



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att ingå i den mobila intensivvårdsgruppen

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Eric Tidfält & Ida Ögren

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Hösten 2017/Våren 2018

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell  
hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att ingå i den mobila intensivvårdsgruppen

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Eric Tidfält & Ida Ögren

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Hösten 2017/Våren 2018

## Abstrakt

Intensivvårdssjuksköterskan som går på MIG-uppdrag bedömer och behandlar ofta svårt och kritiskt sjuka patienter. Upplevelsen hos dessa sjuksköterskor är litet forskat på varför syftet med studien var belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att ingå i den mobila intensivvårdsgruppen. En intervjustudie genomfördes där tio intensivvårdssjuksköterskor deltog och analyserades sedan med innehållsanalys. Analysen resulterade i sex kategorier: *Väl fungerande MIG-team även om något otydliga arbetsuppgifter, MIG-teamet ställs inför svåra etiska beslut, MIG sätter press på intensivvårdssjuksköterskan, Trygghet en faktor i MIG, Positiv upplevelse att delta i MIG-teamet och MIG fyller en bra funktion.* Intensivvårdssjuksköterskan hade en övervägande god upplevelse av MIG-teamet men berördes av etiska dilemman under uppdragen. Genom denna studie kan sjuksköterskor och sjukvårdspersonal få insikt i hur intensivvårdssjuksköterskan upplever hur det är att ingå i MIG-teamet och vilka fördelar och svårigheter som finns däri.

## Nyckelord

Intensivvårdssjuksköterska, MIG, upplevelser, intervjustudie.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	4
Problemområde .....	4
Bakgrund .....	5
Perspektiv och utgångspunkter .....	5
Rapid Response Team internationellt och dess betydelse .....	5
Svikt i vitala parametrar .....	6
Mobila intensivvårdsgruppen i Sverige .....	7
Specialistsjuksköterskan inom intensivvård .....	7
Syfte .....	8
Metod .....	8
Kontext .....	8
Urval .....	9
Instrument .....	9
Datainsamling .....	9
Analys av data .....	10
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat .....	12
Välfungerande MIG-team även om något otydliga arbetsuppgifter .....	13
Övervägande gott samarbete i MIG-teamet .....	13
Varierande samarbete med avdelningspersonalen .....	14
Tydlig rollfördelning men otydliga arbetsuppgifter .....	14
MIG-teamet ställs inför svåra etiska beslut .....	15
MIG sätter press på intensivvårdssjuksköterskan .....	15
Stress till följd av extra arbetsbelastning .....	15
Frustration att inte ha saker till hands .....	16
Trygghet en faktor i MIG .....	16
Känner sig trygg i MIG-teamet .....	16
Trygg att lämna för ett uppdrag .....	17
Positiv upplevelse att delta i MIG-teamet .....	17
MIG fyller en bra funktion .....	18
Bidrar med sin kompetens .....	18
Ger stöd till avdelningarna .....	18
MIG gör skillnad .....	18
Diskussion .....	19
Metoddiskussion .....	19
Resultatdiskussion .....	22
MIG-teamet ställs inför svåra etiska beslut .....	23
Trygghet en faktor i MIG .....	24
MIG fyller en bra funktion .....	26
Konklusion och implikationer .....	27
Referenser .....	28
Bilaga 1 (2) .....	32
Bilaga 2 (2) .....	32

# Introduktion

## Problemområde

Patienterna som vårdas på sjukhus idag är äldre, sjukare och har ofta flera samtidiga sjukdomstillstånd (Jones & Lynch, 2009, Marengoni, Winblad, Karp & Fratiglioni, 2008). Detta innebär att de i högre grad riskerar att drabbas av komplikationer och därmed bli ännu sjukare (Jones & Lynch, 2009). På intensivvårdsavdelningar vårdas de allra sjukaste och svårast skadade patienterna som inte kan behandlas på andra vårdavdelningar (Stubberud, 2009).

När en patient plötsligt blir kritiskt sjuk ligger denna inte alltid på en intensivvårdsavdelning utan kanske istället är på en vårdavdelning med mindre personaltäthet, övervakning och kompetens (Hvarfner, 2012). Medical Emergency Team (MET) syftar till att minska oväntad död, hjärtstopp och oförutsedda inläggningar på intensivvårdsavdelningar (IVA) och infördes för att vara ett stöd till vårdavdelningarna (Cretikos & Hillman, 2003). Flera studier har visat på minskad dödlighet och minskat antal hjärtstopp efter införandet av MET eller motsvarande typ av mobil akutvårdsgrupp på sjukhus (Bellomo et al., 2004, Chen et al., 2009, Konrad et al., 2010).

Flera studier har gjorts kring mobila akutvårdsgrupper. En studie i Australien belyser hur sjuksköterskan på vårdavdelningen upplevde MET och den visade att MET-teamet gav stöd och trygghet (Cretikos & Hillman, 2003). En kvantitativ undersökning genomfördes på ett barnsjukhus i Australien och det framkom att sjuksköterskor och läkare värderade MET högt men att det även fanns en del begränsningar som rädsla för kritik (Azzopardi, Kinney, Moulden & Tibballs, 2011). Det har varit svårt att hitta studier som med en kvalitativ undersökningsmetod belyser intensivvårdssjuksköterskans upplevelser av mobila akutvårdsgrupper. När den mobila intensivvårdsgruppen (MIG) går på uppdrag innefattar de ofta akuta och komplexa situationer där livsavgörande beslut ofta behöver tas varför det är motiverat att undersöka intensivvårdssjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av MIG-uppdragen. Målet är att studien ska kunna ge information om intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att ingå i den mobila intensivvårdsgruppen vilket kan komma att generera kunskap som leder till förändring eller förbättring av nuvarande arbetssätt för intensivvårdssjuksköterskan.

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Omvårdnadsteoretikern Patrica Benner har utvecklat en modell som beskriver sjuksköterskans utveckling från novis till expert. Enligt henne finns det fem stadier: *novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert*. Sjuksköterskan utvecklas i sin yrkesroll genom kunskap men också genom praktisk erfarenhet (Benner, 1993). För intensivvårdssjuksköterskan är specialistkompetens nödvändig i hennes yrkesutövning för att kunna hantera de situationer som uppstår med svårt sjuka patienter. Det kan uppstå komplexa situationer p.g.a. mångsidigt arbete, att tempot ofta är högt samt att situationerna är varierande och kan förändras snabbt (Stubberud, 2009). Därför bör intensivvårdssjuksköterskan befinna sig i de övre skalorna på Benners utvecklingsmodell. När sjuksköterskan kommer till en ny klinisk miljö, vilket intensivvårdssjuksköterskan gör när denna går på MIG-uppdrag, kan han/hon hamna i novisens prestationsnivå, eftersom han/hon inte är lika erfaren med patienterna på de nya avdelningarna (Benner, 1993).

### *Rapid Response Team internationellt och dess betydelse*

Rapid Response Team (RRT) är det internationella namnet på en mobil akutvårdsgrupp, det som i Sverige kallas för MIG – Mobil intensivvårdsgrupp. I Australien och USA kallas den mobila akutvårdsgruppen för MET medan den i England kallas för Outreach Team (Hvarfner, 2012). Den första mobila akutvårdsgruppen startade i Australien på 1990-talet och har efter det spridit sig runt om i världen (Jones & Lynch, 2009). Syftet med uppstartandet av MET i Australien var att möjliggöra tidig identifiering och snabb hantering av svårt sjuka patienter för att undvika hjärtstopp (Jones & Lynch, 2009; Cretikos & Hillman, 2003). Det infördes även för att minska oväntad död och minska antalet oförutsedda inläggningar på intensivvårdsavdelning (Cretikos & Hillman, 2003).

Flera studier visar att de mobila akutvårdsgrupperna är till fördel för patienterna. Searle Leach och Mayo (2013) visar i sin studie att RRT fungerar bra med avseende på att ta hand om patienter med svikt eller risk för svikt. Enligt Chen et al. (2009) finns det ett samband mellan stort antal samtal till RRT och minskat antal hjärtstopp och dödlighet. En studie från Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm visar att införande av MIG (i aktuell studie benämns MIG som MET) minskade den totala dödligheten på sjukhus med 10 % (Konrad et

al. 2010). Införandet av MET associerades med ett mindre antal komplikationer och dödsfall bland patienter som genomgått stor kirurgi. Det minskade även sjuklustiden i samband med operation vilket innebär att MET sparar både liv och pengar (Bellomo et al. 2004).

