



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Omvårdnad
Självständigt arbete 30 hp
Avancerad nivå
2011-2012

**Intensivvårdssjuksköterskors
erfarenheter av interaktionen med
avdelningspersonal vid MIG-uppdrag**

**Intensive care nurses experiences
of interaction with the staff at general
wards during MET-assignment**

Kristin Fladvad och Henrietta Henriksson

SAMMANFATTNING

Bakgrund Mobila Intensivvårds Grupper (MIG) är idag etablerade på flera svenska sjukhus. MIG bidrar till att minska antalet hjärtstopp och till att patienter som är på väg att försämras upptäcks tidigare. MIG innebär också en trygghet för avdelningspersonalen. Delaktighet i MIG är en naturlig del i intensivvårdssjuksköterskans arbetsuppgifter.

Syfte Att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av interaktionen med avdelningspersonalen vid MIG-uppdrag.

Metod En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer har utförts vid två sjukhus. Resultatet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat Två teman framkom vid analysen, *Betydelsen av interaktion för en sammanlänkad och säker vård* samt *Samspelsbefrämjande faktorer*. Respondenterna anser avdelningspersonalens närvaro och engagemang som väsentlig vid MIG-uppdraget för att patienten ska få en sammanlänkad och säker vård. Respondenterna upplever att avdelningspersonalen ibland inte förstår vikten av deras närvaro och att MIG då behöver arbeta aktivt för att få avdelningspersonalen mer engagerad. Det interprofessionella samarbetet gagnar inte enbart patienten utan gynnar även den professionella utvecklingen genom utbyte av kunskap. För att interaktionen ska fungera optimalt krävs att MIG bekräftar avdelningspersonalen och att alla involverade vid MIG-uppdraget har en gemensam bild av situationen och delar samma mål med vården. Resultatet diskuterades utifrån den teoretiska referensramen Relationship Centered Care.

Slutsats Interaktionen vid MIG-uppdrag fungerar väl när MIG och avdelningspersonalen samarbetar och kompletterar varandra. Valfungerande samarbete och sammanlänkad vård i samband med MIG-uppdrag leder till ökad patientsäkerhet.

Klinisk betydelse Samarbetet vid MIG-uppdrag stärks genom utbildning och praktisk träning i interprofessionellt samarbete. Genom mer utbildning, tydligare kommunikation från MIG och ökad återkoppling kan avdelningspersonalen få en större förståelse för vikten av deras delaktighet vid MIG-uppdragen.

Nyckelord: erfarenhet, intensivvårdssjuksköterska, interaktion, interprofessionellt samarbete, MIG.

ABSTRACT

Background Mobile Emergency Teams (MET) are established at several Swedish hospitals. MET helps to reduce the number of cardiac arrest and patients who are about to deteriorate are detected earlier. MET also means security for the staff at general wards. Being involved in the MET is a natural part of the critical care nurse's work assignments.

Aim To describe the critical care nurses' experiences of interaction with the staff at general wards during MET- assignments.

Method A qualitative study using semi-structured interviews was carried out at two hospitals. The collected data were analyzed by qualitative content analysis.

Results Two themes emerged from the analysis, *The importance of interaction for an interconnected and safe healthcare* and *Teamwork promoting factors*. Respondents believe attendance and commitment from the staff at general wards as important in MET- assignments for the patient to get interconnected and safe care. Respondents experience that ward staff sometimes don't understand the importance of their presence and that MET then need to work actively to get the ward staff more committed. The interprofessional collaboration is not only beneficial for the patient but it also promotes the professional development through the exchange of knowledge. For the interaction to work optimally it requires MET to confirm the staff at general wards and that everyone involved in the MET-assignment has a mutual perception of the situation and the goal with the treatment. The results were discussed using the theoretical framework Relationship Centered Care.

Conclusion The interaction in MET-assignments works well when MET and the staff at general wards work together and complement each other. Effective collaboration and interconnected healthcare during MET-assignments increases patient safety.

Clinical significance The collaboration during MET-assignments can be strengthened through education and practical training in interprofessional collaboration. Through more training, clearer communication from MET and increased feedback can the staff at general wards gain a greater understanding of the importance of their participation in MET-assignments.

Keywords: critical care nurse, experience, interaction, interprofessional collaboration, MET.

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	2
ABSTRACT	3
1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
2.1 Interaktion	1
2.2 Interprofessionellt samarbete	1
2.3 MIG	2
2.4 Resultat av att MIG införts	2
2.5 Utformning av MIG	2
2.6 Bedömning av vitalparametrar	3
2.7 Tidigare forskning kring erfarenheter av MIG	4
3 PROBLEMFÖRMULERING	6
4 SYFTE	6
5 TEORETISK REFERENSRAM	6
5.1 Relationship- Centered Care	6
5.1.1 Jaget	8
5.1.2 Jaget - Andra	8
5.1.3 Ömsesidigt lärande	9
5.1.4 Växlerkan	9
5.1.5 Transformerad relations kapacitet	10
6 METOD	10
6.1 Design	10
6.2 Urval	10
6.3 Intervju och datainsamling	11
6.4 Dataanalys	12
7 FÖRFÖRSTÅELSE	13
8 ETISKA ASPEKTER	13
9 RESULTAT	14
9.1 Betydelsen av interaktion för en sammanlänkad och säker vård	15
9.1.1 Närvaro och delaktighet från personalen på vårdavdelningen	15
9.1.1.1 Förberedelser och engagemang från avdelningspersonal	15
9.1.1.2 Överlämnat ansvar	17
9.1.2 Interaktion för att skapa en helhetsbild av situationen	18
9.1.2.1 Interprofessionell diskussion för att finna orsak och åtgärd	19

9.1.2.2 Att vara ett team.....	19
9.1.2.3 Kluvenhet inför MIG-uppdraget.....	21
9.1.3 Utbyte av kunskap vid MIG-uppdrag.....	22
9.1.3.1 Delge avdelningspersonalen kunskap.....	22
9.1.3.2 Lära sig av nya situationer och samarbeten.....	23
9.2 Samspelsbefrämjande faktorer	24
9.2.1 Metoder för att uppnå mål	24
9.2.1.1 Tydlig kommunikation.....	24
9.2.1.2 Gemensam plan.....	25
9.2.2 Förhållningssätt som gynnar interaktionen.....	26
9.2.2.1 Bemötande.....	26
9.2.2.2 Bekräftelse.....	27
9.2.2.3 Ödmjukhet.....	27
10 DISKUSSION	28
10.1 Metoddiskussion.....	28
10.2 Resultat diskussion.....	31
10.2.1 Insikt om den egna betydelsen - Jaget	31
10.2.2 Att relatera till andra - Jaget-Andra	32
10.2.3 Lära av varandra - Ömsesidigt lärande	33
10.2.4 Arbeta tillsammans - Växelverkan	35
10.2.5 Förvärvad erfarenhet - Transformerad relations kapacitet	37
10.3 Slutsats.....	38
10.4 Klinisk betydelse.....	38
10.5 Förslag på vidare forskning.....	39
REFERENSER	40
BILAGOR	1

1 INLEDNING

För att öka samarbetet mellan intensivvårdsavdelningar och allmänna vårdavdelningar har så kallade Mobila Intensivvårds Grupper (MIG) införts på flera svenska sjukhus. Vid MIG-uppdrag kommer personal från intensivvårdsavdelningen (IVA) till vårdavdelningen för att tillsammans med avdelningspersonalen optimera vård och behandling för en patient vars tillstånd har försämrats. Detta för att förebygga ytterligare försämring och undvika att patienten kan komma att behöva en mer avancerad vård på IVA.

Vid MIG-uppdrag fordras ett välfungerande samarbete i en kritisk situation där involverad personal ofta saknar tidigare erfarenhet av att arbeta tillsammans. Som kliniskt verksamma intensivvårdssjuksköterskor har författarna erfarit att det råder blandade känslor inför att delta vid MIG-uppdrag och hur intensivvårdssjuksköterskor anser att interaktionen med vårdpersonalen på den kontaktande vårdavdelningen fungerar. Endast sparsamt med litteratur som berör intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av hur interaktionen mellan personal vid MIG-uppdrag fungerar har identifierats. Då intensivvårdssjuksköterskor har en central roll i MIG är det synnerligen viktigt att deras erfarenheter av MIG-uppdraget och interaktionen mellan MIG och avdelningspersonal ytterligare belyses, så att MIG genom detta kan förbättras och vidareutvecklas.

2 BAKGRUND

2.1 Interaktion

Nationalencyklopedin (2012) definierar begreppet interaktion som ”samverkan, samspel; process där grupper eller individer genom sitt handlande ömsesidigt påverkar varandra. Påverkan kan förmedlas via språk, gester, symboler etc.”

2.2 Interprofessionellt samarbete

Interprofessionellt samarbete kan med utgångspunkt från Nationalencyklopedins (2012) definition av inter-, ”prefix med betydelsen 'mellanliggande', 'som existerar mellan', 'förbindande', 'gemensam för'.”, tolkas som samarbete mellan olika professioner.

2.3 MIG

MIG infördes först i Australien under 1990-talet med syfte att försöka fånga upp försämrade patienter på vårdavdelningar i ett tidigare skede och därmed försöka förhindra att patienten blev i behov av intensivvård (Bertaut, Campbell & Goodlett 2008; Jones & Lynch, 2009; Konrad et al., 2009). Förhoppningen var också att genom MIG minska antalet plötsliga dödsfall, förkorta vårdtiden på intensivvårdsavdelningar och minska antalet hjärtstopp på vårdavdelningar (ibid.). I Sverige infördes MIG år 2003 (Andersson, Olsson, Hvarfner & Engström, 2006). MIG finns idag på de flesta svenska sjukhus (Svenska intensivvårdsregistret, 2011)

2.4 Resultat av att MIG införts

Flertalet studier har visat att införandet av MIG inneburit ett minskat antal akuta försämringar av patienter, att patienter som håller på att försämrats upptäcks tidigare och färre antal hjärtstopp på vårdavdelningar (Jones et al., 2005; Jones et al., 2007; McFarlan & Henslet, 2007; Priestley et al., 2004). Liknande resultat har påvisats i Sverige, Konrad et al. (2009) genomförde en prospektiv studie vid Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm. Studien visade att MIG minskade antalet hjärtstopp med 26 procent. Antalet avlidna medicinpatienter minskade med 12 procent och kirurgiska ej opererade patienter minskade med 28 procent (ibid.). Införandet av MIG har även inneburit färre antal akuta inläggningar av patienter på IVA (McFarlan & Henslet, 2007; Thomas, VanOyen Force, Rasmussen, Doss & Whildin, 2007).

2.5 Utformning av MIG

MIG består av en anesthesi eller intensivvårdsläkare och en intensivvårdssjuksköterska (Svenska intensivvårdsregistret, 2011). Vilken anesthesi/intensivvårdsläkare och intensivvårdssjuksköterska som utgör MIG utses vid varje arbetspass (Lee, Bishop, Hillman & Daffurn, 1995). Avdelningspersonal kontrollerar regelbundet och vid behov patientens vitalparametrar (Bell, Konrad, Granath, Ekbohm & Martling, 2006; Santiano et al., 2011). Utifrån en för sjukhuset modifierad skala utvärderas om kontakt med MIG bör initieras. Kontakt med MIG kan även tas om ansvarig avdelningspersonal av annan anledning är orolig för patientens tillstånd. MIG hjälper till att i samråd med avdelningspersonalen, ansvarig läkare, sjuksköterska och undersköterska på vårdavdelningen, bedöma patienten och i första hand optimera vård och behandling på

vårdavdelningen. Om patientens tillstånd kräver organiserar MIG så att patienten överförs till IVA för en mer avancerad vård (ibid.).

Vanliga åtgärder som MIG utför är bedömning av patient, ordinerings/administrering av syrgas, evakuering av sekret ifrån luftvägar, införande av perifervenkateter, ordinerings/administrering av intravenösa vätskor och läkemedel, konsultering vid beslutande om att avstå/avbryta behandling, dokumentering samt vid behov transport av patienten till IVA. Intensivvårdssjuksköterskor är ofta ansvariga för eller delaktiga i många av dessa moment (Bertaut et al., 2008; Santiano et al., 2011).

2.6 Bedömning av vitalparametrar

Förändringar i vitalparametrar kan vara en tidig förvarning om att patienter är på väg att försämrans och i behov av mer avancerad vård (Bell et al., 2006; Schmid-Mazzoccoli, Hoffamn, Wolf, Happ & Devita, 2008). Bell et al. (2006) fann att patienter med avvikande vitalparametrar och som uppfyllde kriterierna för att MIG skulle tillkallas hade en ökad mortalitetsrisk.

Bellomo et al. (2003) har tagit fram kriterier för när kontakt med MIG ska initieras. Kriterierna är sammanställda i en bedömningsskala och bygger på normalvärden för vitalparametrar:

- allvarlig oro över patientens tillstånd
- hjärtfrekvens under 40 eller över 130 slag per minut
- systoliskt blodtryck under 90 mm Hg
- andningsfrekvens under 8 eller över 30 andetag/min
- akut försämring i saturation, under 90 % trots syrgasbehandling
- förändring i medvetandegrad
- minskad urinproduktion till mindre än 50ml/4 timmar.

Svenska sjukhus har infört liknande bedömningsskalor som modifierats efter respektive sjukhus (Bell et al., 2006).

Chen et al. (2009) visade på otillräckliga mätningar av vitalparametrar på vårdavdelningar och att eventuella avvikelser i dessa inte tillräckligt ofta uppmärksammas på ett adekvat sätt. Att tidigt uppmärksamma förändringar och avvikelser i vitalparametrar har en avgörande betydelse för patientens överlevnad (ibid.). Cioffi (2000) undersökte avdelningssjuksköterskors erfarenheter av att ta beslutet att kontakta MIG. I studien framgick det att vid ökad belastning hann inte alltid avdelningssjuksköterskorna kontrollera patienternas vitalparametrar. Det ledde till att avdelningssjuksköterskorna inte uppmärksammade tidiga tecken på försämring hos patienterna och att kontakt med MIG uteblev trots att det var motiverat (ibid.).

Införandet av MIG har inneburit en större medvetenhet och förståelse för vitalparametrars betydelse bland avdelningspersonal (Jones et al., 2005; Jones et al., 2007). Undervisning i samband med införandet av MIG på sjukhus om vitalparametrar och vad de kan säga sjukvårdspersonal om patientens tillstånd, har bidragit till att patienter som är på väg att försämrats upptäcks tidigare och får adekvat behandling insatt i tid (ibid.). Det är viktigt att kontinuerligt utbilda ny avdelningspersonal i vitalparametrars betydelse och vad MIG innebär för att bevara avdelningssjuksköterskors förmåga att uppmärksamma akuta försämringar i patientens tillstånd och för att upprätthålla brukandet av MIG (Jones et al., 2005).

