



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av patientbedömning i samband med MIG-uppdrag

En kvalitativ intervjustudie

Helena Eriksson och Ann-Sofi Jonsson

År 2019

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning intensivvård
Examensarbete inom intensivvårdssjuksköterskans kunskapsområde 15 hp

Handledare: Maria Randmaa
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon

Sammanfattning

Bakgrund: Intensivvårdssjuksköterskan ingår tillsammans med en narkosläkare i en Mobil Intensivvårdsgrupp (MIG). Om en patient på en vårdavdelning påvisar försämring i vitala parametrar och misstänks ha en begynnande organsvikt konsulteras MIG som tillsammans med patientansvarig läkare och sjuksköterska utvärderar och bedömer patienten. MIG rekommenderar därefter en behandling eller flyttar patienten till intensivvårdsavdelning.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter i samband med MIG-uppdrag samt vad de beaktar i samband med bedömningen.

Metod: Studien genomfördes med en kvalitativ ansats och beskrivande design. Elva intensivvårdssjuksköterskor intervjuades med hjälp av semistrukturerade intervjuer.

Resultat: Det framkom sex huvudkategorier i resultatet: *Att vara förberedd och ha information har betydelse för bedömning, Att använda sina sinnen och erfarenhet vid bedömning, Att samarbeta med andra personalkategorier har betydelse, Att använda hjälpmedel vid bedömning, Att ha upplevelser av miljön kring patienten i samband med bedömning, och Att begränsningar inverkar vid bedömning och fortsatt vård.*

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att strukturerad rapport, bra samarbete samt att använda hjälpmedel, klinisk blick och erfarenhet underlättade vid bedömningen.

Resultatet visade även att det tycktes finnas individuella skillnader i hur bedömningen utfördes och på vilka grunder besluten togs samt att hög belastning, stress, resursbrist, vårdbegränsningar och distraktion i omkringliggande miljö kunde ha inverkan på bedömning.

Slutsats: Studiens resultat har bidragit till att öka förståelsen av intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser vid bedömning av patienter i samband med MIG-uppdrag. Studiens resultat har också uppmärksammat att hög arbetsbelastning, stress, miljö, vårdbegränsningar och personalbrist kan ha inverkan vid bedömning av patienter.

Nyckelord: Intensivvårdssjuksköterska, Mobil intensivvårdsgrupp, Vårdbehovsbedömning

Abstract

Background: The intensive care nurse, together with an anesthetist, is included in a Medical emergency team (MET). If a patient in a ward demonstrates deterioration in vital parameters and is suspected having organ failure, MET is consulted, which together with the patient-responsible doctor and nurse evaluates and assesses the patient. Thereafter MET recommends treatment or move the patient to intensive care unit.

Aim: The aim of this study was to describe intensive care nurses experiences of assessing patients and what they consider in connection with the MET assessments.

Method: The study was performed with a qualitative approach and descriptive design. Eleven intensive care nurses were interviewed with semi-structured interviews.

Result: Six main categories appeared in the result: *To be prepared and have information is important for assessment, To use senses and experience when assessing, To cooperate with other staff categories is important, To use assessment tools, To have experiences of the environment around the patient in connection with the assessment, and that limitations affect the assessment and further care.* The intensive care nurses described that structured patient-information, good teamwork, using assessment tools, clinical judgement and experience made the assessment easier. The result also showed that there appeared to be individual differences in how the assessment was carried out and on what grounds the decisions were taken. High workload, stress, lack of resource, limitations in care and distraction in the environment could have an impact on assessment.

Conclusion: The results have contributed to increasing the understanding of the intensive care nurses experiences of assessing patients in connection with MET assignments. The results have also drawn attention to the fact that high workload, stress, environment, limitations in care and lack of resource can have an impact on patient assessment.

Key words: Intensive care nurse, Medical emergency team, Nursing assessment

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Mobil Intensivvårdsgrupp (MIG)	1
1.3 Intensivvårdssjuksköterska	2
1.4 Bedömning	3
1.5 Teoretisk referensram	4
1.6 Problemformulering	5
1.7 Syfte.....	5
2. Metod.....	5
2.1 Design.....	5
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	6
2.3 Datainsamlingsmetod	7
2.4 Tillvägagångssätt	8
2.5 Dataanalys	9
2.7 Forskningsetiska överväganden.....	11
3. Resultat	11
3.1 Att vara förberedd och ha information har betydelse för bedömning	12
3.2 Att använda sina sinnen och erfarenhet vid bedömning.....	13
3.3 Att samarbeta med andra personalkategorier har betydelse	14
3.3.1 Att samarbeta inom MIG-teamet.....	14
3.3.2 Att samarbeta med och ge stöd till avdelningspersonalen.....	15
3.3.3 Att ha olika syn vid bedömning.....	16
3.4 Att använda hjälpmedel vid bedömning.....	16
3.4.1 Att använda bedömningsformulär och övervakningsenheter	17
3.4.2 Att sakna fungerande hjälpmedel	17
3.5 Att ha upplevelser av miljön kring patienten i samband med bedömning	18
3.6 Att begränsningar inverkar vid bedömning och fortsatt vård.....	19
3.6.1 Att hög belastning och stress inverkar vid bedömning	19
3.6.2 Att vårbegränsningar har betydelse vid bedömning	19
3.6.3 Att begränsas av personalresurser	20
4. Diskussion	21
4.1 Huvudresultat	21
4.2 Resultatdiskussion	22
4.3 Metoddiskussion.....	26
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad	28
4.5 Förslag till fortsatt forskning	29
4.6 Slutsats.....	29
5. Referenser.....	30

1. Introduktion

1.1 Bakgrund

Patienter som behöver intensivvård uppvisar ofta en försämring i sina vitala parametrar i upp till 48 timmar före cirkulations- eller andningssvikt uppkommer vilket i många fall har kunnat förhindrats om åtgärder satts in i tid (Buist, Bernard, Nguyen, Moore & Anderson 2004; Fuhrmann, Lippert, Perner & Östergaard 2008; Mapp, Davis & Krowchuck 2013; Mitchell et al. 2010). För att tidigt ha möjlighet att identifiera kritiskt sjuka patienter på vårdavdelningen har Mobila Intensivvårdsgrupper (MIG) införts. Enligt Andersson, Olsson, Hvarfner och Engström (2006) får avdelningspersonalen vid införandet av MIG på vårdavdelningen, en utbildning i att identifiera tecken på svikt, att använda skattningsskalor samt i omhändertagandet av en svårt sjuk patient. Flera studier kom fram till att detta tillsammans med MIG bedömning visade sig ge en mycket god effekt då det efter införandet av MIG har blivit en signifikant minskning av hjärtstopp på sjukhus (Buist et al. 2002; Chen et al. 2016; Solomon, Corwin, Barclay, Quiddusi & Dannenberg 2016; Konrad et al. 2010). Det visade sig även att arbetet i en bedömningssituation kan medföra svårigheter. I en studie av Macintosh, Rainey och Sandall (2012) sågs att samarbete kunde påverkas av den hierarki som kan uppstå mellan läkare på olika utbildningsnivåer samt mellan läkare och sjuksköterskor. I samma studie påvisades det även att MIG, inför en bedömning, kan ha svårighet att förstå patientens tillstånd och vårdbehov om skattningsskalor inte användes som bedömningshjälpmedel.

1.2 Mobil Intensivvårdsgrupp (MIG)

För att tidigt kunna identifiera patienter med en potentiell risk för behov av intensivvård startades på Liverpool Hospital i Sidney, Australien 1990 Medical Emergency Team (MET). Den svenska motsvarigheten till MET är Mobil Intensivvårdsgrupp (MIG). I Sverige startades 2003 det första MIG på Universitetssjukhuset i Lund och har därefter införts på de flesta sjukhus i Sverige. MIG beskrivs som ett multidisciplinärt team bestående av narkosläkare och intensivvårdssjuksköterska. Avdelningsläkare och sjuksköterska kontaktar MIG som utvärderar, bedömer och behandlar patienten på vårdavdelning (Chan, Jain, Nallamothu, Berg & Sasson 2010; Nordlund & Joelsson-Alm 2009; Thomas, VanOyen-Force, Rasmussen, Dodd & Whildin 2007). I Sverige

bedrivs MIG-verksamheten enligt de riktlinjer som Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) utformat. Enligt dessa riktlinjer bygger MIG på att deras uppdrag ska verka konsultativt gentemot vårdavdelningen vars personal kontaktar MIG med en vårdbegäran då patienten påvisar definierade kritiska vitalparametrar och misstänks ha en begynnande organsvikt. En vårdbegäran består i att MIG bedömer patienten och om behovet finns, har uppföljande bedömningar till dess patienten är stabiliserad. MIG rekommenderar fortsatt behandling och beslutar på vilken vårdnivå den fortsatta vården ska bedrivas (SIR 2019). Två studier visade att då MIG startades upplevde intensivvårdssjuksköterskorna det som ett bekymmer att lämna sina egna patienter och att det var av stor vikt att det fanns andra resurser som kunde ta över patienten när de gick till vårdavdelningen (Shapiro, Donaldson & Scott 2010; Thomas et al. 2007). Detta kunde med tiden lösas genom att de intensivvårdssjuksköterskor som ingick i MIG hade ett minskat antal patienter som de vårdade på intensivvårdsavdelning (Thomas et al. 2007). Kommunikationen mellan MIG och avdelningspersonalen är av största vikt i bedömningssituationen. Flera studier påvisade att det råder delade meningar om hur avdelningspersonalen upplever kontakten med MIG (Bagshaw et al. 2010; Jones et al. 2006; McIntyre et al. 2012) men inga studier har hittats där intensivvårdssjuksköterskans upplevelser framkommer.

1.3 Intensivvårdssjuksköterska

Intensivvårdssjuksköterska är en legitimerad sjuksköterska som genomgått och avlagt examen inom specialistutbildning med inriktning mot intensivvård. Intensivvårdssjuksköterskan ska enligt Kompetensbeskrivningen (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening 2012) verka för en patientsäker vård och kunna bedöma den enskilde patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Intensivvårdssjuksköterskan ska initiera och samverka med olika personalkategorier och vårdteam för att ge patienten den bästa omvårdnaden under hela vårdförloppet samt arbeta konsultativt mot vårdavdelningarna (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening 2012). Enligt Stubberud (2009a) kräver dagens intensivvård självständighet och flexibilitet då många situationer är komplexa. Intensivvårdssjuksköterskorna behöver därmed en professionell skicklighet och kompetens som främjar patientens hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Stubberud (2009b) beskrev att dagens intensivvård är en av de mest tekniska omvårdnadsspecialiteterna och balanserar mellan teknologi och mänsklighet som två

motpoler. Detta kräver att intensivvårdssjuksköterskorna ska kunna kombinera omvårdnadsarbetet med att ansvara för teknisk avancerad utrustning (Stubberud 2009b). Flera studier har kommit fram till att intensivvårdssjuksköterskor enligt självskattningsstudier (DeGrande, Liu, Green & Stancus 2018; Lakanmaa, Suominen, Ritmala-Castrén, Vahlberg & Leino-Kilpi 2015) upplever sig ha en god klinisk kompetens vilket bland annat handlar om att i omvårdnadssituationen kunna bedöma patientens kliniska mående och att erfarenhet och fortbildning spelar stor roll i deras yrkesutövande. Samma studier påtalade dock att beroende på bland annat den komplicerade teknik som används på en intensivvårdsavdelning skattar de sig själva lägre när det gäller den professionella kompetensen. Intensivvårdssjuksköterskan erbjuder enligt Stubberud (2009b) specifik omvårdnad till akut och/eller kritiskt sjuka patienter som har eller kan utveckla svikt i ett eller flera livsviktiga organ. Arbetet innebär att intensivvårdssjuksköterskan kan ställas inför problematiska situationer som att bedöma frågan om vilka behov patienten har i situationer där dennes tillstånd snabbt kan förändras.

