



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av psykiskt påfrestande situationer, hantering och stöd samt förslag på förbättring av stöd på arbetsplatsen

En intervjustudie

Malin Andersson

2017

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

Handledare: Marja-Leena Kristofferzon
Examinator: Annika Nilsson

Sammanfattning

Bakgrund: Intensivvårdssjuksköterskor utsätts dagligen för psykiskt påfrestande situationer som kan vara svåra att bearbeta utan ett adekvat stöd från arbetsplatsen. Tidigare forskning visar på att intensivvårdssjuksköterskor saknar stöd vid psykiskt påfrestande situationer, men det finns sparsamt med forskning på vilket stöd som kan förbättras.

Syfte: Syftet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av psykiskt påfrestande situationer, hur de hanterar dessa situationer och hur de upplever stödet och förslag på förbättringar på arbetsplatsen.

Metod: Examensarbetet har en beskrivande design med en kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer med åtta informanter. Kvalitativ innehållsanalys tillämpades.

Huvudresultat: Intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av psykiskt påfrestande situationer var subjektiva. Det kunde vara svåra situationer med patienter, men också personalrelaterade situationer. Majoriteten använder sig av problemfokuserad coping, de söker aktivt stöd från personer de har förtroende för. Det rådde delade meningar om stödet från kollegorna, cheferna och arbetsplatsen. De gav förslag på hur stödet kunde förbättras. Förslagen handlade om att både chefer och kollegor skulle bli mer uppmärksamma och lyhörda för varandras behov.

Slutsats: Situationer som upplevdes som psykiskt påfrestande varierade för varje enskild individ. De flesta använder sig av problemfokuserad coping. Stödet som finns på arbetsplatsen och stödet från cheferna upplevs både som bra och mindre bra. Detta stöd kan förbättras genom att vara lyhörda mot kollegornas behov. Det kollegiala stödet upplevs bra, men att stödet kan förbättras ytterligare i form av en mer medmänsklighet för sina kollegor.

Nyckelord: coping, intensivvårdssjuksköterskor, psykiskt påfrestande situationer, socialt stöd.

Abstract:

Background: Intensive care nurses are exposed daily to psychologically demanding situations that can be difficult to process without adequate support from the workplace. Previous research indicates that intensive care nurses lack support in these mentally challenging situations. However, there is also a lack in current research on how support can be improved.

Purpose: The purpose was to describe the intensive care nurse's experiences of distressing situations, how they handle these situations, how they experience the support and suggestions for improvements in the workplace.

Method: This study has used a descriptive design along with a qualitative approach. Semi-structured interviews were held with 8 intensive care nurses and a content analysis was made.

Result: The intensive care nurses experiences of mentally demanding situations were subjective. There could be difficult situations with patients, but also difficulties regarding personnel-related circumstances. The majority of intensive care nurses used problem-focused coping, were they actively sought out support from people they trusted. There were shared opinions regarding the support from colleagues, management and the workplace. Additionally, the intensive care nurses gave suggestions on how this support could be improved. The suggestions included that both the colleagues and the management could be more attentive and responsive to each others needs.

Conclusion: Situations that are experienced as mentally demanding showed to vary from each individual. The support at the workplace and the support from management are experienced both as well and less well. The support can be improved by being responsive towards colleagues needs. The collegiate support was experienced as well. However, the support can be improved further by showing more compassion for one and another.

Keywords: coping, distressed situations, intensive care nurses, social support.

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Psykiskt påfrestande situationer	4
Hälsa och ohälsa	5
Hälsoläget hos dagens intensivvårdssjuksköterskor	5
Stress och coping	6
Hantering och stöd	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Beskrivning om avdelningen	8
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	9
Datainsamlingsmetod	10
Tillvägagångssätt	10
Dataanalys	11
Forskningsetiskt övervägande	13
Resultat	14
Påfrestande situationer	14
Att arbeta utanför sin säkerhetszon	15
Att möta etiska problem	16
Svårigheter att samarbeta i ett arbetslag	16
Organisatoriska hinder	17
Hantering av påfrestande situationer	17
Att bearbeta känslor	18
Att söka stöd hos kollegor	18
Att använda sin erfarenhet för att hantera situationen	19
Att samarbeta med andra samt att prioritera	19
Stöd och förslag på förbättring av stödet på arbetsplatsen	20
Det kollegiala stödet	20
Att ha delade meningar om stödet från arbetsplatsen	20
Att ha delade meningar om chefsstödet	23
Diskussion	24
Huvudresultat	24
Resultatdiskussion	24
Psykiskt påfrestande situationer	24
Hantering av påfrestande situationer	25
Stöd och förslag på förbättring av stöd på arbetsplatsen	26
Metoddiskussion	28
Kliniska implikationer för omvårdnad	30
Förslag på fortsatt forskning	31
Slutsats	31
Referenser	32

Introduktion

På en intensivvårdsavdelning vårdas svårt sjuka patienter med svikt i ett eller flera organ. Patientens tillstånd avgör hur många intensivvårdssjuksköterskor det behöver vara på salen för att vårda den svårt sjuka patienten. Intensivvårdssjuksköterskans arbete är komplext, mångsidigt och har ofta ett högt tempo. Det krävs av intensivvårdssjuksköterskan att ha en hög grad av vakenhet, precision och en förmåga till att prioritera (Gulbrandsen & Stubberud, 2009).

Psykiskt påfrestande situationer

Intensivvårdssjuksköterskor utsätts upprepade gånger för psykiskt påfrestande situationer som involverar exempelvis svårt sjuka patienter, patienter i livets slutskede och återupplivning. De är också involverade i omhändertagandet efter en patients död och upprätthållande av liv inför organdonation (Mealer, Shelton, Berg, Rothbaum & Moss, 2007). Definitionen för en psykiskt påfrestande situation kan beskrivas som en plötslig händelse där det uppstår en känslomässig reaktion. Denna känslomässiga reaktion betraktas som psykiskt påfrestande om den inte kan bearbetas med de copingstrategier som vanligtvis är effektiv för individen. Detta kan drabba den individuella människan, eller en grupp av människor, och framkalla psykisk ohälsa hos vanligtvis friska människor (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003).

Psykiskt påfrestande situationer kan delas in i fyra kategorier:

Emotionell inblandning – när en relation har blivit uppbyggd mellan intensivvårdssjuksköterskan och patienten. Det kan också innebära att intensivvårdssjuksköterskan kan identifiera sig i omvårdnadssituationen.

Förebyggande/undvikbara händelser enligt intensivvårdssjuksköterskans åsikt – det kan innebära när en patients tillstånd blivit missbedömt eller att det har blivit ett medicinskt misstag.

”Sub-standard care” – kan uppstå när kommunikationen varit otydlig mellan personalen eller vid ett agerande som uppfattas som ett oprofessionellt förhållningsätt.

Aggressiva anhöriga – när anhöriga till patienten agerar aggressivt mot personalen (de Boer, van Rikxoort, Bakker & Smit, 2014).

Hälsa och ohälsa

Huvudområdet i detta examensarbete är omvårdnad och författaren har valt att fokusera på hälsa. Hälsa är ett centralt begrepp inom omvårdnad som kan tolkas olika. I dokumentet Constitution of the World Health Organization (WHO, 2006) beskrivs de att "hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder". Willman (2009) beskriver hälsa som ett tillstånd, en process, ett resultat eller ett mått på välbefinnande, men kan också beskrivas som lycka, välbefinnande och livskvalité.

Psykisk ohälsa kan uttrycka sig olika, bland annat känslor av stress, oro, ångest och depression. Det kan beskrivas som upplevelser av att inte ha kontroll på livet, känslor av meningslöshet och försämrade livskvalité (Skärsäter, 2009). Efter psykiskt påfrestande situationer kan känslor som skuld, oro, ilska, frustration och en känsla av att vara otillräcklig uppstå (Chan, Khong & Wang, 2016). Jonsson och Segesten (2004) beskriver att efter en psykiskt påfrestande situation kan posttraumatiska stressreaktioner uppstå i form av känslor som skuld, ilska, rädsla och skam. Om dessa känslor kvarstår en längre tid kan det leda till en utveckling av posttraumatiskt stress syndrom (PTSD)(Gersons & Olf, 2005; McMeekin, Hickman, Douglas & Kelley, 2017).

Hälsoläget hos dagens intensivvårdssjuksköterskor

Sjuksköterskor står för den största andelen av hälso-och sjukvårdspersonal inom akutvård och efterfrågan i USA beräknas att stadigt öka vilket kommer resultera i en övergripande nationell brist på sjuksköterskor (Buerhaus, Auerbach & Staiger, 2009). En studie gjord i fem olika länder påvisar att sjuksköterskebristen inte bara är ett problem i USA utan även ett internationellt problem. Sjuksköterskebrist får sjuksköterskorna att känna sig otillräckliga och patientsäkerheten upplevs hotad. Anledningen till sjuksköterskebristen beror på flera faktorer, bland annat underbemanning, den höga risken att bli utbränd och den känslomässiga utmattningen (Aiken et al., 2001).

