



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Från akut trauma till brutet finger på 5 minuter

**Undersköterskors erfarenhet och kompetens
inom anestesiverksamhet**

EXAMENSARBETE 15 hp
Vårdpedagogik med inriktning mot
vård och omsorg,
fördjupningskurs 60-90 hp.
Vt 2009
Författare: Agnetha Nilsson
Handledare: Gudrun Nilsson

Abstract

- Titel:** Från akut trauma till brutet finger på 5 minuter – Undersköterskors erfarenhet och kompetens inom anestesiverksamhet.
- Arbetets art:** Fördjupningsarbete i Vårdpedagogik med inriktning mot vård och omsorg.
- Institution:** Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet.
- Sidantal:** 25 sidor exklusive bilagor.
- Författare:** Agnetha Nilsson
- Handledare:** Gudrun Nilsson
- Examinator:** Kaety Plos
- Datum:** 2009-06-03

Antalet patienter inom sjukvården ökar konstant medan det samtidigt sker nerdragningar av personalen. Kraven på effektivitet blir allt större och snabba byten mellan patienter är en situation som personalen allt oftare ställs inför. Kompetens, yrkeskunnande och förtrogenhetskunskap är några begrepp som har betydelse för att klara av arbetssituationen. Dessutom är det viktigt att hitta en fungerande metod för stresshantering. Syftet med arbetet är att beskriva erfarenheter som undersköterskor inom anestesiverksamhet har av att hantera de tvära kast som uppstår vid snabba byten mellan en akut svårt sjuk eller skadad traumapatient och en patient med mindre svår sjukdom eller skada. Samt beskriva de omständigheter som kan försvåra eller underlätta hanterandet. Metoden som använts är av kvalitativ ansats. Sex undersköterskor som arbetat inom anestesiverksamheten i minst fem år intervjuades. En lågt strukturerad frågeguide användes vid de öppna intervjuerna. Resultatet visade på en övergripande strategi att stänga av och fokusera. Två kategorier bildades, faktorer som försvårar och faktorer som underlättar. Kategorierna beskrivs med tio underkategorier. Slutsatsen är att förmågan att stänga av och fokusera bedömdes av undersköterskorna som ett måste för att de skulle orka med och kunna utföra sitt arbete på bästa sätt. De menade att alla patienter har rätt till ett professionellt bemötande och en god vård och att de med hjälp av denna strategi kunde uppnå detta. De berättar att de känner sig behövda och är oerhört stolta över att vara undersköterskor.

Nyckelord: nursing, nurses aids, competence, emotionell, emotionell competence, post-traumatic stress, professional, emergency, omvårdnad.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Kompetens och kvalifikationer	1
Omvårdnadskompetens	3
Emotionell stress	4
Stresshantering	5
Undersökningsområde	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Databearbetning	8
Etiska överväganden	9
Resultat	9
Stänga av/fokusera	10
Omständigheter som försvårar	11
Likhet/samband med patienten	11
Hårda och känslökalla	11
Etik	12
Omständigheter som underlättar	12
Yrkeskunnande	12
Skapa och inge förtroende	13
Bemötande/skapa trygghet	13
Framförhållning	14
Kreativitet	14
Stöd av kollegor/debriefing	15
Tillfredsställelse med arbetet	16
Diskussion	16
Resultatdiskussion	16
Metoddiskussion	20
Slutsatser	22
Referenser	24
Bilaga 1	26
Bilaga 2	27
Bilaga 3	28
Bilaga 4	29

Inledning

Vi lever i ett samhälle där det gäller att producera så mycket som möjligt på kortast möjliga tid och med minsta tänkbara resurser. Vårdgivare inom nästan alla kategorier har utsatts för krav på ökad effektivitet under 1990-talet, vårdavdelningar har lagts ner och personalantalet har minskat (Nyström, 2003). Enligt Andréén-Sandberg (2005) kan olycksfallen komma att öka i framtiden och därmed pressen på vårdpersonalen. Även antalet multisjuka samt äldre patienter ökar dels för att det idag går att behandla, om än inte alltid bota, fler sjukdomar och dels för att åldern stiger på vår befolkning. Det går även att märka en ökning av våldsrelaterade skador. Detta patientklientel tas, av förklarliga skäl, oftast hand om kvälls- och nattetid varför arbetsbelastningen ökar också under jourtid när personalstyrkan är kraftigt reducerad. Lindell (2003) menade att vårdarbete innebär mycket ansvar och stora påfrestningar. Situationer där svårt skadade patienter måste tas om hand tolkas och upplevs på olika sätt av vårdpersonalen. Teoretiska kunskaper om omhändertagandet av patienternas fysiska och psykiska välbefinnande införskaffas under vårdutbildningen. Rent traditionellt får personalen lära sig, både under utbildning samt i det dagliga vårdarbetet, att försöka hålla sina egna känslor utanför den yrkesmässiga relationen. Tutton, Seers och Langstaff (2008) beskrev att sjukvårdspersonalens känsla av att konstant behöva kompromissa och en ständig underbemanning gjorde att strävan mot att trots allt ge en bra vård upplevdes som en svår sak att klara av. De krav som ställs på effektivitet inom sjukvården lämnar inte mycket utrymme för egen påverkan av arbetsmiljön eller reflektion över situationer de varit med om. Det finns nog ingen som gått oberörd från ett möte med en traumapatient och vidare till nästa patient utan att känna en emotionell stress och frustration. Syftet med arbetet är att beskriva erfarenheter som undersköterskor inom anestesiverksamhet har av att hantera de tvära kast som uppstår vid snabba byten mellan en akut svårt sjuk eller skadad traumapatient och en patient med mindre svår sjukdom eller skada. Samt beskriva de omständigheter som kan försvåra eller underlätta hanterandet.

I arbetet används orden akut och trauma. Enligt Svenska Akademiens Ordlista (2006) betyder ordet akut: skarp, häftig; överhängande och trauma betyder: skada genom yttre våld (www.svenskaakademien.se).

Bakgrund

Kompetens och kvalifikation

Tio myndigheter, samordnade av Socialstyrelsen (2006), lämnade in en handlingsplan för kompetensförsörjning till regeringen. En åtgärd i denna plan var att Socialstyrelsen skulle definiera de grundläggande kraven på yrkeskompetens och kvalifikationer för omvårdnadspersonal specificerat till vård- och omsorgsassistenterna. Detta resulterade i en rapport som innehåller en sådan beskrivning (www.socialstyrelsen.se):

Kompetens är en individs förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter. Kompetens är personbunden, men den är också beroende av det sammanhang individen befinner sig i. Beskrivningen av kvalifikation utgår från uppgiften eller arbetet och vilka krav detta ställer på kompetenser hos individen. Därmed kan sägas att en kvalifikation erhålls när ett behörigt organ fastställer att en persons inlärning har nått en viss nivå när det gäller kunskap, färdighet och personlig kompetens (s. 15).

När kompetensen sätts in i ett yrkessammanhang så innefattar begreppet tre förmågor. Kunskaper, färdigheter och attityder för att klara av ett speciellt yrke och de arbetsuppgifter som ingår i yrket – men det säger ingenting om hur denna kompetens har förvärvats.

Med begreppet reell kompetens menas att:

... individen är kompetent att utföra det arbete som hon är satt att utföra – individen har skaffat sig denna kompetens genom en kombination av lärande från skola, arbete och annan livserfarenhet (s. 34).

Formell kompetens innebär att:

... personen ifråga har den utbildning som anses behövas för att kunna utföra yrket, utbildningen i sig borgar för att individen har fått kunskaper inom det kunskapsområde som är aktuellt för yrket (s. 34).

Kunskap är av både teoretisk och praktisk karaktär. Färdighet är kunskap om hur något ska gå till eller göras, ”knowing how” (veta hur) och varför man gör det, ”knowing that” (veta att). I begreppet kompetens ingår förutom kunskap och färdigheter även den personliga kompetensen. Här handlar det om sociala färdigheter som ledarskaps- och kommunikationsförmåga, samarbetsförmåga samt attityd och personlighetsrelaterade faktorer som lojalitet, engagemang och ansvarskänsla. Personlighetsegenskaper såsom självförtroende, pålitlighet, noggrannhet men även förmågan att umgås/ha en relation med andra människor ryms inom begreppet personlig kompetens och talar om hur man ska vara för att på ett kompetent sätt utföra sitt arbete (www.socialstyrelsen.se).

I Bildning och kunskap (1999) beskrivs fyra kunskapsformer, fakta, förståelse, färdighet och förtrogenhet. Faktakunskaper betyder att vi vet att något förhåller sig på det ena eller andra sättet. Förståelsekunskap innebär att vi kan begripa meningen eller innebörden i en händelse. Färdighetskunskap är att vi vet hur något ska utföras och kan göra det. Förtrogenhetskunskap är ofta förknippad med sinnliga upplevelser t.ex. det vi ser och känner. Vi lär oss att lägga märke till likheter och olikheter för att kunna använda våra tidigare erfarenheter i nya situationer.

Ellström (2004) beskrev på liknade sätt begreppen kompetens, kvalifikationer och yrkeskunnande. ”Med kompetens avses här en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller kontext” (s. 21). Förmågan att resultatrikt, efter egna eller andras krav, utföra ett arbete samt att kunna känna igen, använda och, om det låter sig göras, bredda det tolknings-, handlings- och värderingsutrymme som arbetet erbjuder kan definieras i termer av:

- psykomotoriska faktorer, olika typer av perceptuella och manuella färdigheter t.ex. fingerfärdighet, handlag.
- kognitiva faktorer, olika typer av kunskaper och intellektuella färdigheter t.ex. förmågan att fatta beslut och lösa problem.
- affektiva faktorer, viljemässiga och känslomässiga handlingsförutsättningar t.ex. engagemang, värderingar.
- personlighetsfaktorer, handlingsförutsättningar relaterade till personlighetsdrag t.ex. självförtroende och självuppfattning.
- sociala faktorer, olika sociala färdigheter t.ex. samarbets- ledarskaps- och kommunikationsförmåga.

Individer med kompetensen att själva kunna påverka och förändra sina arbetsvillkor kan minska uppkomsten av fenomen som stress, hjälplöshet och arbetsmiljörelaterad ohälsa. Begreppet kompetens utgår alltså från individen och dennes tänkbara förmåga i relation till ett visst arbete medan kvalifikation utgår från arbetet och de krav som ställs på individens kompetens. Författaren anser att det går att skilja kvalifikationsbegreppet åt via två olika innebörder. Dels kvalifikationer som formellt eller informellt bestäms och efterfrågas för ett visst arbete och dels de kvalifikationer som sakligt krävs för att utföra ett arbete eller en

uppgift. Dessa två kvalifikationer är inte oberoende av varandra utan talar för att den efterfrågan som finns på enskilda arbetsplatser återger arbetets faktiska kvalifikationskrav i större utsträckning än den som efterfrågas på arbetsmarknaden (Ellström, 2004).

Yrkeskunnande kan enligt Ellström (2004) definieras på fem olika sätt:

- som formell kompetens, dvs. den kompetens som erhållits genom utbildning.
- som reell kompetens, dvs. den faktiska kompetens som en person har och som kan utnyttjas för att utföra ett arbete eller lösa en uppgift.
- som utnyttjad kompetens, dvs. den kompetens en person har och som kommer till egentlig användning.
- som den kompetens som faktiskt krävs för att utföra arbetet på ett resultatrikt sätt samt som den kompetens som formellt eller informellt bestäms och efterfrågas för ett visst arbete.

