



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

ANESTESISJUKSKÖTERSKANS ROLL INOM GLOBAL HÄLSA

En kvalitativ studie om hur anestesistjuksköterskan
upplever sin roll inom global hälsa

Frida Söderström och Susanna Larsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård. OM5320
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2021
Handledare:	Carina Sjöberg
Examinator:	Hanna Gyllensten

Titel svensk:	Anestesisjuksköterskans roll inom global hälsa
Titel engelsk:	The Role of the Nurse Anesthetist within Global Health
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård. OM5320
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2021
Handledare:	Carina Sjöberg
Examinator:	Hanna Gyllensten
Nyckelord:	Global hälsa, Anestesisjuksköterskor, Icke statliga organisationer, Kvalitativ innehållsanalys, Transkulturell omvårdnad

Sammanfattning

Bakgrund: Bristen på kirurgisk och anestetisk vård är stor i världen men i många länder där kirurgi emellertid utförs är anestesisjuksköterskan den yrkesgrupp som utövar majoriteten av anesthesierna. Ett ökat deltagande av anestesisjuksköterskor inom icke statliga organisationer anses kunna få en positiv inverkan på den globala hälsan. Samtidigt är kunskapen bristfällig om hur anestesisjuksköterskor upplever sin roll inom det globala hälsoarbetet. **Syfte:** Syftet var att undersöka hur anestesisjuksköterskor som arbetat för icke statliga organisationer i låg- och medelinkomstländer upplever sin roll inom den globala hälsan. **Metod:** En kvalitativ deskriptiv intervjustudie. Data insamlades från individuella, semistrukturerade intervjuer och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet presenterades i tre kategorier och nio subkategorier. Den första kategorin Att använda sin kompetens med subkategorier: Arbetsuppgifter, Teamarbete och Medicinsk teknik. Den andra kategorin Att möta andra kulturer med subkategorier: Omvårdnad, Kulturell anpassning och Anestesisjuksköterskor internationellt. Den tredje kategorin Att volontärarbete bidrar till förändring med subkategorier: Personlig och Professionell utveckling, Lokal påverkan och Global påverkan. **Slutsats:** Resultatet visar att deltagarna i studien upplevt att deras roll inom de icke statliga organisationerna varit bred, varierat i ansvarsnivå och i arbetsuppgifter, inneburit kulturella möten på olika nivåer, lett till insikter om likheter och skillnader mellan anestesisjuksköterskor globalt och påverkat människors hälsa lokalt. För att påverka den globala hälsan anses fler anestesisjuksköterskor inom icke statliga organisationer nödvändigt. Studien har bidragit med ny kunskap inom området och lagt en grund för framtida forskning.

Nyckelord: Global hälsa, Anestesisjuksköterskor, Icke statliga organisationer, Kvalitativ innehållsanalys, Transkulturell omvårdnad

Abstract

Background: The lack of surgical and anesthetic care in the world is great, but in many countries, where surgery however is performed, the nurse anesthetist is the occupational group that performs the majority of anesthesia. Increased participation of nurse anesthetists in non-governmental organizations is considered to lead to a positive impact on global health but there is a lack of knowledge about how the nurse anesthetists experience their role within global health. **Aim:** The aim of this study was to investigate how nurse anesthetists, working for non-governmental organizations in low- and middle-income countries, experience their role within global health. **Method:** A qualitative descriptive interview study. Data were collected from individual semi-structured interviews and analyzed with qualitative content analysis. **Results:** The results were presented in three categories and nine subcategories. The first category To Use Your Skills with the subcategories: Tasks, Teamwork and Medical Technology. The second category To Meet Other Cultures with the subcategories: Nursing, Cultural Adaptation and Nurse Anesthetists Internationally. The third category To Volunteer Contributes to Change with the subcategories: Personal and Professional Development, Local Impact and Global Impact. **Conclusion:** The results show that the study participants have experienced that their role within non-governmental organizations has been broad, varied in level of responsibility and in tasks, that it has involved cultural meetings at different levels, led to insights of similarities and differences between nurse anesthetists globally and affected human health locally. In order to have an impact on global health more nurse anesthetists in non-governmental organizations are considered necessary. The study has contributed to new knowledge in the field and laid a foundation for future research.

Key words: Global Health, Nurse Anesthetists, Non-Governmental Organizations, Qualitative Content Analysis, Transcultural Nursing

Förord

Vi skulle vilja framföra ett stort tack till samtliga studiedeltagare för er medverkan, ert engagemang och vilja att dela med er av personliga berättelser. Vi har berörts och inspirerats av er och känner oss stolta över att bli en del av er yrkeskår.

Tack till kontaktpersonerna på de icke statliga organisationerna Operation Smile, Mercy Ships och Skandinaviska Läkarbanken för att ni möjliggjort kontakt med studiedeltagare. Vi vill också tacka Ylle Stigzelius Åkermo, Stefan Åkermo och Britt Berg Brestrup.

Till familjen Söderström, familjen Ulmefors och familjen Larsson-Lind vill vi rikta kärlek och tacksamhet, tack för ert stöd under studiens gång.

Tack Katarina Almskog för att du varit en stor inspirationskälla för oss och för att du väckte vårt intresse till att studera detta område.

Ett stort varmt tack till Carina Sjöberg för fantastisk handledning under arbetet med denna uppsats.

Frida Söderström och Susanna Larsson
Göteborg, 2021-03-25

Innehållsförteckning

Definitioner	1
Inledning.....	3
Bakgrund	3
Sjuksköterskans etiska kod	3
Transkulturell omvårdnad	3
Den globala hälsan	3
Icke statliga organisationer	4
Anestesisjuksköterskans roll inom global hälsa	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys.....	8
Etiska överväganden	10
Resultat.....	11
Att använda sin kompetens	12
Att möta andra kulturer	14
Att volontärarbete bidrar till förändring	16
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Urval	18
Datainsamling	19
Dataanalys.....	19
Etiska överväganden	19
Resultatdiskussion	20
The Culture Care Theory	20
Culture Care Preservation and/or Maintenance	21
Culture Care Accomodation and/or Negotiation	21
Culture Care Repatterning and/or Restructuring	21
Framtida forskning.....	22

Slutsats och implikationer	23
Referenslista	24
Bilaga 1. Intervjuguide	27
Bilaga 2. Forskningspersoninformation	28

Definitioner

Global hälsa: "Ett område av studier, forskning och praxis som prioriterar att förbättra hälsa och uppnå lika hälsa för alla människor världen över" (Lamb, Cobb, Brown & Gonzales, 2018, s. 371).

Icke statlig organisation: Gemensamma egenskaper hos de icke statliga organisationerna är att de är fristående från den statliga sektorn. Ofta har de ideella intressen och är således inte intresserade av att verksamheten ger ekonomisk avkastning utan snarare genererar en allmännyttig vinst. Organisationerna tillhandahåller tjänster inom bland annat medicin, omvårdnad och utbildning till globala hälso- och sjukvårdssystem. Ibland finns en partiell länk till staten och benämningen är då semi-statliga organisationer (Piotrowicz och Cianciara, 2013).

Kultur: "De inlärdade, delade och överförda värderingar, övertygelser, normer och sätt att leva [...] som vägleder tänkande, beslut och handlingar [...]" (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019, s. 546). Kultur ses som en väsentlig faktor för att kunna förutse, förklara och lära känna hur människor lever och lär i olika delar av världen (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Låg- och medelinkomstländer: Begreppen "Låginkomstland" (u.å.) och "Medelinkomstland" (u.å.) definieras år 2020 enligt bruttonationalinkomst "Per capita" (u.å.). Bruttonationalinkomsten i låginkomstländer är 1026 US dollar eller lägre, och i medelinkomstländer mellan 1026 och drygt 12 400 US dollar. Definitionerna är fastställda av Världsbanken (Martiniuk, Manouchehrian, Negin & Zwi, 2012).

Short-term medical mission: Ett short-term medical mission kan innebära en form av sjukvårdstjänst av varierande längd men ofta av ett kortare tidsspänn än fyra veckor. Ett short-term medical mission bedrivs av okompenserade volontärarbetare på en plats där ett tillfälligt ökat vårdbehov finns, ofta i låg- och medelinkomstländer (Lamb m.fl., 2018; Caldron, Impens, Pavlova & Groot, 2018). Enligt Caldron m.fl. (2018) kan uppdraget rent av vara begränsat till några dagar. Martiniuk m.fl. (2012) tillägger att det också finns definitioner av medium-term missions och long-term missions, vilka har en varaktighet av fem veckor till sex månader, respektive sju månader till två år. Vanligast är att sjukvårdspersonalen som deltar i den här typen av uppdrag, kommer från ett höginkomstland. Varierande benämningar av de medicinska uppdragen förekommer i litteraturen.

Svenska anestesijuksköterskors kompetens: I anestesijuksköterskans kompetensbeskrivning står det att hen efter ordination från läkare ska kunna utföra anestesi självständigt till patienter med ASA-klassifikation I-II och tillsammans med läkare till patienter med ASA-klassifikation III-VI och vid akuta ingrepp oavsett ASA-klassifikation. Anestesijuksköterskan ska bland annat kunna bedöma och hantera luftväg, monitorera och följa upp patientens ventilation, cirkulation och anestesidjup, prioritera och hantera akuta tillstånd samt förebygga komplikationer perioperativt (Svensk sjuksköterskeförening & Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2020).

Svenska, norska och amerikanska anestesijuksköterskors utbildningsnivå: I Sverige kan en legitimerad sjuksköterska, med kandidatexamen i omvårdnad, påbörja specialistutbildningen till anestesijuksköterska. Den ett år långa utbildningen består av teori och praktik. Yrkesrollen beskrivs som självständig men utövas i samarbete med anesthesiologer (Larsson-Mauleon & Ekman, 2002). Den norska utbildningen för anestesijuksköterskor innebär en mastergrad, med 18 månaders påbyggnadsutbildning av en kandidatexamen (Averlid, 2017). För att påbörja utbildningen till Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA), vilket är den amerikanska benämningen av en anestesijuksköterska, krävs en kandidatexamen eller motsvarande inom omvårdnad, samt minst ett års erfarenhet av klinisk praxis. Utbildningen är 24 - 36 månader lång, och avslutas med ett nationellt certifieringsprov. Certifieringens giltighet examineras och förnyas vartannat år under karriären. CRNA kan utöva yrket i samarbete med anesthesiolog men arbetar i vissa delstater självständigt med eget medicinskt ansvar (Matsusaki & Sakai, 2011).

The Lancet Commission on Global Surgery: The Lancet Commission satte 2014 ihop ett multidisciplinärt team med 25 kommissionärer samt rådgivare och medarbetare från 110 olika länder och sex kontinenter, för att sammanställa the Lancet Commission on Global Surgery. Syftet var att belysa kirurgins och anestesis viktiga roll för den globala hälsan, samt att ge förslag på framtida lösningar för att uppnå global hälsa, välfärd och ekonomisk utveckling (Meara m.fl., 2015).

Inledning

I takt med att smittsamma sjukdomar minskar i världen, ökar tillstånd av icke smittsamma sjukdomar som kräver kirurgi. Dessvärre är tillgången till kirurgisk och anestetisk vård begränsad i vissa delar av världen, framför allt i de fattigare regionerna. Där är bristen på anestesipersonal väldigt stor och icke statliga organisationer som ofta utgår från höginkomstländer bistår med anestetisk och kirurgisk vård och utbildning till länder med behov av det. Anestesisjuksköterskan är den yrkesgrupp som världen över utför majoriteten av anesthesierna och ett ökat deltagande inom icke statliga organisationer beskrivs kunna bidra till att fler människor får tillgång till säker kirurgisk vård. Trots detta finns det få studier om anestesisjuksköterskans roll inom den globala hälsan. För att kunna utöka anestesisjuksköterskekåren internationellt och på så sätt främja global hälsa är det av stor vikt att ta reda på hur anestesisjuksköterskor som arbetat för icke statliga organisationer i låg- och medelinkomstländer upplever sin roll inom den globala hälsan.