1.4 Bedömning

I föreliggande studie menas att bedömning är den patientbedömning som genomförs när MIG kommer till vårdavdelning i samband med en MIG-sökning.

Bedömningsskalan National Early Warning Score (NEWS) är ett validerat instrument som används för att tidigt upptäcka och åtgärda försämringar hos akut sjuka patienter. NEWS är utvecklat från det tidigare använda Early Warning Score (EWS) och gavs ut första gången 2012 av Royal College of Physicians (2017). NEWS2 är en vidareutveckling av NEWS med syftet att vid poäng > 5 misstänka att patienten har eller har risk att utveckla en sepsis, att nytillkommen förvirring kan tyda på kritisk klinisk försämring samt att patienter med diagnostiserad lungsjukdom bedöms efter speciella poäng gällande saturation och syrgasbehandling. De vitala parametrar som mäts är andningsfrekvens, saturation, kroppstemperatur, systoliskt blodtryck, pulsfrekvens, medvetandegrad eller nytillkommen förvirring och tillförd syrgas. Avvikande vitalparametrar ger poäng som summeras och utifrån poängen ges rekommendationer om hur ofta fortsatta kontroller bör göras, vilka åtgärder som ska tas och när kontakt med MIG bör övervägas (Royal College of Physicians 2017).

En studie påvisade att genom att med siffor kunna beräkna hur allvarligt patientens tillstånd är, blev avdelningspersonalen mer motiverad att använda NEWS samt vikten

av att agera på rätt sätt när de ser en försämring hos patienten (Spångfors, Bunkenborg, Molt & Samuelsson 2018). I en studie av Stafseth, Grönbeck, Lien, Randen och Lerdal (2016) framkom det att sjuksköterskor på vårdavdelning upplevde att NEWS var ett bra hjälpmedel och till stor hjälp för att kunna ta rätt beslut för sin patient. Flera studier visade att NEWS-skalan kan förbättra patientens tillstånd men det framkom också att NEWS-poängen ibland felberäknades och att det ska tas i beaktande (Friman, Bell, Djärv, Hvarfner & Jäderling 2018; Spångfors, Arvidsson, Karlsson & Samuelsson 2016). Även Downey, Tahir, Randell, Brown och Jayne (2017) uppgav i sin studie att trots att NEWS är en mycket bra skala för att förutse försämring hos patienten och har bevisats ge en minskad dödlighet så finns risken att skalan inte används på rätt sätt. Därför ansåg de att NEWS inte ska ersätta den kliniska bedömningen och helhetsbilden av patienten.

1.5 Teoretisk referensram

Virginia Hendersons omvårdnadsteori fokuserar på de grundläggande behov människan har i samband med sjukvård och betydelsen av att låta de mänskliga behoven bestämma sjukvårdens utformning. Henderson betonade vikten av interaktion och kommunikation mellan sjuksköterska och patient där de tillsammans strävar mot ett mål där patienten åter blir oberoende. Hon beskrev att det är väsentligt att sjuksköterskan bestämmer tillsammans med patienten och endast om patienten har ett tillstånd som gör denne helt hjälplös får sjuksköterskan bestämma åt patienten. Henderson ansåg att den grundläggande vården kan påverkas av symtom och förhållanden som alla bör tas i beaktande då patientens behov av vård bedöms. Hon beskrev även viktiga delfaktorer i den grundläggande sjukvården som till exempel andningsfunktion, kroppens uttömning, näringsfysiologi, kroppsställning, dygnsrytm, kroppstemperatur, skydda huden samt att hjälpa patienten att förmedla sig och ge uttryck för sina önskemål. Sjuksköterskan ska hjälpa patienten med omvårdnadsåtgärder och genom vårdprocessen med bedömning, planering, genomförande och utvärdering underlätta patientens välbefinnande (Henderson 1982). Hendersons teori kan knytas till kärnkompetensen personcentrerad vård där patientens individuella behov tillsammans med erfarenheten som vårdteamet har och med den bedömning som görs ger förutsättningarna till en planering för fortsatt vård (Edberg et al. 2015). De konsensusbegrepp som tolkas från Hendersons teori är människan, hälsa, världen och omvårdnad och där omvårdnad i föreliggande studie tolkas som det bärande begreppet vårdande.

1.6 Problemformulering

Att tidigt identifiera patienter med tecken på svikt i vitala organ och att åtgärda detta är av största vikt för det fortsatta välmåendet hos patienten. Därför är det viktigt att all vårdpersonal har kunskap i att bedöma patienten vilket ibland kan upplevas svårt då patientens vårdbehov ska bedömas utifrån alla aspekter. NEWS-skalan ger poäng utifrån olika vitalparametrar och är en del i bedömningen av patientens vårdbehov. Det framkom att NEWS-skalan och MIG kan förbättra resultatet i patientens behandling och har minskat antal hjärtstopp på sjukhus. Det framkom även att den sammantagna bilden av patienten ska ha företräde vid bedömningen, inte enskilda vitalparametrar, och att den kliniska bilden och symtomen som inte går att mäta ska ha lika stor del i bedömningen. Intensivvårdssjuksköterskan har därmed en väsentlig roll när det gäller att bedöma patientens omvårdnadsbehov i dessa situationer. Studier visade hur avdelningspersonalen upplever kontakten med MIG, men det saknas forskning som beskriver intensivvårdssjuksköterskors upplevelser i samband med bedömningssituationen och forskning på vad som kan inverka vid bedömningen förutom vitalparametrar i bedömningsskalan NEWS. Då studier visade att MIG har förbättrat resultatet för patienter på sjukhus anser författarna till föreliggande studie att bedömningen och de beslut som tas kan ha betydelse för patienten. Författarna valde därför att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter i samband med MIG-uppdrag och vill med det även synliggöra vad som kan ha betydelse vid bedömningen.

1.7 Syfte

Syftet med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter i samband med MIG-uppdrag samt vad de beaktar i samband med bedömningen.

2. Metod

2.1 Design

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats och beskrivande design (Polit & Beck 2012).

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

De elva informanterna valdes ut genom ändamålsenligt urval (Polit & Beck 2012). Undersökningsgruppen bestod av intensivvårdssjuksköterskor som arbetade på en intensivvårdsavdelning på ett sjukhus i Mellansverige. Inklusionskriterierna var att intensivvårdssjuksköterskorna skulle ha minst ett års yrkeserfarenhet som specialistsjuksköterska samt att de skulle ha medverkat vid minst två MIG-sökningar. Bemanningssjuksköterskor samt intensivvårdssjuksköterskor med enbart administrativ funktion exkluderades. Författarna till föreliggande studie satte inga ytterligare exklusionskriterier, detta för att få så stor variation som möjligt gällande till exempel ålder, antal MIG-uppdrag och antal år i yrket vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker studiens tillförlitlighet. De intensivvårdssjuksköterskor som passade in på studiens kriterier var 19 av 30, så 11 exkluderades. Sju av de 19 tillfrågade intensivvårdssjuksköterskorna tackade ja på första förfrågan, ytterligare fyra tackade ja efter en muntlig påminnelse och åtta tackade nej. Av de informanter som hade lämnat samtycke att delta var det ingen som valde att avbryta sin medverkan i studien. Nio kvinnor och två män deltog i studien. Informanterna var i åldrarna 30–61 år (median 47 år) och de hade jobbat som sjuksköterska mellan 1–20 år (median 7 år) och som intensivvårdssjuksköterska mellan 1,5–30 år (median 14 år). Antalet MIG-uppdrag som informanterna hade varit på uppskattades till mellan 2–23 uppdrag (median 8 uppdrag). Alla informanter hade genomgått grundutbildning till allmänsjuksköterska och specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård. Utöver specialistsjuksköterskeutbildningen hade flera av informanterna gått ytterligare utbildningar bl.a. handledarutbildning, kardiologi, neonatal intensivvård, byggnadsingenjör, barn- och ungdomsutbildning, och vidareutbildning inom anestesi. Det var stor variation i ålder, antal år i yrket som sjuksköterska/intensivvårdssjuksköterska samt antal uppskattade MIG-uppdrag vilket stärker studiens tillförlitlighet (Graneheim & Lundman 2004).

På intensivvårdsavdelningen där informanterna arbetade fanns det plats för sex intensivvårdspatienter med möjlighet till respiratorbehandling och fyra postoperativa platser som dagtid även används för konsultuppdrag, bland annat inläggningar av centrala ven-katetrar, el-konverteringar och inläggning av thoraxdränage. Totalt arbetade omkring 30 intensivvårdssjuksköterskor och 15 undersköterskor på avdelningen. Intensivvårdssjuksköterskan arbetade i team med en undersköterska och de

ansvarade tillsammans för 1–2 patienter. En intensivvårdssjuksköterska per arbetspass var koordinator och var den som blev larmad till hjärtstopp, trauma och MIG-sökning på sjukhuset tillsammans med en narkosläkare. Koordinatorn ansvarade även för inkommande remisser/konsultationer och för att assistera vid olika åtgärder. Om det var möjligt skulle koordinatorn inte ha ansvaret för någon egen patient, om det inte var möjligt så skulle koordinatorn ha en patient som inte var respiratorbehandlad för att lättare kunna gå ifrån avdelningen om det kom ett larm eller en MIG sökning. Det lokala dokumentet för MIG-rutinen på sjukhuset beskriver att intensivvårdssjuksköterskan vid en MIG-sökning informerar narkosläkaren och att de sedan gör en gemensam bedömning av patienten på vårdavdelningen. Enligt dokumentet ska skattningsskalan NEWS användas för att bedöma graden av svikt i vitala funktioner. MIG-teamet föreslår åtgärder efter bedömningen och informerar ansvarig avdelningsläkare. Införandet av MIG och NEWS på det aktuella sjukhuset genomfördes stegvis och startades med kirurgavdelningen som pilot-avdelning år 2013. Idag NEWS-bedömer personalen patienterna på alla sjukhusets avdelningar. Inför införandet fick all avdelningspersonal en utbildning innehållande teori och praktiska övningar. På sjukhuset där föreliggande studie ägde rum utfördes det 70 MIG-uppdrag år 2017 och 64 MIG-uppdrag år 2018.

