttan bör dock utföras enligt författarna.

Kommunikation och samarbete

Kommunikation människor emellan styrs av förförståelse för varandra som antingen förstärker eller försvårar kommunikationen. En förförståelse innebär att man redan har en bild av hur något ska vara, vilket eventuellt kan bli ett hinder för den större förståelsen (Dahlberg & Segesten, 2010). I resultatet kunde ses att det ibland saknades en förståelse från MIG:s sida gällande allmänsjuksköterskans arbetssituation. Detta problem hade varit intressant att studera utifrån intensivvårdssjuksköterskornas perspektiv. På så sätt skulle man upptäcka eventuella ömsediga problem och få möjlighet att utveckla samarbetet vidare. De faktorer som avdelningssjuksköterskorna upplever som ett problem kanske intensivvårdssjuksköterskorna upplever som en förutsättning för att kunna göra en bra insats? Att tala samma språk trots olika utbildningsnivå är en utmaning som författarna anser behöver utvecklas. Kanske kan detta vara något att studera i den storskaliga studien för att få en ökad förståelse från båda håll. Om också avdelningen får en ökad förståelse för MIG:s arbetsbelastning kanske detta bidrar till en mer öppen och ödmjuk kontakt vid fortsatta konsultationer.

Att MIG är en utomstående grupp som själva ska lösa problem åt vårdavdelningen kan ibland ses som den allmänna uppfattningen. Tanken är dock att MIG, tillsammans med personal på vårdavdelningen, ska lösa uppgiften. Samarbetet är det centrala och det som lägger grunden för hur konceptet fungerar i praktiken. Författarna anser att det är av vikt att alla parter är lyhörda för varandras situation för att tillsammans skapa ett hållbart samarbete. Pearson,

Vaughan & FitzGerald (1996) menar att värderingar och aspekter på tillvaron formas bland annat utifrån möten med andra människor. Med tiden etableras en förståelse för varandras beteenden och olika roller intas. Responsen på en given interaktion kan förutspås till en viss grad. Förutsägelsen av framtiden baseras på tidigare och nuvarande upplevelser och detta påverkar i sin tur dennes pågående interaktion. Det är viktigt att möta andra människor så förutsättningslöst som möjligt, trots en eventuell förförståelse. Det finns en utmaning i att balansera sin tidigare erfarenhet och kunskap med förmågan att kunna lära sig något nytt vid en sammankomst (a.a.).

Makt

I en relativt ny kvalitativ studie gjord av Benin et al., (2012) beskriver allmänsjuksköterskorna en upplevd maktordning mellan dem och läkarna på avdelningen. Konflikter dem emellan kunde uppstå då sjuksköterskan hade ringt MIG utan att först ha kontaktat avdelningsläkaren. Avdelningsläkaren ansåg detta olämpligt då denna själv ansåg sig bäst lämpad att ta hand om patienten. Därmed kan det vara intressant att undersöka hur läkare ser på MIG och dess insatser. En studie från Shearer et al., (2012) belyser både läkarens och allmänsjuksköterskans upplevelser av MIG. Läkarna upplevde i större utsträckning ett begränsat stöd från MIG jämfört med vad sjuksköterskorna upplevde. Detta kan tyda på att även läkarens tidigare upplevelser kan påverka om MIG konsulteras eller inte. Författarna till pilotstudien anser därför att det är av vikt att i fortsatt forskning belysa fler professioners syn på MIG och beslutet kring en MIG-konsultation, då ett sådant beslut kan vara avgörande för patientens hälsa.

Tidigare studier visar en underrapportering av kontakt med MIG vilket förklarades av maktspel och en rädsla av att bli ifrågasatt (Hillman, 2008; Jones et al., 2006; Jones et al., 2009; Massey et al., 2010). Även i pilotstudien framkom en tveksamhet, baserat på samma orsaker, inför konsultation av MIG. Resultatet visade att informanterna upplevde sig ifrågasatta och var därför noga med att patienten uppfyllde alla MIG-kriterier innan MIG kontaktades. Att sådana faktorer som negativt bemötande och upplevd maktordning kan resultera i att kontakt med MIG uteblir och att patienten i förlängningen riskerar att kvarstanna på fel vårdnivå visar att detta är ett viktigt ämne att studera vidare och arbeta med för att öka patientsäkerheten.