Omvårdnadskompetens

I Svensk författningssamling (SFS 1982:763) under § 2 i Hälso- och sjukvårdslagen står beskrivet att *"målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen"* samt att *"vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet"*. Hälso- och sjukvården ska bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl. a. att den ska vara av särskilt hög kvalitet och ge patienten trygghet under vård och behandling, ha respekt för patienternas självbestämmande och integritet, arbeta för god kontakt mellan patient och personal samt sörja för att det finns kontinuitet och säkerhet i vården (§ 2a) (www.socialstyrelsen.se).

Segesten (1993) menade att professionella handlingar utan mänskligt bemötande blir ett mekaniskt arbete, liksom ett mänskligt bemötande utan professionella handlingar endast blir till allmän omtanke och välvilja. Därför måste detta sammanvävas för att få en god omvårdnadskompetens. Johansson (1996) ansåg att yrkeskompetens inom omvårdnad består av två delar, dels en fördjupad allmänmänsklig kompetens dels ett omvårdnadskunnande. Den allmänmänskliga kompetensen utgör en nödvändig grund för vårdpersonalens egen omvårdnadskompetens och bör därför ingå i de olika vårdutbildningarna. Författaren har formulerat en modell av omvårdnadskompetens i vilken hon relaterar till arbetsuppgifter, patienter och omvårdnad. Modellen utgår från pedagogen Foshays allmänmänskliga kompetensdomäner som innebär att det måste finnas någon form av intellektuell, emotionell, social, fysisk, estetisk och andlig kompetens för att man ska kunna tala om mänskligt liv. Domänerna är:

- den intellektuella: förmågan att förstå och hantera kunskap/fakta för att sedan värdera och tillämpa den i praktiken.
- den emotionella: förmågan att bli medveten om och förstå hur våra känslor påverkar oss, att livserfarenhet och mognad gör att vi objektivt vågar ifrågasätta varför vi känner eller reagerar på ett eller annat vis när vi ställs i olika situationer. Denna domän innebär även förmågan att försöka förstå varför andra människor kan uppleva och reagera helt olika inför samma händelse samt att kunna utföra ett bra arbete oavsett vilka reaktioner vi möter.
- den sociala: förmågan att fungera, både i grupp och som enskild individ, i sociala sammanhang, att kunna anpassa sig till olika behov som samhället eller andra människor har samt utveckla sin moral och värdera andras kapacitet.
- den fysiska: förmågan att känna och förstå sin kropp samt dess funktioner men även begränsningar, att kunna använda sig av kroppsspråk, röst och uttryck för att vara tydlig.

- den estetiska: har fyra aspekter.
 - den formella: uppfattningen om form.
 - den tekniska: uppfattningen om vilken teknik som behövs för att framställa något.
 - den känslomässiga: uppfattningen om totalintrycket av t.ex. vilken färg, smak eller doft en sak har.
 - den expressiva: att förstå meningen av de intryck som erhålls samt hur det påverkar oss.
- den andliga: innefattar existentiella frågor/svar och sökande efter livets mening samt hur olika val och synsätt i livet påverkar oss.

Vilken eller vilka domäner som får den största tyngden i en viss situation med allmän och specifik omvårdnad beror på vårdform och arbetsplats (Johansson, 1996).

Enligt Pilhammar Andersson (2004) kan vårdpedagogik anses vara ett område som ligger i brytpunkten mellan pedagogik och andra ämnen såsom vårdvetenskap, omsorgsvetenskap och medicinsk vetenskap. Tre väsentliga kunskapsområden som har utvecklats inom vårdpedagogiken beskrivs. Områdena är kunskap/kompetens, kultur samt organisation och berör all utbildning och verksamhet inom vård, medicin och hälsa. Författaren menar att yrkeskompetens inom vård och omsorg kan betraktas utifrån fyra perspektiv:

- yrkeslivets krav på kunskap och kompetens
- vård- och omsorgspersonalens kunskaper, färdigheter, formell och reell kompetens
- hur yrkeskunnande och kompetens förvärvas i utbildning och arbetsliv
- hur kunskaper och färdigheter omformas från utbildning till yrkesliv

Pedagogik och omvårdnad fokuserar på olika saker. Inom omvårdnad är målsättningen att förbättra och öka kunskaperna i bemötande, omhändertagande och vårdande medan vårdpedagogikens syfte är att bättra på och utveckla vård/omsorgsutbildningar, personalens kunskaper och skicklighet samt de undervisande perspektiven inom vård – och omsorgsarbetet (Pilhammar Andersson, 2004).

Emotionell stress

Enligt Arbetsmiljöverket (www.av.se) är det viktigaste redskapet den egna personen i arbete med människor. Ofta är arbetsuppgifterna engagerande men kan även bli tärande. Ett högt arbetstempo, stor arbetsmängd, splittrade arbetsuppgifter under tidspress samt små möjligheter att påverka den egna arbetssituationen kan öka risken för ohälsa i form av stress. Krav från omvärlden på ökad kvalitet och minskning av vårdköer ökar arbetsbelastningen vilket gör det svårt att få tid till reflektion och återhämtning. Fysiska reaktioner såsom belastningsskador i rygg, nacke och skuldror samt psykiska reaktioner såsom nedstämdhet och utmattningssymtom inför olika krav som ställs på vårdpersonalen är naturliga reaktioner och varierar i sitt uttryck från person till person. Alla människor utsätts någon gång för påfrestningar i sitt arbete och i livet i allmänhet men det behöver inte i sig innebära något negativt för hälsa och välbefinnande. Det är när kraven blir övermäktiga, när kontrollen, stödet och återhämtningen saknas som det kan bli svårt att hantera situationen. Möjligheter till återhämtning är en viktig komponent när det gäller att förebygga ohälsa. Återhämtning kan se olika ut och tar olika lång tid beroende på vilka påfrestningar som individen utsatts för (www.av.se).

Nyström (2003) menade att arbetsuppgifterna inom akutsjukvården sällan är renodlade utan består av både medicinskt orienterade sysslor och av omvårdnad. Dessa måste kunna integreras men inom akutsjukvården kan dock det medicinska inslaget bli mycket starkt.

Yrkesverksamma vårdgivare som redan känner sig säkra gällande sin medicinska kompetens har en större förutsättning att utveckla ett vårdande förhållningssätt. Vårdaren bör naturligtvis ha en sammansatt kompetens som innebär att det vårdande förhållningssättet kombineras med en uppmärksamhet på patientens medicinska tillstånd. Personalen får dock inte alltid det stöd de behöver för att kunna ge en väl fungerande omvårdnad till patienterna. Arbetssituationen inom akutsjukvården kan väcka negativa känslor inte minst då arbetet präglas av högt tempo och stress. Negativa känslor måste bearbetas och hanteras därför bör vårdarna erbjudas sådan handledning som de själva uppfattar som meningsfull. I en enkätundersökning utförd av Nyström (2003) framgår det att nästan alla vårdare kände sig stressade vilket förmodligen påverkade omvårdnadsvillkoren i negativ riktning. Den ojämna arbetsbelastningen var en vanlig stressfaktor men gav även stimulans och omväxling i arbetet.

Enligt Tutton, Seers och Langstaff (2008) innehåller emotionellt arbete två undergrupper, hålla fast vid/lämna bakom sig och engagemang/distansering. Personal som varje dag utsattes för en hög grad av lidande var medvetna om att detta i det långa loppet var stressande. De beskrev sina känslor som påtagliga och att de kunde välja mellan att antingen hålla fast vid eller att lämna det bakom sig. Processen att lämna det bakom sig bedömdes som nödvändig för att kunna behålla sin känslomässiga förmåga och fortsätta arbeta. Personalen berättade att om de höll fast vid allas lidande så skulle det bli överväldigande, en känsla av konstant sorg som inte skulle gå att leva med. Engagemang och distansering upplevs i olika grader av personalen. De beskrev att i ren självbevarelsedrift var ett visst mått av distansering nödvändigt för att effektivt kunna fortsätta sitt arbete. Trots detta upplevde de ibland en total frånvaro av känslor i sin kontakt med andra människor. När personalen redogjorde för denna överlevnadsstrategi var de dock bekymrade över att uppfattas som känslolösa personer, någon som inte bryr sig, och poängterade att det mer handlade om att inte ha kraft och ork att engagera sig i det känslomässiga arbetet.

Jonsson och Segesten (2004) skrev att vårdpersonalen upplevde känslor som avtrubning i sin förmåga att känna medlidande samt att de inte fungerade som de brukade varken på arbetet eller socialt. Ofta betonade de upplevelsen att de efter en traumatisk situation ensamma fanns kvar med en massa känslor, t.ex. känslor av skuld, förvirring och övergivenhet. Inom akutsjukvården kan det ibland vara svårt att hinna förbereda sig på den situation som man kommer att ställas inför och vårdpersonalens känslolöshet av en händelse kan vara minst lika starka som de drabbades (Hammarlund, 2001). Stressen som uppkommer av krav från omgivningen kan leda till både fysiska och psykiska reaktioner. Om de reaktionerna får personalen att växa som personer och därmed uppnå sina mål kan stress upplevas som positiv men när reaktionerna tar överhand kan de bli skadliga. De allra flesta som utsätts för negativ stress återhämtar sig dock inom ett par veckor (Jonsson, 2005).

Stresshantering

Jonsson och Segesten (2004) redogör för en strategi som används innan mötet med en traumapatient. I deras artikel beskrivs ett behov av att ha en inre dialog med sig själv för att kunna förbereda sig på vad som eventuellt väntar och på vad man kommer att få se. Detta kan vara en hjälp för att kunna distansera sig och utföra sitt arbete på ett professionellt sätt. Emellertid går det inte att förbereda sig för möten med patienter som påminner om personer i ens närhet eller till faktum är en anhörig eller bekant. Personalen menar att det inför varje möte med en patient finns en tanke på och en rädsla för detta. Jonsson och Halabi (2006) beskrev att det efter ett trauma var viktigt för sjukvårdspersonalen i deras arbete att kunna delge någon sina känslor och att ha någon att dela erfarenheterna med för att på så sätt kunna

bearbeta händelsen och lämna den bakom sig. Behovet av att få prata med någon är oftast brådskande och ska helst ske här och nu. Därför är det viktigt att vårdpersonal som varit involverade i arbetet runt en akut traumapatient blir tagna ur verksamheten så att de får en möjlighet att tillsammans prata om vad de varit med om. Enligt Jonsson och Segesten (2004) är det inte så viktigt att den som lyssnar har några svar eller lösningar utan det som är viktigast är att man får lasta av sig sina känslor till någon annan. Jonsson (2005) ansåg att efter en stark traumatisk händelse som en individ själv har svårt att klara av bör ett mindre strukturerat möte, defusing eller avlastningssamtal, genomföras direkt efter, eller åtminstone under samma dag. Vid defusing behöver man inte vänta 24 timmar innan interventionen utförs utan den sker alltså direkt och är ett kort möte mellan 30-45 minuter, dessutom är det inte lika emotionellt djupgående som under ett mer strukturerat möte, s.k. debriefing. Detta möte genomförs en av de första dagarna efter den traumatiska händelsen. Endast personer som är utbildade att hantera traumatisk stress och vet hur stressen påverkar människor får hålla i en debriefing (Jonsson, 2005).