2.7 Tidigare forskning kring erfarenheter av MIG

Studier har visat att avdelningssjuksköterskor värdesatte MIG då de upplevde att de fick hjälp att optimera vården för patienter de kände en oro för (Cioffi, 2000; Jones et al., 2006; Salamonson, van Heere, Everett & Davidson, 2006). Då avdelningssjuksköterskor upplevde att de inte fick det gensvar de önskat från avdelningsläkarna rörande en akut försämrad patient, föranledde det att avdelningssjuksköterskor tog kontakt med MIG för att få hjälp att hantera patienten (Cioffi, 2000; Salamonson et al., 2006). Enligt Salamonson et al. (2006) beskrev avdelningssjuksköterskorna att de upplevde att MIG innebar en trygghet i deras arbete eftersom MIG fungerade som ett stöd för att hjälpa dem att hantera patienter vars tillstånd akut försämrats (ibid.). Avdelningssjuksköterskor beskrev också att MIG bidrog till att de utvecklade sin förmåga att omhänderta kritiskt sjuka patienter på avdelningen (Jones et al., 2006).

Tidigare erfarenhet av kontakt med MIG påverkade avdelningssjuksköterskors beslut att kontakta MIG eller inte (Cioffi, 2000). De avdelningssjuksköterskor som hade positiva erfarenheter av kontakt med MIG tillkallade oftare MIG än de som hade mer negativa erfarenheter. Positivt bemötande från MIG ledde till att avdelningssjuksköterskorna kände sig mer delaktiga i vården och ingav en ökad känsla av tilltro till den egna förmågan att uppmärksamma försämringar av patientens tillstånd (Benin, Borgstrom, Jenq, Roumanis & Horwitz, 2012; Cioffi, 2000). Den ökade tilltron till den egna förmågan hos avdelningssjuksköterskorna ledde i sin tur till bättre diskussioner mellan avdelningsläkare och avdelningssjuksköterskor, mer adekvata och tidigare beslut rörande vården samt minskad känsla av stress hos avdelningssjuksköterskorna (Cioffi, 2000). Negativt bemötande från MIG kunde i sin tur innebära att avdelningssjuksköterskor drog sig för att ta kontakt med MIG (ibid.). Salamonson et al. (2006) undersökte i en studie hur avdelningssjuksköterskor ansåg att MIG kunde utvecklas och förbättras. Avdelningssjuksköterskorna i studien uttryckte att MIG kunde förbättras genom mer utbildning. De efterfrågade mer utbildning rörande vad de kunde förbereda i väntan på att MIG skulle anlända till avdelningen, hur de praktiskt skulle ta hand om den akut försämrade patienten och vad MIG hade för förväntningar på dem under MIG-uppdraget. Avdelningssjuksköterskorna uttryckte också att de ibland ansåg att bemötandet ifrån MIG gentemot dem kunde förbättras. Det var framför allt i de situationer då MIG ifrågasatte att avdelningspersonalen sökt MIG som de upplevde bemötandet som negativt (ibid.).

Endast ett fåtal studier som berör intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av att delta i MIG har identifierats. De studier som har identifierats har i huvudsak fokuserat på avdelningspersonalens erfarenheter av MIG och intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser har i studierna endast beskrivits i liten utsträckning. Studierna fann att intensivvårdssjuksköterskor upplevde stress över att behöva lämna den patient och de arbetsuppgifter som de ansvarade för på IVA för att delta vid MIG-uppdrag. Kollegors möjlighet att kunna övervaka och vårda den patient som MIG-sjuksköterskan hade ansvar för på IVA uppgavs som väsentligt för att känna att det fanns tid för att lämna IVA för att delta vid MIG-uppdrag (Shapiro, Donaldson & Scott, 2010; Thomas et al., 2007). Nordlund och Joelsson-Alm (2009) fann i samband med ett pilotprojekt att intensivvårdssjuksköterskorna upplevde det negativt om inte avdelningsläkare eller

ansvarig bakjour var kontaktad eller närvarande vid MIG-uppdraget. De upplevde sig då som en arbetsavlastning för avdelningsläkaren och inte som de konsulter de är ämnade att fungera som.

3 PROBLEMFÖRMULERING

Tidigare presenterad forskning berör främst de effekter som införandet av MIG har haft för sjukvården och avdelningssjuksköterskors erfarenheter av MIG. Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter har endast beskrivits i ringa omfattning. Inga studier har kunnat identifieras som beskriver intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av interaktionen med avdelningspersonal vid MIG-uppdrag. Interaktionen mellan avdelningspersonal och medlemmarna inom MIG är en väsentlig del vid ett MIG-uppdrag och intensivvårdssjuksköterskan har en central roll vid uppdraget. Därför är det viktigt att intensivvårdssjuksköterskornas erfarenheter av detta problematiseras så att MIG kan förbättras och bli till mer gagn för patienten.

4 SYFTE

Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av interaktionen med avdelningspersonal vid MIG-uppdrag.

5 TEORETISK REFERENS RAM

Vid MIG uppdrag samlas vårdpersonal med olika yrkesprofession och olika erfarenheter för att med samlad kunskap tillsammans optimera den försämrade patientens tillstånd. Till denna studie har Relationship- Centered Care (RCC) använts som teoretisk referensram då den beskriver förutsättningar för att skapa effektiva relationer och välfungerande samarbeten mellan olika yrkeskategorier inom vården. Den teoretiska referensramen används i resultatdiskussionen genom att relatera resultatet till RCC och på så sätt skapa en fördjupad förståelse för intensivvårdssjuksköterskornas erfarenheter av interaktionen mellan MIG och avdelningspersonal vid MIG-uppdrag.

5.1 Relationship- Centered Care

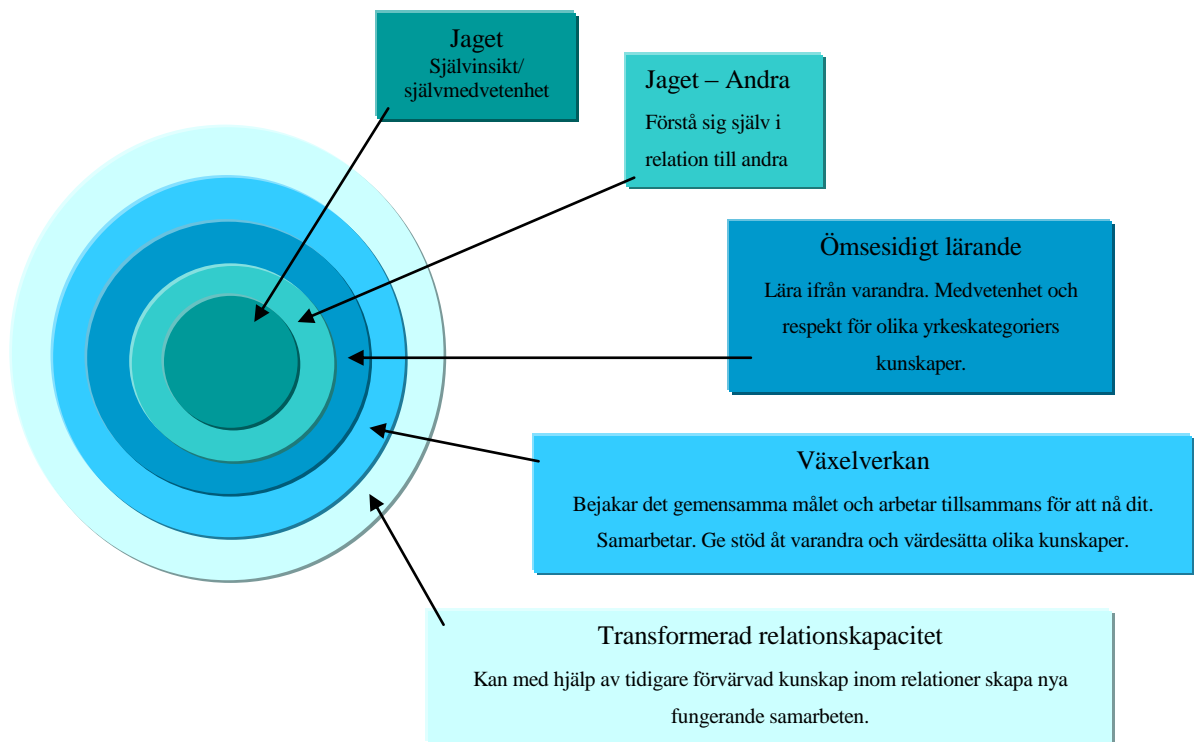
RCC är en interdisciplinär modell som utvecklades i USA under 1990-talet. Syftet med RCC är att utgöra en guide för vårdpersonal i att förvärva kunskaper, färdigheter och

värderingar som krävs för att skapa effektiva relationer inom hälso- och sjukvård (Manning-Walsh et al., 2004).

Det centrala i RCC är relationer, relationerna kan vara mellan patient och vårdpersonal, mellan olika yrkeskategorier inom vården och relationen mellan vårdpersonal och samhälle. Enligt RCC har välfungerande relationer stor betydelse, då det möjliggör utbyte av information, känslor och problem mellan människor. RCC betonar värdet av interpersonella relationer för att förbättra eller behålla hälsa och välbefinnande eller lindra döende för patienten (Manning-Walsh et al., 2004; The Pew - Fetzer Task Force, 2000). RCC framhäver även riskerna med icke fungerande relationer då de kan leda till konflikter, missförstånd och en sämre vård för patienten (The Pew - Fetzer Task Force, 2000).

Relationen mellan vårdpersonal är viktig för att olika aspekter på sjukdom skall tas i beaktande (The Pew - Fetzer Task Force, 2000). Människan kan inte delas upp i psykologisk, social, biologisk och andlig del. Människan kan därför inte vårdas inom ett område avskilt från de övriga, utan måste betraktas som en helhet. Vårdpersonal måste därför handla sammanlänkat med de känslomässiga, sociala, fysiska och andliga aspekterna på hälsa och sjukdom samt ta tillvara på olika yrkeskategoriers kunskaper och erfarenheter rörande hälsa och sjukdom. Även om den enskilda vårdpersonalen handlar utifrån ett sjukdomsperspektiv måste han eller hon vara medveten om att insatserna har effekt på patientens totala välbefinnande (ibid.)

RCC består av fem graderade nivåer: *Jaget*, *Jaget-Andra*, *Ömsesidigt lärande*, *Växelverkan* och *Transformerad relationskapacitet*. Varje nivå utgör specifika kunskaper, färdigheter och värderingar som vårdpersonalen måste förvärva och behärska för att nå nästa nivå (Manning-Walsh et al., 2004).



Figur 1: Schematisk bild över de fem nivåerna i RCC.

5.1.1 Jaget

Grundläggande för RCC är självrespekt, självmedvetenhet och självkänedom. Människan formas av sina samlade livserfarenheter och måste förstås utifrån sin kultur, familj, etnicitet, sitt kön, sin trosuppfattning och sina värderingar (Manning-Walsh et al., 2004). Självkänedom är en förutsättning för att förstå andras upplevelse och därför oundgängligt för att skapa effektiva relationer (Beach, Inui & the Relationship-Centered Care Research Network, 2006; Manning-Walsh et al., 2004; The Pew - Fetzer Task Force, 2000). När en människa förstår, accepterar och värdesätter sig själv har hon bättre förmåga att etablera relationer med människor hon interagerar med (Manning-Walsh et al., 2004).

5.1.2 Jaget - Andra

När en människa uppnått ett visst mått av självkänedom har hon möjlighet att förstå sig själv i relation till andra. Relationer är en viktig källa till ökad förmåga och prestation eftersom den individuella världen vidgas vid relationer med andra. RCC menar att människor lär, utvecklas och presterar genom relationer. Inom RCC kännetecknas effektiva relationer av närvaro i kommunikation, förståelse och omtanke gentemot varandra (Manning-Walsh et al., 2004).

5.1.3 Ömsesidigt lärande

Inom RCC lär människor från varandra. Oavsett om kunskapsutbytet är mellan patient och vårdpersonal, mellan vårdpersonal eller mellan vårdpersonal och samhälle. Roller, hierarkier och traditioner kan här vara svåra hinder att överbrygga för att tillämpa RCC (Manning-Walsh et al., 2004). Medvetenhet och respekt för olika kunskapstraditioner är grundläggande för att effektiva relationer mellan vårdpersonal från olika yrkeskategorier skall formos. Vårdpersonal måste ha kännedom om andra yrkens perspektiv på botande. De måste värdesätta varandras arbete och kontinuerligt dra lärdom från erfarenheter av att arbeta med vårdpersonal från andra discipliner (Beach, Inui & the Relationship-Centered Care Research Network, 2006; The Pew - Fetzer Task Force, 2000).

Vårdpersonal måste vara öppna för att lära och handledas av varandra. Interdisciplinära skillnader värdesätts liksom varje enskild individs styrkor. Hierarkier åsidosätts lämpligen så att vårdpersonal från olika discipliner med olika kompetens, ömsesidigt kan lära från varandra genom delgivande av sin specifika expertis. Ingen disciplin är viktigare än den andra (Manning-Walsh et al., 2004).

5.1.4 Växelverkan

När ömsesidighet är uppnådd odlas och upprätthålls hälsosamma relationer och välfungerande samarbeten bildas. Välfungerande samarbeten kräver att alla parter bejakar det gemensamma uppdraget, strävar mot samma mål samt använder sig av strategier och tillvägagångssätt som stödjer detta uppdrag (Manning-Walsh et al., 2004). Välfungerande relationer mellan vårdpersonal förutsätter samarbete och gemensamma värden. Vårdpersonalen måste vara medvetna om varandras arbete, ge stöd åt varandra och tillåta att ansvar och ledarskap skiftar i samband med att patientens behov förändras (The Pew - Fetzer Task Force, 2000).

Växelverkan uppnås när det råder dialog, öppet lyssnande och samarbetsvilligt lärande mellan vårdpersonal. Vårdpersonalen delger varandra och blir beroende av varandras idéer och expertis. Skilda egenskaper och idéer bland vårdpersonalen värdesätts för dess bidrag till patienten, vårdpersonalen själva och samhälle (Manning-Walsh et al., 2004).

Vårdpersonalen lär ifrån varandra, använder sig av varandras expertis samt bortser från status och hierarki. Detta skapar förutsättningar för att både ge och ta emot stöd och uppmuntran. Relationer där utbyte av kunskap sker gagnar både vårdpersonal och patienter genom att de bidrar till personlig och professionell mognad hos vårdpersonalen och i förlängningen till en mer effektiv vård (Beach, Inui & the Relationship- Centered Care Research Network, 2006; The Pew - Fetzer Task Force, 2000).

5.1.5 Transformerad relations kapacitet

Vid den sista nivån måste vårdpersonalen omsätta sin medvetenhet om sig själv och andra och sin mognad som ett resultat av RCC till att bli mer medveten och kompetent samt låta dessa förändringar influera framtida relationer. Vid denna nivå råder inom grupper och organisationer en välfungerande och samverkande dynamik. Öppenhet till varandras idéer, ömsesidighet, tillit, empati och stöd åt varandra är rådande (Manning-Walsh et al., 2004).