2.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen utfördes av författarna (H.E & A-S.J) som sedan tidigare har tio respektive nio års erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska på vårdavdelning (ortoped,- kirurg- och hjärt/medicinavdelning). Båda författarna har medverkat vid och ansvarat för införandet av NEWS-bedömningar på sina tidigare arbetsplatser. Vid tillfälle då föreliggande studie ägde rum utförde författarna sin specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot intensivvård. Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer vilket enligt Polit och Beck (2012) innebär att författarna genom en strukturerad intervjuteknik i förväg vet vilka frågor de vill ställa men inte vilka svar informanten kommer att ge. En intervjuguide användes där författarna i början av alla intervjuer ställde bakgrundsfrågor angående kön, ålder, antal år inom yrket samt vilket antal MIG-uppdrag som intensivvårdssjuksköterskan uppskattningsvis hade varit på. Därefter ställdes sju frågor utifrån studiens syfte och ett antal följdfrågor att välja på för att utveckla och följa upp svaren.

För att i enlighet med Polit och Beck (2012) öka studiens giltighet genomfördes en pilotintervju med en intensivvårdssjuksköterska som hade arbetat på den aktuella intensivvårdsavdelningen i 12 år och uppskattningsvis medverkat vid 20 MIG-uppdrag. Pilotintervjun transkriberades av författarna och skickades sedan till handledaren via mail för återkoppling vilket ytterligare stärker studiens tillförlitlighet. Efter återkopplingen lades några fler frågor till i intervjuguiden. Pilotintervjun inkluderades inte i studien eftersom den inte gav tillräckligt uttömmande svar mot syftet samt för att ändringar i intervjuguiden gjordes efteråt. För att ytterligare styrka studiens tillförlitlighet och giltighet var båda författarna med vid intervjuerna och samma intervjuguide användes till samtliga intervjuer (Graneheim & Lundman 2004; Polit & Beck 2012). Vid intervjuerna var en av författarna ansvarig för intervjun utifrån intervjuguiden och en var åhörare med möjlighet att ställa följdfrågor.

I enlighet med Polit och Beck (2012) ställde författarna öppna frågor för att uppmuntra informanten att tala fritt och svara med egna ord. Följande huvudfrågor ställdes: *Kan du beskriva hur du upplever det att bedöma patienten när du kommer ut på ett MIG-uppdrag? Kan du berätta om det finns något annat sätt som du bedömer patienten på, förutom NEWS? Hur upplever du miljön kring patienten i samband med bedömningen? Berätta om samspelet och samarbetet med övrig personal i bedömningssituationen. Förklara hur du tänker angående patientbedömningen och de resurser som finns att tillgå. Finns det något annat som du upplever påverkar bedömningen av patienten i samband med MIG-uppdrag, kan du ge fler exempel på vad du tycker påverkar bedömningen? Hur önskar du att MIG-uppdraget skulle gå till?* Följdfrågor ställdes under de flesta intervjuer, exempel på dessa var *kan du ge exempel på... kan du utveckla...* I slutet av varje intervju ställdes frågan *Är det något mer du vill tillägga?*

2.4 Tillvägagångssätt

Ansökan om tillstånd att genomföra intervjustudien skickades via post till verksamhetschefen för berörd klinik och ett skriftligt godkännande erhöles. Författarna till föreliggande studie kontaktade vårdenhetschef på berörd avdelning för att lämna information om studien samt för att ta del av vilka intensivvårdssjuksköterskor som passade in på studiens kriterier. Arbetsgruppen på den aktuella avdelningen fick en kort information om studien på en arbetsplatsträff av vårdenhetschef då författarna inte själva kunde delta på mötet. Informationsblad med kort information om studiens syfte,

förfrågan om deltagande och samtyckesblad delades ut i postfack och via e-post till de 19 intensivvårdssjuksköterskor som passade in på studiens kriterier. Sju informanter lämnade samtycke antingen via samtyckesblad i författarnas postfack, via e-post eller muntligt och fick delta i studien. Efter två veckor lämnades en muntlig påminnelse som riktades till de intensivvårdssjuksköterskor som författarna ansåg hade mycket att tillföra studien. Efter muntlig påminnelse rekryterades ytterligare fyra informanter. Informanterna fick själva välja plats för intervjuerna, samtliga genomfördes i ett avskilt rum på det aktuella sjukhuset. Intervjuerna spelades in med både diktafon och röstinspelare på bärbar dator för att säkerställa tillgång till insamlad data om det skulle bli något fel på den tekniska utrustningen. Innan varje intervju fick informanterna återupprepad information om studiens syfte av författarna och det gavs möjlighet till frågor om det fanns några oklarheter. De flesta intervjuer skedde i anslutning till informanternas arbetspass, tre intervjuer gjordes enligt önskemål av informanterna på en ledig dag. Den kortaste intervjun tog 10 minuter och den längsta tog 32 minuter, med en median på 23 minuter. Intervjuerna var tänkta att utföras under en fyraveckorsperiod men genomfördes under en sjuveckorsperiod. Merparten, sju intervjuer, genomfördes under vecka 2-3 2019, men på grund av informanternas ledighet och arbete på annan ort genomfördes resterande fyra intervjuerna under vecka 7-8 2019.

2.5 Dataanalys

Intervjutexterna i föreliggande studie bearbetades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Vid kvalitativ innehållsanalys analyserar författarna det insamlade datamaterialet genom att identifiera skillnader och likheter och därmed kunna beskriva variationer i materialet (Granskär & Höglund-Nielsen 2015). Analysarbetet började med att varje intervju transkriberades ordagrant direkt efter intervjutillfället av den författare som gjort intervjun. Intervjutexterna lästes sedan igenom av båda författarna för att på så sätt få en känsla för innehållet. Därefter analyserade författarna hälften av de transkriberade intervjuerna var och valde ut relevant information som svarade mot syftet, vilket benämns meningsbärande enheter. För att stärka studiens tillförlitlighet granskade författarna sedan varandras analyser för att säkra att inget av innehållet förlorats. För att göra texten mer lätthanterlig utan att förlora kärnan i innehållet, kondenserades de meningsbärande enheterna. De kondenserade meningsbärande enheterna abstraherades sedan till koder. Koderna delades in utifrån likheter och skillnader under åtta subkategorier och sex

huvudkategorier vilket utgör det manifesta, uppenbara innehållet i texten, se exempel av analysprocessen i tabell 1. Författarna har valt ut citat från texten för att stärka varje subkategori och öka studiens giltighet och överförbarhet. Vid två tillfällen diskuterade författarna tillsammans med handledare och andra författare analysprocessen vilket ytterligare stärker studiens giltighet (Graneheim & Lundman 2004).

Tabell 1 *exempel på analysprocessen*

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
dom har nån vagn eller vad dom går med blodtrycksmanschett och syresätt..., saturationsmätare och sånt på plats liksom, så det är ju bra om det finns, och det gör det ju oftast på plats vid sängen, på plats i salen, och när man är på HIA då ligger dom ju oftast uppkopplad, då är det ju väldigt lätt att göra en ny NEWS bedömning, då får man ju alla parametrar aktuell förutom tempen ju.	Det finns oftast övervakningsenheter på plats vid patienten och det underlättar vid NEWS-bedömning då man får alla aktuella parametrar utom tempen.	Att bedömnings-enhet finns på plats underlättar bedömning.	Att använda bedömnings-formulär och övervaknings-enheter.	Att använda hjälpmedel vid bedömning.
man ska nog va lite ödmjuk när man kommer till arbetsplatser så man inte trampar nån på tårna, för då nästa gång ringer dom inte MIG å då kan det va nån som verkligen behöver ha tillsyn.	Bemöta personalen med respekt och ödmjukhet så att dom känner sig trygga att be om hjälp.	Inser betydelsen av att skapa trygghet i samarbetet.	Att samarbeta med och ge stöd till avdelnings-personalen.	Att samarbeta med andra personalkategorier har betydelse.
...det kan vara mycket sjukvårdspersonal i gruppen eller ingen alls, man stå helt själv å fråga efter personalen - vem är det som ansvarig här och ja va var är ansvariga doktorn?	Ibland är det mycket personal, ibland får man leta efter personal och ansvarig doktor.	Ibland ensam, får leta efter ansvarig personal.	Att begränsas av personal-resurser.	Att begränsningar inverkar vid bedömning och fortsatt vård.

2.7 Forskningsetiska överväganden

De intensivvårdssjuksköterskor som uppfyllde kriterierna fick *enligt informationskravet* skriftlig information, där informanternas uppgift i projektet beskrevs, att det var frivilligt och att deltagandet när som helst kunde avbrytas. Samtycke till deltagande inhämtades *enligt samtyckeskravet* muntligt och skriftligt. Informanterna upplevdes inte stå i beroendeförhållande till författarna. Materialet kodades och hanterades konfidentiellt *enligt konfidentialitetskravet*, och resultatet som presenterades i studien kan inte härledas till personen. Insamlade uppgifter och intervjumaterial förvarades i ett låst skåp under tiden studien genomfördes och destruerades efter att examensarbetet var godkänt. De insamlade uppgifterna användes endast till studiens syfte och ändamål *enligt nyttjandekravet* (CODEX, forskningsetiska principer 2018). En bedömning har gjorts gällande informanternas risk för obehag eller risk i jämförelse mot studiens nyttoaspekt (Helsingforsdeklarationen 2013). Studien riktade sig till personal och innebär för deltagarna inte någon uppenbar risk för fysisk eller psykisk skada. Författarna till studien hanterade inga känsliga personuppgifter eller ställde några frågor om deltagarens egen hälsa. Därför skickades ingen ansökan till forskningsetiska rådet (Vetenskapsrådet 2017).

3. Resultat

Analysen genomfördes utifrån intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter i samband med MIG-uppdrag samt vad de beaktar i samband med bedömningen. Analysen resulterade i sex huvudkategorier: *Att vara förberedd och ha information har betydelse för bedömning*, *Att använda sina sinnen och erfarenhet vid bedömning*, *Att samarbeta med andra personalkategorier har betydelse*, *Att använda hjälpmedel vid bedömning*, *Att ha upplevelser av miljön kring patienten i samband med bedömning*, och *Att begränsningar inverkar vid bedömning och fortsatt vård*. Tre av huvudkategorierna innehåller subkategorier och tre av huvudkategorierna innehåller inga subkategorier. Resultatet presenteras nedan i löpande text, stärkt med citat. Varje citat avslutas med en siffra inom parentes som representerar vilken intensivvårdssjuksköterska (2–12) som citatet är hämtat från. Som tidigare nämnts så inkluderades inte pilotintervjun vilket är anledningen till att intensivvårdssjuksköterska (1) inte finns med. Resultatet presenteras direkt under huvudkategorierna där det inte

finns några subkategorier och under respektive subkategori där det finns subkategorier. Nedan visas en tabell över resultatets huvud- och subkategorier (tabell 2).

