

**SJUKVÅRDSPERSONALENS UPPLEVELSER AV ATT ARBETA I
TEAM PÅ EN AKUTMOTTAGNING UR ETT
PATIENTSÄKERHETSPERSPEKTIV**

En kvalitativ intervjustudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 2017-06-09
Kurs: Ht15

Författare:
Gunilla Gustavsson

Handledare:
Marie Tyrrell

Examinator:
Jörgen Medin

SAMMANFATTNING

En väl dokumenterad tillströmning av patienter, långa väntetider och extrem vårdplatsbrist ställer ökade krav på sjukvårdspersonalen på akutmottagningarna i Sverige. För att möta den ökade arbetsbelastningen möter verksamheter på akutmottagningarna upp med förändrade arbetssätt, för att hitta den optimala lösningen på hur sjukvårdspersonal ska arbeta i denna typ av verksamhet för att öka patientsäkerheten.

Syftet med denna studie var att beskriva sjukvårdspersonalens upplevelser av att arbeta i team på en akutmottagning ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Med sjukvårdspersonal i denna studie menas akutläkare, akutsjuksköterskor/sjuksköterskor och undersköterskor.

Metoden var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Totalt genomfördes sex stycken semistrukturerade intervjuer med sjukvårdspersonal från en akutmottagning i mellersta Sverige, inkluderat en pilotintervju som sedan transkriberades. Intervjuerna ägde rum under januari månad år 2017. Intervjuerna transkriberades och materialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet av sjukvårdspersonalens beskrivna upplevelser presenteras i sex kategorier: arbetssätt, trygghet, kommunikation, kompetensutveckling, hög belastning och patientflöde. Resultatet visar på att sjukvårdspersonalen på akutmottagningen upplever att teamarbete är ett bra arbetssätt och att det har lett till en förbättring i arbetsmiljön och en ökad patientsäkerhet. Jämfört med tidigare arbetssätt upplevs en ökad trygghetskänsla då personalen arbetar mer tillsammans och kan ges möjlighet att komplettera varandra. Sjukvårdspersonalen beskriver att alla som ingår i teamet är delaktiga kring den enskilda patienten. Kommunikationen mellan sjukvårdspersonalen har blivit bättre sedan teamarbetet infördes och ett ömsesidigt kompetensutbyte förmedlas då de ser patienten i teamet, ibland även tillsammans hela teamet. Nackdelar upplevde flera att det var svårt att komma på men någon beskrev det som en nackdel om man inte "klickar" med någon i teamet. Hög belastning, då många patienter vistas på akutmottagningen samtidigt, försvårar möjligheten att få till ett bra teamarbete när teamet splittras. Flera av sjukvårdspersonalen nämnde att framtagna processåtgärder, utefter varje besöksorsak i RETTS, gjorde att processen kring patienten kunde börja tidigare.

Utifrån resultatet i studien går det att dra slutsatsen att sjukvårdspersonalen upplever fördelarna större än nackdelarna med teamarbete. Gemensamt är också att personalen upplever att det är högt till tak där man vågar fråga saker som man annars inte hade vågat. Sammantaget har flera faktorer bidragit till en ökad patientsäkerhet

Nyckelord: teamarbete, akutläkare, sjuksköterskor, undersköterskor, patientsäkerhet

ABSTRACT

There is a documented increase in the flow of patients to the Emergency Departments (E.D.) in Swedish hospitals, which entails longer waiting times and hospital bed shortages. To meet the growing work load in the E.D, alternative ways of organizing how health care professionals should work together has been tested. That is to find the optimal organization in how health care professionals should work in this environment to increase patient safety. The aim of this study was to describe how health care professionals experienced working together as a team in an E. D. Health care professionals referred to in this study are; emergency doctors, nurses and assistant nurses who are specialized in emergency care.

The method used in this research was qualitative interview with inductive approach. A total of six semistructured interviews were performed with health care professionals working in an E.D in the middle of Sweden, including a pilot interview that was later transcribed. The interviews took place in January 2017. All interviews were transcribed and analysed based on qualitative content analysis.

The result of the health care professionals experiences is presented in six categories: work process, security, communication, competence development, high work load and patient flow. The result shows that health care professionals in the E.D experience team work to be a good way to work and that it has made an improvement in working environment and patient safety. Compared to earlier organized work ways, this way, team work, gives the health care professionals increased feeling of safety due to the fact that they work more closely together which gives them the opportunity to complete each other. The health care professionals describes that all staff included in the team is involved in the work around the specific patient. Communication between the health care professionals has improved since team work was started and a mutual competence development is performed when they care the patient together in the team, sometimes the whole team assess the patient together at the same time. Many of those interviewed found it hard to find downsides with this way of work but one of the interviewed said that it could be difficult to work if they didn't interact socially with all members in the team.

High work load, when many patients are at the same time in the E.D complicates the condition for good team work. Many of the health care professionals also said that work charts based on the triage system RETTS made it possible to start the process around the patient earlier.

Based on the result in the study one can conclude that the health care professionals interviewed finds positive effects with team work greater than the downsides. Overall the health care professionals also finds it easier to ask things you other wise would not dare to ask. Together patient safety has increased due to several different factors.

Key words: team work, emergency doctors, nurse, assistant nurse, patient safety

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Akutmottagning och akutsjukvård	1
Triage	2
Teamarbete	3
Patientsäkerhet	4
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	5
Ansats och design	5
Urval	6
Datainsamling	6
Instrument	7
Dataanalys	7
Transkribering	7
Innehållsanalys	7
Forskningsetiska övervägande	8
RESULTAT	9
Arbetsätt	9
Trygghet	10
Kommunikation	11
Kompetensutveckling	12
Hög arbetsbelastning	13
Patientflöde	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	17
Slutsats	19
Klinisk tillämpbarhet	19
REFERENSER	20

Bilaga 1- Forskningspersonsinformation

Bilaga 2- Samtyckesformulär

Bilaga 3- Intervjuguide

BAKGRUND

Akuttagning och akutsjukvård

En akuttagning är sjukhusets knutpunkt (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2010). Under 2015 beräknades antalet besök till sjukhusbundna akuttagningar till 2,5 miljoner. Mellan 2014 och 2015 ses en ökning av besök med 2,9 procent (Socialstyrelsen, 2015). Antalet patienter som söker till akuttagningen har ökat över hela landet, sedan flera år tillbaka, men någon ökad sjuklighet kan inte ses i befolkningen. Ökat antal patienter leder till ökade väntetider och för personalen utgör den ökade patienttillströmningen en stor utmaning (Socialstyrelsen, 2015). De flesta av patienterna som kommer till akuttagningen har låg medicinsk angelägenhetsgrad (Widgren & Jourak, 2011). Akuttagningen är liksom alla andra verksamheter inom hälso- och sjukvården ålagd att följa Hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsens författningssamling, SFS 1982:763) vilken säger i 2 § att ”vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet och säkerhet”.

Socialstyrelsen definierar akutvård i sin rapport från 1994: ”Med akut sjukdom eller skada avses plötsligt inträdande, hastigt förloppande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Akut omhändertagande avser patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akut sjukvård omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn” (Socialstyrelsen, 1994). Riksföreningen för akutsjuksköterskor (2017) skriver i sin kompetensbeskrivning att ”akutsjukvård är ett verksamhetsområde som står inför betydande förändringar i syfte att förbättra vårdmötet, tillgodose personens vårdbehov och motsvara samhällets förväntningar på en god, säker och tillgänglig vård”.

Antalet besök på akuttagningarna ökar och i en svensk studie gjord i Örebro kan man se att en hög andel av de som sökt akuttagningen haft kontakt med någon sjukvårdsinstans före besöket och därefter blivit hänvisade (Helmrot & Ziegler, 2016). Patienternas väntetid på akuttagningarna påverkas bland annat av inflödet av patienter, triagegrad/färg, vilket tillstånd patienten är i, vilka undersökningsmetoder som väljs, personalens kompetens, tillgång på britsar, bemanning och konsultationer av annan läkarspecialitet (Yoon, Steiner & Reinhardt, 2003). Enligt en rapport som Inspektionen för vård och omsorg [IVO] gjort blir patienter som ska läggas in kvar på akuttagningen längre tid i väntan på vårdplatser. Det ställer ökade krav på personalen som ska påbörja behandling samt sköta omvårdnad av patienten, som annars hade kunnat göras på avdelningen (IVO, 2015). Bristande logistik och långa väntetider orsakar missnöjda patienter men det medför också ökad medicinsk risk, likaså utgör de ett arbetsmiljöproblem för personalen som arbetar där. (SBU, 2010)

Intresset för akutsjukvård växte i Sverige under 2000-talet i och med utvecklandet och införandet av akutläkare och omorganisationer gjordes för att akutsjukvården skulle bli mer effektiv. Man förstod behovet av att läkare på akuten behövde träning och utbildning i just akutsjukvård (Widgren, 2012). Akutsjukvård blev en egen specialitet för läkare år 2015. Innan dess, från 2006 fanns den som tilläggsspecialitet. Akutläkare ska kunna handlägga alla akuta sjukdomstillstånd och olycksfall i alla åldrar under begränsad tid. Akutsjukvård innefattar larm, prehospitalt omhändertagande och handläggning på akutenhet (Socialstyrelsen, 2015). För grundutbildade sjuksköterskor finns möjlighet att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor i akutsjukvård på flera orter i Sverige, bland annat Stockholm, Uppsala, Växjö, Örebro och Lund. Specialistsjuksköterskor i akutsjukvård måste kunna identifiera livshotande tillstånd på patienter som befinner sig på akuttagningen och kunna

påbörja medicinsk utredning och inleda medicinsk behandling. Det finns påvisade samband mellan kompetens hos sjuksköterskor och välbefinnande och överlevnad hos patienter (Riksföreningen för akutsjuksköterskor, 2017). Det finns utbildningar i akutsjukvård för undersköterskor, specialistutbildad undersköterska i akutsjukvård. Den ger undersköterskor en kompetenshöjning i specifik omvårdnad kring den akut sjuka patienten och en fördjupad kunskap om människor i en akut situation (Kunskapsförbundet, u.å.).