Intensivvårdssjuksköterskan löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa i form av PTSD, depression och ångest i jämförelse med allmänutbildade sjuksköterskor (Mealer et al., 2007). Att en del intensivvårdssjuksköterskor uppvisar tecken på en risk för utveckling av psykisk ohälsa är idag ett faktum och styrks av flera studier som

genomförts tidigare (de Boer et al., 2014; Goetz, Beutel, Mueller, Trierweiler-Hauk & Mahler, 2012; Mealer et al., 2013). Denna grupp kunde ha svårigheter med sömn samt problem med att hitta copingstrategier för att finna en hälsosam balans mellan det fysiska, psykiska och känslomässiga. De upplevde att de hade ett sämre socialt stöd, minskad optimism och ångest (Mealer, Jones & Moss, 2012).

Att inte alla drabbas av psykisk ohälsa kan förklaras med att det finns intensivvårdssjuksköterskor som är motståndskraftiga mot psykisk ohälsa (Mealer et al., 2013). De har bättre förutsättningar för att hantera psykisk ohälsa och har ett annat tankesätt kring påfrestande situationer vilket gör dem mer bekväm i sin roll som intensivvårdssjuksköterska (Mealer et al., 2012).

Stress och coping

Den teoretiska referensramen för detta examensarbetet är Richard Lazarus och Susanne Folkmans psykologiska teori om stress och coping. Definitionen på psykologisk stress är ”*ett förhållande mellan personen och omgivningen som enligt personens uppfattning tär på eller överskrider hans resurser och äventyrar hans välbefinnande*” (Lazarus & Folkman, 1984, s. 19).

Termen coping handlar om de tankar och beteende människor använder för att hantera de inre och/eller de yttre kraven vid en situation som upplevs stressande (Folkman, 2010). Lazarus och Folkmans (1984) definition av coping lyder ”*..kontinuerligt växlande kognitiva och beteendemässiga strävanden att hantera specifika inre och/eller yttre krav, som enligt personens uppfattning tär på eller överstiger hans resurser*”. (s. 141)

I Lazarus och Folkmans (1984) teori skiljer de på tre olika sätt att hantera situationer som upplevs stressande; problemfokuserad coping, emotionsfokuserad coping och meningsfull coping: *Problemfokuserad coping* syftar på att hitta strategier för att samla information, ställningstagande och lösa konflikter för att reda ut problem som skapar känslor av stress. Det kan handla om att söka information från olika källor innan ett handlingsalternativ bestäms. Det kan också vara att konfrontera en person som det är något ouppklarat med.

Emotionsfokuserad coping syftar till strategier för att förändra upplevelsen av situationen istället för att förändra själva situationen. I dessa situationer är målet att minska obehaget genom att dämpa de känslor som ger upphov till stress eller genom att förändra situationens betydelse (Lazarus & Folkman, 1984). *Meningsfull coping* har tillkommit på senare dagar i denna teori. Dessa strategier handlar om att hitta de positiva känslorna som uppstår bredvid de negativa känslorna i en situation som involverar kraftig stress. De positiva känslorna är viktiga för att samla kraft till att hantera situationen vilket underlättar för att omvandla en hotfull situation till utmanande (Folkman, 2010).

Hantering och stöd

Ett sätt att bearbeta psykiskt påfrestande situationer är debriefing. Debriefing är en diskussion mellan de som var inblandade i en händelse där fokuset ligger på att diskutera arbetsteamets handhavande av situationen. Detta tillåter varje individ att komma till insikt om vad som hände, varför det hände och eventuellt hitta svagheter i handlingsplanen som kan förbättras till nästa liknande situation (Salas et al., 2008). Vid en debriefing får individen möjlighet till att prata om sina känslor och kan bearbeta situationen på plats innan skiftet är slut. Det ger också en möjlighet att utvecklas som individ i sin yrkesroll samt en utveckling av teamet som arbetar tillsammans (Sjöberg, Schönning & Salzman-Erikson, 2015).

Debriefing kan även användas som ett stöd fastän det inte har uppstått en påfrestande situation. Personalen samlas vid slutet av arbetspasset och har en mindre debriefing där de diskuterar hur dagen har varit (Sandhu, Colon, Barlow & Ferris, 2016).

Intensivvårdssjuksköterskan hanterar de flesta situationerna med att ventilera om situationen (Burgees, Irvine & Wallywahmed, 2010). Detta upplevs vara det effektivaste sättet att hantera de känslor som uppstår (de Boer et al., 2014; Pardoe, 2011). Trots att det finns kollegor, vänner och familj att vända sig till så upplevs det ändå inte att vara ett tillräckligt stöd (Mealer et al., 2012; Sirriyeh, Lawton, Gardner & Armitage, 2016) och en del intensivvårdssjuksköterskor lider av psykisk ohälsa relaterat till oförmåga att bearbeta upplevda känslor i arbetet (de Boer et al., 2014; Goetz et al., 2012; Mealer et al., 2012).

Problemformulering

Intensivvårdssjuksköterskor har en arbetsmiljö där patienterna är svårt sjuka och det krävs mycket av intensivvårdssjuksköterskan. Att alltid ha en hög grad av vakenhet, noggrannhet och närstående runt omkring sig samt vårda den livshotande patienten kan komma att påverka deras psykiska hälsa. Det finns forskning på att intensivvårdssjuksköterskor har en ökad risk för psykisk ohälsa och utbrändhet i arbetet. Trots att det finns de som är mer motståndskraftiga så är det viktigt att hjälpa de som löper större risk för att inte kunna hantera de psykiskt påfrestande situationerna. Det finns även forskning på hur intensivvårdssjuksköterskor upplever psykiskt påfrestande situationer, dessvärre mindre forskning om hur de upplever stödet och hur stödet kan förbättras på arbetsplatsen. Författaren till detta examensarbete anser att alla intensivvårdssjuksköterskor ska ha optimala förutsättningar för att kunna bearbeta sina känslor för att kunna arbeta på ett så patientsäkert sätt som möjligt, minska risken för ohälsa vilket i sin tur troligen leder till mindre sjukskrivningar inom detta yrke.

Syfte

Syftet med examensarbetet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av psykiskt påfrestande situationer, hur de hanterar dessa situationer och hur de upplever stödet samt de förslag på förbättringar på arbetsplatsen som de har.

Metod

Design

Examensarbetet genomfördes med en beskrivande design och kvalitativ ansats. Vid en kvalitativ ansats ligger fokus på att förstå och beskriva människans upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2012). Styrkan med en kvalitativ ansats är förmågan att beskriva människors upplevelser av en forskningsfråga. Den ger information om den mänskliga sidan om beteende, känslor och åsikter hos individer (Mack, Woodsong, Macqueen, Guest & Namey, 2005).

Beskrivning om avdelningen

Data hämtades från en intensivvårdsavdelning på ett medelstort sjukhus i Mellansverige. På intensivvårdsavdelningen fanns det 10 respiratorer, men hade plats för att vårda åtta patienter. Det fanns fyra salar med plats för två patienter i varje sal, det fanns också en enkelsal som användes vid behov för isolering. Vid tidpunkten för

datainsamling tog avdelningen emot max sex patienter på grund av personalbrist. Avdelningen tar emot patienter i alla åldrar som uppfyller kriterierna för att vårdas på en intensivvårdsavdelning. Patienterna kan både ha medicinska och kirurgiska åkommor och på helgerna har de även postoperativa patienter då uppvakningsavdelningen är stängd.

På denna intensivvårdsavdelning arbetade 34 intensivvårdssjuksköterskor och 35 undersköterskor tillsammans med intensivvårds-/anestesi-läkare. De hade två avdelningschefer som fanns där under dagtid. Under dagtid fanns det också en intensivvårdssjuksköterska som fungerade som koordinator, denne såg över patientläget och planerade med personal inför de kommande skiften. Koordinatoren var även behjälpliga med att avlösa för lunch och hjälpte till med att fylla på saker som saknades på salarna. Avdelningen var bemannad dygnet runt och grundbemanningen var fyra intensivvårdssjuksköterskor och fyra undersköterskor. På varje sal arbetade det en intensivvårdssjuksköterska tillsammans med en undersköterska. Deras skift är uppdelade i dagtid, kvällstid och natt. Skiftena överlappade varandra så att det fanns tid för överrapportering till den personalen som tog över nästa skift.

På avdelningen fanns det en rutin för krishantering/stöd till personalen som fanns på sjukhusets intranät. Denna rutin innefattade det psykiska och sociala omhändertagandet i samband med olyckor, akuta krissituationer och liknande allvarliga händelser som kan utlösas vid en krisreaktion. Den beskrev också att en kris kan vara arbetsrelaterad, men den innefattade också händelser i privatlivet. Stöd som erbjöds på arbetsplatsen var reflekterande samtal, debriefing och handledning/stöd från kurator eller företagshälsan. Verksamhetschefen, koordinatoren och ansvarig sjuksköterska på jourtid var ansvariga för att informera den berörda personalen om tidpunkt för eventuell debriefing. De var också ansvariga för att möjliggöra för medarbetaren att bli fränkopplad från arbetet och då kalla in ny personal.