Jonsson och Segesten (2004) menade att emotionell distansering är ett sätt att försöka upprätthålla normalitet. Vårdpersonalen liknar det med att sätta upp en sköld mellan sig själv och patienten för att kunna skydda sig mot det som är obehagligt och därmed kunna fortsätta utföra sitt arbete. I en artikel skriven av Sandgren, Thulesius, Fridlund och Petersson (2006) beskrivs tre huvudstrategier för att kunna hantera de känslomässiga aspekterna av omsorgsarbetet, emotionell distansering, emotionell bearbetning samt att gömma undan känslorna. De här olika strategierna interagerar med varandra och har inga fast gränser, dessutom förekommer de nästan alltid samtidigt och omedelbart efter en händelse. Egenskaper såsom emotionell kompetens, kunskap och erfarenhet samt yttre faktorer som tid, resurser och avdelningens attityder påverkar vilken strategi man väljer att använda sig av för att överleva känslomässigt. Emotionell distansering kan användas som ett skydd på ett professionellt sätt. Personalen beskrev detta som ett sätt att tänka t.ex. detta är mitt arbete och trots den förfärliga situation jag befinner mig i så utför jag mitt arbete så bra jag kan. Ett sådant tänkande kan skydda mot känslomässig överbelastning under omvårdnadsarbetet eftersom det då går att kontrollera känslorna. Om man istället distanserar sig genom att gömma sig bakom sin profession, där tankar som att detta är ett jobb som vilket jobb som helst uppstår, framkallar detta ett avstånd mellan vårdare och patient. Omvårdnadsarbetet kan då bli kallt och cyniskt utfört vilket minskar kvalitén på detsamma. Detta kan medföra att man gömmer undan sina känslor och leder kanske i sin tur till ett än mer kallt utfört omvårdnadsarbete. Det finns även olika strategier hur man bearbetar sina känslor, att prata med någon, självreflektion, sökande av bekräftelse och att grubbla är några av dem. Bearbetade känslor gör det lättare att emotionellt distansera sig på ett professionellt sätt samt ökar på den emotionella kompetensen så att individen lär känna sina förmågor och att sätta gränser. Att gömma undan sina känslor innebär att man antingen lagrar sina känslor för att ta itu med dem vid ett senare tillfälle eller att man stoppar undan dem helt och hållet. Ofta leder detta till en känslomässig överbelastning som gör att det blir svårt att sköta sitt arbete på ett bra sätt (Sandgren m.fl. 2006).

Undersökningsområde

Inom akutsjukvården möter personalen ofta traumapatienter och enligt tidigare forskning kan detta utgöra en stor stressfaktor i det dagliga arbetslivet (Jonsson & Segesten, 2004; Jonsson & Halabi, 2006; Sandgren, et.al., 2006, Tutton, et.al., 2008). Situationer där olika känslor åker berg- och dalbana och som det inte alltid finns tid att bearbeta eller ens kännas vid är inget ovanligt. Än mer tydligt framträder detta vid arbete under jourtid då personalstyrkan är

betydligt mindre. Risken att hamna i situationer där det inte finns så mycket tid för återhämtning mellan två patienter ökar. I de situationer där det inte finns så mycket tid mellan mötet med en akut svårt sjuk eller skadad traumapatient och en patient med mindre svår sjukdom eller skada kan personalen uppfatta detta som svårt att hantera. Vilka erfarenheter har undersköterskorna och hur hanterar de dessa situationer? Finns det faktorer som påverkar hanteringen? Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) måste kraven på god vård och gott bemötande levas upp till på ett professionellt sätt (www.socialstyrelsen.se). Därför kan en undersökning och beskrivning av den specifika kompetens som krävs av vårdpersonalen för att klara av dessa svåra situationer ses som en angelägen uppgift inom vårdpedagogiken.

Syfte

Syftet med arbetet är att beskriva erfarenheter som undersköterskor inom anestesiverksamhet har av att hantera de tvåra kast som uppstår vid snabba byten mellan en akut svårt sjuk eller skadad traumapatient och en patient med mindre svår sjukdom eller skada. Samt beskriva de omständigheter som kan försvåra eller underlätta hanterandet.

Metod

Enligt Starrin och Svensson (1996) är syftet med en kvalitativ undersökning inte att uppnå statistisk representativitet utan att få ett urval som leder till förståelse för variationer av det fenomen som studeras. Målsättningen med en kvalitativ analys är att identifiera ännu okända eller otillfredsställande kända företeelser, egenskaper och innebörder (Starrin & Svensson, 1994). En kvalitativ studie grundar sig ofta på upplevda erfarenheter och med utgångspunkt från studiens syfte och undersökningsområde blev metodvalet av kvalitativ ansats. När man arbetar med att samla information med hjälp av frågor menar Patel och Davidsson (2003) att det finns olika grader av standardisering och strukturering. Standardisering innebär i vilken grad intervjuaren ansvarar för frågornas utformning och inbördes ordning. Låg standardisering eller helt ostandardiserade frågor ger intervjuaren möjlighet att själv formulera frågorna under intervjutillfället samt att ställa frågorna i den ordning som lämpar sig bäst för just den intervjupersonen. Strukturering handlar om vilket svarsutrymme intervjupersonerna får. Är intervjun strukturerad lämnas ett mycket litet svarsutrymme medan det med en låg grad en strukturering lämnar ett maximalt svarsutrymme.

Missivbrev skickades ut via e-post till tf verksamhetschef inom verksamhetsområdet anesthesi på ett större sjukhus i södra Sverige (bilaga 1). Intervjuförfrågan godkändes och beviljades. Därefter kontaktades personalansvarig chef via e-post (bilaga 2). Information om respondenter erhöles och slutligen skickades förfrågan om deltagande i intervjuerna till de berörda undersköterskorna via e-post (bilaga 3). Samtliga chefer och intervjupersoner fick information om studiens syfte, konfidentialitet, att deltagandet var helt frivilligt och när som helst kunde avbrytas samt var den färdiga rapporten kommer att finnas tillgänglig. Respondenterna informerades även om intervjuförfarandet och att intervjumaterialet inte är ämnat att användas i något annat syfte än till denna studie.

Urval

Förfrågan om hjälp att få kontakt med de undersköterskor som uppfyllde urvalskriterierna skickades ut via e-post till verksamhets/personalansvarig. Urvalskriteriet var att respondenterna skulle ha arbetat inom anestesiverksamheten i minst 5 år vilket resulterade i 12 personer. Information och förfrågan om de ville delta i studien skickades ut till samtliga.

Av dessa tackade 6 ja till att ingå i studien. Ny kontakt togs där datum samt plats för intervjuerna diskuterades och avtalades. Alla respondenterna var kvinnor i ålder från 27 till 54 år och hade arbetat inom anestesiverksamheten mellan 5-25 år. Samtliga respondenter arbetade jourtid. Enligt Trost (2005) är det vid en kvalitativ studie angeläget för forskaren att få så stor variation som möjligt. Urvalet ska vara heterogent där variationer finns. Om det däremot blir ett allt för homogent urval kan det leda till att materialet vi får fram inte ger en rättvis bild i resultatet.

Datainsamling

Samtalsrum bokades på respondenternas eller författarens arbetsplats. Innan intervjuerna utfördes informerades återigen de deltagande om konfidentiellt förfarande, frivillig medverkan och möjlighet att avbryta intervjun när så önskades. Syftet med arbetet berättades i korthet samt hur de senare kan ta del av studiens färdiga resultat. Enligt Patel och Davidsson (2003) finns det både för- och nackdelar med att spela in en intervju. Några fördelar är att materialet finns kvar för att kunna lyssnas på flera gånger och att man under intervjuns gång inte behöver koncentrera sig på något annat än respondenten och det han eller hon säger. En nackdel kan vara att respondenterna uppfattar närvaron av en bandspelare som besvärande och eventuellt kan påverka de svar man får.

Öppna intervjuer genomfördes där respondenterna kunde berätta om sina personliga erfarenheter med egna ord. Under studien användes en intervjuguide (bilaga 4) som började med ett mindre antal allmänt ställda frågor rörande ålder, yrkesverksam tid inom anestesiverksamheten, arbetstider och utbildning. Intervjuguiden hade en låg grad av standardisering vilket betyder att frågorna kunde ställas i den ordning som för tillfället passade bäst. Respondenterna gavs stort utrymme att besvara frågorna vilket innebar att intervjun hade en låg grad av strukturering. Om något annat kom upp under tiden följdes den tråden för att inte störa respondentens tankegång för att sedan återgå till ursprungsfrågan (Trost, 2005). Intervjun avslutades med att fråga om respondenten hade något att tillägga. Varje intervju pågick ungefär i 1 timme.

Databearbetning

Intervjuerna bandades vilket medförde att det gavs möjligheter att lyssna på intervjuerna flera gånger samt att kunna skriva ner allt som sagts ordagrant. Alla intervjuer utfördes och skrevs ner ord för ord, inklusive pauser etc., av författaren. Att lyssna på den inspelade intervjun ger även tillfälle att återuppleva gester, tonfall mm. vilket kan vara till hjälp under tolkningsarbetet av materialet. Pilhammar Andersson (1996) beskriver analysarbetet som att man plockar isär information i smådelar. Materialet granskas, meningar, fraser och ord plockas ur sitt sammanhang och studeras. Med utgångspunkt från arbetets syfte och undersökningsområde påbörjades innehållsanalysen genom att läsa igenom det skrivna materialet. För att kunna sortera i ursprungsmaterialet, som enligt Trost (2005) oftast är omfångsrikt, bör materialet läsas igenom upprepade gånger. Detta utfördes och på så sätt upptäcktes ett mönster som kunde sättas ihop till nya sammanhang, s.k. kodning. De begrepp som bildades under kodningen jämfördes med varandra för att hitta likheter och/eller skillnader. Materialet har nu sönderdelats från en helhet till delar och det fortsatta arbetet består av att från delarna få ihop en ny helhet. En övergripande strategi bildades. Från denna strategi formades två kategorier som i sin tur skapade tio underkategorier. Detta material blev underlaget för det slutliga resultatet i studien.

Etiska överväganden

Vetenskapsrådet (2002) (www.vr.se) menar att individskydds krav måste ställas om forskning ska bedrivas. Detta kan åskådliggöras med hjälp av fyra huvudkrav:

- informationskravet, innebär att information om forskningens syfte, hur den ska genomföras, att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas ges till de deltagande. Annan viktig information är projektansvarigs namn, till vilken institution forskningen är knuten samt att allt material behandlas konfidentiellt och inte används i något annat än forskningens syfte. Uppgifter om hur och var forskningsresultatet kommer att finnas tillgängligt är önskvärt.
- samtyckekravet, innebär att de som deltar i en undersökning själva har rätt att bestämma över sin medverkan. Samtycke ska hämtas från deltagaren samt andra berörda personer såsom t.ex. föräldrar eller arbetsgivare.
- konfidentialitetskravet, innebär att all information som kan härledas till en identifierbar person ska behandlas så att inga utomstående kan komma åt uppgifterna.
- nyttjandekravet, innebär att uppgifter som samlats in i forskningsändamål inte får användas eller lånas ut för att användas kommersiellt eller för andra syften som inte har med forskningen att göra.

Inom Ämnesrådet för humaniora och samhällsvetenskap utgör dessa principer riktlinjer för etikkommitténs granskning av forskningsprojekt (www.vr.se).