### *Svikt i vitala parametrar*

För att de mobila akutvårdsgrupperna ska kunna kontaktas och hindra ytterligare försämring av patienterna eller se till att patienten kommer till en intensivvårdsavdelning behöver vitalparametrar kontrolleras regelbundet. Syftet med kontrollerna är att tidigt upptäcka, uppmärksamma och åtgärda en försämring (Smith & Roberts, 2011). Många patienter som vårdas på sjukhus är idag äldre och sjukare och en stor andel av dessa patienter drabbas dessutom i högre grad av komplikationer, komplikationer som föregås av varningstecken i form av cirkulatorisk instabilitet (Jones & Lynch, 2009). En studie av DeVita et al. (2004) visar på att mer än hälften av alla hjärtstopp föregås av dramatiska avvikelser i vitala parametrar under en 6-8 timmars period före ett hjärtstopp. En studie av Schein, Hazday, Pena, Ruben och Sprung som gjordes redan år 1990 bekräftar att förändringar i vitala parametrar ofta sker en tid innan hjärtstoppet inträffar. Om avvikelserna upptäcks tidigt kan behandling sättas in och vara mer effektivt för att behandla de fysiologiska processerna som ligger till grund för hjärtstoppet (DeVita et al., 2004). För att mäta de vitala parametrarna har det utvecklats bedömningsskalor för tidiga varningstecken av svikt i vitala funktioner som ett hjälpmedel för att veta när kontakt ska tas med de mobila akutvårdsgrupperna. Oavsett vilken bedömningsskala man tittar på så innefattar alla andningsfrekvens, puls, blodtryck och neurologisk status. I övrigt fokuserar skalorna ofta på syremättnad, temperatur och urinproduktion som tidiga varningstecken (Chaboyer & Conroy, 2015). Enligt Psirides, Hill och Hurford (2013) hade det varit fördel om alla sjukhus hade haft samma bedömningsskala för att underlätta undervisning i skalan och att personalen därigenom kan känna sig trygg i användandet när dem flyttar mellan sjukhus. I Sverige stödjer Svenska Intensivvårdsregistret (Hederström & Andersson, 2017) användandet av NEWS (National Early Warning Score), MEWS (Modified Early Warning Score) och MET (Medical Emergency Team Calling Criteria) och de menar att det är av allra största vikt att det finns en nationell standard på de kriteriesystem som används. NEWS är ett instrument som utvecklats i Storbritannien och översatts och validerats i Sverige. En studie gjord i Sverige av Spångfors, Arvidsson, Karlsson och Samuelson (2016) rekommenderar användandet av NEWS för att förbättra vården för akut sjuka. Ett problem som dock finns i kontrollen av de vitala parametrarna är att

registreringen många gånger är bristfällig (Smith & Roberts, 2011). En studie som gjorts i Australien visar att sjuksköterskor ibland kan underskatta den kliniska betydelsen av de fysiologiska förändringarna och därför inte kontaktar den mobila akutvårdsgruppen i den utsträckningen som det rekommenderas (Jones et al, 2006).

### *Mobila intensivvårdsgruppen i Sverige*

Den svenska mobila intensivvårdsgruppen MIG består av en intensivvårdsläkare och en intensivvårdssjuksköterska. Det är sjuksköterskan eller läkaren på vårdavdelningen som larmar MIG när behov föreligger (Hvarfner, 2012). På sjukhus i södra Sverige används numera NEWS (Bilaga 1, Spångfors, 2015a) för bedömning av vitala parametrar och ska användas för alla patienter som är 18 år eller över inom slutenvård (Spångfors, 2015a); Spångfors, 2015b). NEWS är ett poängsystem där bedömning görs av syremättnad, andningsfrekvens, puls, systoliskt blodtryck, temperatur, medvetande och syrgasbehov. När en patient har  $\geq 7$  poäng enligt NEWS bedöms patienten ha hög risk och då ska ansvarig sjuksköterska omedelbart tillkalla ansvarig läkare. Sjuksköterska eller läkare ska dessutom överväga omedelbar kontakt med MIG för bedömning samt överväga att flytta patienten till en högre vårdnivå, t.ex. intensivvårdsavdelning (Spångfors, 2015b). MIG-konsultationen omfattar sedan bedömning av vitala parametrar enligt ABCDE och NEWS, beslut om behandlingsstrategi samt behandlingsrekommendationer. Det är MIG som ansvarar för transporten till IVA om patienten ska överflyttas dit. Intensivvårdssjuksköterskans specifika uppgift under MIG-uppdraget är att tillsammans med intensivvårdsläkaren bedöma patienten, dokumentera, hjälpa personalen på den berörda enheten att initiera vårdåtgärder samt bevaka att planerad uppföljning sker (Spångfors, 2015b).

### *Specialistsjuksköterskan inom intensivvård*

Intensivvårdssjuksköterskans uppgift är att ge omvårdnad till akut och kritiskt sjuka patienter (Stubberud, 2009). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012) ska intensivvårdssjuksköterskan bl.a. kunna arbeta i en högteknologisk miljö och vårda patienter med svikt i ett eller flera organ med skiftande diagnoser samt arbeta utifrån omvårdnadsprocessen genom att identifiera, bedöma, övervaka, utföra och utvärdera omvårdnadsåtgärder. Detta kräver fokus och för ofta

med sig ett högt tempo och förmågan att ta komplexa beslut (Stubberud, 2009). Under ett uppdrag med MIG krävs det att intensivvårdssjuksköterskan lämnar sin avdelning och kommer till en ny avdelning med annorlunda rutiner och miljö för att bistå i en patients vård.

Etiska avväganden under ett MIG-uppdrag kan vara huruvida patienten har en rimlig chans att överleva eller inte med hjälp av intensivvård. Den initiala bedömningen kan vara särskilt svår i en akut situation. I allmänhet kanske en obotlig och terminalt sjuk patient tas omhand med bättre kvalitet på en lugn palliativ avdelning än en intensivvårdsavdelning (Lundberg, 2012). Detta är ställningstaganden som kan vara svåra för intensivvårdssjuksköterskan och intensivvårdsläkaren att ta ställning till och motivera för annan personal, patient och anhöriga under ett MIG-uppdrag. Det ligger i intensivvårdssjuksköterskans kompetens att identifiera och hantera komplexa frågeställningar samt visa ett professionellt och etiskt förhållningssätt gentemot patienter och närstående (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening 2012).

## **Syfte**

Syftet var att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att ingå i den mobila intensivvårdsgruppen.

## **Metod**

För att svara på syftet har kvalitativa intervjuer genomförts utifrån en semistrukturerad intervjuguide. Dataanalys skedde genom en kvalitativ innehållsanalys (Burnard, 1991). Nedan följer närmare beskrivning av metoden genom urval, datainsamling, dataanalys samt forskningsetiska avvägande.

## **Kontext**

Studiepersonerna arbetade på ett sjukhus i södra Sverige på två olika intensivvårdsavdelningar med olika upptagningsområden. Arbetssätten med avseende på MIG visade sig vara något olika för de olika avdelningarna då en av avdelningarna oftast hade mobil personal, utan patientansvar, som hade hand om MIG-telefonen och gick på MIG-uppdrag medan det på den andra avdelningen oftast var en person som hade egna patienter på sal som gick iväg på



uppdrag. Den avdelningen som hade mobil personal hade under dagtid en särskild samvårdnadssjuksköterska som bl.a. hade ansvar för MIG. Det finns inga formella krav för att ingå i MIG men sjuksköterskan brukar ha arbetat i minst 1-1,5 år på intensivvårdsavdelning.

## **Urval**

Inklusionskriterier för att ingå i studien var att vara intensivvårdssjuksköterska samt att ingå eller ha ingått i MIG-teamet. I studien deltog tio personer, sex kvinnor och fyra män och åldern på de intervjuade var mellan 33 och 63 år. De hade arbetat mellan 4 och 30 år på IVA och hade mellan 3 och ca 16 års erfarenhet av att ingå i MIG-teamet. Deltagarna var jämt fördelade mellan de två intensivvårdsavdelningarna.

## **Instrument**

En semistrukturerad intervjuguide, utformad av författarna, användes (Bilaga 2).

Intervjuguiden innehöll en huvudfråga, ”Berätta om dina upplevelser av att ingå i MIG-teamet”, och sedan fanns teman som skulle beröras, om den intervjuade inte självant kom in på dessa teman så ställdes fördjupningsfrågor för att beröra dessa teman. Intervjuguiden lärdes in utantill för att få intervjuerna att flyta bra och författarna övade på att intervjua varandra för att lära känna intervjuguiden väl och även för att känna sig lite tryggare i intervjusituationen.

En pilotintervju genomfördes för att kontrollera att intervjuguiden gav svar på syftet till studien. Pilotintervjun transkriberades och lästes igenom av båda författarna samt av deras handledare. Justeringar gjordes i intervjuguiden, ett tema om rollfördelning lades till då det fokuserades i pilotintervjun. Pilotintervjun inkluderades i studien då den innehöll material som svarade mot syftet.