Triage

Ordet triage kommer från början från latinska *tritare* och *terere* som betyder trampa, slita ut. Orden fördes senare in i franskan och bildade begreppet *trier*, som betyder sortera vilket sedan i engelskan blev till *triage* (Göransson, Eldh & Jansson, 2008). Patienter på akutmottagningar prioriteras efter vilka som behöver hjälp omgående eller om de kan vänta (SBU, 2010). Under lång tid har akutmottagningar haft olika system för prioritering av sina patienter. Olika system har utvecklats i världen men alla bygger på att hitta de personer som är svårast sjuka. I början av 2000- talet diskuterades hur de traditionella arbetssätten skulle kunna förändras för att öka patientsäkerheten och flödet på akutmottagningen. I Västra Götaland utvecklades Medical Emergency Triage and Treatment System, METTS, som infördes där 2005 (SBU, 2010). I en studie som gjorts av Farrokhnia och Göransson (2011) skickades frågeformulär ut till alla Sveriges akutmottagningar 2009 och 2010. Resultatet visar att 97 procent av alla akutmottagningar i Sverige använder sig av ett triagesystem och det system som förekommer mest är METTS. METTS har under åren utvecklats och validerats och bytt namn till Rapid Emergency Triage and Treatment System, RETTS, och efter 2011 benämns systemet RETTS (Widgren, 2012).

Bedömningen i RETTS utgörs av vitalparametrar, VP, och emergency symptoms and signs, ESS, det vill säga vilken sökorsak utefter symtom och tecken patienten har. Patienten får en prioriteringsfärg i VP och en prioriteringsfärg i ESS. Högst prioriteringsfärg är den prioriteringen patienten får (Widgren, 2012). Fem prioriteringsnivåer finns i RETTS: röd, orange, gul, grön och blå. Röd och orange klassificeras som livshot respektive potentiellt livshot vilket betyder att de behöver akut sjukvård direkt. Skillnaden dem emellan är att mortaliteten är högre om patienten är rödprioriterad än om den skulle varit prioriterad orange. Gulprioriterad patient är sjukare än grön men dessa kan handläggas i turordning genom uppsatta tidsmål inom RETTS. Sker det inom de definierade uppsatta tidsramarna utgör väntetiden ingen medicinsk risk för patienten. Ledtiderna till bedömning av läkare är ofta längre än de uppsatta målen vilket kan utgöra en patientsäkerhetsrisk. Blåprioriterade patienter söker oftast med symtom som skulle kunna skötas genom egenvård och rådgivning, sjukvårdande behandling eller genom hänvisning till annan vårdnivå (Widgren, 2012).

I en studie gjord av Göransson, Ehnfors, Fonteyn och Ehrenberg (2008) framkom att sjuksköterskor använder sig av olika tankestrategier i triageprocessen oavsett hur noggranna de är i att triagera. Fjorton olika tankestrategier identifierades. Triagesjuksköterskan samlar in uppgifter om patienten genom att ställa frågor, mäta vitalparametrar och kommer därefter fram till ett beslut om triagegrad. Klinisk erfarenhet behöver därför inte ses som ett huvudkriterie för att utföra triagebedömning och behöver därför inte påverka vilka sjuksköterskor som triagerar på akutmottagningen.

Tre akutmottagningar i Sverige med tre olika typer av triage jämfördes i en studie av Burström, Nordberg, Örnung, Castren, Wiklund, Engström och Enlund (2012). På en akutmottagning arbetar man med team triage med en överläkare i första ledet. I teamen under detta finns läkare under utbildning som arbetar tillsammans med sjuksköterskor. På ett annat sjukhus arbetar en sjuksköterska i första ledet och sedan får patienten träffa en akutläkare.

På det tredje och sista sjukhuset i jämförelsen arbetade en sjuksköterska i första ledet och sedan en läkare under utbildning i andra ledet. De patienter som stannade kortast tid på akutmottagningen var de som träffade en överläkare först. Som nummer två kom akutmottagningen där patienterna först fick träffa en sjuksköterska och sedan en akutmottagningens läkare och sist kom akutmottagningen där man först träffade en sjuksköterska och sedan en läkare under utbildning (Burström m.fl., 2012).

Då författarna, till den tidigare presenterade studien från 2012, såg att effektiviteten och kvaliteten blev bättre på den akutmottagning som använde läkartriage jämfört med de akutmottagningar som hade sjukskötersketriage gjordes ytterligare en studie (Burström, Engström, Castrén, Wiklund & Enlund, 2016). De gjorde en jämförelse mellan effektivitet och kvalitet före och efter en omorganisation av triage på ett svenskt sjukhus. År 2008 registrerades patienten först i en reception, därefter fick patienten träffa en sjuksköterska och sedan fick patienten träffa en läkare under utbildning. En överläkare fanns tillhands om behov uppstod. Efter omorganisationen 2012 fick patienten registrera sig i receptionen, därefter träffa en överläkare och sjuksköterska i triage. För att få ett bättre flöde genom akutorganisationen fanns flera team med läkare under utbildning, sjuksköterskor och undersköterskor i nästa led. Teamet följde ett standardiserat protokoll. Resultatet visar att tid till läkare minskade med 47 minuter och patientens totala vistelsetid på akutmottagningen minskad med 34 minuter jämfört från år 2008 med år 2012. Det författarna tror var den viktigaste faktorn till förbättringen i ledtiderna var att patienterna fick träffa en överläkare först där beslut togs tidigt och sedan följdes upp av ett flödesorienterat team med strikta processprotokoll. En annan aspekt var att alla i teamet fick samma information (Burström m.fl., 2016).

Teamarbete

Arbetet på akutmottagningen är en komplex uppgift och ställer höga krav på samarbete mellan olika yrkeskategorier, kompetenser och olika processer (Walley, 2003). Sedan historiens början har människor strävat efter att arbeta i grupp för att uppnå mål. För att organisationer ska bli framgångsrika är teamarbete nödvändigt. När gemensamma mål är definierade och kända för personalen och effektiva metoder är framtagna för att uppnå målen, det är då en arbetsgrupp blir ett team. Medlemmarna i teamet behöver få utbildas i gruppdynamik och grupputveckling för att bli ett högpresterande team. I ett högpresterande team känner sig medlemmarna uppskattade, engagerade och involverade och arbetet blir roligt. Det skapar också varierande, intressanta och stimulerande arbetsplatser (Wheelan, 2013).

I multiprofessionella team arbetar teammedlemmarna parallellt med varandra. Teamet kan vara medlemmar inom samma profession eller från olika professioner, till exempel ortoped, arbetsterapeut och fysioterapeut. I interprofessionella team arbetar medlemmarna nära varandra med tät kommunikation för att optimera vården kring patienten. Medlemmarna i teamet bidrar med sina kunskaper för att öka och stödja varandras bidrag (Hall & Weaver, 2001). Vid införandet av teamarbete på ett sjukhus arbetade en läkare tillsammans med en sjuksköterska och en undersköterska. Patienterna fördelades till teamet via en teamkoordinator. Patienten blev bedömd av läkaren i teamet som utformade en plan för patienten och arbetsuppgifterna kring patienten fördelades inom teamet. För att alla i teamet skulle hålla sig uppdaterade om vad som hände kring patienten återsamlades man regelbundet för en genomgång (Frykman, Hasson, Muntlin Athlin & von Thiele Schwarz, 2014). I teamarbete ges medarbetarna möjlighet till en gemensam drivkraft. Gemensamma mål sätts upp och som bekräftas tillsammans i teamet när de uppnåts. Teamarbetet kan också medföra att arbetet underlättas då personalen hjälper varandra i det dagliga arbetet. Genom att arbeta i

multiprofessionella team kan en mer patientorienterad vård genomföras (Frykman m.fl., 2014).

Det finns ett gemensamt intresse för att uppnå det bästa för patienten. Med multiprofessionella team menas en teamsammansättning av olika yrkeskategorier som också ska fungera att arbeta tillsammans (Eriksson, Holgers & Müllern, 2013).

Ofta citeras styrkor med teamarbete med att det blir en bättre planering, mer klinisk effektivitet, bättre lyhördhet och mindre dubbelarbete. Att arbeta i multiprofessionella team kräver att man förstår sin egen roll i teamet och att man har en förståelse för de andra teammedlemmarnas roller. Teamarbete kräver att man utvärderar och reflekterar det som görs i teamet även om det kan leda till konflikter. Därför behövs ett gemensamt syfte, mål. (Atwal & Caldwell, 2006). Wheelan, (2013), nämner 3 strukturfaktorer som är viktiga i framgångsrika team. För att utföra uppgifterna och uppnå de uppsatta målen består framgångsrika team av minsta möjliga antalet medlemmar. Hon menar att det inte behöver vara fler personer än vad som krävs för att lösa uppgiften. Ett team är ”moget” när subgrupper i teamet kan bildas för att utföra arbetet. Subgrupperna är integrerade i teamet och ses inte som ett hot mot övriga medlemmar utan i stället som en tillgång till teamet (Wheelan, 2013).

Faktorer som förbättrar teamets effektivitet är till exempel öppen kommunikation, klara och välkända roller för var och en av teammedlemmarna, delat ansvar för teamets framgångar, konflikthantering i teamet, regelbunden och rutinmässig kommunikation för att delge varandra information och rutiner för utvärdering av resultat och anpassning efter dem (O’Daniel & Rosenstein, 2008).

Syftet med teamarbetet, generellt, är att förbättra kommunikationen och samarbetet mellan de olika yrkeskategorier som träffar patienten, öka arbetsflödet och effektiviteten och på sikt öka patientsäkerheten (Hall & Weaver, 2001; Kozlowski & Ilgen, 2006). Med tiden, efter ca 1 ½-2 år, finns en tendens till att teamen tappar fart. Det kan bero på att medlemmarna i teamet blir trötta, effektiviteten minskar och de vill ha något nytt som är annorlunda än det som de gjort tidigare. När vardagen blir rutin, då vi uppnått trygghet och stabilitet, längtar vi efter något nytt och mer utmanande. Nya mål och riktlinjer kanske behöver sättas upp eller teamstrukturen kanske behöver förnyas (Wheelan, 2013).

