

**EN INTERVJUSTUDIE OM SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER
AV TEAMARBETE PÅ EN AKUTMOTTAGNING**

**AN INTERVIEW STUDY OF NURSES' EXPERIENCES OF
TEAMWORK IN AN EMERGENCY UNIT**

Specialistsjuksköterskeprogrammet - inriktning
akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 2014-10-21
Kurs: HT-2012

Författare:
Sarah Carlberg

Handledare:
Lise-Lotte Franklin Larsson

Examinator:
Anders Rüter

SAMMANFATTNING

I Sverige finns det 74 sjukhusbundna akutmottagningar, dessa har ca 2,5 miljoner besökare per år. Upptagningsområdena varierar mellan 50 000 – 750 000 invånare. Organisationerna på de olika sjukhusen i Sverige ser olika ut. Det vanliga är att akutmottagningarna bemannas av sjuksköterskor och undersköterskor som har sin anställning där och specialistläkare inom kirurgi, ortopedi och medicin med anställning på respektive klinik. Av tradition arbetar ofta medarbetarna på akutmottagningen självständigt vilket innebär att besöket kan bli komplicerat för både patient och personal. I ett team ingår olika professioner, ofta består teamet av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Att arbeta i team uppfattas ofta som roligt, engagerande, utvecklande och ökar trivseln på arbetsplatsen

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att arbeta i team på akutmottagningen

Åtta intervjuer gjordes med sjuksköterskor på en akutmottagning där de arbetar i team. En intervjuguide med en öppen fråga och två följdfrågor användes. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Personal som arbetade i team upplevde det som positivt. Att de kunde lära av varandra och att kommunikationen mellan de olika professionerna blev bättre. De upplevde också att det fanns flera fördelar för patienten som till exempel behövde patienten inte upprepa sin information vid flera tillfällen, patienten visste vilka som ansvarade för den och väntetiden blev kortare. Personalen upplevde också svårigheter i teamarbetet som uppstod vid för hög patienttillströmning och då personalen i teamen var negativt inställda till att arbeta i team.

Att införa teamarbete på akutmottagningen kan leda till kortare väntetider, bättre patientsäkerhet, en bättre kommunikation mellan personalen och en bättre arbetsmiljö där personalen kan lära sig av varandra.

Nyckelord: teamarbete, sjuksköterskor, upplevelser, arbetsätt

ABSTRACT

In Sweden there is 74 hospital bound emergency departments, they have approximately 2, 5 million visits per year. The catchment area varies between 50,000- 750,000 residents. There are different organizations in the different hospital in Sweden. It is normal that the emergency departments are manned by nurses and enrolled nurses that are employed by the emergency department, and physicians that are specialist in either medicine, surgery or orthopedic who have their employment at their specific clinic. By tradition the staff at the emergency department work individually which means that the patients visit can be complicated for both patient and staff. A team consists of different professionals; often the team consists of a physician, a nurse and an enrolled nurse. To work in a team are often perceived as fun, satisfying, evolving and increases the wellbeing at the working place.

The purpose of this study was to highlight how nurses experience working in team at the emergency department.

Eight interviews where made with nurses in an emergency department where they were working in team. An interview guide with one open question and two follow up questions where used. The interviews where analyzed with qualitative content analysis.

The staff that worked in team experienced it as positive. They felt that they could learn from each other and that the communication between the different professionals were improved. They experienced that there where many advantages for patients with teamwork such as, the patient didn't have to repeat its information, patients knew which of the staff who took care of them and the waiting time became shorter. The staff experienced difficulties with teamwork when there were a high inflow of patients and when the staff that was working in the teams where negative towards working in teams.

To implement teamwork in the emergency department can lead to shorter waiting time, better patient safety, better communication between staff members and a better working environment where staff can learn from each other.

Keywords: teamwork, nurses, experience, way of working

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Akutsjukvård..... | 1 |
| Väntetider | 2 |
| Triage..... | 3 |
| Teamarbete | 5 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 8 |
| SYFTE | 8 |
| METOD | 8 |
| Ansats | 8 |
| Urval | 8 |
| Genomförande | 9 |
| Dataanalys..... | 9 |
| Intervjuer | 10 |
| Forskningsetiska övervägande | 11 |
| RESULTAT | 11 |
| Kompetens och ansvar | 11 |
| Teamarbete | 13 |
| Sjuksköterskornas uppfattning av patientes upplevelse..... | 16 |
| Patientsäkerhet | 17 |
| Väntetider | 17 |
| Akutläkare | 17 |
| DISKUSSION | 19 |
| Metoddiskussion | 19 |
| Resultatdiskussion..... | 21 |
| Slutsats | 26 |
| Fortsatt forskning | 27 |
| REFERENSER | 28 |

Bilaga I- Brev till verksamhetschefen

Bilaga II- Intervjuguide

Bilaga III- Forsknings personinformation

INLEDNING

Varje år söker flera av Sveriges befolkning vård på någon av landets akutmottagningar. Sökorsakerna varierar mellan att vara akuta till sådant som kan handläggas på annan vårdinstans. Gemensamt för dessa människor är att de förväntar sig att få snabb och professionell vård och att de inte skall behöva vänta så länge för att få detta. Att verkligheten i Sverige inte ser ut så debatteras ofta i både dags och kvällspress och i olika facktidningar. De långa väntetiderna är något som alla akutmottagningar dras med, vad som orsakar dem kan variera mellan de olika sjukhusen. Det finns många förslag på vad som kan göras för att komma till rätta med problemet. Att ha mer personal med högre kompetens och läkare i första ledet är något som ofta diskuteras. Långa väntetider och många patienter leder till en ökad arbetsbelastning för sjuksköterskorna. Många sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar upplever en frustration i sitt arbete, att inte hinna med patienterna, att inte rätta till och att det känns patientsäkert. Ett steg för att komma tillrätta med väntetiderna är att införa teamarbete där sjuksköterskor ingår i ett team med läkare och undersköterskor. Förhoppningen är att patienten skall få en snabbare bedömning och att vården skall bli mer patientsäker. Men gör teamarbete att det blir bättre arbetsmiljö för sjuksköterskorna, är de nöjdare med sitt arbete eller inte?

BAKGRUND

Akutsjukvård

I Sverige finns det 74 sjukhusbundna akutmottagningar, dessa har ca 2,5 miljoner besökare per år. Upptagningsområdena varierar mellan 50 000 – 750 000 invånare (Socialstyrelsen, 2011). Under de senaste åren har en ökning i antalet besökare skett på flera håll i landet. I Stockholmsområdet skedde en ökning på 4,5 procent per år mellan 2007- 2012 (swenurse.se).

Enligt socialstyrelsen är akut sjukdom eller skada en plötslig, hastigt förlöpande sjukdom eller en plötslig skada som kräver omedelbart omhändertagande i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Dessa patienter bör inte vänta mer än några timmar eller högst i ett dygn (Socialstyrelsen, 2011).

Organisationerna på de olika sjukhusen i Sverige ser olika ut. Det vanliga är att akutmottagningarna bemannas av sjuksköterskor och undersköterskor som har sin anställning där och specialläkare inom kirurgi, ortopedi och medicin med anställning på respektive klinik (SBU, 2010).

Akutläkare som en egen specialitet är fortfarande en ny specialistutbildning för läkare. Socialstyrelsen har gjort en definition av specialistutbildningen som de kallar akutsjukvård. Specialistutbildningen inom akutsjukvård innefattar utredning, behandling, diagnostik och uppföljning av akuta sjukdomstillstånd och olycksfall i alla patientgrupper. Som färdig specialist inom akutsjukvård skall läkaren ha förmågan att under begränsad tid och med begränsad bakgrundsinformation tillämpa differentialdiagnostiska kunskaper och kunna prioritera och koordinera vårdinsatser runt patientens tillstånd och utifrån tillgängliga resurser. Läkaren skall kunna värdera risken/nyttan med olika handläggningsalternativ och kunna samverka med andra specialiteter och professioner inom sjukvården. De skall även kunna ingå i prehospitalt arbete och kunna leda vårdinsatser i situationer där vårdbehovet kan komma att överstiga tillgängliga resurser och kunna arbeta preventivt utifrån epidemiologiska kunskaper (Socialstyrelsen, SOFS 2008:17).

Socialstyrelsen skriver i sin kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor att dessa skall ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten, att ha kunskaper i och självständigt kunna tillämpa omvårdnadprocesser, medicin, rehabilitering och beteendevetenskap. De skall också tillgodose patienters omvårdnadsbehov, hantera läkemedel, observera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar hos patienten. Sjuksköterskan skall kunna organisera och/eller delta i teamarbete runt patienten (Socialstyrelsen, 2005).

Som sjuksköterska på en akutmottagning måste de kunna identifiera potentiella livshotande tillstånd på icke läkarundersökta patienter och kunna påbörja farmakologisk behandling och även starta en medicinsk utredning (www.swenurse.se). Sjuksköterskan måste ha en god överblick och ha full kontroll över samtliga patienter som denne har ansvar för, detta för att snabbt kunna se om någon av patienterna försämras (Wikström, 2006).

Väntetider

Socialstyrelsen skriver i sina nationella indikatorer för God vård att ”Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av” (Socialstyrelsen, 2009).

Långa väntetider leder ofta till missnöje bland patienter, och kan även innebära en ökad medicinsk risk. Att ha ett stort antal patienter på en akutmottagning innebär ofta även ett arbetsmiljöproblem för den personal som arbetar där (SBU, 2010). En undersökning utförd av socialstyrelsen, (2011) visade att den totala vistelsetiden som är från det att patienten kommer till akutmottagningen tills denne lämnar akutmottagningen varierade mellan två timmar och sexton minuter upp till fyra timmar och tjugosex minuter. Det gav en genomsnittlig vistelsetid på tre timmar och fem minuter. Vid diskussioner av väntetider är det ofta väntan till läkare som lyfts fram som den viktiga ur ett säkerhetsperspektiv. Även ur ett patientperspektiv är det viktigt att den tiden är så kort som möjligt då vidare väntetid ofta är relaterat till läkarens beslut. I en jämförelse av väntetiden till läkare så varierade den mellan tjugonio minuter upp till tre timmar. Det gav ett genomsnitt på en timme och tjugo minuter (Socialstyrelsen, 2011).

I en studie utförd av Vieth och Rhodes (2006) undersökte man hur personal och patienter upplevde kvaliteten på vården vid hög belastning. Studien visade att ansvariga sjuksköterskor upplevde att akutmottagningen hade hög belastning vid 48 procent av dagarna och de var osäkra på om det var hög belastning vid 26 procent av dagarna. Ansvariga läkare upplevde att akutmottagningen hade hög belastning 70 procent av dagarna och de var osäkra 15 procent av dagarna. Både sjuksköterskorna och läkarna upplevde att vården blev sämre relaterat till hög belastning och längre väntetider. Av patienterna i samma studie förväntade sig patienterna att få vänta i ca två timmar. Majoriteten av patienterna var nöjda med vården när de väl hade fått träffa en läkare, men åsikterna om hela vistelsen blev sämre då patienterna fick vänta mer än fyra timmar. De patienter som var mest missnöjda var de som hade haft ont, blödde eller upplevde att de felaktigt hade fått vänta. Patienter som hade valt att lämna akutmottagningen utan att ha fått träffa en läkare angav långa väntetider som orsak. På fråga om vad som kunde förbättras svarade patienterna minskade väntetider.

Det som påverkar hur långa väntetiderna blir kan delas in i följande grupper, bemanning, kompetens, rutiner för diagnostik, behandling, lokaler och dokumentation. Ett problem som är kopplat till bemanning är att läkare och sjuksköterskor arbetar sida vid sida utan att optimera sina arbetsinsatser, vilket ofta leder till dubbelarbete och onödiga väntetider för patienterna. Att öka kompetensen på läkare som arbetar på akutmottagningen har visat sig ge kortare väntetider (Yoon, Steiner & Gilles, 2003).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) kom fram till att införande av teamtriage där läkare och sjuksköterska träffar patienten tillsammans och gör bedömningen, kan korta ner väntetiden för patienten från det att denne kommer till akuten fram till att denne får träffa läkare för första gången (SBU, 2010).

Triage

Triagering är inget nytt begrepp. Redan på 1700 talet infördes triagering i det militära, dock inte av humanitära skäl utan av militärstrategiska. Ju fler som överlevde sina skador desto fler soldater hade man att tillgå. På 1950 talet började triage införas i sjukvården i samband med katastrofer och då bedömdes patienterna utifrån samma kriterier som i det militära, vilka hade störst chans att överleva med hänsyn till de resurser som fanns att tillgå. I dagens triage på akutmottagningar är syftet att säkerhetsställa att de patienter som på grund av sitt sjukdomstillstånd inte kan eller bör vänta får träffa en läkare i rätt tid. Det innebär att de patienter som kan vänta utan risk för försämring får vänta. Systemet är helt behovsbaserat och styrs av hur allvarligt sjuk personen är som söker (Göransson, Eldh & Jansson, 2008).