6 METOD

6.1 Design

En empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats har genomförts för att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av interaktionen med avdelningspersonal i samband med MIG-uppdrag. Kvalitativa intervjustudier är lämpliga när forskaren vill undersöka och beskriva människors upplevelser av en företeelse och vilken mening den har för dem (Polit & Beck, 2008).

6.2 Urval

Vårdcheferna på två intensivvårdsavdelningar på två sjukhus tillfrågades om intresse att delta i studien och gav sitt medgivande till detta. Urval av respondenter genomfördes enligt bekvämlighetsurval. Bekvämlighetsurval innebär att forskaren väljer ut en grupp respondenter som anses kunna svara till studiens syfte (Polit & Beck, 2008).

Inkluderingskriterier användes för att i möjligaste mån säkra att respondenterna kunde delge erfarenheter som besvarade studiens syfte. Enligt Polit och Beck (2008) är ett absolut inkluderingskriterium vid kvalitativa studier är att respondenterna måste ha

upplevt företeelsen som studeras och vara förmögna att beskriva sina upplevelser kring det samma (ibid.). Inkluderingskriterier för respondenterna i studien var att de skulle ha arbetat som intensivvårdssjuksköterskor i mer än 2 år och varit aktiva inom MIG i minst ett år. Dessa inkluderingskriterier upprättades för att respondenterna skulle ha hunnit få erfarenhet av interaktionen med avdelningspersonal vid MIG- uppdrag.

Urvalet genomfördes på den ena kliniken genom att samtliga intensivvårdssjuksköterskor som uppfyllde kriterierna tillfrågades om intresse att delta i studien. De sex första som anmälde intresse att delta inkluderades i studien. På den andra kliniken tillfrågade chefssjuksköterskan intensivvårdssjuksköterskor som uppfyllde kriterierna om intresse att delta i studien. Fem respondenter som uppfyllde kriterierna gav sitt medgivande till att delta och inkluderades i studien. Muntlig och skriftlig information om studiens syfte och metod lämnades i samband med förfrågan (Bilaga I:1). Studien kom att innefatta elva respondenter, varav nio var kvinnor och två män. Respondenterna hade mellan 3-25 års erfarenhet som intensivvårdssjuksköterskor och hade varit involverade inom MIG mellan 3-7 år.

6.3 Intervju och datainsamling

Datainsamlingen genomfördes genom semistrukturerade intervjuer som spelades in på ljudband. Enligt Polit och Beck (2008) kan problem enbart kan beskrivas av den som upplevt det och därför är intervjuer där respondenten fritt får beskriva sina upplevelser väl lämpade. Vid semistrukturerad intervju ställer forskarna frågor enligt en intervjuguide med öppet formulerade frågor. Respondenten får med egna ord beskriva fenomenet som studeras samtidigt som frågorna avser säkerställa att respondenten håller sig inom ämnet (ibid.). För att kontrollera att intervjustrukturen och intervjufrågorna var relevanta och ändamålsenliga för att uppnå studiens syfte, genomfördes en pilotintervju med en respondent. Eftersom inga förändringar av intervjuguiden (Bilaga II:1) gjordes efter att pilotintervjun genomförts inkluderades denna intervju i studien.

Innan intervjuerna inleddes informerades respondenterna återigen muntligen om studiens syfte samt möjligheten att under intervjun välja att avbryta utan att ange orsak. Efter att samtliga frågor i intervjuguiden var besvarade uppmuntrades respondenterna

till att lägga till eventuell information angående studiens syfte som de ansåg var viktigt. Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum på respondenternas arbetsplats i samband med skiftbyte och varade mellan 13-37 min. Båda författarna medverkade vid samtliga intervjuer. Den ena författaren ledde intervjun enligt intervjuguiden medan den andra hade till uppgift att ställa eventuella följdfrågor till svar som inte var ordentligt uttömda.

6.4 Dataanalys

Analysen utfördes genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys är en analysmetod som fokuserar på innehållet i kommunikationen och tolkningen av denna (ibid.).

Analysen inleddes med att ljudupptagningarna från intervjuerna transkriberades av författarna. Därefter lyssnades intervjuerna igenom av båda författarna samtidigt som transkriberingen granskades för att säkerställa att ljudupptagningarna transkriberats ordagrant. Enligt Polit och Beck (2008) är lätt att viktig information går förlorad i den här delen av analysen och det är därför viktigt att forskaren går igenom transkriberingen för att avgöra tillförlitligheten i nedskrivna data (ibid.).

Efter att transkriberingarna lästs igenom flera gånger för textkännedom markerade författarna var för sig, meningsbärande enheter. Därefter gick författarna tillsammans igenom allt material och enades om meningsbärande enheter som var relevanta för studiens syfte. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är meningsbärande enheter konstellationer av ord eller antaganden som framkommer ur att flera delar av insamlad data har samma innebörd (ibid.).

De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades. Därefter grupperades koderna i olika underkategorier och kategorier. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär kondensering att texten förkortas och görs mer lätthanterlig utan att textens innehåll går förlorat. Därefter abstraheras den kondenserade texten till koder. En kod utgör en etikett som kortfattat beskriver den meningsbärande enhetens innebörd. Koderna används sen för att dela in materialet i kategorier och underkategorier. En kategori utgörs av flera koder med liknande innebörd. Två teman utkristalliserades sig

som band samman det latenta innehållet i kategorierna (Bilaga III:1-3).
 Analysprocessen exemplifieras nedan i tabell 1.

Tabell 1: Schematisk bild över analysprocessen.

Tema	Kategori	Underkategori	Kod	Kondensering MBE	MBE
Samspels- befrämjande faktorer	Strategier för att uppnå mål	Tydlig kommunikation	Lyfta problemet	Det är viktigt med tydlig kommunikation och förankra det man har sagt så att man är säker på att alla är införstådda med intentionen.	Om man inte nått fram till folk så spelar det ju ingen roll vad man säger. Så det gäller ju att man förankrar vad man har sagt och att det, att MIG teamet är väldigt tydliga med vad intentionen är och vad man kan hjälpa dem med.

7 FÖRFÖRSTÅELSE

Författarna är delaktiga i MIG vid den ena kliniken och har därmed erfarenhet av att delta i MIG-uppdrag. Därför kan författarna inte anses vara helt kritiska till studiens intervjumaterial och gör därmed reservation för eventuell förförståelse. Med bakgrund till detta har hänsyn tagits till egna erfarenheter och åsikter kring studiens ämne. Författarna har därför under datainsamling och analys varit observanta på eventuell förförståelse och strävat efter att behålla en så objektiv hållning som möjligt. Enligt Polit och Beck (2008) har forskaren ansvar för att förhindra eller reducera sin förförståelse så långt det är möjligt. Det är därför viktigt att observera förförståelse när det föreligger och att ta det i beaktande under analysen av materialet. Dock kan förförståelse sällan undvikas till fullo (ibid.).

8 ETISKA ASPEKTER

Respondenten ska enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2008) informeras om syftet med forskningen, vilken/vilka metoder som kommer användas, de följder och risker som forskningen kan medföra, vem som är forskningens huvudman, att deltagandet är frivilligt och att konfidentialitet garanteras (ibid.). Deltagaren ska lämna sitt samtycke till att delta i studien efter att ha tagit del av information om studiens syfte och upplägg. Samtycket är frivilligt och ska tydligt dokumenteras (Svensk Författningssamling (SFS), 2003:460).

Skriftlig och muntlig information lämnades till respondenterna om syftet med studien, dess utformning, att deltagande var frivilligt och att de kunde dra sig ur om de så önskade utan att ange orsak. I samband med intervjuerna samlades skriftligt medgivande från deltagarna in (Bilaga I:1-2). Skriftlig information lämnades även till vårdcheferna på de berörda klinikerna som lämnade skriftligt samtycke till att kliniken inkluderades i studien (Bilaga IV:1-2).

Konfidentialitet säkrades genom att intervjumaterialet, både ljudupptagningarna och transkriberingarna förvarades så att enbart författarna hade tillgång till dem samt att de kodades och att namnet på respondenten aldrig angavs tillsammans med materialet. När studien är slutförd och godkänd kommer ljudupptagningar och transkriberingar raderas.

I enighet med Vetenskapsrådet (2002) har grammatiska korrigeringar gjorts i citaten för att inte riskera att röja konfidentialiteten. Dessa korrigeringar har ej påverkat innebörden i citatet.

9 RESULTAT

Under resultatanalysen framkom fem kategorier med tolv underkategorier. Av kategorierna utkristalliserades två teman; *Betydelsen av interaktion för en sammanlänkad och säker vård* och *Samspelsbefrämjande faktorer*. De teman, underkategorier och kategorier som framkom i samband med analysen av intervjumaterialet presenteras schematiskt i tabell 1 och 2. Nedan presenteras teman med tillhörande kategorier och underkategorier. Resultatet åskådliggörs med citat från intervjuerna.

Tabell 2: Tema 1 med tillhörande kategorier och under kategorier.

Tema	Betydelsen av interaktion för en sammanlänkad och säker vård						
Kategori	Närvaro och delaktighet från personal på vårdavdelningen		Interaktion för att skapa en helhetsbild av situationen			Utbyte av kunskap vid MIG-uppdrag	
Under-kategori	Förberedelser och engagemang från avdelningspersonal	Överlämnat ansvar	Inter-professionell diskussion för att finna orsak och åtgärd	Att vara ett team	Kluvenhet inför MIG-uppdraget	Delge avdelningspersonalen kunskap	Lära sig av nya situationer och samarbeten

Tabell 3: Tema 2 med tillhörande kategorier och under kategorier.

Tema	Samspelsbefrämjande faktorer				
Kategori	Metoder för att uppnå mål		Förhållningssätt som gynnar interaktionen		
Under-kategori	Tydlig kommunikation	Gemensam plan	Bemötande	Bekräftelse	Ödmjukhet

9.1 Betydelsen av interaktion för en sammanlänkad och säker vård

9.1.1 Närvaro och delaktighet från personalen på vårdavdelningen

Respondenterna betonar vikten av avdelningspersonalens engagemang vid MIG-uppdraget, att avdelningspersonalen är närvarande hos patienten och kan delge information om dennes bakgrund och tillstånd. De beskriver situationer där de upplever att ansvaret för patienten överlämnas åt dem och hur det kan få negativa konsekvenser då de saknar viktig information om patientens sjukdomsbakgrund.

9.1.1.1 Förberedelser och engagemang från avdelningspersonal

Det upplevs positivt om avdelningspersonalen har tänkt igenom varför de söker MIG innan de ringer och att de är förberedda innan sökningen. Vidare efterfrågas att avdelningspersonalen försöker reflekterar över vad det är som gör att de upplever patienten sämre samt vad det är de behöver hjälp med innan MIG kommer till avdelningen.

Att de är lite förberedda. Att de har lite koll på varför de hör av sig liksom /.../ att man bara inte i ren frustration ringer MIG och ”ja vill ha hjälp men ja vet egentligen inte riktigt med vad.” Att man är lite förberedd och att de har sin doktor där och att det är genomtänkt samtalet till MIG. Då är det ju lättare också. (SSK 1)

Respondenterna erfar att avdelningspersonalen i högre utsträckning kan utföra vissa basala åtgärder i väntan på att MIG kommer till avdelningen. Förberedande insatser anses underlätta samarbetet och effektivisera vården för patienten under själva MIG-

uppdraget. De är osäkra på om de uteblivna åtgärderna beror på bristande kunskap eller tidsbrist hos avdelningspersonalen.

Ibland kan man kanske tycka att det är konstigt att de inte har utfört vissa saker som känns jätte basic för oss men det vet man ju inte alltid om de var så att de inte kunde det eller om de kanske helt enkelt inte haft tid att göra det. Jag vet inte. (SSK 2)

De här basala sakerna som man kan tycka att det skulle ju underlätta på den nivån att det redan var gjort när vi kommer. Fast jag tror att där också beror det på, det är ju ren kunskapsbrist, jag tror inte att det faktiskt ligger i att de faktiskt inte vill, utan jag tror att det är förståelsen av att, och att tänka på ett sätt som vi ändå gör. (SSK 3)

Betydelsen av att avdelningspersonalen stannar kvar och arbetar tillsammans med MIG under MIG-uppdraget understryks. Avdelningspersonalens närvaro under MIG-uppdraget anses betydelsefull då de innehar information om patienten och kan redogöra för dennes aktuella tillstånd och sjukdomshistoria. Om avdelningspersonalen är närvarande, engagerade och är ordentligt insatta i patientens tillstånd så underlättar och effektiviserar det arbetet med att förbättra situationen för patienten.

Vi fick tydlig rapport om vad det var som hade hänt, och de hämtade grejer och de visade oss var det fanns grejer, följde med oss hela tiden, de lämnade oss inte ensamma så att vi inte behövde leta efter något som vi inte hittade. Jag tyckte det var bra. De var hela tiden med oss båda två till och med faktiskt, undersköterska och sköterskan /.../ (SSK 4)

För dels är det avdelningssjuksköterskan som har ansvar för patienten, de känner den egentligen bättre än vad vi gör och sen är det, jag tänker på läkare, om det finns en läkare där, för det är inte alltid att det är så, att de kan, jo men att de kan sin patient också. (SSK 5)

Respondenterna påpekar att det är viktigt att avdelningspersonalen kan släppa övriga arbetsuppgifter för att kunna vara delaktiga och engagerade i MIG-uppdraget. För att möjliggöra detta behöver kollegorna på vårdavdelningen hjälpa till så att personalen som är ansvariga för den försämrade patienten kan fokusera på att närvara vid MIG-uppdraget. Detta anses viktigt för att förbättra interaktionen mellan MIG och

avdelningspersonalen vid MIG-uppdraget. ”Sköterskan ska vara där och hon ska släppa det hon har, det har vi också försökt lära ut /.../ Och försöka få dem att förstå att va lite schysta mot varandra /.../” (SSK 6).

9.1.1.2 Överlämnat ansvar

I intervjumaterialet beskrivs hur interaktionen mellan de involverade vid MIG-uppdraget blir lidande när avdelningspersonalen inte är närvarande och delaktiga i vården. Viktig kunskap om patienten som avdelningspersonalen har förmedlas då inte till MIG och därför fördröjs beslut angående patientens behandling. Respondenterna känner sig ensamma och övergivna i de situationer där avdelningspersonalen försvinner eller inte visar något intresse av att vara delaktiga i vården.

Ibland så känns det som att beslutet över patienten, vad man ska göra tar lite längre tid eftersom man inte har varit där innan. Att de frågar läkaren har och vill ställa, inte får något svar eftersom det bara är jag som är där och då har ja bara varit där en kvart eller en halvtimme. (SSK 7)

Det värsta å andra sidan är ju när man står nästan själv och inte har någon personal och ingen som kan hjälpa till och ingen som är intresserad, och de inte vet så mycket om patienten mer än att den ser dålig ut ”gör någonting” men man inte får någon riktig hjälp. (SSK 3)

Närvaro av ansvarig avdelningsläkare vid MIG-uppdraget anses vara betydande eftersom behandlingsbeslut annars blir fördröjda då ansvaret för patienten och beslut rörande patientens vård vilar på avdelningsläkaren. Det kan uppstå irritation hos MIG-läkarna om avdelningsläkarna inte är närvarande, engagerade eller ordentligt pålästa vilket försämrar samarbetet bland de involverade. ”Det var en läkare som inte kunde så mycket om patienten, då blev vår narkosläkare lite irriterad på honom /.../”(SSK 4).