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Författaren valde att tillämpa ett bekvämlighetsurval där deltagarna själva fick anmäla sig till examensarbetet. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor med specialistutbildning inom intensivvård, både män och kvinnor samt att de hade varit verksamma i minst ett år inom intensivvård och upplevt psykiskt

påfrestande situationer. Exklusionskriterierna var sjuksköterskor med specialistutbildning inom intensivvård som inte var aktiv inom vården på avdelningen. Undersökningsgruppen bestod av åtta sjuksköterskor med specialistutbildning inom intensivvård som anmälde sig frivilligt till examensarbetet. Samtliga deltagare var kvinnor och åldern varierade mellan 39 år till 61 år, medianåldern var 46,5 år. Yrkeserfarenheten varierade mellan 3 år till 30 år. Det var en informant som inte hade tagit del av rutinen för krishantering som fanns för avdelningen. Resterande sju informanter hade läst rutinen någon gång under sin yrkesverksamma tid. Ingen deltagare har avbrutit sin medverkan.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen genomfördes med individuella intervjuer. En semistrukturerad intervjuguide som författaren utformade med frågor utifrån examensarbetets syfte användes. Författaren ställde samma frågor utifrån intervjuguiden (bilaga 1) till samtliga informanter för att stärka tillförlitligheten till studien (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjun inleddes med fyra grundläggande frågor utifrån variablerna ålder, kön, yrkesverksamma år samt om informanterna hade tagit del av rutinen för krishantering. Intervjuguiden bestod av fem frågor med fem följdfrågor. Frågorna som ställdes innefattade vad en psykisk påfrestande situation upplevdes vara, frågor om hur situationerna hanterades och om det befintliga stödet samt förslag på förbättring av stöd på arbetsplatsen. Författaren använde sig av följdfrågor som ”kan du utveckla det där?” och ”vad gjorde du då?” vid behov för att utveckla svaren från informanten. Att använda sig av en semistrukturerad intervjuguide innebar att huvudfrågorna var förbestämda och författaren hade möjlighet till att ställa följdfrågor beroende på hur informanten svarade (Kallio, Pietilä, Johnson & Kangasniemi, 2016).

Tillvägagångssätt

Efter ett rådgivande yttrande från Forskningsetiska Rådet i Gävle (bilaga 2) skickades en skriftlig förfrågan via mail om att få genomföra examensarbetet till verksamhetschefen (bilaga 3) för avdelningen. I den skriftliga förfrågan ingick en beskrivning av syftet samt hur det planerades att genomföras. Det ingick även i förfrågan om att få genomföra intervjuerna på arbetstid, exempelvis vid skiftbyte, dock med en försäkran om att inte bli störda under intervjun. Efter godkännandet från verksamhetschefen lämnades muntlig och skriftlig information (bilaga 4) om examensarbetet till avdelningens koordinator. Avdelningens koordinator informerade

om examensarbetet vid skiftstart och arbetsplatsträffar. När författaren själv var på plats vid skiftstart gavs påminnelser om examensarbetet till personalen. Ett informationsblad om examensarbetets syfte och kontaktuppgifter sattes upp på en anslagstavla i personalrummet så att alla kunde ta del av informationen. Det lämnades en förseglad låda i avdelningens personalrum där intresserade kunde lämna kontaktuppgifter. Lådan kontrollerades regelbundet och författaren tog sedan kontakt med de intresserade allt eftersom för att bestämma ett lämpligt tillfälle för att genomföra intervjuerna.

Intervjuerna samlades in under våren 2017. Samtliga intervjuer genomfördes i ett avskilt rum i anslutning till avdelningen, förutom en intervju där informanten valde ett annat avskilt rum som inte var i anslutning till arbetsplatsen. Intervjuerna spelades in med två mobiltelefoner för att säkerställa ljudupptaget, när intervjun var transkriberad raderades intervjun från den ena mobiltelefonen och sparades på den andra mobiltelefonen. Längden på intervjuerna varade mellan 13 minuter till 33 minuter och den genomsnittliga tiden för intervjuerna var 21 minuter. Det genomfördes först en testintervju för att se om intervjun svarade på syftet, denna transkriberades och skickades via mail till författarens handledare. Intervjun ansågs svara på syftet, dock lades det till en fråga i intervjuguiden. Frågan som lades till var en öppen fråga på slutet av intervjuguiden som innefattade om de hade någonting mer att tillägga. Då intervjuguiden ansågs svara på syftet så inkluderades testintervjun i studien. När intervjuerna var genomförda så transkriberades de ordagrant.

Dataanalys

Data som samlades in lyssnades och lästes igenom ett flertal gånger för att få en helhet över det som berättades i intervjun. Författaren använde sig av en kvalitativ innehållsanalys med inspiration från den Graneheim och Lundman (2004) beskriver. Denna metod ansågs vara lämplig inom omvårdnadsforskning för att tolka det underliggande och dolda i en text som granskades, genom att använda sig av en lämplig metod för examensarbetets syfte stärks trovärdigheten. De delar i transkriberingen som svarade på syftet kallades för meningsbärande enheter. Dessa plockades ut och infogades i en tabell för att kondenseras, vilket innebar att överflödiga ord togs bort men kärninnehållet bestod. Det kondenserade materialet fick därefter en kod utifrån kärninnehållet. Då det fanns tre delar i syftet sorterades koderna in i innehållsområden, varje kod inom ett innehållsområde fick en egen färg. De tre olika innehållsområdena var ”påfrestande situationer”, ”Hantering av påfrestande situationer” och ”Stöd och

förslag på förbättringar av stöd på arbetsplatsen”. Graneheim och Lundman (2004) menade att koder med samma innebörd kan sorteras in i innehållsområden. De koderna med samma färg från alla intervjuer infogades i en ny tabell för att samla alla koder inom ett innehållsområde på samma ställe. Därifrån bildades det kategorier utifrån likheter och skillnader. En del kategorierna bestod av många koder och kategorierna delades då upp i sub-kategorier utifrån likheter och skillnader, för översikt över analysprocessen se tabell 1. Koderna och kategorierna diskuterades i flera grupphandlingar med studiekamrater och handledare om hur koderna och kategorierna skulle sorteras för att få ett ökat djup i förståelsen. Att diskutera innehållet i granskningen stärker trovärdigheten till examensarbetet enligt Graneheim och Lundman (2004).

Tabell 1. Analysprocessen.

Innehålls- område	Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Påfrestande situationer	ehm... meh tillexempel om om man har en patient som har väldigt starkt uttryckt en vilja som man inte riktigt känner att man kan gå emot. <i>I-1</i>	Till exempel om patienten har uttryckt en stark vilja som man inte riktigt känner att man kan gå emot.	Känner att man inte kan gå emot patientens vilja.		Att möta etiska problem
Hantering av påfrestande situationer	hm, eh men jag tycker att erfarenhet gör att man blir mer och mer eh bekvämare i sina kläder och mer och mer eh... det blir lättare att hantera såna där situationer som för att eh, man behärskar eh specialistvården lite mer och har mera erfarenhet och eh kan använda sitt eget arkiv och sen göra åtgärder som gör nytta. <i>I-5</i>	Jag tycker att erfarenhet gör att man blir mer och mer bekvämare i sina kläder och det blir lättare att hantera såna där situationer för att man behärskar specialistvården lite mer och har mer erfarenhet och kan använda sitt egna arkiv och göra åtgärder som gör nytta.	Med erfarenhet blir man bekvämare i kläderna och har lättare att hantera såna där situationer för att man behärskar specialistvården med. Man kan använda sitt egna arkiv och göra åtgärder som gör nytta.		Att använda sin erfarenhet för att hantera situationen

Stöd och förslag på förbättring av stöd på arbetsplatsen	mja, där man har haft dom här mötena så har jag i den mån jag kunnat vara med. Eh, sen är det ju inte alltid dom här etiska mötena är det ju inte alltid man kan gå, det kan ju vara så att man har sin arbetstid då. Men jag försök, har försökt gått på ganska många. <i>I-6</i>	Ja, när mötena har vart har jag i den mån jag kunnat vara med. Sen är det inte alltid man kan gå på de etiska mötena, det kan vara så att man har sin arbetstid då. Men jag har försökt att gå på ganska många.	De etiska mötena är inte tillgängligt för alla varje gång.	Olika stöd från arbetsplatsen	Delade meningar om stödet från arbetsplatsen
--	---	---	--	-------------------------------	--

Forskningsetiskt övervägande

Ett rådgivande yttrande hos Forskningsetiska Rådet på Högskolan i Gävle ansöktes för att examensarbetet involverade frågor som kunde påverka informanterna känslomässigt. Då verksamhetschefen var ansvarig för sina medarbetare behövdes ett godkännande för att få genomföra examensarbetet. Information gavs till avdelningen där personalen själv fick anmäla intresse för medverkan i examensarbetet.