De forskningsetiska aspekterna anses vara uppfyllda genom att skriftlig och muntlig information har lämnats till berörda chefer och respondenterna. Att ansöka om tillstånd hos någon etisk kommitté inför detta arbete ansågs inte nödvändigt eftersom undersökningen inte skulle beröra patienter, omyndiga personer eller personer som av andra orsaker inte kan föra sin egen talan.

Resultat

I följande del av arbetet kommer jag att presentera studiens resultat och därmed beskriva de erfarenheter som undersköterskor inom anestesiverksamhet har av att hantera de tvära kast som uppstår vid snabba byten mellan en akut svårt sjuk eller skadad traumapatient och en patient med mindre svår sjukdom eller skada. Samt beskriva de faktorer som försvårar eller underlättar hanterandet.

Innehållsanalysen resulterade i en övergripande strategi, *stänga av/fokusera*. Denna strategi beskrivs med hjälp av två kategorier, *omständigheter som försvårar* eller *omständigheter som underlättar* deras strategi. Kategorin med omständigheter som försvårar innehåller tre underkategorier och kategorin med underlättande faktorer innehåller sju underkategorier. Strategin med tillhörande kategorier och underkategorier redogörs för med hjälp av en beskrivande tabell (fig. 1).

Övergripande strategi: Stänga av/fokusera	
Kategori:	Kategori:
Omständigheter som försvårar	Omständigheter som underlättar
Underkategorier:	Underkategorier:
Likhet/samband med patienten	Yrkeskunnande
Hårda och känslolokalla	Skapa och inge förtroende
Etik	Bemötande/skapa trygghet
	Framförhållning och erfarenhet
	Kreativitet
	Stöd av kollegor/debriefing
	Tillfredsställelse med arbetet

Figur 1. Beskrivning av övergripande strategi, kategorier samt underkategorier.

För att tydliggöra och därmed öka trovärdigheten i resultatet tar jag hjälp av citat från respondenterna. Citaten har korrigerats på följande sätt för att göra texten mer lättläst:

- ... betyder att respondenterna har gjort en längre paus.
- /.../ betyder att författaren i citaten har hoppat över delar i ursprungstexten eftersom det mest bestod av upprepningar eller för syftet ovidkommande inslag.
- För att undvika missförstånd är citaten korrigerade från talspråk till skriftspråk.

Med tanke på intervjupersonerna var få till antalet och arbetar på samma arbetsplats valde jag att inte skriva ut vilken intervju citaten kommer ifrån för att på så sätt undvika möjligheter till identifikation.

Stänga av/fokusera

Undersköterskorna beskrev att de upplever att antalet patienter ökar. Anledningarna till detta tror de beror på flera saker. Dels att befolkningen blir äldre och i allt större utsträckning drabbas av sjukdom eller skada eftersom de lever längre än vad människor gjorde förr. Fler sjukdomstillstånd kan diagnostiseras och behandlas därför ökar antalet multisjuka patienter. Även antalet patienter som kommer in med våldsrelaterade skador upplevs ha stigit markant. Pressen från omvärlden att ta hand om så många patienter som möjligt ökar och de ställs ofta i situationer där de tvingas gå från en patient till en annan utan att ha så mycket tid för återhämtning, speciellt under jourtid då personalstyrkan är reducerad. Respondenterna uttrycker att den enda strategin för att klara av och hantera dessa situationer är att stänga av och fokusera.

”...alltså man stänger ju av kan man säga...alltså det är ju bara att fokusera...nu är det den här patienten som man ska ta hand om också fokuserar man på det...”

Går de från en patient till en annan så skärmar de för stunden av sig från den första patienten och koncentrerar sig helt på nästa. Detta gör de utan att tänka, det är fokus här och nu oavsett vilken patient de har framför sig. Enligt respondenterna är detta ett tecken på professionalism

eftersom de strävar efter att ge alla patienter samma goda bemötande och omvårdnad. De menar att de är där för patientens skull och deras arbetsuppgift är att se till att patienten blir bemött på ett korrekt sätt och har det så bra som möjligt. Att alltid ha just den patienten i fokus oberoende av ålder, kön, nationalitet, religion, sexuell läggning eller om det är offret eller förövaren de har framför sig ser de som sin främsta uppgift. De menar också att om de tog med sig alla känslor från möten med alla patienter där utgången kanske inte varit så positiv då skulle det bli oerhört tungt att bära med sig. En tillvaro med ständig sorg skulle bli dels övermäktigt att leva med och dels rent av göra det omöjligt att orka utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt.

”...ja man har en professionell roll...jag menar att när du är här på jobb så förväntas det vissa saker och du har din yrkeskunskap och din yrkesstolthet och det använder man sig av...”

Omständigheter som försvårar

Likhet/samband med patienten

En av svårigheterna som gör det svårt att behålla fokus på patienten uppstår enligt undersköterskorna när det finns likheter med deras närstående eller om de känner patienten. De menar att risken för att relatera till någon i sin närhet t.ex. gamla föräldrar eller sina barn/barnbarn ökar ju äldre man blir. De uttalar även en rädsla för att hamna i situationer där de faktiskt känner patienten. När de springer på larm har de ingen möjlighet att i förväg veta vem de får möta och detta upplevs som svårt att hantera.

”...på grund av patientens födelsedata triggade igång mig...han var lika gammal som min äldsta dotter och han var född på samma dag som min yngsta dotter.../.../ett larm som inte gick bra.../.../då kom jag upp och sa att jag vill inte mer...”

Vid de tillfällen då respondenterna känt patienten i fråga berättar de att de inte har sett vem personen var från början. Hjärnan har inte kopplat utan de fokuserar på sina arbetsuppgifter och utför dem tills någon eller något får dem att inse vem patienten är.

”...narkosjouren sa till mig men honom känner ju du...alltså jag såg det inte själv förrän jag backade tillbaka och tittade på patienten...alltså tittar och...ja ibland undrar man ju...men just i det ögonblicket så kände jag...att man svajar...det gungar till...”

”...sen såg jag legitimationen på golvet och såg vem det var...jag såg namnet och då vaknade jag till...och det känns...det är lite hårt...”

Undersköterskorna beskriver att de går in i en speciell yrkesfunktion när det verkligen gäller men ingen av dem kan riktigt förklara hur de gör. De gör det för att de måste, för att det inte finns några valmöjligheter.

Hårda och känsllokalla

I samband med larmsituationer uppfattas de ofta av annan vårdpersonal som hårda och känsllokalla vilket respondenterna förnekar å det bestämdaste.

”...vi är inte utan känslor och arbetar som maskiner utan det har nog snarare att göra med var man lägger fokus just där och då...”

De vill hellre beskriva det som att de blivit härdade samt att de har fullständig fokus på sitt arbete med patienten. Att vara härdad innebär inte att de inte känner för patienten utan att de får lägga känslorna åt sidan, så länge det akuta arbetet pågår finns ingen tid att vara social. Efteråt väntar oftast nya patienter på andra ställen så när de då tar sina saker och går där ifrån kan detta av andra uppfattas som känslolokalt.

Etik

En annan svårighet är när olika etiska principer krockar. För läkarna finns skrivna etiska regler som de måste följa vilket bland annat innebär att de i möjligaste mån ska bevara människoliv och aldrig får medverka till att aktivt påskynda döden s.k. pliktetik. Några sådana etiska regler finns inte skrivna för undersköterskor och kan vara en anledning till dessa krockar. De betonar dock att de alltid arbetar efter samma etiska regler som läkarna men att det därmed inte är sagt att de måste tycka det är rätt. Undersköterskorna berättar att de ibland upplever det som oetiskt att utföra en operation eller annan livsuppehållande åtgärd på patienterna. De anser att om patienten är gammal och sjuk är det mer etiskt att se till att patienten har god smärtstillning och får dö i en säng lugna och trygga tillsammans med anhöriga istället för att kanske dö oroliga och rädda på ett operationsbord bland främlingar eller i kaoset under en återupplivning.

”...alltså idag går de på vad för nånting som helst...bara hjärtat slår så opererar man oavsett vad...”

”...är det etiskt rätt att fortsätta om utgången är oåterkallelig? För vems skull gör vi det? Får patienten ett fortsatt värdigt liv den tid hon har kvar?...”

Undersköterskorna menar att deras etiska tänkande mer utgår ifrån hur de själva eller deras anhöriga skulle vilja ha det eller behandlas och tror att även läkarna oftast tänker så. Att läkarna handlar på det sätt de gör tror de beror på att de har ett annat ansvar. Dels har de ett ansvar inför de anhöriga som vill att alla resurser ska sättas in och dels utsätts de för risken att bli anmälda om det av anhöriga inte upplevs som om de har gjort absolut allt som finns att göra för att rädda eller behandla patienten. I dessa situationer upplever undersköterskorna att det är mycket svårt att stänga av och fokusera eftersom de finner det hela synnerligen oetiskt men samtidigt ser de den strategin som det enda sättet att ta sig igenom situationen.

Omständigheter som underlättar

Yrkeskunnande

Undersköterskorna anser sig ha en mycket stor kunnsighet både vad det gäller omvårdnad och andra arbetsuppgifter som kan förekomma inom anestesi- och intensivvård. De poängterar att större delen av dessa kunskaper inte har skaffats genom utbildning utan är något de lärt sig på sin arbetsplats. När det kommer akuta patienter behövs alla händer som finns tillgängliga för att ge en god vård med hög kvalitet. Speciellt på jourtid då bemanningen är lägre måste alla veta vem som gör vad, var saker finns och hur de fungerar samtidigt som det är viktigt att inte glömma bort patienten i all uppståndelse. De menar att eftersom arbetet är så roligt och givande stannar många undersköterskor som arbetar inom anestesi kvar på sin arbetsplats under många år. På så sätt skaffar de sig mycket erfarenhet och anser sig besitta ett stort yrkeskunnande samt en hög kompetens. Undersköterskorna upplever att de får göra saker, speciellt på jourtid, som inte ingår i deras egentliga arbetsuppgifter eller i deras formella kompetens. Detta ser de som en utmaning men samtidigt som ett stort förtroende. I akuta situationer arbetar alla tillsammans.

Teamet består av ett fåtal personer som alla känner varandra väl och därför utvecklas en stor tillit inom gruppen. På jourtid menar de att ingenting hade fungerat om inte alla hade varit så flexibla som de är. Alla måste hjälpas åt och göra det som behövs och det de kan även om de inte har formell kompetens att utföra arbetsuppgiften. De framhåller att detta naturligtvis sker under överinseende av någon ansvarig. Undersköterskorna berättar att det känns bra att de har detta förtroendet samt att de känner uppskattning från kollegorna och att det naturligtvis ger en stor tillfredsställelse på arbetet. De påpekar att de alltid har rätten att säga nej om de inte vill eller inte anser sig kunna utföra det de blir ombudade att göra. Rätten att säga nej tycker de är både en skyldighet och en rättighet som måste finnas annars kan det bli fel och gå ut över patienten. Respondenterna menar att ett sådant arbetsklimat inger trygghet både för dem själva och för personerna som ber dem utföra arbetsuppgiften.