Det som kan vara lite sämre är ju att de kanske inte alltid kan ha sin doktor eller jour på plats, det är väl det som ibland kan vara lite svårt. Vi kan ju inte komma upp och bestämma saker över patienten det måste ju ändå deras ansvarige läkare göra. Och då får man ju försöka göra det bästa av situationen. (SSK 8)

Vid hög arbetsbelastning på vårdavdelningen upplever respondenterna ibland att avdelningspersonalen överlämnar ansvaret för den försämrade patienten till förmån för sina andra arbetsuppgifter som har blivit eftersatta. I sådana situationer beskrivs hur samarbetet mellan MIG och avdelningspersonalen uteblir och hur MIG istället förväntas överta ansvaret för patienten.

De vill gärna ringa oss och så när man kommer så springer de och släpper allting i knät på en. De tycker att vi ska ta över hela patienten. Och då är det ju inte samarbete, då är det ju ett övertagande så att säga. (SSK 9)

Ja det är ju att man upplever att de är väldigt stressade. Och att de har ägnat väldigt mycket tid åt den här patienten innan vi kommer och därför hankar deras andra arbete väldigt mycket. Och då när vi kommer så känner de ”Åh äntligen kan jag springa iväg och göra det här och det här och det här och det här”. (SSK 2)

Det bristfälliga engagemanget från avdelningspersonalen anses bero på oförståelse över hur viktig deras information och medverkan är för att optimera den försämrade patienten. Det anses vidare att avdelningspersonalen i sådana situationer inte är införstådda med att de är ansvariga för patienten så länge denne fortfarande är kvar på vårdavdelningen.

Därför många gånger när vi kommer så sa de att ”Åh här kommer IVA” och så gick alla. Och så kommer man in till en sal med en dålig patient och så vet man ingenting. Så försökte vi förklara att det är som att ta en person ifrån tunnelbanan och liksom gissa vad den här personen har för sjukdomar och för fel /.../ (SSK 6)

9.1.2 Interaktion för att skapa en helhetsbild av situationen

Respondenterna poängterar vikten av att avdelningspersonalen är involverade i diskussionen kring vård- och behandlingsåtgärder för den aktuella patienten vid MIG-uppdraget. Det anses öka patientsäkerheten eftersom de olika yrkeskategoriernas kompetens är viktig för att skapa en helhetsbild av patienten. Vidare beskrivs att deras kompetens som intensivvårdssjuksköterskor i varierad grad kommer till gagn beroende på MIG-uppdragets karaktär.

9.1.2.1 Interprofessionell diskussion för att finna orsak och åtgärd

Avdelningspersonalens engagemang i diskussionen kring patientens sjukdomstillstånd anses vara en avgörande faktor för att hitta orsaken till patientens försämring och kunna behandla den. Det är avdelningspersonalen som känner patienten och kan redogöra för vad som föranlett MIG-sökningen. ”/.../ Att de är med, att de är involverade i själva behandlingen. Att man diskuterar omkring om vad man behöver göra. /.../ Det tror ja är viktigt för den fortsatta vården, för patientsäkerheten” (SSK 9).

Deltagande från vårdavdelningens undersköterskor i behandlingsdiskussionen efterfrågas uttryckligen. Undersköterskorna anses ofta ha en tydligare bild av patientens kliniska tillstånd jämfört med avdelningsläkaren och ibland även ansvarig sjuksköterska på avdelningen då de ofta har mer kontakt med patienten i samband med allmän omvårdnad.

Undersköterskorna kan jag sakna lite grann ibland, för de är ju faktiskt också delaktiga egentligen, de kan ju också vara med i diskussionen, tyvärr, för jag tror att de vinner på att vara med och höra lite hur vi tänker och hur de tänker. Och de har ju oftast sett patienten mer än vad läkaren egentligen har gjort om man ser rent fysiskt så hur patienten ser ut. (SSK 3)

9.1.2.2 Att vara ett team

I intervjumaterialet framkommer vikten av att MIG och avdelningspersonalen arbetar som ett gemensamt team eftersom båda sidor är beroende av varandras erfarenheter och kunskaper. Därför anses det viktigt att MIG kommer tillsammans som ett team till vårdavdelningen och där möts av den patientansvariga läkaren, sjuksköterskan och undersköterskan så att det därmed uppstår ett samarbete mellan två team, där de olika yrkeskategorierna är representerade.

Det var ett jätte bra samarbete överhuvudtaget, de hade sin doktor, vi hade avdelningens sköterska, jag och min doktor var där och så hade vi även en undersköterska. Så vi var ett jätte bra team och följde allting precis så som vi skulle, vi började med en avstämning och en kort anamnes och sen gick vi in tillsammans och arbetade kring patienten så att säga. Så det tyckte jag var som exemplariskt. (SSK 8)

Sen är vi ju alltid noga med att läkarna här inte får gå upp själva utan de ska ju ha oss med för att det ska vara ett team-arbete. /.../ Vi vill komma som ett team och vi vill ha ett team där också, för det är ju det, det är en konsultation, det är två team som möts och vi är beroende av varandras erfarenheter och kunskaper. (SSK 3)

Respondenterna beskriver att avdelningspersonalen ofta är villiga att vara en del i teamet men att de av osäkerhet antar en passiv roll. Det anses därav viktigt att MIG arbetar aktivt för att involvera avdelningspersonalen vid MIG-uppdraget. Det anses också förbättra relationen och interaktionen med avdelningspersonalen om de upplever att de är delaktiga och inte blir nonchalerade av MIG.

När man kommer på sitt uppdrag och möter eller träffar avdelningspersonal så är ju de oftast villiga att va en del i teamet. /.../ Eftersom jag vet hur vi vill att det ska fungera så tror jag inte heller att jag ger dem en chans att inte vara delaktiga. (SSK 8)

Samtidigt beskrivs att samarbetet i vissa fall drar fördel av att avdelningspersonalen kliver tillbaka och låter MIG arbeta med patienten men är närvarande och behjälpliga när det behövs.

Både sjuksköterska och ansvarig läkare var på plats när vi kom och tillsammans lyckades vi få patienten bra på avdelningen /.../ då flöt allting, vi från intensivens jobbade med patienten och de på avdelningen hämtade det vi behövde, det gick jättebra, avdelningspersonalen tog ett steg tillbaka och lät oss behandla. (SSK 10)

I intervjutexten framkommer att graden av delaktighet från de olika yrkeskategorierna är beroende av MIG-läkarens sätt att leda och organisera arbetet vid MIG-uppdraget. Vidare beskrivs att läkarna ofta är dominerande och att de ibland kommunicerar med varandra men utesluter MIG-sjuksköterskan och vårdavdelningens sjuksköterska och undersköterska från diskussionen kring vården av patienten. I de fall där läkarna inte inbjuder övrig vårdpersonal blir interaktionen mellan de olika yrkeskategorierna lidande och utbyte av viktig kunskap uteblir. ”I vissa sammanhang kan det bli att läkarna står och diskuterar, enbart har en enkelsidig kommunikation så att säga och utelämnar den övriga personalen men det här är ju liksom personbundet, från doktor till doktor, hur de interagerar” (SSK 9).

9.1.2.3 Kluvenhet inför MIG-uppdraget

Respondenterna anser att deras kunskaper och erfarenheter som intensivvårdssjuksköterskor i varierad grad kommer till gagn i samband med MIG-uppdragen. Vid MIG-uppdrag där patienten är i behov av många och snabba insatser upplever de att de kan bidra med sin kunskap och erfarenhet som intensivvårdssjuksköterskor. De kan vid sådana situationer minska arbetsbördan och anspänningen för avdelningssjuksköterskan genom att hjälpa till och utföra en del av vårdinsatserna.

Vår MIG-läkare spottade ur sig ordinationer till denna stackars sjuksköterska som kanske är själv på 20 patienter, det får man inte glömma bort. /.../ De är inte vana vid det och kan inte släppa allt för en patient riktigt. Då var det mycket så att vi stannade kvar och hjälpte dem i mån av tid. Det tycker jag man ska göra som intensivvårdssjuksköterska, vi har en annan kunskap, vi är vana vid ett annat tempo. (SSK 6)

I intervjutexten beskrivs i motsats till ovan erfarenheter av hur intensivvårdssjuksköterskans närvaro vid MIG-uppdraget känns onödig när diskussionerna vid MIG-uppdraget främst handlar om medicinska beslut. ”Jag tycker att det är mycket läkarrelaterade frågor som det berör, min kompetens tillvaratas ju inte direkt på MIG-uppdragen eller efterfrågas” (SSK 11). Detta blir speciellt tydligt i mindre akuta situationer då respondenterna upplever att deras roll kändes överflödigt till exempel då avdelningspersonalen sökt MIG för läkarkonsultation eller då diskussionen handlar om patientens vårdnivå. De anser att deras uppgift i samband med sådana MIG-uppdrag mest blir att fylla i övervakningsjournalen. ”Ja är de riktigt dåliga patienterna när man kommer dit så tycker jag att man gör det men är det så att de är på gränsen så känns det mest som att jag bara följer med och fyller i papprena ” (SSK 7).

Respondenterna uttryckte även att de vid de mindre akuta MIG-uppdrag kan uppleva en stress och frustration över att behöva lämna sin patient som de ansvarar för på intensivvårdsavdelningen, som ofta är kritiskt sjuk och i behov av många insatser samt avancerad vård, för att gå på MIG-uppdrag.

./.../ när man själv har haft en väldigt dålig patient så ska man gå iväg på någonting där det känns som att den där patienten mår ju mycket bättre än vad min patient mår. Och då kan det vara lite svårt att prioritera. (SSK 3)

9.1.3 Utbyte av kunskap vid MIG-uppdrag

Respondenterna beskriver hur MIG och personalen på vårdavdelningarna kan lära ifrån varandra vid MIG-uppdraget. MIG kan lära avdelningspersonalen i att handha akuta situationer och MIG i sin tur kan lära från avdelningspersonalens specialistkunskap. De beskriver hur de genom MIG-uppdraget kommer till okända miljöer och ställs inför nya situationer och hur de genom detta utvecklas professionellt.

9.1.3.1 Delge avdelningspersonalen kunskap

I intervjutexten framkommer hur MIG-uppdraget betraktas som ett tillfälle att lära ut omvårdnadsåtgärder som avdelningspersonalen är osäkra på och hur avdelningssjuksköterskorna upplevs positiva till att inta ny kunskap från MIG. Vidare beskrivs hur MIG kan fungera som ett stöd för oerfarna sjuksköterskor då avdelningsläkarna inte är tillgängliga. Ibland räcker det med råd per telefon för att situationen med patienten ska förbättras.

Många gånger är det ju nyutexaminerade sjuksköterskor som jobbar på avdelningen och de har ju väldigt liten backup från sina läkare. ./.../ Så att många gånger räcker det med att man talar med de per telefon och sen löser det sig ändå. (SSK 10)

Det framkommer hur MIG hjälper avdelningspersonalen att fokusera på rätt områden och prioritera sina åtgärder för en patient vars tillstånd har försämrats. Vidare beskrivs att intensivvårdpersonalen har mer vana vid att samarbeta och stötta upp varandra jämfört med avdelningspersonalen och hur detta kan läras ut till avdelningspersonalen. ”Det är också en grej att lära ut det här med teamwork, på IVA är man så van vid teamwork liksom. Att inte ha skottsäkra väggar mellan sidorna liksom att man hjälps åt.” (SSK 6)

Samtidigt anses MIG-uppdraget inte vara rätt tillfälle att bedriva undervisning eftersom det handlar om ett för kortvarigt möte mellan de olika yrkeskategorierna. ”Jag vet inte hur pass mycket avdelningen lär ifrån oss /.../ jag tror inte vi hinner gå igenom. Och sen vet jag inte hur pass mycket de lär sig av de här snabba situationerna som vi har på avdelningen.” (SSK 4). Respondenterna upplever också frustration över att behöva lära ut samma kunskap upprepade gånger då kunskap inte sprids vidare mellan personalen på vårdavdelningen.

Ibland känner man att man står och matar väldigt mycket samma saker som man kan uppleva lite basic egentligen, basic saker. Och då känns det lite frustrerande, framför allt om det är samma avdelningar hela tiden man går till och kör samma grejer hela tiden. (SSK 3)

Vidare beskrivs situationer där avdelningspersonalen lyssnar för mycket på MIG och en oro över att det kan få negativa konsekvenser för patienten i de fall då MIG inte är ordentligt insatta i patientens totala situation. ”Ibland har jag nästan blivit rädd för då lyssnar de för mycket på en. Då läkaren liksom lyssnat mer på mig än att hon faktiskt hade tänkt på den övriga situationen. Det man säger blir nästan lag ibland.” (SSK 3)

9.1.3.2 Lära sig av nya situationer och samarbeten

Respondenterna upplever att det är utvecklande att delta i MIG eftersom de ställs inför nya situationer och samarbeten med människor de tidigare inte arbetat med i en ny miljö. ”Man lär sig mycket på vägen med att få se andra avdelningar och inte riktigt veta vad man kommer till.” (SSK 7). Det beskrivs hur skillnader i arbetsmiljön mellan IVA och vårdavdelningen utmanar dem till att lära sig att tänka utanför för de välkända ramarna.

Man får lära sig att tänka lite utanför lådan liksom. För när man kommer upp till avdelningen så finns inte allting där som man har här nere på IVA och man vet oftast inte vad det är som är felet med patienten. (SSK 7)

Vidare framkommer att respondenterna får en inblick i hur vården bedrivs på andra avdelningar än IVA och hur de genom MIG införskaffar sig kunskap inom andra

specialistområden. De beskriver att de genom diskussion med avdelningspersonalen vid MIG-uppdrag kan delge varandra erfarenheter och perspektiv rörande vård och behandling.

Det har fungerat bra när man har en bra diskussion och försöker gemensamt hitta orsaken. Att man lär av varandra, den personalen har ju sin erfarenhet och sin kunskap och vi ser ju från ett hel annat perspektiv ibland. Just att man har en diskussion så man kan lära av varandra så man kan hitta bästa lösningen på problemet. (SSK 3)

9.2 Samspelsbefrämjande faktorer

9.2.1 Metoder för att uppnå mål

Vikten av att de involverade vid MIG-uppdraget arbetar mot samma mål för att underlätta interaktionen och optimera vården framkommer i intervjutexten. För att möjliggöra detta betonas betydelsen av att MIG arbetar likartat vid varje uppdrag och att det finns en tydlig kommunikation mellan personalen som är engagerade vid MIG-uppdraget så att de involverade delar samma bild av situationen.