Med hänsyn till informanternas självbestämmande fick informanterna läsa examensarbetets syfte, de fick information om hur det skulle gå tillväga samt ge sitt skriftliga samtycke (bilaga 5) innan intervjuerna genomfördes. Med hänsyn till autonomiprincipen blev informanterna informerade om att deltagandet var frivillig och att denne kunde välja att avsluta sin medverkan utan vidare förklaring när den så önskade. Informanten fick information om att intervjuerna spelades in och att materialet hanterades säkert så att inga obehöriga kunde ta del av informationen och att materialet avidentifierades med hänsyn till principen att inte skada och respekt för informanterna. Materialet spelades in på en mobiltelefon med lösenkod som endast författaren hade tillgång till, materialet kommer att raderas så fort examensarbetet är genomfört och godkänt. Mobiltelefonen och de transkriberade intervjuerna förvarades inlåst i författarens hem och materialet kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt. Författaren såg ingen risk för informanterna att delta, dock blev de informerad om att de kunde bli påverkade känslomässigt och att de borde ha det i åtanke innan de valde att delta. För att minska risken enligt principen att inte skada var författaren kvar på plats

en tid efter intervjuerna för att försäkra sig om att informanterna gick därifrån välmående (Vetenskapsrådet, 2004).

Författaren anser att examensarbetet är av större nytta än risker, då resultatet kan komma att leda till en medvetenhet om vad intensivvårdssjuksköterskorna upplever vara psykiskt påfrestande och vilket stöd som kan behöva förbättras. Avdelningens chefer och arbetstagarna kan få insikt i hur en del av intensivvårdssjuksköterskorna upplever stödet på avdelningen idag. De kan komma att bli ett förbättringsarbete inom denna del som stärker personalens hälsa och vilja till att arbeta.

Resultat

Resultatet är uppdelat i innehållsområden. Det första innehållsområdet har rubriken ”Påfrestande situationer” (figur 1), den andra rubriken är ”Hantering av påfrestande situationer” (figur 2) och den tredje rubriken är ”Stöd och förslag på förbättring av stödet på arbetsplatsen” (figur 3). För en översikt av kategorier och subkategorier för varje innehållsområde, var god se de olika figurerna som nämns ovan. Resultatet presenteras i löpande text. För att styrka texten finns det citat inom varje kategori. Efter citatet finns det ett I som står för informant och en siffra som står för vilken informant citatet kommer från.

Påfrestande situationer

Rubriken ”Påfrestande situationer” innefattar de kategorier som beskriver intensivvårdssjuksköterskans upplevelser av påfrestande situationer inom arbetet.



Figur 1. Kategorier och subkategorier för innehållsområdet ”Påfrestande situationer”.

Svårigheter att hantera känslor

Situationer som kommer för nära inpå och känslor av maktlöshet beskrivs i denna kategori.

När situationen kommer för nära inpå en själv

Situationer kunde upplevas mer känslomässigt påfrestande när patienten kunde relateras till en själv. Det kunde vara att en patient var lika gammal som en själv eller nära ålder till familjemedlemmar. Intensivvårdssjuksköterskor beskrev att situationer som inte alltid de andra i arbetslaget eller kollegor upplevde vara psykiskt påfrestande, kunde vara de som var jobbigaste.

".. eller att det är en patient som som liksom kommer för nära en själv vad gäller till exempel ålder eller eh föräldrars ålder eller barn i samma ålder eller nått sånt där som kommer lite nära inpå en själv."

(I-4)

Känslor av maktlöshet

Känslor av maktlöshet kunde uppstå i olika situationer, både gentemot patienten och patientens anhöriga. Det kunde handla om unga människor, när det inte gick att rädda patientens liv eller när det inte blev någon uppföljning om hur det gick för patienten senare. Många upplevde att det var psykiskt påfrestande att vårda unga människor och barn, de kände sig otillräckliga och det kändes orättvist att unga människor blev allvarligt sjuka tidigt i livet.

".. när det är svåra fall med patienter där man kan kanske känna den där maktlösheten när man inte kan rädda liv." (I-6)

Att arbeta utanför sin säkerhetszon

Det uppstod situationer då intensivvårdssjuksköterskan behövde transportera en patient utanför avdelningen. Det upplevdes vara en stor process att transportera en instabil patient med all teknisk utrustning som behövde följa med. De beskrev att det krävdes en väl genomtänkt plan, men om planen sprack fanns det en risk att hela situationen blev påverkad. Det kunde uppstå oväntade situationer under transporten som gjorde att detta blev ett orosmoment och en upplevelse av psykisk påfrestande.

" Det ska vara välplanerat, det ska fungera. Bara om det blir stopp i hissen räcker för att hela planen ska spricka, även om det är få sekunder eller om det är minuter eller nått sådär så kan det påverka hela situationen." (I-5)

Att möta etiska problem

Etiska problem kunde vara när patienter blev inlagda på intensivvårdsavdelningen trots att det inte fanns goda utsikter för att kunna rädda dennes liv då patienten var döende av ålder. Dessa fall upplevdes vara oetiska både gentemot patienten själv och andra patienter med ett större behov av vårdplatsen.

Andra etiska problem upplevdes vara när anhörig och patient var osams och patienten kunde inte själv uttrycka sin vilja på grund av att denne var nedsövd. Det kunde också vara att patienten hade uttryckt en vilja som sjukvården inte kunde gå emot trots att denna åtgärd troligen skulle rädda livet på patienten.

” ... kanske patient och anhöriga inte är överens, det kan vara svårt, speciellt om patienten inte är vaken, kan prata för sig. Ehm, man vill ju gärna ha informationen från patienten, det är inte alltid vi kan få det.. för att dom är nedsövd helt enkelt. ” (I-1)

Svårigheter att samarbeta i ett arbetslag

Samverkan och den egna förmågan kan upplevas psykiskt påfrestande.

Att samverka kan vara besvärligt

Psykiskt påfrestande situationer kunde vara personalrelaterade. Det fanns ett behov av ett bra samarbete i vårdlaget, men att samarbeta och dra åt samma håll i ett arbetslag är inte alltid så lätt. De beskrev att det kunde bli osämja i arbetslaget och detta upplevdes vara psykiskt påfrestande, både för de inblandade i arbetslaget och för de kollegor som uppmärksammade samarbetssvårigheter i ett annat arbetslag.

” ... sen är det ju en annan bit med personal som alltså, eeh som kanske inte bara är mitt samarbete med nån annan personal men att det försiggår samarbetssvårigheter med personal på andra salar till exempel. ” (I-1)

Den egna förmågan

Det upplevdes vara psykiskt påfrestande att vara nyutexaminerad intensivvårdssjuksköterska, att inte veta hur höga förväntningar verksamheten eller kollegorna hade på en. De beskrev att det var ett stort ansvar att arbeta som intensivvårdssjuksköterska och det krävdes av alla att de hade den kompetens som förväntades av var och en för att det skulle bli ett bra flyt i samarbetet för patientens omvårdnad.

” om man är ny IVA-sköterska då tror jag att, för mig var det så, var egentligen varje pass en psykisk påfrestning för att det var så tufft. Jag var ny, ehm allt det här vad förväntas av mig.” (I-6)

Organisatoriska hinder

Hög arbetsbelastning och att vara beroende av andra kan vara påfrestande.

För hög arbetsbelastning

Majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att för hög arbetsbelastning förknippades med personalbrist. När detta uppstod upplevde de att de inte hann ge patienten den omvårdnaden som de önskade att ge. De kunde få slitas mellan två patienter som var kritiskt sjuka för att det inte fanns tillräckligt med personal som kunde hjälpa till. Att inte heller hinna reflektera över sitt arbete gjorde att det fanns en risk för felbehandling då de ibland var nära att passera gränsen för att tappa kontrollen över situationen.

” .. eftersom vi har ju två patienter ibland då, och så har du en som är jätte jättesjuk.. // Så du hinner inte den hära reflektionstiden, den blir väldigt kort. Du hinner inte fundera, du hinner liksom bara jobba på... ”(I-8)

Att vara beroende av andra

Det upplevdes ibland att arbetet blev fördröjt för att de var beroende av andra personer. Detta kunde vara när det blev en väntan på beslut som skulle tas av läkaren vid olika situationer. En annan orsak till att arbete stannade upp kunde vara när en patient skulle vidare till en annan avdelning. Det krävdes av intensivvårdssjuksköterskan att planera tillsammans med den avdelning som patienten skulle till.

”det kan uppstå många situationer som är påfrestande och är stressande ... när du måste arrangera med avdelningarna, när du måste vänta på undersökningar...” (I-5)

Hantering av påfrestande situationer

Rubriken ”Hantering av påfrestande situationer” innehåller de kategorier som beskrev hur intensivvårdssjuksköterskorna hanterade olika situationer som upplevdes psykiskt påfrestande.

Hantering av påfrestande situationer

Att bearbeta känslor

Att söka stöd hos kollegor

Att använda sin erfarenhet för att hantera situationen

Att samarbeta med andra samt att prioritera

Figur 2. Kategorier för innehållsområdet ”Hantering av påfrestande situationer”.

Att bearbeta känslor

Det var viktigt att de ventilerade känslor för att kunna hantera det som varit psykiskt påfrestande. Ett bra sätt för att hantera sina känslor var att reflektera och ventilera med sina arbetskamrater eller chefen innan passet var slut för att minska risken för att ta med sig känslorna hem.