Bakgrund

Sjuksköterskans etiska kod

Omvårdnad är ett universellt behov och International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor finns till för att förena världens sjuksköterskor i ett kollektivt förhållningssätt som inte är bundet till nationella lagar. I den etiska koden ingår det att som sjuksköterska förmedla kunskap om hur människors hälsa påverkas av sociala och ekonomiska villkor, och att tillsammans med samhället ansvara för att ta initiativ till insatser som tillgodoser allmänhetens hälsa och sociala behov, framför allt hos sårbara befolkningsgrupper. Det är också sjuksköterskans ansvar att verka för att resurser inom hälso- och sjukvård och andra vård- och omsorgstjänster är jämlikt och socialt rättvist fördelade (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Transkulturell omvårdnad

För att kunna erbjuda jordens befolkning hälsofrämjande vård, öka välbefinnande och livskvalitet, samt lindra lidande, i en alltmer global och mångkulturell värld, är det värdefullt att sjuksköterskor har kunskap om transkulturell vård (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). På 1950-talet utvecklade Madeleine Leininger The Culture Care Theory, som är en av de äldsta omvårdnadsteorierna, och den enda omvårdnadsteorin som behandlar den inverkan som kultur och vård gemensamt har på hälsa, välfärd, sjukdom och död (Leininger, 2002). Transkulturell omvårdnad behandlar begrepp som mångfald och universalitet, det vill säga skillnader och likheter, och belyser dessa i syfte att synliggöra individers både unika och ömsesidiga behov av omvårdnad och kulturella fenomen (Leininger, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Den globala hälsan

Framgångarna inom den globala hälsan har under de senaste två decennierna inte alltid varit jämlika mellan världens länder, men det har skett stora förbättringar i många delar av världen (Meara m.fl., 2015). Redan på 1970-talet satte Världshälsoorganisationen upp mål för att uppnå "hälsa för alla" (World Health Organization, 2021) och år 2015, som ett av många led i detta arbete, satte FN i Agenda 2030 upp 17 globala hållbarhetsmål för att utrota fattigdom, främja ekonomisk tillväxt och säkerställa hälsa för alla (Meara m.fl., 2015). Det tredje av de globala målen lyder "Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla

åldrar”. Meara m.fl. (2015) slår fast att för att uppnå det behövs en utbredd och rättvist fördelad kirurgisk och anestetisk vård, eftersom en tredjedel av den globala sjukdomsbördan nu beror på kirurgiska tillstånd. Det har skett förändringar i sjukdomspanoramata under de senaste decennierna, för samtidigt som andelen av den globala sjukdomsbördan av smittsamma sjukdomar minskat, har andelen icke smittsamma sjukdomar ökat (Merchant m.fl., 2015). Icke smittsamma sjukdomar omfattar bland annat tillstånd som kräver basal kirurgi, och denna ökning innebär också en ökad mängd dödsfall som hade kunnat undvikas med hjälp av kirurgi. Exempel på sådana tillstånd är appendicit, cancer, traumatiska skador vid framför allt trafikolyckor, kardiovaskulära sjukdomar, förlossningsskador och konsekvenser av metabola sjukdomar. Dessa tillstånd förväntas dessutom öka i antal fram till år 2030 (Meara m.fl., 2015).

I höginkomstländer har kirurgi länge prioriterats som en viktig del i hälso- och sjukvårdssystemen, medan det fram till för några år sedan i låg- och medelinkomstländer har betraktats som dyrt och kostnadsineffektivt. Ny forskning visar nu att basal kirurgi inte bara är kostnadseffektivt för länder, utan att det också har en stor inverkan på den globala sjukdomsbördan och en positiv effekt på den globala hälsan (Merchant m.fl., 2015). I världens fattigaste länder ligger tillgången till kirurgisk vård långt efter, de fattigaste 33 % av jordens befolkning har tillgång till endast 6 % av de operationer som utförs globalt (Meara m.fl., 2015). Dessutom är specialisterna ofta koncentrerade till storstäderna, vilket leder till att tillgången till kirurgisk vård på landsbygden, där den största delen av befolkningen ofta bor, är väldigt liten (Merchant m.fl., 2015).

I de flesta låg- och medelinkomstländer råder en kritisk brist på utbildad anesthesi- och operationspersonal, och utan tillgång till säker anesthesi kan inte säker kirurgi genomföras (Merchant m.fl., 2015). Till exempel visar Epiu m.fl. (2016) att Ugandas, Kenyas, Tanzanias, Rwandas och Burundis totala befolkning på 142,9 miljoner människor, år 2014 endast hade 237 anesthesiologer. Även i dessa länder är det ojämnt fördelat och antalet anesthesiologer per 100 000 invånare varierade från 0,39 i Kenya till 0,02 i Burundi. Majoriteten av anesthesierna som genomförs i den här regionen utförs av vårdpersonal med olika lång utbildning eller praktisk träning inom anesthesi. I låg- och medelinkomstländer görs det ofta utan stöd av anesthesiolog (Epiu m.fl., 2016). Vidare beskriver Lamb m.fl. (2018) och Rosseel, Trelles, Guilavogui, Ford och Chu (2010) att det i många av världens länder är anesthesisjuksköterskan som yrkesgrupp som utför majoriteten av anesthesierna.

Icke statliga organisationer

The Lancet Commission menar att icke statliga organisationer kan spela en viktig roll i att stärka de lokala sjukvårdssystemen, under tiden som den globala kirurgiska kapaciteten byggs upp (Meara m.fl., 2015). Trelles, Dominguez och Stewart (2015) beskriver hur låg- och medelinkomstländer kan vara särskilt sårbara för konflikter och katastrofer, och hur en redan påfrestad lokal hälso- och sjukvård då får ytterligare svårigheter att säkerställa vård till alla i behov av den. Meara m.fl. (2015) föreslår en ökning av internationell kirurgisk hjälp i låg- och medelinkomstländer, till exempel i form av långtidsprojekt, eller av många short-term medical missions i följd, som tillsammans med den lokala personalen skulle utgöra en konstant närvaro av en kirurgisk och anestetisk personalstyrka i områden med stora behov. Både Rosseel m.fl. (2010) och Trelles m.fl. (2015) beskriver att det både är möjligt och viktigt att icke statliga organisationer bistår med utbildning av lokal anestesipersonal, för att

verka hälsofrämjande ur ett långsiktigt perspektiv samt öka tillgängligheten på säker kirurgi i resursfattiga områden.

Enligt the Lancet Commission bör de icke statliga organisationerna arbeta utifrån de lokala behoven samt den kontext och kultur som råder för att på ett hållbart sätt stärka de lokala sjukvårdssystemen (Meara m.fl., 2015). Potisek m.fl. (2017) har ett exempel på ett lyckat sådant projekt. År 2007 påbörjades ett samarbete angående utbildning av anestesijuksköterskor mellan staten i Ghana och en icke statlig organisation i USA och år 2009 öppnades den tredje anestesijuksköterskeskolan i Ghana. Den icke statliga organisationen hjälpte bland annat till genom att skicka volontärer, både anestesiläkare och anestesijuksköterskor, på short-term medical missions för att undervisa studenterna på skolan under kortare perioder. Den hjälpte också till med att utforma en läroplan som togs fram genom att en läroplan från en annan skola i Ghana jämfördes med en från USA. Den icke statliga organisationen gav således tips och råd till fakulteten i Ghana men upplägget i läroplanen fastställdes i slutändan av den lokala fakulteten. Det har visat sig vara ett hållbart upplägg och de flesta av anestesijuksköterskorna som har utbildats på den nystartade anestesijuksköterskeskolan har stannat kvar för att arbeta i Ghana.

I likhet med hur Potisek m.fl. (2017) beskriver att läkare tenderat att utvandra från Ghana, ses samma tendens på Haiti där över hälften av de utbildade läkarna har emigrerat för att arbeta i andra länder (Rosseel m.fl., 2010). På Haiti fanns år 2009 endast cirka 35 anestesiläkare, och trots att anestesijuksköterskor erkänts som den profession som står för den övervägande delen av anesthesierna finns det ingen anestesijuksköterskeskola på Haiti. Den icke statliga organisationen Läkare utan gränser har utbildat anestesijuksköterskor på Haiti under flera år och 2007 startade de på nytt upp ett utbildningsprogram för anestesijuksköterskor. Utvärderingen av projektet visade att majoriteten av de som medverkat hade stannat på Haiti för att arbeta som anestesijuksköterskor. Tack vare den icke statliga organisationens engagemang i utbildningen av anestesijuksköterskor har den kirurgiska sjukvården utvidgats på Haiti (Rosseel m.fl., 2010).

Anestesisjuksköterskans roll inom global hälsa

För att projekt som dessa ska kunna genomföras är de icke statliga organisationerna beroende av frivillig arbetskraft (Lamb m.fl., 2018) och Caldron m.fl. (2018) och Pieczynski, Laudanski, Speck & McCunn (2013) har studerat hur anestesiläkare har upplevt de internationella uppdrag de varit på. De flesta uppgav att det kändes värdefullt att kunna bidra med kunskap genom utbildning till den lokala anestesipersonalen (Pieczynski m.fl., 2013) samt en tillfredsställelse av att vårdarbetet de utfört medfört goda resultat, trots de i sammanhanget ofta begränsade resurserna (Caldron m.fl., 2018). Svårigheter inom kommunikationsområdet, framförallt inom språkliga skillnader och kommunikationslogistik, uppgavs vara utmanande samt den bristfälliga tillgången på medicinteknisk utrustning och läkemedel (Pieczynski m.fl., 2013). Samtliga anestesiläkare uppgav dock att deras internationella uppdrag lett till både personlig och professionell utveckling, samt en positiv effekt på den professionella yrkesrollen (Caldron m.fl., 2018; Pieczynski m.fl., 2013).

Lamb m.fl. (2018) beskriver att det finns många studier om anestesiläkares upplevelser av internationella uppdrag via icke statliga organisationer men att Lamb m.fl. (2018) år 2015 - 2016 var de första att undersöka anestesijuksköterskors upplevelser. Studiedeltagarna var alla CRNAs och Lamb m.fl. (2018) menar att ett ökat deltagande av anestesijuksköterskor

inom short-term medical missions skulle ha en positiv effekt på den globala hälsan. Anestesisjuksköterskorna i studien uppgav också positiva känslor av att kunna påverka den lokala befolkningen genom att vårda och dela med sig av sina kunskaper, både ur ett individ- och samhällsperspektiv, samt att de erhöll både personlig och professionell utveckling. En aspekt som kom fram bland sjuksköterskorna, som inte presenterades av läkarna i ovan nämnda studier, var en oro över att short-term medical missions kanske inte har den önskvärd gynnande effekten på de lokala systemen. En deltagare kände sig bekymrad över att volontärarbete eventuellt kan innebära en turismaspekt. De uppgav också att de inte alltid kände att deras kunskap och kompetens tillvaratogs när de väl var på plats för volontäruppdragen.

Det har lagts ett större fokus på studier om hur anestesiläkare upplever sina internationella uppdrag än på anestesisjuksköterskors erfarenheter av det (Lamb m.fl., 2018). Rosseel m.fl. (2010) vittnar också om att det på många ställen finns en motvilja hos anestesiläkare att erkänna anestesisjuksköterskan som något annat än assistent, trots att anestesisjuksköterskor utövar de flesta anesthesierna. De menar vidare att anestesisjuksköterskan är avgörande i tillhandahållandet av säker kirurgi i världen. De betonar också den låga sannolikheten att det stora underskottet på anestesiläkare kommer att åtgärdas inom en snar framtid, och att anestesisjuksköterskan därför har en väsentlig roll inom den globala hälsan.