Skapa och inge förtroende

Att skapa ett förtroende och att vara patienternas ögon, öron och talesman ser undersköterskorna som en av sina främsta uppgifter. Det handlar mycket om att kunna läsa av patienterna så att de ser vad patienten vill eller behöver utan att ens behöva säga något. Ibland möter de patienter som skämtar och verkar ta hela situationen med en klackspark. De menar att det oftast är ett uttryck för oro och rädsla och då måste de se igenom den fasaden. Tiden med den vakna patienten är oftast inte så lång och därför anstränger sig undersköterskorna mycket för att få en lugn och trygg patient innan nersövning. Ibland har de patienter som av olika anledningar inte språkligt kan, eller vågar, förmedla vad de vill och då måste de försöka hitta ett annat sätt att kommunicera på. Uppfinningsrikedomen för att lösa detta problem är stor. De använder sig av kroppsspråk, teckenspråk samt papper och penna för att kunna informera patienten. Ordet OK har de upptäckt är gångbart i de flesta situationer men också tummen upp eller ett leende från patienten kan tala om för dem att de har lyckats få kontakt. De tar även ofta på sig rollen av att förklara vad läkaren säger eftersom det ibland förs ett samtal med mycket termer som patienten inte alltid förstår trots att de håller med om allt. Att hålla patienten i handen eller på armen menar de har en lugnande inverkan som de hitintills inte har stött på någon patient som uppfattat som obehagligt. Ett professionellt beteende innebär även att personalen inte pratar om andra saker eller bara med varandra utan intresserar sig patienten. All uppmärksamhet ska vara på patienten, det är här och nu oavsett om det handlar om ett akut omhändertagande eller inte.

”...jag kan säga så här, jag är här för patienten och det kan betyda att man bara finns där... håller en hand på patienten...man behöver inte alltid säga nåt’...”

Bemötande/skapa trygghet

Det är även viktigt för dem att ingen patient bemöts eller behandlas på ett sätt som kan uppfattas som kränkande eller på annat sätt ovärdigt. De menar att de inte har någon rätt att döma någon för deras levnadssätt, tro eller annat som kan uppfattas som annorlunda utan alla patienter ska bemötas och behandlas på ett professionellt sätt.

”...oavsett vad har man rätt att bli bemött med värdighet, värme, närhet och respekt...det är omvårdnad!”

De poängterar också andra saker som är viktiga att tänka på ur omvårdnadssynpunkt. Det är inte bara den psykiska biten ska tillfredsställas utan även de fysiska. En del av deras arbete är att, tillsammans med narkossystemen och operationspersonalen, se till att patienten är varm och torr, ligger bra med hela kroppen och inte ligger blottad utan har filt eller täcke på sig. Detta

menar undersköterskorna är minst lika viktigt för att patienten ska uppnå ett välbefinnande innan de somnar. Vid de tillfällen då patienten är sövd när de möter dem så brukar de tänka på hur de själv skulle vilja ha det och arbeta utefter det mottot för att göra det så bra som möjligt för patienten.

Vid de tillfällen då de befinner sig i en larmsituation eller har en akut traumapatient berättar de att det inte alltid är så lätt att ge en bra omvårdnad. Det är bråttom, allt ska ske samtidigt och tiden räcker inte riktigt till att tänka på om patienten t.ex. ligger bra. I de här situationerna handlar det mer om att alla händer behövs för att försöka få patienten att överleva sitt nuvarande tillstånd. De upplever samma sak när de är på urakuta kejsarsnitt då både mammans och barnets liv står på spel. Det finns inte så många minuter att förklara eller lugna patienten på men de försöker så gott det går. Trots att de gör sitt bästa så upplever de det som påfrestande att inte lyckas med att undvika en stressituation för patienten innan den somnar.

”...svårt att skapa en relation på några minuter...lite yrkesstolthet...jag visar att jag vet vad jag gör och på den vägen hitta en väg till patientens själ...”

”...ja snacka om feed back när man känner att patienten blir lugn och trygg för att man vet vad man gör och gör det bra...”

Att helhjärtat vara där för patienten samt ge ett professionellt bemötande menar undersköterskorna ger dem tillfredsställelse i deras arbete när det gäller omvårdnad. De upplever trots allt att de kan vara där för patienten i de flesta fall och att de annars gör sitt absolut bästa för att få en så trygg patient som möjligt även om situationen är både kaotisk och överväldigande. Enligt respondenterna är det inte något fel att visa känslor men att de för patientens skull inte kan bryta ihop helt. Det skulle inte inge någon trygghet och inte heller uppfattas som professionellt.

Framförhållning

Arbetet kräver även en viss framförhållning eftersom man aldrig vet vad som händer. De menar att även om de varit med och sövt en ung frisk patient så måste de alltid vara mentalt förberedda på att något kan gå fel samt att hjälpa till att lösa problemet. Att hela tiden ligga steget före innebär en form av kontroll över situationen och ger dem en möjlighet att hålla fokus på det som är viktigt just där och då. Detta anser de vara professionellt och ett måste inom anestesiverksamheten där allt är oförutsägbart. De uttrycker att ingen dag är den andra lik och att de varje dag lär sig något nytt. Detta i sin tur leder till en välfylld kunskapsbank som ger dem större erfarenhet och hjälper dem både att utföra sina praktiska arbetsuppgifter på ett bra sätt men även ger dem mer insikt i hur man bemöter patienter.

”...erfarenhet spelar ju också in...man tar med sig en liten bit från varje gång och lägger ett litet pussel av det och tar till hjälp nästa gång...”

Kreativitet

Kreativitet är ytterligare en sak som är ett måste enligt undersköterskorna. Eftersom narkosköterskan och läkaren antingen står fast vid patientens huvudända eller ger mediciner är det undersköterskorna som är mest rörliga under själva nersövningen. Händer det något är det dom som måste springa och hämta saker eller fixa en apparat som inte fungerar och detta måste ske snabbt. Att veta var saker finns och hur de fungerar tillhör ytterligare en arbetsuppgift som de upplever som tillfredsställande. Om saker går sönder eller någonting saknas under jourtid är

tillgången på personer att fråga oerhört begränsad. Inte heller kan de ringa någon verkstad utan måste själva se till att problemet blir löst. Även i dessa arbetsuppgifter sätter övrig personal stor tillit till deras kunnande och undersköterskorna ser sig själva som tusenkonstnärer. De sätter en stor ära i att vara den som kan fixa det mesta och tycker det känns bra att vara behövd.

”...ja man är psykolog och man är mekaniker och man är... många skapelser...lite Kajsa Warg...man tager vad man haver för att lösa problemet och det måste ske här och nu...”

”...våra narkosläkare tycker ju att i alla fall de flesta av oss är rena klippor...”

Stöd av kollegor/debriefing

För att klara av dessa omständigheter som kan försvåra strategin stänga av/fokusera men ändå fortsätta ta hand om patienterna på bästa sätt har de stor nytta av sina kollegor. Bästa sättet att bearbeta svåra upplevelser är att prata med de övriga inblandade och det säger de sig ha möjligheter till. Finns det tid så sitter de ner en 5-10 minuter för att prata av sig och det har till och med förekommit tillfällen då jouren skjutit på nästa operation en stund för att alla ska få en liten återhämtningspaus. De beskriver att oftast räcker det med denna lilla stund därför att den kommer i direkt anknytning till det som hänt och det är det absolut bästa. Möjligheter till debriefing finns och det upplever de som väldigt positivt och givande de gånger de varit med. Nackdelen är att en debriefing inte sker här och nu. Det tar oftast ett par dagar innan den blir av och då menar de flesta att de redan är klara med sin bearbetning av det de upplevt. Tankarna är många och dessa måste ältas om och om igen. Detta gör de dels tillsammans med kollegor som varit närvarande men även övriga kollegor för alla vet hur det är och ställer upp med ett lyssnande öra. Att prata med nära och kära upplevs inte alltid som ett alternativ i bearbetningen av det de varit med om.

”...man pratar med någon som inte förstår...man får liksom ingen respons...”

”...han kan liksom inte sätta sig in i eller föreställa sig...det är ju knappt avdelningspersonalen förstår vad vi håller på med...”

Vid några tillfällen har de kunnat bli avlösta av en kollega så att de har fått möjlighet att sitta ner en stund och hämta sig och detta upplevs som oerhört befriande. Att de för några minuter inte behöver engagera sig i någon eller något kan göra att de orkar ta tag i nästa patient med ny energi. När de vid något tillfälle varit med om något som de upplever extremt besvärligt och nästan övermäktigt känner de ibland ett behov och en önskan om att kunna bli utlyfta från verksamheten. Detta finns det sällan möjligheter på grund av personalsituationen, åtminstone när det gäller arbete på jourtid.

”...övermäktigt...ja det har väl hänt och kommer säkert att hända många gånger...ja men då får man bita sig i...”

”...då kom jag upp och sa att jag vill inte mer...jag gick hem...något annat hade inte varit mänskligt...”

På deras klinik är det bestämt att undersköterskorna inte ska springa med på larm, förutom då det gäller urakuta kejsarsnitt, och att om de ändå gör det så är det deras eget beslut. Den arbetsuppgift de ska utföra vid larm är enligt ledningen att se till att akutväska och övrig utrustning kommer på plats och sedan ska de återgå till sin ordinarie arbetsplats. Respondenterna menar att det inte alltid fungerar så som är bestämt eftersom de ibland är den enda personen som inte är fast inne på en sal och därför är den enda som kan följa med jouren

när ett larm går. Dessutom kan de inte se framför sig hur det skulle tas emot av övrig personal om de bara levererade utrustningen så hej då och gick därifrån. De berättar också att sjuksköterskorna och läkarna uppskattar deras närvaro vid larm eftersom de vet/ser vad som ska göras och vad som behövs för att kunna göra det. Respondenterna upplever att ledningen kanske inte alltid vet eller förstår vad undersköterskorna gör och att det bara är när det händer något utöver det vanliga som de uppmärksammas. De upplever ibland att de är en del av verksamheten som ska finnas men inte synas.

”...vi måste bli synliga...synliggöra vårt arbete annars blir vi som mammutarna...ett utdöende släkte...”

Tillfredsställelse med arbetet

Undersköterskorna berättar att trots att de möter mycket elände så trivs de oerhört bra och finner stor tillfredsställelse i det de gör och är otroligt stolta över att vara just undersköterska. Arbetet inom anestesi är annorlunda, spännande och en utmaning. Förtroendet och tilliten som finns, speciellt under jourtid, mellan olika yrkeskategorier gör att de får en positiv självbild och litar på att de kan sina saker. De säger alla att man nog måste vara lite konstig för att arbeta på anestesi.

”...trots allt så gillar man dom här adrenalinkickarna...jag gillar den känslan när pulsen stiger och man inte vet vad som väntar...det måste man nog...det är fokus...hjärnan ställs på sin spets...nu är det allvar...”

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med arbetet är att beskriva de erfarenheter undersköterskor inom anestesiverksamhet har av att hantera de tvära kast som uppstår vid snabba byten mellan en akut svårt sjuk eller skadad traumapatient och en patient med mindre svår sjukdom eller skada. Samt beskriva de omständigheter som försvårar eller underlättar hanterandet. Intervjuer utfördes med sex yrkesverksamma undersköterskor inom området anestesi. Resultatdiskussionen grundar sig på respondenternas egna uttalanden i förhållande till den bakgrund som redogjorts för tidigare i arbetet.

Resultatet visar att det finns en övergripande strategi som undersköterskorna använder sig av för att klara av situationerna. Strategin är att de stänger av och fokuserar. Detta beskrivs med hjälp av två kategorier, omständigheter som försvårar och omständigheter som underlättar tillämpningen av strategin.