” näe, det ända jag tycker är hemskt viktigt är att man verkligen pratar om det, så att man inte är med om nånting och så går hem och tror att det ska rinna av en liksom. ” (I-2)

De beskrev att det behövde inte alltid vara en kollega som de ventilerade med, det kunde vara familj eller andra personer de hade förtroende för. Ibland räckte det med att det var nån som bara lyssnade.

Att söka stöd hos kollegor

De kunde söka bekräftelse hos arbetskollegor som tidigare varit ansvariga för samma patient för att veta att man gör rätt. De beskrev också att det kunde finnas ett behov av en bekräftelse i att de var fler som kände lika. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att de kunde hantera dessa situationer med varandra och sökte bekräftelse hos arbetskamraterna då de vet vilka situationer som kan uppstå.

” Men jag tycker att om jag får ventilera, så och bara ha nån som lyssnar eller ha nån annan som säger ah men gud precis så där kände jag också, så där var det för mig. Att bara få liksom nån.. bekräftelse på att man inte är ensam om sina känslor och tankar.. ” (I-6)

Det kunde uppstå oklarheter i efterhand vid vissa situationer, för att hantera dessa oklarheter vände de sig till arbetskamrater som varit inblandade i situationen. De beskrev att de kunde även ventilera med läkarna om de kände sig osäkra med behandling eller ordinationer på läkemedel.

Att använda sin erfarenhet för att hantera situationen

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att psykiskt påfrestande upplevelser var en subjektiv upplevelse och hanterades därmed på individuella sätt. Det upplevdes vara svårare att hantera dessa situationer när de var ny på arbetet, speciellt när de inte hade erfarenhet av psykiskt påfrestande upplevelser. De beskrev att den nya intensivvårdssjuksköterskan inte alltid vet vad det erbjuds för stöd från arbetsplatsen och söker stöd på andra håll för att hantera det som upplevdes som psykiskt påfrestande.

Att det fanns ett behov av hantering för en situation som upplevdes som psykiskt påfrestande kom oftast när situationen var avklarad. De upplevde att det blev lättare att hantera dessa situationer efter några år inom yrket när de blev mer bekväma i sin roll och kände att de behärskade intensivvården. Intensivvårdssjuksköterskan med erfarenhet har hunnit tränat upp en copingstrategi som används när en psykiskt påfrestande situation uppstår.

” Men sen är det så man har ju nån sorts egen coping strategi, hur jag hanterar mina jobbiga situationer. Genom att det här har jag tränat upp med så här liksom, så här gör jag bara, kopplar på det. ” (I-8)

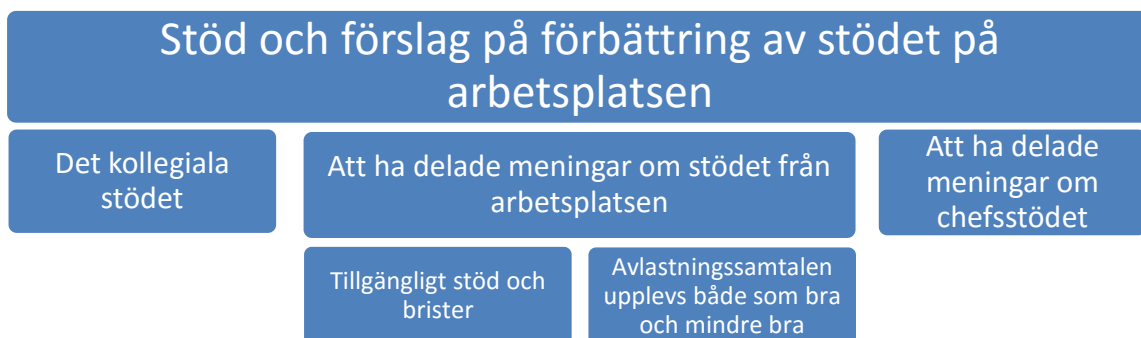
Att samarbeta med andra samt att prioritera

De upplevde att de sällan var ensamma vid svåra och tunga situationer. En situation med ett gott samarbete kunde leda till att situationen i sig inte blev så psykiskt påfrestande, situationen kunde bli lättare att hantera om de tillsammans gjorde ett bra arbete med patienten. De beskrev att när det blev svåra och tunga situationer var det viktigt att prioritera och ta det viktigaste först. Det var viktigt att ha en insikt i att allt inte kunde lösas samtidigt och ta hjälp av sina arbetskamrater inne på salen vid behov.

” Jag tycker att när det blir så där jobbiga situationer, då är man aldrig själv. För det första så är .. man är ju alltid en till, en undersköterska eller en sköterska, eh och läkare är ju alltid med i dom här svåra.. stunderna. ” (I-2)

Stöd och förslag på förbättring av stödet på arbetsplatsen

Denna rubrik innefattar de kategorier som beskrev intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av det befintliga stödet på arbetsplatsen, samt förslag på stöd som kan förbättras.



Figur 3. Kategorier och subkategorier för innehållsområdet ”Stöd och förslag på förbättring av stödet på arbetsplatsen”.

Det kollegiala stödet

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att de hade ett bra stöd från sina kollegor vid psykiskt påfrestande situationer. Detta stöd upplevdes fungera bra med alla vårdprofessioner och de kände att de får stöd genom att ventileras med sina arbetskamrater.

Trots att det kollegiala stödet upplevdes som bra, fanns det förbättringar som kunde genomföras. Som ny intensivvårdssjuksköterska upplevde de en avsaknad av stöd från de erfarna kollegorna, ett bra alternativ var då att ha en mentor som kunde användas som stöd. Men även de erfarna intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att de kunde bli bättre på att uppmärksamma varandra och vara mer lyhörda på vad som händer på varandras salar. De upplevde även att ett reflektionsmöte med sina arbetskamrater direkt efter passet kunde förbättra stödet för varandra.

” Ja det kanske skulle vara bättre att ta, ta hand om varann litegrann. ” (I-7)

Att ha delade meningar om stödet från arbetsplatsen

Här beskrivs olika stöd som erbjuds på arbetsplatsen samt förslag på förbättringar. Det är tydligt att det råder delade meningar om hur de upplever stödet, en del upplever stödet som tillräckligt och andra upplever det otillräckligt.

Tillgängligt stöd och brister

Många upplevde att det fanns stöd att få från arbetsplatsen om inte arbetskamraterna skulle räcka till. Exempel på olika stödåtgärder från arbetsplatsen som fanns vid behov var de etiska samtalen som samordnades en gång i månaden där de pratade om olika etiska situationer tillsammans med sjukhusprästen. Sjukhusprästen kunde intensivvårdssjuksköterskan själv kontakta om denne kände att den hade ett behov av att ventilera, dock så upplevde de att detta stöd ibland kunde glömmas bort. Avdelningens kuratorer var ett annat alternativ som kunde utnyttjas vid behov samt företagshälsovården som kunde erbjuda samtalsstöd. Men vid för hög arbetsbelastning kunde det erbjudna stödet ibland prioriteras bort.

”... som det har sett ut en längre tid så har vi haft personalbrist också å då är det många grejer som liksom som kommer åt sidan och det här kanske är en sån sak (etiksamtalen) som kanske inte prioriteras eh, till fullo.” (I-2)

En del upplevde att det brister i stöd från arbetsplatsen, att det inte fanns något regelbundet eller uttalat stöd. De beskrev exempelvis att de etiska samtalen inte var tillgängliga för alla då en del hade sin arbetstid vid dessa tillfällen. De upplevde också att dessa samtal inte berörde det som hände på avdelningen och borde anpassas mer därefter.

Många upplevde att de saknade en kontinuerlig samtalsgrupp. I denna samtalsgrupp kunde de ventilera olika situationer, även situationer som inte var relaterade till arbetsplatsen. De gav förslag på att denna samtalsgrupp skulle träffas ofta och regelbundet för att undvika att samtalen blir långa. De skulle också uppskatta om samtalsgruppen kom som ett färdigt förslag från arbetsgivaren, då skulle det vara lättare för arbetsgruppen att acceptera förslaget. De beskrev att denna typ av samtalsgrupp skulle kunna minimera ventilering i personalrummet.

” För då kan du ju ta chansen och både ta upp sånt som hänt på jobbet och sånt som hänt hemma. För det är ju en kombo liksom, du blir ju inte av med som händer hemma när du kommer till jobbet eller, näe utan du har det med dig. Så de det kan vara dubbelt upp för många. ” (I-8)

Det fanns ett önskemål om möjligheten att bli tagna ur tjänst, bara för en liten stund för att rensa tankarna efter vissa situationer. De menade att både arbetsgivarna och kollegorna bör bli bättre på att uppmärksamma detta och erbjuda om det skulle behövas. De berättade att det fanns samtalskurser som regionen erbjöd, som förslag skulle denna kurs kunna ingå när anställningen startade för att lära sig om samtal, men också för att skydda sig själv.

Avlastningssamtalen upplevs både som bra och mindre bra

Avlastningssamtalen (debriefing) beskrevs som ett möte som gav varje inblandad en chans till att ventiler sina känslor. En del upplevde att detta gav ett bra stöd och att det var tillräckligt vid psykiskt påfrestande situationer, men det fanns också dem som upplevde att det var ett mindre bra stöd.