Patientsäkerhet

Enligt HSL, 28§, är patientsäkerhet ett grundläggande krav (SFS 1982:763). En definition av patientsäkerhet finns i Patientsäkerhetslagen 5-6§. ”Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården” (SFS 2010:659). Vårdskador leder till mänskligt lidande och ökade samhällskostnader (Socialstyrelsen, 2016).

Överfulla akutmottagningar, brister i kommunikationen och brist på teamarbete är mer patientsäkert än brist på kunskap och medicinska misstag (Horwitz, Meredith, Schuur, Shah, Kulkarni, & Jenq, 2009). Stora brister i kommunikationen hos sjukvårdspersonal sker i samband med skiftbyte och överrapporteringar av patienter till annan personal vilket utgör en säkerhetsrisk för patienterna (Horwitz, Meredith, Schuur, Shah, Kulkarni, & Jenq, 2009; Dhingra, Elms, & Hobgood, 2010).

Socialstyrelsen redovisar i sin rapport från 2015 orsaker till långa väntetider på akutmottagningen. Det finns flera risker med för lång vistelsetid och för lång tid till första bedömning av läkare (Socialstyrelsen, 2015). Orsakerna utgörs bland annat av ökat

patientantal framför allt av gruppen unga vuxna och då framför allt unga kvinnor (IVO, 2015). Yngre patienter besöker akuten oftare under eftermiddags- kvällstid (Socialstyrelsen, 2015).

Bedömning och prioritering av patienter är en komplex uppgift för akutmottagningens sjuksköterskor. Tre områden som utmärker sig i IVO's granskning (2015) är hög personalomsättning bland sjuksköterskor, sänkta krav på erfarenhet vid nyanställning och bristande introduktion. Anledningar till att sjuksköterskor slutar kan vara på grund av hög arbetsbelastning och att större delen av arbetstiden är under obekvämt arbetstid. I de arbetsuppgifter där det tidigare funnits krav på några års erfarenhet kan det nu räcka med några månaders erfarenhet, då det är hög personalomsättning. Arton av tjugo intervjuade sjukhus, i IVO's rapport, anser sig ha tillräcklig sjuksköterskebemanning. Konsekvenserna blir då bristande tillsyn av patienterna, väntetider till triage och fördröjd tid till att fullfölja ordinationer. Vid hög personalomsättning hinner knappt handledarna skapa sig erfarenhet till att handleda och introducera de som skolas in (IVO, 2015).

Problemformulering

Överfulla akutmottagningar medför långa väntetider och en ökad medicinsk risk för patienterna men också en ökad belastning på sjukvårdspersonalen.

För att förbättra flödet för patienterna, öka effektiviteten och göra det mer patientsäkert införs teamarbete på en del akutmottagningar. Teamarbete är ett arbetssätt där läkare, sjuksköterskor, undersköterskor börjar och slutar samtidigt. Arbetssättet förbättrar kommunikationen och samarbetet mellan den sjukvårdspersonal som patienten får möta under sin vistelse på akutmottagningen, vilket ger patienten en ökad trygghet. Ökad kommunikation och ett mer nära samarbete mellan sjukvårdspersonalen leder till en ökad patientsäkerhet. I tidigare forskning undersöks ofta patientsäkerheten, då det är patienten som står i fokus i sitt vårdsökande, men inte hur sjukvårdspersonalen upplever det att arbeta i till exempel team.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjukvårdspersonalens upplevelser av att arbeta i team på en akutmottagning ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

METOD

Ansats och design

En kvalitativ deskriptiv intervjustudie genomfördes med induktiv ansats. Kvalitativ metod lämpar sig då forskaren vill fördjupa sig i människors sätt att resonera och reagera, när man vill kunna se olika handlingsmönster (Trost, 2010). Naturalistisk metod, induktiv ansats, i kvalitativ forskning är inriktad på att förstå hur individer upplever verkligheten. Det är deltagarna och deltagarnas upplevelser/uppfattningar tillsammans med interaktionen med forskaren som ger resultatet (Polit & Beck, 2017). För att kunna förstå sjukvårdspersonalens upplevelser gjordes semistrukturerade intervjuer av de olika personalkategorierna akutläkare, akutsjuksköterskor/sjuksköterskor och undersköterskor. Detta för att få fram nyanserade aspekter av hur sjukvårdspersonalen upplever det att jobba i team på en akutmottagning. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det är viktigt att få fram nyanser i intervjupersonernas beskrivningar av sin livsvärld och enligt Polit och Beck (2017) är semistrukturerade intervjuer en bra metod när forskaren vill låta respondenterna tala fritt om upplevelser.

Urval

Författaren till studien arbetar själv på den aktuella akutmottagningen och hade därmed identifierat en akutmottagning med arbetssätt teamarbete. Sjukvårdspersonalen tillfrågades muntligt allt eftersom författaren fann de som tycktes passa in i studien enligt de fastställda inklusionskriterierna. Ett strategiskt urval av personer till studien möjliggör för forskaren att välja ut de personer som anses vara mest lämpliga (Polit & Beck, 2017).

Inklusionskriterier för att kunna delta i studien var att man skulle vara sjukvårdspersonal, det vill säga akutläkare, sjuksköterskor och undersköterskor, som arbetat minst fyra år i kliniskt arbete på akutmottagningen och som ingår i interprofessionella team, det vill säga en teamsammansättning av olika yrkeskategorier som arbetar nära varandra. Inklusionskriterium just fyra år beror på att de skulle ha erfarenhet av det fenomen, det vill säga arbetssättet hur man arbetade innan teamarbete, som skulle studeras. Teamarbetet på akutmottagningen startade år 2013. Benner (1993) skriver i sin bok om "Dreyfusmodellen" hur man utvecklas "från novis till expert". Noviser saknar erfarenhet i de situationer de kan komma att hamna i. De har teoretisk kunskap men inte tillräckligt med praktiska färdigheter i det kliniska arbetet. Andra stadiet kallas avancerad nybörjare. Då har viss erfarenhet inhämtats, men stöd av mer erfaren kollega behövs vid kliniska sammanhang. Det tredje av fem stadier är kompetent. Då har sjuksköterskan arbetat två till tre år. Situationer som kan uppstå behärskas och en mer handlingsberedskap finns vid oförutsägbara händelser. I fjärde stadiet räknas man som skicklig. Den skickliga sjuksköterskan har en förutsägbarhet av vad som kan hända i olika situationer och har beredskap på hantering av dessa. I sista stadiet, det femte, kallas sjuksköterskan för expert. Då med stor erfarenhet bakom sig och kan känna igen beteenden och situationer från tidigare patienter. "Klinisk praktik är alltid mer komplex och ger prov på betydligt fler realiteter än vad som kan omfattas av en teori" (Benner, 1993).

Ett interprofessionellt team på akutmottagningen innehåller tre stycken teammedlemmar och författaren intervjuade sex stycken personer, två stycken specialistutbildade akutläkare, två stycken sjuksköterskor, med specialistutbildning, och två stycken undersköterskor, varav en med gipsteknikerutbildning. Enligt Trost (2010) är det bättre att begränsa sig till ett mindre antal intervjuer för att få en hanterbar mängd data att analysera. Få intervjuer kan ge en lättare överblick över detaljer som förenar eller skiljer dem åt (Trost, 2010). Sjukvårdspersonalen blev slumpmässigt en grupp med enbart kvinnor och deras sammanlagda arbetslivserfarenhet på akutmottagningen var 84 år. Antalet intervjuer har delvis styrts av Sophiahemmets Högskolas studiehänvisning (2015) men också av tidsåtgången. Antal år på akutmottagningen sträckte sig mellan 8-25 år och deltagarna var mellan cirka 40-60 år gamla.

Datainsamling

Muntlig kontakt togs med verksamhetschef och vårdenhetschef på den valda akutmottagningen inför datainsamlingen som också fick ta del av ett skriftligt informationsbrev, för att få studiegenomförandet godkänt. Informationsbrevet utformades i enlighet med Sophiahemmet Högskolas studiehänvisning för självständigt arbete, 2015. Verksamhetschefen fick skriva på ett samtyckesformulär där det framkom att denne godkände att studien genomfördes på det sätt som det var beskrivet i informationsbrevet.

De utvalda respondenterna kontaktades muntligt på arbetsplatsen och de fick då information om studien och dess syfte. Tider för intervjuer bokades in med var och en av sjukvårdspersonalen under en tvåveckors period i januari 2017. Ett brev med forskningspersonsinformation utformades även till dem om studiens syfte, innehåll, information om sekretess och liknande (Bilaga 1). Sjukvårdspersonalen fick ta del av brevet innan de intervjuades och de fick då också skriva på ett samtyckesformulär. Intervjuerna ägde

rum i en ostörd lokal i nära anslutning till akutmottagningen så att intervjuerna kunde genomföras utan avbrott och för att möjliggöra för sjukvårdspersonalen att gå ifrån på arbetstid. Endast författaren och den sjukvårdspersonal som blev intervjuad närvarade under intervjun. Samtliga intervjuer spelades in på en diktafon efter att deltagarna gav sitt godkännande. Genom att använda någon form av ljudupptagning ges den som intervjuar möjlighet att fokusera på ämnet och dynamiken i intervjun (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna inleddes med att författaren berättade om syftet med intervjun och varför den skulle spelas in, för att möjliggöra ett öppet och tryggt klimat för den som intervjuas. Inspelningen kunde avlyssnas gång på gång för att höra orden, tonfallen, pauserna och liknande. Intervjuerna genomfördes under en två veckors period för att de skulle bli så lika som möjligt och tog mellan cirka 15-20 minuter. Det insamlade materialet transkriberades ordagrant dagarna efter att intervjuerna gjordes för att underlätta den kommande bearbetningen (Kvale & Brinkmann, 2014).