## **Datainsamling**

Ett informerat samtycke till studien inhämtades från verksamhetschef och enhetschefer för de båda intensivvårdsavdelningarna. Enhetscheferna frågade sedan personal på sina avdelningar som uppfyllde inklusionskriterierna om de var intresserade av att delta i studien och om så var fallet samlades deras kontaktuppgifter in och bifogades av enhetscheferna till författarna.

Informationsbrev skickades därefter ut av författarna via e-post till de som var intresserade samt en förfrågan om att boka in en tid för intervju. 15 personer hade visat intresse för att

delta i studien men bara 11 personer svarade sedan för att boka in en tid för intervju. Påminnelser skickades ut via e-post. En person föll senare bort p.g.a. personliga skäl.

Studiepersonerna fick själva välja plats för intervjun, nio valde att bli intervjuade på sin arbetsplats och en valde en offentlig plats. Alla intervjuer genomfördes i ett enskilt rum. Vid intervjun fick studiepersonerna tid att ställa frågor om intervjun och sedan fylla i en samtyckesblankett. Intervjuerna spelades in med en diktafon som låg på bordet framför den intervjuade. Pilotintervjun genomfördes av båda författarna och de resterande nio intervjuerna genomfördes med en av författarna närvarande. En av författarna genomförde 5 intervjuer, den andra 4. Intervjuerna var mellan 15-32 minuter. Efter intervjuerna gjorde författaren minnesanteckningar, idéer och teorier angående teman som berörts, dessa diskuterades sedan mellan författarna efter intervjuerna. Detta för att utvärdera att författarna har liknande intervjustil, använder intervjuguiden på samma sätt och för att vara så samspelade som möjligt. Intervjuerna transkriberades ordagrant efterhand som de gjordes.

## **Analys av data**

Kvalitativ innehållsanalys har genomförts för att analysera det transkriberade materialet från intervjuerna. Innehållsanalysen är inspirerad av Burnards fjortonstegsanalys från 1991.

Punkterna nedan beskriver de steg som använts under analysprocessen utifrån Burnard:

1. Anteckningar gjordes efter varje intervju angående de ämnen som berörts. Författarna skrev ned minnesanteckningar, idéer och teorier angående teman som berörts som eventuellt kunde bli aktuella under analysen.
2. Författarna fördjupade sig i materialet genom att läsa transkriptionerna och under tiden gjordes anteckningar angående vanligt förekommande teman i texten.
3. Transkriptionerna lästes igenom igen och samtidigt färgmarkerades text som rörde syftet och koder skrevs ner som beskrev alla aspekter av innehållet i texten. Koder är meningar som kortfattat beskriver något som hänt eller upplevts av studiepersonerna. All text som svarade mot syftet kodades. Texten som inte svarade mot syftet ignorerades. Detta steg gjordes enskilt av författarna och efteråt jämfördes kodningarna för att se att båda författarna fått med samma text som rörde syftet. Då författarna inte tagit ut samma text diskuterades detta och justeringar gjordes för att inte missa text som rörde syftet eller få med text som inte rörde syftet.

- Färgmarkeringarna fördes sedan över till dator och då kontrollerades kodningen igen, diskussion fördes igen mellan författarna ännu en gång om frågetecken förelåg.
4. Alla koder samlades på en lista och överblickades av författarna. Liknande koder som till sitt innehåll liknade varandra eller delade något gemensamt sammanfördes och bildade kategorier och subkategorier. Koderna markerades med ett nummer för att lätt kunna gå tillbaka direkt till intervjuerna.
  5. Listan med kategorier, subkategorier och deras koder arbetades igenom igen och justerades. Det kontrollerades att likartade koder var placerade under rätt subkategori och att de kategorier som växt fram beskrev de understående subkategoriernas innebörd. Det kontrollerades att alla koder tillhörde en kategori och att ingen kod tillhörde mer än en kategori.
  6. Detta steg uteslöts.
  7. Transkriptionerna lästes igenom igen och jämfördes med listan av kategorier och subkategorier som växt fram för att kontrollera att de berörde allt i intervjuerna.
  8. Detta steg uteslöts.
  9. Detta steg uteslöts.
  10. Detta steg modifierades. Koderna samlades i ett dokument på datorn under sina subkategorier och kategorier. Om det var tveksamheter vad kontexten i koderna var gick författarna direkt tillbaka till intervjuerna för att kontrollera detta.
  11. Detta steg uteslöts.
  12. Alla delar (transkriptioner, inspelningar, färgkodade delar, listor med kategorier o.s.v.) samlades på samma ställe för att underlätta att referera direkt till dessa under sammanställningen av resultatet. Detta var för att lätt kunna gå tillbaka till ursprungsmaterialet om något var oklart.
  13. Resultatet skrevs som sammanhängande text, en kategori är gången. De uttalande i textstyckena som bäst beskrev kategorierna och länkade samman innehållet under dem togs ut och placerades som citat under respektive kategori.
  14. I det sista steget valdes att resultatet i denna studie skulle knytas till litteratur genom att diskuteras mot tidigare studier inom området i resultatdiskussionen istället för att skriva resultatet och referera till litteraturen samtidigt.

De steg som uteslöts var steg 6, 8, 9 och 11, steg 10 modifierades för att bättre passa författarna. Steg 6 som uteslöts skulle innefattat att två kollegor skulle ha läst transkriptionerna självständigt och framställt egna teman och kategorier. Dessa skulle sedan

diskuterats mot författarnas och om det var nödvändigt skulle justeringar göras. Steg 8 innebar att varje transkription skulle arbetats igenom med den slutgiltiga listan med kategorier, subkategorier och koder för att kontrollera att allt material som svarade på syftet fångats upp. I steg 9 och 10 som utslöts skulle färgmarkeringar klippts ut, samlats ihop och klistrats in. Steg 11 innefattade att utvalda studiepersoner skulle ha tillfrågats om de kände att deras uttalande passade in under de kategorier som de har placerats under och justeringar skulle göras vid behov. Anledningen att dessa steg utslöts kommer vidare diskuteras i metoddiskussionen.

## **Forskningsetiska avvägningar**

Informerat samtycke inhämtades från studiepersonerna efter att de erhållit både muntlig och skriftlig information om studien och dess syfte. De blev därmed informerade om att det var frivilligt att delta i studien och att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande vilket svarar upp mot informationskravet i samband med studier (Kjellström, 2017). Studiepersonerna blev även informerade om att intervjuerna skulle spelas in och därefter skrivas ut ordagrant. Det kan upplevas ansträngande att intervjun spelas in, men då detta informerades om i informationsbrevet hade de möjlighet att avstå deltagande. Det fanns en liten risk att studiepersonerna kunde påverkas negativt av intervjuerna. En obetydlig skada får inte hindra viktigt forskning (Vetenskapsrådet, 2017). Intervjuerna kodades och kodnyckeln förvarades åtskild från intervjuerna. Materialet har förvarats inlåst så inga obehöriga kunde komma åt materialet (SFS 1998:204). När studien är klar kommer transkriberingarna raderas. Studiepersonerna informerades om att materialet från intervjuerna skulle behandlas konfidentiellt och att intervjuerna kommer avidentifieras innan publicering. Om de intervjuade inte ville behövde de inte svara på alla frågor (Kjellström, 2017).

Innan studien påbörjades godkände verksamhetschef på berörda avdelningar studien. Ett rådgivande yttrande, vilket biföll att studien kunde genomföras, inhämtades från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 12-18).

## **Resultat**

Analysen av data resulterade i sex kategorier med 0 till 3 subkategorier presenterade i tabellen nedan.

## Tabell 1

Presentation av kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
<i>Väl fungerande MIG-team även om något otydliga arbetsuppgifter</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Övervägande gott samarbete i MIG-teamet</li><li>- Varierande samarbete med avdelningspersonalen</li><li>- Tydlig rollfördelning men otydliga arbetsuppgifter</li></ul>
<i>MIG-teamet ställs inför svåra etiska beslut</i>	
<i>MIG sätter press på intensivvårdssjuksköterskan</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Stress till följd av extra arbetsbelastning</li><li>- Frustration att inte ha saker till hands</li></ul>
<i>Trygghet en faktor i MIG</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Känner sig trygg i MIG-teamet</li><li>- Trygg att lämna för ett uppdrag</li></ul>
<i>Positiv upplevelse att delta i MIG-teamet</i>	
<i>MIG fyller en bra funktion</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bidrar med sin kompetens</li><li>- Ger stöd till avdelningarna</li><li>- MIG gör skillnad</li></ul>

### Väl fungerande MIG-team även om något otydliga arbetsuppgifter

Det framkom att MIG-teamet totalt sett var väl fungerande även om arbetsuppgifterna för intensivvårdssjuksköterskan var något otydliga. Det fanns ett övervägande gott samarbete i MIG-teamet men samarbetet med avdelningspersonalen var varierande. Rollfördelningen var tydlig i teamet även om sjuksköterskan ibland ifrågasatte sin roll och sina arbetsuppgifter.