Det var ett eget ansvar att samordna en debriefing vid ett upplevt behov. Trots ens egna skyldighet var upplevelsen att det skedde debriefing för sällan. Ibland uppstod det situationer som de skulle velat haft en debriefing för, men det hände ibland att de inte orkade eller hade kraft till att samordna en debriefing. Men de upplevde också att de fick ett bra gehör från sina kollegor om de uttryckte att de hade ett behov för ventilering och de hjälptes då åt för att samordna en debriefing.

” .. det är faktiskt givande att vara med på såna där samtal och sitta och ventiler för att vi har olika personligheter, man upplever saker och ting på olika sätt och då är det bättre, nånting jag inte märkte som nån annan har märkt och vice versa. De det är givande att få ta del av allas erfarenheter och eh insats man gjorde just i den situationen. ” (I-5)

Vid stora debriefingar upplevdes det ibland svårt att samla alla parter som varit iblandade, detta kunde vara en orsak till att en debriefing uteblev. De beskrev också att dessa stora debriefingar kunde upplevas som ett mindre bra stöd då det kunde vara svårt att delge sina känslor inför många personer. Däremot skedde det ibland en del mindre debriefingar om det hade hänt någonting inne på salen, dessa tillfällen upplevdes vara ett bra stöd.

” Asså vi var ju en grupp på kanske tio personer som satt i det där rummet. Det går ju inte att, att vända ut och in på sig själv ... det går inte riktigt att visa hur det där kändes. ” (I-3)

Att ha delade meningar om chefsstödet

En del intensivvårdssjuksköterskor beskrev att stödet från cheferna var bristfälligt och att det var oklart vad de erbjöd för stöd. Cheferna var osynliga och som arbetstagare blev de inte uppmärksammade för det arbete de utförde. Det brister även i lyhördhet hos cheferna, de borde vara mer uppmärksamma på de situationer som uppstår på avdelningen.

” ... cheferna kan va lite mer lyhörd för hur stämningen är på arbetsplatsen... att man eh försöker fånga upp även såna här vardagliga händelser som ... kan ändå vara jobbigt för den som som är i det men som .. kanske inte behöver påverka ett helt team ... ” (I-4)

Vid personalbrist beskrev intensivvårdssjuksköterskan att det var ett bristfälligt stöd från cheferna. De upplevde att det förväntades av intensivvårdssjuksköterskan att arbeta vidare trots att situationen påverkat dem. Exempelvis ett traumatiskt dödsfall, då förväntades de att arbeta vidare om det kom en ny patient och att det sällan fanns tid för bearbetning av situationen. De beskrev också att om de är ensamma om att uppleva en situation som psykiskt påfrestande, vilade ansvaret på arbetstagaren om de upplevde att de var i behov av stöd. De upplevde att cheferna trodde sig ge stöd, men själv upplevde intensivvårdssjuksköterskorna att stödet inte var tillräckligt.

Andra intensivvårdssjuksköterskor beskrev att chefsstödet upplevdes vara lättillgängligt samt att de hade förtroende för att cheferna gav stöd om det skulle behövas. Att det var ett ömsesidigt ansvar, både från arbetstagare och chefer.

” ... och sen tycker jag att jag har en chef nu som kommer lite då och då och hör hur det är och så där. Jag tycker båda våra chefer är angelägna och jag känner deras stöd och jag vet att deras dörr är öppen.” (I-7)

En del upplevde att det varken kändes naturligt eller bekvämt att söka stöd hos cheferna. De beskrev att det fanns en önskan om att cheferna befann sig närmare verksamheten för att kunna söka stöd vid behov. För att stödet från cheferna skulle kunna förbättras så föreslog intensivvårdssjuksköterskorna kontinuerliga samtal, exempelvis varannan månad för att det ska kännas mer naturligt att söka stöd hos chefen.

Diskussion

Resultatet presenterades utifrån de innehållsområden som syftet delades in i; ”Påfrestande situationer”, ”Hantering av påfrestande situationer” och ”Stöd och förslag på förbättring av stöd på arbetsplatsen” och kommer att diskuteras utifrån dessa innehållsområden.

Huvudresultat

Resultatet i detta examensarbete visade att upplevelsen av påfrestande situationer var individuella upplevelser hos intensivvårdssjuksköterskorna. Det kunde vara situationer med patienter där det uppstod vissa känslor eller att de kunde relatera situationen till någon i sin närhet. De egna kollegorna och verksamheten kunde också bidra till att vissa situationer blev mer påfrestande än andra.

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att få och våga ventilera sina känslor samt att få bekräftelse på olika plan från sina kollegor. De upplevde också att det blev lättare att hantera påfrestande situationer med tiden, att de kunde ta hjälp av den erfarenhet de hade sedan tidigare.

Stödet på arbetsplatsen upplevdes olika av intensivvårdssjuksköterskorna. En del ansåg att det var lättillgängligt, medan andra upplevde att det var svårare att få. När de var ensam om att uppleva en situation som påfrestande var det inget stöd som erbjöds, då var de tvungna att aktivt själv söka stöd. Intensivvårdssjuksköterskorna gav olika förslag på hur stödet från arbetsplats, cheferna och kollegorna kunde förbättras. De flesta förslagen handlade om att både chefer och kollegor skulle bli mer uppmärksamma och lyhörda för varandras behov.

Resultatdiskussion

Psykiskt påfrestande situationer

I resultatet till detta examensarbete framkom det liknande situationer som upplevdes psykiskt påfrestande jämfört med tidigare gjorda studier. Exempelvis situationer med barn upplevdes som psykiskt påfrestande (Alexander & Klein, 2001; Martins & Robazzi, 2009), situationer som kommer för nära en själv (de Boer et al., 2014; Martins & Robazzi, 2009) och för hög arbetsbelastning (van Dam, Meewis & van der Heijden, 2013). I andra studier där de har undersökt upplevelser av psykiskt påfrestande situationer har de fokuserat mer specifikt på vilka situationer som upplevdes påfrestande

(Alexander & Klein, 2001; de Boer et al., 2014). I detta resultat framkom det bland annat att det var känslorna som uppstod efter eller under situationen som var grunden till att situationen blev påfrestande, men också specifika situationer nämndes. Det framkom också ny information som inte nämnts i tidigare studier. Exempelvis transport av en instabil patient eller när det blir en fördröjning arbetet. Att de upplevde situationer där de var ensamma om att uppleva den som psykiskt påfrestande tolkade författaren som den svåraste att hantera, men också svårast att få stöd för. Detta har författaren inte funnit stöd för i tidigare forskning.

Det intensivvårdssjuksköterskan upplevde psykiskt påfrestande kan kopplas till Lazarus och Folkmans psykologiska teori om stress och coping. Situationer upplevs som påfrestande på grund av de känslor som uppstår under eller efter situationen. Lazarus och Folkman (1984) beskrev stress som ett förhållande mellan personen och omgivningen som enligt personens uppfattning tär på eller överskrider hans resurser och välbefinnande. Om en person upplever att en situation är stressande och en annan person utsätts för en liknande situation behöver den personen inte uppleva det stressande. Upplevelsen är med andra ord subjektiv. Precis som det framkom i detta resultat, att psykiskt påfrestande situationer är subjektiva. Att vissa intensivvårdssjuksköterskor upplevde att speciella situationer var svårare än andra kan bero på att förhållandet mellan personen och omgivningen tär på resurserna och välbefinnandet.

Hantering av påfrestande situationer

Intensivvårdssjuksköterskorna nämnde att en del av hanteringen var att söka bekräftelse i att de gjorde rätt och för att reda ut oklarheter kunde de vända sig till läkarna i den inblandade situationen. Det som ovan nämnts stärks i en studie av Piquette, Reeves och Leblanc (2009) där det lyftes fram hur de upplevde att de lämnades på salen efter en traumatisk situation med obesvarade frågor som påverkade känslomässigt. Anledningen till att de blev känslomässigt påverkade efter en traumatisk situation var för att de saknade den medicinska kunskapen som läkaren besitter (Piquette, et al., 2009). Det beskrevs också att ett gott samarbete inne på salen kunde minimera risken för att situationen blev påfrestande (Holmes, Milligan & Kydd, 2014; Piquette et al., 2009).

Intensivvårdssjuksköterskorna nämnde i intervjuerna att ett bra samarbete med kollegorna inne på salen kunde underlätta hanteringen av en situation som upplevdes psykiskt påfrestande. Detta styrker Martins och Robazzi (2009) i sin studie, de belyste också att ett bra samarbete ledde till en bättre vänskap och förtroende för varandra. Grover, Porter och Morphet (in press) menade också att ett bra samarbete inne på salen gynnar patienten, att dennes behov kan snabbare bli tillgodosett med ett bra kollegialt samarbete.

I detta examensarbete menade de att det krävdes en öppenhet och ärlighet över det som påverkat en själv. Att vara ärlig mot sig själv och erkänna att det är en situation som påverkat en och våga vända sig till en annan för ventilerings av de känslor som uppstår. En studie av Burgess et al. (2010) styrker att de med en högre grad av öppenhet upplevde också mindre stress när de hade hand om svåra patienter och anhöriga. Att våga vara öppen och inse att det behövs ventilerings kan kopplas till Lazarus och Folkmans (1984) problemfokuserad coping. Problemfokuserad coping handlar bland annat om att reda ut situationen och författaren upplevde detta som den vanligaste copingmetoden.