Att makt utövas direkt eller indirekt beroende på olika grad av kunskap och utbildning är ett faktum som uppstår i alla möten (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000). Om MIG skulle ha med

sig denna vetenskap skulle maktordningen eventuellt kunna mildras eller till viss del kompenseras med hjälp av ett vänligt och icke-dömande bemötande anser författarna.

Senaste forskningen

I en ny studie publicerad i februari 2013 har författarna intervjuat sjuksköterskor om faktorer som påverkar huruvida MIG kontaktas eller inte. Deltagarna uppgav att MIG:s bemötande ibland uppfattades som abrupt och ifrågasättande, mycket beroende på individ. MIG upplevdes också ha för höga krav och för lite förståelse för allmänsjuksköterskans situation. Rädsla över att ha ringt för en för ”frisk” patient eller att stört MIG i onödan kunde göra att kontakt istället uteblev. Sjuksköterskorna rapporterade också att MIG ofta pratade om hur upptagna de var och att det inte fanns några lediga platser på IVA (Astroth, Woith, Stapleton, Degitz & Jenkins, 2013). Denna studie bekräftar därmed mycket av det som kommit fram i pilotstudiens resultat och visar därmed att det fortfarande finns ett flertal områden att förbättra.

SLUTSATS

Trots att resultatet visar att allmänsjuksköterskors generella inställning till MIG är positiv så uttrycks en del missnöje och förslag på förändring. Sjuksköterskorna efterfrågar framförallt en ökad förståelse för deras situation på avdelningen samt ett bemötande fritt från ifrågasättande och hierarki. De efterlyser även mer information och utbildning samt önskar sig engagerad MIG-personal som åtagit sig uppdraget frivilligt. Denna studie tyder på att det finns områden att förbättra för att i förlängningen utveckla samarbetet mellan vårdavdelning och MIG. Fler studier behövs på området för att fastställa vad som bör förändras och på vilket sätt. För att uppnå ett bra samspel behöver även MIG:s syn på samarbetet belysas.

Kliniska implikationer och överförbarhet

Denna studies resultat kan användas för att utveckla mötet mellan MIG och vårdavdelning för att i förlängningen generera ett bättre samarbete. Ett bra samarbete tror författarna leder till en bättre vård som gynnar patienten, vilket också är det grundläggande syftet inom vårdvetenskapen. Detta resultat ger en tydlig bild av de brister som nu upplevs av allmänsjuksköterskorna vilket gör det lättare för verksamheterna som vill utveckla MIG att arbeta mot ett mer konkret mål. Vi ser även att resultatet skulle kunna användas som en guide

för verksamheter som befinner sig i uppstartandet av MIG, som en vägledning till hur mötet kan se ut.

Arbetet gjort i denna studie har fördelats lika mellan författarna.

REFERENSER

- *Andersson, C., Olsson, M., Hvarfner, A., & Engström, M. (2006). Mobil intensivvårdsgrupp gav färre hjärtstopp och bättre arbetsmiljö. *Läkartidningen*, 103 (46), 3613-3616.
- *Astoth, K. S., Woith, W. M., Stapleton, S. J., Degitz, R. J., & Jenkins, S. H. (2013). Qualitative exploration of nurses' decisions to activate rapid response teams. *Journal of Clinical Nursing*. [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/jocn.12067.
- *Bellomo, R., Goldsmith, D., Uchino, S., Buckmaster, J., Hart, G., Opdam, H., . . . Gutteridge, G. (2004). Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. *Crit Care Med*, 32(4), 916-921.
- *Benin, A. L., Borgstrom, C. P., Jenq, G. Y., Roumanis, S. A., & Horwitz, L. I. (2012). Defining impact of a rapid response team: qualitative study with nurses, physicians and hospital administrators. *BMJ Qual Saf*, 21(5), 391-398. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000390
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert : mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- *Berwick, D. M., Calkins, D. R., McCannon, C. J., & Hackbarth, A. D. (2006). The 100,000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA*, 295(3), 324-327. doi: 10.1001/jama.295.3.324
- *Buist, M., Bernard, S., Nguyen, T. V., Moore, G., & Anderson, J. (2004). Association between clinically abnormal observations and subsequent in-hospital mortality: a prospective study. *Resuscitation*, 62(2), 137-141. doi: 10.1016/j.resuscitation.2004.03.005
- *Buist, M. D., Moore, G. E., Bernard, S. A., Waxman, B. P., Anderson, J. N., & Nguyen, T. V. (2002). Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. *BMJ*, 324(7334), 387-390.
- Chaboyer W., Hewson-Conroy, K. (2012). Quality and Safety. In D. Elliott, L. Aitken & W. Chaboyer (Eds.), *ACCCN's critical care nursing* (pp. 38-56). Chatswood, N.S.W.: Elsevier.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande : i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- *Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Florin, J. (2009). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling* (s. 61-77). Lund: Studentlitteratur
- *Gardner, D. B. (2005). Ten lessons in collaboration. *Online J Issues Nurs*, 10(1). Doi:10.3912/OJIN.Vol10No01Man01
- *Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