#### *Övervägande gott samarbete i MIG-teamet*

Det framkom att intensivvårdssjuksköterskor upplevde ett övervägande gott samarbete i MIG-teamet men att det ibland kunde variera lite med vilken läkare man gick med. En deltagare uttryckte även att det kunde vara obekvämt att gå med en läkare som inte var så erfaren i MIG-teamet. Det var en fördel om det fanns tid att sitta ner tillsammans med läkaren och

förbereda sig inför uppdraget. Flera sjuksköterskor beskrev att de kände sig delaktiga i MIG-teamet och hade en bidragande funktion. En deltagare uttryckte det såhär:

*”Så jag känner mig alltid väldigt delaktig och vi [läkare och sjuksköterska] har alltid en diskussion. Och sedan när dom har tagit ett beslut så frågar dom alltid vad tycker du? Hur upplevde du situationen? Så jag tycker vi har ett väldigt bra samarbete.” (Studieperson 3)*

### *Varierande samarbete med avdelningspersonalen*

Samarbetet med avdelningarna som MIG kom till visade sig vara varierande. Övervägande var det ändå en positiv bild och ett bra samarbete med avdelningspersonalen som lyftes fram och att förbättringar har skett under åren. När samarbetet inte fungerat kunde det bero på att avdelningspersonalen avvek från patienten när MIG kom och intensivvårdssjuksköterskan upplevde att avdelningssjuksköterskan räknade med att MIG då skulle ta över patienten, vilket kunde ge frustration och irritation. Detta upplevdes kunna bero på att avdelningspersonalen hade mycket att göra eller kanske hade för lite information om MIG och dess funktion. Det kunde också bero på att det fanns en skillnad på hur mycket erfarenhet personalen hade av att samarbeta med MIG-teamet och att ha hand om svårt sjuka patienter. Några deltagare upplevde att avdelningspersonalen ibland kändes stressade och oroliga vilket väckte en medkänsla hos deltagarna och en önskan att de kunde hjälpa personalen mer. Några deltagare beskrev att rapporten som ges inte alltid gav en bra bild av hur patienten faktiskt mådde när man kom ut till avdelningen och att det kan finnas en viss okunskap hos personalen angående när MIG ska kontaktas. En deltagare beskrev att samarbetet ändå är bra:

*”Men för det mesta tycker jag att man, att man kan göra ett bra arbete och man känner att man får en bra relation, ett bra samarbete med avdelningarna.” (Studieperson 7)*

### *Tydlig rollfördelning men otydliga arbetsuppgifter*

Rollfördelningen mellan sjuksköterska och läkare under MIG-uppdrag uppfattades ofta som tydlig av intensivvårdssjuksköterskan och det var tydligt vem som förväntades göra vad när de var ute på uppdrag. Flera deltagare beskrev dock att de inte alltid hade så mycket att göra på MIG-uppdragen, att det är läkaren som gör det mesta av jobbet och att det fanns tillfällen då de kände sig överflödiga. En deltagare uttryckte det så här:

*”...ibland när man kommer till en avdelning så känns det lite grann som man är en sekreterare. Min uppgift är ju naturligtvis att ta kontrollerna, men oftast så har dom ju gjort*

*det på avdelningen redan. Jag tycker ibland inte att jag kan göra så mycket mer...”*

*(Studieperson 5)*

Ibland kunde arbetsuppgifterna kännas otydliga, vad deras egentliga uppgifter var på plats. Efter den första bedömningen av läkare och sjuksköterska och när kontrollerna var tagna kände de inte alltid att det var en självklarhet vad dem skulle göra och hände det något oväntat kunde det leda till osäkerhet:

*”...fick ett hjärtstopp där på plats. Hmm, det var väldigt jobbigt, det var väldigt många människor där och jag visste inte riktigt vad jag skulle göra. Men sedan hittade jag min roll i det efter tag. Men det var väldigt jobbigt tyckte jag.” (Studieperson 3)*

### **MIG-teamet ställs inför svåra etiska beslut**

Det framkom att sjuksköterskan ofta upplevde etiska dilemman vid MIG-uppdrag där svåra beslut ska tas om fortsatt behandling och vårdnivå. Sjuksköterskan kände sig sedd och att läkaren lyssnade på vad han/hon tyckte angående vårdnivå men kände sedan en lättnad över att det var ansvarig läkare som tog de avgörande besluten. Det upplevdes som ett onödigt lidande att få komma upp och avsluta sitt liv på IVA. En deltagare beskrev det så här:

*”Den här patienten ska vi väl ändå inte ta till IVA, för det liksom, dess framtid är väldigt pessimistisk och avsluta det på IVA, hos oss, med slangar och respirator och sladdar och allt vad det innebär, kanske inte känns mycket värde, det känns inte värdigt det heller. Men visst är det alltid svårt att stå där och säga det här känns inte som vi kan hjälpa den patienten.”*  
*(Studieperson 8)*

### **MIG sätter press på intensivvårdssjuksköterskan**

Det framkom att intensivvårdssjuksköterskorna upplevde en ökad press på sig i samband med MIG-uppdrag. En del var att det blev en ökad arbetsbelastning och en del var att man inte hade saker till hands när man var ute på uppdrag.

*Stress till följd av extra arbetsbelastning*

En konsekvens av MIG-uppdraget är att en del av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde stress av den extra arbetsuppgiften. För dem hade det varit önskvärt att få mer tid avsatt till att gå på MIG-uppdrag. Det kunde upplevas jobbigt och frustrerande att bli avbruten i sitt arbete för att gå ut på uppdrag. En del uttryckte att det var jobbigt att lämna kvar sina egna patienter på IVA. En deltagare berättade att man ibland inte kom iväg alls:

*”Har man en full IVA-avdelning så känner man ju tidspress, hela tiden. Det gör man ju. Så visst, eh, visst kan det vara så, att man har dåligt med tid till MIG-uppdragen. Ibland kan vi inte gå alls.” (Studieperson 10)*

### **Frustration att inte ha saker till hands**

När intensivvårdssjuksköterskorna kom till en ny avdelning för ett MIG-uppdrag uppkom ibland en känsla av frustration att inte hitta och ha saker tillhands som de är vana vid. En deltagare uttryckte det så här:

*”Det kan vara ganska frustrerande. För när jag kommer så hittar jag ju inte på det här stället, jag vet ju inte vad saker och ting finns, bara att hitta handskar och förkläde och sådant kan vara ganska meckigt, hmm. Tillgängligheten på prylar, alltså, på vad vi behöver, jag är van vid att ha det väldigt nära alla patienter, vi har liksom ett litet förråd med sprutor och proppar, allting sånt smått som man behöver liksom hela tiden.” (Studieperson 4)*

### **Trygghet en faktor i MIG**

Oftast kände sig intensivvårdssjuksköterskan trygg att gå på MIG-uppdrag, de upplevde trygghet i sin och sina kollegors erfarenhet och kompetens. De kände även att deras patienter på intensivvårdsavdelningen inte blev lidande av att de gick iväg på uppdrag.

### **Känner sig trygg i MIG-teamet**

Även om sjuksköterskorna inte riktigt visste vad dem skulle möta när dem kom till en avdelning för ett MIG-uppdrag så kände de sig oftast trygga när de kom dit. Dem kände att dem hade en bra grund att stå på i sin kompetens för att ta hand om de sjuka patienter som de möter på avdelningarna och de upplevde även att MIG-teamet som helhet oftast har god kompetens vilket de kände en trygghet i. En deltagare beskrev att han/hon kände sig trygg:



*”Men det tyckte jag nog mer var i början av, dem första gångerna sen är det liksom inte så spännande egentligen. Så här man, man kan uppdraget ganska bra och vet, kan sina styrkor och svagheter själv...” (Studieperson 9)*

### **Trygg att lämna för ett uppdrag**

Trots att sjuksköterskorna behöver lämna sin avdelning och sina patienter tyckte dem ändå ofta att det fungerade bra. Det fanns en trygghet i att andra kollegor stöttade upp och tog hand om deras patienter om de måste gå iväg. En nackdel kunde dock vara att man kom efter i sitt arbete på sin patientsal. Något som kom fram i intervjuerna var att det oftast inte gavs tid för att gå på MIG men att det ändå ofta fanns tid att komma iväg. Vid de tillfällena då det var svårt att komma ifrån så var det ofta okej att läkaren gick själv på MIG-uppdrag. En studieperson beskrev att det oftast löste sig:

*”...jag tycker nog som det känns som man har tid att sköta det. Vi brukar kunna bolla ansvaret lite, så man har oftast tid till att göra det. Vissa kvällar och nätter, i extremfall, kan det vara väldigt mycket att göra, men det känns ändå som man har tid att lägga på just det.” (Studieperson 2)*

### **Positiv upplevelse att delta i MIG-teamet**

MIG-uppdraget beskrevs var en rolig uppgift för intensivvårdssjuksköterskan. De flesta upplevde det spännande att få komma iväg till andra avdelningar. I MIG utmanades dem och fick använda sin kompetens och erfarenheter från intensivvårdsavdelningen. MIG-uppdraget upplevdes givande och blev ett inläringstillfälle som bidrog med nya kunskaper och erfarenheter åt intensivvårdssjuksköterskan. Det gav en tillfredställelse att kunna göra ett bra jobb och hjälpa vårdpersonalen.