Problemformulering

Åkommor som kräver kirurgi har under de senaste åren blivit en allt större del av den globala sjukdomsbördan. Bristen på kirurgisk och anestetisk vård är stor i världen, framför allt i låg- och medelinkomstländer, och behovet förväntas öka inom den närmaste framtiden. Icke statliga organisationer arbetar för att ge människor den vård de behöver, utbilda lokala vårdgivare samt hjälpa dem hantera det stora vårdbehovet. Förslag på utökad närvaro av icke statliga hjälporganisationer har lagts fram för att erbjuda fler människor kirurgisk vård, parallellt med att de lokala sjukvårdssystemen byggs upp. Omvårdnad är ett universellt behov och för att tillgodose det hos befolkningen i en värld där globalisering och mångfald ökar är det viktigt att sjuksköterskor har kunskap om transkulturell omvårdnad. I många länder är anestesisjuksköterskan den yrkesgrupp som utför majoriteten av anesthesierna, och ett ökat deltagande av anestesisjuksköterskor inom icke statliga organisationer anses kunna få en positiv inverkan på den globala hälsan. Det finns forskning om anestesiläkares upplevelser av det globala hälsoarbetet, men inte i samma utsträckning om anestesisjuksköterskors upplevelser. En ökad kunskap om anestesisjuksköterskans roll inom den globala hälsan skulle kunna leda till att rollen blir mer väldefinierad, vilket i längden kan gynna patienter, professionen samt det globala samhället.

Syfte

Syftet var att undersöka hur anestesisjuksköterskor som arbetat för icke statliga organisationer i låg- och medelinkomstländer upplever sin roll inom den globala hälsan.

Metod

Eftersom endast en studie om valt ämne kunnat hittas och således för lite forskning för att kunna sammanställa en litteraturöversikt genomfördes en empirisk studie. För att kunna besvara syftet med studien valdes kvalitativ metod som studiedesign och ett induktivt

förhållningssätt antogs. När syftet med en studie är att undersöka och försöka förstå ett fenomen, vilket syftet med denna studien var, är kvalitativ ansats med datainsamling i form av intervjuer en lämplig metod (Henricson & Billhult, 2017). Ett induktivt förhållningssätt innebär att författarna utgår ifrån empirin i deltagarnas berättelser och inte utifrån en teori (Henricson & Billhult, 2017). Polit och Beck (2017) menar att det kan förekomma stora variationer i studiedeltagarnas upplevelser, och kvalitativa intervjuer kan ge ett starkt resultat, då det studerade fenomenet ges många olika perspektiv. Framkomna berättelser från intervjuerna kan bli föremål för analys och tolkning (Henricson & Billhult, 2017). Kvalitativ innehållsanalys kan identifiera likheter och skillnader i berättelser och synliggöra variationer i uppfattningar (Danielson, 2017b; Graneheim & Lundman, 2004), varför kvalitativ innehållsanalys valdes som analysmetod.

Priebe och Landström (2017) beskriver hur författare till en studie alltid har någon typ av förförståelse för ämnet som ska studeras, vilket inte bara gäller det som författarna har lärt sig på universitetet utan även genom tidigare livserfarenheter och värderingar. Författarna till den här studien hade ingen erfarenhet av att arbeta med biståndsarbete inom sjukvården, och inte heller av att arbeta som anestesijuksköterskor förutom tre veckors klinisk praktik, så gällande det saknade författarna i princip helt förförståelse. Däremot hade båda författarna rest i låg- och medelinkomstländer och således kommit i kontakt med andra kulturer än den egna. Den ena författaren arbetade en period som sjuksköterska i Norge och den andra hade verksamhetsförlagd utbildning i Nepal under grundutbildningen, vilket för författarna innebar en viss förförståelse för hur det är att arbeta inom sjukvården i en annan kultur. En av författarna hade läst en universitetskurs i global hälsa, och gemensamt för författarna var ett intresse för volontärarbete samt hållbar utveckling. Inför studien söktes litteratur om ämnet, och de få vetenskapliga studier som hittades som svarade till syftet bidrog ytterligare till författarnas förförståelse.

Urval

De elva personer som deltog i studien valdes ut genom strategiskt urval. En av studiedeltagarna var författarnas lärare på universitet och kontaktades privat, i övrigt användes ”Reputational case sampling” och snöbollsurval. ”Reputational case sampling” innebär att urvalet görs med hjälp av en expert (Polit & Beck, 2017), vilket var användbart då kunskap om hur studiedeltagare skulle nås var liten hos författarna. Med expert refereras det i den här studien till en kontaktperson på respektive icke statlig organisation. Totalt kontaktades fem olika svenska icke statliga organisationer som tillhandahåller volontär- och biståndsuppdrag. Kontaktade organisationer var Operation Smile, Mercy Ships, Röda korset, Skandinaviska läkarbanken och Läkare utan gränser. De kontaktades via telefon eller mail, och kontaktpersonen förmedlade information om studien vidare till de anestesijuksköterskor som arbetat för dem. Studiedeltagare rekryterades från Operation Smile, Mercy Ships och Skandinaviska läkarbanken. Snöbollsurval innebär att författaren ber studiedeltagare om hjälp, genom att studiedeltagare hänvisar till andra personer som skulle kunna delta (Polit & Beck, 2017). Genom snöbollsurval rekryterades deltagare från ytterligare två organisationer, dessa var Röda korset och Project Medishare.

Inklusionskriterier var att varje studiedeltagare var anestesijuksköterska med erfarenhet av minst ett internationellt bistånds- eller volontäruppdrag via en icke statlig organisation. Ett ytterligare inklusionskriterium var att studiedeltagarna talade svenska, norska och/eller engelska, språk som författarna behärskar. Studien hade ett visst oplanerat bortfall under

datainsamlingen, vilket enligt Billhult (2017) bland annat kan innebära att deltagare på något sätt inte längre går att nå. Bortfallet bestod av två personer som anmält intresse att delta i studien men som sedan inte svarade när författarna åter tog kontakt via mail för att boka intervjuet. Författarna var också i kontakt med organisationen Läkare utan gränser som i sin tur skulle undersöka om de hade anestesijuksköterskor som ville ställa upp. Påminnelse skickades via mail men ingen återkoppling erhöles från den organisationen.

Datainsamling

En småskalig version av en studie, ett pilottest, kan utföras för att bedöma studiens genomförbarhetspotential (Polit & Beck, 2013). Inför datainsamlingen bör minst en provintervju ingå, för att säkerställa att lämpliga frågor ställs samt att tilltänkt tidsåtgång är rimlig. I samband med provintervjun är det lägligt att provanvända planerad teknisk utrustning (Danielson, 2017a). I planeringen inför datainsamlingen genomfördes en provintervju med en av studiedeltagarna. Provintervjun gjordes gemensamt av de båda författarna, och möjliggjorde att avgöra om planerad intervjulängd mellan 30 - 60 minuter var hållbar. Utvärderingen av intervjuguiden, om den var formulerad på ett sätt som gjorde att syftet kunde besvaras, resulterade i att den modifierades och några frågor lades till, se Bilaga 1. Under provintervjun testades också den tekniska utrustningen, såsom kamera och mikrofon, samt att ljudinspelningen fungerade.

Totalt sett genomfördes elva intervjuer under februari 2021. Hälften av intervjuerna hölls av den ena författaren och hälften av den andra. I enlighet med Danielsons (2017a) beskrivning av semistrukturerad intervju samlades data in med individuella semistrukturerade intervjuer, med öppna frågor för att ge studiedeltagarna möjlighet att svara fritt, samt ge dem utrymme att uttrycka känslor, upplevelser och erfarenheter. En intervjuguide användes som stöd under intervjuerna, men beroende på vad som framkom under intervjun fick författaren anpassa sig och ställa frågorna i olika ordning. På grund av rådande omständigheter och restriktioner från myndigheter vad gäller Covid-19, hölls intervjuerna via ett videotelefoniprogram. Ljud från intervjun spelades in med hjälp av mobiltelefon, efter godkännande från varje enskild studiedeltagare. Intervjuer via videotelefoniprogram var att föredra framför telefonintervjuer, då det ansågs vara en stor fördel att kunna se varandra under intervjuerna, vilket av Henricson och Billhult (2017) förklaras att ett fenomen bättre kan förstås om forskaren kommer nära personen som berättar om det. Intervjuerna varade mellan 22 - 48 minuter. Från en deltagare kom sedan kompletterande information via mail, data som författarna valde att inkludera i resultatet då det svarade till syftet. Datamättnad innebär att ingen ny information framkommer vid datainsamlingen (Polit & Beck, 2017). Efter den tionde intervjun var författarna överens om att viss datamättnad uppnåtts. Därefter genomfördes ytterligare en intervju då den elfte deltagaren var amerikansk CRNA och därför antogs kunna bidra med ytterligare perspektiv.

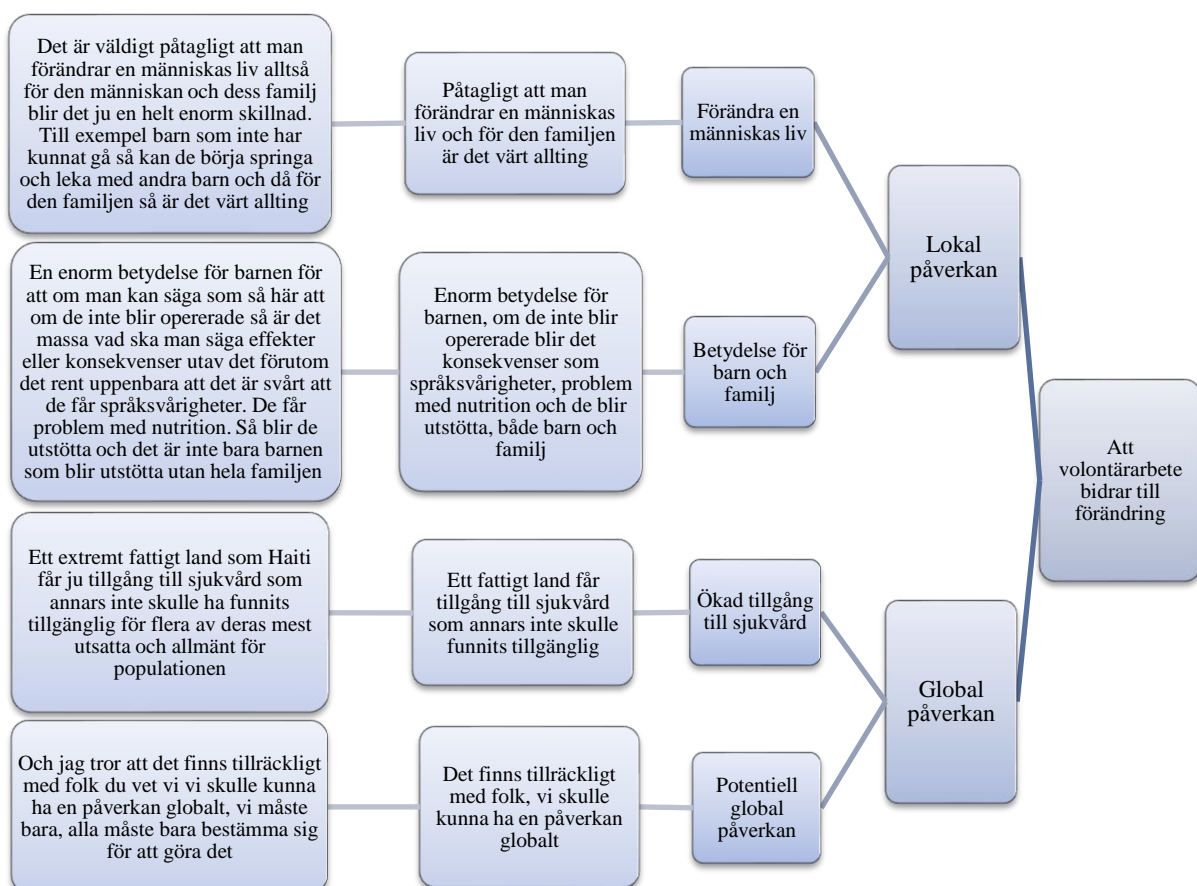
Intervjuerna transkriberades ordagrant. De intervjuer som genomfördes av den ena författaren transkriberades av den andra och vice versa, för att författarna skulle få en så samstämmig uppfattning av intervjumaterialet som möjligt. De transkriberade intervjuerna lästes sedan av båda författarna och analysen av materialet gjordes gemensamt.

Dataanalys

Datan analyserades med kvalitativ innehållsanalys, vilket av Danielson (2017b) beskrivs som en teknik för att systematiskt söka och bearbeta innehåll i kommunikationen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan en intervjutext beskrivas som en analysenhet, vilken är

ett lämpligt föremål för innehållsanalys. Vid analysen lades fokus på det manifesta innehållet, som av Graneheim och Lundman (2004) beskrivs som de konkreta beståndsdelar som framkommer ur ett datamaterial. Samtidigt innebär fokus på manifest innehåll även en viss grad av tolkning. Danielson (2017b) och Graneheim och Lundman (2004) anger att ur analysenheterna kan meningsbärande enheter tas ut, med andra ord hela meningar av betydelse, som sedan kondenseras till kortare meningar med bevarat kärninnehåll. Kondenserade meningsenheter kodas och får en textnära etikett i form av ett eller ett fåtal ord, och sorteras in under subkategorier och övergripande kategorier. Beskrivningen ovan belyser tillvägagångssättet vid analysprocessen, vilken också illustreras i Figur 1. Analysprocessen granskades av författarnas handledare och korrigerades efter erhållen återkoppling avseende sammansättning av subkategorier under kategorier och benämningar av dessa. Även presentationen av resultatet granskades av handledaren och modifierades utifrån rekommendationer om att sträva efter en så rik beskrivning av resultatet som möjligt. Alla intervjuer transkriberades på originalspråk, likaså togs meningsbärande enheter och kondenserade meningsbärande enheter ut på respektive deltagares modersmål. Detta gjordes för att inget innehåll skulle gå förlorat i översättningen. Koderna var alla på svenska, och citat översattes till svenska för att avidentifiera deltagarna.

Figur 1. Exempel från den kvalitativa innehållsanalysen. Från vänster till höger: Meningsbärande enhet (ME), kondenserad ME, kod, subkategori och kategori.



Etiska överväganden

Etiska ställningstaganden och överväganden gjordes under hela studiens gång, från idé till val av ämne till genomförande och publicering av resultatet. För att etiskt kunna motivera studien ställde författarna sig frågan om studien var värdefull för antingen individen, professionen, samhället eller för samtliga, i ett långtidsperspektiv (Kjellström, 2017). Författarna ansåg att det fanns en stor nytta med denna studie då den kan bana väg för vidare forskning som skulle vara av värde för både individen, professionen och samhället.

- Studien har ett värde för individen då den genom att öka kunskapen om och belysa anestesijuksköterskans roll inom den globala hälsan kan leda till att fler engagerar sig inom icke statliga organisationer. På så sätt kan det ge fler individer som är i behov av kirurgisk och anestetisk vård möjlighet att ta del av den.
- Studien har ett värde för professionen då den kan öka kunskapen om professionens roll inom den globala hälsan, leda till att den blir mer väldefinierad samt att professionens kunskaper på sikt bättre tas tillvara i det globala hälsoarbetet.
- Resultatet av studien kan förhoppningsvis ligga till grund för fortsatt forskning, vilket skulle kunna leda till att anestesijuksköterskans roll inom global hälsa får mer uppmärksamhet och att kunskapen om dess relevans ökar.

Informerat samtycke är en del av etikprövningslagen (Cöster, 2014) och är inom vetenskapen en nödvändighet för att värna deltagarens integritet och förhindra att övergrepp sker i ett forskningsprojekt. Studiedeltagaren har rätt att få information om studiens syfte, hur den kommer att gå till, följer och eventuella risker, samt att deltagandet är helt frivilligt och att det kan avbrytas när som helst, utan att anledning behöver uppges (Danielsson, 2017). Detta examensarbete omfattas inte av etikprövningslagen, eftersom det inte betraktas som forskning, men samtliga deltagare erhöll ändå ett dokument med forskningspersonsinformation, se Bilaga 2, utformad enligt Etikprövningsmyndighetens riktlinjer och i enlighet med Helsingforsdeklarationen (Association, 2021). Projektplanen granskades och erhöll etiskt godkännande från etikgruppen på Göteborgs universitet, innan insamling av empiriska data påbörjades. Efter att studiedeltagarna tagit del av forskningspersonsinformationen hade de möjlighet att ge ett informerat samtycke till att delta i studien. Danielson (2017a) beskriver också vikten av att studiedeltagarna tillfrågas om intervjuerna får spelas in eller ej, och författarna till denna studien försäkrade sig inför varje intervju om deras tillåtelse till detta.

Intervjuaren har en maktposition i förhållande till studiedeltagaren (Kjellström, 2017), vilket enligt Cöster (2014) kan jämföras med relationen mellan vårdare och patient, där vårdaren innehar en maktposition. Med anledning av detta delade författarna upp sig och intervjuade hälften av studiedeltagarna var. Ambitionen var att maktförhållandet skulle bli så jämlikt som möjligt, då två intervjuare i förhållande till en deltagare riskerade att skapa en obalans.

För att försäkra sig om att studiedeltagarna var skyddade under projektets gång genomfördes en riskanalys innan intervjuerna påbörjades, det vill säga att risk och nytta med studien vägdes mot varandra (Kjellström, 2017). Författarna kom fram till att risken med att delta i studien var minimal, det vill säga inte större än vad den är i det vardagliga livet (Polit & Beck, 2017). En risk var att deltagarna behövde avsätta tid för intervjun, men med tanke på att intervjuerna genomfördes via ett videotelefoniprogram och att det inte krävdes någon transporttid till en annan lokal för att delta i intervjun var tidsåtgången minimerad. Under

intervjun ställdes öppna frågor vilket gav studiedeltagarna möjlighet att svara fritt och bara delge författarna den information som de ville. Om deltagaren hade negativa eller traumatiska minnen som kunde rivas upp under intervjun skulle studien eventuellt ha kunnat orsaka ett psykiskt obehag, en emotionell risk. I övrigt sågs inga potentiella risker som deltagandet i studien skulle kunnat medföra. Däremot skulle ett deltagande i studien förhoppningsvis kunna bidra till nya fakta om det studerade ämnet. En känsla av att ha bidragit till forskning och till att belysa betydelsen av den egna professionen, samt att få berätta om och diskutera ett ämne som intresserar studiedeltagaren skulle kunna vara till nytta för densamma (Kjellström, 2017). Med tanke på att nyttan med studien eventuell kan vara stor och riskerna med studien betraktats som minimala ansågs nyttan med studien överväga riskerna.

För att uppnå konfidentialitet, det vill säga att data förvaras oåtkomligt för obehöriga samt att den redovisas på ett sätt så att den inte kan härledas till en enskild person (Kjellström, 2017), fördes ljudfilerna från det inspelade intervjumaterialet samt dokument med de transkriberade intervjuerna över till två externa USB-minnen som låstes in i författarnas hem. Inga filer namngavs så att det gick att identifiera innehållet i dem utifrån filnamnet. När projektet avslutats raderades ljudfilerna från respektive mobiltelefon, och USB-minnet överlämnades till institutionen på Göteborgs universitet för lagring. Dokument på författarnas datorer, som innehöll dataanalysen, raderades efter att projektet avslutats.

Resultat

Tabell 1 redogör för de tre kategorier och nio subkategorier som skapades under den kvalitativa innehållsanalysen. Resultatet presenteras i löpande text och med citat från intervjuerna under rubriker för kategorierna med tillhörande subkategorier i fet kursiv stil. I Tabell 2 presenteras studiedeltagarnas kön, ålder, nationalitet, vilka länder de arbetat i, antal internationella uppdrag och hur långa tidsperioder uppdragen varat.

Tabell 1. Subkategorier och kategorier

<ul style="list-style-type: none">• Arbetsuppgifter• Teamarbete• Medicinsk teknik	Att använda sin kompetens
<ul style="list-style-type: none">• Omvårdnad• Kulturell anpassning• Anestesisjuksköterskor internationellt	Att möta andra kulturer
<ul style="list-style-type: none">• Personlig och professionell utveckling• Lokal påverkan• Global påverkan	Att volontärarbete bidrar till förändring

Tabell 2. Studiedeltagare

Kön	Ålder	Nationalitet	Besökta länder	Antal uppdrag	Tidsperiod
Kvinna	36	Svensk	Ghana, Honduras, Indien, Mexiko, Nicaragua, Rwanda	9	14 dagar
Kvinna	47	Svensk	Kongo-Brazzaville	1	3 veckor
Kvinna	49	Svensk	Senegal	1	14 dagar
Man	50	Svensk	Liberia, Senegal	2	1 månad - 3 månader
Kvinna	51	Svensk	Etiopien, Filippinerna, Indien, Marocko, Mexiko, Nicaragua, Rwanda, Vietnam	10	10 dagar - 14 dagar
Man	51	Amerikansk	Haiti	8	4 dagar
Kvinna	52	Svensk/ Amerikansk	Haiti	2	4 dagar
Man	53	Svensk	Ecuador, Honduras	2	10 dagar
Kvinna	63	Svensk	Bolivia, Dominikanska Republiken, Indien, Kamerun, Kenya, Malawi, Zambia	25	10 dagar - 6 veckor
Kvinna	67	Svensk	Filippinerna, Mexiko, Nicaragua	4	10 dagar
Kvinna	73	Norsk	Demokratiska Republiken Kongo, Haiti, Iran, Kambodja, Kenya, Libanon, Pakistan, Somalia, Thailand, Uganda	11	3 månader - 2 år

Att använda sin kompetens

I denna kategori beskriver deltagarna hur de upplever att deras kompetens tillvaratagits och kommit till användning på olika sätt under de internationella uppdragen. Arbetsuppgifterna varierade deltagarna emellan, och rollen i teamet kunde se olika ut. Deltagarna fick förlita sig mindre på teknik och mer på sin egen kompetens då den medicinska tekniken var annorlunda och ofta bristfällig.

I subkategorin *arbetsuppgifter* beskrev deltagarna hur de arbetsuppgifter de hade tilldelats under uppdragen kunde gestalta sig. Uppgifterna kunde finnas inom hela den perioperativa processen; preoperativ screening och optimering av patienter, att söva intraoperativt eller postoperativ vård på uppvaksavdelningen. Flera deltagare beskrev en oförändrad anestesijuksköterskeroll, vilken liknade den i hemlandet och framförallt innebar att söva patienter intraoperativt. Det framkom variationer inom ansvarsnivå och några upplevde att självständighet och ansvarsnivå varit reducerad. Till exempel hade några deltagare fått titeln anesthesiassistent och haft arbetsuppgifter som endast innebar att assistera läkaren, medan andra hade haft ett ökat ansvar och ibland till och med haft det yttersta ansvaret för anestesidisciplinen. En deltagare beskrev det ökade ansvaret så här:

“Men de gångerna när jag sovde då fick jag ha mitt eget bord precis som narkosläkarna hade, och det var ju klart lite annorlunda i och med att hemma har man ju alltid liksom någon narkosläkare eller någon stöttning liksom”

Några deltagare hade haft chefs- och ledarpositioner med både koordinerande och rekryterande funktioner. En av deltagarna lyfte vikten av att rekrytera lämplig personal för utlandsarbete och att det inte är alla som har de kvalifikationer eller förutsättningar som krävs. En deltagare med chefsposition beskrev hur hennes roll bland annat innebar att finna lösningar på problem, vara kreativ och improvisera, medan en annan som arbetat på den postoperativa avdelningen beskrev det mer som att rätta sig i ledet och att det fanns strikta regelverk att förhålla sig till. Några deltagare hade haft handledande och undervisande arbetsuppgifter som innefattade både klinisk och teoretisk undervisning av lokal personal och någon hade startat en skola för tolkar med undervisning i grundläggande anatomi samt postoperativ övervakning. Arbete på akutmottagning förekom också med hantering av akut hotade luftvägar.