Vid triagering används triageskalor, som är femgradiga skalor. Triageskalor utvecklades i Australien redan på 1980 talet. Det finns fyra triageskalor som har fått stort internationellt inflytande. Dessa är National Triage Scale, Canadian Triage and Acuity Scale, Manchester Triage Scale och Emergency Severity Index (Göransson, Eldh & Jansson, 2008).

Australian Triage Scale (ATS) är en reviderad form av National Triage Scale (NTS) som utvecklades på 1990-talet. ATS är en femgradig skala som sträcker sig från omedelbart omhändertagande i kategori ett till en maximal väntetid på max 120 min i kategori fem. Triageringen går ut på att bedöma patientens problem och fördela in dem i de fem kategorierna. Utifrån vilken kategori patienten hamnar i finns det en maximal väntetid. Själva triageringen skall bara ta två till fem minuter, vitala parametrar skall bara tas om det behövs för att kunna bedöma hur snabbt patienten behöver vård (Australian College for Emergency Medicine, 2013).

Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) är en femgradig skala som går från nivå ett akutomhändertagande till nivå fem icke akutomhändertagande. I nivå ett skall patienten omedelbart träffa en läkare och i nivå fem kan patienten vänta upp till två timmar. Under tiden patienten väntar skall de omtriageras, hur ofta det skall göras avgörs av vilken triage nivå patienten har hamnat i. Patienter i nivå ett skall ha vård hela tiden till skillnad från patienter i nivå fyra och fem, som skall omtriageras var 60e och 120e minut. Triagering är en dynamisk process, patientens tillstånd kan bli bättre eller sämre under tiden den väntar, därför är omtriagering viktigt enligt CTAS (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013).

Manchester Triage Scale (MTS) bygger på att patienten talar om för triagesjuksköterskan vad denne söker för och utifrån det går sedan sjuksköterskan vidare enligt ett särskilt schema. Sjuksköterskan har flera olika flödesscheman där varje schema utgår från en sökorsak. Sjuksköterskan går igenom det aktuella schemat och identifierar en lämplig triagenivå av de fem som finns att tillgå. Här delas triage nivåerna in i färger där röd står för akut och blå står för minst akut (Mackway-Jones, Marsden & Windle, 2006).

Emergency Severity Index (ESI) är en femgradig skala som bedömer både hur akut sjuk patienten är och vilka resurser som patienten kommer att kräva. Initialt bedömer triagesjuksköterskan hur akut sjuk patienten är. Om patienten inte hamnar i nivå ett eller två skall sjuksköterskan bedöma vilka förväntade resurser patienten kommer att kräva och det skall hjälpa till att triagera patienten in i nivå tre, fyra eller fem. Att ha med logistik i triageringen är en unik egenskap för ESI och ligger som grund för att man skall förbättra flödet på akutmottagningen och inte bara den medicinska säkerheten (Agency for Healthcare Research and Quality, 2012).

I Sverige har MTS används på flera akutmottagningar. På Sahlgrenska sjukhuset påbörjades 2004 ett arbete för att få fram ett underlag för ett nytt arbetssätt. Det resulterade i ett nytt triagesystem där syftet är att minimera sammansatta variabler i triageringen, minska subjektivitet och göra om triage nivåerna så att omvårdningsprocesser kunde införas. Med omvårdningsprocesser definieras tid till läkare och var på akuten patienten bör omhändertas, initiala prover, övervakningsnivå och tid till omprioritering. Systemet kallas för Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS) och är ett processbaserat triagesystem. Ytterligare ett processbaserat triagesystem har sedan tagits fram, Adaptiv process triage (ADAPT). Dessa system är uppbyggda på flödeslogistik och bygger på två stegstriage där det finns en ytlig triage för gående patienter och där det också går att göra en djupare triage baserat på vissa besöksorsaker och en triage för ambulanspatienter. Skillnaderna mellan METTS och ADAPT är att ADAPT har en turordningsprincip för de patienter som blir lägre prioriterade och ett särskilt spår för de patienter som sannolikt skall läggas in och inte är i behov av vård på akutmottagningen. ADAPT använder sig av frågor och svar, till skillnad från METTS som bygger på flödesscheman. Både ADAPT och METTS skiljer sig från de internationella skalorna genom att de anger process i stället för triagenivå (Enander, Lethvall, Letterstål & Öhlén, 2007). METTS har sedan bytt namn till Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS). I RETTTS bedöms patienterna utifrån två bedömningsvariabler som sedan leder fram till en färgkod som anger hur snabbt patienten skall träffa en läkare. RETTTS bedömer vitalaparametrar och sökorsak och gemensamt ger dessa en färgkod. Om patienten blir röd skall den genast omhändertas av en läkare, blir patienten grön skall den träffa en läkare inom 240 minuter (Sandman, Ekerstad & Lindroth, 2012).

Göransson, Ehrenberg och Ehnfors (2005) har gjort en studie där de har tittat på hur triagering gick till på Sveriges akutmottagningar. De inkluderade samtliga 79 akutmottagningar som fanns då studien utfördes, av dessa deltog 69 st. Det forskarna ville ta reda på var hur det såg ut med triagerings utrymme, vilken personal som utförde triageringen och hur triageringen gick till, användandet av triageskalor och kunskap om triage riktlinjer och lagstiftning. Studien visade att var triageringen utfördes varierade, vissa akutmottagningar hade speciella rum för triagering och andra använde de rum som fanns tillgängliga för stunden. Triageringen av ambulanspatienter utfördes av en sjuksköterska på 68 akutmottagningar. På vissa av akutmottagningarna utfördes triageringen av de patienter som kom gående av en speciell triage sjuksköterska innan de kom in till behandling och på andra akutmottagningar kunde patienten antingen triageras

av en speciell sjuksköterska eller gå direkt in till behandlande sjuksköterska. Nästan hälften av akutmottagningarna använde ingen form av triageskala, de övriga använde sig av treskaliga, fyrskaliga och femskaliga triageskalor. Författarna konstaterade att Svenska akutmottagningar till skillnad från internationella var dåliga på att standardisera riktlinjer för triagering.

Syftet med att använda någon form av triage skala är att standardisera bedömningarna av patienternas olika sjukdomstillstånd, detta till trots visar en studie att sjuksköterskor triagerar olika. Sjuksköterskor använder sig av flera olika tankestrategier under en triagering och de strukturerar informationen på olika sätt för att komma fram till ett triage beslut (Göransson, Ehnfors, Fonteyn & Ehrenberg, 2007).

I en studie gjord av Göransson, Ehrenberg, Marklund och Ehnfors (2006) kunde det konstateras att det inte fanns samband mellan sjuksköterskornas personliga karaktärsdrag och hur korrekt de utför triageringar. Forskarna fann att majoriteten av sjuksköterskorna triagerade 50 – 69 procent av patientfallen i korrekt triagerings grad och när de grupperade deltagarna i två grupper utifrån deras kliniska erfarenhet fann de att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan de två grupperna > fem år och < fem år. I författarnas studie hittades inget samband mellan stor klinisk erfarenhet och korrekt triagering. Däremot fann forskarna att sjuksköterskorna hellre övertriagerade patienterna d.v.s. gav patienterna en högre triagefärg än vad patienten egentligen uppfyllde än undertriagerade dem ge dem en lägre triagefärg. Övertriagering av patienterna skedde i fall där patienten inte riktigt passade in i de standardiserade triage indelningarna eller då sjuksköterskorna av någon anledning tycket att patienten behövde träffa en läkare snabbare än vad patientens triagefärg angav.

Teamarbete

Av tradition arbetar ofta medarbetarna på akutmottagningen självständigt vilket innebär för patienten att denne får träffa flera olika medarbetare. Oftast tilldelar sjuksköterskan patienten till den läkare som för stunden är tillgänglig. De ordinationer som sedan skall utföras görs av de/den sjuksköterska som finns tillgänglig. Det är inte alltid som den personal som har hand om patienten talar direkt till varandra. Det är också svårt för personalen att ha en bra överblick över vem som gör vad med patienten och vem som har det övergripande ansvaret för patienten. Vid införandet av teamarbete som bestod i en läkare, sjuksköterska och undersköterska tilldelades teamen patienter av teamkoordinatör. Patienterna blev undersökta av läkaren och en plan utformades och arbetsuppgifterna fördelades inom teamet. På så sätt var hela teamet uppdaterade på patientens och medarbetarnas aktiviteter. I studien fann forskarna att det som var viktigt i teamarbetet var att medlemmarna samlades och startade skiftet tillsammans, att de fördelade arbetsuppgifterna, att de hade ett eget teamrum att återsamlas på och fortlöpande kommunikation och koordinering av uppgifter. De svårigheter som framkom var att det kunde vara svårt att synkronisera arbetsuppgifter då en oerfaren läkare hade svårt att hinna med en erfaren sjuksköterska och tvärt om (Frykman, Hasson, Muntlin Athlin & von Thiele Schwarzs, 2014).

Ett effektivt teamarbete är viktigt på en plats som akutmottagningen där det ofta är en hektiskt och ibland kaotisk miljö. Det som påverkar teamarbetet är tydlig rollfördelning, gemensamma värderingar och mål och tillfredsställelse med arbetet. Patienter som upplever teamarbetet som något positivt är oftast mer tillfreds med hela sitt besök på akuten, sin smärtlindring och har ett högre förtroende för sina vårdgivare och är mer angelägna att följa behandlingen (Kipnis, Rhodes, Burchill & Datner, 2012).

I ett team ingår olika professioner, ofta består teamet av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Men teamen kan även bestå av läkare och sjuksköterska eller läkare och undersköterska. Tanken är att de olika kompetenserna skall samverka för att erbjuda patienterna den bästa möjliga vården. Inom teamet skall det vara ett tillåtande klimat och deltagarna skall kunna lära av varandra. Målet för teamet skall vara tydligt formulerat och beslut sker inom teamet och gärna i samråd med patient och närstående. Att arbeta i team uppfattas ofta som roligt, engagerande, utvecklande och ökar trivseln på arbetsplatsen (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkarsällskapet, 2013).

I en studie utförd av Nancarrow, Boothe, Ariss, Smith, Enderby och Roots (2013) kom de fram till tio principer för bra teamarbete, dessa var att ha en klar ledare för teamet som leder teamet demokratiskt och med klara direktiv. Att ha god kommunikation inom teamet, möjlighet till utbildning. Att det finns resurser i form av medlemmar i teamet och material och att de processer som behövs finns till exempel processer för provtagning. Att teamet består av en bra mix av personer, med olika kunskaper och erfarenheter. Att medlemmarna i teamet litar på varandra och tar till sig olika åsikter, och att de arbetar mot samma mål. Att alla medlemmar förstår varför de arbetar i team och vad målet med teamarbetet i stort är, att det presenteras resultat av hur teamarbetet fungerar genom till exempel kortare väntetider eller mer nöjda patienter och att medlemmarna i teamet respekterar varandra och förstår varandras roller i teamet.

Ajeigbe, McNeese-Smith, Leach och Phillips (2013) konstaterade att personal som arbetade i team på akutmottagningen upplevde att de hade bättre kommunikation, att deras åsikter var viktiga och att överordnade och kollegor lyssnade på dem. Som ett resultat av det upplevde de att de blev stärkta i sitt arbete och var mer engagerade i hur arbetet på akutmottagningen fungerade, de upplevde också ett ökat självbestämmande. Personalen upplevde också att de inte blev satta i situationer som stred mot deras omdöme och att de var fria att fatta viktiga beslut rörande patientens vård utan att konsultera äldre kollegor. Forskarna konstaterade att genom teamarbete mellan sjuksköterskor och läkare kunde de kombinera sin expertis och samordna bra vård för patienterna samtidigt som det blev en positiv arbetsmiljö där båda professionerna kunde trivas.

I en studie utförd av Svirsky, Stoneking, Grall, Berkman, Stolz och Shrazi (2013) fann forskarna att tiden för patienter på akutmottagningen kortades ner med 37 minuter efter det att en läkare infördes i triage teamen.

En studie utförd av Muntlin Athlin, von Thiele Schwarz och Farrohknia (2013) visar att teamarbete kan bidra till en liten men signifikant skillnad i väntetid för patienter på akutmottagningen, genom kortare väntetid till läkare och kortare tid på akutmottagningen. Införandet av teamarbete kan påverka patientsäkerheten genom en säker och korrekt kommunikation mellan medlemmarna i teamet och patienten. Patienternas situation på akutmottagningen är unik, och präglas av det faktum att patienten är okänd för det behandlande teamet och omhändertagandet är påverkat av tidspress. Det är därför det behandlande teamet snabbt måste etablera ett förtroende hos patienten, ta anamnes, bedöma allvarlighetsgrad och utarbeta en behandlingsplan. Detta kräver en god kommunikation mellan deltagarna i teamet och patienten (Hobgood, Riviello, Jouriles & Hamilton, 2002). Även Wiman, Wikblad och Idvall (2007) har kommit fram till att god kommunikation är av stor vikt i det akuta omhändertagandet på akutmottagningen. Patienterna är som mest nöjda med sitt besök på akuten då de hade upplevt att akutteamet var uppmärksamma och att de hade fått en form av relation till teamet.