9.2.1.1 Tydlig kommunikation

Respondenterna beskriver att kommunikationen inom MIG och mellan MIG och avdelningspersonalen bör vara rak och kärnfull samt att de inblandade bör återkoppla vad som sagts till varandra för att få till stånd en välfungerande interaktion.

Om man inte nått fram till folk så spelar det ju ingen roll vad man säger. Så det gäller ju att man förankrar vad man har sagt och att det, att MIG teamet är väldigt tydligt vad intentionen är och vad man kan hjälpa dem med. (SSK 6)

De eftersöker en tydlig beskrivning av problematiken eller oron för patienten från avdelningspersonalen så att problemet synliggörs. ”Kommunikationen, beskrivningen av problematiken eller oron som man har över den patienten som de vill väcka eller få fram.” (SSK 9)

Tydligare presentation av de inblandade vid MIG-uppdraget efterfrågas. Det råder ofta oklarhet över vilka yrkestitlar de involverade har vilket beskrivs som ett hinder för kommunikationen i samband med MIG-uppdraget. Att de involverades roller tydliggörs underlättar interaktionen enligt respondenterna ”Ibland kan jag liksom känna att när man kommer till avdelningen att man skulle presentera sig på ett helt annat sätt för att jag inte vet vilken som är sjuksköterska eller undersköterska när jag kommer upp.” (SSK 7)

9.2.1.2 Gemensam plan

Vikten av att ha en gemensam bild och dela samma mål för patienten vid MIG-uppdraget, både inom MIG och mellan avdelningspersonalen och MIG, understryks av respondenterna. Eftersom varje MIG-uppdrag skiljer sig åt och arbetsfördelningen ofta är otydlig underlättas samarbetet om personalen inom MIG arbetar lika vid varje MIG-uppdrag och har en gemensam bild av funktionen med MIG. Att inom MIG göra upp en plan innan ankomst till avdelningen anses också främja samarbetet vid uppdraget.

Det bästa är väl att vi försöker jobba lika allihop. Det är ju svårt när alla MIG-uppdrag är olika men däremot att när man kommer, att man gör sin gemensamma avstämning med sköterskan och kanske med doktorn och sen att man tar sina parametrar, att man jobbar så tillsammans. (SSK 8)

Respondenterna värdesätter att det uppstår en dialog kring insatserna för patienten och att de involverade tillsammans lägger upp en åtgärdsplan för hur patientens tillstånd kan optimeras. Det framkommer även hur meningsskiljaktigheter mellan MIG och avdelningspersonalen kring hur vården ska bedrivas ibland kan försvåra interaktionen med avdelningspersonalen vid MIG-uppdrag.

Jag tycker att det viktiga är att det blir en dialog mellan läkarna och sjuksköterskan, att man kan ha en dialog och diskutera vad det egentligen, vad problemet är och vad man kan göra åt situationen. Och försöka hitta, alla är intresserade av att hitta en bra lösning just då. Det är mer det som är syftet. (SSK 3)

När ansvarig läkare inte vill att patienten skall fortsätta vårdas på avdelningen utan absolut propsar på att patienten ska ner till intensivvården fast än den inte behöver, då kan det ju bli väldiga motstridigheter våra läkare emellan. När sjuksköterskorna inte är med och hjälper till utan stannar ett tag och sedan ifrågasätter våra ordinationer. (SSK 10)

9.2.2 Förhållningssätt som gynnar interaktionen

I intervjumaterialet framkommer tre faktorer; bemötande, bekräftande och ödmjukhet vilka anses gynna interaktionen med personalen på avdelningen. Ett värdigt bemötande gentemot avdelningspersonalen samt att bekräfta och vara ödmjuk inför deras arbetsinsatser anses främja relationerna och därmed samarbetet med personalen på vårdavdelningarna.

9.2.2.1 Bemötande

Betydelsen av hur MIG bemöter avdelningspersonalen vid MIG-uppdrag för att en välfungerande interaktion och ett givande samarbete ska uppstå betonas av respondenterna. Att inte ifrågasätta anledningen till att MIG kontaktas eller visa irritation framhålls som viktigt för att skapa en god relation med personalen på vårdavdelningen.

Jag brukar ju vara glad när jag kommer upp, jag visar inte någon irritation eller är otrevlig på något sätt. Jag vet inte om det har någon betydelse, jag vet faktiskt inte om det är det som leder till att personalen är samarbetsvillig och att personalen är trevlig. (SSK 4)

MIG beskrivs som intensivvårdsavdelningens ansikte utåt och det anses därför viktigt att de involverade företräder MIG väl genom ett värdigt bemötande gentemot personalen på vårdavdelningen. ”MIG är ansiktet utåt många gånger. /.../ Man kanske får tänka till lite, vilka ska gå iväg på MIG.” (SSK 3)

Respondenterna uttrycker hur de upplever att avdelningspersonalen i vissa situationer anser att MIG är arrogant och kritiserande trots att det inte är deras avsikt. Att avdelningspersonalen uppfattar det som att MIG försöker ta över arbetet med patienten istället för att vara lyhörda för vad avdelningen har att förmedla och involvera dem.

”Det kan upplevas kan jag tänka mig för personalen som att man kommer dit och kör över dem eller går in, trampar in på deras område eller att det vi säger kan upplevas som en kritik.” (SSK 3). De uppger att avdelningspersonalen ibland missförstår MIG som ifrågasättande när de, för att skapa sig en bild av situationen ställer många frågor kring tidigare vårdåtgärder. ”Och andra gånger när vi går runt så frågar de mycket ”ja men ni ifrågasätter så mycket” nej men vi ifråga sätter inte vi frågar för att det är som ett detektivarbete /.../” (SSK 6)

9.2.2.2 *Bekräftelse*

Återkommande från respondenterna är betydelsen av att bekräfta och ge stöd åt avdelningspersonalen för den vård de bedriver och för deras beslut att ta kontakt med MIG så att de känner sig trygga i att kontakta MIG igen. Vidare anses det viktigt att förklara och motivera beslut kring den fortsatta vården för att skapa en förståelse hos avdelningspersonalen för MIG:s agerande.

Ibland så tror jag att det måste komma fram tydligare att den som har ringt efter MIG:en har gjort helt rätt. /.../ Jag vet inte om de har fått tillräcklig bekräftelse på att de har gjort rätt och egentligen finns det något fel? Att det blir mer en trygghet, än att de ringer och tror att de är en belastning. (SSK 7)

Beröm dem för att de faktiskt har sett så att de vågar ringa igen, ”vad bra att du ringde om det här” alltså ge feedback till dem, det tror jag också är viktigt. Varför tog vi med eller varför tog vi inte med patienten. För det undrar de ibland, vad det är vi tittar på. (SSK 6)

9.2.2.3 *Ödmjukhet*

I intervjutexten betonas vikten av att inta en ödmjuk hållning gentemot avdelningspersonalen för att gynna interaktionen. Ödmjukhet inför de insatser de bedriver på vårdavdelningen utifrån deras förutsättningar öppnar upp för samarbete. Detta i motsats till en överlägsen inställning som anses ogynnsam för samarbetet. Vid ifrågasättande av avdelningspersonalens agerande, hamnar patienten ur fokus och samarbetet blir lidande.

Att man är ödmjuk när man kommer upp för de saker som de har gjort även om man kanske inte tycker att eller man kanske tycker att vissa saker har kommit in sent i bilden eller inte kommit in i bilden alls. Eller saker som de inte har tänkt på, att inte ha en nedvärderande attityd gentemot dem då. Det tror jag är viktigt att man inte har. Utan att man tänker att de har gjort det bästa de kan utifrån de förutsättningar de har. Inte ha en besserwisser attityd när man kommer. Utan vara lite ödmjuk inför det arbete de har gjort. (SSK 2)

Respondenterna yttrar förståelse för att avdelningspersonalen, på grund av sämre organisatoriska förutsättningar och ibland mindre praktisk erfarenhet inte kan ha samma överblick över situationen som MIG sjuksköterskan är van vid att ha på intensivvårdsavdelningen. Vidare framhålls att det är viktigt att utgå ifrån att avdelningspersonalen handlar efter bästa förmåga.

Man får ju vara väldigt ödmjuk liksom, för många, speciellt när de är nyutexaminerade utan erfarenhet, de har ju väldigt lite praktik, alltså praktiskt handhavande. Jag uppfattar att många av de nyutbildade har väldigt svårt att få en överblick över hur patienten mår egentligen. Vad som är värt att prioritera och vad man kan strunta i. Det handlar ju om erfarenhet också. (SSK 1)

10 DISKUSSION

10.1 Metoddiskussion

Kvalitativ intervjustudie valdes som metod för studien. Denna metod ansågs bäst lämpad då avsikten var att beskriva respondenternas erfarenheter av ämnet som studerades. Metodvalet styrks av Polit och Beck (2008) som beskriver kvalitativ metod ändamålsenlig när människors upplevelser av fenomenet skall studeras. Ett alternativ till enskilda intervjuer hade kunnat vara fokusgruppsintervjuer. En svårighet för moderatoren vid gruppintervjuer kan vara att behålla kontroll över intervjuens förlopp (Kvale, 2009). Då författarna saknar tidigare erfarenhet av att intervjua ansågs därför denna metod riskera att ämnet som studerades inte blev ordentligt uttömt. Urval genomfördes genom bekvämlighetsurval. Denna metod kan ifrågasättas för att inte tillhandahålla tillräckligt informationsdjup och trovärdighet eftersom respondenterna kan ha bristfällig erfarenhet av ämnet som studeras (Marshall, 1996; Polit & Beck, 2008). I enighet med Polit och Beck (2008) reducerades denna risk genom upprättade

av inkluderingskriterier som syftade till att säkerställa att respondenterna hade erfarenhet av ämnet som studerades.

Två av referenserna i bakgrunden är artiklar som beskriver pilotprojekt på två svenska sjukhus och som har publicerats i Läkartidningen. Då den fakta som framkommit i artiklarna och som har inkluderats i studiens bakgrund har bedömts som trovärdig och väsentlig för studien samt att likvärdig information inte har identifierats i andra källor har artiklarna inkluderats trots att de inte är vetenskapligt publicerade.

Det faktum att författarna har anställningar på den ena av de två klinikerna där intervjupersonerna arbetar kan ifrågasättas ur trovärdighetssynpunkt. Detta eftersom respondenterna på grund av sin relation som kollegor till författarna kan bli påverkade eller hämmade i sina svar. Det skulle därmed kunna minska trovärdigheten i respondenternas svar. Det kan emellertid också ha gynnat studien eftersom respondenterna genom sin relation till författarna känner förtroende för dem och därmed delger rikare och mer personliga svar. Detta stöds även av Polit och Beck (2008) som menar att det är viktigt att respondenten känner förtroende för forskaren och att det kan gynna uttömmandet av ämnet. Vidare kan det faktum att urvalsprocessen på de olika klinikerna skiljer sig åt ses som en faktor som kan minska trovärdigheten i resultatet. Att det på den ena kliniken var chefssjuksköterskan som hjälpte till att värva respondenter vid urvalsprocessen kan bidra till att minska tillförlitligheten i resultatet. Författarna har emellertid inte kunnat skönja någon skillnad i respondenternas svar mellan de två klinikerna vilket tyder på att författarnas relation till respondenterna och inte heller skillnaden i urvalsprocessen haft någon betydande inverkan på intervjumaterialet.

Inkluderingen av två olika kliniker kan anses öka resultatets trovärdighet eftersom ämnet genom detta belyses från två olika håll. Författarna fann stöd för detta i Graneheim och Lundman (2004) som menar att forskaren genom att belysa ämnet från olika vinklar kan öka trovärdigheten. Att två kliniker inkluderades kan också anses öka överförbarheten eftersom resultatet inte skiljer sig åt mellan de olika klinikerna trots vissa organisatoriska skillnader. Författarna har i enighet med hur Polit och Beck

(2008) beskriver strävat efter att utförligt redogöra för tillvägagångssättet vid metod, datainsamling samt resultatanalys för att på så sätt öka studiens överförbarhet.

Då författarna saknar tidigare erfarenheter av att genomföra kvalitativa intervjuer var detta en utmaning. Författarna fann svårigheter med att under intervjun uppmärksamma och följa upp meningar och ord som berörde studiens syfte, vilket enligt Kvale (2009) kännetecknar en god intervjuteknik. Det var även svårt att avgöra när och hur respondenten skulle ledas tillbaka mot ämnet då respondenten kom för långt ifrån syftet. Risk föreligger därför att respondentens svar inte blivit tillräckligt uttömmande. Polit och Beck (2008) menar att forskaren genom att använda sig av en intervjuguide kan säkerställa att olika aspekter kring ämnet berörs och att forskaren bör validera intervjuguiden genom en pilotintervju. Med stöd av detta användes en intervjuguide med tillhörande följdfrågor för att säkerställa att ämnet blev tillräckligt uttömt. Genom pilotintervjun som genomfördes kunde författarna testa intervjuguiden och på så sätt säkra att frågorna besvarade syftet. Vidare var det till fördel att båda författarna deltog vid samtliga intervjutillfällen. Den ena av författarna kunde då vara lyhörd för och plocka upp vad respondenten uttalat med följdfrågor så att svaren utvecklades och blev mer beskrivande. För detta fann författarna stöd i Kvale (2009).

Materialet analyserades genom innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys är en etablerad och väl lämpad metod för omvårdnadsforskning (Elo & Kyngäs, 2007). Det finns olika uppfattningar om tillvägagångssättet vid kvalitativ innehållsanalys (Hsiu-Fang & Shannon, 2005; Graneheim & Lundman, 2004). Författarna valde att analysera efter Graneheim och Lundman (2004) då de utförligt beskriver analysmetodens olika steg och därmed möjliggjorde att systematiskt kunna analysera materialet. De olika stegen i analysen har noggrant beskrivits för att på detta sätt öka överförbarheten och därmed trovärdighet. Polit och Beck (2008) beskriver att forskaren på detta sätt kan öka trovärdigheten i resultatet. Samtliga steg i analysen genomfördes av båda författarna vilket kan anses styrka tillförlitligheten genom att det var två som granskade materialet. Detta stöds av Polit och Beck (2008) som beskriver hur tillförlitligheten ökar då två eller flera personer kodar materialet. Under analysprocessen har även material, kodning och framtagande av teman diskuterats och granskats i grupp i samband med handledningsseminarium. Detta har bidragit till att minska påverkan av författarnas förförståelse vid resultatetanalysen.

10.2 Resultat diskussion

Resultatet visar att respondenterna efterfrågar en högre grad av närvaro och engagemang från avdelningspersonalen vid MIG-uppdragen. Aktiv involvering från avdelningspersonalen anses väsentlig eftersom de vårdar patienten och därmed innehar kännedom om patientens sjukdomsbakgrund och aktuella tillstånd. Deras synpunkter och iakttagelser av patientens situation anses därav i hög grad bidra till att tillsammans med MIG optimera vården för patienten.