*”Jag tycker det är väldigt trevlig och komma ut, utanför avdelningen ibland, och se hur det är ute på avdelningarna, och här är vi väldigt bortskämda med all övervakning och ständigt har massa kollegor runt omkring. Så det är lite annorlunda när man kommer till en avdelning, då får man tänka till lite extra, använda kliniska blicken lite mer, och man är mer utsatt där när man är själv. Men jag tycker det är väldigt roligt och väldigt utvecklande.” (Studieperson 3)*

## **MIG fyller en bra funktion**

Det fanns en övergripande upplevelse att MIG fyller en bra funktion genom att bidra med kompetens och ge stöd samt att MIG har en betydelsefull uppgift och gör skillnad för både patienter och vårdavdelningar.

### *Bidrar med sin kompetens*

Intensivvårdssjuksköterskorna i MIG-teamet kände att de bidrog med kompetens till avdelningspersonalen under MIG-uppdragen. De kunde använda sin kunskap och gav tips och råd till personalen de mötte. En deltagare beskrev det:

*” ...man kommer dit och känner att man kan göra någonting som kanske inte dom systrarna kan där på avdelningen.” (Studieperson 5)*

### *Ger stöd till avdelningarna*

Upplevelsen hos intensivvårdssjuksköterskan var att MIG-teamet gav avdelningspersonalen stöd. Att MIG fyller en funktion att ge trygghet och hjälpa avdelningarna när en patient blir svårt sjuk. En deltagare beskrev också att MIG kunde ge stöd och information åt anhöriga om dem är på plats. Det är framförallt den stödjande funktionen till avdelningarna som lyftes fram:

*”Att man liksom på något vis kan, även om vi inte ska vara en avlösning, kan vi ändå avlasta i en jobbig situation.” (Studieperson 4)*

### *MIG gör skillnad*

Sjuksköterskorna i MIG-teamet upplevde att MIG fyller en betydelsefull uppgift, har en bra funktion och gör skillnad på sjukhuset. MIG-teamet kan komma ut till avdelningarna och ge stöd till behandling av kritiskt sjuka patienter i ett tidigt skede och kan därigenom förebygga svår sjukdom och IVA-vård. En deltagare beskrev att MIG kan göra skillnad för både patient och avdelningspersonal:

*”...att man kan bidra med att mota Olle i grind, det vill säga, att hålla kvar patienten och kurerar den på den avdelning den är på. Bara att få kunna hjälpa /.../ inte bara för avdelningens skull, utan även för patientens skull...” (Studieperson 6)*

# Diskussion

## Metoddiskussion

Studiens syfte var att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att ingå i den mobila intensivvårdsgruppen. Eftersom syftet med studien var att belysa just upplevelser är det lämpligt att använda kvalitativ metod. Kvalitativ metod fokuserar på att studera några få antal individer och deras upplevelser i ett sammanhang (Polit & Beck, 2016).

Tio intensivvårdssjuksköterskor deltog i studien. Lämpligt antal studiepersoner som ska ingå i en kvalitativ studie kan vara svårt att säga exakt då det är viktigare att man har kvalitet i intervjuerna än hur många de är till antalet. Mättnad är en aspekt som kommer från Grounded Theory (Barney & Glaser, 1998). Enligt Polit och Beck (2016) ska antalet intervjuer vara baserat på behovet av information och kan mätas i att när ingen ny information kommer upp i intervjuerna kan data anses ha uppnått mättnad då inga fler intervjuer tillför något till resultatet. I intervjuerna var det många upplevelser som återkom hos flera av de intervjuade, varje subkategori styrktes av minst tre studiepersoner, vilket skulle kunna styrka att data uppnått mättnad men det är svårt att säga om fler intervjuer hade gett ny information. Enligt Polit och Beck (a.a.) kan ytterligare en till två intervjuer göras när resultatet verkar mättat för att se att inget nytt uppkommer. Detta gjordes inte och kan anses vara en svaghet i studien. Det är också relevant hur brett ämnet är som man undersöker då ett smalare ämne troligtvis inte kräver lika stort antal deltagare (a.a.). I studien som gjordes var det svårt att veta hur brett resultatet skulle bli men intervjuguiden var anpassad efter syftet till studien och de intervjuade gav mycket material som svarade på syftet, dock var det många saker som kom upp i intervjuerna som ändå var lika varandra vilket man skulle kunna kalla ett smalt resultat.

Intervjuerna var mellan 15-32 minuter vilket kan tyckas lite korta men det var mycket av materialet som insamlats som svarade mot syftet och därför kunde användas till resultatet. Även att intervjuguiden hade testats i en pilotintervju för att se att frågorna och de teman som valts ut svarade mot syftet var en fördel för att undvika att få mycket material som inte var användbart i studien. En styrka med studien var att informanterna själva valt att delta och uppfattades av författarna som goda studiepersoner (Polit & Beck, 2016), att de hade förmåga att reflektera över sina erfarenheter och kommunicera dem effektivt, vilket kan medföra att ett mindre urval eller kortare intervjuer är tillräckligt.

En styrka med urvalet är att det är en spridning i ålder, kön och år av erfarenhet, både med avseende på intensivvård och MIG-teamet. Enligt Trost (2010) vill man i en kvalitativ studie få en så stor variation som möjligt i urvalet. Det är även en fördel att studierpersonerna var jämt fördelade mellan de båda avdelningarna då upplevelserna kan vara annorlunda beroende på vart de arbetar.

En styrka med studien är att kvalitativa intervjuer har genomförts med öppna frågor för att svara på syftet. Detta är en lämplig datainsamlingsmetod då fokus ligger på individers upplevelser och erfarenheter (Danielson, 2017). Intervjuguiden som användes innehöll bara en fråga och sedan temaområden som skulle beröras. Detta är enligt Trost (2010) bra så att den intervjuade i möjligaste mån kan få styra ordningsföljden i intervjun själv. Författarna hade även inför intervjuerna lärt sig intervjuguiden utantill vilket Trost (a.a.) förespråkar. Det gjorde att intervjuerna kunde flyta smidigt och göra att författarna kunde fokusera på vad den intervjuade sa, visa intresse och ställa lämpliga följd- och fördjupningsfrågor.

En av författarna hade tidigare erfarenhet av att göra en intervjustudie medan den andra författaren inte hade någon tidigare erfarenhet. För att förbereda sig inför intervjusituationen läste därför båda författarna in sig på hur intervjuer ska genomföras. Författarna diskuterade även vad som var viktigt att tänka på och tränade på att intervju varandra för att vänja sig vid intervjusituationen. Bland annat försöktes i första hand öppna frågor ställas för att möjliggöra att få detaljerade svar och undvika ja och nej-frågor (Polit & Beck, 2016). När intervjun bedömdes vara klar ställdes en slutfråga om det var något annat som studiepersonen tänkt på eller ville tillägga vilket enligt Polit och Beck (a.a.) är bra. Då båda författarna arbetat som sjuksköterskor och nu studerar till intensivvårdssjuksköterskor var de väl införstådda i terminologin från IVA och MIG vilket är en fördel att dem som intervjuar och studiepersonerna använder ett språk som båda känner sig bekväma med (a.a.). Efter varje intervju lyssnades inspelningarna igenom och författarna pratade sinsemellan för att reflektera över om det fanns något i sin intervjuteknik som kunde förbättras till nästkommande intervju.

Semistrukturerade intervjuer genomfördes då de lämpar sig som metod där man både arbetar för att få fram ny kunskap och samtidigt har på förhand utvalda teman som man vill att intervjupersonerna ska reflektera över (Justesen & Mik-Meyer, 2011). Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att ingå i MIG-teamet är tidigare knappt undersökt varför det kändes motiverat att använda just semistrukturerade intervjuer till att samla in data då det finns stor möjlighet att ny kunskap kommer fram. Det fanns även flera teman som författarna

gärna ville beröra under intervjun för att se till att få så mycket material som möjligt som svarade mot syftet till studien.