I subkategorin **teamarbete** tog deltagarna upp hur rollfördelningen kunde variera beroende på personkemi och hur bra samarbetet fungerade, samt hur deras kompetens kommit till användning i de olika rollerna. Majoriteten av deltagarna ansåg att deras kompetens hade tillvaratagits samt att kompetensnivån inom uppdragen generellt varit hög. Tillvaratagandet av kompetens kunde ske genom att anestesijuksköterskan genomförde arbetsmoment som möjliggjorde för anestesiläkaren att ägna tid åt annat. Uppdragen innebar arbete i team som ofta bestod av internationell personal inom flera olika professioner men framför allt hade ett nära samarbete förekommit med anestesiläkaren. Deltagarna ansåg att teamsamarbetet bidragit till ett större totalt resultat än de enskilda delarna var för sig. Det var också nödvändigt och ibland utmanande att anta ett flexibelt förhållningssätt avseende arbetsuppgifter i teamet. Hur rollfördelningen såg ut kunde delvis bero på hur väl personkemin överensstämde mellan medarbetarna men också förutbestämda uppfattningar om vem som skulle göra vad. Deltagare med erfarenhet av barnanestesi angav att kunskapen inom området varit ett värdefullt bidrag till teamet i den perioperativa omvårdnaden. Vissa deltagare angav att anestesikompetensen varit fördelaktig inom det postoperativa teamarbetet, medan andra ansåg att kunskapen bättre hade kunnat tillvaratas i det intraoperativa teamet och på så sätt kunnat leda till att fler operationer kunnat genomföras. Deltagare exemplifierar:

“De såg det ju som en fördel att få den kompetensen, att jag hade den kompetensen för då kunde det ju frigöra liksom att läkaren kunde göra andra uppgifter”

“Jag kan ju tycka att jag hade kunnat göra nytt ... mer nytta egentligen att sova. Alltså i och med att det är det jag kan bäst egentligen”

“Jag hade ju kunnat från ett svenskt perspektiv så hade det ju vart mycket bättre om man hade haft [...] fler narkosköterskor så lite som vi har hemma att en narkosläkare som går emellan två narkosköterskor eller liksom att man hade kunnat haft fler bord på det sättet”

I subkategorin **medicinsk teknik** beskriver deltagarna hur deras kompetens utmanades och utvecklades när de ställdes inför varierande tillgång på medicinsk teknik under uppdragen. Det framkom att medicinteknisk utrustning varit olik den deltagarna var vana vid hemifrån

och att det medförde ökade kunskapskrav. Oftast fanns utrustning tillgänglig men kunde då vara av annorlunda eller äldre modeller. En deltagare berättade:

“Narkosapparaten var ju otroligt uråldrig vilket är okej men sen ventilatorn fungerade, och monitorerna fungerade inte”.

Istället för monitorer fick deltagarna ibland förlita sig på sin kliniska blick. Ibland förekom den enda utrustningen i samband med intravenös anestesi i form av manuell blodtrycksmätare och en saturationsmätare, vilket gav anestesiuövandet ytterligare en utmanande dimension. Flera uppdrag hade inneburit att iordningställa medhavda operationssalar innan vårdarbetet kunde starta, vilket medförde nya kunskaper inom medicinsk teknik.

Att möta andra kulturer

I denna kategori beskrivs hur anesthesisjuksköterskans roll på de internationella uppdragen upplevdes inkludera kulturella möten. Det kunde handla om hur synen på omvårdnad och vård kunde se olika ut, om hur möten med medarbetare från andra kulturer kunde vara utmanande och deltagarna betonade vikten av att anpassa sig. De beskrev också sin syn på kompetens och ansvar bland anesthesisjuksköterskor från olika länder.

I subkategorin **omvårdnad** berättade deltagarna om hur omvårdnaden kunde se olika ut i de olika kulturella sammanhangen. Deltagarna berättade om tillvägagångssätt i strävan efter att tillhandahålla personcentrerad omvårdnad samt skapa trygghet hos patienterna och deras familjer och där lyftes kommunikation som en utmaning inom omvårdnadsarbetet. Att hantera det lokala språket eller bara att kunna några få ord samt att ha ett genuint kroppsspråk ansågs vara värdefulla medel för att reducera språkbarriärer och på så sätt skapa trygghet. Tolken betraktades spela en stor roll i omvårdnaden inte minst för att underlätta kommunikationen, och samtidigt beskrev deltagarna att det var utmanande att etablera eftersträvad kontakt:

“Vi behöver ju den korta tiden innan sövning för att etablera kontakt, få information, och skapa trygghet. Detta fick vi sköta via tolkar vilket försvårar det hela avsevärt”

En deltagare beskrev hur anhöriga ofta ville be tillsammans med anestesi- och operationspersonalen inför en operation, och att personalen då ställde upp på det för att öka de anhörigas välmående, oavsett egen religiös tillhörighet. En del upplevde att patienter med familjer betraktade sjukvårdspersonal som av en högre rang, och det lyftes fram som ett observandum att vara uppmärksam på för att reducera maktobalans. Arbetet tillsammans med internationell personal gjorde att det ibland uppkom meningskiljaktigheter kring hur omvårdnad kan bedrivas, samtidigt som omvårdande metoder som var nya för deltagarna lyftes fram som positiva:

“Och de tog hand om barnen och satte dem på ryggen i ett sånt där tyg på ryggen när de vakna och hade ont, och sen så dansa de med dem till musik så körde vi det som smärtlindring ofta”

I subkategorin **kulturell anpassning** berättade deltagarna hur de upplevde att förmågan till kulturell anpassning var viktig och betonade betydelsen av att sätta sig in i och försöka förstå respektive kulturell kontext för att kunna bidra med kvalitativ och realistisk vård. Det framhölls att det kan finnas olika men likvärdiga strategier för att nå fram till ett och samma

mål men att det underlättar arbetet om man har satt sig in i kulturen, hur familjekonstellationer kan se ut och hur människor ser på sjukvården. Ett annat exempel var människors syn på varför de eller deras familjemedlemmar drabbats av olika åkommor och relevansen i att ha en förståelse för att det uppstår alternativa förklaringar där vetenskapen inte nått fram. Ytterligare exempel som lyftes var att anpassa användandet av resurser efter tillgång, som att inventera läkemedelssortimentet på de lokala apoteken för att säkerställa att det som ordinerades gick att få tag på.

“De får postoperativa instruktioner du ska ta den tablettens fyra gånger om dagen [...] har man ens råd till den tablettens? Finns den att tillgå? [...] Det gäller att en organisation är inkännande i kulturen man arbetar med och vet [...] vad som är genomförbart om man säger i hälsoförebyggande syfte och sånt också så att man inte sätter en press på något som inte är genomförbart i vardagen för de människorna man ska hjälpa”

Det beskrevs vara av yttersta vikt att observera, lära känna och ta in hur den lokala personalen arbetade innan utbildning för dem kunde påbörjas. Någon beskrev att respekten för att den lokala personalen kan sitta jobb bäst är otroligt viktig och att först lära av dem i de enkla förhållanden de arbetar i innan man berättar hur de kan eller bör ändra på sitt arbetssätt. Deltagarna upplevde även att det krävdes att medarbetare anpassade sig till varandras kulturer, vilket också beskrevs som en stor utmaning och att kulturella konflikter kunde uppstå. En utmaning kunde bland annat återfinnas inom könsskillnader och kvinnliga deltagare berättade att de kunde uppleva att de inte blev fullt ut respekterade och accepterade i den rollen de hade. Olikheter i religionsuppfattningar beskrevs vara en bidragande orsak. Även hierarki mellan professioner och skillnader inom professionskultur framkom. Många deltagare använde ord som kulturchock och kulturchock och att komma tillbaka till hemlandet efter ett långt uppdrag beskrevs av en deltagare som följande:

“Man snackar om kulturchock när man reser ut men jag kan lova dig [...] att det är en kulturchock att komma hem och kan ofta vara dubbelt så stor”

Inom subkategorin **anestesisjuksköterskor internationellt** framkom att deltagarna identifierat både likheter och skillnader internationella anestesisjuksköterskor emellan, till exempel sövde de helt självständigt i vissa länder och i andra var endast anestesi-läkaren behörig att söva. Anestesisjuksköterskors utbildningsnivå internationellt upplevdes också ha ett brett spektrum med allt från gymnasieutbildning till masternivå. Många deltagare upplevde att svenska anestesisjuksköterskor har ett rykte bland läkare internationellt av att inneha en särskilt hög utbildningsnivå och kompetens, jämfört med anestesisjuksköterskor av de flesta andra nationaliteter som beskrevs ha assisterande arbetsuppgifter. Det goda ryktet kunde leda till ökat ansvar och befogenheter på de internationella uppdragen, vilket också kunde avgöras av anestesiologens erfarenheter av anestesisjuksköterskor från hemlandet. Uppfattningar om att amerikanska CRNAs är ännu mer kompetenta och har en högre utbildningsnivå framhölls. Samtidigt beskrevs etiopiska, malawiska och kenyanska anestesisjuksköterskor som oerhört skickliga och självständiga, även om kunskapsskillnader i förhållande till svenska anestesisjuksköterskor kunde identifieras. Det vittnades om att få eller ibland inga läkare hade syns till inom de verksamheter dessa anestesisjuksköterskor arbetade i. De kenyanska anestesisjuksköterskorna ansågs dessutom vara enastående på regional anestesi:

“Det är ju väldigt mycket som vi kan som de inte kan om man säger som Kenya då där jag har varit mest, å andra sidan så är ju dom sjukt duktiga på att lägga blockader, spinaler, epiduraler. De har ju, de har ju väldigt få narkosläkare, på de sjukhusen där jag har varit har det inte funnits”

Att volontärarbete bidrar till förändring

I denna kategori redogjorde deltagarna för sina upplevelser av att de volontäruppdrag de varit på bidragit på olika sätt, både på ett personligt plan och till den professionella rollen men också lokalt på de platser där de arbetat. De kunde också se att organisationerna som de varit en del av påverkar globalt och att anestesijuksköterskans roll potentiellt skulle kunna ha en global påverkan.