Det interprofessionella samarbetet under MIG-uppdraget anses värdefullt inte enbart för patientens vård och behandling utan även för den professionella utvecklingen för den enskilda vårdpersonalen då kunskap och erfarenhet utbyts mellan olika yrkeskategorier. Valfungerande samarbeten under MIG-uppdrag kräver enligt respondenterna att personalen inom MIG bemöter personalen på vårdavdelningen med en bekräftande och ödmjuk hållning inför den vård de bedrivit.

För att nå fördjupad insikt om interprofessionellt samarbete samt för att applicera resultatet till ett större sammanhang, diskuteras nedan studiens resultat utifrån den teoretiska referensramen samt tidigare framtagen forskning.

10.2.1 Insikt om den egna betydelsen - Jaget

Respondenterna erfar att avdelningspersonalen inte förstår vikten av sitt engagemang för att tillsammans med MIG förbättra patientens tillstånd. En förutsättning för att kunna interagera med annan vårdpersonal enligt Manning-Walsh et al. (2004) är att individen värdesätter sig själv och sin kunskap, att *Jaget* beaktas. Vid de MIG-uppdragen där avdelningspersonalen antar en passiv roll kan därmed tolkas som att avdelningspersonalen inte förstår värdet av att bidra med sin kunskap och sitt engagemang för att förbättra patientens tillstånd. Resultatet visar att respondenterna upplever hur avdelningspersonalen ofta är villiga att vara aktiva vid MIG-uppdraget men att de ibland tar sig osäkra på sin uppgift och därför antar en passiv roll. Detta tyder på att MIG-uppdragets utformning behöver förtydligas för avdelningspersonalen så att de känner sig säkrare på sin roll och vad som förväntas av dem. Samtidigt kan MIG genom att bekräfta och förtydliga vikten av avdelningspersonalens delaktighet vid

MIG-uppdraget bidra till att hjälpa avdelningspersonalen att få en ökad insikt om den egna betydelsen och värdet av sitt engagemang för att patientens situation skall förbättras. Ökad självmedvetenhet och förmåga att värdesätta sig själv skapar enligt Manning-Walsh et al. (2004) förutsättningar för att etablera fungerande relationer och samarbeten mellan människor. I relation till studiens resultat skulle härmed en ökad insikt hos avdelningssjuksköterskorna om betydelsen av sitt engagemang öka förmågan att aktivt interagera under MIG-uppdraget. Detta stöds av Chaboyer och Patterson (2001) som belyser att avdelningssjuksköterskor måste förstå vikten av vad de har att bidra med för att bli mer aktivt involverade i vården. Likartad koppling gör Rafferty, Ball och Aiken (2001) som visar att vid välfungerande interprofessionella samarbeten är sjuksköterskor mer tillfredställda med sin arbetsinsats och får en ökad självkänsla, vilket i sin tur leder till en större vilja att vara delaktiga i diskussionen och beslutsfattandet rörande patientens vård.

10.2.2 Att relatera till andra - Jaget-Andra

Av resultatet framgår att intensivvårdssjuksköterskornas kunskaper och erfarenheter kommer tillvara vid de situationer där patienterna är mer kritiskt försämrade och är i behov av många vårdinsatser. Vid MIG-uppdrag med mindre kritiskt sjuka patienter, där det framför allt är fråga om läkarkonsultation beskriver respondenterna att deras deltagande känns överflödigt. Möjligen beror detta på att sjuksköterskor av tradition utesluts från behandlingsdiskussioner och enbart förväntas utföra ordinerande åtgärder. Reeves och Lewin (2004) visar att läkare ofta tar kontakt med sjuksköterskor och undersköterskor då de har ordinationer de önskar få verkställda men tenderar i övrigt att enbart initiera samarbete med andra läkarkollegor. I relation till Manning-Walsh (2004) kan respondenternas beskrivning av de situationer när läkarna enbart har en enkelsidig kommunikation och inte bjuder in den övriga vårdpersonalen i diskussionen tolkas som att läkarna inte har insikt om betydelsen av att samarbeta med andra för att dra lärdom och vidga det egna perspektivet, vilket kännetecknar den andra nivån inom RCC, *Jaget-Andra*.

Samtidigt beskriver Chaboyer och Patterson (2001) att intensivvårdssjuksköterskor har mer erfarenhet av att vara delaktiga i diskussioner kring patientens vård och därför på ett mer naturligt sätt är mer aktiva i behandlingen jämfört med avdelningssjuksköterskor. Även Cziraki et al. (2008) pekar på att läkare ofta involverar

intensivvårdssjuksköterskor i högre grad än avdelningssjuksköterskor i behandlingsbeslut då de ofta besitter mer kunskap, både praktiskt och teoretiskt samt har mer erfarenhet av att samarbeta vid akuta situationer jämfört med avdelningssjuksköterskor. Respondenternas efterfrågan av ett mer aktivt deltagande från avdelningspersonalen kan därför delvis förklaras av att intensivvårdssjuksköterskor i högre grad är vana vid att vara aktivt involverade i åtgärder och behandlingsbeslut och därför är oförstående till avdelningssjuksköterskornas mer passiva hållning. Respondenterna har samtidigt förståelse för att det är svårt för avdelningspersonalen att ta plats vid MIG-uppdraget och att MIG därför aktivt bör bjuda in avdelningspersonalen i samarbetet. Respondenternas reflektion över avdelningssjuksköterskornas svårighet att ta plats vid MIG-uppdraget kan i detta avseende betraktas som att respondenterna reflekterar över sitt eget och avdelningspersonalens agerande vid MIG-uppdrag, de ser sig själva i relation till andra. Att förstå sig själv i relation till andra och ha förmåga att visa förståelse och omtanke om andra är enligt Manning-Walsh et al. (2004) beskrivning av *Jaget-Andra*, en förutsättning för att skapa ett välfungerade samarbete. Detta bekräfts också av Cziraki et al. (2008) som visar på att ökad självinsikt rörande det egna beteendet och sitt sätt att kommunicera, samt ökad förståelse för andras agerande i team-arbete ger mer välfungerande samarbeten. Dessa faktorer bidrar också till en ökad uppskattning för de inblandades bidrag till samarbetet (ibid.).

10.2.3 Lära av varandra - Ömsesidigt lärande

Resultatet visar att MIG-uppdraget fungerar som ett tillfälle att utbyta kunskaper mellan olika yrkeskategorier. Personalen i MIG bidrar med sin kunskap i att handha kritiska situationer men lär sig i sin tur från avdelningspersonalens spetskunskap samt av att ställas inför nya situationer i en okänd miljö. Tidigare studier visar liknande resultat. Benin et al. (2012) samt Thomas et al. (2007) fann att i samband med MIG-uppdraget och arbetet med patienten bedside sker ett kunskapsutbyte mellan MIG och avdelningspersonalen. MIG-uppdraget bidrar också till att de involverade utvecklar sin kommunikationsförmåga (ibid.). Avdelningssjuksköterskorna upplevde att de lärde sig av de interprofessionella diskussionerna i samband med MIG-uppdraget (Cioffi, 2000; Jones et al., 2006; Thomas et al., 2007). Vidare stärktes avdelningssjuksköterskors självkänsla och tillit till den egna kunskapen då de samarbetade med MIG som hade

större vana av akuta situationer (ibid.). Avdelningspersonalen önskar enligt Salamonson et al. (2006) mer utbildning i vad de kan förbereda i väntan på MIG och vad MIG har för förväntningar på dem i samband med MIG-uppdrag. Respondenterna i denna studie efterfrågar att avdelningspersonalen kan utföra vissa basala åtgärder samt förbereda insatser i väntan på att MIG anländer till vårdavdelningen. Detta visar återigen att MIG-uppdragets utformning behöver förtydligas och att avdelningspersonalen behöver utbildning för att kunna veta vad som förväntas av dem i samband med MIG-uppdraget.

Studien visar att även vårdpersonalen inom MIG utvecklas professionellt genom att de får insikt om det arbete som avdelningarna bedriver och de lär sig och håller sin kunskap uppdaterad genom att möta olika patientgrupper och nya situationer på vårdavdelningar (Benin et al., 2012; Thomas et al., 2007). Den professionella utveckling som vårdpersonal genomgår i det interprofessionella samarbetet bekräftas också av Manning-Walsh et al. (2004) som hävdar att vårdpersonal utvecklas i samarbeten där kunskap och erfarenhet utbyts mellan olika professioner, där det sker ett *Ömsesidigt lärande*. Samtidigt visar resultatet på svårigheter i att delge kunskap vid MIG-uppdraget på grund av det kortvariga och intensiva mötet. Enligt Bertaut et al. (2008) upplever emellertid avdelningssjuksköterskor att MIG lyckas förmedla sin kunskap trots den intensiva situationen. Kunskap tycks därmed förmedlas praktiskt under MIG-uppdraget genom samarbete trots att muntlig förklaring och motivering till insatser ibland uteblir.

Respondenterna beskriver en brist i att de involverade vid MIG-uppdragen ofta inte presenterar sig för varandra, vilket gör det svårt att veta vilken yrkesroll och funktion de involverade har. Zwarenstein et al. (2007) visar att det vid interprofessionella samarbeten ofta råder förvirring kring de inblandades yrketitlar samt vilka funktioner de fyller i samarbetet. En mer strukturerad presentation för varandra leder till att samarbetet förbättras genom att mötet blir mer personligt (ibid.). Personligare förhållningssätt och kommunikation är också positivt för att skapa välfungerande relationer och effektiva samarbeten (Reeves & Lewin, 2004). Fungerande interprofessionella samarbeten vilar på att de olika yrkeskategorierna har kännedom och respekt för varandras kunskaper och åsidosätter roller och hierarkiska konstellationer. Vid samarbeten där respekt för andra yrkeskategoriers kunskap och vad

denna kan bidra med är rådande kan ett utbyte av kunskap och erfarenheter ske, ett *Ömsesidigt lärande* (Manning-Walsh et al., 2004).

10.2.4 Arbeta tillsammans - Växelverkan

Resultatet visar att det upplevs negativt för samarbetet och behandlingen av patienten när avdelningspersonalen inte är närvarande vid MIG-uppdraget utan tenderar att överlämna ansvaret för patienten åt MIG. Respondenterna beskriver hur beslut rörande patientens vård och behandling då fördröjs därför att viktiga aspekter av patientens tillstånd inte förmedlas till MIG. Detta stöds av Benin et al. (2012) som beskriver att det är tidskrävande och att insatserna för patienten fördröjs när inte avdelningspersonalen är delaktiga. MIG måste då på egen hand söka information om patienten för att kunna sätta in adekvat behandling. Safran, Miller och Beckman (2005) och Baggs et al. (1999) beskriver i likhet med respondenterna att välfungerande interprofessionella vårdteam som tillsammans utför vård och behandling ökar patientsäkerheten och stärker patientens utsikter att tillfriskna. Att vården av patienten inte blir lika fulländad om avdelningspersonalen inte är närvarande stöds även av The Pew - Fetzer Task Force (2000) som menar att delaktigheten från all vårdpersonal är lika viktig då patienten måste ses som en helhet för att hälsa ska kunna uppnås. När *Växelverkan* råder värdesätts enligt Manning-Walsh et al. (2004) skilda åsikter för det bidrag de har för att optimera vården. Vårdpersonalen delger varandra och blir beroende av varandras idéer och expertis. Om inte all vårdpersonal är delaktig och samarbetar kan inte *Växelverkan* uppnås (ibid.).

I resultatet framkommer vikten av klar och tydlig kommunikation för att all personal kring patienten ska få en klar och gemensam bild av situationen. Det beskrivs hur samarbete och optimering av patientens tillstånd förutsätter att de inblandade yrkeskategorierna delar samma bild av situationen och har en gemensam plan för hur situationen skall lösas. Detta styrks av Manning-Walsh et al. (2004) som med *Växelverkan* betonar att samarbete mellan vårdpersonal vilar på att finns ett gemensamt mål och en förankrad plan för hur det överenskomna målet skall uppnås (ibid.). Tidigare studier bekräftar på ett likartat sätt att en gemensam plan mellan läkare och sjuksköterskor har en positiv inverkan på samarbetet (Adler-Milstein, Neal & Howell, 2011). Tydlig, rak och strukturerad kommunikation bidrar till att samarbetet fungerar

väl. Om kommunikationen är ostrukturerad i samband med teamarbete finns risk för att viktig information inte uppfattas av alla parter, att viktig information går förlorad samt att teamet inte delar samma åtgärdsplan (Adler-Milstein et al., 2011; Reeves & Lewin, 2004; Zwarenstein et al., 2007).

Resultatet visar hur det kan uppstå irritation och meningsskiljaktigheter då avdelningspersonalen känner sig ifrågasatta av MIG och när avdelningspersonalen och MIG inte är eniga om hur vården ska bedrivas. Vid konfliktsituationer kan enligt Skjørshammer (2001) den ena parten som känner att den "förlorar" konflikten, ta ut sin frustration över att känna sig i underläge, på andra som egentligen inte är involverade i konflikten (ibid.). Detta kan få negativa konsekvenser för patients vård då fokus läggs på konflikten och inte på vad som är det bästa för patienten, *Växelverkan* uteblir.

Ett sätt att skapa samstämmighet kring hur vården ska bedrivas är genom kort avstämning mellan alla involverade parter. Avstämningen kan bidra till att viktig information uppfattas av alla parter och att problem identifieras innan de uppstår så att konstruktiva insatser kan vidtas (Lingard et al., 2006). Lingard och Haber (1999) beskriver att återkoppling om vad som har kommunicerats mellan vårdpersonal kan tjäna till att informationsutbyte säkerställs i de fall där kommunikationen är bristfällig. Detta kan relateras till Manning-Walsh et al. (2004) som menar att *Växelverkan* uppnås genom dialog och öppet lyssnande.

Det interprofessionella samarbetet i sig anses värdefullt för patientens vård eftersom det möjliggör att olika erfarenheter och perspektiv utbyts. Åtgärder vilka tar hänsyn till patientens hela situation kan då vidtas. Respondenterna framhåller betydelsen av att all avdelningspersonal som har ansvar för patienten är närvarande, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare för att samarbetet ska fungera tillfredställande. Detta betonas också av Manning-Walsh et al. (2004) som framhäver vikten av att olika vårdpersonals skilda perspektiv på patientens hälsa lyfts fram i samband med *Växelverkan*. Genom detta uppnås en helhetsbild av patientens situation så att vården blir mer fulländad (ibid.). Detta överensstämmer med Xyrichis och Reams (2007) definition av teamarbete som en dynamisk process som involverar två eller flera personer med kompletterande bakgrundskunskaper, vilka delar samma mål och tillsammans efter en gemensam plan utför insatser för patienten.