Tabell 2. Tabell som visar resultatets huvud- och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Att vara förberedd och ha information har betydelse för bedömning	
Att använda sina sinnen och erfarenhet vid bedömning	
Att samarbeta med andra personalkategorier har betydelse	<ul style="list-style-type: none"> • Att samarbeta inom MIG-teamet • Att samarbeta med och ge stöd till avdelningspersonalen • Att ha olika syn vid bedömning
Att använda hjälpmedel vid bedömning	<ul style="list-style-type: none"> • Att använda bedömningsformulär och övervakningsenheter • Att sakna fungerande hjälpmedel
Att ha upplevelser av miljön kring patienten i samband med bedömning	
Att begränsningar inverkar vid bedömning och fortsatt vård	<ul style="list-style-type: none"> • Att hög belastning och stress inverkar vid bedömning • Att vårdbegränsningar har betydelse vid bedömning • Att begränsas av personalresurser

3.1 Att vara förberedd och ha information har betydelse för bedömning

Utifrån rapporten vid MIG-sökning beskrev intensivvårdssjuksköterskorna att de hörde hur akut problemet var. Om det var brådskande ansågs det vara viktigare att gå och ta hand om patienten än att läsa på bakgrundsinformation i journalen eftersom det inte fanns tid att förbereda sig. Att sakna information om vitala parametrar vid MIG-sökning ledde till känsla av att det var oklart vad som var grunden till MIG-sökningen och att informationen som ansågs ha betydelse i bedömningen fick efterfrågas eller eftersökas.

“Sen har det faktiskt hänt nån gång att när dom har ringt att man inte får dom här NEWS poängerna, utan man bara säger... nja men då vi vill ha ett MIG uppdrag... men man har inte tagit dom här poängerna, så då vet jag inte riktigt vad dom går på egentligen”... (6)

Intensivvårdssjuksköterskorna berättade om hur de arbetade fram en plan i huvudet när de var på väg till bedömningen utifrån tänkbara situationer, tex. om patienten skulle

behöva flyttas till intensivvårdsavdelningen och att de inte riktigt visste vad som väntade och att de funderade över hur allvarligt sjuk patienten egentligen var. De intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att informationen som uppgavs av avdelningspersonalen utgjorde en påbörjad del av bedömningen. Utifrån rapporten kunde intensivvårdssjuksköterskorna sortera informationen och fundera kring vad det aktuella problemet kunde vara och vad som kunde ha betydelse i situationen. Det uppgavs vara olika och personbundet om rapporten var tydlig eller otydlig. En strukturerad och tydlig rapport upplevdes leda till snabbare åtgärd och underlättade bedömningen. En ostrukturerad och otydlig rapport ansågs leda till svårighet att förstå det aktuella problemet och vilken hjälp som egentligen önskades av MIG-teamet.

“Oftast har det varit lite ovisst kan jag tycka det... ööh... det beror lite grann på upplever jag vem man har fått rapport av om den personen är strukturerad och har ett väldigt tydligt, det är det här som vi uppfattar som ett problem, då går det oftast mycket snabbare å kunna sortera ut och bedöma patienten bättre tycker jag” (3).

Det framkom även att det var viktigt med muntlig rapport om dokumentation i journalen inte hade hunnits med, och att fråga personalen på plats som kände patienten bäst. Att veta hur patientens tillstånd hade förändrats över tid och vilka sjukdomar patienten hade sedan tidigare hade inverkan vid bedömningen eftersom det då var lättare att förstå vad som kunde vara det aktuella problemet och vilka besvär som var nytillkomna.

3.2 Att använda sina sinnen och erfarenhet vid bedömning

Genomgående uttryckte intensivvårdssjuksköterskorna att de använde sina sinnesintryck vid bedömningen av patienterna. Att ha erfarenhet i yrket gav en klinisk blick som kunde leda till snabbare åtgärd och underlätta i bedömningen. De beskrev innebörden av första känslan när de kom in i rummet, att se, lukta, känna och lyssna.

“bara jag kommer in i rummet så kan jag ju göra mig en uppfattning om att här har vi en kritiskt dålig patient eller här är det lite lugnare, liksom det är ju kanske erfarenheten som gör det, att man ser ganska omgående hur pass allvarligt det är då” ... (6).

Den första ordväxlingen med patienten tycktes också ge information, om tex. kognitiv förmåga och patientens egen upplevelse av problemet. Intensivvårdssjuksköterskorna uppgav även att de i första hand tittade hur patienten såg ut och bildade sig en uppfattning utifrån klinisk blick innan NEWS-bedömning och hjälpmedel användes. De lade inte fokus på vilka NEWS-poäng som patienten hade utan använde istället sig själva som redskap.

“Men du har händerna och ögonen.... Du behöver inte nå mer (skratt) egentligen...kan känna på pulsen, du har en puls här då har den ett blodtryck i alla fall, och har dom inget här då får man väl leta nån annanstans, och då vet man ju att dom har jättelågt blodtryck, så man behöver inte så mycket saker” (4).

Det första intrycket var något som flera av intensivvårdssjuksköterskorna ansåg hade stor betydelse i bedömningen. Dock nämndes risken av att missa något om all fokus lades på något uppenbart symtom vid första anblicken.

3.3 Att samarbeta med andra personalkategorier har betydelse

Under denna huvudkategori framkom tre subkategorier: *Att samarbeta inom MIG-teamet, Att samarbeta med och ge stöd till avdelningspersonalen och Att ha olika syn vid bedömning.*

3.3.1 Att samarbeta inom MIG-teamet

Samarbetet med narkosläkaren i MIG-teamet var något intensivvårdssjuksköterskorna genomgående upplevde som välfungerande. De berättade att de som intensivvårdssjuksköterska och narkosläkare ofta utförde bedömningen på liknande sätt, att kommunikationen mellan dem var tydlig och att undersökningen blev effektiv samt att det gav en känsla av trygghet att gå på uppdragen tillsammans. Vid tillfällen då narkosläkare inte fanns på plats kunde det ändå kännas tryggt att veta att narkosläkare kunde kontaktas via telefon. Att veta sina roller och ha vana sedan tidigare att arbeta nära tillsammans och gå på andra uppdrag tillsammans var något som tycktes ha en positiv betydelse för samarbetet.

“De har funkat hur bra som helst, vi kommunicerar...alltså jag tror att det är för att vi jobbar så tigt, på ett helt annat sätt på IVA jämfört med vad man gör med en doktor på avdelning, de e så att vi har en dialog hela tiden när man är där inne i rummet, å vad ska vi göra, å kan du fixa ett dropp, å kan du göra de, ja nej jag tycker att de har aldrig varit ett problem aldrig ett bekymmer, å vi går ju på så mycket uppdrag med hjärtstopp å allting så vi får ju lära oss å arbeta med dom här doktorerna, jag tror det är de... vi har redan grundbra samarbete med varann” (12).

Det nämndes också att det var roligt att känna sig delaktig när bedömningen utfördes tillsammans med narkosläkaren men att läkaren var den som tog beslut och hade yttersta ansvaret. Intensivvårdssjuksköterskorna berättade också att läkaren i MIG-teamet vid få tillfällen kunde vara stressad, uppföra sig otrevligt, forcera bedömningen, ta över bedömningen helt eller göra bedömning som intensivvårdssjuksköterskorna tyckte var fel och att de kunde känna att de inte blev lyssnad på. Att inte vara överens om beslut som togs då narkosläkare bromsade övertag av patienter till IVA var svårt att acceptera och gav en känsla av otillfredsställelse.

3.3.2 Att samarbeta med och ge stöd till avdelningspersonalen

De intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna uppgav att de mestadels hade ett bra samarbete med sjuksköterskor och undersköterskor på vårdavdelningarna, att de blev väl mottagna när de kom och att avdelningspersonalen var samarbetsvilliga, tacksamma över att få hjälp, engagerade, duktiga, glada och behjälpliga med att ge information och hämta saker. Intensivvårdssjuksköterskorna uppgav att det var viktigt med bra samarbete, att kunna ge och ta, ha en god relation och att ha en dialog tillsammans.

“För det mesta tycker jag samarbete är jättebra, för när man kommer upp så är dom hjälpsam, dom är glad att vi kommer, dom tycker det är skönt att liksom få lämna över på nå vis”... (4).

I vilken utsträckning avdelningspersonalen var behjälpliga ansågs kunna bero på vilken utbildningsgrad de hade, hur länge de jobbat i yrket och om det var en vikarie eller inhyrd personal. Det påtalades också att avdelningspersonalen ibland kunde överlåta allt till MIG-teamet och att de kunde upplevas som osäkra och oerfarna.

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev också att det vid något tillfälle hade blivit diskussioner om vem som skulle bestämma över patienten samt att det försvårade bedömningen och var tidskrävande med missförstånd. Att känna medlidande för att avdelningssjuksköterskan inte fått tillräckligt med stöd av sin läkare nämndes också. Bedömningen tycktes underlättas av ett bra samarbete och att ha avdelningspersonalen på plats. Intensivvårdssjuksköterskorna berättade att de såg sig själva som ett stöd, en resurs och att de var försiktiga med att uppfattas som någon som kommer och styr och bestämmer. De uppgav att de insåg vikten av att bemöta avdelningspersonalen med respekt och ödmjukhet för att det ska kännas tryggt att be MIG-teamet om hjälp. Det framkom även att intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att avdelningspersonalen blev lugna, kände trygghet och förlitade sig på MIG-teamet när de kom. Vid vissa uppdrag kunde intensivvårdssjuksköterskorna få känslan av att problemet var diffust och att det mer var avdelningspersonalen som behövde stöd att fatta beslut. Att kunna hjälpa till kändes bra och det ansågs viktigt att göra en fortsatt plan för att undvika försämring av patienterna.

...”det var väl lite mera så här diffust som i slutändan kanske inte hade behövt så mycket MIG egentligen det var mera personalen behövde stötning i vad dom behövde fatta för beslut och göra saker”... (3).

3.3.3 Att ha olika syn vid bedömning

Intensivvårdssjuksköterskorna uppgav att de även hade upplevt vissa svårigheter i samband med bedömningen. Något som nämndes flera gånger var att ha olika syn vid bedömning. Det upplevdes vara individuella skillnader hur bedömning utfördes och på vilka grunder beslut togs. Intensivvårdssjuksköterskorna berättade att avdelningspersonalen och MIG-teamet ibland fick olika bedömningsresultat av samma patient och hade olika uppfattning om patientens tillstånd. När MIG-teamet kom kunde vitalparametrarna vara inaktuella och intensivvårdssjuksköterskorna kände sig osäkra på om bedömningen från avdelningen verkligen stämde.