Instrument

Intervjuerna genomfördes som semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide (Bilaga 3) som utformats med hjälp av "Price modell", där frågorna ställs stegvis så att respondenten känner att den som intervjuar är intresserad (Price, 2002). En intervjuguide är enligt Polit och Beck (2017) lämplig att använda vid semistrukturerade intervjuer vilket möjliggör för respondenten att berätta fritt om det ämne som studien berör. Frågorna utformades utefter författarens förståelse i arbetssättet och efter studiens syfte. Intervjuguiden diskuterades med författarens handledare. För att författaren skulle få en möjlighet att öva sig i intervjuteknik och för att kontrollera intervjufrågornas användbarhet samt om de gav svar på studiens syfte gjordes en pilotintervju (Polit & Beck, 2017). Efter pilotintervjun transkriberades intervjun och författaren ansåg syftet besvarat och pilotintervjun kunde därför ingå i det utskrivna materialet, då inga förändringar gjordes av frågorna i intervjuguiden.

Dataanalys

Transkribering

Intervjuernas ljudinspelning lyssnades på och därefter lyssnades på och transkriberades av författaren i nära anslutning till att intervjun gjordes. Med transkribering menar Kvale och Brinkmann (2014) att ljudinspelningen återges skriftligt ordagrant. Skratt och längre pauser av tystnad skrevs också ned under transkriberingen men har inte tolkats mer än om de finns med i citaten.

Innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys användes som instrument för att få fram sjukvårdspersonalens upplevelser av hur det är att arbeta i team. Enligt Polit och Beck (2017) är kvalitativ innehållsanalys ett sätt att hitta teman och mönster i det insamlade datainnehållet, vilket också styrks genom Hsieh och Shannon (2005) i deras Conventional content analysis där man beskriver ett fenomen, en upplevelse och kategorier får växa fram ur det insamlade materialet. Analysprocessen av det transkriberade innehållet inspirerades av Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalysmodell (2004), se tabell 1. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att det finns två olika former av analysinriktningar då texter tolkas. Antingen tolkas texten utifrån en manifest synvinkel eller en latent synvinkel. Den manifesta synvinkeln valdes till den aktuella studien då innehållet speglar sjukvårdspersonalens åsikter och tolkningar. Då studiens innehåll inte var tillräckligt stort, på grund av få deltagare, skapades inte några teman då de ses som en latent tolkning. Analysen har en induktiv ansats vilket innebär att texterna, som i det här fallet innehåller sjukvårdspersonalens upplevelser,

analyserades förutsättningslöst. Genom att hitta skillnader och likheter i textinnehållet kan variationer beskrivas (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). De transkriberade texterna lästes igenom flera gånger för att hitta det som var mest relevant till studiens syfte. För att texten skulle bli mer lätthanterlig lyftes meningsenheter ut ur texten. Meningsenheterna ströks först över med överstrykningspennor i olika färger, det vill säga de meningsenheter som berörde samma område fick samma färg utan att texten förlorade sitt innehåll. Meningsenheterna kan utgöras av ord, meningar och stycken från texten och genom sitt sammanhang hör dessa meningsenheter ihop. Meningsenheterna kondenserades, texten kortades ner, och därefter kodades för att därefter kategoriseras. Kategorierna innehåller koder med liknande innehåll, se tabell 1 (Graneheim & Lundman, 2004; Granskär & Nielsen, 2012).

Tabell 1 Exempel på analysprocessen som inspirerades av Graneheim & Lundmans modell.

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Kategori
Det här är ju bättre och att man kan gå in till patienten tillsammans..	Gå in till patienten tillsammans	Teamet ser patienten tillsammans	Arbetsätt
Men så hinner vi ju inte med det jämt.. läkaren har inte möjlighet jämt...	Vi hinner inte med jämt.. Läkaren har inte möjlighet..	Hinner inte med	Hög arbetsbelastning
... det finns en helt annan trygghet idag för vi går in tillsammans, man pratar tillsammans...	Går in tillsammans... annan trygghet	Alla går in samtidigt	Trygghet

Forskningsetiska övervägande

Kunskapsutveckling är värdefull och forskning är viktigt och nödvändigt för såväl individer som för samhället och samhällsutvecklingen. God forskningsetik är att ta ansvar och respektera de personer som ingår i forskningen. Vetenskapsrådet har tagit fram dokumentet God Forskningsed som belyser detta (Vetenskapsrådet, 2011). Det finns fyra etiska grundkrav att ta hänsyn till: Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet och dessa tog författaren hänsyn till som skydd för respondenterna i studien (Vetenskapsrådet, u.å).

Informationskravet har uppfyllts då deltagarna fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte, hur det insamlade materialet kommer att användas och vilka villkor som gäller vid deltagande. Det ingick också information om att deltagandet var frivilligt och att det närsomhelst kunde avbrytas utan att behöva motivera varför (Bilaga 1). Samtyckeskravet uppfylldes genom att verksamhetschefen, på den akutmottagning där studien genomfördes, fick lämna ett skriftligt godkännande på att studien fick genomföras där samt att respondenterna fick skriva på ett samtyckesformulär angående sitt frivilliga deltagande (Bilaga 2). För att uppfylla konfidentialitetskravet avidentifierades allt insamlat material för att skydda respondenterna och intervjuerna ersattes med intervjunummer ett, två, tre och så vidare. Materialet har varit inlåst så att bara författaren haft tillgång till det och datorn som materialet är samlat på är lösenordskyddad. Nyttjandekravet uppfylls genom att det insamlade

materialet bara kommer att användas i denna studie och kommer att raderas och kasseras när arbetet är godkänt (Vetenskapsrådet, u.å).

RESULTAT

Alla deltagare i den här studien var överens om att teamarbete var ett bra arbetssätt och de vill inte gå tillbaka till tidigare arbetssätt då man inte hade teamarbete. Utifrån analysen av det transkriberade materialet växte sex kategorier fram. De sex kategorierna var: arbetssätt, trygghet, kommunikation, kompetensutveckling, hög arbetsbelastning och patientflöde, vilka alla kan bidra till en ökad patientsäkerhet. Presentationen av resultatets kategorier sker inte utifrån någon särskild ordning. Alla deltagare i den här studien var överens om att teamarbete var ett bra arbetssätt och de vill inte gå tillbaka till tidigare arbetssätt då man inte hade teamarbete.

Arbetssätt

All sjukvårdspersonal i teamet började och slutade samtidigt. Gemensam nämnare i alla intervjuer var att sjukvårdspersonalen tyckte att teamarbete var ett bra arbetssätt och att de inte vill gå tillbaka till det arbetssätt man hade innan teamarbetet började. Fördelar som beskrevs var att alla i teamet kände sig delaktiga kring den enskilde patienten. Någon av sjukvårdspersonalen beskrev att när en teammedlem gjort någon form av tillsyn av patienten och serverat kaffe och en annan teammedlem undrade hur det var med just den patienten, att de lätt kan få svar eftersom det finns ett gemensamt ansvarstagande.

... vi samlar informationen mellan oss även om jag inte fysiskt gör och ser allting hela tiden så det är en enorm fördel... vi är olika professioner.. men det är vi som jobbar tillsammans.. och det är vi som bildar en enhet.. vi har en ganska jämbördig relation. (Intervju 2)

... alltså när det fungerar så är det ju fantastiskt för patienten och för mig därför då får du ju in alla spektra, alla yrkeskategorier när du har ett team liksom där det är högt till tak. Då kan du ju verkligen förmedla och få förmedlat och det lyfter dig och... det borde komma patienten till gagn... (Intervju 5)

Samarbetet i teamet upplevdes vara bättre för patienten och för teamet då oftast en gemensam rapport startade upp processen direkt och att alla på så sätt fick samma information. Samarbetet inne hos patienten möjliggjorde för sjukvårdspersonalen att tänka ur olika perspektiv och att de kunde komplettera varandra, alla hjälptes åt.

... Det här är ju bättre än det gamla och att man kan gå in till patienten tillsammans, bättre för patienten och för teamet som sådant. ... alla hör samtidigt... så att man inte glömmet någonting... vi går in samtidigt och lyssnar av ambulansrapporten och sedan börjar vi jobba med patienten. (Intervju 1)

Tidigare arbetssätts upplevda hierarki fanns inte längre och sjukvårdspersonalen upplevde att de kompletterade varandra med att fråga och delge varandra sin kunskap och upplevda erfarenhet.

.. Jag upplevde nog att man hade inte samma alltså kontakt med läkarna på samma sätt. Nu känns det som att vi eh.. vi är samma gäng liksom. Det är inte så, det är ingen hierarki, det är ingen.. att man känner att man är rädd och säga vad man tycker eller fråga. Fråga saker som man annars inte hade vågat. Man känner varandra, man blir liksom kompisar på något sätt tycker jag. Jag känner ju inte att jag har svårt att säga någonting bara för att hon eller han är läkare liksom. (Intervju 4)

Teamarbete beskrevs också som att sjukvårdspersonalen satt tillsammans i avdelade teamutrymmen och de gick igenom patienterna flera gånger under arbetspasset. Det beskrevs som att dialogen dem emellan gjorde att de fick en bättre helhetsbild av patienten och att det blev färre missförstånd.

... att sitta tillsammans, jag tror det är bra... ja för patientens bästa överhuvudtaget så att alla är med på tåget hur man ska göra för patienten. (Intervju 1)

Tack vare kommunikationen.. så fångas det upp om det är något som någon i teamet glömmet. Om jag är den som ordinerar, om jag har pratat bra om hur jag tänker då brukar jag få hjälp... du kanske vill ha det här också.. och det känner jag att det ger en extrem trygghetskänsla för mig... det hänger inte bara på att jag tänker rätt.. utan alla hjälps åt. (Intervju 6)

Några nackdelar med arbetssättet hade flera av sjukvårdspersonalen svårt att komma på men någon upplevde att det ibland uppstod konflikter och man kan inte alltid utgå ifrån att man hade rätt och ibland flöt det bara på. De flesta tyckte bara att det var positivt att arbeta i team.