Vid de MIG-uppdrag där läkarna ger avdelningspersonalen många ordinationer och arbetsuppgifter beskriver respondenterna hur de som intensivvårdssjuksköterskor kan avlasta avdelningspersonalen genom att hjälpa till att utföra de ordinerade uppgifterna. Denna beskrivning bekräftas också av Benin et al. (2012), Salamonson et al. (2006) och Shapiro et al. (2010) som visar att avdelningspersonal upplever MIG som ett stöd och att patienten får en säkrare vård när MIG och avdelningspersonalen samarbetar kring den akut försämrade patienten. Detta stöd kännetecknar ett välfungerande samarbete som enligt Manning-Walsh et al. (2004) och The Pew - Fetzer Task Force (2000) grundar sig i att de involverade parterna är medvetna om varandras arbetsbelastning, visar omtanke och ger stöd åt varandra. När respondenterna visar förståelse för avdelningspersonalens arbetsbelastning och ger dem stöd kan det ses som att det råder *Växelverkan* mellan MIG och avdelningspersonalen. Dimitriadou et al. (2008) visar att det generellt finns en stödjande kultur och ett samarbetsvänligt klimat bland sjuksköterskor och undersköterskor. Det faktum att sjuksköterskor inte ger varandra ordinationer och därmed har en mer jämlik relation främjar också enligt Reeves och Lewin (2004) samarbetet dem emellan.

10.2.5 Förvärvad erfarenhet - Transformerad relations kapacitet

Respondenterna uttrycker hur de lärt sig ifrån tidigare erfarenheter att positivt bemötande, en ödmjuk hållning och förståelse för det arbete avdelningspersonalen bedrivit förbättrar samarbetet med avdelningspersonalen. Ett sådant förhållningssätt är enligt Manning-Walsh et al. (2004) en förutsättning för att uppnå *Transformerad relations kapacitet*. Att bekräfta och stödja avdelningspersonalen anses av respondenterna inge trygghet hos avdelningspersonalen i kontakten med MIG. Respondenterna betonar att ödmjukhet ifrån MIG:s sida rörande det arbete som vårdpersonalen på avdelningen utför och för den kunskap de besitter, gynnar relationen med avdelningspersonalen. Detta förhållningssätt kännetecknar enligt Manning-Walsh et al. (2004) en välfungerande och samverkande dynamik mellan olika yrkeskategorier, då öppenhet till varandras idéer, tillit, empati och stöd åt varandra är rådande. I likhet med studiens resultat fann Shapiro et al., (2010) att bekräftelse från MIG att avdelningssjuksköterskorna gjort rätt som sökt MIG var viktigt för att stärka deras känsla av att de handlat rätt. Även Benin et al. (2012) och Cioffi (2000) fann att det stärker avdelningspersonalen om de får bekräftelse på att de handlar korrekt och detta

förstärker sjuksköterskornas självkänsla i kontakten med MIG. När respondenterna är medvetna om att ett positivt förhållningssätt gentemot avdelningspersonalen gynnar relationen och interaktionen vid MIG-uppdrag så kan det tolkas som att det råder *Transformerad relations kapacitet* den sista nivån inom RCC. Respondenterna har ifrån tidigare upplevelser utvecklat ett förhållningssätt som kommer gynna interaktionen med avdelningspersonalen vid framtida MIG-uppdrag.

10.3 Slutsats

Studien beskriver intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av interaktionen med avdelningspersonal vid MIG-uppdrag. Respondenterna framhäver betydelsen avdelningspersonalens närvaro och engagemang vid MIG-uppdragen. Aktiv involvering från avdelningspersonalen anses viktigt eftersom det är de som vårdar patienten och innehar värdefull information som är avgörande för att göra en korrekt bedömning av vilka insatser som behöver vidtas för att förbättra patientens tillstånd. Respondenterna beskriver MIG-uppdrag då de erfar att avdelningspersonalen överlämnar ansvaret för patienten åt dem vilket förklaras av avdelningspersonalen inte förstår betydelsen av deras engagemang. Genom det interprofessionella samarbetet som MIG-uppdraget innebär visar studien att MIG kan lära avdelningspersonalen att stödja varandra i kritiska vårdssituationer och hur de praktiskt kan vårda den akut försämrade patienten. MIG i sin tur kan lära ifrån avdelningspersonalens spetskunskap. För att samarbeten ska fungera under MIG-uppdragen beskriver respondenterna att de involverade behöver ha en gemensam bild och samma mål för patienten vilket uppnås genom dialog. Samarbetet beskrivs vidare gynnas av att MIG bemöter avdelningspersonalen värdigt genom att bekräfta och vara ödmjuk inför den vård de bedrivit.

10.4 Klinisk betydelse

Studien visar att det är angeläget att regelbundet genomföra utbildning och praktisk träning mellan olika yrkeskategorier. Detta för att förbättra interaktionen vid kritiska situationer samt att ge avdelningspersonalen en ökad insikt om betydelsen av deras engagemang och kunskap. Vidare kan ett strukturerat arbetssätt där de involverades roller och ansvarsområden tydliggörs leda till att avdelningspersonalen får en större förståelse för vikten av deras engagemang.

För att öka patientsäkerheten bör kommunikationen utvecklas i samband med MIG-uppdrag, exempelvis genom någon form av strukturerad kommunikationsmetod. Ett strukturerat och tydligt kommunikationsmönster bidrar till att alla involverade får en överblick över situationen samtidigt som det minskar risken för att viktig information inte överförs till berörd personal samtidigt.

Intensivvårdssjuksköterskan som ansvarar för MIG bör vara frikopplad från ansvar för patient som vårdas på IVA. En sådan frikoppling skulle innebära att intensivvårdssjuksköterskan känner mindre stress över att lämna IVA för att delta vid MIG-uppdrag samt skulle ha mer tid åt att förklara vidtagna insatser under MIG-uppdraget. Det skulle även innebära tid för uppföljande kontroller av patientens tillstånd vilket skulle öka patientsäkerheten.

Slutligen skulle återkoppling rörande tidigare MIG-konsultationer mellan vårdavdelningen och MIG kunna fungera som utbildning både för personalen på vårdavdelningen och inom MIG.

10.5 Förslag på vidare forskning

Studien klargör intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av interaktionen med avdelningspersonalen vid MIG-uppdrag. För att ytterligare öka kunskapen kring hur interaktionen under MIG-uppdraget fungerar behövs vidare forskning angående hur strukturering av MIG-uppdraget och kommunikationen kan öka avdelningspersonalens förståelse av betydelsen av deras närvaro i samband med MIG-uppdragen. Vidare skulle forskning kring avdelningspersonalens erfarenheter av interaktionen mellan dem och MIG innebära att insatser kunde vidtas för att ytterligare utveckla samarbetet under MIG-uppdraget.

REFERENSER

Adler-Milstein, J., Neal, K. & Howell, M.D. (2011). Residents' and nurses' perceptions of team function in the medical intensive care unit. *Journal of Critical Care*. 26. 104.e7-104.e15. Doi: 10.1016/j.jcrc.2010.04.003

Andersson, C., Olsson, M., Hvarfner, A. & Engström, M. (2006). Mobil intensivvårdsgrupp gav färre hjärtstopp och bättre arbetsmiljö, MIG-metoden har klara fördelar, visar pilotprojekt. *Läkartidningen*. 46(103). 3613-3616.

Baggs, J.G., Schmitt, M., Mushlin, A.I., Mitchell, P., Eldredge, D., Oaks, D. & Hutson, A. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcome in three intensive care units. *Critical Care Medicine*. 27(9). 1991-1998.

Beach, M.C., Inui, T. & the Relationship - Centered Care Research Network. (2006). Relationship – Centered Care. A Constructive Reframing. *J Gen Intern Med* 21. 3–8
Doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x

Bell, M.B., Konrad, D., Granath, F., Ekbom, A. & Martling, C-R. (2006). Prevalens and sensitivity of MET-criteria in Scandinavian University Hospital. *Resuscitation*. 70. 66-73. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2005.11.011

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*. Doi: 10.1136/bmjqs-2011-000390

Bellomo, R., Goldsmith, D., Uchino, S., Buckmaster, J., Hart, G.K., Opdam, H., Silvester, W., Doolan, L. & Guttridge, G. (2003). A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. *MJA*. 179. 283-287.

Bertaut, Y., Campbell, A. & Goodlett, D. (2008). Implementing a rapid-response team using a nurse-to-nurse consult approach. *Journal of Vascular Nursing*. 26(2). 37-42. Doi:10.1016/j.jvn.2007.12.001

Chaboyer, W.P. & Patterson, E. (2001). Australian hospital generalist and critical care nurses' perception of doctor-nurse collaboration. *Nursing and Health Sciences*. 3. 73-79. Doi: 10.1046/j.1442-2018.2001.00075.x

Chen, J., Hillman, K., Bellomo, R., Flabouris, A., Finfer, S., Cretikos, M. & The MERIT Study Investigators for the Simpson Centre and the ANZICS Clinical Trials Group. (2009). The impact of introducing medical emergency team system on the documentation of vital signs. *Resuscitation*. 80. 35-43. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2008.10.009

Cioffi, J. (2000). Nurses' experiences of making decisions to call emergency assistance to their patients. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (1). 108-114. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01414.x

Cziraki, K., Lucas, J., Rogers, T., Page, L., Zimmerman, R., Hauer, L.A., Daniels, C. & Gregoroff, S. (2008). Communication and relationship skills for rapid response teams at Hamilton health sciences. *Healthcare Quarterly*. 11. 66-71.

Dimitriadou, A., Lavdaniti, M., Theofanidis, D., Psychogiou, M., Minasidou, E., Konstantinidou-Straukou, A. & Sapountzi-Krepia, D. (2008). Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in northern Greece. *International Journal of Caring Sciences*. 1(3). 140-146.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1). 107-115. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24. 105-112. Doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hederström, P. (2011). *Mobil intensivvårdsgrupp – MIG*. Hämtad 2012.10.08. från Svenska intensivvårds registret, <http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Mobil-Intensivvardsgrupp---MIG/>

Hsiu-Fang, H. & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 15(9). 1277-1288. Doi: 10.1177/1049732305276687

Inter- (2012). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2012.10.11 från Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se/inter->

Interaktion (2012). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2012.09.04 från Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se/interaktion/212337>

Jones, D., Baldwin, I., McIntyre, T., Story, D., Mercer, I., Miglic, A., Goldsmith, D. & Bellomo, R. (2006). Nurses' attitudes to a medical emergency team service in a teaching hospital. *Qual Saf Health Care*. 15. 427-432. Doi: 10.1136/qshc.2005.016956

Jones, D., Bellomo, R., Bates, S., Warrillow, S., Goldsmith, D., Hart, G., Opdam, H. & Gutteridge, G. (2005). Long term effect of a medical emergency team on cardiac arrest in a teaching hospital. *Critical Care*. 9(6). 808-815. Doi: 10.1186/cc3906

Jones, D.W. & Lynch, C.N. (2009). Rapid Response Teams and Transport of the Critically Ill Patient. I P. Morton & D. Fontaine (red.), *Critical care nursing: a holistic approach*. (9th ed., pp. 186-200). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Jones, D., Opdam, H., Egi, M., Goldsmith, D., Bates, S., Gutteridge, G., Kattula, A. & Bellomo, R. (2007). Long-Term effect of medical emergency team on mortality in a teaching hospital. *Resuscitation*. 74. 235-241.

Doi: 10.1016/j.resuscitation.2006.12.007

Konrad, D., Jäderling, G., Bell, M., Granath, F., Ekbom, A. & Martling, C-R. (2009). Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team. *Intensive Care Med*. 36. 100-106. Doi: 10.1007/s00134-009-1634-x

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lee, A., Bishop, G., Hillman, K.M. & Daffurn, K. (1995). The medical emergency team. *Anaesth Intens Care*. 23. 183-186.

Lingard, L. & Haber, R.J. (1999). Teaching and learning communication in medicine: A rhetorical approach. *Academic Medicine*. 74(5). 507-510.

Lingard, L., Whyte, S., Espin, S., Baker, R.G., Orser, B. & Doran, D. (2006). Towards safer interprofessional communication: constructing a model of "utility" from preoperative team briefings. *Journal of Interprofessionale Care*. 20(5). 471-483.

Doi: 10.1080/13561820600921865

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. Uppl., s. 159-172.) Lund: Studentlitteratur.

Manning – Walsh, J., Wagenfeld – Heintz, E., Asmus, A., Chambers, M., Reed, W. & Wylie, J. (2004). Relationship – Centered Care: The Expanding Cup Model. *International Journal for Human Caring*. 8 (2). 26-31.

Marshall, M. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*. 13(6). 522-525.

McFarlan, S.J. & Hensley, S. (2007). Implementation and outcomes of a rapid response team. *J Nurs Care Qual*. 22(4). 307-313. Doi: 10.1097/01.NCQ.0000290410.19769.41

Nordlund, K. & Joelsson-Alm, E. (2009). Mobil intensivvårdsgrupp ger bättre patientövervakning och trygg personal. *Läkartidningen*. 42(106). 2690-2693.

Priestley, G., Watson, W., Rashidian, A., Mozley, C., Russel, D., Wilson, J., Cope, J., Hart, D., Kay, D., Cowley, K. & Pateraki, J. (2004). Introducing critical care outreach: a ward-randomised trial of phased introduction in a general hospital. *Intensive Care Med*. 30. 1398-1404. Doi: 10.1007/s00134-004-2268-7

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed.). Connecticut: Lippincott Williams & Wilkins.

Rafferty, A.M., Ball, J. & Aiken, L.H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?. *Quality in Health Care*. 10(2). ii32-ii37. Doi: 10.1136/qhc.0100032

Reeves, S. & Lewin, S. (2004). Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy* 9(4). 218-225.

Safran, D.G., Miller, W. & Beckman, H. (2006). Organizational dimensions of relationship-centered care, theory, evidence and practice. *J Gen Intern Med.* 21. S9-15. Doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00303.x

Salamonson, Y., van Heere, B., Everett, B. & Davidson, P. (2006). Voices from the floor: Nurses' perceptions of the medical emergency team. *Intensive and Critical Care Nursing.* 22. 138-143. Doi: 10.1016/j.iccn.2005.10.002

Santiano, N., Young, L., Baramy, L.S., Cabrera, R., May, E., Wegener, R., Butt, D. & Parr, M. (2011). The impact of the medical emergency team on resuscitation practice of critical care nurses. *BMJ Qual Saf.* 20. 115-120. Doi: 10.1136/bmjqs.2008.029876

Schmid-Mazzoccoli, A., Hoffamn, L.A., Wolf, G.A., Happ, M.B. & Devita, M.A. (2008). The use of medical emergency teams in medical and surgical patients: impact of patient, nurse and organizational characteristics. *Qual Saf Health Care.* 17. 377-381. Doi:10.1136/qshc.2006.020438

Sharpio, S.E., Donaldson, N.E. & Scott, M.B. (2010). Rapid Response Team, seen through the eyes of the nurse. *AJN.* 110(6). 28-34. Doi: 10.1097/01.NAJ.0000377686.64479.84

Skjørshammer, M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *Journal of Interprofessional Care.* 15(1). 7-18. Doi:10.1080/13561820020022837

Lag (2003:460) om etiskprövning av forskning som avser människor. Hämtad 2010.04.30 från Svensk Författningssamling. <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?sok=2008%3A192&titel=&bet=&rm=&nr=&sort=rel&nid=3910&a=s>

The Pew – Fetzter Task Force. (2000). *Health Professions Education and Relationship centered care*. Hämtad 2011.12.10 från The Pew – Fetzter Task Force
<http://rccswmi.org/uploads/PewFetzterRCCreport.pdf>

Thomas, K., VanOyen Force, M., Rasmussen, D., Dodd, D. & Whildin, S. (2007).
Rapid response team: challenges, solutions, benefits. *Crit Care Nurse*. 27(1) 20-27.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer – inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2012.08.31 från Vetenskapsrådet. Stockholm. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

World Medical Association Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008 hämtad från World Medical Association.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Xyrichis, A. & Ream, E. (2007). Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 61(2). 232-241. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x

Zwarenstein, M., Reeves, S., Russel, A., Kenaszchuk, C., Conn, L.G., Miller, K-L., Lingard, L. & Thorpe, K.E. (2007). Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 8(23). Doi:10.1186/1745-6215-8-23

BILAGOR

Bilaga I:1



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA

- utbildning & forskning inom vårdområdet

Deltagarinformation

Vi är studenter på avancerad nivå vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I kursen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats omfattande 30 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.