I subkategorin *personlig och professionell utveckling* beskriver deltagarna att de upplevde att de internationella uppdragen bidragit till utveckling både personligt och professionellt. Många berättade om hur de hade påverkats och upplevt svårigheter i att ställas mot en annan typ av verklighet, bland annat en nivå av fattigdom och lidande som var svår att föreställa sig. Samtidigt framkom flera tillfredsställande aspekter av känslan av att kunna hjälpa och bidra till en ökad livskvalitet hos människor, erfarenheter som en deltagare bland annat beskrev som något man bär med sig hela livet. En annan deltagare berättade om upplevelsen av hur möten med människor under uppdragen antagit ytterligare dimensioner:

“Man kan känna nån slags likhet att man hör ihop som människor här på jorden, det är väl egentligen det som har varit det största för mig”

Det fanns en samstämmighet av att erfarenheterna hade breddat deltagarnas förråd av handlingsberedskap på ett professionellt plan efter att exempelvis ha konfronterats med sjukdomstillstånd de inte var vana vid. För ett par deltagare hade de samlade upplevelserna från uppdragen lett till att de problematiserade rollerna som internationella vårdare i förhållande till patienter i beroendeställning och till den lokala personalen. De menade att det krävs både professionell och personlig ödmjukhet och följsamhet inför nya människor och sammanhang, vilket förklaras av en deltagare:

“Det handlar väl om nån slags personlig mognad också att, åker man ut som hjälparbetare så gäller det att se upp för rollen att här kommer jag och vet mycket och ska hjälpa lilla dig, att man hamnar i rollen hjälpare och den som ska ta emot hjälp att de är som nåt offer [...] Att man nånstans kan se att det kunde lika gärna varit jag som hade behövt hjälp, att man inte tar så allvarligt på de här rollerna på nåt sätt, att man fastnar i en roll att jag är viktig och kommer här och hjälper dig”

Många deltagare lyfte ödmjukhet som en utvecklad egenskap under uppdragen, vilken bibehållits även efter hemkomst. En deltagare berättade om det goda bemötande hon fått under uppdraget och när hon frågat personalen hur de orkade vara trevliga och pedagogiska mot alla nya volontärer fick hon svaret att ambitionen är att få volontärerna att vilja återvända. Detta var något som deltagaren tagit med sig hem till arbetet som klinisk lärare i Sverige. Några deltagare betonade att en befintlig trygghet i yrkesrollen samt personlig mognad var att föredra innan ett uppdrag antogs, samt att uppdragen potentiellt riskerade konsekvenser för den psykiska hälsan. En deltagare hade utifrån egna erfarenheter utvecklat en del av den icke statliga organisationen gällande psykiskt stöd och vård för hemkomna volontär- och

biståndsarbetare med behov av det. Några deltagare upplevde att det var problematiskt att i yrkesrollen förhålla sig till skillnader i materialanvändning på uppdragen jämfört med i hemlandet och dess förhållande till hållbar utveckling. Att bidra med förbättringsförslag till utformningen av kommande uppdrag ansågs ha en värdefull inverkan.

Samtliga deltagare upplevde att rollen de haft inom respektive icke statlig organisation framför allt påverkat individer och familjer vilket de beskriver i subkategorin **Lokal påverkan**. En av deltagarna poängterade detta:

“Jag kan inte säga att min roll har förändrat den globala hälsan men för den individuella personen både narkossjuksköterskorna på plats och för patienterna tror jag att jag har spelat roll”

Arbetet beskrevs ofta leda till en enorm förbättring för individen som erhöll kirurgi eller för den familjen som var anhörig. Deltagarna tog upp att operationer av läpp-, käk- och gomspalt förhindrar svält, språksvårigheter och mobbning, och att ortopediska operationer till exempel möjliggjorde för barn som inte kunnat gå att vara med och leka och springa tillsammans med andra barn. Ytterligare patientgrupper som lyftes var kvinnor som blivit lämnade av sina män eller bannlysta från samhället på grund av förlossningsskador som gynekologiska fistlar, samt människor som var rörelsebegränsade på grund av brännskadekontrakturer. Deltagarna la vikt vid att förutsättningar för barns framtid förändrades till det positiva samt att även rent livsavgörande kirurgi för en del människor utfördes. Individen betonades flera gånger och en deltagare menade att det var möjligheten att få vara en del av förändringen i en individs värld som var den motiverande faktorn till att anta internationella uppdrag. En annan deltagare ville särskilt uppmärksamma ett citat från en kirurg som hon träffat:

“Han menar på att jag kan inte förändra hela världen med det jag gör, men jag kan ändra världen för denna personen”

I subkategorin **Global påverkan** lyfte deltagarna aspekter angående hur rollen de haft inverkat på den globala hälsan. De icke statliga organisationerna erbjuder utbildning till lokal personal och vård till människor i fattiga länder som annars inte skulle haft tillgång till det. Att vara en del av dem och kunna påverka människors framtida liv ansågs av många vara att främja den globala hälsan. Ett par deltagare tog upp exempel som att en operation möjliggjorde en anställning för den opererade individen och att det i sin tur ledde till att denne kunde försörja sin familj, eller att risken att bli utstött ur samhället i framtiden minimerades för de barnen som opererades. De menade att den lokala påverkan de haft också påverkade den globala hälsan. Det lyftes även problematiska aspekter som att det tar av värdlandets resurser bland annat i form av el och vatten, samtidigt som det ger mycket igen. Många av deltagarna hade identifierat ett behov av fler anestesijuksköterskor och några såg det som en del i sin roll att inspirera fler att engagera sig inom volontärbete. En deltagare beskrev hur hon föreläst på sin arbetsplats i Sverige om sina internationella uppdrag, och hur ett par kollegor till henne valt att engagera sig efter det. Om bristen på anestesijuksköterskor minskade och fler bestämde sig för att hjälpa till internationellt skulle det enligt en deltagare potentiellt kunna leda till att anestesijuksköterskans roll fick en betydande global påverkan, att det skulle främja den globala hälsan. Andra betonade också att anestesijuksköterskan har en viktig roll globalt men bara sett ur ett större sammanhang:

“Ja alltså man är ju en kugge i hela hjulet om man säger så va, det är ju inte bara den insatsen jag gör utan hela teamet måste ju fungera för att det ska ha nån effekt på den globala hälsan”

Diskussion

Metoddiskussion

Eftersom syftet med denna studie var att undersöka anestesijuksköterskors upplevelser av sina roller inom den globala hälsan, det vill säga upplevelsen av ett visst fenomen, valdes en kvalitativ studiedesign. Det resulterade i en kvalitativ deskriptiv intervjustudie med ett induktivt förhållningssätt. Induktivt förhållningssätt kan vara att föredra framför deduktivt, när författarna inte kan förutse innehållet av insamlade data och för att analysen av insamlade data eventuellt blir öppnare när det inte finns någon bakomliggande teori som styr den (Henricson, 2017).

Inför påbörjandet av arbetet med studien diskuterade författarna sina förförståelser för valt ämne och har redogjort för dessa i metodavsnittet. Författarna försökte under studiens gång att bortse från sina förförståelser för att hålla analysprocessen fenomenologisk. Med tanke på att deras förförståelse var så pass liten menar författarna att den påverkat analysen i obetydlig grad. Att författarna har belyst sina förförståelser är enligt Henricson (2017) något som stärker studiens pålitlighet.

Graneheim och Lundman (2004) menar att för att bedöma en studies trovärdighet bör man se till giltighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Studiemetoden diskuteras nedan i förhållande till dessa begrepp.

Urval

Åtta kvinnor och tre män valde att delta i studien. Majoriteten av deltagarna var i femtioårsåldern men åldersspannet mellan den yngsta och den äldsta deltagaren var trettiosju år vilket bidragit med både ett ungt och ett seniort perspektiv till resultatet. Tillsammans hade deltagarna erfarenheter av att jobba för fem olika icke statliga organisationer. En deltagare var från Norge, en från USA och nio från Sverige varav en hade både svenskt och amerikanskt medborgarskap. Författarna diskuterade valet att inkludera deras lärare i studien. Den initiala tanken var att bara använda intervjun med läraren som provintervju men det faktum att lärarens berättelse besvarade syftet resulterade i att intervjun inkluderades. Ett av inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha deltagit i minst ett internationellt bistånds- eller volontäruppdrag via en icke statlig organisation och erfarenheten varierade mellan ett och tjugofem uppdrag. Det fanns en variation bland studiedeltagarna vad gäller ålder, kön, nationalitet och erfarenhet av internationella uppdrag vilket enligt Henricson (2017) och Graneheim och Lundman (2004) kan öka en studies giltighet, eftersom studerat fenomen då kan belysas ur flera perspektiv. Vidare menar Graneheim och Lundman (2004) att när kontext finns beskriven, så som vilka organisationer deltagarna rekryterats ifrån, samt att deltagarkaraktäristika är redogjord för möjliggör det för läsaren att avgöra studiens eventuella överförbarhet.

Datainsamling

Att inför datainsamlingen genomföra en provintervju för att säkerställa intervjuguidens utformning för att kunna besvara syftet, stärker en studies giltighet (Henricson, 2017), vilket utfördes av författarna. Graneheim och Lundman (2004) menar att intervjuaren spelar en roll avseende datainsamlingsprocessens utveckling, att intervjuaren kan påverka vilka frågor som ställs och har betydelse för metodikens pålitlighet. Intervjuguiden modifierades efter provintervjun och blev bättre men trots att en provintervju genomfördes upplevde författarna att resultatet blev omfattande och med facit i hand hade intervjuguiden kunnat modifieras ytterligare. Att författarna, även efter att ha utvecklat insikter av fenomenet under datainsamlingens förlopp, konsekvent ställde samtliga av intervjuguidens på förhand bestämda frågor till alla deltagare kan enligt Graneheim och Lundman (2004) stärka pålitligheten. En studies giltighet påverkas av datainsamlingsmetodens lämplighet samt datakvantitet (Graneheim & Lundman, 2004), vilket samtidigt skulle kunna innebära en problematisk aspekt i relation till det delvis överflödiga materialet.

En studies pålitlighet stärks om den tekniska utrustningen som användes vid datainsamlingen finns beskriven (Mårtensson & Fridlund, 2017), vilket är redogjort för i metodavsnittet. Att intervjuerna genomfördes via ett videotelefoniprogram medförde att deltagarna själva hade möjlighet att välja en lämplig plats för intervjun. Intervjuaren satt ostört utan störningsmoment i bakgrunden.

Dataanalys

Graneheim och Lundman (2004) beskriver hur författaren innan analysen påbörjas måste bestämma sig för om det är det manifesta eller det latent innehåll som ska analyseras. Det finns en skillnad i hur djupt och abstrakt resultatet blir beroende på vilket innehåll som analyseras, även om det i båda fallen görs en tolkning. Av det latent innehåll görs en hermeneutisk tolkning och när det manifesta innehåll analyseras görs en fenomenologisk beskrivning, så textnära som möjligt (Graneheim, Lindgren och Lundman, 2017). Författarna strävade hela tiden efter att analysera det manifesta innehåll. Det faktum att det var två författare ses som en styrka då de kunnat påminna varandra om vad som skulle analyseras och inte.

Analysprocessen granskades av författarnas handledare och kategorisering diskuterades och modifierades under analysens gång, likaså granskades resultatet av handledaren. Graneheim och Lundman (2004) menar att extern granskning av analys och resultat kan underlätta ett objektivt tillvägagångssätt och öka studiens bekräftelsebarhet. Dessutom kan möjlig överförbarhet lättare avgöras om resultaten beskrivs i sin helhet samt exemplifieras med citat, vilket var eftersträvanvärt i arbetsprocessen. Graneheim m.fl. (2017) beskriver utmaningen i att behålla en och samma nivå av tolkning i de olika delarna av analysen, vilket författarna till den här studien också upplevt. Att författarna diskuterat och redigerat varandras tolkningar och analyser med både varandra och med handledaren resulterade i enighet kring analys och resultat, enligt Graneheim m.fl. (2017) också kallat konsensus.

Etiska överväganden

Enligt Kjellström (2017) kan den kvalitativa metodiken innebära en djupgående undersökning av mänsklig erfarenhet, vilket är en aspekt att som intervjuare behandla ansvarsfullt. Inför att datainsamlingen skulle påbörjas bestämde författarna att dela upp intervjuerna mellan sig och att bara en författare skulle närvara vid respektive intervju för att i största möjliga mån skapa

en balans mellan intervjuare och deltagare. Detta etiska ställningstagande tillämpades vid varje enskild intervju vilket författarna ser som en styrka i studien. Författarna upplevde en större utmaning i att intervjua enskilt jämfört med att intervjua i par som under provintervjun, vilket bekräftar antagandet om att deltagaren skulle kunna känna sig utsatt under intervjun. Det faktum att författarna var anestesijuksköterskestudenter och att deltagarna alla var erfarna anestesijuksköterskor kan ha utjämnat balansen mellan intervjuare och deltagare.

Författarna erhöll etiskt godkännande från etikgruppen på Göteborgs universitet och var under hela studiens gång noga med att efterleva de etiska ställningstaganden som tagits inför studiens början.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att arbetsuppgifterna under de internationella uppdragen varierat mellan deltagarna och att deras kompetens tillvaratagits på olika sätt i det multiprofessionella, internationella teamarbetet. Rollen i teamet samt omvårdnadshandlingar fick anpassas efter nya kulturella sammanhang och deltagarna hade gjort iakttagelser av likheter och olikheter mellan anestesijuksköterskors utbildning och arbetsuppgifter internationellt. Samtliga deltagare ansåg att uppdragen gett personlig och professionell utveckling samt att anestesijuksköterskans roll verkat hälsofrämjande för individer och familjer på lokal nivå. Några menade att det krävs fler anestesijuksköterskor internationellt och ett väl fungerande teamarbete för att anestesijuksköterskans roll ska ha en effekt på den globala hälsan.

Författarna såg hur deltagarnas upplevelser av sin roll inom den globala hälsan kunde sättas i relation till Madeleine Leiningers omvårdnadsteori inom transkulturell omvårdnad, The Culture Care Theory, och resultatet diskuteras därför utifrån den.

The Culture Care Theory

Madeleine Leininger skapade en soluppgångsmodell för att förklara en del av den transkulturella omvårdnadsteorin. Modellen illustrerar hur teknologiska, religiösa och spirituella faktorer, sociala, biologiska, politiska och ekonomiska faktorer, kulturella värderingar och levnadssätt samt utbildningsfaktorer påverkar hur människor ser på vård, hälsa, sjukdom och död. Alla dessa faktorer är sådant som sjuksköterskor bör ta hänsyn till. Den transkulturella omvårdnadsteorin vilar på fyra grundsatser som behandlar mångfald och universalitet mellan kulturer, hur världsbild och sociala strukturer påverkar omvårdnad, de engelska begreppen emic och etic samt tre olika infallsvinklar för omvårdnadsbeslut och omvårdnadshandlingar. Emic beskrivs som de lokala eller inhemska människornas betraktelse av olika fenomen som till exempel vård relaterat till sin kultur, medan etic refereras till som främlingens eller den utomstående kunskap om kultur och vård i dess kontext (Leininger, 2002). Deltagarna har utan att nämna begreppen emic och etic behandlat dem i sina berättelser. De tre olika infallsvinklarna för omvårdnadsbeslut och omvårdnadshandlingar som framhålls i teorins fjärde grundsatser är; Culture Care Preservation and/or Maintenance, Culture Care Accommodation and/or Negotiation samt Culture Care Repatterning and/or Restructuring (Leininger, 2002). Även dessa infallsvinklar har alla berörts av studiedeltagarnas berättelser.

Culture Care Preservation and/or Maintenance

Den första, Culture Care Preservation and/or Maintenance, handlar om professionella handlingar som låter kulturer bevara eller upprätthålla sin tro och sina värderingar i hur de bland annat ser på hälsa och sjukdom (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Deltagarna har tagit upp exempel som att be tillsammans med anhöriga, sätta sig in i hur familjeenheten fungerar och hur de ser på vård, använda alternativa smärtlindringsmetoder, att postoperativt ordinera läkemedel som patienten har möjlighet och råd att få tag på och så vidare. Detta var handlingar de vidtagit för att omvårdnaden skulle bli så personcentrerad och anpassad till kulturen som möjligt. När dessa omvårdnadshandlingar sätts i relation till den transkulturella omvårdnadsteorin blir det tydligt att deltagarna tagit stor hänsyn till emic. Biologiska faktorer är en av faktorerna som enligt McFarland och Wehbe-Alamah (2019) påverkar hur människor bland annat ser på vård och Bido m.fl. (2015) tar upp hur olika smärtlindrande preparat kan påverka människor olika beroende på biologiska faktorer. De menar, precis som studiedeltagarna, att det är att visa respekt för en annan kultur när man anpassar omvårdnadshandlingar som läkemedelsordinationer till människor och deras kulturer.

Culture Care Accomodation and/or Negotiation

Den andra, Culture Care Accomodation and/or Negotiation, handlar om kreativa omvårdnadshandlingar eller beslut som hjälper kulturer att anpassa sig eller att förhandla med andra kulturer för att nå sätt att bedriva säker och effektiv vård (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Här har deltagare tagit upp aspekter som att det underlättar omvårdnaden att behärska det lokala språket, om så bara några få ord, och att språkbarriärer ibland har varit ett hinder för det. Detta bekräftar även Bido m.fl. (2015) som menar att språkbarriärer trots hjälp från tolkar ofta är ett hinder som är viktigt att beakta för omvårdnad och utbildning. Samtidigt menade några av deltagarna att man kan komma långt med sitt kroppsspråk. Deltagarna har vidare tagit upp aspekter som att först lära känna en kultur, se och lära av hur den lokala personalen arbetar och att vara ödmjuk inför deras kunskap, sätt att arbeta och sätt att se på orsaker till sjukdom innan utbildning för dem påbörjas eller förslag på förändringar läggs fram. I likhet med det menar the Lancet Commission att de icke statliga organisationerna bör utgå från de olika kulturerna de arbetar i (Meara m.fl., 2015) och Leininger (2002) beskriver det vidare som det mest avgörande, att med ett öppet sinne lyssna till och lära av människor istället för att påtvinga dem sina idéer om hur saker och ting ska gå till. En deltagare betonade att det finns många olika vägar för att nå ett och samma mål och en annan beskrev vikten av att vara kreativ i sin ledarroll. Här behandlas både emic och etic för genom att betrakta kulturers olika tillvägagångssätt med ett kreativt synsätt kan sjuksköterskan enligt Leiningers omvårdnadsteori främja förhandling eller anpassning som gynnar kulturers hälsa och välmående (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Culture Care Repatterning and/or Restructuring

Den tredje, Culture Care Repatterning and/or Restructuring, handlar om professionella handlingar och gemensamma beslut som hjälper människor att förändra sätt att leva eller förändra institutioner för att främja hälsa (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Här hade deltagarna identifierat universalitet och mångfald mellan anestesijuksköterskor internationellt, där arbetsuppgifter och fördelning av resurser indirekt rör omvårdnaden av patienter. Deltagarna hade jämfört sin roll med anestesijuksköterskor från andra länder, och precis som deltagarna identifierat likheter och skillnader i utbildningsnivå mellan anestesijuksköterskor internationellt beskrev McAuliffe och Henry (1998) att ICN uppmärksammat variationer i förberedande utbildning för anestesijuksköterskor världen

över. Att studiedeltagarna under sina internationella uppdrag de senaste decennierna identifierat detsamma som McAuliffe och Henry (1998) gjorde 1998 kan tyda på att det ser ungefär likadant ut i utbildningsnivå idag som det gjorde då, med en variation från gymnasienivå till master- eller doktorsnivå. Deltagarna såg skillnader i vilken roll anestesijuksköterskan hade i den perioperativa processen med allt från assisterande uppgifter till sövning. Liksom Epiu m.fl. (2016) beskriver hur anestesijuksköterskor i låginkomstländer ofta utövar anestesi självständigt utan anesthesiolog vittnade deltagarna om precis det. De identifierade detta arbetssätt både i höginkomstländer som USA, medelinkomstländer som Kenya och låginkomstländer som Etiopien samt att anestesijuksköterskorna hade kunskapen att utföra kritiska moment som regional anestesi helt på egen hand. McAuliffe och Henry (1998) beskriver hur ett lands utvecklingsnivå inte avgör anestesijuksköterskans roll, utan att anestesijuksköterskan tillhandahåller anestesi med eller utan anesthesiolog i både hög-, medel- och låginkomstländer samt att de utför de riskabla moment och avancerade uppgifter som anesthesiutövandet innebär. Det ser dock olika ut i olika delar av världen, till exempel utövas anestesi av en anesthesiolog tillsammans med en anestesijuksköterska i de flesta europeiska länder, där båda är närvarande hos patienten under hela operationen. I andra länder är det upplagt som ett lag där till exempel fem olika anestesijuksköterskor arbetar med varsin patient och att en anesthesiolog går mellan dem (McAuliffe & Henry, 1998). McAuliffe och Henry (1998) beskriver att för att uppnå hälsa för alla krävs det utöver kostnadseffektiva strategier också en effektiv fördelning av mänskliga resurser. Några av deltagarna uttryckte att det hade kunnat genomföras många fler operationer och på så sätt främjat hälsa hos fler människor i världen om man hade lagt upp arbetet som i Sverige med en anestesiläkare och flera anestesijuksköterskor. Samtliga deltagare var överens om att de hade en hälsofrämjande roll lokalt och en deltagare menade också, liksom Lamb m.fl. (2018), att om fler anestesijuksköterskor tog beslut inom sin professionella roll som att engagerade sig internationellt skulle anestesijuksköterskan som yrkesgrupp kunna ha en främjande inverkan på den globala hälsan.

Icke statliga organisationer är inga institutioner, som nämns i förklaringen av Culture Care Repatterning and/or Restructuring, men här finns ändå en koppling till den infallsvinkeln då deltagarna menar att det skulle vara en hälsofrämjande handling att rekonstruera och modifiera teamkonstellationen och anestesijuksköterskans arbetsuppgifter inom vissa organisationer. Deltagarna beskrev hur de internationella uppdragen bidragit till en ödmjukhet inför andra människors förutsättningar samt, precis som Lamb m.fl. (2018) beskrev, till en utveckling av den professionella rollen. Likaså diskuterar Bido m.fl. (2015) hur de kulturella utbyten som sker under short-term medical missions kan ge en ökad förståelse för hur svårt det kan vara att förändra sjuksköterskans roll i vårdkulturer som historisk sett kretsat kring läkaren, men hur de kulturella mötena också kan gynna och inspirera till en förändring i hierarkiska ordningar mellan olika professioner. Leininger (2002) skriver att i takt med att världen blir allt mer global och komplex upplever fler och fler sjuksköterskor att The Culture Care Theory har en stor betydelse. Trots att ingen av deltagarna nämnt teorin blir det tydligt att de varit eller blivit transkulturellt bevandrade. Samtliga deltagare var överens om att ha kunskap om och förmåga att kunna anpassa sig till kulturer var nödvändigt för att kunna både vårda, samarbeta och utbilda på ett kvalitativt, hållbart och effektivt sätt.

Framtida forskning

Studien av Lamb et al. (2018) var den hittills enda studien som undersökt anestesijuksköterskors upplevelser samt motiverande och hindrande faktorer för att anta

short-term medical missions. Resultatet av denna studie har svarat på syftet att undersöka hur anestesijuksköterskor som arbetat för icke statliga organisationer i låg- och medelinkomstländer upplever sin roll inom den globala hälsan och är därmed den andra studien inom samma område. Deltagarna i studien av Lamb et al. (2018) upplevde positiva känslor av att hjälpa lokal befolkning, professionell och personlig utveckling samt att deras kunskap inte alltid tillvaratogs, känslor som bekräftades av deltagarna i denna studie. Den här studien har dock bidragit till ytterligare aspekter av anestesijuksköterskans roll inom global hälsa och till ny kunskap inom forskningsområdet. Majoriteten av deltagarna i studien var från Sverige och för att vidga detta kunskapsområde skulle studier med deltagare från andra länder kunna bidra till ytterligare perspektiv av det undersökta ämnet. Rosseel m.fl. (2010) menar att anestesipersonal är en viktig faktor för att kirurgi ska kunna vara en global kostnadseffektiv hälsoåtgärd samt att fler anestesijuksköterskor behövs för att öka tillgången till säker kirurgisk vård. McAuliffe och Henry (1998) skriver att världsledare inom folkhälsa menar att sjuksköterskor är nyckeln till hälsa för alla då de är en kostnadseffektiv resurs jämfört med läkare, både vad gäller ersättning för arbetet de utför och kostnaden för deras utbildning. Mot denna tidigare forskning samt deltagarnas upplevelser läggs förslag på framtida forskning om hur den globala hälsan kan påverkas beroende på vilken roll anestesijuksköterskan har inom det kirurgiska teamet härmed fram.

Slutsats och implikationer

Resultatet har svarat på syftet och visar att deltagarna i studien upplever att deras roll inom de icke statliga organisationerna varit bred, varierat i ansvarsnivå och arbetsuppgifter. De upplevde också att den inneburit många kulturella möten på olika nivåer, lett till personlig och professionell utveckling och framför allt påverkat människors hälsa lokalt. Deltagarna hade identifierat både likheter och skillnader mellan anestesijuksköterskor världen över samt diskuterat hur anestesijuksköterskans roll kan inverka på den globala hälsan beroende på hur rollen ser ut. Lokal påverkan ansågs bidra till den globala hälsan och ett fungerande internationellt teamarbete betraktades som en relevant del i det globala hälsoarbetet. För att påverka den globala hälsan ansågs fler anestesijuksköterskor inom icke statliga organisationer nödvändigt. Studien har bidragit med ny kunskap inom området och lagt en grund för framtida forskning.

Att deltagarna ibland känt att deras kompetens kunnat tillvaratas bättre i en annan roll i teamet introducerar en implikation för praxis. För att optimalt utnyttja resurserna skulle de icke statliga organisationerna kunna sända anestesijuksköterskor med mindre erfarenhet att arbeta på till exempel postoperativ avdelning. Anestesijuksköterskor med mycket erfarenhet skulle kunna skickas på uppdrag i länder där anestesijuksköterskan sover intraoperativt eller till team där de får använda sin fulla kompetens.

Referenslista

- Association, W. M. (2021). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2021-02-01 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Averlid, G. (2017). Norwegian Nurse Anesthetist Perceptions of Professional Development and the Influence of Production Pressure. *AANA Journal*, 85(5), 345-351.
- Bido, J., Singer, J. S., Diez Portela, D. M., Ghazinouri, R., Driscoll, A. D., Alcantara Abreu, ... Katz, N. J. (2015). Sustainability Assessment of a Short-Term International Medical Mission. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 97(11), 944-949. DOI: 10.2106/JBJS.N.01119
- Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 265 - 273). Lund. Studentlitteratur AB.
- Caldron, P. H., Impens, A., Pavlova, M., & Groot, W. (2018). Why do they care? Narratives of physician volunteers on motivations for participation in short-term medical missions abroad. *Int J Health Plann Manage*, 33(1), 67 - 87. doi:10.1002/hpm.2402
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet: vård, social omsorg och skola*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143 - 154): Lund. Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285 - 300): Lund. Studentlitteratur AB.
- Epiu, I., Tindimwebwa, J. V., Mijumbi, C., Chokwe, T. M., Lugazia, E., Ndarugirire, F., ... Dubowitz, G. (2016). Challenges of Anesthesia in Low- and Middle-Income Countries: A Cross-Sectional Survey of Access to Safe Obstetric Anesthesia in East Africa. *Anesth Analg*, 124(1), 290 - 299. doi:10.1213/ane.0000000000001690
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411 - 420): Lund. Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111 - 120): Lund. Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57 - 80): Lund. Studentlitteratur AB.
- Lamb, K., Cobb, C., Brown, C., & Gonzales, C. (2018). Understanding Motivations and Barriers of CRNAs Involved in Global Health: A Qualitative Descriptive Study. *AANA Journal*, 86(5), 371-378.

- Larsson-Mauleon, A., & Ekman, S-L. (2002). Newly graduated nurse anesthetists' experiences and views on anesthesia nursing - a phenomenographic study. *AANA Journal*, 70(4), 281-287
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural Nursing*, 13,189-192.
- Låginkomstland. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2021-02-01 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/l%C3%A5ginkomstland>
- Martiniuk, A., Manouchehrian, M., Negin, J., & Zwi, A. (2012). Brain Gains: A literature review of medical missions to low and middle-income countries. *BMC Health Services Research*, 12, 134. DOI: 10.1186/1472-6963-12-134
- Matsusaki, T., & Sakai, T. (2011). The role of Certified Registered Nurse Anesthetists in the United States. *Journal of Anesthesia*, 25(5), 734-740. DOI: 10.1007/s00540-011-1193-5
- McAuliffe, M., & Henry, B. (1998) Survey of nurse anesthesia practice, education, and regulation in 96 countries. *AANA Journal*, 66(3), 273–286.
- McFarland, M., & Wehbe-Alamah, H. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview with a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. DOI: 10.1177/1043659619867134
- Meara, J. G., Leather, A. J., Hagander, L., Alkire, B. C., Alonso, N., Ameh, E. A., ... Yip, W. (2015). Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet (London, England)*, 386(9993), 569–624. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X)
- Medelinkomstland. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2021-02-01 från <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/medelinkomstland>
- Merchant, A., Hendel, S., Shockley, R., Schlesinger, J., Vansell, H., & McQueen, K. (2015). Evaluating Progress in the Global Surgical Crisis: Contrasting Access to Emergency and Essential Surgery and Safe Anesthesia Around the World. *World J Surg*, 39(11), 2630 - 2635. doi:10.1007/s00268-015-3179-1
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421 - 438). Lund. Studentlitteratur AB.
- Per capita. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2021-02-01 från <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/per-capita>
- Pieczynski, L., Laudanski, K., Speck, R., & McCunn, M. (2013). Analysis of field reports from anaesthesia volunteers in low- to middle-income countries. *Medical Education*, 47(10), 1029-1036. DOI: 10.1111/medu.12262
- Piotrowicz, M., & Cianciara, D. (2013). The role of non-governmental organizations in the social and the health system. *Przegl Epidemiol*. 2013;67(1):69-74. PMID: 23745379
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th ed.) Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.): Wolters Kluwer.
- Potisek, M., Hatch, D., Atito-Narh, E., Agudogo, J., Olufolabi, A., Rieker, M., . . . Owen, M. (2017). Where Are They Now? Evolution of a Nurse Anesthesia Training School in Ghana and a Survey of Graduates. *Frontiers in Public Health*, 5, 78. DOI: 10.3389/fpubh.2017.00078

- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 25 - 42): Lund. Studentlitteratur AB.
- Rosseel, P., Trelles, M., Guilavogui, S., Ford, N., & Chu, K. (2010). Ten years of experience training non-physician anesthesia providers in Haiti. *World J Surg*, 34(3), 453 - 458. doi:10.1007/s00268-009-0192-2
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2021-01-21 från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icens%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuks%C3%B6terskor%202017.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening & Riksföreningen för anestesi och intensivvård. (2020) *Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning mot anestesijukvård*. Hämtad 2021-03-03 från <https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b57604a/1610609299643/Kompetensbeskrivning%20Anestesisjuks%C3%B6terska.pdf>
- Trelles, M., Dominguez, L., & Stewart, B. (2015). Surgery in low-income countries during crisis: Experience at Médecins Sans Frontières facilities in 20 countries between 2008 and 2014. *Tropical Medicine & International Health*, 20(8), 968 - 971. 10.1111/tmi.12523
- World Health Organization. (2021). *Executive Summary. Achieving health for all*. Hämtad 2021-03-25 från https://www.who.int/whr/1998/media_centre/executive_summary6/en/

Bilaga 1. Intervjuguide

- Hur gammal är du?
- Vilken organisation har du jobbat för? I vilka länder? Under hur långa tidsperioder? Hur många gånger?
- Hur ser du på de icke statliga organisationernas betydelse för den globala hälsan?
- Vad hade du för roll inom organisationen under din vistelse utomlands?
- Hur såg din roll i teamet ut?
- Hur upplevde du att din kunskap och kompetens tillvaratogs?
- Vad anser du att den rollen du hade har för inverkan på den globala hälsan?
- Hur förbereds man för en sådan här resa?
- Hur upplever du omvårdnadsarbetet i en annan kulturell kontext än vad du är van vid?
- Hur såg den perioperativa omvårdnadsprocessen ut?
- Hur upplever du att dessa uppdrag har bidragit till din yrkesroll?
- Är det något mer du vill lyfta? Positiva/problematiska aspekter med organisationer som den du har rest med?
- Följdfrågor som till exempel ”Kan du utveckla?”, ”Hur menar du då?” och ”Kan du förklara?”

Bilaga 2. Forskningspersoninformation

Information till forskningspersonerna

Vi studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning inom anestesi vid Göteborgs universitet, och vi vill fråga dig om du vill delta i vår magisteruppsats. I det här dokumentet får du information om vår studie och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Det finns ett stort behov av anestesijuksköterskor för att behovet av säker kirurgi i världen ska kunna tillfredsställas, och det är i litteraturen beskrivet att ett ökat deltagande av anestesijuksköterskor inom icke statliga hjälporganisationer skulle få en positiv inverkan på den globala hälsan. Kunskap saknas om anestesijuksköterskors upplevelser av att arbeta med bistånd/volontärarbete inom icke statliga organisationer. Vi är därför intresserade av att undersöka vilken roll anestesijuksköterskor upplever att de haft under sina uppdrag ute i världen i samband med volontär- eller biståndsarbete, samt hur de ser på sina roller inom den globala hälsan. För att kunna besvara projektets syfte, planeras intervjuer att genomföras.

I egenskap av anestesijuksköterska med erfarenhet av bistånds- eller volontärarbete, tillfrågas du följaktligen att delta i detta projekt. Vi författare till studien har, efter kontakt med din nuvarande arbetsgivare/tidigare arbetsgivare, fått tillgång till dina kontaktuppgifter, efter godkännande från dig. Alternativt har du fått tillgång till författarnas kontaktuppgifter och därefter kunnat besluta om du vill upprätta en kontakt, eller fått förfrågan privat från författarna via mail. Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet.

Hur går studien till?

Data till studien kommer samlas in genom individuella intervjuer, och eftersom vi befinner oss mitt i en pandemi kommer intervjuerna ske via videotelefoniprogrammet Zoom. Vi skickar dig en zoomlänk inför intervjun, och för att du som studiedeltagare ska kunna delta behöver du ha Zoom nedladdat på din dator. Intervjun hålls av en av författarna, beräknas ta cirka 30 - 60 minuter, och ljudet från intervjun kommer spelas in på författarens mobiltelefon.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Vi uppskattar att risken med att delta i vår studie är minimal.

Ditt deltagande innebär att du lånar oss en del av din tid, och att du delger oss dina tankar, erfarenheter och eventuella åsikter om ämnet. En möjlig risk skulle kunna vara att våra frågor eventuellt kan riva upp negativa känslor och minnen.

Om du känner ett obehag under intervjun kan du när som helst avbryta och du behöver inte uppge varför du väljer att lämna studien.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig.

Data kommer samlas och spelas in med hjälp av med hjälp av respektive intervjuares mobiltelefon. Ljudfilerna från det inspelade materialet kommer föras över till ett externt USB-minne och förvaras där och på författarnas mobiltelefoner under projektets gång, oåtkomligt för obehöriga. Inga filer kommer namnges så att det går att identifiera innehållet i dem utifrån filnamnet. När projektet är avslutat kommer ljudfilerna att raderas från respektive mobiltelefon och USB-minnet kommer att överlämnas till institutionen för lagring.

Dokument på författarnas datorer, som innehåller transkriberade intervjuer, kommer sparas utan personrelaterade uppgifter, och raderas efter att projektet är avslutat.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Om du som studiedeltagare önskar ta del av resultatet av den färdiga uppsatsen kan den delges dig via mail. Studien kommer också att laddas upp på GUPEA, Göteborgs Universitets domän på internet, där den kommer vara tillgänglig för allmänheten.

Försäkring och ersättning

Inte aktuellt för denna studie.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta någon av de ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Frida Söderström, student

gusfriso@student.gu.se

Tel: xxx

Susanna Larsson, student

guslarsuo@student.gu.se

Tel: xxx

Carina Sjöberg, handledare

carina.sjoberg@gu.se

Tel: xxx