Undersköterskorna säger sig uppleva att antalet multisjuka, äldre samt akuta patienter med våldsrelaterade skador blir allt fler. Detta innebär att riskerna för att hamna i situationer där snabba byten mellan olika patienter uppstår ökar samtidigt som personalresurserna minskar. Kraven från omvärlden att kunna ta hand om alla patienter så snabbt som möjligt och samtidigt ge en god vård åt alla är också stora (Nyström, 2003; Andrén-Sandberg, 2005; Arbetsmiljöverket). Undersköterskorna menar att kunna fokusera på den patient de har framför sig är ett uttryck för professionalism och inget de tänker på. Det är något de bara gör eftersom deras arbetsuppgift är att ge patienten den allra bästa omvårdnad som de kan oavsett omständigheterna runt omkring. Ett bra bemötande är en rättighet som patienterna har och det

ska de få oberoende av ålder, kön, nationalitet, religion, sexuell läggning, offer/förövare eller vad som hänt innan. Ingen av respondenterna kunde egentligen förklara hur det gick till när de stängde av utan sa helt enkel att de gjorde det för att de måste.

Risken att möta en patient som påminner om någon närstående eller faktiskt är en nära anhörig eller bekant är förhållandevis stor. Möjligheterna att i förväg få reda på persondata gällande patienten är obefintlig och de vet aldrig vem eller vad de får se när de väl möter patienten. Att ha en inre dialog med sig själv och på det sättet förbereda sig på vad som eventuellt komma skall är en bra förmåga, men det går aldrig att föreställa sig hur det blir om det visar sig att patienten är känd för vårdgivaren. En rädsla för att behöva uppleva denna situation är ständigt närvarande. Jonsson och Segesten (2004) beskriver i sin artikel liknande upplevelser från ambulanspersonal. De vet inte vad som väntar när de når olycksplatsen och även de berättar om en inre dialog. En inre bild målas upp och erfarenheter från tidigare liknande situationer plockas fram för att så långt som möjligt förbereda dem inför mötet och arbetsuppgifterna. En av respondenterna beskrev att hon lade samman sina erfarenheter till ett pussel som hon sedan kunde plocka fram och ha nytta av i andra liknande situationer. Respondenterna i denna studie berättade om tillfällena då de kände patienten. De beskrev att de inte ser vem patienten är förrän någon eller något visar på detta. En av undersköterskorna berättade att hon önskade att ingen sagt något eftersom hon då hade kunnat fokusera och arbeta vidare. När hon fick veta vem patienten var förlorade hon lite av sin professionalitet och hade inte längre kontroll på situationen. Att helt oförberett tappa kontrollen över sin situation är något som respondenterna upplever som oerhört besvärande eftersom det då blir svårare att utföra de arbetsuppgifter som krävs. Även Arbetsmiljöverket beskriver att det är när vi förlorar kontrollen över situationen som den blir svår att hantera (www.av.se).

Respondenterna beskriver på samma sätt som personalen i en artikel av Tutton m.fl. (2008) att de av andra ibland uppfattades som känslolika. Att det skulle förhålla sig så förnekas bestämt. En bättre beskrivning enligt respondenterna är det att de blivit härdade utan att för den sakens skull tappa förmågan att känna något. Undersköterskorna tror att denna uppfattning kan bero på att människor i deras omgivning, både privat och på vårdavdelningar, inte riktigt förstår vad de kan utsättas för på sitt arbete. En av undersköterskorna beskriver det som att andra ser det som ett avsnitt av Cityakuten på teven medan de upplever och ser det i verkligheten. Att inte ta till sig och bära med sig alla känslor som uppstår i arbetet med patienterna anses som ett måste för annars skulle de inte orka. Tutton, Sears och Langstaff (2008) beskriver på liknande sätt hur vårdpersonalen antingen håller fast vid sina känslor eller lämnar dem bakom sig. Det ansågs nödvändigt av personalen att lämna det bakom sig för att kunna fortsätta arbeta och att bära omkring på en känsla av konstant sorg skulle bli dem övermäktiga och inte gå att leva med.

Behovet av att få älja och prata om det som de har varit med om menar respondenterna är stort och att det bästa är att prata med kollegor. Det behöver inte nödvändigtvis vara kollegor som varit på plats utan huvudsaken är att de är insatta i vilka tankar och känslor som kan uppstå. Oftast finns det tid i direkt anknytning till händelsen och undersköterskorna menar att det är det absolut bästa, att få prata om vad som hänt just här och nu. Även Jonsson och Halabi (2006) beskriver att vårdpersonalen upplever det som viktigt att kunna delge någon sina känslor för att på så sätt kunna bearbeta det som hänt och lämna det bakom sig. Behovet upplevs som brådskande och bör ske i så snar anslutning till själva händelsen som möjligt. Jonsson (2005) beskriver att ett mindre strukturerat möte, s.k. defusing, helst bör genomföras i direkt anslutning, om inte det fungerar så åtminstone samma dag, till händelsen för att kunna bearbeta tankar och upplevelser.

Debriefing beskrivs av Jonsson (2005) som ett emotionellt djupgående och strukturerat möte som äger rum någon av de första dagarna efter den traumatiska händelsen. Dessa möten får endast hållas av en utbildad person som vet hur man hanterar traumatisk stress. Undersköterskorna berättade att debriefing finns att tillgå på deras arbetsplats. Mötena sammankallas och sköts av personal som har utbildning inom detta område. De har deltagit vid några tillfällen och anser det vara mycket givande. All övrig inblandad personal från ambulans, polis, brandkår, akuten, intensivvården, SOS mm är alltid inbjudna att delta vid dessa möten men deltagandet är helt frivilligt. Det som de upplever varit mest nyttigt är att eventuellt kunna få någon form av svar på frågorna som alltid dyker upp efter en traumapatient där utgången av arbetsinsatsen är negativ: "Kunde vi ha gjort annorlunda?" och "Gjorde vi allt vi kunde?". Detta frågar sig alla yrkeskategorier från de olika verksamhetsområdena och med sina samlade upplevelser och erfarenheter från händelsen kan de bringa lite lugn och ro i deras grubblande.

En annan önskan från respondenterna i arbetet runt en traumapatient är att kunna bli utlyfta ur verksamheten för att få tid att återhämta sig och reflektera över situationen. De menar att det vid något tillfällen hade varit bäst för dem om de kunnat lämna sin arbetsplats för en kort stund men med tanke på den minimala personalstyrkan som finns jourtid finns nästan aldrig möjlighet till detta. Att bli utlyft ur verksamheten menar även Jonsson och Halabi (2006) är ett behov som bör beaktas så att de inblandade får möjlighet att tillsammans prata om händelsen och på så sätt lämna den bakom sig.

Upplevelserna av krockar mellan olika etiska principer uppfattas även detta som en svårighet. Skrivna etiska regler som finns för läkarna finns inte i någon större utsträckning för undersköterskor. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 2 (1982:763) ska "*vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet*". Detta betyder bl. a. att ge patienten trygghet under vård och behandling samt visa respekt vad det gäller deras självbestämmande och integritet. Undersköterskorna ansåg att alla behandlingar, operationer och hjärt-lungräddningar som utförs inte alltid följer Hälso- och sjukvårdslagen, åtminstone inte med deras syn att se på det. Enligt Segesten (1993) blir professionella handlingar utan mänskligt bemötande ett mekaniskt arbete. Så menar även respondenterna att de upplever det ibland och de tror att läkarna egentligen upplever samma sak. Beroende på ansvarsfrågan, möten med anhöriga som har synpunkter samt risken att bli anmäld blir läkarna tvungna att agera på ett sätt som undersköterskorna ibland upplever som kränkande och otrygg för patienten. De säger sig vara tacksamma för att de slipper ta det ansvaret och förstår att läkarna kan hamna i svåra etiska dilemman.

Faktorer som underlättar hanterandet av olika situationer beskriver undersköterskorna bland annat med begrepp som kompetens, färdighet och förtrogenhet inom deras verksamhetsområde. Tidigare forskning där undersköterskorna själv berättar om sin upplevda kompetens och sina erfarenheter inom anestesiverksamheten är så gott som obefintlig. Författaren redogör i denna del av resultatdiskussion därför endast för uppgifter från de gjorda intervjuerna i jämförelse med litteratur som innehåller beskrivningar av kompetens och andra närliggande begrepp.

Alla respondenterna upplevde att det inte ingått någonting i deras utbildning som kunde förbereda dem på arbetet inom anestesiverksamheten. Undersköterskorna menar att erfarenheter och färdigheter som skaffats på arbetsplatsen är två viktiga ingredienser för att kunna utföra sitt arbete väl. Sina färdigheter inom omvårdnad har de fått via sin utbildning men att mycket av det de lärt sig inte går att överföra på deras verksamhetsområde. De menar

att förmågan till omvårdnad är något som redan finns inom personen men att de praktiska delarna är något man måste läras.

Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se) har gett ut en rapport som innehåller en beskrivning av definitionen på de grundläggande kraven på yrkeskompetens och kvalifikationer för omvårdnadspersonal. I denna studie visar det sig att den reella kompetensen är mycket hög hos de intervjuade undersköterskorna och att den formella kompetensen egentligen inte har haft någon direkt inverkan på de arbetsuppgifter som de utför. Detta beror enligt respondenterna på att det inte finns någon utbildning som är utformad direkt för anestesiiverksamhet. Alla menar de att någon form av utbildning inom anestesi - operation borde finnas eftersom det är en så stängd värld som få har tillgång till och därför kan upplevas som skrämmande när man kommer dit som nyanställd. Det vore i alla fall önskvärt att under utbildningen få möjligheter att göra sin praktik där så att en liten inblick i verksamheten kunde ges.

Ellström (2004) menar att det finns ytterligare tre definitioner av begreppet kompetens utöver reell och formell. När det handlar om yrkeskunnande beskrivs det som utnyttjad kompetens, den kompetens som faktiskt krävs samt som den kompetens som officiellt eller inofficiellt efterfrågas. Respondenterna anser sig ha ett stort yrkeskunnande inom sitt verksamhetsområde och säger att det de lärt sig har de lärt sig på plats. Deras kompetens utnyttjas i hög grad speciellt vid akuta situationer då det är viktigt att alla gör vad de kan oavsett om de har formell kompetens för arbetsuppgiften eller inte. De menar att kompetensen som krävs och inofficiellt efterfrågas är mycket högre än den officiella. Detta kan enligt respondenterna ibland vara en nackdel för nyanställda som ännu inte har hunnit skaffa sig någon erfarenhet inom verksamhetsområdet. De har en bredvidgång på 6 veckor som de upplever som lagom lång för att lära sig de grundläggande arbetsuppgifterna. Hur man hanterar och reagerar vid akuta situationer går aldrig att förbereda sig för och inte heller finns det kunskap om vilka krav som kan ställas på en vid dessa tillfällen.

Eftersom arbetet inom anestesiiverksamheten till stor del är helt oförutsägbart anser undersköterskorna att förmågan att ha en god framförhållning samt att ligga steget före är en förutsättning för att kunna utföra ett professionellt arbete. Det ger dem samtidigt en möjlighet att ha kontroll på situationen vilket de menar är ett måste för att kunna fokusera. Även förmågan att vara kreativ är viktigt. Speciellt på jourtid är dessa färdigheter av yttersta vikt eftersom det inte finns någon hjälp att tillgå. Att vara en problemlösare och tusenkonstnär är något de är mycket stolta över och som de ofta får uppskattning för vilket ger dem en stor arbetstillfredsställelse. Många av dessa förmågor beskriver Ellström (2004) med hjälp av olika termer som definierar begreppen kompetens, kvalifikationer och yrkeskunnande. Psykomotoriska faktorer som beskriver fingerfärdighet och handlag. Kognitiva faktorer som innebär att det finns en förmåga att fatta egna beslut och lösa problem. Sociala faktorer där samarbets- och kommunikationsförmåga beskrivs.

Undersköterskorna anser sig också ha stor kompetens inom omvårdnadsområdet och menar att ett bra bemötande kan de komma långt med. Förmågan att på kort tid skapa ett förtroende mellan dem och patienten leder till en lugn och trygg patient vilket de menar är en av deras främsta uppgifter. Deras erfarenhet gör att de anser sig vara skickliga på att läsa av patienten och därmed tillfredsställa dennes behov. Respondenterna poängterar även att alla patienter har rätt till ett värdigt och respektfullt bemötande samt till värme och närhet. Ingen skillnad får göras oavsett kön, nationalitet, ålder, sexuell läggning eller om patienten är offer/förövare. Fokus är på patienten och det arbete som ska utföras, allt annat är oväsentligt. Fler av Ellströms

(2004) definitioner blir här aktuella. De affektiva faktorerna som beskriver engagemang o värderingar samt de sociala faktorerna som redan nämnts.

Nyström (2003) menar att inom akutsjukvården kan arbetsuppgifterna med medicinska inslag bli mycket starka men måste ändå integreras med omvårdnadsarbetet. Respondenterna beskriver att de inte alltid kan leva upp till vad de tycker är ett bra bemötande eller god omvårdnad. Detta problem uppstår vid akuta situationer då tiden är knapp och alla resurser är inriktade på att få patienten i ett annat tillstånd än det de befinner sig i. Det enda undersköterskorna anser sig kunna göra är att arbeta professionellt så att patienten förstår att de vet vad de gör och hur de ska det göra det och därmed känna sig väl omhändertagna och trygga trots allt. Undersköterskorna känner inte att de kan vara tillfredsställda med det omvårdnadsarbete de utför i urakuta situationer men de är medvetna om det och försöker göra så gott de kan.

Trots de svårigheter som undersköterskorna utsätts för är de väldigt tillfredsställda med sitt arbete och uppfattar sig själva som oerhört kompetenta. Detta kan bero på den tillit och det förtroende som sjuksköterskor och läkare visar dem genom att låta dem utföra arbetsuppgifter som de inte har formell kompetens för. Detta stärker undersköterskornas självkänsla och självbild. De trivs på sin arbetsplats och därför stannar de kvar där. Erfarenheterna de skaffat sig med tiden gör att de anser sig ha övat upp sitt professionella bemötande av patienter och därför är väldigt duktiga även på omvårdnad.

Metoddiskussion

Syftet med en kvalitativ studie är enligt Patel och Davidsson (2003) att skaffa en annan och mer djupgående kunskap än den statistiskt representativa kunskap som ofta fås när kvantitativa metoder används. Eftersom syftet med detta arbete inte var att uppnå någon form av statistisk representativitet utan en vilja att förstå hur undersköterskorna upplever och hanterar en beskriven situation valdes metoden kvalitativa intervjuer. Enligt Trost (2005) är det ett rimligt val om man vill försöka förstå eller hitta ett mönster hur människor reagerar eller resonerar. Studien genomfördes med hjälp av undersköterskor som är yrkesverksamma inom anestesiverksamheten på ett större sjukhus i södra Sverige. Genom att utföra studien med hjälp av kvalitativa intervjuer med låg standardisering och strukturering har undersköterskornas fritt kunnat uttrycka och framföra sina tankar. Författaren har på så sätt skaffat sig vetskap om deras kunskap samt om hur de agerar och därmed har syftet med studien uppnåtts.

Tillförlitlighet utgör enligt Trost (2005) ett stort problem när en studie utförs med hjälp av kvalitativa intervjuer. För att kunna visa på tillförlitlighet använder forskaren sig av en tydlig beskrivning av hela forskningsprocessen. Detta anser sig författaren ha gjort genom en noggrann metodbeskrivning där det tydligt redogörs för urval, datainsamlingsmetod, genomförande av studien och analysarbete, resultatets redovisning samt etiska överväganden.

Patel och Davidsson (2003) menar att det troligen är en fördel om den som ska utföra intervjuerna har förkunskaper inom området som ska studeras eftersom det blir lättare att ställa frågor som är relevanta. Ingen forskare är som ett tomt papper utan har skaffat sig en viss förförståelse. Objektivitet i mening att vara helt utan åsikt utan helt nollställd är helt orealistisk enligt Trost (2005). Författaren av resultatet i denna studie arbetar själv inom anestesiverksamheten och kan av den anledningen omöjligt vara helt nollställd. Forskaren har varit medveten om detta under analysarbetet. En fördel med att vara insatt i undersökningsområdet kan vara att intervjuerna flyter på eftersom respondenterna pratar med

någon som har en viss förförståelse för verksamheten. En annan kan vara att undersköterskorna inte upplever sig vara i underläge eftersom intervjupersonen har samma utbildning som de själva och därför inte utgör något hot. Att vara insatt i samma verksamhet som intervjupersonerna arbetar i kan vara en nackdel då de kanske inte alltid svarar som de egentligen tycker eller tänker av rädsla att det ska uppfattas som ett felaktigt svar. Författaren var noga med att tala om för respondenterna att det inte fanns några svar som var rätt eller fel utan att det fanns ett genuint intresse av att höra deras personliga åsikter. Intervjufrågorna var öppna och gav därför respondenterna möjlighet att tala fritt. En annan nackdel kan vara att respondenterna inte tycker att de tydligt behöver uttala vad de menar eftersom det finns en förförståelse hos den som intervjuar. Under första intervjutillfället uppmärksammandes att respondenten vid flera tillfällen inte avslutade sin påbörjade mening utan sa: ”ja du förstår vad jag menar”. Författaren bad då respondenten att utveckla sina tankegångar med hjälp av meningar som: ”Kan du utveckla det lite mer?” och ”Hur tänkte du då?”. På så sätt framkom ett svar från respondenten och risken att det i resultatet blev en gissning eller egen slutsats från författaren undveks. Alla dessa fenomen beaktades under intervjutillfällena varför författaren anser att trovärdigheten i resultatet inte har påverkats.

En svaghet med arbetet kan vara att författaren har arbetat ensam vilket kan leda till att trovärdigheten av analysen och beskrivningen av resultatet kan ifrågasättas. Författaren har dessutom begränsade kunskaper om hur man utför en innehållsanalys vilket även detta kan försämra trovärdigheten av studien.

Antalet gjorda intervjuer är få men det går att se tendenser i resultatet som visar på likheter i tidigare gjorda studier. Trost (2005) ser en fara i att få ett alltför homogent urval som kan ge ett missvisande resultat. För att skapa ett intresse även hos de manliga undersköterskorna skickades påminnelser om studien ut, men responsen uteblev. Urvalet kan därför ha blivit för homogent och visa för få variationer i resultatet. Författaren anser dock att syftet med arbetet inte varit att påvisa skillnader i manliga och kvinnliga undersköterskors kunskaper och erfarenheter och menar därför att urvalet inte har påverkat resultatet.

Datainsamling i den här studien har utförts med hjälp av kvalitativa intervjuer. Innan intervjuerna startades informerades respondenterna återigen om konfidentialitet, frivillighet, arbetets syfte samt till vad arbetet ska användas till. Respondenterna informerades även om att intervjuerna skulle bandas och godkände detta. Patel och Davidsson (2003) menar att det finns både för och nackdelar med användandet av bandspelare under en intervju. En fördel är att man har möjlighet att helt koncentrera sig på de frågor som ställs och de svar som ges. Författaren upplevde det som ett plus att slippa skriva under intervjuerna för att i stället ge sina respondenter full uppmärksamhet och följa deras tankegångar och resonemang utan avbrott. En nackdel med bandinspelning kan vara att intervjupersonen upplever det som besvärande och därför har svårt att tala fritt. Under intervjuerna visade respondenterna inga tecken på obehag eller tycktes besvärade. För inspelningarna användes en mycket liten diktafon som varken lät eller lyste och detta gjorde förmodligen att respondenterna inte tänkte så mycket på den.

Enligt Trost (2005) bör miljön där intervjuerna ska äga rum vara lugn och ostörd. Detta innebär att inga åhörare, inga störningar från telefon eller personer som plötsligt kommer in i rummet ska finnas. Den intervjuade ska även känna sig trygg i miljön. När kontakt togs med personalansvarig chef inom verksamheten kom frågan om lämplig intervjuplats upp. Ett förslag var att utnyttja ett samtalsrum på respondenternas arbetsplats. Förslaget framfördes och mottogs utan problem. När datum och tid hade bestämts bokades samtalsrummet av respondenterna själva. Alla intervjuerna utom en utfördes här. I samråd med den respondenten

bestämdes att intervjun skulle förläggas på författarens arbetsplats varvid samtalsrum bokades där. Båda rummen var ganska små och gav en känsla av närhet och därmed trygghet.

Pilhammar Andersson (1996) beskriver analysarbetet som att man plockar isär information i smådelar. Meningar, ord och fraser plockas ur sitt sammanhang och studeras. En kvalitativ innehållsanalys inleddes av författaren där allt textmaterial lästes igenom vid flera tillfällen med utgångspunkt från arbetes syfte och undersökningsområde. Enligt Trost (2005) finns det många möjligheter att bearbeta sitt material och hur det slutligen görs är personligt. Några exempel är en stor tabell med olika kolumner, överstrykningspennor eller att skriva stickord i marginalen. Meningar, fraser och ord som återkom i texten markerades i denna studie med överstrykningspenna. Det bildades då ett mönster av begrepp som gjorde det möjligt att sortera i ursprungstexten. Begreppen skrevs ner på mindre lappar och jämfördes för att se om det fanns några likheter eller olikheter. Slutligen formades och fogades begreppen samman. En övergripande strategi visade sig tydligt som en röd tråd genom hela analysarbetet. Denna strategi skapade i sin tur kategorier och underkategorier som ledde fram till studiens slutliga resultat.

Att vara nyfiken och kreativ när materialet tolkas menar Trost (2005) är en förutsättning, det handlar om att kunna visa fram det intressanta i resultatet. Hur materialet bearbetas, analyseras och tolkas är helt beroende av vad den som utför arbetet tycker och tänker. En viktig sak att komma ihåg under tolkningsarbetet är att inte läsa mellan raderna. Det är inte forskarens sak att bedöma eller döma något som den intervjuade har sagt som ologiskt. Istället handlar det om att försöka sätta sig in i hur den intervjuades logik ser ut. Den som analyserar texten ska vara öppen för andra tolkningar än de som verkar mest uppenbara. Tankar som: "Vad betyder detta?" och "Hur ska jag förstå detta?" kan vara användbara. Under författarens samtal med handledaren framkom även möjligheten att den övergripande strategin kunde delas in i två kategorier som belyste omständigheter som kunde påverka genom att försvåra och underlätta tillämpningen av strategin.

Enligt Vetenskapsrådet (2002) ska forskaren beakta fyra krav, informationskravet, samtyckekrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav. Författaren har skickat ut missivbrev till berörda chefer med förfrågan om tillstånd för att utföra en studie bland undersköterskorna i deras verksamhet. Tillstånd har beviljats. Förfrågan till respondenterna om villighet till medverkan i studien har skickats ut. All information gällande de forskningsetiska principerna delgavs berörda chefer skriftligt och respondenter både skriftligt och muntligt. Undersökningen kom inte att beröra patienter, personer som inte kan föra sin egen talan eller omyndiga personer varför en tillståndsansökan hos någon etisk kommitté inte betraktades som nödvändigt. Därmed anser författaren att de forskningsetiska aspekterna har tillfredsställts.

Slutsatser

Resultatet av denna studie visar att undersköterskorna som intervjuats har en övergripande strategi för hur de hanterar de tvära kast som uppstår vid snabba byten mellan akut traumapatient med svår sjukdom eller skada och patient med mindre svår sjukdom eller skada. De beskriver omständigheter som både försvårar och underlättar tillämpningen av strategin.

Undersköterskorna anser sig ha stor kompetens att utföra sina officiella arbetsuppgifter men även det som förväntas av dem vid akuta situationer då alla insatser behövs oavsett om det finns formell kompetens att utföra dem eller inte. De menar också att de har ett stort yrkeskunnande inom omvårdnadsområdet som möjliggör ett professionellt omhändertagande

och ett gott bemötande. Resultatet visar även att de är uppskattade av övriga yrkeskategorier vilket ger dem yrkesstolthet och en vilja att fortsätta utföra ett bra arbete. Även om de möter många svårigheter så uppväger det roliga och positiva vilket leder till att de trivs på sin arbetsplats och med sina arbetsuppgifter. De tycker att de behövs.

Det finns mycket tidigare forskning i ämnet som behandlar hur man hanterar och reagerar i olika stressituationer men det handlar sällan eller aldrig om hur det ses från undersköterskornas sida. Ett förslag på fortsatt forskning kan vara att fokusera på vilka upplevelser och erfarenheter just den yrkeskategorin har.

En annan sak som författaren lade märke till var att det finns ett stort behov av att få berätta vad en undersköterska på anesthesi gör, att de är duktiga och behövs, att de helt enkelt finns. Ett förslag på forskning kan vara att synliggöra undersköterskorna och deras arbetsuppgifter på de arbetsplatser som inte är så tillgängliga för vare sig övrig vårdpersonal eller gemene man.

Det borde finnas mycket mer och olika former av utbildningsmöjligheter för undersköterskor. Deras kompetens är hög men ofta outnyttjad. Med all denna kunskap och yrkeskunnande skulle de i stället för att rationaliseras bort kunna utnyttjas i utbildningssyfte. Att lära sig av dem som redan äger kunskap borde vara det absolut bästa sättet att skaffa sig kunskap på. Internutbildning är absolut något som undersköterskor skulle kunna utnyttjas till eller varför inte som föreläsare på vårdutbildningar. Men för att kunna utföra detta på ett bra och givande sätt måste det finnas någon form av pedagogisk utbildning att tillgå. Utbildningar inom pedagogik för undersköterskor är väldigt få och de som finns kräver oftast mer än allmän behörighet. Det tycker jag är synd av många anledningar. Det kanske finns undersköterskor som skulle tycka det var roligt att lära ut sina kunskaper men eftersom de då inte har någon pedagogisk utbildning kan de inte göra det. Intresset att läsa till sjuksköterska verkade inte vara så stort bland de undersköterskor som jag intervjuade. I stället efterfrågade de andra former av utbildning som skulle kunna lyfta fram deras kunskaper.

För sjuksköterskor finns det idag stora möjligheter att byta arbetsplats, både inom Sveriges gränser och utomlands. Många av dem provar på ett ställe under några år och sen flyttar de vidare. Det som då delvis håller avdelningarna flytande är undersköterskorna som arbetat på samma ställe i kanske 10 år och sitter inne med otroligt mycket kunskap och erfarenhet. Att det uppskattas, både av sjuksköterskor och av läkare, visar sig speciellt på jourtid då de ofta påtalar att det är tur att det finns vana undersköterskor.

Det finns så mycket kunskap, färdigheter och yrkeskunnande bland undersköterskorna som på olika sätt borde belysas och visas fram. Den yrkesstolthet som jag kände strömmade emot mig från respondenterna under intervjutillfällena är värd att tas vara på och vara rädd om, inom några år är de kanske ett minne blott. Som en av dem sa:

”...vi är inte bara undersköterskor, vi gör under också...”

Referenser

- Andrén – Sandberg, Å. (2005). *Innan bakjouren kommit – riktlinjer för akut omhändertagande av svårt skadade på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.
- Arbetsmiljöverket, www.av.se/teman/halssjukvard/risker/stress/ (20090312)
- Bildning och kunskap (1999). Särtryck ur läroplanskommitténs betänkande skola för bildning.
- Ellström, P-E. (2004). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet*. Stockholm: Elanders Gotab 44918.
- Hammarlund, C-O. (2001). *Bearbetande samtal*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Johansson, B. (1996) *Från allmänmänsklig kompetens till omvårdnadskompetens*. Rapport nt 1996:1. Vårdpedagogik, Omvårdnad. Institutionen för vårdläraryt utbildning. Göteborgs universitet.
- Jonsson, A. & Halabi, J. (2006). Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing 14*, 89-96.
- Jonsson, A. & Segesten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing 12*, 215-223.
- Jonsson, P. (2005). *Stress vid Kriser – grundläggande psykotraumatologi och praktisk krishantering*. Stockholm: Nätnavet AB.
- Lindell, L. (2003). *Omvårdnadshandledning – en möjlig väg till reflekterat erfarenhetsbaserat vetande*. Malmö: Malmö högskola, Hälsa och samhälle.
- Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning. Om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.
- Patel, R., & Davidsson, D. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson, E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet – en jakt på ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson, E. (Rapport 2004:2). *Vårdpedagogik. Vad, hur och varför?* Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.
- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B. & Petersson, K. (2006). Striving for Emotional Survival in Palliative Cancer Nursing. *Qualitative Health Research 16 (1)*, 79-96.
- Segesten, K. (1993). God omvårdnad – en viktig faktor för patienters välmående och tillfrisknande. *Vård i Norden, (3)*, 23-26.

Socialstyrelsen, (2008). *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763)*.
http://www.socialstyrelsen.se/AZ/regelverk/lagar_och_forordningsar/innehall/lag_halsoochsjukvard.htm (20090319)

Socialstyrelsen, (2006). Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer. Grundläggande nivå. Artikelnr:2006-110-20.
www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7C2F6A30-8967-40D9-9409-C4AC2EE9DE70/5782/200611020.pdf (20090201)

Starrin, B. & Svensson, P-G. (red). (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Starrin, B. & Svensson, P-G. (red).(1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Tutton, E., Seers, K. & Langstaff, D. (2008). Professional nursing culture on a trauma unit: experiences of patients and staff. *Journal of Advanced Nursing* 61 (2), 145-153.

Vetenskapsrådet CODEX regler och riktlinjer för forskning
<http://www.codex.vr.se/oversikter/humsam/humsam.html> (20090212)

Till tf verksamhetschef

Mitt namn är Agnetha Nilsson och jag arbetar som undersköterska på Anestesikliniken i Lund samt läser Vårdpedagogik med inriktning mot vård och omsorg 60-90 hp vid Göteborgs universitet. Under våren ska jag göra ett fördjupningsarbete omfattande 15 hp där syftet är att beskriva vilken erfarenhet och kompetens undersköterskorna anser sig ha för att kunna hantera situationerna vid snabba byten mellan akuta traumapatienter och mindre skadade eller sjuka patienter.

Jag önskar därför tillstånd att utföra intervjuer med undersköterskor som är anställda på er klinik. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Allt material behandlas konfidentiellt. Resultatet av studien kommer att finnas tillgå i form av en rapport vid Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.

Eventuella frågor kan besvaras av mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar,
Agnetha Nilsson
e-postadress x
tele.nr. xxx-xxxxxxx
mobilnr. xxxx-xxxxxxx

Handledare
Gudrun Nilsson
e-postadress x
tele.nr xxx-xxxxxxx

Till Verksamhetsledare/Personalansvarig Anestesiservice

Mitt namn är Agnetha Nilsson och jag arbetar som undersköterska på Anestesikliniken i Lund samt läser Vårdpedagogik med inriktning mot vård och omsorg 60-90 hp vid Göteborgs universitet. Under våren ska jag göra ett fördjupningsarbete omfattande 15 hp där syftet är att beskriva vilken erfarenhet och kompetens undersköterskor anser sig ha för att kunna hantera situationerna vid snabba byten mellan akuta traumapatienter och mindre skadade eller sjuka patienter.

Jag önskar därför intervjua undersköterskor som arbetat på er klinik mer än fem år. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Allt material behandlas konfidentiellt. Tillstånd för att få göra intervjuerna är sökt och beviljat av tf.verksamhetschef. Resultatet av studien kommer att finnas tillgå i form av en rapport vid Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.

Eventuella frågor kan besvaras av mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar,
Agnetha Nilsson
e-postadress x
tele.nr. xxx-xxxxxx
mobilnr. xxxx-xxxxxx

Handledare
Gudrun Nilsson
e-postadress x
tele.nr xxx-xxxxxx

Till N.N

Mitt namn är Agnetha Nilsson och jag arbetar som undersköterska på Anestesikliniken i Lund samt läser Vårdpedagogik med inriktning mot vård och omsorg 60-90 hp vid Göteborgs universitet. Under våren ska jag göra ett fördjupningsarbete omfattande 15 hp där syftet är att beskriva vilken erfarenhet och kompetens undersköterskor anser sig ha för att kunna hantera situationerna vid snabba byten mellan akuta traumapatienter och mindre skadade eller sjuka patienter.

Jag önskar därför intervjua undersköterskor som arbetat på er klinik mer än fem år. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Intervjun spelas in och tar ca. 1 timme. Allt material behandlas konfidentiellt. Tillstånd för att få göra intervjuerna är sökt och beviljat av tf.verksamhetschef . Ditt namn har lämnats till mig av personalansvarig som även har beviljat att tid mot tid utgår. Resultatet av studien kommer att finnas tillgå i form av en rapport vid Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.

Eventuella frågor kan besvaras av mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar,
Agnetha Nilsson
e-postadress x
tele.nr. xxx-xxxxxxx
mobilnr. xxxx-xxxxxxx

Handledare
Gudrun Nilsson
e-postadress x
tele.nr xxx-xxxxxxx

Intervjuguide

Allmänna frågor:

- Hur gammal är du?
- Hur länge har du arbetat inom anestesi-verksamheten?
- Arbetar du dagtid eller jourtid?
- Vilken utbildning har du?

Huvudfrågor:

- Har du vid något tillfälle blivit tvungen att gå direkt ifrån en traumapatient till en mindre svårt sjuk eller skadad patient?
- Kan du beskriva hur du hanterar de situationerna?
- Använder du dig av någon speciell strategi?
- Finns det faktorer/omständigheter som kan påverka den strategin?

Följdfrågor:

- Kan du utveckla det lite mer?
- Hur tänkte du när du sa/gjorde så?

Avslutande fråga:

- Är det något du vill tillägga?