Preliminärt namn på studien är: Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av interaktionen med avdelningspersonal vid MIG-uppdrag.

Området vi önskar studera är: Hur intensivvårdssjuksköterskor beskriver interaktionen med avdelningspersonal vid MIG uppdrag.

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en intervjuundersökning angående detta.

Intervjun tar ca 30-60 minuter att genomföra. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ett förbättrat patientomhändertagande.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Stockholm 120208

Studentens namn: Kristin Fladvad

Studentens namn: Henrietta Henriksson

Handledare: Ann-Charlotte Egmar, Med dr, högskolelektor

Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08 58751600



RÖDA KORSET'S HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Samtycke deltagare _____

Underskrift

Ort/datum

Namnförtydligande

INTERVJUGUIDE

- Hur upplever du det att delta i MIG?
- Beskriv en situation där interaktionen/samarbetet med avdelningspersonal har fungerat väl vid ett MIG uppdrag. Hur upplever du relationerna med avdelningspersonalen vid dessa tillfällen?
- Beskriv en situation där interaktionen/samarbetet med avdelningspersonal har fungerat bristfälligt vid ett MIG uppdrag. Hur upplever du relationerna med avdelningspersonal vid dessa tillfällen?
- Är det något specifikt som du tror påverkar interaktionen med avdelningspersonal vid MIG uppdrag? Ge gärna exempel.
- Tycker du att de olika deltagarnas kunskaper och erfarenheter tas tillvara på vid MIG uppdraget? Tycker du att dina erfarenheter kunskaper tas till vara på? HUR/BESKRIV.
- Tycker du att MIG uppdraget fungerar som ett inlärnings tillfälle?
- Är det något du tycker kan förbättras vid MIG uppdrag som kan påverka interaktionen i positiv riktning?
- Hur tror du interaktionen vid MIG uppdrag påverkar den vård patienten får i samband med MIG uppdraget?

Att ha i åtanke vid alla frågor för att fylla ut svaren:

Hur?

På vilket sätt?

Kan du beskriva mer?

Kan du ge ett exempel?

Tema	Betydelsen av interaktion för en sammanlänkad och säker vård								
Kategori	Närvaro och delaktighet från personal på vårdavdelningen				Interaktion för att skapa en helhetsbild av situationen				
Underkategori	Förberedelser och engagemang från avdelningspersonal		Överlämnat ansvar		Interprofessionell diskussion för att finna orsak och åtgärd	Att vara ett team		Kluvenhet inför MIG-uppdraget	
Kod	Närvarande avdelningspersonal.	Genomtänkt MIG sökning	PAL frånvarande	Uteblivet samarbete Ansvars överlämnande	Usk närvaro är viktig.	Team-arbete. Beroende av varandras erfarenheter.	Välfungerande samarbete. Närvarande personal.	MIG Ssk roll/kompetens överflödig	MIG-ssk kompetens efterfrågas inte
Kondensering MBE	Viktigt att avdelningspersonalen är närvarande då de känner patienten bäst.	Att avdelningspersonalen är lite förberedda, vet varför de söker MIG och att de har sin doktor där så de inte bara ringer MIG i ren frustration.	Det är mindre bra om deras doktor inte kan närvara eftersom det är denna som ska ansvara för besluten över patienten.	Det är inget bra samarbete när de lämnar över allt ansvar för patienten till oss och inte är delaktiga i vården.	Saknar undersköterskorna för de känner oftast patienten och ser dem oftast mer än läkarna gör. De kan också lära sig av att vara delaktiga i diskussionen och planeringen av vården.	Viktigt att komma som ett team och vi vill ha ett team där också. Det är en konsultation, där två team som möts och vi är beroende av varandras erfarenheter och kunskaper.	All involverad personal var på plats. Avdelningspersonalen tog ett steg tillbaka och lät oss behandla patienten. De var oss behjälpliga när vi behövde dem. Patienten blev bättre och behövde inte IVA vård.	Om patienterna är dåliga så kommer allas erfarenheter tillvara men om patienten mår bra bättre så känns min kompetens överflödig.	Det är mycket läkarrelaterade frågor och då är min kompetens som MIG ssk efterfrågas inte.
Meningsbärande enhet (MBE)	För dels är det avdelningssjuusköterskan som har ansvar för patienten, de känner den egentligen bättre än vad vi gör och sen är det, jag tänker på läkare, om det finns en läkare där, för det är inte alltid att det är så, att de kan, jo men de kan sin patient också.	Att de är lite förberedda. Att de har lite koll på varför de hör av sig liksom /.../ att man bara inte i ren frustration ringer MIG och "ja vill ha hjälp men ja vet egentligen inte riktigt med vad." Att man är lite förberedd och att de har sin doktor där och att det är genomtänkt samtalet till MIG. Då är det ju lättare också.	Det som kan vara lite sämre är ju att de kanske inte alltid kan ha sin doktor eller jour på plats, det är väl det som ibland kan vara lite svårt. Vi kan ju inte komma upp och bestämma saker över patienten det måste ju ändå deras ansvarige läkare göra. Och då får man ju försöka göra det bästa av situationen.	De vill gärna ringa oss och så när man kommer så springer de och släpper allting i knät på en. De tycker att vi ska ta över hela patienten. Och då är det ju inte samarbete, då är det ju ett övertagande så att säga.	Undersköterskorna kan jag sakna lite grann ibland, för de är ju faktiskt också delaktiga egentligen, de kan ju också vara med i diskussionen, tyvärr, för jag tror att de vinner på att vara med och höra lite hur vi tänker och hur de tänker. Och de har ju oftast sett patienten mer än vad läkaren egentligen har gjort om man ser rent fysiskt så hur patienten ser ut.	Sen är vi ju alltid noga med att läkarna här inte får gå upp själva utan de ska ju ha oss med för att det ska vara ett team-arbete. /.../ Vi vill komma som ett team och vi vill ha ett team där också, för det är ju det, det är en konsultation, det är två team som möts och vi är beroende av varandras erfarenheter och kunskaper.	Både sjuusköterska och ansvarig läkare var på plats när vi kom och tillsammans lyckades vi få patienten bra på avdelningen /.../ då flöt allting, vi från intensivens jobbade med patienten och de på avdelningen hämtade det vi behövde, det gick jättebra, avdelningspersonalen tog ett steg tillbaka och lät oss behandla	Ja är de riktigt dåliga patienterna när man kommer dit så tycker jag att man gör det men är det så att de är på gränsen så känns det mest som att jag bara följer med och fyller i papprena.	Jag tycker att det är mycket läkarrelaterade frågor som, det berör, min kompetens tillvaratas ju inte direkt på MIG-uppdragen eller efterfrågas.

Bilaga III:2

Tema	Betydelsen av interaktion för en sammanlänkad och säker vård (forts.)			
Kategori	Utbyte av kunskap vid MIG-uppdrag			
Under-kategori	Delge avdelningspersonalen kunskap		Lära sig av nya situationer och samarbeten	
Kod	Lära avdelningspersonalen	De tar inte till sig av det vi lär dem.	Lära sig av nya situationer	Utbyte av erfarenheter. Samarbete.
Kondensering MBE	Jag vet inte hur mycket vi hinner lära ut till avdelningarna vid de korta MIG uppdragen.	Frustration när man får lära samma avdelningar samma saker flera gånger om.	Lär sig genom att få se andra avdelningar och inte veta vad man kommer till	Vid bra diskussion fungerar samarbetet bra. Vi kan då också lära av varandra och varandras erfarenheter och perspektiv.
Meningsbärande enhet (MBE)	Jag vet inte hur pass mycket avdelningen lär ifrån oss /.../ jag tror inte vi hinner gå igenom. Och sen vet jag inte hur pass mycket de lär sig av de här snabba situationerna som vi har på avdelningen.	Ibland känner man att man står och matar väldigt mycket samma saker som man kan uppleva lite basic egentligen, basic saker. Och då känns det lite frustrerande, framför allt om det är samma avdelningar hela tiden man går till och kör samma grejer hela tiden.	Man lär sig mycket på vägen med att få se andra avdelningar och inte riktigt veta vad man kommer till.	Det har fungerat bra när man har en bra diskussion och försöker gemensamt hitta orsaken. Att man lär av varandra, den personalen har ju sin erfarenhet och sin kunskap och vi ser ju från ett hel annat perspektiv ibland. Just att man har en diskussion så man kan lära av varandra så man kan hitta bästa lösningen på problemet.

Bilaga III:3

Tema	Samspeletsbegränsande faktorer								
Kategori	Metoder för att uppnå mål				Förhållningssätt som gynnar interaktionen				
Underkategori	Tydlig kommunikation		Gemensam plan		Bemötande		Bekräftelse		Ödmjukhet
Kod	Tydlig kommunikation	Lyfta problemet	Lika arbetssätt.	Meningsfulla aktiviteter	Bemötande gentemot avdelningspersonalen	MIG upplevs köra över ibland	Bekräfta avdelningspersonalen	Beröm och feedback.	Ödmjukhet
Kondensering MBE	Det är viktigt med tydlig kommunikation och förankra det man har sagt så att man är säker på att alla är införstådda med intentionen.	Att man får en beskrivning av problematiken eller oron de har över patienten	Det bästa är om vi från MIG försöker jobba lika vid alla situationer	När ansvarig läkare och MIG läkare har olika syn på situationen och vården så kan det leda till olika syn på hur vården ska bedrivas. Blir även svårt när avdelningssjuksköterskan inte deltar i vården och ifrågasätter våra ordinationer.	Jag brukar vara trevlig och glad när jag kommer upp och inte visa irritation. Det kanske är det som gör att avdelningspersonalen är samarbetsvillig och trevlig.	Det kan upplevas för avdelningspersonalen att man kommer dit å kör över dem eller att det vi säger kan upplevas som en kritik.	Viktigt att bekräfta att den som har ringt MIG har gjort rätt. Så att de känner sig trygga med att ringa MIG i framtiden.	Beröm och ge feedback till avdelningspersonalen. Förklara hur vi motiverar våra beslut.	Viktigt att vara ödmjuk mot avdelningspersonalen och för de insatser de har gjort utifrån sina förutsättningar. Inte ha en besserwisser attityd.
Meningsbärande enhet (MBE)	Om man inte nått fram till folk så spelar det ju ingen roll vad man säger. Så det gäller ju att man förankrar vad man har sagt och att det, att MIG teamet är väldigt tydligt vad intentionen är och vad man kan hjälpa dem med.	Kommunikationen, beskrivningen av problematiken eller oron som man har över den patienten som de vill väcka eller få fram.	Det bästa är väl att vi försöker jobba lika allihop. Det är ju svårt när alla MIG-uppdrag är olika men däremot att när man kommer, att man gör sin gemensamma avstämning med sköterskan och kanske med doktorn och sen att man tar sina parametrar, att man jobbar så tillsammans.	När ansvarig läkare inte vill att patienten skall fortsätta vårdas på avdelningen utan absolut propsar på att patienten ska ner till intensivvården fast än den inte behöver, då kan det bli väldigt motstridigheter våra läkare emellan. När sjuksköterskorna inte är med och hjälper till utan stannar ett tag och sedan ifrågasätter våra ordinationer.	Jag brukar ju vara glad när jag kommer upp, jag visar inte någon irritation eller är otrevlig på något sätt. Jag vet inte om det har någon betydelse, jag vet faktiskt inte om det är det som leder till att personalen är samarbetsvillig och att personalen är trevlig.	Det kan upplevas kan jag tänka mig för personalen som att man kommer dit och kör över dem eller går in, trampar in på deras område eller att det vi säger kan upplevas som en kritik.	Ibland så tror jag att det måste komma fram tydligare att den som har ringt efter MIG:en har gjort helt rätt. /.../ Jag vet inte om de har fått tillräcklig bekräftelse på att de har gjort rätt och egentligen finns det något fel? Att det blir mer en trygghet, än att de ringer och tror att de är en belastning.	Beröm dem för att de faktiskt har sett så att de vågar ringa igen, "vad bra att du ringde om det här" alltså ge feedback till dem, det tror jag också är viktigt. Varför tog vi med eller varför tog vi inte med patienten. För det undrar de ibland, vad det är vi tittar på.	Att man är ödmjuk när man kommer upp för de saker som de har gjort även om man kanske inte tycker att eller man kanske tycker att vissa saker har kommit in sent i bilden eller inte kommit in i bilden alls. Eller saker som de inte har tänkt på, att inte ha en nedvärderande attityd gentemot dem då. Det tror jag är viktigt att man inte har. Utan att man tänker att de har gjort det bästa de kan utifrån de förutsättningar de har. Inte ha en besserwisser attityd när man kommer. Utan vara lite ödmjuk inför det arbete de har gjort.



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Till vårdchefen vid Intensivvårdsavdelningen

Förfrågan angående genomförande av studie.

Vi, Kristin Fladvad och Henrietta Henriksson, studerar på avancerad nivå vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I kursen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats omfattande 30 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.

Preliminärt namn på studien är: Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av interaktionen med avdelningspersonal vid MIG-uppdrag

Studiens övergripande forskningsfråga är: Hur intensivvårdssjuksköterskor beskriver interaktionen med avdelningspersonal vid MIG uppdrag.

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av: Kvalitativa intervjuer (Vg se bifogad projektplan.)

Tidsplan: Datainsamlingen planeras starta v.10 2012 och vara avslutad v.14 2012

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktade patienter alternativt personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen (V.g. se bifogad deltagarinformation/förfrågan). I görligaste mån kommer uppgifter från de undersökta sjuksköterskorna vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och enheter ej kan identifieras. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter.

Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid er klinik.

Stockholm 120208

Studentens namn
Kristin Fladvad

Studentens namn
Henrietta Henriksson

Handledarens namn
Ann-Charlotte Egmar
Med dr, högskolelektor

Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08 58751600

Bilaga IV:2



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Samtycke vårdchef klinik _____

Underskrift

Ort/datum

Namnförtydligande