Antalet vårdplatser på sjukhuset, tid till och från undersökningar utanför akuten, antalet patienter per läkare och tillgång till lediga vårdplatser är saker som påverkar hur effektivt patientens besök på akutmottagningen är. Patienter kan få vänta en längre tid efter triage innan de får träffa en läkare och efter att de har fått träffa en läkare är det väntan på blodprovssvar och röntgensvar innan beslut fattas för vidare vård. Att inkludera en läkare i triageteamet med en sjuksköterska kan korta ner patientens tid på akutmottagningen (Partovi, Nelson, Bryan & Walsh, 2001).

Subash, Dunn, McNicholl och Marlow (2003) konstaterade i sin studie att teamtriage minskade tiden för patienten till läkare, röntgen och även själva triage tiden minskade. I deras studie blev alla patienter triagerade inom 15 minuter från det att de kom till akutmottagningen. Studien visade också att teamtriage minskade behovet av britsar på akutmottagningen då fler patienter blev skickade direkt till röntgen eller kunde lämna akutmottagningen direkt efter teamtriage. Patienterna blev bedömda av erfarna läkare och sjuksköterskor oberoende av hur akutsjuka patienten var. Det var en signifikant ökning av antalet patienter som undersöktes och skrevs hem under 20 minuter.

I en studie där man jämför tre akutmottagningar med olika triage organisation, fann forskarna att den organisation som hade kortast väntetid för patienterna och minst antal patienter som avvek var de som hade en ledningsläkare i första steget och sedan team bestående av en sjuksköterska och en akutläkare till skillnad från de övriga två som hade en sjuksköterska i förstaledet följt av en akutläkare eller en sjuksköterska i förstaledet följt av en At- läkare (Burström, Nordberg, Örtung, Castrén, Wiklund, Engström & Enlund, 2012).

Att väntetiden för patienten kan kortas med hjälp av teamtriage, framgår i studien av Choi, Wong och Lau (2006). I deras studie kortades väntetiden till läkare med 38 procent (18 minuter) och patientens totala väntetid med 23 procent (21 minuter). De patienter som tjänade mest på detta arbetssätt var de patienter som hamnade i grupp fyra och fem enligt Manchester Triage Scale och patienter som direkt kunde skickas på röntgen. I deras studie tillsattes inga extra resurser under den period som undersköningen utfördes, utan befintlig personal omplacerades bara för att ingå i team. Även Ruben och Widgren (2011) kom fram till att väntetiden för patienten kortas. I deras studie minskade tiden till första läkarbedömning med 91 procent och den totala väntetiden minskade med 10 procent

Även Patel och Vinson (2005) kom fram till att väntetiden för patienterna blev kortare med teamarbete och antalet patienter som lämnade akutmottagningen minskade. I deras studie minskade väntetiden till läkare med 10 minuter och antalet patienter som undersöktes inom en timme var 64 procent jämfört med innan teamarbetet då det var 56 procent. De som fick vänta mer än tre timmar var 11,8 procent jämfört med 18 procent innan teamarbetet. Även antalet patienter som avvek innan läkarundersökning sjönk till 1,6 procent mot 2,3 procent. Även upplevelsen av hur bra läkaren och personalen hade varit ökade med 3 procent efter införandet av teamarbete.

PROBLEMFORMULERING

Under de senaste åren har undersökningar visat att antalet patienter som söker sig till landets akutmottagningar stadigt ökar. Detta innebär en ökad belastning på den personal som arbetar på akutmottagningarna och även en ökad väntetid för patienterna. För att minska ner väntetiderna och även få ett bättre arbetsklimat har det på ett flertal akutmottagningar införts teamarbete. Teamarbete är ett relativt nytt arbetssätt i Sverige, hur detta arbetssätt upplevs av sjuksköterskorna är i nuläget inte tillräckligt belyst. Forskning som har gjorts på teamarbete berör till stor del huruvida det är till fördel för patienten utifrån väntetider, inte på hur patienterna upplever det att bli omhändertagen av ett team eller hur sjuksköterskorna upplever det att arbeta i team

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att arbeta i team på akutmottagningen.

METOD

Ansats

Studien har genomförts med hjälp av kvalitativa intervjuer där författaren försöker förstå sjuksköterskans upplevelser genom deltagarnas synvinkel och få fram nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter (Kvale & Brinkman, 2009), en kvalitativ metod kan även användas för att särskilja eller utskilja varierande handlingsmönster (Trost, 2010).

Författaren har valt att genomföra en kvalitativintervjustudie med en öppen fråga följt av två kompletterande frågor, då syftet var att belysa hur sjuksköterskor på en akutmottagning upplever det att arbeta i team med läkare och övriga personalkategorier (Forsberg & Wengström, 2013).

Urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien var att personerna skulle vara legitimerade sjuksköterskor med anställning på utvald akutmottagning och skulle arbeta praktiskt i verksamheten. De skulle ha arbetat i verksamheten i minst sex månader, detta för att sjuksköterskan skall ha fått tid att sätta sig in i arbetet och arbetssättet. Ett strategiskt urval gjordes för att få en variation i deltagandet och därigenom öka giltigheten i studien. Detta gjordes genom att tillfråga de som arbetade vissa dagar om de kunde tänka sig att delta i studien, de som arbetade dessa dagar var av olika kön, åldrar och erfarenhet.

Författaren önskade att genomföra minst åtta och max tio stycken intervjuer. Detta för att få en hanterlig mängd data att analysera (Trost, 2010).

Nio sjuksköterskor tackade ja till att bli intervjuade, av dessa intervjuades åtta då en uteblev på grund av sjukdom. De åtta som deltog i studien var fem kvinnor och tre män, åldrarna var från 24 – 52 år och antal år som färdig sjuksköterska varierade mellan 2 -29 år. Av deltagarna var två specialistutbildade.

Genomförande

Studien har genomförts på en akutmottagning där de har arbetat i team under en längre tid. Kontakt togs med verksamhetschefen på akutmottagningen per telefon för att framföra en första muntlig förfrågan om att få utföra studien i dennes verksamhet. Den muntliga informationen kompletterades sedan med skriftlig information till verksamhetschefen för att denne skulle kunna godkänna studien (Bilaga I).

Efter överenskommelse enades författaren och verksamhetschefen om två dagar då det var praktiskt genomförbart att göra intervjuerna. Verksamhetschefen kontaktade samtliga som arbetade dessa dagar med information om studien, då dessa uppfyllde inklusionskriterierna. Utifrån det bokades nio intervjuer in, utav dessa genomförde åtta då en uteblev på grund av sjukdom. Samtliga deltagare erhöll information om studien och skrev under samtycke till deltagande (Bilaga III). Intervjuerna genomfördes i ett konferensrum på akutmottagningen så att intervjuerna kunde genomföras enskilt och utan avbrott (Kvale & Brinkman, 2009). Författaren anlände till akutmottagningen på överenskommen tid och sedan fick ledningsansvarig sjuksköterska under dessa dagar besluta i vilken ordning deltagarna intervjuades, detta utifrån patientinflöde, larm och övriga aktiviteter. Tid avsatt för intervjuerna var 30 - 40 minuter. Intervjuerna tog mellan 15 - 30 minuter, innan intervjuerna startade gick informationen om studien igenom och det fanns tid för ytterligare information och att besvara eventuella frågor. Vid samtliga intervjuer användes en intervjuguide där första fråga var en öppen fråga och de två ytterligare frågorna användes som kompletterande frågor (Bilaga II).

En pilotintervju hade utförts tidigare för att kontrollera intervjufrågornas användbarhet och ge författaren ett tillfälle att öva på intervjumetodik och ge studien mer tillförlitlighet. Utifrån pilotintervjun gjordes inga korrigeringar i intervjuguiden.

Samtliga intervjuer genomfördes under två dagar då det var praktiskt möjligt att utifrån verksamheten frigöra deltagare till studien. Intervjuerna spelades in på diktafon och transkriberades under de följande dagarna efter att intervjuerna hade genomförts. Författaren valde att ha en öppen fråga för att få ett så fullständigt svar som möjligt (Kvale & Brinkman, 2009). För att inte gå miste om någon information hade författaren förberett uppföljande frågor som användes under intervjuerna. Samtliga intervjuer inleddes med att forskningspersonen fick tala om hur gamla de var, hur länge de hade arbetat som legitimerade sjuksköterskor och hur länge de hade varit anställda på akutmottagningen.

Dataanalys

Det transkriberade materialet lästes igenom noggrant flera gånger innan analysen påbörjades. Materialet har sedan analyserats med hjälp av innehållsanalys där forskaren fokuserar på tolkningen av texterna. Analysen har en induktiv ansats, vilket innebär att analysen av textmaterialet sker förutsättningslöst. Granskär och Höglund-Nielsen skriver att strävan hos forskaren har varit att med hjälp av innehållsanalys beskriva variationer genom att hitta likheter och olikheter i texten (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Analysarbetet har skett utifrån en analysenhet vilket ofta är den intervjutext forskaren har fått fram. I nästa skede delas texten in i domän vilket är delar av texten som handlar om ett specifikt område. Ur texten har författaren till studien sedan tagit fram meningsbärande enheter. Det kan vara ord, meningar och stycken som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. De olika meningsenheterna kommer sedan att kondenseras vilket innebär att de kortas ner utan att det centrala innehållet försvinner. Varje kondenserad meningsenhet förses sedan med en kod som kortfattat beskriver innehållet. Om det uppstår flera koder

med liknande innehåll bildar de en kategori. Inga analyserade data skall falla mellan två kategorier och de får inte heller passa in i två olika kategorier. Det kan vara svårt att få till när det handlar om data baserat på människors upplevelser, då de kan vara sammanflätade så att de kan passa in i två eller flera kategorier. Sedan skapas teman utifrån innehållet i flera kategorier (Granskär & Höglund-Nilsen, 2012, Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjuer

Intervjuerna i denna studie har transkriberats ordagrant och texterna har lästs igenom flera gånger för att få en helhetsbild och hitta det i texten som var relevant för studien. De olika meningsenheterna ströks över med överstrykningspenna och de meningsenheter som berörde samma område fick samma färg. De olika meningsenheterna sammanställdes sedan i ett eget dokument och lästes igenom på nytt. Meningsenheterna kondenserades och förseddes med koder och delades sedan in i kategorier. Dessa kategorier ligger till grund för studiens resultat (Graneheim & Lundman, 2004). En av kategorierna delades in i tre underkategorier.

Tabell 1 Indelning enligt innehållsanalys

| Meningsbärande enhet | Kondenserad text | Kod | Kategori |
|---|---|------------|--|
| Bra att jobba i team, när man går in till patienten både läkare, undersköterska o sjuksköterska | Team arbetet är bra när man kan gå in till patienten tillsammans | Samarbete | Team-arbete |
| Men man styr ganska mycket som sköterska och man kan ofta styra doktorerna ganska mycket... för dom har ju inte oftast den helhetsbild som vi har | Som sköterska styr man mycket av arbetet i teamet | Ansvar | Kompetens och ansvar |
| Dom kan tycka att det är rörigt att det är för många personer inne och de har svårt att fokusera och säger kanske inte allt | Patienten kan uppleva det rörigt med flera personer samtidigt | Integritet | Sjuksköterskornas uppfattning av patientens upplevelse |
| Vi får ju samma information.. man är samlade...vi vet vart vi har varandra ...allt bestäms inne på rummet | Planen för patienten bestäms inne på patientrummet då alla är samlade | Säkerhet | Patientsäkerhet |

Exempel på meningsbärande enheter, kondenserad text, kodning och kategorier från innehållsanalysen enligt Graneheim & Lundman, 2004

Forsknings etiska överväganden

All forskning skall upprätthålla en god forsknings etik. Det uppnås genom de fyra huvud etiska grundkraven, det vill säga informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att forskaren skall informera deltagarna om syftet med forskningen och vilka villkor som gäller vid deltagande. Detta har uppnåtts genom att verksamhetschefen informerades om studiens syfte och samtliga deltagare erhöll skriftlig information där det tydligt framgick syftet med studien, villkoren för deras deltagande, att det var helt frivilligt att delta och om de ville kunde de avbryta sin medverkan under studiens gång. Samtyckeskravet innebär att deltagarna själva har rätt att bestämma över sin medverkan. Det uppfylldes genom att samtliga deltagare skrev under den forskningsperson information de hade erhållit, där det tydligt framgick att de kunde avsluta sitt deltagande under studiens gång och att allt material då kommer att strykas från studiens resultat. Konfidentialitetskravet innebär att all information om deltagarna i studien skall förvaras så att ingen utomstående kan få tag på dem. Detta har uppfyllts genom att inga personuppgifter togs, utan endast namn och ålder. Förnamnen har vid transkribering ersatts med intervju nummer. Det inspelade materialet och den transkriberade texten har förvarats i författarens hem så att igen annan än författaren hade tillgång till materialet. Studiens resultat kommer att presenteras så att ingen utomstående skall kunna ta reda på vilken deltagare som har sagt vad. Nyttjandekravet innebär att uppgifter om enskilda personer bara får användas för forskningsändamål. Detta uppfylls genom att allt material som samlats in enbart kommer att användas i denna studie och att efter studien har blivit godkänd, kommer allt inspelat material att raderas och de utskrifter som finns kommer att förstöras. De sparade dokument som finns kommer att raderas i enlighet med God Forskningsetik (Codex, 2013, Vetenskapsrådet, 2002).