Studiepersonerna valdes ut av enhetschefer på berörda avdelningar, det framkom inte hur dessa har valts ut, vilka kriterier som enhetscheferna har gått på. Önskvärt hade varit att alla som fyllde inklusionskriterierna hade tillfrågats på respektive avdelning och sedan att de som var intresserade kunde anmäla intresse. Det kan finnas en risk att inte alla har tillfrågats och ett annat sätt att samla in studiepersoner hade kunnat påverka resultatet.

Det skickades ut påminnelsemail angående deltagande i studien till de 15 personerna som hade visat intresse för studien. Det var ändå bara 11 av dessa som svarade. Kanske hade det varit möjligt att skicka brev eller ringt till de som visat intresse för att få med några fler deltagare i studien men författarna ansåg även att det var viktigt att bibehålla faktorn att det var frivilligt att delta och att författarna skulle acceptera att ett uteblivet svar även kunde menas som att de inte ville delta i studien.

Studiepersonerna fick själva välja plats för intervjun och 9 av 10 valde att vara på sin arbetsplats och samtliga intervjuer genomfördes i ett enskilt rum. Enligt Trost (2010) ska miljön vara så ostörd som möjligt och det ska vara en trygg plats för den som intervjuas. Eftersom studiepersonerna själva valt plats kan det anses som att det var en trygg plats. Det fanns dock en risk att studiepersonerna blev störda av kollegor, om någon hade kommit in på rummet under intervjun, men inträffade inte.

En svaghet i studien kan anses vara att båda intervjuarna inte var med på alla intervjuer då intervjuerna kan ha gått till på olika sätt och därför påverkat resultatet. Det finns dock även fördelar med att vara en intervjuare och en studieperson då risken minskas att studiepersonen känner sig i underläge (Trost, 2010). För att undvika att författarna skulle genomföra intervjuerna annorlunda hölls regelbundna samtal mellan författarna både före och mellan intervjuerna för att de skulle vara fortsatt samspelade. Det är dock svårt att säga om att det var olika intervjuare ändå hade betydelse för intervjuernas förlopp och studiepersonernas svar.

Att intervjuerna spelades in kan enligt Trost (2010) göra att människor känner sig obekväma och hämmade. Dock vänjer sig de flesta relativt snabbt och glömmer bort det. Eftersom intervjuerna skulle transkriberas inför dataanalysen så behövdes intervjuerna spelas in.

Författarna hade på förhand informerat om detta och upplevde inte att någon verkade så besvärad att de hämmades p.g.a. detta.

Enligt Burnard (1991) passar fjortonstegsanalysen till data som insamlats via semistrukturerade intervjuer och blivit inspelade och sedan transkriberade. Författarna justerade Burnards fjortonstegsanalys och lät sig istället inspireras av de fjorton stegen i analysprocessen. Steg 3 utökades, det innefattade kodning av materialet och istället för att göras av författarna tillsammans direkt gjordes det först enskilt och sedan jämfördes kodningarna för att se till att inte missa text som rörde syftet eller få med text som inte rörde syftet. De steg som uteslöts var 6, 8, 9 och 11 och steg 10 modifierades. Steg 6 uteslöts då det var svårt att hitta kollegor som var villiga att läsa igenom och skapa egna kategorier och subkategorier. Syftet med detta steg hade varit att ökat validiteten och minskat risken mot författarnas bias (Burnard, 1991). Istället diskuterades resultatet i seminariegrupp under arbetets gång med andra studenter och examinator. Att steg 8 uteslöts kan anses som en svaghet i analysprocessen, det skulle ökat validiteten och blivit en extra kontroll att inget missats i materialet som svarade mot syftet. Det som kan väga upp är att steg 3 gjordes i större omfattning och att materialet därmed kontrollerades av båda författarna och sedan tillsammans för att minska risken att missa material till resultatet. Steg 9 och 10 ersattes med att bara klippa ut koderna istället för hela färgmarkerade stycken, det upplevdes ändå av författarna att kontexten i koderna inte gick förlorade då författarna istället gick tillbaka till transkriptionerna om kontexten kändes oklar. Det kändes för författarna tydligare och mer överskådligt att bara ha koderna samlade i dokumentet än alla de färgmarkerade delarna från transkriptionerna. Steg 11 uteslöts för att inte belasta studiepersonerna ytterligare och då det inte vore möjligt att genomföra inom ramarna för denna studie. Analys och tolkning ska helst göras under avslappnade former enligt Trost (2010), då författarna arbetat under tidspress kan detta ha påverkat analysprocessen och resultatet negativt och mer tid under arbetets gång skulle kunna ha gett ett mer utvecklat resultat.

## **Resultatdiskussion**

Nedan knyts delar av resultatet till vetenskaplig litteratur. De delar som valts att fokusera på är kategorierna *MIG-teamet ställs inför svåra etiska beslut*, *Trygghet en faktor i MIG* och *MIG fyller en bra funktion*.

### *MIG-teamet ställs inför svåra etiska beslut*

I resultatet framkom det att intensivvårdssjuksköterskan ofta upplevde etiska dilemman vid MIG-uppdrag i samband med att det behövdes tas svåra beslut om fortsatt behandling och vårdnivå. Lundberg (2012) beskriver att det optimala är att läkaren i vårdteamet tar ett beslut efter samråd och diskussion med övrig personal i teamet som är väl insatta i patienten. Genom att personalen i teamet har olika klinisk erfarenhet, kunskap, ansvar, uppgifter och engagemang i fallet finns möjlighet att se patientens problem från olika perspektiv och det ska ses som en tillgång som berikar diskussionen och förbättrar beslutsunderlaget för den som ska ta beslutet. När MIG-teamet kommer ut på uppdrag är det oftast bara en sjuksköterska och läkare som går tillsammans. När de sedan kommer upp till avdelningen där den sjuka patienten finns träffar de personal som de kanske inte känner sedan tidigare och kanske inte är vana att arbeta med. Det skulle kunna påverka att det är ett svårare beslut att ta och att etiska dilemman kommer upp för intensivvårdssjuksköterskan. Kanske hade beslutet känts bättre om det var ett team som var vana att arbeta med varandra och att det funnits mer tid för diskussion. Även faktorn att MIG-teamet kommer till en patient som de kanske inte har träffat innan kan ju ge en känsla att de inte är så insatta i patienten som de hade önskat för att ta ett livsavgörande beslut om behandlingen ska fortsätta eller inte. I en studie av Sørli, Jansson och Norberg (2003) undersöktes etiska dilemman i pediatrik vård och där visade det sig att sjuksköterskor kunde känna sig ensamma p.g.a. bristen på öppen dialog om just etiska frågor. Emellertid har detta inte lyfts fram av studiedeltagarna i föreliggande studie och kan därför inte bekräftas. Orsaken till detta kan vara att det inom MIG förs en diskussion om etiska frågor öppet eller att det är andra typer av etiska frågor som kommer upp inom pediatrik vård som påverkar sjuksköterskan på andra sätt.

I en litteraturoversikt av Rees, King och Schmitz (2009) där man undersökte etiska dilemman i äldrevården framkom det att etiska dilemman i många fall uppkom på grund av läkare. Det fanns en uppfattning om att läkarna bl.a. inte var tillgängliga för diskussion, att beslutsfattandet var undermåligt och att de inte hade tillräcklig kunskap om palliativ vård. Inom MIG så går sjuksköterska och läkare tillsammans vilket borde kunna innebära att de lättare kan ha en diskussion tillsammans. De är också iväg just för att träffa en viss patient vilket borde göra att läkaren är villig att diskutera just den patienten. Det framkom i föreliggande studie att de etiska dilemmana som uppkom var på grund av beslutsfattande om

fortsatt behandling och vårdnivå och resultatet pekade inte på att det skulle vara på grund av läkare. Det framkom snarare att läkare och sjuksköterska hade ett gott samarbete och att sjuksköterskan kände sig sedd och att läkaren lyssnar på vad han/hon tycker angående vårdnivå. Det är svårt att jämföra föreliggande studie med litteraturöversikten som gjorts av Rees et al. (2009) då det fokuseras på olika arbetsområden och äldrevården troligtvis inte har läkare tillgängliga i samma utsträckning som intensivvården.