Ja, om teamet inte fungerar.. kan det ju vara en nackdel. Ibland så, det kan ju vara så i en grupp.. ibland så fungerar inte gruppen. Man kanske jobbar med personer som man inte.. alltså så är det ju i livet, man klickar inte med alla. (Intervju 4)

... nackdelar, det finns bara en nackdel. Det är om man halkar in i fel spår.. det beror på hur fritänkande man är i teamet... då kan ju risken vara att alla tänker åt fel håll samtidigt. (Intervju 6)

Trygghet

Flera av sjukvårdspersonalen beskrev en ökad trygghet i personalgruppen med att arbeta i team jämfört med det gamla arbetssättet då läkare arbetade för sig och övrig sjukvårdspersonal för sig. Med tidigare arbetssätt fanns känslor av ensamhet och otrygghet och upplevelsen var att det nästan inte alls fanns någon kommunikation mellan sjukvårdspersonalen. Att vårda patienten hela vägen gav en känsla av trygghet för personalen.

... hur nära vi är varandra, hur bra vi känner varann och hur länge vi har jobbat ihop tycker jag avgör helt hur trygg jag känner mig och gissar jag de andra teammedlemmarna känner sig också utifrån patientperspektivhåll... Det känns som att det finns en helt annan trygghet idag för vi går in tillsammans, man pratar tillsammans eller lyssnar omväxlande, pratar och sedan så känner jag att det är det som är trevligt i teamarbete är att vi har ju blivit, med det här sättet vi arbetar efter nu, att man går in och ser patienten ihop och framför allt då de är dåliga... (Intervju 6)

...man får ett annat patientperspektiv och man.. i stället för att tre stycken går in vid olika tillfällen får man höra samma saker att tre... jag tycker det är en trygghet att arbeta i team. Man ventilerar och bollar fram och tillbaka med varandra.. det är nog en trygghet för patienten också.. och få träffa alla i teamet på en gång. (Intervju 3)

Att veta vilka som ingick i teamet beskrevs också som en trygghet ur flera aspekter bland annat om det fanns ny inskolad personal, likaså eftersom det jobbade AT- läkare på akutmottagningen. De behövde mer handledning och övrig personal i teamet kunde bidra med sin kunskap och erfarenhet. Det beskrevs av fler sjukvårdspersonal att det fanns en avslappnad attityd på arbetsplatsen, det vill säga högt till tak och en uppfattning av att våga uttrycka sig. Sjukvårdspersonalen beskrev att de tar hjälp av varandra och använder varandra som resurser.

Alltså att man hjälps åt... det spelar ingen roll om vem som inhämtar informationen... vi måste ha ett samförstånd kring vad problemet är och vilken uppgift vi ska utföra... vi försöker ha en ganska avslappnad attityd här.. om någon kommer och säger att det är mitt första pass här.. då hjälps vi åt. Vi tar hjälp av varandra, det är tryggt. Vi är inte rädda för att hämta in det vi behöver till teamet heller. (Intervju 2)

Kommunikation

Sjukvårdspersonalen i studien berättade att kommunikationen över lag var bättre nu jämfört med tidigare. Diskussioner kring patientens tillstånd och behandling började direkt i anslutning till att teamet träffade patienten. Sjukvårdspersonalen upplevde att den förbättrade kommunikationen bidrog till en ökad trygghet för patienten då denne fick en mer samstämmig information. Övrig sjukvårdspersonal kunde förtydliga om det var så att inte informationen var tydlig nog eller komplettera informationen om det saknades något. Patienterna behövde inte heller berätta sin anamnes flera gånger jämfört med tidigare arbetssätt.

Det är ju bättre kommunikation idag än vad vi hade tidigare.. Nu är man.. när det fungerar så är man ju som ett team och alla pratar med alla... man diskuterar och har avstämningar och gör saker ihop. (Intervju 3)

...processen kan börja tidigare, man får gemensam rapport vilket också är patientsäkert, att alla hör samma sak.. man kan tänka ur olika perspektiv man

har en dialog hela tiden. En dialog hela tiden måste ju främja patientsäkerheten... (Intervju 1)

Sjukvårdspersonalen beskrev att alla läkare, inklusive AT- läkare och underläkare, på akutmottagningen arbetade som akutläkare under handledning av en specialistläkare i akutsjuksjukvård men det var bara den patientansvariga läkaren som patienten egentligen träffade varpå remisshandlingen läkare emellan på själva akutmottagningen var borta. Det skrevs fortfarande remisser till andra specialiteter som inte tjänstgjorde på akutmottagningen. Bland sjukvårdspersonalen till studien fanns en uppfattning om att hänsyn togs till hela patienten idag jämfört med tidigare, då det var mer fokus på det enskilda symtomet patienten sökte för.

... det fanns ingen kommunikation alls tidigare...vi läkare hade egna expeditioner... var du ortopedjour var du tvungen att skriva en remiss till medicinjouren som satt i rummet bredvid.. Så då satt jag och skrev remissen och gick bort med den dit och sedan tog det ju förstås, inte vet jag, en timme eller två innan de tittade på patienten och då ordinerade de lite nya prover och sedan vänta in dem och sedan kom patienten tillbaka till oss och det var hur jobbigt som helst... ingen helhet... där tror jag att vi säkerhetsmässigt är mycket bättre... vi pratar mer om det vi gör och jag tror att vi fångar upp mer av misstagen... (Intervju 6)

Kompetensutveckling

Flera av sjukvårdspersonalen uttryckte att teamarbetet medförde ett utbyte av kunskap mellan alla yrkeskategorier. Genom att de gick in tillsammans i teamet och tog emot och undersökte patienten lärde de sig av varandra och kunde komplettera varandra. Utvecklingen från att gå från bara team till att se vilken kompetens och vilka resurser som patienten behövde uttrycktes som viktigt.

... om jag är på ett team med en oerfaren doktor så kan ju jag förmedla kunskap till läkaren... så det är ju ett kunskapsflöde genom teamarbetet på ett annat sätt... man är öppen för dialogen och tacksam för information åt båda håll. Det är ju faktiskt väldigt viktigt. Det är ju det man har vunnit genom teamarbetet. (Intervju 1)

Genom att personalen gick in till patienterna tillsammans och möttes på sin avsedda *teamplats* upplevdes en kontinuerlig samverkan och kompetensöverföring mellan de olika personalkategorierna på akutmottagningen. Att de fick vara en del i ett effektivt arbetssätt, som någon av deltagarna själv uttryckte det, gav en upplevelse av tillfredsställelse vilket också gav en ökad arbetsglädje och en vilja att lära sig mer.

Den här lärandeprocessen är ju fantastiskt rolig, att lära sig, att vidareutveckla sig... känner att jag blir ju aldrig färdig utan man lär sig alltid något nytt... därför får man aldrig riktigt nog av akuten... det är ju det här lärandet... och utmanandet... (Intervju 5)

Hög arbetsbelastning

Ibland upplevde några av sjukvårdspersonalen att det var svårt att få till ett bra teamarbete. De situationer som gjorde det svårt var när det var många patienter på akutmottagningen samtidigt eller att det kom många patienter på en och samma gång eller att de var tvungna att dela upp sig. Sjukvårdspersonalen beskrev att de fick en bättre bild av patienten om de ingick i ett team och att processen kring patienten kunde börja tidigare.

... ibland har vi så mycket patienter så det är inte möjligt... utan man måste dela upp sig... läkaren hinner inte med... AT- läkarna har ju alltså den här biten att de ska hinna diktera med, alltså det är ju jättejobbigt för dem... så att de inte sparar på sig... alltså till kvällen så de får sitta en och två timmar... visst är det skillnad med erfarenhet och akutläkare är det ju och så måste det ju vara... jag kan känna teamarbetet fungerar jättebra på de mera högprioriterade... målet att man ska gå in samtidigt kanske inte uppfylls... annars teamarbetet mellan oss fungerar jättebra... (Intervju 1)

Sedan är det ju så hög belastning... Jag tyckte det fungerade bättre förut när man gick in ihop... eller om bara uskan och syrran gick in och triagerade och doktorn kom in sen då. Den här nya akutmottagningen är för stor ... och opersonlig, nej... (Intervju 3)

Patientflöde

Av fler sjukvårdspersonal beskrevs patientflödet som en del av ett fungerande teamarbete. Någon beskrev det som att det var patienttrycket som formade hur de jobbade och att det var det som de var tvungna att anpassa sig efter. Hade teamet många patienter, ja då blev det inget bra patientflöde i teamet. För att öka patientflödet och patientsäkerheten har processåtgärder tagits fram tidigare, av en akutläkare på akutmottagningen vilka nämndes av flera deltagare i studien. Det vill säga att varje besöksorsak i RETTS, i de olika prioriteringsnivåerna, har kopplade åtgärder till sig utefter de olika prioriteringsnivåerna. Processåtgärderna beskrevs också av någon som ett hjälpmedel för mer oerfarna läkare.

... vi går in samtidigt och lyssnar av ambulansrapporten och så börjar jobba med patienten... och processen börjar tidigare... får jag en buk så börjar man ju med processåtgärderna... Sen är det ju likadant det här med triagesjuksköterskan kan ju också påbörja processåtgärderna i den mån... men om det är jättemycket i triagen som det var nu på förmiddagen eller har varit i några dagar så... då kan ju inte hon heller på gula, sitta och processa för det tar sån tid.. men man får ju svar snabbare... (Intervju 1)

... processåtgärderna... jag tror att de kan användas mer... det är en förbättringsgrej... (Intervju 3)

Någon sjukvårdspersonal nämnde också att beroende på vilken prioritet, enligt RETTS, patienterna hade var avgörande för vilken personal som fanns tillgänglig.

... har du en röd patient så kan du bli stående där... hinner inte med de gula ur omvårdnadssynpunkt... står det lite still får ju undersköterskan sköta omvårdnaden om de andra patienterna... (Intervju 1)

... om det är en riktigt dålig patient så får den hjälp mycket snabbare... man kan ju göra så många olika saker på en gång... en bröstsmärta till exempelvis... man tar liksom alla vitala parametrar samtidigt som man tar EKG samtidigt som någon annan tar prover och någon annan tar anamnes. (Intervju 3)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ansats och design

För att kunna beskriva sjukvårdspersonalens upplevelser av att arbeta i team på en akutmottagning ur ett patientsäkerhetsperspektiv genomfördes en kvalitativ intervjustudie. Valet av metod ansågs lämplig då kvalitativa studier, enligt Polit och Beck (2017), syftar till att försöka beskriva och förstå mänskliga upplevelser och hur de upplevs. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det handlar om att försöka förstå den intervjuades egen upplevda vardagsvärld, ur sitt eget perspektiv.