RESULTAT

Resultatet kommer att redovisas utifrån de sex temakategorier som framkom efter innehållsanalysen.

Gemensamt för alla informanter i studien var att de tycker att teamarbete är ett bra arbetssätt, dock framhåller samtliga att det finns tidpunkter och omständigheter som försvårar teamarbetet. De sex kategorierna som framkom är: Teamarbete, kompetens och ansvar, sjuksköterskornas uppfattning av patientens upplevelse, patient säkerhet, väntetider och akutläkare. Kategorin teamarbete delades in i tre underkategorier, samarbete, kommunikation och hög belastning

Presentationen av resultaten kommer att förstärkas med citat.

Kompetens och ansvar

Informanterna har delade åsikter om hur deras sjuksköterskekunskap tas till vara i teamarbetet. En del upplever det som att de bara gör det de blir tillsagda att göra och att de inte får använda sin kompetens eller erfarenhet på samma sätt i teamet som då de triagerar självständigt. Några upplever att de hamnar i skymundan med sin kunskap och att de inte får använda hjärnan på samma sätt då de träffar patienten med läkaren, som de skulle ha

gjort om de träffade patienten själva. Medan andra tyckte att deras kompetens tas tillvara och att de olika professionerna kompletterar varandra i bedömningen av patienterna, genom att läkaren har ett mer medicinskt tänkande och sjuksköterskorna har ett mer omvårdnads tänkande. Några lyfte också att de som är vana sjuksköterskor kunde stötta ovana läkare genom att ge tips om hur de brukar göra i olika situationer med patienterna och där igenom få nytta av sin kunskap och erfarenhet.

”Man är van att ta anamnes själv och lyssna och klämma så kan det ju vara en nackdel att ens kompetens inte utnyttjas fullt ut”(Intervju fem)

”Tar över och tar över läkaren har ju en mer framträdande roll i en teamtriage det har den självklart men inte så att jag känner mig undanskuffad där näe”(Intervju sex)

Flera av informanterna tycker att de får utnyttja sin kompetens och erfarenhet då de är i det teamet som startas upp då det är hög belastning och de läkarledda teamen inte hinner med. Det teamet arbetar med att prioritera patienterna enligt RETTS och utföra de processåtgärder som finns för varje sökorsak. De har då också möjligheten att hänvisa bort patienter från akutmottagningen baserat på sin kunskap och erfarenhet. Det framkom också att flera av informanterna anser att de som sjuksköterskor är bättre på att hänvisa bort patienter än vad läkarna är. Hämtas en patient in från väntrummet till ett av de läkarledda teamen blir det lätt att läkarna gör en hel läkarbedömning med prover trots att patientens besvär kunde handläggas på en annan vårdinstans.

”Är man i triage teamet då kan man ju verkligen utnyttja sin kompetens genom att hitta patienter som man kan åtgärda här på plats som man kan skicka till vårdcentral eller som man kan skicka hem efter åtgärd”(Intervju åtta)

Flertalet av informanterna upplever teamarbetet som ett lärande. Att de får möjlighet att skaffa sig mer kunskap genom att observera hur läkarna undersöker patienterna och hur de ställer frågor. Flera av informanterna tyckte att sjuksköterskorna skulle ta tillvara på tillfället att till exempel få prova på att lyssna på lungor, palpera bukar under överseende av läkaren. De som såg det som ett lärande och tog tillvara på tillfällena då de fick tillfälle att undersöka patienten med hjälp av läkaren upplevde inte att deras kompetens försämrades utan att den blev bättre

”Man ökar ju sin kompetens också hela tiden, när man hör andra intervju patienterna så öppnar man också upp och man vidgar sig och får större kunskap”(Intervju tre)

”Det är ju viktigt att man utnyttjar läkarens kompetens till sin egen utveckling också så det hänger lite på det också eget ansvar”(Intervju fem)

Upplevelsen som informanterna hade av teamarbete är att läkaren har det medicinska ansvaret och är de som fattar besluten om patienten, dock upplever många att de har större möjlighet att påverka dessa beslut nu än tidigare. Den gemensamma upplevelsen är att

sjuusköterskan är den som styr stora delar av teamarbetet då denna oftast har en helhets bild av vilka olika aktörer som behöver kontaktas runt en patient.

”Det blir ofta att läkaren bestämmer, men det blir ändå sjuusköterskan som håller i trådarna” (Intervju fyra)

”Men man styr ganska mycket som sköterska och man kan ofta styra doktorerna ganska mycket att nu är det bäst att om du går in där och lägger den bedövningen o sen kan du gå in till den patienten medans bedövningen verkar och sen kan vi gå tillbaka och så, för dom har ju inte oftast den helhetsbild som vi sköterskor har”(intervju ett)

Teamarbete

Samarbete

Samtliga informanter var ense om att de upplevde teamarbete som något positivt och att det är ett bättre arbetssätt än vad de hade tidigare. Det faktum att hela teamet går in till patienten tillsammans och hela teamet vet vilken patient det är, känns som en trygghet för de sjuusköterskor som har mindre erfarenhet. De upplever att samarbetet mellan de olika professionerna sjuusköterskor, undersköterskor och läkare har blivit bättre. Den upplevda hierarki som tidigare fanns har nu försvunnit och det är inget konstigt att läkarna frågar sjuusköterskorna hur de brukar göra i vissa situationer och sjuusköterskorna känner sig mer bekväma med att ifrågasätta läkarnas beslut rörande patientens vård. Detta samarbete har lett till att patienterna bedöms gemensamt utifrån samma information och alla deltagare i teamet är införstådda i hur patienten har bedömts och på vilken information.

”Det är trevligt att arbeta i team eftersom man kompletterar varandras kunskaper sjuusköterskor, läkare och undersköterskor”(Intervju sju)

”Alla har samma bakgrundsinformation, och att man på rummet i teamet bestämmer vad som är målet med behandlingen och hur vi skall komma dit”(Intervju åtta)

Flera lyfter också fram det faktum att då teamarbetet fungerar bra så är det avlastande, att de kan fördela arbetsuppgifterna bättre mellan sig och att de hjälps åt mer än tidigare med de olika arbetsuppgifterna.

”..dom gånger man har ett bra teamarbete.. avlastar det mig”(Intervju ett)

Teamarbete innebär att personalen är flexibel, det kan innebära att vissa arbetsuppgifter kan få stå tillbaka till exempel att läkaren dikterar efter att patienten har gått till avdelningen om det är till fördel för patienten och teamet. I de fall där man kan byta arbetsuppgifter med varandra till exempel läkemedelsgivning, kan det vara till en fördel för att få till ett bra flyt i teamarbetet.

”Men det spelar ingen roll vem som sätter infart eller vem som spritar britsen till och med läkaren spritar britsen och tar bort infarter om det är till fördel för teamet”(Intervju ett)

Det som några av informanterna lyfte fram var svårigheten att få med sekreterarna i teamarbetet, då dessa sitter och skriver diktat långt bort från patienten. Det fanns tankar på att sekreterarna skulle vara med inne på rummet och sedan sköta allt som skall läggas in på datorn och kunna skriva inläggningsdiktat direkt på de patienter som läggs in. Men det har inte kunnat genomföras i nuläget. Detta gör att en del av informanterna upplever att sekreterargruppen är lite utanför den övriga gemenskapen som har kommit av teamarbetet.

”Vad vi kan sakna här är att få med sekreterarna i teamen, det har vi inte riktigt lyckats med, annars som team sitter man ihop, man skall vara nära så att man har lätt att prata och sammarbeta” (Intervju ett)

Kommunikation

Upplevelsen är att kommunikationen har blivit bättre. Diskussionen kring patienten sker direkt när alla är samlade och man tar till sig varandras åsikter och de kan sätta igång processerna kring patienten direkt.

”Lyhörddheten mellan yrkeskategorierna har ökat... man förstår varandras yrkeskategorier bättre” (Intervju sex)

I de fall då det inte är möjligt att alla går in till patienten, är ändå upplevelsen att kommunikationen i teamet är bättre än vad det var innan teamarbetet. Detta som en följd av att det är väldigt tydligt vilka som arbetar ihop och vilka patienter dessa är ansvariga för och att de har en gemensam plats att arbeta på som de kan återvända till då teamet har blivit splittrat.

”Det som är bättre är att man vet direkt vad man skall göra med patienten” (Intervju två)

”Det kan vara svårt ibland, det är ofta det med kommunikation... vi har nytta av det i det vardagliga teamet” (Intervju tre)

Upplevelsen bland informanterna är att de har blivit säkrare i sina roller och vågar diskutera sina tankar och åsikter om patienterna mer än tidigare och inte bara hålla det för sig själva. De har också blivit mer bekväma med att ge varandra feedback och det upplevs leda till en bättre stämning på arbetsplatsen då de kan tala om vad de tycker och tänker i olika situationer.

”Det är trevligt att jobba i team och man lär sig ge varandra feedback och det upplever jag skapar en bättre stämning på jobbet” (Intervju tre)

Högbelastning

Samtliga informanter var också eniga i att det ibland är svårt att få till ett bra teamarbete. Situationer som upplevs som svåra är då det är väldigt många patienter på akutmottagningen eller då patienterna är svårt sjuka och kräver många omvårdnadsåtgärder. Det är svårare att få till teamarbetet på kvällar, då söktrycket ökar och det finns fler patienter på akutmottagningen. Det som då sker är att teamet blir splittrat och de kan inte gå in till patienterna tillsammans. I de situationerna blir det ofta så att sjuksköterskorna får triagera patienterna utifrån RETTS och använda sig av de processåtgärder som finns i RETTS innan läkaren går in till dem.

”Är det mycket att göra för då hinner man inte riktigt köra teamtriage tycker jag”(Intervju fyra)

”Sen uppstår köer och då blir det tjuvigt speciellt om man har ovana doktorer som inte klarar av att göra snabba bedömningar”(Intervju sju)

En annan svårighet som kan inträffa då det är många patienter är att teammedlemmarna hamnar i otakt, då läkaren skall läsa in sig på patienten, diktera eller skriva röntgenremisser. Detta är mer vanligt med osäkra läkare som måste läsa på mer om patienterna.

”Det kan vara så att läkaren har något att göra och då kanske det blir att sjuksköterskan och undersköterskan triagerar själva och då triagerar man inte helt i team”(Intervju två)

Hur bra teamarbetet flyter är också beroende på hur personerna i teamet ställer sig till teamarbetet, är samtliga positivt inställda flyter arbetet bättre även vid hög belastning än om någon/några i teamet är negativt inställda till att arbeta i team. Det är också beroende av hur bra medlemmarna i teamet kommunicerar med varandra. Fler av informanterna lyfter just att dålig kommunikation är en bidragande faktor då teamarbetet inte fungerar fullt ut. Har de där emot en god kommunikation kan teamarbetet flyta på bra trots att de har mycket att göra.

”När man kommer i otakt fungerar det inte och när man inte pratar med varandra i gruppen”(Intervju åtta)

”Har man mycket patienter men ett väldigt bra teamarbete känns det inte så tungt man har flyt på det och det är snabba beslut och så men har man mycket patienter och ett teamarbete som inte fungerar är det så frustrerande att man kan bli galen och då kan jag tycka att teamarbete fallerar”(Intervju ett)

Sjuksköterskornas uppfattning av patientens upplevelse

Ingen av informanterna har upplevt att patienterna upplever det som negativt med teamarbete. Informanternas uppfattning är att patienterna kan uppleva att det blir lite överväldigande att tre till fyra personer kommer in till dem på samma gång. Medan det också kan kännas som en bekräftelse för patienten att alla dessa människor är där för att höra deras sjukdomshistoria och att de är där för att hjälpa just denna patient.

”De blir lite förvånade när det dräller in en hel drös personer som står och tittar på dem”(Intervju sju)

”Man kan ju se på en del när man stormar in fyra personer, ibland tror de att de håller på att dö för att vi är så många och dom undrar, ska alla in till lilla mig”(Intervju fem)

Flera av informanterna lyfter vikten av att vara lyhörd i teamarbetet, alla i teamet behöver inte gå in till alla patienter beroende på vad patienten söker för utan att teamet ser till patientens integritet. Det finns vissa sökorsaker som är mer privata än andra och då är det viktigt att alla i teamet kan läsa av hur vida patienten är bekväm med att alla deltar i anamnes tagningen. I vissa fall kan det vara en fördel att bara läkaren går in till patienten då denne känner sig mer trygg med att bara prata med läkaren. Ibland händer det att det kommer fram mer information då läkaren har blivit kvar på rummet och resten av teamet har gått där ifrån.

”Det kan vara svårt att berätta vissa saker inför så många att det kanske är lättare om man sitter med doktorn”(Intervju sex)

”Söker man för något som är lite privat eller en ung kille som kommer för hemorrojder det kanske inte är så roligt om det är flera personer som står och lyssnar på hans historia”(Intervju ett)

En del patienter upplevs bli lite förvirrade av att läkaren tar anamnes och sjuksköterskan och undersköterskan tar kontroller och prover samtidigt och då upplevs det att patienten kan ha svårt att hålla fokus på att berätta sin sjukdomshistoria.

”Dom kan tycka att det är rörigt att det är för många personer inne och de har svårt att fokusera och säger kanske inte allt”(Intervju fyra)

En av fördelarna med att alla går in till patienten var enligt informanterna att patienten bara behöver dra sin anamnes vid ett tillfälle och alla i teamet får samma information. Det ges också tillfälle att ställa frågor till patienten som alla i teamet hör och alla hör också svaret. Det gör att medlemmarna i teamet kan påminna varandra. Patienten blir delaktig i besluten kring sin tid på akuten, då en plan oftast läggs upp på rummet. Patienten vet också vilka i personalen det är som har hand om denne under tiden på akuten. Patienten kan lättare få hjälp med svar på frågor under tiden på akuten då det är tydligt utmärkt vilket team patienten tillhör och vilka som arbetar i det teamet. Detta underlättar för övrig personal om de svarar på ringningar hos patienter som inte är deras egna.

”Vi hjälps åt, påminner varandra och ställer frågor..”(Intervju tre)

”Jag tror att varje enskild patient som träffar teamet får det bättre patientsäkerhetsmässigt och ur nöjdhet i besöket, de får mycket uppmärksamhet”(Intervju åtta)

”Framförallt att vi går in tillsammans och de slipper prata om och om igen, dom får en bild av att det är de här människorna som tar hand om mig nu”(Intervju ett)

Patientsäkerhet

Informanternas upplevelse är att det har blivit mer patientsäkert med teamarbete, en orsak som flera lyfter är vikten av att alla får samma information av patienten vid samma tillfälle. Det gör att de kan hjälpas åt att komma ihåg information och försäkra sig om att alla har uppfattat samma sak. Att kommunikationen mellan deltagarna i teamet har blivit bättre gör att ingen information missas eller glöms bort och det leder också till ökad säkerhet för patienterna.

”Vi har ju samma utgångspunkt i att veta planen för patienterna och nu känner man ju att man har mer kontroll, ökad kommunikation leder också till bättre patientsäkerhet”(Intervju tre)

”Det blir nog säkrare på många sätt för alla hör ju samma sak och ju fler öron som hör en sak desto bättre”(Intervju fyra)

Att teamet gör upp en plan för patientens tid på akuten tillsammans och att alla i teamet vet om planen är också en bidragande orsak till upplevelsen av ökad patientsäkerhet. En del upplever också en större säkerhet i att läkaren kommer och gör sin bedömning av patienten snabbare än tidigare då det bara var sjuksköterskans bedömning som låg till grund för patientens triagering. Har alla i teamet varit med inne hos patienten känns det mer som att alla är ansvariga för vad som händer med patienten. En del av informanterna tycker att teamarbete ger ett ökat lugn baserat på att beslut runt patienten fattas gemensamt och att alla ansvarar för att det skall bli som de har bestämt. Att arbeta utifrån RETTS alarmsymptom och vitala parametrar både då triageringen sker med läkare och då den sker utan läkare ses som positivt för patientsäkerheten då alla bedömer patienterna efter samma system.

”Man har mer koll att doktorn har varit med in och gjort en bedömning, innan var det bara min bedömning som sköterska som gällde”(Intervju fem)

”Vi använder RETTS när vi bedömer med läkaren även om det inte är en regelrätt triagering har du RETTS alarmsymptom och vitala parametrar som du väger in i besluten”(Intervju sju)

Väntetider

Uppfattningen bland informanterna var att när ett team träffar patienten får denne en läkarbedömning på en gång och utifrån att de beslut om provtagning, röntgen eller andra åtgärder som teamet ser behövs för att fatta ett slutgiltigt beslut om patienten kan startas upp direkt påverkar det patientens tid på akutmottagningen. Informanterna menar att detta i

sig gör tiden kortare för patienten, men den totala väntetiden påverkas också av andra faktorer som inte akutmottagningen kan styra över så som inflöde eller vårdplatser på sjukhuset. Enligt en del av informanterna har det gjorts mätningar som visar på att väntetiden till läkarundersökning har minskat efter det att de införde teamarbete och då de tittade på antalet patienter som hade en kortare total vistelsetid än fyra timmar var även det måttet procentuellt bättre. Där emot var det svårt att tillskriva införandet av teamarbete hela äran till att väntetiderna blev kortare då även andra förändringar hade införts samtidigt som snabbspår för patienter där man misstänker höftfrakturer i ambulansen och patienter som uppfyller stroke kriterier för trombolys även de i ambulansen. Alla informanter var dock eniga i att för patienten var det bäst att få träffa en läkare så snabbt som möjligt och där se de vinsterna i att ha läkare i teamen.

”Där emot blir det konstanta parallella processer i helheten vilket gör att man skapar snabbare flöden jämt emot vad man gjorde innan” (Intervju ett)

”Det är smidigare processer men jag tror inte helt och hållet att det är snabbare för det är hela tiden olika faktorer som påverkar” (Intervju två)

”När vi införde team blev läkare inom en timme och patientens tid på akutmottagningen under fyra timmar blev procentuellt bättre” (Intervju sju)

Akutläkare

En faktor som har påverkat införandet av teamarbete har varit att det har funnits flertalet akutläkare anställda på akutmottagningen enligt informanterna. Att ha egna läkare som har intresse av akutsjukvård och har viljan att utveckla akutsjukvården ses som positivt jämfört med hur det var då akutmottagningen bemannades av läkare med olika specialiteter. Att ha egna läkare är att föredra då det kunde gå flera dagar mellan de olika jourernas pass på akuten. Informanterna upplevde att ha olika jourer försvårade införandet av teamarbete då det var svårt att få till ett konsekvent arbetssätt. Då de olika jourerna ville arbeta på olika sätt och ha arbetsuppgifterna utförda i olika ordningar. Med akutläkarna har det varit lättare att hitta rutiner som passar alla läkare och övrig personal. Samarbetet i teamen blir bättre när personalen jobbar ofta tillsammans och lär känna varandra bättre.

”Vi har snart bara akutläkare är ju jätteskönt man känner läkarna, om man förr i tiden hade typ 150 jourer som var här så klart man inte lär känna varandra” (Intervju fem)

Fördelen för patienterna är att de bara behöver träffa en läkare som kan ta hand om alla besvär de har och inte som tidigare då konsulter behövde skickas inom akutmottagningen då till exempel en kirurgpatient är i behov av en undersökning av en medicinläkare.

”Jag tror att det underlättar att vi har akutläkare, ingen som måste skickas vidare för att de har fel symptom” (Intervju sex)

DISKUSSION

Metoddiskussion

I denna studie valdes informanterna ut genom ett strategiskt urval. Det strategiska urvalet gjordes för att få en så stor variation i upplevelserna som möjligt (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). För att få tag på informanter som kunde medverka hjälpte verksamhetschefen till med att kontakta dessa. Det gjorde att verksamhetschefen blev gate-keeper. Risken med att använda sig av en gate-keeper är att de kan bli för hjälpsamma genom att försöka styra urvalet mot intressanta personer eller personer med åsikter och kunskaper (Trost, 2011). Verksamhetschefen kontaktade samtliga sjuksköterskor som uppfyllde urvalskriterierna för studien och arbetade de två bestämda dagarna. Eftersom samtliga sjuksköterskor kontaktades och de som sedan intervjuades själva tackade ja blev inte urvalet styrt av gate-keepern. Då variationen i urvalet vad det gäller ålder och erfarenhet är stort, känns urvalet tillräckligt för att tillföra studien så varierad mängd kunskap som möjligt. Det är viktigt att tänka igenom sitt urval och att sedan använda sig av den urvalsmetod som kan leda till kunskap som besvarar den ställda frågan (Hartman, 2004).

Då syftet var att belysa hur teamarbete upplevs är kvalitativa intervjuer att föredra, genom intervjuerna framkommer informanternas sätt att resonera och reagera på ämnet teamarbete (Trost, 2011). En av nackdelarna med intervjuer är att få deltagare att ställa upp. Vissa människor upplever det som otäckt och skrämmande att bli intervjuade om sina åsikter på ett särskilt ämne. Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats och på deras arbetstid. Att intervjuerna skedde på en känd och trygg plats ger i sig en ökad trygghet för informanterna. Intervjuerna fungerade bra och det resultat som framkom var både intressant och för författaren igenkännande. Det kan ha varit svårare att få fram upplevelserna hos informanterna om författaren hade valt ett annat tillvägagångssätt.

Informanternas upplevelse av teamarbetet här och nu är det som framkommer i intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). Då intervjuerna skedde under dagtid då det var lite mindre patienter på akutmottagningen kom samtliga informanter direkt från att arbeta i sitt team. Hur arbetet hade fungerat under denna dag kan ha påverkat informanternas upplevelse antingen positivt eller negativt. Men även hur arbetet har fungerat den sista tiden kan påverka informanternas upplevelse.

Att använda sig av en diktafon eller likande kan vara en fördel då intervjuaren inte behöver föra en massa anteckningar under intervjuens gång utan kan ha allt fokus riktat mot den som intervjuas. Nackdelen med att spela in intervjuerna är att det för författaren tar lång tid att skriva ut innehållet. Vid långa intervjuer, kan det bli väldigt omfattande utskrifter som sedan skall analyseras. Att författaren har varit med under intervjuerna är enligt Trost (2011) en fördel då denne har kunnat tolka ansiktsuttryck, tonläge och stämningen under intervjun. Granskär och Höglund-Nielsen (2012) anser att det är viktigt att författaren själv genomför transkriberingen av intervjumaterialet, detta för att materialet bearbetas omedvetet över tid och kan bidra till att nya insikter mognar fram.

Vid kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på att beskriva likheter och olikheter i det insamlade materialet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Efter att allt material hade lästs igenom, kondenserades texten och förseddes med koder. Koderna sammanställdes sedan i olika kategorier. Koderna lästes sedan igenom ett flertal gånger och ändringar gjordes så som att en del flyttades till andra koder eller nya koder tillkom. Detta för att inte någon av koderna skulle falla mellan någon kategori eller kunna föras in i två olika kategorier. I

denna del av arbetet kunde det ha varit en fördel att vara två författare. Detta för att kunna diskutera innehållet i materialet för att få en ökad förståelse och insikt i innehållet, och hur detta skulle kodas. Två personer uppfattar saker olika, och även om författarens handledare har läst igenom meningsenheter, koder och teman och kommit med tips och kommentarer är inte det att likställa med om det hade varit två författare som hade arbetat med intervjuerna och materialet.

Trovärdigheten i materialet baseras på hur väl författaren har arbetat igenom sina data, och hur kategorier och teman finns för hela materialet. Det är viktigt att all relevant data finns med i studiens resultat och att ingen irrelevant data finns med. Trovärdigheten baseras också på hur författaren har bedömt skillnader och likheter inom kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004). Ett större urval av informanter och att utföra studien på flera olika akutmottagningar som har teamarbete hade kunnat ge mer information till studien. Utifrån studiens omfattning, tid och resurser var inte detta möjligt.

Studiens trovärdighet påverkas också av hur författarens förförståelse och erfarenhet har satt sin prägel på analysen. Förförståelse är den bild och kunskap författaren har sedan tidigare om det fenomen som författaren ämnar studera. Genom att författaren har en viss förförståelse finns möjligheten att ny kunskap upptäckts och det kan ge en djupare förståelse för ämnet. Skulle författaren sätta sin förförståelse inom parantes finns risken att budskap som kräver förförståelse skulle gå förlorat (Granskär & Höglund-Nilsen, 2012). Författaren till denna studie har egen erfarenhet av att arbeta i team på en akutmottagning dock inte den akutmottagning som ingår i denna studie. Det innebär att författaren till viss del hade en egen förförståelse, detta gjorde att författaren kunde känna igen sina egna åsikter i en del av det material som framkom i intervjuerna. Upplevelsen är att den förförståelsen inte har påverkat resultatet negativt utan snarare på ett positivt sätt, då författaren under intervjuerna lättare förstod vad informanterna ville få fram även om de inte lyckades formulera sig helt korrekt. Att lämna ut materialet till de som har blivit intervjuade för att de skall läsa igenom det och korrigera eventuella missförstånd kan öka trovärdigheten (Trost, 2011). Detta hade kunnat genomföras men författaren valde att avstå från detta på grund av risken att det skulle ta för lång tid för samtliga informanter att återkoppla på eventuella missförstånd eller att samtliga informanter skulle ha tid att läsa igenom materialet inom den tidsram som författaren hade för utförandet av studien. Samtliga informanter och verksamhetschef har blivit erbjudna att få studien skickad till sig då denna är klar.