Att sjuksköterskan kände sig sedd och att läkaren lyssnar på vad han/hon tycker angående vårdnivå var något som framkom i resultatet och sågs som positivt. Sjuksköterskorna lyfte också fram att det var en lättnad att det inte var dem som sedan behövde ta beslutet utan att det var läkarens uppgift. I Sørli, Jansson och Norbergs (2003) studie framkom att sjuksköterskan upplevde att det oftast var läkaren som beslutade om vårdnivå och behandling inom pediatrik vård och att sjuksköterskan fick anpassa sig efter det beslutet. Dock hade sjuksköterskan gärna varit mer delaktig i beslutet. Det kan inte bekräftas i föreliggande studie då sjuksköterskan får vara delaktig i diskussionen och verkar nöjd med att läkaren tar beslutet. En studie av Benbenishty et al. (2005) som undersökte läkares uppfattning av intensivvårdssjuksköterskans delaktighet i beslut om avslutande av vården beskriver att läkarna uppfattar det som att sjuksköterskan är delaktig. I majoriteten (78,3%) av fallen så uppfattade läkaren att sjuksköterskan var delaktig i beslutet. Studien fokuserade på intensivvårdssjuksköterskor i allmänhet och inte just under MIG-uppdrag men det visar ändå på att intensivvårdssjuksköterskan ofta är delaktig i besluten, precis som det framkommit i resultatet till denna studie. Studien av Benbenishty et al. (2005) visade också att läkarna uppfattade att läkare och sjuksköterska vid majoriteten av tillfällena var överens om beslutet att avsluta eller inte avsluta vården. Detta skulle kunna innebära att det eniga beslutet skulle bidra till ett mindre etiskt dilemma om kollegorna ändå är överens om beslutet men samtidigt är det svårt att överföra till ett MIG-uppdrag där kanske inte samma tid finns för diskussion och reflektion över beslutet utan att det kan kännas påtvingat och stressigt.

### *Trygghet en faktor i MIG*

Resultatet i föreliggande studie visar att intensivvårdssjuksköterskan oftast kände sig trygg att gå på MIG-uppdrag. Trots att de inte visste vad de skulle möta så kände de sig ändå trygga och att de hade en bra grund att stå på i sin erfarenhet och kompetens. Benners (1993) modell beskriver sjuksköterskans utveckling i fem steg från novis till expert och innebär att



sjuusköterskan utvecklas genom kunskap och, framförallt, erfarenhet. De fem stegen är: *novis*, *avancerad nybörjare*, *kompetent*, *skicklig* och *expert*. Intensivvårdssjuusköterskan är troligtvis i de tre övre stegen av denna utvecklingstrappa då flera års studier ligger till grund för arbetet och ett behov av förståelse och helhetsbild finns för att kunna utföra jobbet. Förmodligen har även intensivvårdssjuusköterskan arbetat några till flera år som allmänsjuusköterska innan och därigenom fått erfarenhet och gått de första stegen i trappan redan innan studierna till intensivvårdssjuusköterska påbörjats. Att vara *kompetent* eller *skicklig* i Benners utvecklingsstadier innebär att kunna ta hand om oförutsedda händelser, uppfatta situationer som en helhet och ta beslut som grundar sig på erfarenhet och upplevda händelser, desto högre upp personen befinner sig tas besluten mer av sig själv och i *expert*-stadiet så tas besluten på intuition och personen kan snabbt och enkelt sätta sig in i en ny situation. Ett MIG-uppdrag innefattar oftast en svårt sjuk patient vilket är något som en intensivvårdssjuusköterska är van att ta hand om och behandla. Troligtvis är det därför en situation som han/hon är van vid och enligt resultatet på föreliggande studie så verkar det inte spela så stor roll att de lämnar sin vanliga miljö och kommer till en ny avdelning. Studiepersonerna uttryckte att de kände sig trygga att gå på MIG-uppdrag och uttryckte att de fann en trygghet i sin kompetens och erfarenhet. Det framkom att det kanske bara var de första gångerna som det kändes lite spännande och nervöst men att det sedan blev mer av en vana. Det är intressant att jämföra med ambulanssjuusköterskan som alltid kommer till nya arbetsmiljöer där förutsättningarna varierar. I en svensk studie från 2008 beskrivs vad som påverkar ambulanssjuusköterskans beslutsfattande (Gunnarsson & Warrén Stromberg, 2009). Studien visar på att besluten som tas under ett uppdrag påverkas av sjuusköterskans nivå av kunskap, där utbildning var av vikt, och även tidigare erfarenhet av situationer som ger värdefull kunskap för att utveckla handlingsberedskap för kommande fall. Beslutsfattandet skiljer sig därför från novisen till den mer erfarne ambulanssjuusköterskan och att besluten upplevs lättare för den mer erfarne. Detta skulle kunna styrka teorin om att intensivvårdssjuusköterskan som går på MIG-uppdrag är i de övre stadierna av Benners utvecklingsstadier och tack vare sin kunskap och erfarenhet känner sig bekväm i sitt beslutsfattande och därför är trygg. En annan studie (Wihlborg, 2017) om sjuusköterskor som arbetar i ambulans i Sverige visade på att den mindre erfarne sjuusköterskan var mer analytiska i sitt resonemang kring patientfall medan den mer erfarne använde mer varierat innehåll och kontextuell information som bas för sitt beslutsfattande. Det visade sig att just specialistsjuusköterskor som arbetade i ambulans använde sig av den mer erfarnes sätt att beslutsfatta. Detta resultat stödjer också teorin om att intensivvårdssjuusköterskor är i Benners

övre stadier, att man som specialistutbildad har mer kunskap som kan ligga till grund för besluten och det i sin tur kan ge en ökad trygghet och att man litar på sin kompetens och erfarenhet.

### *MIG fyller en bra funktion*

I resultatet framkom att intensivvårdssjuksköterskan upplever att MIG fyller en bra funktion genom att bidra med kompetens och ge stöd till avdelningarna. Flera studier visar att vårdpersonal på vanliga avdelningar, både läkare och sjuksköterskor, upplever att akutvårdsteam som MIG ger stöd, vilket bekräftar det som intensivvårdssjuksköterskorna i MIG känner, att MIG faktiskt fyller en bra funktion genom att ge just stöd (Cretikos & Hillman, 2003; Nordlund & Joelsson-Alm, 2009). En annan studie (Bagshaw et al. 2010) visar att majoriteten av sjuksköterskorna på vårdavdelningarna trodde att akutvårdsteamet kunde förebygga sjuka patienter från att drabbas av hjärtstopp samt genom att behandla mindre problem kan de förebygga att allvarligare, livshotande tillstånd skulle uppstå. Det framkommer inte hur de kan förebygga men en förutsättning kan ändå vara att de har något som hjälper till i situationen, detta skulle kunna tänkas vara kunskap och kompetens, som intensivvårdssjuksköterskorna i studien upplevde att de bidrar med. Det framkommer i en studie av Jones et al. (2006) att majoriteten av sjuksköterskor på vårdavdelning upplever att de lär sig att bättre kunna ta hand om kritiskt sjuka patienter av det mobila akutvårdsteamet, vilket också skulle kunna stödja att MIG bidrar med just kompetens och därigenom kan öka kunskapen hos avdelningssjuksköterskorna. Oavsett så bekräftar det att det är fler som upplever att MIG fyller en bra funktion på sjukhusen och att upplevelsen är att MIG faktiskt gör skillnad.

I föreliggande studie framkom det att intensivvårdssjuksköterskorna i MIG-teamet upplevde att MIG fyller en betydelsefull uppgift och gör skillnad på sjukhuset. Studier visar på att det finns ett samband mellan mobila akutvårdsteam och minskat antal hjärtstopp samt dödlighet vilket stödjer intensivvårdssjuksköterskans upplevelse att MIG faktiskt har en betydelsefull uppgift och gör skillnad (Chen et al. 2009; Konrad et al. 2010).

## Konklusion och implikationer

Denna studie visar på att intensivvårdssjuksköterskan hade en övervägande god upplevelse av MIG-teamet. Flera positiva aspekter lyftes fram som ett övervägande gott samarbete, att sjuksköterskan känner sig trygg, att MIG fyller en bra funktion samt personliga positiva vinster med uppdraget. Andra resultat som framkom var att etiska dilemman berörde intensivvårdssjuksköterskan. Det handlade om beslut om behandling och vårdnivå men trots svåra situationer upplevde sjuksköterskan sig oftast sedd och hörd. Genom denna studie kan sjuksköterskor och sjukvårdspersonal få insikt i hur intensivvårdssjuksköterskan upplever hur det är att ingå i MIG-teamet och vilka fördelar och svårigheter som finns däri.

Då upplevelsen hos intensivvårdssjuksköterskor att ingå i MIG-teamet är lite undersökt så har denna studie gett värdefull information som belyser detta men behov finns av ytterligare studier inom området. MIG fyller en viktig funktion på sjukhusen genom att stödja avdelningar när patienter plötsligt blir sämre och har även visat sig minska antalet hjärtstopp. Framtida studier skulle kunna fokusera mer på de etiska dilemmana som MIG-teamet står inför och sjuksköterskans kompetens och erfarenhet och hur de påverkar bedömning och upplevelse under ett uppdrag.