... ”för man vet inte hur dom har bedömt dom, dom kan va sämre än vad dom har bedömt dom när man kommer upp å, så det är lika bra att gå på en gång”... (4).

En del MIG-uppdrag ansågs onödiga och något som avdelningssjuksköterskorna borde ha kunnat hanterat själva samt diskuterat med sin avdelningsläkare. Andra gånger ansåg intensivvårdssjuksköterskorna att avdelningspersonalen inte hade reagerat i tid och misstänkte att bedömning hade missats. Att kontakt med MIG-teamet togs för sent och att patientens tillstånd var sämre än förväntat.

“En patient hade jättejobbigt med andningen, dom hade nog kunnat ringt lite tidigare...så skulle jag säga för han var rikt... han tog vi bara å gick, vi gjorde ingen bedömning ens... (12).

Det framkom även vara skillnad mellan olika läkare i MIG-teamet och på vilka grunder patientens behov av intensivvård bedömdes. Fanns det lediga platser på IVA ansågs det ibland lättare att patienterna flyttades till IVA än om det var platsbrist.

... ”det är skillnad vilka dom, hur dom gör sin bedömning och vilka dom tycker att vi ska ha då, men det ska ju vara patienter som kräver intensivvård”... (8).

Intensivvårdssjuksköterskorna nämnde också att det kändes svårt att begränsa vården och att det kändes fel att medverka till beslut om vårbegränsningar samt att det var läkarens ansvar. Det sades också att det troligen var individuellt bland intensivvårdssjuksköterskorna hur viktigt de ansåg att det var med MIG-uppdrag, att det prioriterades olika. Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte en önskan om att de skulle arbeta mera lika i bedömningssituationen.

3.4 Att använda hjälpmedel vid bedömning

Under denna huvudkategori framkom två subkategorier: *Att använda bedömningsformulär och övervakningsenheter* och *Att sakna fungerande hjälpmedel*.

3.4.1 Att använda bedömningsformulär och övervakningsenheter

Bedömningsformuläret (MIG-journalen) med NEWS-skalan uppgavs av intensivvårdssjuksköterskorna vara ett bra hjälpmedel som underlättade bedömningen. Att MIG-uppdraget upplevdes strukturerat och rutinmässigt med objektiv bedömning efter mallen på formuläret. Poängbedömningen enligt NEWS-skalan ansågs vara ett bra hjälpmedel för att upptäcka svåra tillstånd i tid. Dock kunde det upplevas som att poängen i enskilda vitalparametrar kunde ge en bättre bild av situationen än den totala NEWS-poängen samt att det var tidskrävande att räkna ihop poängen.

... ”säger dom att han har NEWS 12, ja okej men vad är det för parametrar som sticker ut? Ja det är andningen och blodtrycket, mhm, okej, då får man ju ganska klar blick”... (4).

Något som också påtalades av intensivvårdssjuksköterskorna var risken av att få missvisande höga NEWS-poäng om patientens grundsjukdomar också gav poäng i bedömningen. När förnyat bedömningsformulär skulle användas ansåg intensivvårdssjuksköterskorna att de hade behövt kompletterande genomgång av formuläret innan. Det nämndes att bedömningsformuläret var lite svårt då det innehöll för mycket text och två sidor på protokollet som gjorde det lätt att glömma bort något. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att patienterna tidigare var i sämre skick när de kom till IVA, innan poängbedömningen enligt NEWS infördes på sjukhuset.

“Det är jättebra att dom har infört det här med NEWS, alltså man gör poängbedömning på patienter, för förut fick vi in patienter i mycket sämre skick än vad vi får idag för nu hinner vi få liksom en hint om att den här håller på att kanske gå in i en sepsis förut kunde dom ju komma ner brakdålig”... (6).

Intensivvårdssjuksköterskorna berättade också att det fanns en flyttbar övervakningsenhet på hjul på avdelningarna som förenklade möjligheten att ta blodtryck, puls, saturation och temp. Denna övervakningsenhet fanns oftast på plats vid patienten vilket underlättade att ta vitalparametrarna och utföra bedömningen.

... ”oftast när man kommer dit så har dom ju ett skåp med, med där man kan mäta temp o blodtryck o saturation så det brukar ju funka, det brukar vara på plats”... (11).

3.4.2 Att sakna fungerande hjälpmedel

De intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna uppgav även att de hade upplevt problem med bedömningshjälpmedlen. Det kunde vara blodtrycksmanschetter som var trasiga eller stetoskop som fungerade väldigt dåligt vilket tycktes ge en känsla av frustration i samband med bedömningen.

... ”ibland har jag sprungit på, på avdelningarna att det är blodtrycksmanschetter som går sönder å inte fungerar å sånt här kan det ju va väldigt frustrerande å stå där om du vill ha ett blodtryck å så har jag ingenting å ta blodtrycket med”... (3).

Avsaknad av viss utrustning på vårdavdelningarna uttrycktes bland intensivvårdssjuksköterskorna och även att de ibland behövde leta efter olika föremål. Ett problem som nämndes var att behöva räkna andningsfrekvensen själv, vilket kunde upplevas som svårt om patienten pratade samtidigt. Det framkom även att intensivvårdssjuksköterskorna kände att hjälpmedel saknades eftersom de hade vana från IVA att ha många hjälpmedel och uppkopplad övervakningsutrustning på alla patienter. Att det ibland fanns en osäkerhet om vilka hjälpmedel som fanns på avdelningarna påtalades och att det då kunde vara enklare att ta med egna hjälpmedel än att leta.

... ”just om det är nån som har problem med A och B liksom då öh är jag lite osäker på om dom har svalgtub om dom har näskantarell, nån gång när jag har gått så har jag stoppat i fickan när jag går... i fall att”... (9).

3.5 Att ha upplevelser av miljön kring patienten i samband med bedömning

Miljön på vårdavdelningen upplevdes av intensivvårdssjuksköterskorna som stökig vilket gjorde att det var svårt att få den information som behövdes och att genomföra bedömningen. Samtidigt så var uppfattningen att situationen kändes lugn då ansvarig personal fanns på plats. Det upplevdes trångt på patientsalen och i korridoren vilket upplevdes stressande om patienten var i behov av att flyttas till IVA för fortsatt vård. En av svårigheterna med att bedöma patienter på vårdavdelningen uppgavs vara att patienter ofta delar rum med någon annan patient och då kunde patienten bredvid höra och kommentera allt som sades. Andra uppgav att de inte upplevde detta som ett problem utan kunde koncentrera sig på bedömningen.

”Stökigt liksom, ofta kommer man ju upp och då ligger dom ju ofta på en två-sal, har jag upplevt i alla fall, och då är ju grannen med och hör alltihop” (8).

Ibland upplevdes det som en svårighet att bedöma patienten på natten då salen varit nedsläckt och för att inte väcka patienten bredvid. Vid dessa tillfällen önskades det att patienten hade flyttats till ett behandlingsrum för att lättare kunna övervaka och bedöma. I vissa fall blev teamet distraherad av att avdelningsläkaren krävde att patienten skulle flyttas till IVA direkt och då hade de inte möjlighet att i lugn och ro bedöma patienten. Intensivvårdssjuksköterskorna blev även distraherade i

bedömningsituationen av att få så mycket information att det upplevdes svårt att fokusera på patienten.

”Man har mött läkare som fort man kommit in, att vi måste ta med patienten till avdelning eller till IVA för patienten är så sjuk, å som inte har liksom gett sig med det liksom, nu får ni ta med patienten till avdelning, å innan vi har gjort ett status på patienten, eller gjort en bedömning” (2).

3.6 Att begränsningar inverkar vid bedömning och fortsatt vård

Under denna huvudkategori framkom tre subkategorier: *Att hög belastning och stress inverkar vid bedömning, Att vårdbegränsningar har betydelse vid bedömning och Att begränsas av personalresurser.*

3.6.1 Att hög belastning och stress inverkar vid bedömning

Intensivvårdssjuksköterskorna uppgav att de även vid hög arbetsbelastning prioriterade att gå på MIG-uppdragen då avdelningspersonalen och patienten var i behov av hjälp. Ibland upplevdes det som olämpligt att lämna IVA då de som koordinator hade mycket att göra och kände sig stressade över att lämna sina övriga arbetsuppgifter.

”Ibland kan vi ju ha jättefullt på IVA och kanske ha svårt att komma ifrån men man gör ju allt man kan för att det ska gå liksom, och sen är det ju sagt att vi har en halvtimmes inställetid så oftast hinner vi ju ordna det under den tiden, men är det nån gång när vi har hur fullt som helst på IVA då får ju doktorn gå själv, och det har ju hänt flera gånger också att vi inte haft resurser o följa med som sköterska” (6).

De intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna upplevde det ibland som om patienten inte fick fortsatt vård på rätt vårdnivå om det var fullt på IVA, men att det ofta gick att omstrukturera om så behövdes. I vissa fall fanns det inte möjlighet att gå ifrån, eller att narkosläkaren var upptagen. Ibland upplevdes det som om bedömningen blev lidande och forcerad på grund av stress från både läkare i MIG-teamet och avdelningssjuksköterska.

”Det är väl dels min egen stressnivå, öh, går jag som koordinator från ett väldigt stressigt IVA där jag har väldigt mycket som jag håller på med då ligger ju det och gror bak i huvudet hela tiden å vet att jag måste skyndsamt titta på det här kanske...” (3).

3.6.2 Att vårdbegränsningar har betydelse vid bedömning

Genomgående uppgav intensivvårdssjuksköterskorna att vårdbegränsningar leder till att patienten fortsätter att vårdas på vårdavdelningen men att MIG-teamet kan finnas som stöd om behovet finns. Att inte få information om vårdbegränsningar för patienten eller att vårdbegränsningar inte var beslutade var något som intensivvårdssjuksköterskorna upplevde som en brist när de blev kallade på MIG-uppdrag. Det uppgavs att om de vetat

om de vårdbegränsningar som fanns hade det inte blivit ett MIG-uppdrag utan vårdavdelningen hade själva kunnat ge god omvårdnad.

”han hade varit så dålig å han var så pass gammal så att å jag fick ju dåliga värden, han var ju helt borta så, Mm, men å då sa jag att det här måste ni ju ta reda på, ni måste ju ringa till eran läkare å fråga är det här full satsning nu då så vi ska ta han till IVA, å så, öh, å det gjorde dom ju, å det visade sig att de det skulle vi ju inte, nej, å då kan man ju också tänka på att då påverkar det ju egentligen, att hade man börjat där så kanske inte man hade gjort ett MIG-uppdrag” (7).