Morse, Barrett, Mayan, Olson och Spiers (2002) anser att författaren noggrant skall beskriva sitt ställningstagande under hela arbetsprocessen. Det har redovisats utförligt i metoddelen. Urvalet av deltagare är viktigt för giltigheten av studiens resultat enligt Granskär och Höglund-Nilsen (2012), eftersom kvalitativ forskning syftar till att beskriva variationer. Genom att använda en diktafon ges intervjuaren möjlighet att fullt ut koncentrera sig på intervjun och dynamiken i intervjun enligt Kvale och Brinkman (2009) och Trost (2011). Att ha intervjuerna inspelade anses vara mer tillförlitligt än att bara förlita sig till sitt minne. Att skriva anteckningar under intervjun kan uppfattas som störande av informanten och kan hämma det fria samtalsflödet (Trost, 2011). Överförbarheten av studiens resultat är också en del i studiens tillförlitlighet. För att kunna påvisa överförbarhet är det viktigt att ge en klar och korrekt beskrivning av sammanhang, urval och karakteristika för deltagarna och hur data har samlats in och hur detta har analyserats. Att använda sig av citat i presentationen av en studies resultat ökar möjligheten för läsarna att avgöra studiens överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens tillförlitlighet ökar eftersom ett strategiskt urval gjordes där både män och

kvinnor i olika åldrar och erfarenhet inkluderades. Giltigheten för studien skulle öka om intervjuer hade gjorts på flera akutmottagningar med teamarbete. Då teamarbete i form av läkare och sjuksköterskor införs på flera sjukhus i Sverige, borde studiens resultat kunna överföras till även andra sjukhus och ge en bild av hur sjuksköterskor uppfattar teamarbete som arbetssätt. Överförbarhet handlar om hur resultatet kan överföras till andra grupper och situationer enligt Polit och Beck (2012).

I slutänden är det läsaren som avgör om resultatet är överförbart eller ej. Trovärdigheten för resultatet ökar om det presenteras på sådant sätt att det ger läsaren möjlighet att söka efter alternativa tolkningar (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatdiskussion

Samtliga deltagare i studien anser att teamarbete är ett bra arbetssätt som främjar samarbetet och är till fördel för patienterna genom att patienterna bara behöver träffa ett fåtal personer och inte behöver upprepa sig. Deltagarna anser också att upplevelsen av hur säker vård patienterna får har blivit bättre och även väntetiderna upplevs ha minskat.

Kompetens och ansvar

I en studie utförd av Gilardi, Guglielmetti och Pravettoni (2013) framkom att i teamarbete fanns det två viktiga funktioner som sjuksköterskorna utförde. Den ena var att ha kontroll över vilka patienter som väntade på provsvar och vilka provsvar som hade kommit, hur många patienter teamet höll på att arbeta med, vilka som skulle undersökas igen och vilka som var klara för utskrivning. Sjuksköterskorna bestämde också när läkaren skulle informeras om dessa saker och i vilken ordning läkaren skulle träffa patienterna. Den andra funktionen som sjuksköterskorna tog på sig var rollen som organisator och hade då kontroll på flödet av patienter som redan hade undersökts, bedömde de patienter som väntade på att komma in till teamet och när vissa patienter skulle undersökas på nytt och de hade även kontroll på vilka patienter som kunde avslutas. Genom detta arbete bidrog de med viktigt stöd till läkaren vid beslutsfattande, särskilt genom att belysa information som bidrog till slutgiltiga beslut. De stöttade även läkaren genom att se till att läkaren inte missade eller glömde bort viktig information om de olika patienterna. Detta stöder den upplevelse som en del av deltagarna har, att trots att läkaren är den som bestämmer och tar de avgörande besluten så har sjuksköterskan det övergripande ansvaret och ser till att patienten kommer framåt i handläggningen och så småningom kan avslutas genom att patienten läggs in för vidare vård eller får gå hem. Denna ansvarsfördelning finns även utan teamarbete. Sjuksköterskan är den som är närmast patienten och ser till att patientens behov blir tillgodosedda, medan läkaren är den som har det medicinska ansvaret.

Det kan tänkas att det är ett visst eget intresse att se till att ens kompetens tas till vara. Detta kan göras genom att stötta och hjälpa läkaren i beslutsfattandet. På en akutmottagnings i Sverige idag gör AT läkarna sina placeringar. Det är läkare som har gjort sin grundutbildning och sedan gör sin praktik på akutmottagningen och där kan det tänkas vara viktigt att som erfaren sjuksköterska bidra med sin egen kunskap och erfarenhet för att stötta läkaren i sina undersökningar och beslut baserat på undersökningsfynd, men även att säga ifrån om det är något som sjuksköterskan inte tycker stämmer baserat på sin egen kunskap och erfarenhet. Sjuksköterskan skall alltid ha

patientens intresse i första rummet. Är sjuksköterskan i ett team med en erfaren specialistläkare, låter det som ett utmärkt tillfälle att lära sig mer om hur läkaren undersöker patienter och vilka symptom som är viktiga att ha kontroll på. Dagens sjuksköterskeutbildning fokuserar mycket på omvårdnaden av patienter vid olika sjukdomstillstånd och inte alltid så mycket på undersökningarna av patienten. Då verkar det vara ett utmärkt tillfälle att lära sig mer om det finns möjlighet att bedöma patienten tillsammans i teamet.

I team bestående av läkare och sjuksköterskor är det oftast läkaren som tar den ledande positionen. Medan sjuksköterskorna oftast står tillbaka lite och utför de medicinska ordinationerna och utför omvårdnaden och övervakningen av patienterna. Detta stöder vad en del av informanterna lyfter, då de kan uppleva att de får stå tillbaka för läkaren och att deras kompetens och erfarenhet inte alltid tas tillvara. Där emot har det visat sig att om patienten är svårt sjuk är det mer troligt att sjuksköterskan tar den ledande positionen särskilt om läkaren inte verkar vara kapabel att ta den ledande positionen. Ett helt delat ledarskap uppstår då det är en läkare och sjuksköterska som båda två har starka ledarskapsegenskaper (Muller-Juge, Cullati, Blondon, Hudelson, Maitre, Nu, Georges & Mathieu, 2014).

Teamarbete

Att teamarbete har många fördelar är alla deltagare i studien ense om, som till exempel att alla vet planen för patienterna, det krävs inte så mycket överrapportering, då de kan gå in till patienterna tillsammans, och där igenom kortare väntan för patienten. Mazzocato, Hvitfeldt Forsberg och von Thiele Schwartz (2011) tittade på vilka faktorer som påverkar ett bra teamarbete. En av dessa faktorer var att ta anamnesen tillsammans. Det framkom att tid sparades på att läkaren inte var tvungen att överrapportera information och sjuksköterskorna visste vad de skulle göra och teamet kunde lösa problem på direkten. De fann också att en plan oftast gjordes upp då patienten var närvarande och att läkarna sällan diskuterade planen med övriga i teamet utan att patienten var närvarande. Kommunikationen runt patientens behov och förtydligande frågor gjorde att teamet höll sig på samma plan. De fann också att läkarna var mer fokuserade på omedelbara åtgärder, medan sjuksköterskorna tänkte mer på helheten runt patienten. Det var ofta sjuksköterskorna som efterfrågade var i planen patienten befann sig och hur utskrivningsplanen såg ut. De fann också i sin studie att vid de tillfällen teamet inte hade tid att gå in till patienten tillsammans och ta anamnesen slutade det med att det inte blev något teamarbete runt den patienten. Det framkom också vikten av att ha ett särskilt rum/plats där teamet kunde samlas och arbeta, detta underlättade vid de tillfällen som teamet av olika anledningar hade kommit ifrån varandra. De nackdelar som framkom i studien var att en del kunde uppleva att deras arbetsuppgifter och arbetstakt blev påverkad av andra och att de ibland upplevde att de blev granskade av de andra medlemmarna i teamet. Informanterna i denna studie lyfte fram att vid de tillfällen teamet inte kunde gå in till patienten tillsammans samlades de på sin egen expedition så fort tillfälle gavs och då skedde en muntlig rapport om samtliga patienter och vart i vårdförloppet dessa befann sig, en plan för fortsatt arbete gjordes och arbetsuppgifterna fördelades i teamet. Det var ingen av informanterna som upplevde att de blev granskade av de andra i teamet utan de tyckte att samarbetet blev bättre och att det var högt i tak i teamet och de kunde säga vad de ville utan att någon tog illa vid sig. En orsak till denna känsla kan vara att de dagligen skall reflektera tillsammans över vad som har varit bra eller dåligt under arbetspasset, det gör att

personalen blir van vid att ge och få konstruktiv kritik. Brunault, Fouquereau, Colombat, Gillet, El-Hage, Camus och Gaillard (2014) kom i sin studie fram till att ett väl fungerande teamarbete kan leda till ett ökat välbefinnande hos sjuksköterskor. Då de ges möjlighet att påverka läkaren mer i sina beslut och sjuksköterskorna blir mer delaktiga i besluten kring patienten.

Samtliga av deltagarna i studien upplevde att det var svårt att genomföra teamarbetet fullt ut då det var högbelastning på akuten, men även då de fick in patienter som krävde mycket omvårdnad och medicinska åtgärder. Detta kom även fram i en studie utförda av Flowerdew, Brown, Russ, Vincet och Woloshynowych (2012), där deras deltagare upplevde att teamarbetet blev svårt vid hög arbetsbelastning och avsaknaden av personal. I studien framkom att avsaknaden av teamarbete på akutmottagningen var en bidragande orsak till upplevelsen av stress. Det framkom även att det kunde vara dåligt teamarbete på grund av inställningen hos de som arbetade i teamet. Det kunde vara en låg arbetsbelastning, men trots det fungerade teamen dåligt och det kunde vara hög arbetsbelastning med fungerande team, det var beroende av hur team medlemmarna arbetade tillsammans. Detta var en faktor som flera deltagare lyfte fram, att sammanställningen och attityden i teamet påverkade hur bra arbetet fungerade under ett arbetspass.

Samtliga deltagare upplevde att samarbetet mellan de olika professionerna hade blivit bättre sedan de införde teamarbetet, till stor del beror det på att de lär känna varandra bättre. Samtlig personal är anställd på akutkliniken och de arbetar alla mot samma mål med samma intresse att få till en bättre akutvård och på så sätt få en bättre arbetsmiljö. Att känna varandra bra gör att den hierarkin som kan finnas sedan gammalt mellan de olika professionerna suddas ut. Teamarbete kan vara ett sätt att jämna ut den hierarki som kan finnas mellan läkare och sjuksköterskor då dessa arbetar med samma patienter hela tiden och tar till sig den andres åsikter och erfarenhet runt patientens sjukdom (Ajeigbe, Searle Leach, McNeese-Smith & Phillips, 2013). Med teamarbete blir läkare och sjuksköterskor tvungna att kommunicera bättre med varandra angående planen för patienten. Det blir också tydligt vem som ansvarar för patienten. Patienterna känner sig mer omhändertagna och är mer nöjda med väntetiden på akutmottagningen enligt vad som framkom i en studie gjord av De Behnke och Decker (2002).

Sjuksköterskornas uppfattning av patientens upplevelse

Av den forskning som finns publicerat är väldigt lite forskning gjord på hur patienter upplever det att bli omhändertagen av ett läkarlett team på akutmottagningen. En orsak till detta kan vara att teamarbete på akutmottagningen är ett ganska nytt arbetssätt och flertalet av de studier som finns publicerade har valt att titta på väntetider istället för upplevelser. Kipnis et al (2012) har undersökt relationen mellan patienters åsikter om teamarbete och deras upplevelse av besöket på akutmottagningen. Deras studie visade att patienterna tyckte att de individuella faktorerna i teamarbetet, som tydlig rollfördelning, gemensamt mål för vården, arbetstillfredsställelse och glädje att arbeta tillsammans var lika viktiga. På frågan om teamarbetet hade varit effektivt eller inte varierade åsikterna lite mer, 60 procent tyckte att effektiviteten hade varit hög, 16 procent medium och 24 procent tyckte att teamet hade haft låg effektivitet i arbetet. 61 procent var mycket nöjda med sitt besök på akutmottagningen och 60 procent tyckte att de hade fått bra smärtlindring och övrig omvårdnad. 67 procent ansåg att de hade hög tilltro till sina vårdgivare och litade på dem, 74 procent ansåg att de troligen skulle följa de behandlingsrekommendationer de hade fått. Även Henry, McCarthy, Nannicelli, Seivert och Vozenilek (2013) tittade på vilka faktorer

som påverkar patienters syn på teamarbete och de kom fram till att många patienters åsikter som sjukvård baseras på deras förväntningar på akutmottagningen. De lyfter fram fyra områden om framkom i deras analys och det var, brister i kommunikation och koordinering i teamet, att patienterna inte var så intresserade av teamprocesser, att patienter är kritiska i sina observationer av hur teammedlemmarna presterar utifrån sina yrkeskategorier och patienters åsikter om teamarbete är baserat på deras åsikter av teammedlemmarna. Det framkom också att patienterna ansåg att hur medlemmarna i teamet integrerade med varandra var likaställt med deras åsikter och känslor för patienten.

I författarens studie har inte patienternas åsikter eller upplevelser studerats utan det som presenteras är vad sjuksköterskorna tror och upplever själva. Det som framkom är tydligheten i vilka som har hand om patienten, att det blir tydligt vem som är vem och att det hela tiden finns en tydlig plan för patienten. Informanterna lyfter också att då det fungerade bra i teamet och man hade en arbetsglädje trodde de att patienterna märkte av detta i bemötandet. Informanterna trodde också att patienterna upplevde det som positivt att bara behöva träffa ett fåtal personer och att dessa personer då visste allt som behövdes om patienterna. Alla dessa saker bekräftas av ovan nämnda studier som har tittat på vad patienterna tycker.

Patientsäkerhet

I studien framkom det att deltagarna upplevde att patientsäkerheten hade ökat. En orsak till detta är att varje team blir tilldelat sina patienter och det markeras på akutliggaren i datorn. Varje team ser hur många patienter de har, teamet skall sedan markera vilken färg patienten har efter det att de har triagerat den. De kan även markera om patienten väntar på röntgen eller provsvar. Det gör att varje team har en översikt över sina patienter, vilka de har hunnit träffa och hur många patienter som väntar på att träffa just dem. Även övriga team som arbetar ser med hjälp av datorn vilka patienter som tillhör vilket team. Det underlättar om personal svarar på en ringning hos en patient som inte är ens egen, då kan personalen snabbt hitta ansvarig personal för just den patienten. I teamarbetet vet också patienterna vilka av personalen som har ansvar för dem. Till skillnad från tidigare då det kunde vara flera olika personer som ansvarade för patienten under olika perioder av patientens tid på akutmottagningen. Eftersom patienterna triageras utifrån RETTS oavsett om de triageras av ett triage team bestående av sjuksköterskor och undersköterskor eller av de läkarledda teamen får alla patienter en liknade bedömning. Vid högbelastning då triage teamet är aktiverat, ser de läkarledda teamen vilken triage färg patienten har på akutliggaren och ser då vilken av deras väntande patienter som de måste ta in direkt. Det ger en ökad patientsäkerhet. Sanning Shea och Hoyt (2012) kom fram till att teamarbete ökar patientsäkerheten genom att patienten får träffa både sjuksköterska och läkare samtidigt och de får då samma information av patienten. Med teamarbete kan patienter som skulle få vänta länge avslutas direkt efter att de har träffat teamet. Patel och Vinson (2005) kom fram till att med teamarbete kunde väntetiden minska och teamarbete ledde också till bättre arbetsmiljö, bättre kommunikation mellan personalen och resulterade i en bättre och mer effektiv vård för patienterna. Dessa fynd lyfter även informanterna, de tycker att kommunikationen har blivit bättre och att arbetet runt patienterna har blivit mer effektiv, trots att det blir väntan så vet oftast patienterna vad de väntar på.

Väntetider

Upplevelsen var att teamarbetet gjorde att väntetiderna blev kortare. Dock påpekade flera deltagare att det även fanns andra parametrar som påverkade patientens väntan så som lediga sängar på sjukhuset, hur lång tid analysen av prover tog eller om det var många patienter som skulle till röntgen samtidigt. Detta är något som Partovi et al. (2001) kom fram till i sin studie. Shanning Shea och Hoyt (2012) ansåg också att det finns svårigheter i teamarbetet som inte akuten kan påverka, så som antalet lediga sängar på sjukhuset, hur många patienter som söker akut. Enligt dem slipper patienter en lång väntan i väntrummet och blir överraskade över att få träffa sjukvårdspersonal så snabbt med teamarbete. Trots att patienterna fick träffa läkare tidigare och blev omhändertagna ökade patientnöjdheten bara med ett par procent.

Några av deltagarna påpekade också att det fanns andra processer som hade införts samtidigt som teamarbetet som innebar kortare väntan på akuten för vissa patientkategorier som till exempel strokepatienter och att de inte kunde lyfta ut teamarbetet som den enda lösningen för att korta väntetiderna för patienten. Däremot var alla eniga om att väntetiderna till första läkarbedömning hade blivit kortare genom att det finns flera team ledda av en läkare. På denna akutmottagning finns det även en överläkare i tjänst dygnet runt som arbetar som ledningsläkare. Denna läkare ansvarar för handledning av AT läkare och studenter och finns som stöd för ledningssjuksköterskan och de triageteam som aktiveras vid högbelastning. Denna läkare kan också göra en snabb bedömning av patienterna om triageteamet är i behov av det. Finns det även lättare patienter som bara kräver en kort läkarundersökning kan ledningsläkaren ta hand om dessa. Det bidrar till att patienterna träffar läkare snabbare. Att denna läkare finns i tjänst gör också att de övriga akutläkarna inte behöver handleda AT läkare och studenter utan kan bara koncentrera sig på sina patienter som de har fått tilldelade i teamet. Det sparar tid för patienterna och personalen. Bjurström et al. (2012) gjorde en jämförelse mellan att ha en läkare i första skedet följt av team bestående av specialist läkare och sjuksköterskor eller att ha team bestående av sjuksköterskor och At läkare eller enbart sjuksköterskor som triagerar patienterna. De kom fram till att den konstellation som minskade väntetiderna mest var att ha en överläkare i första ledet följt av team med specialistläkare och sjuksköterskor.

Även i studier utförda i Sverige visar på att teamarbete påverkar patienternas väntetider. Muntlin Athlin et al. (2013) kom fram till att väntetiden till läkare kortades med 53 minuter, men den totala väntetiden förblev oförändrat. Detta bekräftas av den känsla som flera av informanterna i studien lyfter, att patienterna får träffa en läkare snabbare med teamarbete, men sedan blir det väntan på prover, röntgen eller andra undersökningar som inte utförs på akuten och de väntetiderna påverkas inte av att akuten arbetar med team.

Alla studierna kommer fram till att teamarbete kan påverka patienternas väntetider på olika sätt, dock är omfattningarna av studierna ganska små och större studier skulle behövas för att säkerställa att bara teamarbete kan minska väntetiderna signifikant. Så länge akutmottagningarna är beroende av tjänster utanför själva akutmottagningen kommer det att krävas andra processer för att kunna korta ner väntetiderna än enbart införandet av teamarbete, vilket flera av informanterna påpekar.

Akutläkare

Informanterna i studien lyfter fram vikten av att ha läkare som är intresserade av akutsjukvård och som vill föra arbetet på akutmottagningen framåt och att därigenom underlätta ett införande av teamarbete på akutmottagningen. En svårighet i att ha läkare med andra specialiteter i ett teamarbete på en akutmottagning är att det blir väldigt styrt vilka patienter dessa läkare kan ta. Dessa läkare har inte sin anställning på akuten utan gör endast vissa jourer där, det innebär att det kan dröja ganska lång tid mellan de olika jourtillfällena och då är det svårt att få till någon form av konsekvens i arbetssättet. Finns det läkare som är anställda på akutmottagningen ligger det i deras intresse att få till ett bra arbetssätt lika mycket som det ligger i sjuksköterskornas och undersköterskornas intresse. Att ha läkare som kan ta hand om alla patienter oavsett vad patienterna söker för är också en fördel sett till väntetider, då patienterna inte behöver träffa flera olika läkare på akuten. Detta underlättar även för övrig personal som slipper rapportera över patienten till andra sjuksköterskor under patientens tid på akuten, utan patienten stannar hos samma personal hela tiden. De studier som har tittat på att höja kompetensen i första led har inte specifikt tittat på akutläkare. Utan det de kommer fram till är att ju högre kompetens det finns i första ledet desto bättre är det för patienten och väntetiderna. Det finns olika varianter på detta, att ha en överläkare eller annan specialist läkare i ett team med en sjuksköterska som gör en första bedömning och sedan lämnar över till team som finns längre in på golvet med rekommendationer om att patienten skall läggas in direkt eller behandlas på akutmottagningen (Burström et al., 2012), eller att ha flera läkarledda team med specialister som tittar på alla patienter (Muntil Athlin et al., 2013). Vad som är gemensamt för dessa studier är att det finns flera fördelar med att ha läkare så långt fram i vårdkedjan som möjligt och där borde det finnas en fördel i att ha akutläkare som kan bedöma och handlägga patienterna oavsett vad denne söker för.

SLUTSATS

Akutmottagningen är en plats som ständigt är i förändring. Inget arbetspass är det andra likt och hur arbetspasset ser ut kan förändras på några minuter. Det finns många faktorer som påverkar arbetet på akutmottagningen, tillströmningen med patienter, hur svårt sjuka dessa patienter är, tillgång på vårdplatser är bara några av dessa. I denna studie framkom att det finns många fördelar med teamarbete för både personal och patienter. Fördelarna för personalen var bättre kommunikation, ett bättre samarbete mellan professionerna, minskad hierarki och en större möjlighet att lära av varandra om de själva tar tillvara på de tillfällena. Ett fungerande teamarbete kunde även ses som avlastande då de kunde dela på arbetsuppgifterna i teamet och även byta arbetsuppgifter med varandra. Fördelarna för patienterna som lyftes fram var att det tydligt framgår vilka i personalen som ansvarar för patient, patienten behöver inte upprepa varför den söker akut flera gånger, samtlig behandlande personal får samma information vid samma tillfälle. Det framgår också att det finns faktorer som påverkar teamarbetet negativt, så som för stora flöden av patienter och personalens inställning till teamarbete. Studien belyser ändå att deltagarna upplever att fördelarna väger upp nackdelarna och samtliga deltagare i studien är nöjda med teamarbete som arbetssätt. Hur väl ett teamarbete på en akutmottagning faller ut är också beroende av hur detta teamarbete organiseras. Vilken sammansättning det är i teamen vad det gäller professioner och kompetens, samt att flera team finns tillgängliga under de perioder på dygnet då det är flest patienter på akutmottagningen.

Kliniks tillämpbarhet

Att arbeta i team på akutmottagningen främjar arbetsmiljön så tillvida att kommunikation mellan professionerna blir bättre, hierarkin försvinner och personalen lär känna varandra bättre. Hur vida teamarbete är kostnadseffektivt kan komma att bero på vilken akutmottagning som studeras. Kostanden för införande av teamarbete beror på hur många fler läkaren som behövs för att kunna arbeta i team, samt hur många team som behövs för att möta patienttrycket. Kostanden för införandet av teamarbete kan sedan kanske hämtas hem då tid till läkare blir kortare och i vissa fall även den totala besökstiden på akuten.

FORTSATT FORSKNING

Hur sjuksköterskornas upplevelser av att arbeta i team är, är viktig att belysa, inte minst med tanke på framtida utvärderingar av arbetssättet. Det skulle vara av intresse att göra en liknande studie då med deltagare från flera olika akutmottagningar och även ett större deltagarantal. Hur väntetiderna påverkas av teamarbete går att mäta och registrera utifrån data går att samla in med hjälp av statistik program. Det är svårare att studera hur patienten upplever besöket på akutmottagningen före ett införande av teamarbete och efter som majoriteten av patienterna ändå bara besöker akuten vid något eller några tillfällen där det kan gå lång tid emellan dessa besök. Det skulle ändå vara intressant att försöka studera hur patienterna upplever teamarbete, då detta är ett arbetsätt som är på frammarsch inom akutsjukvården och vid något tillfälle borde även upplevelserna av teamarbete studeras. Det kan ju vara så att teamarbete är att föredra för personal och patienter trots att väntetiderna inte minskar, då det kan finnas andra fördelar som är att föredra.