Detta stödjer också det naturalistiska forskningsparadigmet då materialet till studien baseras på sjukvårdspersonalens egna upplevelser och erfarenheter (Henriksson, 2012) Ansatsen till studien blev induktiv då syftet var att dra slutsatser av deltagarnas egna upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017).

Författaren arbetar själv på den akutmottagning där intervjuerna gjordes. Då arbetssättet, teamarbete tillsammans med akutläkare inte är så vanligt förekommande blev det därför svårt att genomföra studien vid någon annan akutmottagning. Det kan vara en fördel då författaren har en djup kunskap inom området som ska studeras och det kan vara lättare för intervjupersonerna att uttrycka sig då de redan känner personen som ska utföra intervjuerna. I kvalitativa intervjuer kan det vara av vikt att komma nära intervjupersonerna för att verkligen förstå det som ska studeras (Polit & Beck, 2017).

När de som intervjuas och intervjuaren redan känner varandra skulle en nackdel kunna vara en rädsla för att uttrycka känslor med tanke på fortsatt arbete tillsammans. Enligt Polit och Beck (2017) kan det vara svårt för de som intervjuas att känna förtroende för forskaren om denne har nära kontakt med ledningen på arbetsplatsen. I denna studie upplevde inte författaren att intervjupersonerna hade svårt att uttrycka sig. Även om inte intervjuerna ledde in på sjukvårdspersonalens egna personliga problem kan det finnas en risk, om forskaren har en för nära relation till intervjupersonerna. Polit och Beck (2017) menar då att det är bättre att ge deltagarna råd om var de kan få hjälp med sina problem än att ge dem det under intervjun. Men det behövdes aldrig i denna studie.

Urval

Ett strategiskt urval av deltagare gjordes till denna studie då författaren ansåg det lämpligt för att få syftet besvarat. Det strategiska urvalet gjorde det möjligt för författaren att själv välja ut

deltagarna till studien utifrån uppsatta inklusionskriterier. Inklusionskriterier som användes i studien var att sjukvårdspersonalen skulle ha arbetat i minst fyra år i kliniskt arbete på akutmottagningen, vara sjukvårdspersonal, det vill säga akutläkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Anledningen till att fyra år sattes som ett kriterium berodde på att författaren ville att deltagarna skulle ha erfarenheter av att dels ha arbetat i det gamla traditionella arbetssättet och dels i det aktuella arbetssättet, teamarbete.

Den valda sjukvårdspersonalen till studien valdes utifrån författarens kännedom om framför allt deras erfarenhet av tidigare arbetssätt och nuvarande arbetssätt (Polit & Beck, 2017). Författaren hade tänkt genomföra sex till nio stycken intervjuer men då tiden var begränsad och författaren inte hade någon tidigare erfarenhet av metoden begränsades intervjuerna till sex stycken. Författaren visste inte heller innan hur stort och hanterligt materialet skulle bli. Kvale och Brinkmann (2014) nämner att antalet intervjudeltagare i kvalitativa studier har en tendens att bli för få eller för många. De nämner också att man ska intervjuas så många personer som behövs för att få svar på det man vill veta. Enligt Polit och Beck (2017) finns inget bestämt antal deltagare för hur stort studiens urval bör vara utan det innehållet i intervjuerna som avgör hur många som behövs göras. Trost (2010) däremot, anser att antalet intervjuer ska begränsas för att materialet inte ska bli svårt att hantera. Deltagarna som inkluderades var alla verksamma i kliniskt arbete på den valda akutmottagningen. Med hänsyn till deltagarna presenterades aldrig deras ålder i studien då det skulle kunna gå att urskilja dem med sin breda erfarenhet. Urvalet varierade i ålder, arbetslivserfarenhet och utbildning, dock inte kön. Av en slump blev urvalet bara kvinnor vilket kan ha påverkat studieresultatet negativt.

Datainsamling

En intervjuguide med öppna frågor, innefattande ämnet som skulle studeras, skapades av författaren i förväg. Då studien gjordes endast av författaren själv lästes frågorna även igenom av handledaren och författaren kunde då få återkoppling på utformningen av de aktuella frågorna. Intervjuguiden inspirerades av "Price modell" (Price, 2002), för att få ut så mycket information som möjligt. Modellen lämpar sig för de som har lite mindre erfarenhet av kvalitativ studieteknik. Under intervjun fanns ett öppet klimat och en öppenhet för att deltagaren skulle känna sig så bekväm som möjligt. Författaren försökte uppmuntra deltagaren till fördjupning i sina svar, vilket i den engelska litteraturen kallades för *probing*. Med *probing* menas att författaren hade fokus inte bara på att få svar på sina frågor, utan också fokus på sitt eget kroppsspråk och nickade bejakande och svarade med korta ord som mm för att bekräfta och visa sig intresserad av var deltagaren verkligen sa. Författaren försökte få deltagaren att hålla sig koncentrerad på ämnet teamarbete och delade med sig av egna erfarenheter vid några tillfällen. Det blev ändå en följsamhet i intervjuerna.

En pilotintervju genomfördes med en av sjukvårdspersonalen och var ett sätt för författaren att testa intervjuguiden och öva sig i intervjumetodik, då denne inte hade någon erfarenhet av detta sedan tidigare. Kvale och Brinkmann (2014) menar att genom att använda sig av en pilotintervju kan intervjuguiden testas för att undersöka om den ger svar på studiens syfte, vilket författaren tyckte att den gjorde och därför gjordes inga ändringar av frågornas utformning. Likaså kunde den tekniska utrustningen för ljudinspelning av intervjun testas under pilotintervjun och författaren fick även möjlighet att testa tidsåtgången (Henriksson, 2012). En uppladdningsbar digital diktafon lånades från författarens arbetsplats vilken gav författaren en möjlighet att för fokusera på den person som intervjuades. Författaren upplevde inte att diktafonen var något problem för deltagarna.

Författaren och deltagarna till studien planerade tillsammans när intervjuerna skulle äga rum. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats i ett avskilt rum, under deras arbetstid. Val av tid under deltagarens arbetspass valdes till eftermiddag, då det är dubbel bemanning. Inte under någon intervju förekom några störningsmoment vilket sågs positivt. Sjukvårdspersonalen upplevdes trygga och avslappnade under intervjun, vilket Kvale och Brinkmann (2014) beskriver som viktigt för att främja viljan av att berätta mer. Det var under en av intervjuerna som deltagaren uttryckte att hon inte var så bra på att uttrycka sig.

Databearbetning

Det inspelade materialet avlyssnades och transkriberades ordagrant med noggrannhet för att kunna se alla nyanser. Även tankepauser markerades. Författaren hade först tänkt leja bort transkriberingen men då denne gjorde den första transkriberingen själv upplevdes en djupare innebörd av texten, vilket avgjorde för författaren att fortsätta transkriberingen själv. Det var också en fördel att transkribera dem i nära anslutning till att intervjun gjordes för att det då var lättare att komma ihåg hur stämningen var under intervjun, vilket rekommenderades av Polit och Beck (2017). Granskär och Höglund- Nielsen (2008) menar på att författaren får en ökad känsla för materialet och att det sker en omedveten bearbetning, vilket är ett viktigt steg i bearbetningsprocessen. Nackdelen var att det tog lång tid att skriva ut dem.

Det insamlade, utskrivna materialet analyserades utifrån Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning om kvalitativ innehållsanalys. Syftet med den kvalitativa innehållsanalysen var att hitta likheter och olikheter i analysmaterialet. Författaren läste intervjuerna flera gånger och strök till en början under med olika färgpennor, meningsbärande enheter som ansågs besvara olika delar av studiens syfte. Dessa meningsenheter analyserades vidare och slutresultatet blev de sex kategorier som presenterades i studien. Bearbetningen diskuterades med handledare under handledningstillfällena som fanns att tillgå under studietiden. En nackdel var att författaren var ensam deltagare i handledningsgruppen, då två studenter hoppat av utbildningen av olika skäl, och kunde inte då inte inhämta feedback från någon annan än handledaren.

Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Studiens genomförande bör analyseras gällande begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Detta som svar på hur trovärdigt ett resultat är utifrån ett kvalitativt arbetsätt (Graneheim & Lundman, 2004). Tillvägagångssättet, hur studien är genomförd är avgörande för dess giltighet och vald metod. Metoden kvalitativa intervjuer valdes utifrån syftet då det var att undersöka upplevelser av att arbeta i team på en akutmottagning ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Kritik angående giltighet i denna studie var att det var få deltagare då variationen i upplevelser begränsades och att det enbart var kvinnor som deltog, dock hade författaren utformat en intervjuguide för att få intervjuerna att ta fram det karaktäristiska och typiska för just teamarbete ur patientsäkerhetsperspektivet. Det fanns ändå en variation avseende erfarenhet, då deltagarna arbetat på akutmottagningen mellan 8-25 år vilket kan styrka resultatets giltighet. Urvalsprocess, inklusionskriterier och analysarbete finns väl beskrivet i metoddelen vilket är upp till den som läser studien att tolka avseende giltighet. Genom att noggrant förklara hur analysprocessen genomfördes stärktes tillförlitligheten. Det som kunde vara till nackdel avseende tillförlitlighet var författarens begränsade kunskaper inom kvalitativa innehållsanalys och intervjuteknik (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det dock upp till läsaren själv att avgöra om resultaten är överförbara till annan verksamhet.

Förförståelse

Då författaren är verksam på akutmottagningen där intervjuerna genomfördes fanns risk att författarens egna erfarenheter från teamarbete kunde återspelas i intervjusituationen. Författaren var vid intervjutillfällena väl medveten om detta och var noga med att hålla en struktur utifrån intervjuguiden. Tidigare erfarenheter från hela livet, både ifrån privatlivet och professionellt ifrån yrkeslivet, ligger till grund för vilken förförståelse en individ har och kan påverka studien både positivt och negativt (Malterud, 2014). Författaren till studien arbetar själv som sjuksköterska på akutmottagningen där studien gjordes och ämnet akutsjukvård ligger då självklart i författarens intresseområde. Malterud (2014) anser det viktigt att klargöra författarens förförståelse för läsaren som en aspekt då läsaren kritiskt granskar arbetet/resultatet.

Etiska överväganden

Sjukvårdspersonalen som deltog i studien, deltog alla frivilligt. Författaren följde de etiska principer som är framtagna av Vetenskapsrådet (u.å) och vid studier där människor ingår är det av stor vikt att ta hänsyn till dessa. Deltagarna fick information om studien då de tillfrågades om deltagande samt att de inför intervjun fick skriftlig information om syfte och mål med studien. De skrev också på en blankett för samtycke innan intervjun genomfördes. Allt material avidentifierades för att inte riskera att avslöja deltagarnas identiteter eller andra berörda som nämns i materialet. Ingen ansökan om etikprövning gjordes då det inte ansågs nödvändigt, eftersom studien handlade om upplevelser kring ett arbetssätt. I utvalda citat i resultatdelen ingick ingen fakta som kunde identifiera deltagarna. Det fanns heller inte något behov av uppföljning efter intervjuerna, i denna studie.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjukvårdspersonalens upplevelser av att arbeta i team på en akutmottagning ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Resultatet presenterades utifrån sex olika kategorier som växte fram ur det insamlade materialet av; arbetssätt, trygghet, kommunikation, kompetensutveckling, hög arbetsbelastning och patientflöde som egentligen alla berör ämnet patientsäkerhet.

Sjukvårdspersonalen i studien beskrev det som att en stor fördel för teamet var att de hade samma arbetstider. Gemensamma arbetstider medför mindre antal överrapporteringar av patienter och bidrar till ett mer patientsäkert arbetssätt. Alla tre deltagare i teamet kom och slutade samtidigt och det, ökade också teamkänslan vilket också framkom i en studie av Frykman, Hasson, Muntlin- Athlin och von Thiele Schwarz (2014) där de viktigaste faktorerna i ett teams lagarbete var att teamet samlades, startade upp sitt arbetspass tillsammans och fördelade arbetsuppgifterna mellan sig. De beskrev även andra viktiga delar i teamarbetet som återkommande avstämningar på avsedd teamplats, att teamet skulle ha en pågående kommunikation och att de skulle samordna sina arbetsuppgifter under hela arbetspasset. I jämförelse med tidigare arbetssätt, på den för studien aktuella akutmottagningen, upplevdes teamarbetet vara bättre ur flera synvinklar och ingen av deltagarna kunde tänka sig att gå tillbaka till det gamla traditionella arbetssättet då man inte hade team. Det som upplevdes bättre med teamarbete var att sjukvårdspersonalen samlade information kring patienten mellan sig i teamet, det vill säga att de hade en bättre dialog

jämfört med tidigare vilket kännetecknar en hög patientsäkerhet. All sjukvårdspersonal som ingick i teamet fick en möjlighet att uttrycka sin åsikt vilket också möjliggjorde en känsla av delaktighet. Fördelar som också beskrevs var att de upplevde en känsla av ”att bli lyft”. Författaren tolkade det som att bli stärkt eller sedd då de fick en möjlighet att få säga sina åsikter i en öppen kommunikation. I tidigare arbetssätt vågade inte alla i personalgruppen uttala sig då det fanns en skillnad i vilken yrkeskategori du tillhörde, läkarnas tidigare auktoritära roll fanns inte längre. Nu, i sammanhang med att sjukvårdspersonalen arbetade i team fanns ingen hierarki längre utan alla kände en samhörighet med alla medlemmar. Att sitta tillsammans vid en avdelad plats för hela teamet gynnade kommunikationen och det blev en mer naturlig dialog vilket bidrog till färre missförstånd.

Vid frågan om nackdelar med teamarbete fick alla deltagare tänka till lite. Flertalet av dem upplevde inga nackdelar utan såg bara fördelar med teamarbete. De nackdelar som belystes var att personkemin inte alltid stämde överens mellan teammedlemmarna och att det fanns en risk med ” att halka in på fel spår” då alla i teamet tänkte åt fel håll samtidigt. Upplevelsen var ändå att det fanns en ökad trygghet då flera såg patienten och det fanns en kommunikation personalen emellan.

Att teamarbete har gett sjukvårdspersonalen en ökad trygghetskänsla framkom i några av intervjuerna. Tidigare arbetssätt väckte känslor av ensamhet och någon av de som intervjuades beskrev att hon kände sig otrygg i sitt arbete, mycket på grund av bristfällig kommunikation. I några intervjuer kom ordvalet samförstånd fram. Det kom i ett sammanhang om vad som var teamets uppgifter. En klar målbild att arbeta efter, är enligt Wheelan (2013) teamets viktigaste egenskap. Hon beskriver det som att det är kompassen som visar vart man ska. Sjukvårdspersonalen som intervjuades hade lång erfarenhet av akutsjukvård och av de som intervjuades hade den som arbetat kortast tid på akutmottagningen arbetat där i 8 år. Flera av de som intervjuades ansåg att när de jobbat tillsammans en tid, ökade trygghetskänslan i arbetet som team. På en akutmottagning är en av de viktigaste faktorerna, som påverkar patientsäkerheten, erfarenhet (Forsman, Forsgren & Carlström, 2012). Tidigare erfarenheter kan hos sjukvårdspersonal omsättas och konkretiseras i nya situationer vilket Benner (1993) menar att man går från novis, oerfaren till expert, med erfarenhet och en annan handlingsberedskap. Resultatet i en studie av Ajeigbe, Searle, Leach, Mc Neese- Smith och Philips (2013) där de studerade teamarbete, mellan sjuksköterskor och läkare, stödjer värdet av att arbeta i team. Genom samverkan i teamet kunde utbytet av erfarenheter och samordning av de olika arbetsuppgifterna, ge patienterna god kvalitet på vården samtidigt som det blev en positiv arbetsmiljö där alla trivdes att arbeta i.

Sjukvårdspersonalen upplevde att de kompletterade varandra mer, då de arbetade i team jämfört med tidigare. Det fanns ett ömsesidigt kompetensutbyte mellan personalen och lärandeprocessen beskrevs, av någon av deltagarna i intervjuerna, som rolig och att man aldrig blev färdig. Det framkom också under intervjuerna att det fanns en uppfattning om att arbetssättet teamarbete även var bra för mer oerfarna läkare. I en studie av Grover, Porter och Morphet (2017) undersöktes akutsjuksköterskors upplevelser, attityder och erfarenheter av teamarbete på en akutmottagning. Sjuksköterskorna i studien rapporterade en ökad arbetstillfredsställelse och minskad stress som följd av teamarbetet. Saker som kunde öka arbetstillfredsställelsen var att man hade en positiv attityd och att man var villig att hjälpa varandra. De beskrev också att det gick tre gånger så fort att bedöma patienterna då teamarbete var möjligt. Wheelan (2013) beskriver att i ett högpresterande team känner sig teammedlemmarna uppskattade, engagerade och delaktiga i arbetet vilket gör att arbetet blir roligt. Det skapar en positiv stämning och en vilja att göra mer.

Den ökade kommunikationen och att sjukvårdspersonalen gjorde flera aktiviteter tillsammans, och tillsammans med patienten, bidrog till ett annat patientperspektiv och ett mer personcentrerat arbetssätt. Tidigare arbetssätt då remisser skrevs mellan olika läkare var mer symtombaserat och sjukvårdspersonalen beskriver att de inte heller fick någon helhetsbild av patienten. Att samma personal, teamet, vårdade patienten under hela arbetspasset gav en känsla av ökad trygghet. Teamarbete har enligt Eriksson, Holger och Müllern (2013) resulterat i en mer personcentrerad vård där hänsyn tas till hela patienten. Likaså fanns ett gemensamt intresse och det var en samstämmighet att vilja uppnå det bästa för patienten.

Hög arbetsbelastning, det vill säga när det var många patienter på akutmottagningen samtidigt eller om många patienter kom på en gång, beskrev några av sjukvårdspersonalen det som att det var svårt att få till ett bra teamarbete. Arbetssättet beskrevs som splittrat när personalen blev tvungna att dela upp sig och arbeta var för sig vilket medförde en sämre kommunikation mellan teammedlemmarna. Med hög arbetsbelastning följde ett ökat patienttryck och det beskrevs av någon under intervjuerna att det var det som formade hur de arbetade. Även prioriteringen på patienterna styrde hur mycket personal som fanns tillgänglig. Flera av sjukvårdspersonalen berättade i intervjuerna om processåtgärder som tagits fram på akutmottagningen, som ett förbättringsarbete. Processåtgärderna upplevde deltagarna öka patientflödet genom akutmottagningen och de kunde också se en ökad patientsäkerheten på så sätt genom att de fick svar på kontroller och blodprover tidigare. Grover, Porter och Morphet (2017) nämner också i sin studie att när det är ett högt tryck, det vill säga en hög arbetsbelastning på akutmottagningen, försämras kommunikationen och det resulterar i frustration. De beskriver vidare att känslan av frustration kan bero på den otrygghet som uppstår då teamet splittras och inte kan stämma av med varandra (Grover, Porter & Morphet, 2017).

Slutsats

Av studiens resultat kan slutsatsen dras att sjukvårdspersonalen på akutmottagningen upplevde fler fördelar än nackdelar med teamarbete som arbetssätt. Teamarbete kan vara ett sätt för sjukvården att skapa förutsättningar för att höja patientsäkerheten. Fördelarna kunde urskiljas i olika kategorier som alla på något sätt ingår i ett patientsäkerhetsperspektiv. Kategorierna var: arbetssätt, trygghet, kommunikation, kompetensutveckling, hög arbetsbelastning och patientflöde. Teamarbetet medförde en ökad teamkänsla tillika en förbättrad arbetsmiljö utifrån ett hierarkifritt kommunikationssätt. Detta skapade ett mer patientcentrerat arbetssätt där sjukvårdspersonalen upplevde att det var högt till tak och man vågade fråga saker som man tidigare inte hade vågat vilket därmed gav en ökad personalnöjdhet.