- *Hillman, K. (2008). Rapid response systems. *Indian J Crit Care Med*, 12(2), 77-81. doi: 10.4103/0972-5229.42561
- *Hillman, K., Chen, J., Cretikos, M., Bellomo, R., Brown, D., Doig, G., . . . Flabouris, A. (2005). Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 365(9477), 2091-2097. doi: 10.1016/s0140-6736(05)66733-5
- Hvarfner, A. (2012). Den kristiskt sjuka patienten utanför intensivvårdsavdelningen. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red), *Intensivvård* (s. 728-731). Stockholm: Liber.
- *Jaderling, G., Bell, M., Martling, C. R., Ekblom, A., Bottai, M., & Konrad, D. (2013). ICU admittance by a rapid response team versus conventional admittance, characteristics, and outcome. *Crit Care Med*, 41(3), 725-731. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182711b94
- *Jaderling, G., Calzavacca, P., Bell, M., Martling, C. R., Jones, D., Bellomo, R., & Konrad, D. (2011). The deteriorating ward patient: a Swedish-Australian comparison. *Intensive Care Med*, 37(6), 1000-1005. doi: 10.1007/s00134-011-2156-x
- *Jervis, L. L. (2002). Working in and around the 'chain of command': power relations among nursing staff in an urban nursing home. *Nurs Inq*, 9(1), 12-23.
- *Jones, D., Baldwin, I., McIntyre, T., Story, D., Mercer, I., Miglic, A., . . . Bellomo, R. (2006). Nurses' attitudes to a medical emergency team service in a teaching hospital. *Qual Saf Health Care*, 15(6), 427-432. doi: 10.1136/qshc.2005.016956
- *Jones, L., King, L., & Wilson, C. (2009). A literature review: factors that impact on nurses' effective use of the Medical Emergency Team (MET). *J Clin Nurs*, 18(24), 3379-3390. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02944.x
- *Karvellas, C. J., de Souza, I. A., Gibney, R. T., & Bagshaw, S. M. (2012). Association between implementation of an intensivist-led medical emergency team and mortality. *BMJ Qual Saf*, 21(2), 152-159. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000393
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis : an introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Calif Sage.
- Kristoffersen Jahren, N. (1998). Allmän omvårdnad 1. Stockholm: Liber AB.
- *Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *J Adv Nurs*, 31(1), 235-241.
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S.E. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- *Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *Online J Issues Nurs*, 12(1), 2.
- *Massey, D., Aitken, L. M., & Chaboyer, W. (2010). Literature review: do rapid response systems reduce the incidence of major adverse events in the deteriorating ward patient? *J Clin Nurs*, 19(23-24), 3260-3273. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03394.x
- *McDonnell, A., Esmonde, L., Morgan, R., Brown, R., Bray, K., Parry, G., . . . Rowan, K. (2007). The provision of critical care outreach services in England: findings from a national survey. *J Crit Care*, 22(3), 212-218. doi: 10.1016/j.jcrc.2007.02.002