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att patientens ålder och bakgrundssjukdomar ledde till att läkaren i bedömningssituationen beslutade om vårdbegränsningar eftersom vård på IVA inte skulle leda till någon större förbättring i patientens tillstånd. I något fall hade intensivvårdssjuksköterskorna varit med om att patienterna har försämrats under bedömningen och då har besluten behövts omvärderats.

”ja det är väl sjukdomar och ålder skulle jag väl säga, om dom ska komma till oss eller inte, det brukar väl va det som är, man gör ju allting som går för dom här där och då, men sen om dom ska till oss eller inte är ju så klart ålder å sjukdomar, om vi kan verkligen om det kommer bli bättre, å komma vidare, eller om det kanske är dags å avsluta” (12).

3.6.3 Att begränsas av personalresurser

De intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna påtalade att de saknade personal på plats vid bedömningen, framförallt var det den patientansvarige avdelningsläkaren som saknades. Detta upplevdes som nonchalant beteende, skapade dålig stämning, ansågs som brist i rutin och det kändes jobbigt och konstigt. Det framkom också att läkaren i MIG-teamet kunde vara upptagen och att intensivvårdssjuksköterskan ibland fick bedöma ensam vilket kunde kännas som ett stort och betungande ansvar som var nervöst, svårt och kravfyllt samt att det kunde ha inverkan på bedömningen. Att bedöma en patient med akut tillstånd utan läkarstöd benämndes som skrämmande.

...”när man känner plötsligt att man har hela ansvaret ja.. öh det var lite betungande också att att man ingen alltså ingen doktor hade att bolla med att man helt plötsligt själv fick bestämma vad gör vi nu egentligen ja öh ja men det händer ju inte så ofta att man är helt själv”...(5).

Det som intensivvårdssjuksköterskorna också påtalade var personalbristen på vårdavdelningarna och att behöva leta och jaga efter ansvarig personal.

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att de saknade en intermediär avdelning då en del av patienterna varit i för dåligt tillstånd för att egentligen vårdats på en vårdavdelning men heller inte varit i behov av intensivvård.

”patienten kanske inte är ett IVA fall men kanske behöver lite mer resurser ändå, kanske skulle mer behöva intermediärvård än att hamna på intensivvården, mm, men det, så är det ju, det är ju så det är med, när det inte finns nån sån avdelning” (11).

Det påtalades upprepade gånger att de upplever att avdelningarna saknar personalresurser för att vårda en försämrad patient och att de upplevde det som om patienterna fick ligga ensam på grund av avdelningens resursbrist. Det upplevdes frustrerande att känna att resurserna på avdelningarna inte skulle räcka till och att inte kunna hjälpa till så mycket som det önskades. Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte förståelse och medkänsla för avdelningspersonalens situation med tung belastning och resursbrist. De uppgav även att patienterna ibland behövde stanna på vårdavdelning då det natttid var svårt att omfördela platser eller tillkalla fler resurser till IVA, men att intensivvårdssjuksköterskan då kunnat ge stöd till avdelningssjuksköterskan. Tidpunkten på dygnet ansågs ha betydelse vid bedömning eftersom det både på IVA och vårdavdelningarna fanns mindre personalresurser under natten och att trötthet kunde inverka på personalens kapacitet att bedöma patienten. Det ansågs även vara lättare att få avdelningspersonalen att stanna på plats vid bedömningen på dagtid då det fanns mera resurser då än på natten.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Syftet med föreliggande studie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter i samband med MIG-uppdrag samt vad de beaktar i samband med bedömningen. Det framkom sex huvudkategorier i resultatet: *Att vara förberedd och ha information har betydelse för bedömning, Att använda sina sinnen och erfarenhet vid bedömning, Att samarbeta med andra personalkategorier har betydelse, Att använda hjälpmedel vid bedömning, Att ha upplevelser av miljön kring patienten i samband med bedömning, och Att begränsningar inverkar vid bedömning och fortsatt vård.* Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att strukturerad rapport, bra samarbete samt att använda hjälpmedel underlättade vid bedömningen.

Intensivvårdssjuksköterskorna ansåg också att erfarenhet och klinisk blick hade stor betydelse i bedömningen och att det fanns en trygghet i att bedöma tillsammans med läkaren. Resultatet visade även att det tycktes finnas individuella skillnader i hur bedömningen utfördes och på vilka grunder besluten togs samt att hög belastning, stress, resursbrist, vårdbegränsningar och distraktion i omkringliggande miljö kunde ha inverkan på bedömning och fortsatt vård.

4.2 Resultatdiskussion

I föreliggande studie framkom det att intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att bedömningen av patienten inte bara utgjordes av bedömningsformuläret med NEWS-skalan utan att bedömningen även bestod av andra aspekter. Det framkom att erfarenhet och klinisk blick hade stor betydelse i bedömningen och att intensivvårdssjuksköterskorna använde sina sinnesintryck som att se, lukta, känna och lyssna när de bedömde patienterna. Att de fick en första känsla när de kom in i rummet och bildade sig en uppfattning utifrån intrycken som sedan ledde till snabbare åtgärd och underlättade vid bedömningen. Det här sättet att bedöma patienterna på, att använda både den kliniska blicken och bedömningsskalor är ett sätt som stärks av flera studier (Downey et al. 2017; McGaughey, O'Halloran, Porter & Blackwood 2017a; McGaughey, O'Halloran, Porter, Trinder, & Blackwood 2017b). I en studie av Downey et al. (2017) framkom det att bedömningsskalor inte kunde ersätta den kliniska bedömningen och att de istället skulle användas som komplement i bedömningen. Det framkom även en oro över att helhetssynen kunde gå förlorad med dessa bedömningshjälpmedel som kunde ses som ett hot mot den kliniska bedömningen. En studie av McGaughey et al. (2017b) visade att erfaren personal använde bedömningsskalor som stöd tillsammans med kliniska subjektiva kännetecken vid bedömning av patienterna samt att erfarenhet av intensivvård förbättrade kunskapen att identifiera tecken till försämring hos patienterna. Även Virginia Henderson (1982) påtalade i sin omvårdnadsteori att de mänskliga grundbehoven analyseras genom att titta på patienten, att se hur patienten andas, att se om kroppsställningen tillåter andningsmusklerna att arbeta bra, och att känna lukter samt att veta vad som avviker från det normala. Henderson understryker att förmågan att bedöma patientens behov fodrar intuition, kunskaper och ett gott omdöme.

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev i föreliggande studie att det kändes viktigt att vara förberedd inför bedömningen. Bedömningen ansågs påbörjas utifrån rapporten och att intensivvårdssjuksköterskorna började förbereda sig mentalt utifrån tänkbara situationer innan de kom fram till patienten. Att få rätt och strukturerad information ansågs i föreliggande studie leda till snabbare åtgärd och underlätta bedömningen. Detta bekräftas i en studie av Moreira, Ramos, Ligório och Junqueira (2018) men även kommunikationen har påvisats som en viktig del i MIG-teamets effektivitet (Jackson 2017; Searle Leach & Mayo 2013). Författarna till föreliggande studie anser att

kommunikationsverktyget SBAR är ett bra hjälpmedel som bör användas för att informationen ska överföras snabbt och strukturerat vilket även påtalas i en studie av Astroth, Woith, Stapleton, Degitz och Jenkins (2013). I en annan studie av Mackintosh et al. (2012) rekommenderades användning av SBAR i samband med MIG-uppdrag vilket tycktes underlätta rapport i akuta situationer, medan andra studier (McGaughey et al. 2017b; McGaughey et al. 2017a) påvisar att kommunikationsverktyget SBAR inte används regelbundet, trots rekommendationer.

Att ha ett bra samarbete, både inom MIG-teamet och med avdelningspersonalen var också viktigt och underlättade bedömningen enligt intensivvårdssjuksköterskorna i föreliggande studie. De uppgav att det kändes tryggt att bedöma patienten tillsammans med läkaren i MIG-teamet. Intensivvårdssjuksköterskorna i föreliggande studie berättade att de gav stöd till avdelningspersonalen och att de var angelägna om att det skulle kännas tryggt att be MIG-teamet om hjälp. Ibland kunde stress ha en negativ inverkan på samarbetet både inom MIG-teamet och med avdelningspersonalen. Något som framkom i en studie av Astroth et al. (2013) var att avdelningspersonalen kunde uppleva en negativ attityd med nedlåtande ton och kroppsspråk från MIG-teamet vilket kunde bidra till att de inte ville kontakta MIG-teamet igen.

Intensivvårdssjuksköterskorna i föreliggande studie lyfte denna aspekt och insåg betydelsen av att skapa en god och trygg relation med avdelningspersonalen och författarna till denna studie instämmer. Resultatet i föreliggande studie visar även att det fanns individuella skillnader i hur bedömningen utfördes och på vilka grunder beslut togs. I en studie av Mackintosh et al. (2012) ansågs det utmanande för MIG-teamet med individuella skillnader då det varierade vilka beslut och åtgärder som togs beroende på vilken personal och vilken läkare som var i tjänst. En annan studie av Bagshaw et al. (2010) visade att det fanns olika åsikter om hur patienten skulle hanteras när MIG-teamet var på plats. I föreliggande studie hade avdelningspersonalen och MIG-teamet ibland olika syn vid bedömning och att de kunde få olika bedömningsresultat av samma patient. Något som framkom i flera studier (Downey et al. 2017; Friman et al. 2018; McGaughey et al. 2017b) är att det förekommer en del inkorrekta summeringar av NEWS-bedömningar vilket kanske kan ses som en del av förklaringen till problemet. Patientens tillstånd kan också förändras på kort tid och enligt Henderson (1982) behöver patientens plan kunna justeras kontinuerligt allteftersom patientens ändrade behov kräver detta. Resultatet i föreliggande studie visade att intensivvårdssjuksköterskorna

ansåg att en del MIG-uppdrag var onödiga och något som avdelningspersonalen skulle ha hanterat själva och andra gånger kunde de uppleva att avdelningspersonalen kontaktade MIG-teamet för sent. Intensivvårdssjuksköterskorna visste inte anledningarna till att det blev så, men det fanns misstankar om att NEWS-bedömningar missades på avdelningarna. Något som kan inverka till sen kontakt med MIG-teamet är tidsbrist, stor arbetsbelastning, hierarkisk kultur på sjukhuset, brist på förståelse för MIG-team, rädsla för kritik, delegering av arbetsuppgifter, brist på erfarenhet och att misslyckas med att känna igen försämring hos patienterna (McGaughey et al. 2017a). Hierarki framkom även i en annan studie av Moreira et al. (2018) som en faktor som kan störa och fördröja MIG-teamets arbete.

Att vid bedömning använda sig av formulär med NEWS-poäng och övervakningsenheter visade sig vara vanligt förekommande bland intensivvårdssjuksköterskorna i föreliggande studie. Det ansågs underlätta med hjälpmedlen och bedömningen beskrevs som strukturerad och rutinmässig. Några negativa aspekter som framkom i denna studie var att det kunde bli missvisande höga NEWS-poäng, den totala NEWS-poängen gav en dålig bild av vilka vitala parametrar som var påverkade och ibland var hjälpmedel trasiga, fungerade dåligt eller saknades på avdelningarna. En review av Jensen, Skar och Tveit (2017) påvisade att bedömningsskalor (Early Warning Score) var användbara för att säkerställa patientsäkerheten och upptäcka försämringar hos patienterna. I samma review framkom det att bedömningsskalan var lätt att lära sig, gav objektiv information som bevis för det kliniska och att det var ett bra kommunikationsverktyg. Dock framkom det också en risk för ökad arbetsbelastning och minskad kompetens att bedöma och hantera själv samt att det kunde vara svårt när NEWS-poängen var låga och inte stödde det beslut som ville tas.

Vissa intensivvårdssjuksköterskor i föreliggande studie beskrev miljön i samband med bedömningen som stökig och distraherande medan andra beskrev den som lugn då ansvarig personal fanns på plats. Att distraktion förekommer är något som även stärks av andra studier (Potter et al. 2005; Hopkinson & Wiegand 2017) där det framkom att sjuksköterskans arbete ofta påverkas av avbrott och störningar vilket kan leda till distraktion som hindrar sjuksköterskans fokus och uppmärksamhet under patientvård. I föreliggande studie framkom det även att det var svårt med sekretessen eftersom

patienten ofta delade rum med annan patient och att det kunde vara trångt både inne på salen och i korridoren på avdelningarna. I en studie av Søndergard Larsen, Hedegaard Larsen och Birkelund (2013) framkom det att patienter på en vårdavdelning upplever en brist på avskildhet och att det kunde vara svårt eller nästan omöjligt att skapa integritet. Patienterna kunde uppleva det som besvärande men oftast accepterade de sjukhusmiljön och föredrog flerbäddsrum tillsammans med andra patienter.

Vid hög arbetsbelastning på IVA ansågs det inte vara lämpligt att gå på MIG-uppdrag och i vissa fall ansågs det inte vara möjligt att gå alls enligt intensivvårdssjuksköterskorna i föreliggande studie. De uppgav att de kände sig stressade över att ha lämnat patienter på IVA som de hade ansvar för och att det kunde leda till forcerad bedömning. Att ha ansvar för egna patienter och samtidigt vara personal i MIG-team ger en negativ inverkan och en tung arbetsbörda vilket även bekräftas i en studie av Benin, Borgstrom, Jenq, Roumanis och Horwitz (2012).

Resultatet i föreliggande studie visade även att vårdbegränsningar samt patientens ålder och bakgrundssjukdomar hade betydelse vid bedömningen av patienterna vilket även Henderson (1982) belyste. Henderson menade att individens vårdbehov påverkas av ålder, sinnestillstånd, kulturell bakgrund, psykisk balans, fysisk och intellektuell kapacitet och att grundvården även påverkas av olika symtom vid sjukdomstillstånd. Vården behöver därför anpassas efter patientens individuella förutsättningar och behov. I föreliggande studie uttrycktes det en önskan bland intensivvårdssjuksköterskorna om att informationen om vårdbegränsningar skulle vara tydlig i samband med MIG-uppdrag. En studie av Jackson (2017) visade att MIG-teamet blir inkopplat vid vård i livets slut och teamet kan då ställas inför svåra beslut. Det kan kännas frustrerande för MIG-teamet att höja patientens vårdnivå med vetskapen om att chansen är mycket liten till ett positivt resultat och att ha svåra samtal med anhöriga när de bara är där på konsultuppdrag.

Intensivvårdssjuksköterskorna i föreliggande studie berättade att det ibland kunde saknas både personal från avdelningen och personal från MIG-teamet på plats vid bedömningen samt att det kändes som ett stort och betungande ansvar att bedöma patienten själv. Andra studier (Searle Leach & Mayo 2013; Jackson 2017; McGaughey et al. 2017a) stödjer betydelsen av att fungera och arbeta bra tillsammans i teamet vid

bedömningen. På sjukhuset där studien genomfördes finns en lokal MIG-rutin där det beskrivs att MIG-teamet har 30 minuters inställetid samt att intensivvårdssjuksköterska och läkare gemensamt ska bedöma patienten. Rutinen beskriver också att om patientansvarig avdelningsläkare inte har möjlighet att närvara vid bedömningen ska denne informeras via telefon. Författarna till föreliggande studie anser att den lokala rutinen är tydlig och att intensivvårdssjuksköterskorna i studien verkade ha god kännedom om rutinen. Författarna anser också att bristerna i rutinen som uppgavs vid hög arbetsbelastning och resursbrist kan vara svåra att förbättra när det är brist på personal.

4.3 Metoddiskussion

Graden av trovärdighet i kvalitativa studiers datamaterial och analys bedöms med hjälp av kriterierna för giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman 2004).

Utifrån syftet genomfördes föreliggande studie med en kvalitativ ansats och beskrivande design, vilket passar för att undersöka och få en djupare förståelse för ett fenomen (Polit & Beck 2017). Ändamålsenligt urval användes för att få variation i variablerna antal år i yrket, ålder och antal MIG-uppdrag. Intensivvårdssjuksköterskorna hade upplevt det som författarna önskade undersöka och passade därför för ändamålet. Att välja deltagare med olika ålder och varierande erfarenheter bidrar till att spegla det studerade fenomenet från olika aspekter vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker studiens giltighet.

De vanligaste metoderna för att samla in kvalitativa data är genom intervjuer och observationer (Polit & Beck 2017). I föreliggande studie användes semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. En studies giltighet stärks av att välja lämplig metod för datainsamling och författarna anser att den valda metoden är lämplig för föreliggande studie. För att i enlighet med Polit och Beck (2017) öka studiens giltighet ytterligare genomfördes en pilotintervju som transkriberades och granskades av författarnas handledare. Några fler frågor lades till i intervjuguiden efter det och pilotintervjun inkluderades inte i studien eftersom den inte gav tillräckligt uttömmande svar mot syftet. En svaghet i föreliggande studie är att ingen ytterligare pilotintervju genomfördes efter att ändringar i intervjuguiden gjordes. Samma intervjuguide

användes vid samtliga intervjuer vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker studiens tillförlitlighet och författarna ställde öppna frågor för att uppmuntra intensivvårdssjuksköterskorna att tala fritt och med egna ord. Författarna hade dock kunnat ställa flera följdfrågor för att få mera utvecklade svar och fylligare resultat.

Intervjuerna transkriberades ordagrant och i nära anslutning till intervjutillfället av den författare som hade ansvarat för respektive intervju. Detta för att författarna lättare skulle få en tydlig helhetsbild av intervjuerna innan intryck förlorades ur minnet. Tidsperioden för datainsamlingen blev längre än författarna hade räknat med vilket anses som en svaghet i studien. Ytterligare en svaghet med denna studie är att en av intervjuerna tidsmässigt är kort men eftersom innehållet i intervjun svarade väl mot studiens syfte inkluderades även denna. I enlighet med Polit och Beck (2017) var platsen för intervjuerna ett avskilt rum för att försöka att skapa en ostörd och avslappnad miljö samt bevara intensivvårdssjuksköterskornas integritet.

För att analysera det insamlade datamaterialet i denna studie användes kvalitativ innehållsanalys som i enlighet med Polit och Beck (2017) är lämpligt för att identifiera teman och mönster. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter där datamaterialet bryts ner till mindre enheter utan att förlora kärnan i innehållet. Analysen genomfördes utifrån processens olika steg till subkategorier och kategorier vilket stärker studiens giltighet. Båda författarna läste varandras transkriberingar och granskade varandras analyser för att säkra att inget av innehållet förlorades. Vid två tillfällen diskuterade författarna tillsammans med handledare och andra författare analysprocessen vilket ytterligare stärker studiens giltighet. I resultatet har varje subkategori stärkts med citat från intervjutexterna och därigenom ökat studiens giltighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Båda författarna till föreliggande studie har teoretisk kunskap och tidigare erfarenheter inom det studerade ämnet vilket ger en förförståelse som kan ha präglat analysen. Enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2015) finns det också olika uppfattningar om forskarens förförståelse bör utnyttjas eller inte i kvalitativa studier. Vissa tycker att förförståelsen inte ska användas i processen och andra tycker att den ska användas för att få möjlighet till en djupare förståelse. Författarna till föreliggande studie försökte att analysera data objektivt utan att använda sin förförståelse men tolkningarna kan ha

påverkats omedvetet. Då föreliggande studie genomfördes på ett mindre sjukhus har författarna sedan tidigare en arbetsrelaterad relation med de intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna vilket kan vara en svaghet ur ett forskningsetiskt perspektiv om informanterna inte velat svara uppriktigt på frågorna (Polit & Beck 2017). Författarna upplevde dock inte att detta var något hinder i föreliggande studie. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevdes inte stå i beroendeförhållande till författarna.

Överförbarheten i en studie berör i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper. Författarna kan ge förslag om överförbarhet men det är läsarens eget val om resultatet är överförbart till annan kontext (Graneheim & Lundman 2004). I föreliggande studie beskrivs urval, deltagare och sammanhang, datainsamling och analys noggrant samt följs av en utförlig presentation av resultatet vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) stödjer läsaren att själv kunna bedöma överförbarheten.

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

I föreliggande studie framkom ostrukturerad eller ofullständig rapport som ett problem. Att arbeta med kommunikationsverktyget SBAR har i en studie av Bonds (2018) visat sig förbättra både rapport och dokumentation. Författarna till föreliggande studie anser att det finns möjlighet att förbättra rapporterna om kommunikationsverktyget SBAR används mer konsekvent. Ett annat problem som framkom i denna studie var de individuella skillnaderna i hur bedömningen utfördes och på vilka grunder beslut togs. Ett förslag från författarna i denna studie och som även nämndes av intensivvårdssjuksköterskorna är att ha någon gemensam information eller utbildning för att öka möjligheten att utföra bedömningen mer likvärdigt.

Intensivvårdssjuksköterskorna i föreliggande studie berättade att det kändes stressigt att behöva lämna patienter som de själva ansvarade för på IVA och att det inte kändes bra att behöva belasta sina kollegor mer, vilket även bekräftas i en studie av Benin et al. (2012). Författarna till föreliggande studie menar att det bästa vore om den intensivvårdssjuksköterska som går på MIG-uppdrag har en lättare arbetsbörda och inte har ansvaret för egna patienter på IVA. Resultatet i föreliggande studie påvisar vad som kan ha betydelse vid bedömning i samband med MIG-uppdrag. Författarna till föreliggande studie anser att det är viktigt att personalen är medveten om detta när bedömningarna utförs för att patienterna ska få en rättvis bedömning utifrån sina

individuella behov. Bedömningen är underlag till beslut och det är viktigt att patientsäkerheten sätts i fokus och att patienten vårdas på rätt vårdnivå utifrån sina behov.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Författarna till föreliggande studie anser att resultatet i studien kan användas som underlag vid förbättringsarbeten inom området. Det finns en del forskning om avdelningssjuksköterskans upplevelse av MIG-teamet och bedömningssituationen men författarna till föreliggande studie har inte kunnat hitta någon forskning om intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av bedömningssituationen så det är ett område där fortsatt forskning behövs. Ett annat förslag från författarna är att vidare studera vilka faktorer som kan påverka bedömningen av patienten. Ytterligare ett intressant ämne att studera är samarbetet och hur det skulle kunna förbättras. Författarna till föreliggande studie anser att det skulle vara positivt att öka personalens förståelse för varandras verksamheter.

4.6 Slutsats

Studiens resultat kan bidra till att öka förståelsen av intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser vid bedömning av patienter i samband med MIG-uppdrag.

Intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att rapport, samarbete, bedömningshjälpmedel samt klinisk blick och erfarenhet har betydelse vid bedömning. Studiens resultat har också uppmärksammat att hög arbetsbelastning, stress, miljö, vårdbegränsningar och personalbrist kan ha inverkan vid bedömning av patienter.

5. Referenser

Andersson, C., Olsson, M., Hvarfner, A. & Engström, M. (2006). Mobil intensivvårdsgrupp gav färre hjärtstopp och bättre arbetsmiljö. *Läkartidningen*, 103(46), pp. 3613–3616.

Astroth, K.S., Woith, W.M., Stapleton, S.J., Degitz, R.J. & Jenkins, S.H. (2013). Qualitative exploration of nurses' decisions to activate rapid response teams. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19-20), pp. 2876–2882. doi:10.1111/jocn.12067

Bagshaw, S.M., Mondor, E.E., Scouten, C., Montgomery, C., Slater-MacLean, L., Jones, D.A., Bellomo, R. & 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), pp. 74-83. doi:10.4037/ajcc2009532

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 Quality & Safety*, 21(5), pp. 391-398. doi:10.1136/bmjqs-2011-000390

Bonds, R.L. (2018). SBAR Tool Implementation to Advance Communication, Teamwork, and the Perception of Patient Safety Culture. *Creative Nursing*, 24(2), pp. 116-123. doi:10.1891/1078-4535.24.2.116

Buist, M., Bernard, S., Nguyen, T.V., Moore, G. & Anderson, J. (2004). Association between clinically abnormal observations and subsequent in-hospital mortality: A prospective study. *Resuscitation*, 62(2), pp. 137-141. doi:10.1016/j.resuscitation.2004.03.005

Buist, M.D., Moore, G.E., Bernard, S.A., Waxman, B.P., Anderson, J.N. & Nguyen, T.V. (2002). Effect of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: Preliminary study. *BMJ*, 324(7334), pp. 1-5.

Chan, P.S., Jain, R., Nallmothu, B.K., Berg, R.A. & Sasson, C. (2010). Rapid Response Teams: A Systematic Review and Meta analysis *Archives of Internal Medicine*, 170(1), pp. 18–26. doi:10.1001/archinternmed.2009.424

Chen, J., Ou, L., Flabouris, A., Hillman, K., Bellomo, R. & Parr, M. (2016). Impact of a standardized rapid response system on outcomes in a large healthcare jurisdiction. *Resuscitation*, 107, pp. 47–56. doi:10.1016/j.resuscitation.2016.07.240

CODEX (2018) Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 24 mars 2019 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

DeGrande, H., Liu, F., Greene, P. & Stankus, J.-A. (2018). Developing professional competence among critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49, pp. 65–71. doi:10.1016/j.iccn.2018.07.008

Downey, C.L., Tahir, W., Randell, R., Brown, J.M. & Jayne, D.G. (2017). Strengths and limitations of early warning scores: A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 76, pp. 106–119. doi:10.1016/j.ijnursetu.2017.09.003

Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (2015). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur AB.

Friman, O., Bell, M., Djärv, T., Hvarfner, A. & Jäderling, G. (2018). National Early Warning Score vs Rapid Response Team criteria—Prevalence, misclassification, and outcome. *Anaesthesiologica Scandinavica*, 63(2), pp. 215–221. doi:10.1111/aas.13245

Fuhrmann, L., Lippert, A., Perner, A. & Östergaard, D. (2008). Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general awards. *Resuscitation*, 77(3), pp. 325–330. doi:10.1016/j.resuscitation.2008.01.009

- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), pp. 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2015). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Helsingforsdeklarationen (2013). WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 12 april 2019 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. 3. uppl., Borås: Centraltryckeriet AB.
- Hopkinson, S.G. & Wiegand, D.L. (2017). The culture contributing to interruptions in the nursing work environment: An ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), pp. 5093-5102. doi:10.1111/jocn.14052.
- Jackson, S.A. (2017). Rapid response teams: What's the latest? *Nursing*, 47(12), pp. 34–41. doi:10.1097/01.NURSE.0000526885.10306.21
- Jensen, J.K., Skar, R. & Tveit, B. (2017). The impact of Early Warning Score and Rapid Response Systems on nurses' competence: An integrative literature review and synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), pp. 256–274. doi:10.1111/jocn.14239
- Jones, D., Baldwin, I., McIntyre, D., Mercer, I., Miglic, A., Goldsmith, D. & Bellomo, R. (2006). Nurse's attitude to a medical emergency team service in a teaching hospital. *Quality and Safety in Health Care*, 15(6), pp. 427-432. doi:10.1136/qshc.2005.016956
- 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 Medicine*, 36(1), pp. 100–106. doi:10.1007/s00134-009-1634-x

- Lakanmaa, R.-L., Suominen, T., Ritmala-Castrén M., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. *BioMed Research International*, 2015, pp. 1-12. doi:10.1155/2015.536724
- Mackintosh, N., Rainey, H. & Sandall, J. (2012). Understanding how rapid response systems may improve safety for the acutely ill patient: learning from the frontline. *BMJ Quality & Safety*, 21(2), pp. 135-144. doi:10.1136/bmjqs-2011-000147
- Mapp, I.D., Davis, L.L. & Krowchuk, H. (2013). Prevention of Unplanned Intensive Care Unit Admissions and Hospital Mortality by Early Warning Systems. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(6), pp. 300-309. doi:10.1097/DCC.0000000000000004
- McGaughey, J., O'Halloran, P., Porter, S. & Blackwood, B. (2017a). Early warning systems and rapid response to the deteriorating patient in hospital: A systematic realist review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), pp. 2877–2891. doi:10.1111/jan.13398
- McGaughey, J., O'Halloran, P., Porter, S., Trinder, J. & Blackwood, B. (2017b). Early warning systems and rapid response to the deteriorating patient in hospital: A realist evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), pp. 3119–3132. doi:10.1111/jan.13367
- McIntyre, T., Taylor, C., Eastwood, G.M., Jones, D., Baldwin, I. & Bellomo, R. (2012). A survey of ward nurses' attitudes to the Intensive Care Nurse Consultant service in a teaching hospital. *Australian Critical Care*, 25(2), pp. 100-109. doi:10.1016/j.aucc.2011.10.003
- Mitchell, L.A., McKay, H., VanLeuvan, C., Berry, R., McCutcheon, C., Avar, B., Slater, N., Neeman, T. & Lamberth, P. (2010). A prospective controlled trial of the effect of a multi-faceted intervention on early recognition and intervention in deteriorating hospital patients. *Resuscitation*, 81(6), pp. 658-666. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.03.001

Moreira, A.A.S., Ramos, R.O., Ligório, A.B.S., Junqueira, K.D. & Corrêa, K.S. (2018). Rapid response team: what factors interfere with its performance? *Investigación Educación Enfermería*, 36(2), doi:10.17533/udea.iee.v36n2e05

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

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Potter, P., Wolf, L., Boxerman, S., Grayson, D., Sledge, J., Dunagan, C., Evanoff, B. (2005). Understanding the Cognitive Work of Nursing in the Acute Care Environment. *JONA*, 35(7–8), pp. 327-335.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (2012). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. (Broschyr). Stockholm: Åtta.45 Tryckeri AB.

Royal College of Physicians (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP, 2017. Hämtad 7 April 2019 från:
<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>

Searle Leach, L. & Mayo, A.M. (2013). Rapid response teams: Qualitative analysis of their effectiveness. *American Journal of Critical Care*, 22(3), pp 198-210.
doi:10.4037/ajcc.2013990

Shapiro, S.E., Donaldson N.E. & Scott, M.B. (2010). Rapid Response Teams - Seen through the eyes of the Nurse. *American Journal of Nursing*, 110(6), pp. 28-34.
doi:10.1097/01.NAJ.0000377686.64479.84

- Solomon, R.S., Corwin, G.S., Barclay, D.C., Quddusi, S.F. & Dannenberg, M.D. (2016). Effectiveness of Rapid Response Teams on Rates of In-Hospital Cardiopulmonary Arrest and Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Hospital medicine*, 11(6), pp. 438-445. doi:10.1002/jhm.2554
- Spångfors, M., Arvidsson, L., Karlsson, V. & Samuelsson, K. (2016). The National Early Warning Score: Translation, testing and prediction in a Swedish setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, pp. 62–67. doi:10.1016/j.iccn.2016.05.007
- Spångfors, M., Bunkenborg, G., Molt, M. & Samuelsson, K. (2018). The National Early Warning Score predicts mortality in hospital ward patients with deviating vital signs: A retrospective medical record review study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), pp. 1216–1222. doi:10.1111/jocn.14728
- Stafseth, S.K., Grönbeck, S., Lien, T., Randen, I. & Lerdal, A. (2015). The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, pp. 33-41. doi:10.1016/j.iccn.2015.07.008
- Stubberud, D.-G. (2009a). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (red.) *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur AB. pp. 19–23.
- Stubberud, D.-G. (2009b). Intensivvårdssjuksköterskans funktions- och ansvarsområden. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (red.) *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur AB. pp. 25–37.
- Svenska intensivvårdsregistret – SIR (2018). Hämtad 5 april 2019 från: <https://www.icuregswe.org/patient-och-narstaende/mobil-intensivvardsgrupp---mig/>
- Søndergard-Larsen, L., Hedegaard-Larsen, B. & Birkelund, R. (2013). A companionship between strangers – the hospital environment as a challenge in patient–patient interaction in oncology wards. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), pp. 395–404.

Thomas, K., VanOyen-Force, M., Rasmussen, D., Dodd, D. & Whildin, S. (2007).
Rapid Response Team: challenges, solutions, benefits. *Critical Care Nurse*, 27(1), pp.
20–27.

Vetenskapsrådet (2017) God forskningsed. Hämtad 24 Mars 2019 från:

https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed_VR_2017.pdf