Klinisk tillämpbarhet

Studien kan ge en beskrivning på några av de för- och nackdelar som upplevs, av sjukvårdspersonal på akutmottagning med teamarbete som arbetssätt, och på så sätt inspirera andra mottagningar. Genom att identifiera för- och nackdelar kan det vara möjligt att väcka intresse till nya förändrings- och förbättringsarbeten i den egna verksamheten. Detta för att vidareutveckla arbetsmiljön för den egna personalen men också för att förbättra patient omhändertagandet vilket bidrar till en ökad patientsäkerhet. Framtida forskning skulle kunna handla om teamsammansättning eller hur vi ska kunna ta hand om den ökade patienttillströmningen på ett bra sätt. Skulle teamsammansättningen kunna vara annorlunda för att förbättra patientflödet genom akutmottagningen? Det skulle kunna vara en större intervjugrupp och mer könsfördelat för att få en bild av kvantitet i olika grupper.

REFERENSER

- Ajeigbe, D.O., McNeese-Smith, D., Leach, L.S., & Philips, L.R. (2013). Nurse-Physician Teamwork in the Emergency Department. *The Journal of Nursing Administration*, 43(3), 142-148. doi: 10.1097/NN.0b013e318283dc23
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 359-365.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Burström, L., Nordberg, M., Örnung, G., Castrén, M., Wiklund, T., Engström, M-L., & Enlund, M. (2012). Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(56), 1-10.
- Burström, L., Engström, M-L., Castrén, M., Wiklund, T., & Enlund, M. (2016). Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 121(1), 38-44. doi: 10.3109/03009734.2015.1100223
- Dhingra, K.R., Elms, A., & Hobgood, C. (2010). Reducing error in the emergency department: a call for standardization of the sign-out process. *Annals of Emergency Medicine*, 56, 637-642.
- Eriksson, N., Holgers, K-M., & Müllern, T. (2013). *Att utveckla vården: Erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Farrokhnia, N., & Göransson, K. (2011). Swedish emergency department triage and interventions for improved patients flows: a national update. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(72), 1-5. doi: 10.1186/1757-7241-19-72
- Forsman, B., Forsgren, S., & Carlström, E. D. (2012). Nurses working with Manchester triage- the impact of experience on patient security. *Australian Emergency Nursing Journal*, 15(2), 100-107. doi: 10.1016/j.aenj.2012.02.001
- Frykman, M., Hasson, H., Muntlin Athlin, Å., & von Thiele Schwarz, U. (2014). Functions of behaviour change interventions when implementing multi-professional teamwork at an emergency department: a comparative case study. *BMC Health Services Research*, 14(218), 1-13. doi: 10.1186/1472-6963-14-218
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Granskär, M., & Höglund- Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Granskär, M., & Höglund- Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Grover, E., Porter, J. E., & Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australas Emergency Nursing Journal*, 20(2), 92-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>
- Göransson, K.E., Ehnfors, M., Fonteyn, M.E., & Ehrenberg, A. (2008). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 163-172. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x
- Göransson, K., Eld, A.C., & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, 35(9), 867-875.
- Helmrot, K., & Ziegler, B. (2016). Telefonhänvisning till akuten bakom en stor del av besöken. *Läkartidningen*, 113(20), 1-4.
- Henriksson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Horwitz, L.I., Meredith, T., Schuur, J.D., Shah, N.R., Kulkarni, R.G., & Jenq, G.Y. (2009). Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Annals of Emergency Medicine*, 53(6), 703-710. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.05.007
- Hsieh, H-F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2015). *Hur står det till med våra akutmottagningar: Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion*. Stockholm. Hämtad 7 december, 2016, från: <http://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/hur-star-det-till-med-vara-akutmottagningar/>
- Kozlowski, S.W.J., & Ilgen, D.R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science*, 7(3), 77-124.
- Kunskapsförbundet. *Specialistutbildad undersköterska akutsjukvård*. Hämtat 10 januari, 2017, från: <http://www.kunskapsforbundet.se/vuxenutbildningen/program/yh-specialistutbildad-underskoterska-akutsjukvard/>
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den Kvalitativa Forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduction*. (3., [uppdaterade] uppl). Lund: Studentlitteratur.
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. I R. Huges (Red.), *Patient safety and quality: An evidencebased handbook for nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Price, B. (2002). Laddered questions and qualitative data research interviews. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 273-281.

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. Hämtad 7 februari, 2017, från: https://www.swenurse.se/globalassets/sena/akutkomp-2017_tryck-1.pdf

Sophiahemmets högskola. (2015). Studiehänvisning för kursupplägg och instruktion för utformning av det självständiga arbetet, 15 högskolepoäng, omvårdnadsvetenskap, avancerad nivå. Hämtad 12 maj, 2017. [Tillgänglig från Sophiahemmets högskolas kursplattform. <https://shh.pingpong.se/courseId/81018/node.do?id=43832666&ts=1491288420269&u=-1976345313>]

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen* (SBU-rapport, 197). Stockholm: SBU.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (1994). *Tema: Akut omhändertagande. Ett underlag för omhändertagande av akut sjuka och skadade* (MARS- rapport, nr 6). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Hämtad 7 december, 2016, från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-11>

Socialstyrelsen. (2015). *Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2015*. Hämtad 9 januari, 2017, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19796/2015-4-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016*. Hämtad 9 januari, 2017, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20139/2016-4-21.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen* (SBU-rapport, 197). Stockholm: SBU.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet. (u.å). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 8 november, 2016, från: <http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Hämtad 11 maj, 2017, från: <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Walley, P. (2003). Designing the accident and emergency system: Lessons from manufacturing. *Emergency Medicine Journal*, 20(2), 126-130.

Wheelan, S. A. (2013). *Att skapa effektiva team*. Lund: Studentlitteratur AB.

Widgren, B. R. (2012). *RETTS. Akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur AB.

Widgren, B.R., & Jourak, M. (2011). Medical emergency triage and treatment system (METTS): A new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The Journal of Emergency Medicine*, 40(6), 623-628. doi: 10.1016/j.jemermed.2008.04.003

Yoon, P., Steiner, I., & Reinhardt, G. (2003). Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 5(3), 155-161.

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

Beteendet av att söka akut sjukvård har förändrats över tid. Det sker en kontinuerlig ökning av patientantalet varje år vilket gör att väntetiderna till att träffa legitimerad personal ökar. Vid långa väntetider kan patienternas förtroende till sjukvården minska och det kan utgöra en ökad medicinsk risk. De flesta som söker akut sjukvård upplever att de behöver hjälp akut för sitt besvär. En del patienter är svårt sjuka och behöver akut sjukvård direkt och en större del har inte samma behov av akut sjukvård. Triage har utarbetats under senare år för att säkerställa vilka patienter som kan vänta och vilka som behöver tas omhand direkt. Andra arbetssätt i flödesprocessen som införts på vissa akutmottagningar är teamtriage och teamarbete. Detta i syfte för att snabba upp patientgenomströmningen och även öka effektiviteten (SBU, 2010).

Syfte

Syftet med studien är att beskriva sjukvårdspersonalens upplevelser av att arbeta i team på akutmottagning, ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas eftersom du arbetar på Akutkliniken, XXX. Vårdenhetschef XXX har, efter en presentation av studiens genomförande, gett sitt godkännande till att studien genomförs hos er.

Hur går studien till?

Intervjuerna kommer att ske under ett arbetspass och beräknas ta ca 30-40 minuter. Vi kommer att sitta i ett samtalsrum inne på akutmottagningen och intervjun kommer att spelas in med ljudupptagning. När vi är klara kommer jag sedan lyssna på intervjun och skriva ner den för att därefter kunna göra en analys av textinnehållet.

Hantering av data och sekretess

Det insamlade materialet kommer bara att användas till denna studie. Det inspelade ljudmaterialet kommer att förvaras så att ingen annan än författaren har tillgång till dem. Intervjuerna som skrivits ned ordagrant kommer att kodas för att inte materialet ska kunna kopplas till en specifik person. I resultatet kommer citat att presenteras men utan koppling till någon person.

När studien är avslutad och klar kommer allt inspelat och utskrivet material att kasseras.

Det färdiga arbetet kommer sedan att presenteras som ett självständigt arbete på avancerad nivå på internet på DiVA, Digitala Vetenskapliga Arkivet.

Information om studiens resultat

I samband med intervjun kommer du att få frågan om du vill ta del av uppsatsen då den är färdig.

Ersättning

Ingen ersättning utgår.

Frivillighet

Deltagandet är frivilligt och du kan närsomhelst under studiens gång avbryta ditt deltagande utan att behöva motivera varför.

Ansvariga

Student

Gunilla Gustavsson

E-post:

Tel.

Handledare

Marie Tyrrell

E-post:

Tel.

SAMTYCKESFORMULÄR

Jag har tagit del av informationen angående intervjustudien ”Upplevelsen av att arbeta i team på akutmottagning, ur ett patientsäkerhetsperspektiv- En intervjustudie av sjukvårdspersonal” och samtycker till att delta i studien.

.....
Ort och datum

.....
Underskrift forskningsperson

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och datum

.....
Underskrift projekt (forsknings-) ansvarig

.....
Namnförtydligande

INTERVJUGUIDE

Bakgrundsinformation

Ålder:

Antal år som akutmottagningssjuksköterska/undersköterska:

Antal år som akutmottagningssjuksköterska/undersköterska på akutmottagningen:

- 1. Vad har du för erfarenhet av att arbeta i team på en akutmottagning?**
- 2. Hur upplever du att teamarbetet påverkar ditt arbete på akutmottagningen ur ett patientsäkerhetsperspektiv?**
- 3. Hur har du upplevt det att arbeta i team på akutmottagningen jämfört med det gamla traditionella arbetssättet (läkare för sig och sjuksköterskor och undersköterskor för sig) ur ett patientsäkerhetsperspektiv?**
- 4. Beskriv några fördelar med att arbeta i team på en akutmottagning ur ett patientsäkerhetsperspektiv?**
- 5. Beskriv några nackdelar med att arbeta i team på en akutmottagning ur ett patientsäkerhetsperspektiv?**
- 6. Om du utgår från teamarbete som arbetssätt, hur skulle teamarbetet kunna göras annorlunda ur en förbättringssynpunkt?**