- *McIntyre, T., Taylor, C., Eastwood, G. M., Jones, D., Baldwin, I., & Bellomo, R. (2012). A survey of ward nurses attitudes to the Intensive Care Nurse Consultant service in a teaching hospital. *Aust Crit Care*, 25(2), 100-109. doi: 10.1016/j.aucc.2011.10.003
- Morton, P. G. & Fontaine, D. (2009). *Critical care nursing : a holistic approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nyberg, R. & Tidström, A. (2012). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.
- *Parr, M. J., Hadfield, J. H., Flabouris, A., Bishop, G., & Hillman, K. (2001). The Medical Emergency Team: 12 month analysis of reasons for activation, immediate outcome and not-for-resuscitation orders. *Resuscitation*, 50(1), 39-44.
- *Pattison, N., & Eastham, E. (2012). Critical care outreach referrals: a mixed-method investigative study of outcomes and experiences. *Nurs Crit Care*, 17(2), 71-82. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00464.x
- Pearson, A., Vaughan, B., & FitzGerald, M. (1996). *Nursing models for practice*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- *Pittard, A. J. (2003). Out of our reach? Assessing the impact of introducing a critical care outreach service. *Anaesthesia*, 58(9), 882-885.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- *Quarterman, C. P., Thomas, A. N., McKenna, M., & McNamee, R. (2005). Use of a patient information system to audit the introduction of modified early warning scoring. *J Eval Clin Pract*, 11(2), 133-138. doi: 10.1111/j.1365-2753.2005.00513.x
- *Richardson, A., Burnand, V., Colley, H., & Coulter, C. (2004). Ward nurses' evaluation of critical care outreach. *Nurs Crit Care*, 9(1), 28-33.
- Rosell, E. (2008). *Mobil intensivvårdsgrupp ökade tryggheten för sjuksköterskor på vårdavdelningar*. (Magisteruppsats). Göteborgs: institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet
- *Salamonson, Y., van Heere, B., Everett, B., & Davidson, P. (2006). Voices from the floor: Nurses' perceptions of the medical emergency team. *Intensive Crit Care Nurs*, 22(3), 138-143. doi: 10.1016/j.iccn.2005.10.002
- *Sandroni, C., Nolan, J., Cavallaro, F., & Antonelli, M. (2007). In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med*, 33(2), 237-245. doi: 10.1007/s00134-006-0326-z
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Riksdagen
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen
- Shearer, B., Marshall, S., Buist, M.D., Finnigan, M., Kitto, S., Hore, T., ... Ramsay, W. (2012). What stops hospital clinical staff from following protocols? An analysis of the incidence and factors behind the failure of bedside clinical staff to activate the rapid response system in a multi-campus Australian metropolitan healthcare service. *BMJ Qual Saf*; 21, 569-575 doi:10.1136

- SIR, Svenska intensivvårdsregistret. (2009a). *SIR:s riktlinjer för intensivvårdens registrering a vårdbegäran på inneliggande patienter med eller utan stöd av MIG (Mobil IntensivvårdsGrupp)*. Hämtad 12-12-11 från:
http://www.icuregswe.org/Documents/Guidelines/Vardbegaran_MIG.pdf
- SIR, Svenska intensivvårdsregistret. (2009b). *SIR årsrapport 2009*. Hämtad 12-12-10 från:
[www.icuregswe.org/Documents/Annual reports/2009/SIR_Arsrapport_2009.ppt](http://www.icuregswe.org/Documents/Annual%20reports/2009/SIR_Arsrapport_2009.ppt)
- SIR, Svenska intensivvårdsregistret. (2011). *Vad är intensivvård*. Hämtad 12-12-30 från:
<http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Vad-ar-Intensivvard/>
- Socialstyrelsen. (2012). *Dialog, gott bemötande*. Hämtad 130529 från:
http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-3/documents/sid109-119_gott_bemotande.pdf
- *Story, D. A., Shelton, A. C., Poustie, S. J., Colin-Thome, N. J., & McNicol, P. L. (2004). The effect of critical care outreach on postoperative serious adverse events. *Anaesthesia*, 59(8), 762-766.
doi: 10.1111/j.1365-2044.2004.03835.x
- *Subbe, C. P., Kruger, M., Rutherford, P., & Gemmel, L. (2001). Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *QJM*, 94(10), 521-526.
- Svensk sjuksköterskeförening, riksföreningen för anestesi och intensivvård. (2012). *Kompetensbeskrivning*. Hämtad 12-12-10 från:
[http://www.swenurse.se/Documents/Kompetensbeskrivningar/kompbeskr.anestesi.och.intensivv
ard.pdf](http://www.swenurse.se/Documents/Kompetensbeskrivningar/kompbeskr.anestesi.och.intensivvard.pdf)
- Vetenskapsrådet. (2012). *Forskningsetiska principer - inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 121210 från: <http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Vårdhandboken. (2012). *Översikt [Bemötande i vård och omsorg, genusperspektiv]*. Hämtad 13-05-13 från: [http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-var-d-och-omsorg-
genusperspektiv/Oversikt/](http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-var-d-och-omsorg-genusperspektiv/Oversikt/)
- Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

*Vetenskaplig artikel

Bilaga 1.

Intervjuguide

- Kan du berätta fritt om en situation då du kontaktat MIG?
- Kände du dig delaktig i beslut som togs?
- Hur fungerade samarbetet?
- Hur blev du bemött?
- Vilka för- respektive nackdelar anser du finns med att ha ett MIG-team?

Bilaga 2.

Exempel på analysens gång:

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Subkategori	Kategori
<i>"Jag tycker nog bara att det finns fördelar, inga direkta nackdelar. Fördelen är ju att man känner en ökad trygghet, det finns alltid någon att kontakta (...)det går inte alltid att få tag på jouren på kvällar och nätter och så(...), det är en väldig trygghet tycker jag".</i>	MIG-teamet innebär en trygghet, backup och säkerhet för patient och personal.	Trygghet	Att ha en backup	Trygghet
<i>"Det är bra för patienterna som kanske inte behöver ligga här och bli för dåliga, för ibland kan man ju faktiskt bromsa något i tid"</i>	Säkerhet för patienten	Säkerhet	Säkerhet för patienten	
<i>" (...) jag tänker ändå en gång extra innan jag MIG:ar, ska jag, ska jag inte? Det finns ju med ett kriterium, oro, allvarlig oro eller något sådant (...) om man skulle larma på allvarlig oro och alla andra parametrar var bra skulle de ju... ja alltså de vill ju helst, får man i alla fall uppfattningen om, att alla parametrar ska vara dåliga när de kommer."</i>	Osäkerhet att göra felbedömning	Rädsla	Osäkerhet inför bedömning	Maktlöshet
<i>"(...) ibland kan man uppleva att när de kommer, att de kan tycka liksom, varför har ni inte gjort det och det och det och varför har ni inte patienten uppkopplad och så vidare (...). De kan liksom ha synpunkter på den vården vi gett och att de inte har någon riktig förståelse för att vi inte kan vara hos patienten hela tiden".</i>	MIG-teamet saknar viss förståelse kring allmänsjuksköterskans arbetssituation	Krav och oförståelse	Att bli ifrågasatt, Att inte räkna till	

<p><i>"Man glömmer ju som sagt bort ibland, att dom finns, så det kanske är bra med lite mer regelbundna såna kontakträffar".</i></p>	<p>Behov av mer information kring MIG-teamet och dess funktion</p>	<p>Information</p>	<p>Bristande kännedom om MIG</p>	<p>Maktlöshet</p>
<p><i>"Jag tycker det är rätt oväsentligt att få veta om man har en patient som är jättedålig och jättebekymrad, och så kan de ibland, ah men uttrycka att det finns en sämre patient och att de har ett högt tryck på IVA... det tycker jag är rätt oväsentligt, det bemötandet. Att jag struntar i hur ni har det, det här är min patient och det är den här som är dålig liksom..."</i></p>	<p>Bemötandet från MIG-teamet är beroende av rådande arbetsbelastning på intensivvårdsavdelning</p>	<p>Sämre bemötande</p>	<p>Bemötande relaterat till platsbrist</p>	<p>Skiftande bemötande</p>
<p><i>"Ja asså, jag tycker i de flesta fallen att man blir bra bemött, i alla fall av sköterskan, det är läkaren som kan vara lite sådär".</i></p>	<p>Betydelsen av gott bemötande</p>	<p>Bra bemötande</p>	<p>Bemötande beroende på individ</p>	
<p><i>"Ja ibland kan jag tycka att IVA-sköterskan ursäktar lite för läkaren, men säger ju aldrig nånting till läkaren, det är ju det, det är ju han som bestämmer, det är han som styr med hela handen".</i></p>	<p>Upplevelse av maktförhållanden vid MIG-konsultation</p>	<p>Rollfördelning</p>	<p>Upplevelser av maktordning</p>	<p>Syn på samarbetet</p>
<p><i>"(...) men delaktig så långt jag kan va med min kompetens vid det tillfället...ja"</i></p>	<p>Känsla av delaktighet vid MIG-konsultation</p>	<p>Delaktighet</p>	<p>Upplevelse av delaktighet</p>	

Bilaga 3.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Till vederbörande verksamhetschef/avdelningschef

Vi är två studenter som läser till specialistsjuksköterskor inom intensivvård här på Göteborgs universitet. Vi arbetar just nu med vårt examensarbete som har som syfte att studera allmänsjuvsköterskors upplevelse av samarbetet/mötet med mobil intensivvårdsgrupp (MIG). Målet är att i förlängningen kunna förbättra samarbetet mellan MIG och vårdavdelning. Vi skulle därför vilja intervjua två sjuksköterskor på er avdelning. Att just er avdelning är intressant beror på att ni är en av två avdelningar som har flest MIG-kontakter på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Tidigare studier har visat att MIG skulle kunna kontaktas i högre utsträckning än det görs idag och även i ett tidigare skede. Ett tidigt upptäckande och omhändertagande av en försämrad patient ökar chanserna för överlevnad och en god livskvalitet för patienten. Vi tror att vår studie kan öka kunskapen om mötet mellan vårdpersonalen och MIG och därigenom bidra till att utveckla samarbetet dem emellan.