## Referenser

Azzopardi, P., Kinney, S., Moulden, A. & Tibballs, J. (2011). Attitudes and barriers to a Medical Emergency Team system at a tertiary paediatric hospital. *Resuscitation*, 82, 167-174.

Bagshaw, S.M., Mondor, E.E., Scouten, C., Montgomery, C., Slater-MacLean, L., Jones, D.A., ... Gibney, N. (2010). A Survey of Nurses' Beliefs About the Medical Emergency Team System in a Canadian Tertiary Hospital. *American Journal of critical care*, 19(1), 74-83

Barney, G., & Glaser, P.H. (1998). *Doing Grounded Theory Issues and Discussions*. Mill Vally: Sociologypress

Bellomo, R., Goldsmith, D., Uchino, S., Buckmaster, J., Hart, G., Opdam, H., ... Gutteridge, G. (2004). Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on prospective morbidity and mortality rates. *Crit Care Med*, 32(4), 916-921.

Benbenishty, J., DeKeyser Ganz, F., Lippert, A., Bulow H-H., Wennberg E., Henderson B., ... Sprung, C. (2005) Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS study. *Intensive Care Medicine*, 32, 129-132.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. (T. Grundberg & B. Hedén Övers.). Lund: Studentlitteratur.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466

Chaboyer, W., & Conroy, K. (2015). Quality and safety. I L. Aitken, A. Marshall & W. Chaboyer (Red.), *ACCCN's critical care nursing* (upplaga 3 s.44-72) Chatswood, NSW: Elsevier Australia.

Chen, J., Bellomo, R., Flabouris, A., Hillman, K., Finfer, S, The MERIT Study Investigators for the Simpson Centre & the ANZICS Clinical Trials Group (2009). The relationship between early emergency team calls and serious adverse events. *Crit Care Med*, 37(1), 148-153.

Cretikos, M., & Hillman, K. (2003). The medical emergency team: does it make a difference? *Internal Medicine Journal*, 33, 511-514.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och metod* (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.

DeVita, M. A., Braithwaite, R. S., Mahidhara, R., Stuart, S., Foraida, M., & Simmons, R. L. (2004). Use of medical emergency team responses to reduce hospital cardiopulmonary arrests. *Qual Saf Health Care*, 13, 251-254.

Gunnarsson, B.M., Warre´n Stomberg, M. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*, 17,83-89.

Hederström, P., & Andersson, L. (2017). SIR:s riktlinjer för intensivvårdens registrering av vårdbegäran på inläggande patienter med eller utan stöd av MIG (Mobil Intensivvårdsgrupp). Hämtad 2017-12-28 från [www.icuregsw.org/Documents/Guidelines/Vardbegaran](http://www.icuregsw.org/Documents/Guidelines/Vardbegaran)

Hvarfner, A. (2012). Den kritiskt sjuka patienten utanför intensivvårdsavdelningen. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård*. (upplaga 2 s. 728-731)

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

Jones, D. W., & Lynch, C. N. (2009). Rapid Response Teams and Transport of the Critically Ill Patient. I P.G. Morton & D. Fontaine (Red.), *Critical care nursing: a holistic approach* (upplaga 9 s. 187-200) Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.

Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder*. ( S. Andersson, Övers.) Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

- Konrad, D., Jäderling, G., Bell, M., Granath, F., Ekbom, A., & Martling, C-R. (2010). Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team. *Intensive Care Med*, 36, 100-106.
- Lundberg, D. (2012). Intensivvårdsetik. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård*. (upplaga 2 s. 18-26)
- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A., Fratiglioni. (2008). Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Eldery Population in Sweden. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1198-1200.
- Nordlund, K., & Joelsson-Alm, E. (2009). Mobil intensivvårdsgrupp ger bättre patientövervakning och trygg personal. *Läkartidningen*. 106(42), 2690-2693
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing Research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Psirides, A., Hill, J., & Hurford, S. (2013) A review of rapid response team activation parameters in New Zealand hospitals. *Resuscitation*, 84, 1040-1044.
- Rees, J., King, G., & Schmitz, K. (2009). Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. *Nursing Ethics*, 16 (4), 436-452.
- Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning - legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Hämtad 17-11-10 från [http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf)
- Schein, R. M., Hazday, N., Pena, M., Ruben, B. H., & Sprung, C. L. (1990). Clinical Antecedents to In-Hospital Cardiopulmonary Arrest. *Chest*, 98(6), 1388–1392.
- Searle Leach, L., & M. Mayo, A. (2013) Rapid Response Teams: Qualitative analysis of their effectiveness. *American Journal Of Critical Care*, 22(3), 198-209.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Smith, J., & Roberts, R. (2011). Vitalparametrar i sjuksköterskans perspektiv: en introduktion till kliniska observationer. Lund: Studentlitteratur

Spångfors, M. (2015a). Regional riktlinje för NEWS – National Early Warning Score. Hämtad 2018-05-04 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/news---regional-riktlinje-2017-05-19.pdf>

Spångfors, M. (2015b). Regional riktlinje för MIG – mobil intensivvårdsgrupp. Hämtad 2017-11-08 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/mig---mobil-intensivvardsgrupp---regional-riktlinje-2017-05-19.pdf>

Spångfors, M., Arvidsson, L., Karlsson, V., & Samuelson, K. (2016). The National Early Warning Score: Translation, testing and prediction in a Swedish setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, (37). 62-67. doi.org/10.1016/j.iccn.2016.05.007

Stubberud, D-G. (2009). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivvård - avancerad omvårdnad och behandling* (s. 19-23). Lund: Studentlitteratur.

Sørli, V., Jansson, L., Norberg A. (2003). The meaning of being in ethically difficult care situations in paediatric care as narrated by female Registered Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17. 285–292.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet (2017). God Forsknings sed, Hämtad 2018-05-07 från [file:///C:/Users/perss/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/God-forskningssed-2017.pdf](file:///C:/Users/perss/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/God-forskningssed-2017.pdf)

Wihlborg, J. (2017). *The ambulance nurse aspects on competence and education* (Doktorsavhandling, universitetet, Lund, 978-91-7619-456-0)

## National Early Warning Score (NEWS)

Fysiologiska parametrar	3	2	1	0	1	2	3
Andningsfrekvens	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Syremättnad*	≤91	92-93	94-95	≥96			
Tillförd syrgas		Ja		Nej			
Temperatur	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Systoliskt bltr	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Pulsfrekvens	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Medvetandegrad**				A			V, P, U

\*För patienter med en bekräftad låg habituell syremättnad kan läkaren, då denne är övertygad om att det föreligger en låg habituell syremättnad, ordinera att parametern syremättnad i skalan utgår och ersätts med följande poängbedömning avseende syremättnad: ≥90 % =0p, 89-88 % =1p, 87-86 % =2p, ≤85 % =3p

\*\*Medvetandegrad: A=Alert, V=Voice (reagerar med ögonöppning, tal eller rörelse vid tilltal/kraftiga tillrop), P=Pain (reagerar vid smärtstimulering), U=Unresponsive (reagerar ej vid tilltal/smärtstimulering)

## Åtgärdsskala utifrån NEWS poäng

NEWS POÄNG	ÖVERVAKNINGS FREKVENNS	KLINISK ÅTGÄRD
0	Minst var 12:e h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortsätt övervaka NEWS enl den rekommenderade övervakningsfrekvensen</li> </ul>
Totalt: 1-4	Minst var 4-6:e h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informera ansvarig SSK om poängen</li> <li>Ansvarig SSK ska göra en bedömning om övervakningsfrekvensen ska ökas samt behov av läkarbedömning</li> </ul>
Totalt 5-6 eller 3 i en enskild parameter	Minst 1 ggr/h (Avsteg från övervakningsfrekvens kan göras av ansvarig läkare efter bedömning av patienten)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brådskande bedömning av ansvarig läkare</li> <li>Överväg vård med möjligheter till patientöversyn</li> </ul>
Totalt ≥7	Kontinuerlig monitorering utav vitala parametrar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarig SSK ska omedelbart tillkalla ansvarig läkare</li> <li>Överväg omedelbar kontakt med MIG-team för bedömning</li> <li>Överväg att flytta patienten till en högre vårdnivå</li> </ul>



## Intervjuguide

### Bakgrundsfrågor:

Ålder?

Kön?

Antal års erfarenhet av IVA och MIG?

Nuvarande arbetsplats?

### Huvudfråga:

Berätta om dina upplevelser av att ingå i den mobila intensivvårdsgruppen.

### Följdfrågor:

Kan du beskriva närmare?

Kan du ge ett exempel?

### Fördjupningsfrågor/temafrågor:

Kompetens

Samarbete

Hjälpmedel – utrustning

Tid

Etik

Organisation

Rollfördelning