Referenslista

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). Hämtad 2014-01-27 från <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esi1.html>
- Ajeigbe, D.O., McNeese-Smith, D., Leach, L.S., & Phillips, L.R. (2013). Nurse- Physician Teamwork in the Emergency Department. *The Journal of Nursing Administration*, 43(3), 142-148. doi:10.1097/NNA,0b013e318283dc23
- Australian College for Emergency Medicine. (2013). Hämtad 2014-01-27 från <https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf83-7e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scal.aspx>
- Brunault, P., Fouquereau, E., Colombat, P., Gillet, N., El-Hagen, W., Camus, V., & Gaillard, P. (2014). Do Transactive Memory and Participative teamwork Improve Nurses' Quality of Work Life? *Western Journal of Nursing Research*, 36(3), 329-345. doi:10.1177/0193945913493015
- Burstöm, 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(57), 1-10. doi:10.1186/1757-7241-20-57
- Canadian Association of Emergency Physicians. (2013). Hämtad 2014-01-27 från <http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines>
- Choi, Y. F., Wong, T. W., & Lau, C.C. (2006). Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time and processing time of the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23, 262-265. doi:10.1136/emj.2005.025254
- Codex (2013). God forskningsed. Hämtad den 12/3 2014 från: http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf
- De Behnke, D., & Decker, C. (2002). The Effects of a Physician-Nurse Patient care Team on Patient Satisfaction in an Academic ED. *Amerikan Journal of Emergency Medicine* 20(4), 267-270. doi:10.1053/ajem.2002.34199
- Enander, C., Letvall, S., Letterstål, A., & Öhlén, G. (2007). *Triagearbete på akutmottagning – fokusrapport*. Stockholm: Stockholms läns landsting. Hämtad 2014-01-04 från http://www.vardsamordning.sll.se/Global/Vardsamordning/Dokument/Publicationer/Fokusrapporter/FR_Triagearbete_pa_akutmottagning.pdf
- Flowerdew, L., Brown, R., Russ, S., Vincent, C., & Woloshynowych, M. (2012). Teams under pressure in the emergency department: an interview study. *Emergency Medicine Journal*, 29(12), 1-5. doi:10.1136/emmermed-2011-200084
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Frykman, M., Hasson, H., Muntlin Athlin, Å., & von Thiele Schwarz, U. (2014). Functions of behavior 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
- Gilardi, S., Guglielmetti, C., & Pravettoni, G. (2013). Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency departments. *The Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1299-1309. doi: 10.1111/jan.12284
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 1025-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen.(Red.). (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom häls-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB och författarna
- Göransson, K.E., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005). Triage in emergency departments: national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1067-1074.
- Göransson, K.E., Ehrenberg, A., Marklund, B., & Ehnfors, M. (2006). Emergency department triage: Is there a link between nurses 'personal characteristics and accuracy in triage decisions?. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 83-88. doi:10.1016/j.aen.2005.12.001
- Göransson, K.E., Ehnfors, M., Fonteyn, M.E., & Ehrenberg, A. (2007). 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 och författarna
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur AB
- Henry, B. W., McCarthy, D. M., Nannicelli, A. P., Seivert, N. P., & Vozenilek, J. A. (2013). Patients' views of teamwork in the emergency department offer insights about team performance. *Health expectations: An International Journal of Public Participation In Health Care and Health policy*, 17(3), 153- 159. doi: 10.1111/hex.12148
- Hobgood, C. D., Riviello, R.J., Jouriles, N., & Hamilton, G. (2002). Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1257-1269.
- Kipnis, A., Rhodes, K.V., Burchill, C.N., & Datner, E. (2012). The Relationship Between Patients' Perception of Team Effectiveness and Their Care Experience in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(5), 731-738. doi:10.1016/j.jemermed.2012.11.052
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den Kvalitativa Forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2006) (2ed). *Manchester Triage Group Emergency Triage* (2nd ed.). Hararyana: Blackwell Publishing Inc.
- Mazzocato, P., Hvitfeldt Forsberg, H., & von Thiele Schwarz, U. (2011). Team behaviors in emergency care: a qualitative study using behavior analysis of what makes team work.

- Scandinavian Journal of Trauma, resuscitation and Emergency Medicine*, 19(70). 1-8. doi:10.1186/1757-7241-19-70
- Morse, J.M., Barrett, M., Mayman, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), www.ualberat.ca/ijqm/
- Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, S.K., Hudelson, P., Matric, F., Nu.V. V., Savoidelli, L, g., & Nendaz, R, M. (2014). Interprofessional Collaboration Between Resident and Nurses in General Internal Medicine: A Qualitative Study on Behaviours enhancing Teamwork Quality. *Plos one* 9(4). 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0096160.s001
- Muntlin Athlin, Å., von Thiele Schwarz, U., & Farrohknia, N. (2013). Effects of multidisciplinary teamwork on lead times and patient flow in the emergency department longitudinal interventional cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21(76).1-9. doi:10,1186/1757-7241-21-76
- Nancarrow, A. S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19), 1 - 11. doi:10.1186/1478-4491-11-19
- Partovi, S.N., Nelsson, B.N., Bryan, E.D., & Walsh, M.J. (2001). Faculty Triage Shortens Emergency Department Length of Stay. *Academic Emergency Medicine*, 8(10), 990-995.
- Patel, P.B., & Vinson, R.D. (2005). Team Assignment System: Expediting Emergency Department Care. *Annals of Emergency Medicine*, 46(6). 449-506. doi:10.1016/j.annemergmed.2005.06.012
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for nursing Practice*. Philadelphia, Baltimore, New York, London: Lippincott.
- Ruben, F., & Widgren, B. (2011). Comparison of standard and emergency physician triage shorter waiting time in emergency department with physicians in the triage team. *Läkartidningen*, 7(108), 340-342.
- Sandman, L., Ekerstad, N., & Lindroth, K. (2012). *Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning – en etisk analys av RETTS*. Linköping: Linköpings universitet. Hämtad 2014-01-04 från http://www.imhliv.se/halso-o-sjukvards-analys/prioriteringscentrums/publicationer-ovrigt-publicerat-material/1.444597/2012-2_sandman.pdf
- Sanning Shea, S., & Hoyt, K.S. (2012). "RAPID" Team Triage one hospital's approach to patient-centered team triage. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 34(2), 177-189. doi: 10.1097/TME.0b013e318253e4c6
- SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturoversikt* (SBU utvärderar. Gul rapport). Stockholm: SBU. Hämtad 2013-11-25 från http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Triage-ochflodesprocesser-pa-akutmottagninen/triage_fulltext.pdf
- Socialstyrelsen. (2005). *Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-01-04 från http://www.socialstyrelsen.se/list/artikelkatalog/attachements/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2008). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkarnas specialisttjänstgöring*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-02-11 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-17>

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för God vård: Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer, Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2013-11-25 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/nationellaindikatorerforgodvard>

Socialstyrelsen. (2011). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2013-11-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-36>

Subash, F., Dunn, F., McNichall, B., & Marlow, J. (2003). Team triage improves emergency department efficiency. *Emergency Medicine Journal*, 21, 542-544. doi:10.1136/emj.2002.003665

Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkarsällskapet. (2013). *Teamarbete & Förbättringskunskap: två kärnkompetenser för god och säker vård*. Stockholm: SFF. Hämtad 2014-02-11 från <http://www.swenurse.se/sa-tycker-vi/Publicationer/Kvalitet/Teamarbete-och-forbattningskunskap/Teamarbete.och.forbattningskunskap.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening.(2013). *Genomlysning av Stockholms akutmottagningar*. Hämtad 2014-08-19 från http://www.swenurse.se/PageFiles/2881/20131022_Genomlysning%20av%20Stockholms%20akutmottagningar_slutversion.pdf

Svirsky, I., Stoneking, L.R., Grall, K., Berkman, M., Stolz, U., & Shirazi, F. (2013). Resident-Initiated Triage Effect On Emergency Department Patient Flow. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(5), 746-751. doi:10.1016/j.jemermed.2013.03.019

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

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Vieth, T.L., & Rhodes, K.V. (2006). The effect of crowding on access and quality in an academic ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 24, 787-794. doi:10.1016/j.ajem.2006.03.026

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård – Handläggning av patienter med akutsjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur AB och författaren.

Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2007). Trauma patients' encounter with the team in the emergency department – A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 714-722. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.01.014

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.

Bilaga I

Norrköping 2014-02-xx

Till Verksamhetschef

Akutkliniken, XXsjukhuset, YY

Jag heter Sarah Carlberg och är sjuksköterska på akutmottagningen på Vrinnevi sjukhuset, Norrköping. Jag studerar magisterprogramet i omvårdnad med inriktning på akutsjukvård, 60hp, vid Sophiahemmets högskola. I mitt självständiga arbete, 15hp, har jag valt att studera ” Sjuksköterskors upplevelser av teamarbete på akutmottagningen”. Jag är därför mycket intresserad av att få genomföra studien vid Akutmottagningen, XXsjukhuset.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien utförs på din klinik är jag tacksam om du meddelar mig detta.

Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

När studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten.

Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

Vänlig hälsning

Sarah Carlberg

0731-503887

sarah.norback.carlberg@lio.se,

Handledare

Lise-Lotte Franklin Larsson

08-4062978

lise-lotte.franklinlarsson@shh.se

SAMMANFATTNING AV STUDIENS UPPLÄGG OCH INNEHÅLL

”Sjuksköterskors upplevelser av teamarbete på akutmottagningen”

Syftet är att belysa hur sjuksköterskor upplever det att arbeta i team på akutmottagningen.

Under de senaste åren har undersökningar visat att antalet patienter som söker sig till landets akutmottagningar stadigt ökar. Detta innebär en ökad belastning på den personal som arbetar på akutmottagningarna och även en ökad väntetid för patienterna. För att minska ner väntetiderna och även få ett bättre arbetsklimat har man på ett flertal akutmottagningar infört teamarbete. Då detta är ett relativt nytt arbetssätt i Sverige finns det inte så många studier gjorda på hur detta arbetssätt påverkar sjuksköterskorna. Vikten av sjuksköterskornas upplevelser av att arbeta i team är viktig att belysa, inte minst med tanke på framtida utvärderingar av arbetssättet.

Metoden för att genomföra studien är bandinspelade intervjuer.

Min önskan är att kunna intervjua 8-10 sjuksköterskor på Din enhet. Den beräknade tidsåtgången är 30-40 minuter. Önskan är att intervjuerna kommer att ske på arbetstid, de dagar de som skall intervjuas arbetar. Alla som tillfrågas kommer att få skriftlig information och deltagandet är frivilligt. Jag kommer att genomföra intervjuerna under februari och mars 2014.

Med vänliga hälsningar

Student

Sarah Carlberg

sarah.norback.carlberg@lio.se

0731-50 38 87

Handledare

Lise-Lotte Franklin Larsson

lise-lotte.franklinlarsson@shh.se

08-406 29 78

Jag godkänner att Sarah Carlberg utför en kvalitativ intervjustudie på akutmottagningen XX.

Ort och datum

.....

Namnteckning, verksamhetschef

Intervjuguide

Bakgrundsinformation

Ålder?

Antal år som färdig sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på akutmottagningen?

Hur upplever du att det är att arbeta i team?

Fördelar, vilka?

Nackdelar, vilka?

Hur påverkar teamarbetet dig som sjuksköterska i din profession?

Antalet personer i teamet?

Uppgifter för dig som sjuksköterska?

Tillvaratagande av kompetens, lärande?

Möjlighet att styra det egna arbetet?

Hur påverkar teamarbetet patientens besök på akutmottagningen?

Fördelar?

Nackdelar?

Bakgrund och syfte

Socialstyrelsen skriver i sina nationella indikatorer för God vård att ”Hälsa- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av” (Socialstyrelsen, 2009).

Långa väntetider leder ofta till missnöje bland patienter, och kan även innebära en ökad medicinsk risk. Att ha ett stort antal patienter på en akutmottagning innebär ofta även ett arbetsmiljöproblem för den personal som arbetar där (SBU, 2010). Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har kommit fram till att införa teamtriage kan minska väntetiderna för patienter. Där läkare och sjuksköterska träffar patienten tillsammans och gör bedömningen av patienten tillsammans (SBU, 2010). Då detta arbetssätt fortfarande är relativt nytt i Sverige finns det inte mycket forskning om hur sjuksköterskor upplever att det är att arbeta i team med läkare på akutmottagningen. Syftet med denna studie är att ta reda på hur sjuksköterskans upplevelse det att arbeta i team.

Ditt deltagande

Då du arbetar på akutmottagningen xx och är leg sjuksköterska så tillfrågas du om att delta i studien. Vårdenhetschef YY har fått studien presenterat för sig och har gett sitt godkännande till att studien utför hos er.

Studiens genomförande

Intervjuer kommer att utföras vid akutmottagningen under ett arbetspass. Intervjuerna beräknas ta ca 30-40 minuter och kommer att ske i ett enskilt rum på akutmottagningen. Intervjun kommer att spelas in och jag kommer i ett senare skede skriva ut texten för att kunna genomföra en analys.

Om du väljer att delta i studien kommer jag att kontakta dig för att hitta en tid som passar för att genomföra intervjun. Tanken är att intervjuerna skall genomföras under januari och februari 2014.

Hantering av data och sekretess

Intervjun kommer att spelas in och sedan skrivas ut ordagrant. Varje intervju kommer att koda. Denna kod kommer sedan att följa med anlystexten. Det inspelade materialet kommer att förvaras på ett USB minne. USB minnet och den utskrivna texten kommer att förvaras så att ingen obehörig kan ta del av dem. Citat tagna från analysen kommer att presenteras i resultatet. Dessa citat är kodade så att ingen förutom författaren kan koppla dem till en specifik person. Det insamlade materialet kommer inte att användas till något annat än denna studie. När studien är avslutad och godkänd kommer allt inspelat material att raderas och de utskrivna intervjuerna att förstöras.

Information om studiens resultat

När studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. I samband med intervju kommer du att få en förfrågan om du önskar få ta del av uppsatsen då den är färdig och på vilket sätt det kan ske.

Ersättning

Ingen ersättning utgår förutom att intervjun sker under betald arbetstid.

Frivillighet

Väljer du att delta i studien är det helt frivilligt och du kan när som helst under studiens gång välja att dra tillbaka ditt deltagande. Drar du tillbaka ditt deltagande kommer allt inspelat material att tas bort från studien

Ansvariga

Student

Sarah Carlberg

sarah.norback.carlberg@lio.se

0731-50 38 87

Handledare

Lise-Lotte Franklin Larsson

lise-lotte.franklinlarsson@shh.se

08-406 29 78

SAMTYCKE

Jag har tagit del av informationen angående denna intervjustudie vars syfte är att ta reda på hur sjuksköterskan upplever att arbeta i team, samt dess upplägg. Jag har haft möjlighet att ställa frågor och fått dessa besvarade till belåtenhet.

Jag väljer att delta i denna studie och bekräftar det genom att skriva under detta samtycke

Forskningsperson:.....

Namnsteckning:.....

Datum och Ort:.....