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det blev lättare med tiden att hantera svåra situationer då de kunde använda sin erfarenhet, vilket kan styrkas från andra studier (Jonsson & Segesten, 2004; Siffleet, Williams, Rapley & Slatyer, 2015). Denna typ av hantering kallas också för problemfokuserad coping. När negativa känslor uppstår används strategier för att minska de negativa känslorna (Folkman, 2010).

Stöd och förslag på förbättring av stöd på arbetsplatsen

Majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det mest fungerande stödet var det kollegiala, men samtidigt fanns det brister inom det kollegiala stödet också. I studien gjord av de Boer et al. (2014) framkom ett liknande resultat som i detta examensarbete. Exempelvis var det kollegiala stödet viktigast för att bearbeta en psykiskt påfrestande situation, men de kunde också vända sig till familj och vänner de hade förtroende för (de Boer et al., 2014).

I föreliggande examensarbete framkom det också att de ibland upplevde att de inte blev sedda och hörda av sina kollegor, detta styrks i en studie av Mrayyan (2009). I Martins och Robazzi's (2009) studie tar även intensivvårdssjuksköterskorna upp att de ibland inte får den uppmärksamhet det tycker att de förtjänar för det arbete de utför på avdelningen.

Intensivvårdssjuksköterskorna i detta examensarbete upplevde delade meningar om det stöd debriefing gav. En del upplevde det som ett bra stöd där de kunde få ta del av hur andra upplevde situationen samt så fick de chansen till att själv ventilera om hur de upplevde situationen. Salas et al. (2008) har tagit fram en checklista med 12 steg på hur en debriefing bör gå till för att vara mest effektiv. De menade att debriefing var bra för att det gav de inblandade en bra bild på hur situationen gick till och om det fanns frågor om olika beslut så kunde det diskuteras. Det ses också som ett inlärningsmoment där de kan utvärdera vad de hade kunnat göra annorlunda och hur de bör göra om en liknande situation uppstår (Salas et al., 2008). Raphael, Meldrum och McFarlane (1996) beskrev att det inte var bevisat att debriefing hade någon effekt efter psykiskt påfrestande situationer. En del hade upplevt att de kände sig mindre stressade och att debriefingen hade hjälpt dem, men många hade fortfarande en hög frekvens av kognitiva besvär efter den psykiskt påfrestande situationen.

Andra intensivvårdssjuksköterskor till föreliggande examensarbete upplevde att det var svårt att delge sina känslor under en debriefing när det varit en situation med många parter inblandade. Att det kan vara svårt att delge sina känslor inför många personer kan samspela med att det inte finns förtroende för alla som deltar under debriefing. De upplevde också att de ibland inte hade kraft och ork för att samordna en debriefing. Där skulle eventuellt chefen och koordinatören kunna göra ett förbättringsarbete med att vara mer lyhörd över vad som händer på avdelningen så att de kan stötta och vara mer delaktig i den processen.

En del intensivvårdssjuksköterskor beskrev att de skulle önska dagliga debriefingar med sina arbetskamrater efter varje avslutat pass för att minska risken att ta med känslorna hem. Sandhu et al. (2016) beskrev i sin studie att dagliga debriefingar gav dem möjligheten till att öppet berätta om arbetsrelaterade situationer som upplevdes svåra, diskutera problem, även problem som underbemanning. I denna studie ingick även

läkare i de dagliga debriefingarna och det gav en upplevelse av bättre samarbete mellan intensivvårdssjuksköterska och läkare. De beskrev också att dessa dagliga debriefingar gav dem ett bättre stöd och underlättade hanteringen av svåra situationer.

Det framkom i detta resultat att intensivvårdssjuksköterskorna ibland kunde prioritera bort det stöd som erbjuds på arbetsplatsen om det är för hög arbetsbelastning. I andra studier, samt i föreliggande examensarbete, har det framkommit att hög arbetsbelastning förknippas med psykiskt påfrestande (van Dam et al., 2013). Det är dock ingen studie som har presenterat att hög arbetsbelastning kan leda till att det befintliga stödet prioriteras bort, enligt författarens kännedom.

Författaren till examensarbetet tolkade intensivvårdssjuksköterskorna som att det var ett ömsesidigt ansvar både från cheferna och från sig själva vid behov av stöd. Kände de att de behövde stöd så borde det sökas hos cheferna eller hos kollegorna. Lika från chefernas håll, att ge stöd kanske lite mer än vad de gör för att intensivvårdssjuksköterskorna ska få ökad känsla av stöd. En del kanske inte vågar söka stöd hos cheferna eller hos kollegorna trots att det är eget ansvar. Då finns risken att känslorna följer med hem och det kanske blir svårt att hantera situationen i längden. Martins och Robazzi (2009) menade att intensivvårdssjuksköterskorna är medvetna om att det är fel att ta med sig känslorna hem, men ibland är det oundvikligt då känslorna är för påfrestande trots erhållet stöd från arbetsplatsen.

Metoddiskussion

För att avgöra *trovärdigheten* till resultatet kan metodologiska övervägningar diskuteras utifrån begreppen; *giltighet (credibility)*, *pålitlighet (dependability)* och *överförbarhet (transferability)*. Det är därför viktigt att redovisa hur metoden, datainsamling och analysprocessen gått till (Graneheim & Lundman, 2004).

I examensarbete användes en beskrivande design med en kvalitativ ansats. Polit och Beck (2012) beskriver att denna metod är lämpligast att använda när syftet är att beskriva upplevelser. Att använda sig av en lämplig metod anses öka giltigheten i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Författaren valde att göra en beskrivning över miljön, hur de arbetar samt hur många som är anställda på avdelningen där data inhämtades. Det gjordes även en beskrivning av den rutin som finns för verksamheten för krishantering. Denna typ av beskrivning genomförs för att läsaren ska kunna veta vilken grupp resultatet kan överföras på (Polit & Beck, 2012).

Ett bekvämlighetsurval tillämpades där de som var intresserade att delta kunde anmäla sig frivilligt. Ett bekvämlighetsurval har både sina för- och nackdelar. Detta urval är enkelt att använda och tillämpar sig bra när informanter ska rekryteras från en avdelning, det är dock ett mindre lämpligt urval då det finns en risk att variationen hos informanterna minskar (Polit & Beck, 2012).

Informanterna varierade i ålder och hade olika lång yrkeserfarenhet inom intensivvård. Det var endast kvinnor som deltog i intervjuerna och detta kan bidra till att det inte blev den spridning på upplevelser som var önskvärd. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar giltigheten i resultatet om det finns en stor variation hos informanterna utifrån ålder, yrkeserfarenhet och kön. Trots att det inte var några män som deltog i examensarbetet så hade det nog inte blivit någon större skillnad i resultatet då syftet handlade om subjektiva upplevelser. Det var åtta informanter som deltog i examensarbetet. Enligt Polit och Beck (2012) så är det vanligt med ett färre antal informanter vid kvalitativa studier, de rekommenderar att det är tio eller färre informanter.

Intervjuerna genomfördes med en semistrukturerad intervjuguide, den strukturen ger informanten möjligheten till att tala fritt utifrån frågan som ställdes (Polit & Beck, 2012). Under intervjuerna ställdes samma frågor till alla informanter. Graneheim och Lundman (2004) beskrev att det är viktigt att informanterna får besvara samma frågor för att giltigheten i resultatet inte ska bli ifrågasatt. Intervjuerna varade mellan 13–33 minuter, detta kan ifrågasätta författarens vana med den valda metoden. Trovärdigheten till resultatet kan minska då den kortaste intervjun var 20 minuter kortare än den längsta. Författaren upplevde att det saknades erfarenhet för att intervjua informanterna då det uppstod följdfrågor i efterhand. Det genomfördes en pilotintervju innan datainsamlingen startades, detta gjordes dels för att få öva på att intervjua, men också för att testa intervjuguiden så att den verkligen svarade på syftet. Författaren var bekant med informanterna och blivande kollegor, detta kan göra att informanterna kanske inte

ville öppna sig helt om det som upplevdes som psykiskt påfrestande. Detta kan också minska trovärdigheten i resultatet.

Intervjuerna spelades in och sedan transkriberades. Ljudinspelningen startades så fort de satte sig ner, med tillstånd från informanten för att minska fokuset på att intervjun spelades in. Enligt Polit och Beck (2012) kan informanten få ”scenskräck” när intervjuer blir ljudinspelade.

Insamlingen av data skedde under en månads tid, att datainsamlingen skedde under en kortare tid stärker resultatets giltighet enligt Graneheim och Lundman (2004) då risken för att materialet ska bli inkonsekvent minskar.

Det transkriberade materialet lästes igenom ett flertal gånger för att finna meningen och djupet från intervjun (Polit & Beck, 2012). Det genomfördes en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004), för att stärka giltigheten i resultatet presenteras en tabell som exempel på analysprocessen (tabell 1).