Vi ber därför om ert/ditt godkännande till att utföra studien. Vi behöver också er hjälp med att välja ut två stycken sjuksköterskor som kan tänka sig att delta. Dessa sjuksköterskor ska ha deltagit i minst en men gärna fler MIG-bedömningar på avdelningen det senaste året. Vi ser helst att de också har varierande erfarenhet av sjuksköterskeyrket. Då detta är en pilotstudie kommer totalt fyra stycken sjuksköterskor att intervjuas, varav två på er avdelning.

Det som sägs i intervjuerna spelas in på band och analyseras sedan med hjälp av en vetenskaplig metod. Resultaten kommer sedan att sammanfattas och redovisas som ett examensarbete på avancerad nivå vid Göteborgs Universitet. Endast undertecknade samt handledare kommer att ha tillgång till materialet, och ingen enskild person kommer att kunna identifieras i det färdiga resultatet.

Tack på förhand för hjälp att genomföra denna studie.
Med vänliga hälsningar

Kristina Jorborg & Sara Norberg
Specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård
Göteborgs universitet
0735-115757, 070-5866511
kristinajorborg@hotmail.com, sm.norberg@gmail.com

Handledare:

Lotta Johansson

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet

Telefon: 0708 199664, Epost: lotta.johansson@fhs.gu.se



Bilaga 4.

GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

Mobil intensivvårdsgrupp (MIG) har funnits i Sverige sedan 2000-talet och består av en läkare och en specialistsjuksköterska. Teamet har som syfte att tillsammans med vårdpersonalen på vårdavdelning tidigt upptäcka och behandla patienter med svikt i vitala funktioner. Vissa patienter kan med rätt åtgärder stabiliseras på vårdavdelningarna medan andra behöver akut intensivvård. Ett tidigt upptäckande och omhändertagande av den sistnämnda ökar med stor sannolikhet överlevnaden och chansen till en god livskvalitet för patienten i ett senare skede. För att ett system som MIG ska fungera krävs ett nära samarbete med sjukhusets vårdavdelningar. Vi vill med detta arbete intervjua sjuksköterskor på vårdavdelning för att höra deras uppfattning om hur samarbetet med MIG fungerar.

Syfte

Att beskriva allmänsjuksköterskors upplevelse av hur mötet med Mobil intensivvårdsgrupp fungerar, med fokus på samarbete och bemötande.

Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras på två avdelningar på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Totalt fyra sjuksköterskor kommer att intervjuas då detta är en pilotstudie. Tillstånd för studien har getts från berörd verksamhetschef/avdelningschef. Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du arbetar som allmänsjuksköterska och har under det senaste året kontaktat MIG minst en gång.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien kommer författarna att göra en enskild intervju med dig som beräknas ta mellan 30-60 min. Tid och plats för intervjun väljer du själv. Intervjun kommer att spelas in och därefter skrivas ned och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå vid Göteborgs Universitet.

Finns det några risker med att delta?

Vi ser inga risker med att delta eftersom Du själv väljer vad Du vill ta upp och prata om under intervjun.

Finns det några fördelar med att delta?

Studien har som mål att förbättra samarbetet mellan vårdavdelning och MIG vilket i sin tur kan leda till en bättre arbetsmiljö för dig som sjuksköterska.

Hantering av data och sekretess

Endast undertecknade samt handledare kommer att ha tillgång till materialet, och ingen enskild person kommer att kunna identifieras i det färdiga resultatet.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

Ansvariga för studien

Sjuksköterska

Kristina Jorborg

Tel: 0735-115757

kristinajorborg@hotmail.com

Sjuksköterska

Sara Norberg

Tel: 070-5866511

sm.norberg@gmail.com

Handledare

Lotta Johansson

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Göteborgs Universitet

Arvid Wallgrens Backe Box 457

405 30 Göteborg

Telefon: 070- 8199664

E-post: lotta.johansson@fhs.gu.se