Analysprocessen diskuterades i grupp tillsammans med handledare och tre andra studiekamrater. Detta gjordes för att diskutera innehållet i meningsenheterna, risken finns att meningsenheterna som plockas ut kan bli för långa eller för korta. Det gjordes också för att säkerställa att innehållet blev objektivt. Att analysprocessen diskuterades i grupp gör att giltigheten till examensarbetet kan stärkas. Ett annat sätt som vidtagits för att stärka giltigheten var att infoga citat under varje kategori för att visa exempel på vad resultatet är grundat på (Graneheim & Lundman, 2004).

Att resultatet är överförbart kan endast läsaren avgöra. För att stärka överförbarheten har författaren försökt att ge en klar bild av hur intensivvårdssjuksköterskorna arbetar, hur metoden och analysen genomfördes (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012).

Kliniska implikationer för omvårdnad

Situationer som upplevdes som psykiskt påfrestande varierade för varje individ och det var inte alltid kollegorna uppmärksammade alla dessa situationer. Kollegor och chefer behöver vara mer uppmärksam på vad som uppstår på avdelningen och erbjuda stöd när det behövs. Cheferna och/eller koordinatörerna är ansvariga för att den som behöver stöd får det efter en krissituation, men det är svårt att veta när det är en sådan situation när upplevelsen är subjektiv. Just därför kan cheferna, koordinatörerna och andra kollegor

hjälpas åt att vara lyhörda och omtänksamma mot sina kollegor för att få en mer välmående intensivvårdsavdelning. Det skulle kunna läggas in en kort daglig ventilering inom arbetslaget efter ett avslutat arbetspass. Detta ger alla chansen till att få ventileras vid behov, just för att fånga upp de subjektiva upplevelserna. De upplevde att förtroende var viktigt för ventilering och det skulle då kunna införas små kontinuerliga samtalsgrupper där det kan ventileras om situationer hemifrån också om det behövs. Att det är samma människor i gruppen kan leda till att ett förtroende byggs upp hos varandra, vilket kan komma att leda till en trygghet.

Förslag på fortsatt forskning

Detta ämne känns aktuellt och viktigt då intensivvårdssjuksköterskor utsätts för påfrestande situationer dagligen. Det finns olika sätt för hur situationerna hanteras och vissa situationer är svårare att hantera än andra. Det borde forskas mer på vilket stöd som är fungerande samt vad som kan förbättras för intensivvårdssjuksköterskorna, förslagsvis en intervjustudie för att få ett resultat som beskriver upplevelsen. När detta är gjort kan ett förbättringsförslag framföras och en experimentell studie borde kunna genomföras för att utvärdera om stödet blivit förbättrat.

Slutsats

Situationer som upplevdes som psykiskt påfrestande varierade för varje enskild individ. Dessa situationer hanterades på olika sätt utifrån tidigare erfarenheter. De flesta använder sig av problemfokuserad coping, de söker aktivt stöd från olika personer de har förtroende för. Stödet som finns på arbetsplatsen upplevs både som bra och mindre bra, liksom stödet från cheferna men det kan förbättras genom att vara lyhörda mot kollegornas behov. Det kollegiala stödet upplevs bra, men att stödet kan förbättras ytterligare i form av en mer medmänsklighet för sina kollegor.

Referenser

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M & Shamian, J. (2001). Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 30(3), 43-53. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.43

Alexander, D. A & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents. Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76–81. doi: 10.1192/bjp.178.1.76

Buerhaus, P.I, Auerbach, D. I & Staiger, D. O. (2009). The recent surge in nurse Employment: Causes and implications. *Health Affairs*, 28(4), 657-668. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.w657

Burgees, L., Irvine, F & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *British Association of Critical Care Nurses*, 15(3), 129-140. doi: <http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x>

Caine, R. M. & Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early identification and management of critical incidents stress. *Critical care nurse*, 2003(23), 59-65. Från: <http://ccn.aacnjournals.org/content/23/1/59.full>

Chan, S. T, Khong, P. C. B. & Wang, W. (2016). Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *International Nursing Review*, 0, 0-0. doi: 10.1111/inr.12317

de Boer, J., van Rikxoort, S., Bakker, B. A. & Smit, J. B. (2014). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *British Association of Critical Care Nurses*, 19(4), 166-174. doi: 10.1111/nicc.12020

Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908. doi:10.1002/pon.1836

- Gersons, B. P. R. & Olf, M. (2005). Coping with the aftermath of trauma. *British Medical Journal*, 330(7499), 1038–1039. doi: 10.1136/bmj.330.7499.1038
- Goetz, K., Beutel, S., Mueller, G., Trierweiler-Hauke, B. & Mahler, C. (2012). Work-related behaviour and experience patterns of nurses. *International Nursing Review*, 59(1), 88–93. doi: <http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1111/j.1466-7657.2011.00921.x>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004(24), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grover, E., Porter, J. E. & Morphet, J. (in press). An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*.
- Gulbrandsen, T., & Stubberud, D-G. (2009). *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Holmes, N., Milligan, S. & Kydd, A. (2014). A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. *International journal of Palliative Nursing*, 20(11), 546-556. doi: <http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.12968/ijpn.2014.20.11.549>
- Jonsson, A & Segersten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), 215-223. doi: <http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1016/j.aen.2004.05.001>
- Kallio, H., Pietilä, A-M., Johnson, M & Kangasniemi, M. (2016). Systematic Methodological Review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965. doi: 10.1111/jan.13031

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Mack, N., Woodsong, C., Macqueen, K.M., Guest, G. & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: A data collector's field guide*. USA: Family Health International.

Från:

<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Qualitative%20Research%20Methods%20-%20A%20Data%20Collector's%20Field%20Guide.pdf>

Martines, J. T. & Robazzi, M. L. C. (2009). Nurses work in intensive care units: feelings of suffering. *Revista Latina-Americana de Enfermagem*, 17(1), 52-58. doi:

<http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1590/S0104-11692009000100009>

McMeekin, D. E., Hickman, R. I., Douglas, S. L. & Kelley, C. G. (2017) Critical Care Nurses After Unsuccessful Cardiopulmonary Resuscitation. *American Journal of Critical-Care Nurses*, 26(2), 128-135. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017916>

Mealer, M., Jones, J. & Moss, M. (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 38, 1445-1451. doi: 10.1007/s00134-012-2600-6

Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B. & Moss, M. (2013). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292-299. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015

Mealer, M.L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B. & Moss, M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 693–697. doi: <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200606-735OC>

Mrayyan, M, T. (2009). Job stressors and social support behaviors: comparing intensive care units to wards in Jordan. *Contemporary Nurse*, (31)2, 163-175. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.673.31.2.163>

Pardoe, P. (2011). Psychological support for nurses on paediatric intensive care units. *Nursing children and Young people*, 23(8), 27-29. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ncyp2011.10.23.8.27.c8724>

Piquette, D., Reeves, S. & Leblanc, V. R. (2009). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crisis: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 273-285. doi: 10.1080/13561820802697818

Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Raphael, B., Meldrum, L. & Mcfarlane, A. C. (1996). Does debriefing after psychological trauma work? Time for randomised controlled trails... randomised controlled trials of the effectiveness of debriefing have not been reported. *Accident & Emergency Nursing*, 4(2), 65-67. Hämtad: 2017-04-24 från: http://ac.els-cdn.com.webproxy.student.hig.se:2048/S096523029690003X/1-s2.0-S096523029690003X-main.pdf?_tid=64a0b28c-292c-11e7-941d-00000aab0f27&acdnat=1493065810_df1fe23e807240fccf4423216ccc5641

Salas, E., Klein, C., King, H., Salisbury, M., Augenstein, J. S., Birnbach, D. J., Robinson, D. W. & Upshaw, C. (2008). Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 34(9), 518-527. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250\(08\)34066-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34066-5)

Sandhu, G., Colon, J., Barlow, D. & Ferris, D. (2016). Daily informal multidisciplinary intensive care unit operational debriefing provides effective support for intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(4), 175-180. doi: 10.1097/DCC.0000000000000190

Siffleet, J., Williams, A. M., Rapley, P. & Slatyer, S. (2015). Delivering best care and maintaining emotional wellbeing in the intensive care unit: the perspective of experienced nurses. *Applied Nursing Research*, 28(2015), 305-310. doi: <https://doi-org.webproxy.student.hig.se/10.1016/j.apnr.2015.02.008>

Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P. & Armitage, G. (2010) Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals psychological well-being. *Quality and Safety in health care*, 19(6), 1-8. doi; <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.035253>

Sjöberg, F., Schönning, E. & Salzmänn-Erikson, M. (2015). Nurse's experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 24(17/18), 2522-2528. doi: <http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1111/jocn.12844>

Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. I A-K, Edberg & H, Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa (711-748)*. Lund: Studentlitteratur.

van Dam, K., Meewis, M & van der Heijden, B. I. J. M. (2013) Securing intensive care: towards a better understanding of intensive care nurses' perceived work pressure and turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 31–40. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05981.x

Vetenskapsrådet. (2004). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2016-12-19 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A-K, Edberg & H, Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa (s. 27-43)*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. (2006). Hämtad: 2017-05-02 från: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf