



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för vårdvetenskap

Intensivvårds- och anesthesisjuksköterskors upplevelser av sin
arbetsmiljö vid ett sjukhus som saknar akutkirurgi
- en intervjustudie

Linda Blad och Daniel Forslin

2019

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning anesthesisjukvård
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning intensivvård
Examensarbete inom intensivvårds/anesthesisjuksköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Maria Randmaa
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon

Sammanfattning

Bakgrund: Sjukhusvården förändras och kraven på specialistsjuksköterskor ändras. Transporter med patienter från små sjukhus blir fler och sträckorna längre. Upplevelsen av sin arbetsmiljö har visat sig viktig, inte minst vad gäller upplevelsen av patientsäkerheten.

Syfte: Syftet var att, ur ett arbetsmiljöperspektiv, beskriva intensivvårds- och anestesijuksköterskors upplevelse av att arbeta på ett sjukhus utan akutkirurgi.

Metod: Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design. 11 semistrukturerade intervjuer utfördes med intensivvårdssjuksköterskor (n=6) och anestesijuksköterskor (n=5). Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Huvudresultat: Under analysen av intervjuerna framträdde sex kategorier. 1. *Att uppleva vikten av att rutiner följs* 2. *Att samverkan och personkännedom inom sjukhuset underlättar arbetet* 3. *Upplevelse av nuvarande uppdrag* 4. *Att se vikten av närliggande vård* 5. *Att samverka med andra sjukhus* och 6. *Upplevelse av tillgång till resurser och kompetens*. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att följa rutiner. Att samverkan och personkännedom inom sjukhuset kan underlätta arbetet var ytterligare en upplevelse som beskrevs. De upplevde en tillfredsställelse med det nuvarande uppdraget, även om en önskan att få ett utökat uppdrag beskrevs. Vikten av att ha närliggande vård beskrevs och avståndet till närmaste akutsjukhus upplevdes som ett problem. Samarbetet med andra sjukhus beskrevs ibland fungera bra och ibland fick en kamp föregå samarbetet. Upplevelsen av tillgång till resurser och kompetens beskrevs där det framkom att resursbristen kunde skapa frustration.

Slutsats: Positiv upplevelse av nuvarande uppdrag. Vid akuta tillstånd där svårt skadade eller sjuka patienter kom in till sjukhuset upplevdes frustration med de resursbrister som fanns.

Nyckelord: Anestesisjuksköterska, Arbetsmiljö, Intensivvårdssjuksköterska

Abstract

Background: Hospital care is changing and the requirements for specialist nurses are changing. The amount of patient transports from smaller hospitals are increasing and the routes are longer. The experience of the nurses work environment has proved to be important, not least with regard to the experience of patient safety.

Aim: To describe how intensive care and anesthesia nurses experience working in a hospital without emergency surgery, from a work environment perspective.

Method: The study had a qualitative approach with descriptive design. 11 semi-structured interviews were conducted with intensive care nurses (n = 6) and anesthetic nurses (n = 5). The interviews were analyzed with qualitative content analysis.

Main results: Through the analysis six categories emerged. 1. To experience the importance of following guidelines 2. That collaboration and personal knowledge within the hospital facilitates the workload 3. Experience of the current assignment 4. To see the importance of nearby care 5. The cooperation with other hospitals and 6. Experience of access to resources and competence. The anesthetic and intensive care nurses experienced that it was important to follow guidelines. The fact that collaboration and personal knowledge within the hospital can facilitate the workload was another experience that was described. They experienced a satisfaction with the current assignment, although a desire to get extended assignments was described. The importance of having nearby care was described and the distance to the nearest emergency hospital was described as a problem. The collaboration with other hospitals was sometimes described to work well and sometimes a struggle preceded the collaboration. The experience of access to resources and skills was described and it emerged that the lack of resources could create frustration.

Conclusion: Positive experience of current assignments. In emergency situations where severely injured or sick patients entered the hospital, frustration was experienced with the lack of resources that existed.

Keywords: Intensive Care Nurse, Nurse anesthetist, Work Environment

Innehåll

Introduktion	1
Bakgrund	1
Sjukhusvård i Sverige	2
Primära och sekundära ambulanstransporter	2
Intensivvårdssjuksköterska	3
Anestesisjuksköterska	3
ASA-klass	4
Arbetsmiljö	4
Teoretisk referensram	5
Problemformulering	6
Syfte	7
Metod	7
Design	7
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	7
Beskrivning av verksamheterna	7
Datainsamlingsmetod	9
Tillvägagångssätt	9
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	11
Resultat	12
Att uppleva vikten av att rutiner följs	12
Att samverka och personkännedom inom sjukhuset underlättar arbetet	14
Upplevelsen av nuvarande uppdrag	15
Att se vikten av närliggande vård	16
Att samverka med andra sjukhus	18
Upplevelse av tillgång till resurser och kompetens	19
Diskussion	21
Huvudresultat	21
Resultatdiskussion	21
Metoddiskussion	25
Kliniska implikationer	26
Förslag på fortsatt forskning	27
Slutsats	27
Referenser	28

Introduktion

Bakgrund

Effektivitet och produktivitet är ständigt en aktuell fråga inom dagens sjukvård. Vardagen för intensivvårds – och anestesijuksköterskor kräver hög kompetens, precision och förmåga att prioritera (Averlid 2017; Gran Bruun 2013; Meyer 2009). I studien gjord av Averlid (2017) beskrevs anestesijuksköterskors upplevelse av att deras professionella utveckling och upprätthållande av kompetens ständigt fick konkurrera med produktionsprioriteringar och personalbrist.

Tidigare forskning visade att intensivvårds – och anestesijuksköterskor upplevde sig som tillräckligt kompetenta att ta hand om patienter vid akuta situationer. Detta oberoende av om de arbetade på större eller mindre sjukhus (Freeman, Fothergill-Bourbonnais & Rashotte 2014; Penn & Ruthman 2005; Sandström, Nilsson, Juuso & Engström 2016). Personal på mindre sjukhus upplevde stress över begränsade resurser vad det gällde lokal, utrustning och personal. Oron för att inte ha tillräckligt med resurser och en bra katastrofberedskap om många människor skulle drabbas samtidigt fanns alltid närvarande (Manley et al. 2006; Moszczynski & Haney 2002). Skillnad i tillfredsställelse med arbetet på mindre sjukhus på landsbygden och större sjukhus i städer var associerad till resurstillgång, engagemang för vård och deras känsla av självständighet och inte storleken på sjukhuset eller var sjukhuset låg (Baerenholdt & Mark 2009).

Personal och resurstillfredsställelse som är starkt relaterad till sjuksköterskors bedömning av patientsäkerhet visades i en studie gjord på sjuksköterskor som arbetade på akutsjukhus i Sverige (Smeds Alenius, Tishelman, Runesdotter & Lindqvist 2014). I studier gjorda på mindre sjukhus framkom det att sjuksköterskor, intensivvårds – och anestesijuksköterskor ofta kände sig otillräckliga och ibland ensamma (Kidd, Kenny & Meehan-Andrews 2012; Moszczynski & Haney 2002). Den förlängda tidsåtgången när patienter behövde transporteras till större sjukhus, ledde ofta till stress (Moszczynski & Haney 2002). I en studie från Skottland beskrevs transporterna med svårt skadade patienter vara en stor svårighet vid mindre sjukhus på landsbygden (Adams, Cole, Brundage, Morrison & Jansen 2018). Det fanns även en studie som visade att sjuksköterskor på mindre sjukhus skattade sin arbetsmiljö, tillfredsställelse av sitt arbete

och kvaliteten på vården högre än sjuksköterskor på större sjukhus. Det kunde också ses ett samband med att sjuksköterskor på mindre sjukhus i Sverige var mindre benägna att sluta på sin arbetsplats (Lindqvist, Smeds Alenius, Griffiths, Runesdotter & Tishelman 2015).

Sjukhusvård i Sverige

I Sverige delas sjukhusen in i universitetssjukhus, länsjukhus och länsdelssjukhus. Någon vedertagen definition finns inte för sjukhustyperna. Det fanns i december 2018 11 universitetssjukhus, 22 länsjukhus och 35 länsdelssjukhus i Sverige (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018). Antal sjukhus som har tillgång till akut kirurgisk verksamhet dygnet runt uppgick år 2009 till 57 sjukhus (SKL 2009). Sjukhuset aktuellt för föreliggande studie räknas som ett länsdelssjukhus i Norrland och bedriver inte akut kirurgisk verksamhet.

I 3 kap. 1 § av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) står det ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. I 7 kap. 2a § (SFS 2017:30) ”Landstinget ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt”.

Förändringar inom hälso- och sjukvårdens struktur, har gjort att antalet akutsjukhus minskat. Detta har föranlett att antalet akuta transporter mellan sjukvårdsinrättningar har ökat och att sträckorna för dessa transporter blivit längre. Även de planerade transportererna mellan sjukvårdsinrättningar har ökat (SOS Alarm 2019).

Primära och sekundära ambulanstransporter

Ambulansuppdragen i Sverige är indelade i primära och sekundära uppdrag. Vid primära uppdrag får ambulansen sitt uppdrag från larmoperatören. Vid dessa uppdrag är det ambulanssjukvårdens egna behandlingsriktlinjer och prehospitala vårdprogram som gäller. Vid sekundära uppdrag utför ambulanssjukvården ett uppdrag åt övrig sjukvård. Vid ett sekundäruppdrag är patienten under avsändande läkarens ansvar fram till dess att patienten kommer fram till nästa vårdnivå. Transporter med intensivvårdspatienter är alltid sekundära uppdrag och vid dessa transporter medföljer ofta läkare med specialistkompetens inom anestesi eller intensivvård och intensivvårds – eller

anestesisjuksköterska. Dessa transporter kan utföras med ambulans, helikopter eller flyg (Kongstad 2016).

Intensivvårdssjuksköterska

Intensivvårdssjuksköterskan har förutom en sjuksköterskelegitimation en specialistutbildning inom intensivvård. Intensivvårdssjuksköterskor är utbildad att bedöma, analysera, planera och genomföra avancerad omvårdnad till patienter i alla åldrar som är svårt sjuka och har eller har risk för svikt i ett eller flera organ. Dessa patienter kan vara av både medicinsk och kirurgisk karaktär. En intensivvårdssjuksköterska kan arbeta på en intensivvårdsavdelning eller en postoperativ avdelning där patienternas omvårdnadsbehov tillgodogörs dygnets alla timmar. De patienter intensivvårdssjuksköterskan har omvårdnadsansvaret för får ofta avancerad behandling som är livsviktig och det är viktigt för intensivvårdssjuksköterskan att förebygga eventuella komplikationer som dessa behandlingar kan medföra (Meyer 2009). Utöver specialistutbildningen är det viktigt för intensivvårdssjuksköterskor att kontinuerligt arbeta med frågor kring de svårt sjuka patienterna genom aktivt deltagande i uppföljnings- och utvecklingsarbeten (Larsson & Rubertsson, 2012). Intensivvårdssjuksköterskan ingår ofta i olika konstellationer i utryckningsteam som verkar utanför intensivvårdsavdelningen när patienter blir svårt sjuka eller skadade på sjukhus. Detta team rycker ut för att bistå med professionell assistans och för att, om det behövs, transportera aktuell patient till intensivvårdsavdelning (Al-Qahtani & Al-Dorzi 2010).

Anestesisjuksköterska

Anestesisjuksköterskan inom anestesisjukvård har förutom en sjuksköterskelegitimation en specialistutbildning inom anestesi. Anestesisjuksköterskan ansvarar för den specifika omvårdnaden i samband med anestesi och operation, anestesi i samband med undersökningar eller behandlingar samt att de kan medverka vid akuta situationer inom och utanför sjukhuset. Omvårdnaden på avancerad nivå innefattar att upprätthålla de fysiologiska processerna under anestesi. Detta innebär att skapa och sedan upprätthålla fria luftvägar hos patienten samt att assistera och ventilera. Anestesisjuksköterskan ansvarar för att värdera och bedöma patientens behov utifrån patientens tillstånd pre-, intra- och postoperativt genom övervakning och observationer av patientens vitala parametrar och anestesidjup samt att handla och fatta snabba beslut vid akuta tillstånd.

En viktig aspekt i anestesijuksköterskans profession är att skapa tillit, trygghet och förtroende hos patienten samt anhöriga (Gran Bruun 2013; Sundqvist, Nilsson, Holmefur & Anderzèn-Carlsson 2017). I studien av Sundqvist et al. (2017) beskrevs anestesijuksköterskan som den som förde patientens talan och som samverkade med de andra i operationsteamet utifrån patientens behov.

ASA-klass

ASA-klassificering är ett system för bedömning av patienters fysiologiska status före anestesi. Den tar inte till exempel hänsyn till risken med ingreppet, ålder eller risken för svår intubation (Valeberg 2013). ”American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status”. Översatt till svenska delas ASA-klasserna in i:

ASA 1 – En för övrigt frisk patient

ASA 2 – En patient med lindrig systemsjukdom

ASA 3 – En patient med allvarlig systemsjukdom

ASA 4 – En patient med allvarlig och ständigt livshotande systemsjukdom

ASA 5 – En moribund patient, som inte förväntas överleva utan operation

ASA 6 – En avliden patient där hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt fallit bort och som ska genomgå en organtransplantation (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård SFAI 2015).

Arbetsmiljö

Miljö är ett av omvårdnadens bärande begrepp. Världshälsoorganisationens (WHO) definition av arbetsmiljö är: ”Den fysiska arbetsmiljön hänvisar till struktur, luft, maskiner, möbler, produkter, kemikalier, material och produktionsprocesser i arbetsplatsen. Den psykosociala arbetsmiljön inkluderar organisatorisk kultur samt attityder, värderingar, övertygelser och dagliga rutiner i företaget som påverkar medarbetarnas psykiska och fysiska välbefinnande” (WHO 2019). Varje arbetsplats bör ha utarbetat och dokumenterat riktlinjer som säkerhetsställer att arbetsuppgifterna överensstämmer med de resurser och den kompetens som är tillgänglig (Gran Bruun 2013). Arbetsmiljön har i en studie visat sig varit starkt relaterad till sjuksköterskornas bedömning av patientsäkerheten. Om sjuksköterskorna upplevde sig ha tillräckligt med resurser och bemanning för att tillhandahålla omvårdnad med hög kvalitet, förbättrades deras upplevelse av patientsäkerheten. Goda kollegiala relationer mellan sjuksköterska och läkare och närvaro av kompetent ledare var också relaterad till sjuksköterskornas

bedömning av patientsäkerheten (Smeds Alenius et al. 2014). Detta bekräftades också i en annan studie där samarbete, teamarbete och ömsesidig respekt mellan anestesilog och anestesijusköterska var nödvändigt för att leverera säker vård. När arbetsbelastningen ökade, försämrades samarbetet och risken för rollkonflikt ökade vilket kunde leda till stress och otillfredsställelse (Boyd & Poghosyan 2017).

Teoretisk referensram

Inom samhällets alla nivåer pågår förbättringsarbeten av vårdens kvalitet. Resurser, patientsäkerhet och vårdutveckling är hälso- och sjukvårdens stora utmaningar. För att möta dessa förväntningar på hög patientsäkerhet och bättre vårdkvalitet i en slimmad sjukvårdsorganisation krävs det kärnkompetenser. Kärnkompetenser är kompetenser som är gemensamma för alla vårdprofessioner. De sex kärnkompetenserna är personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård och förbättringskunskap. En nyckelfaktor för personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård är samverkan i team genom att olika kompetenser kompletterar varandra för att nå bästa resultat (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska Läkaresällskapet 2017).

En professor vid namn Susan A. Wheelan studerade utvecklingen av arbetsgrupper. Wheelans teori heter på svenska ”Den integrerade modellen för gruppens utveckling”. Modellen är en teori som innehåller fyra stadier som beskriver en gruppens utveckling. Stadie 1. ”*Tillhörighet och trygghet*”, Stadie 2. ”*Opposition och konflikt*”, Stadie 3. ”*Tillit och struktur*”, Stadie 4. ”*Arbete och produktivitet*” (Wheelan 2017).

Stadie 1. ”*Tillhörighet och trygghet*” präglas av ett beroende av en vald ledare. Arbetsgruppens medlemmar är väldigt ledarfokuserade, då de upplever en rädsla för den nya situationen. Gruppen karaktäriseras av konflikträdsla och brist på struktur och klara direktiv. Medlemmarna är måna om att vara ledaren till lags. I det här stadiet arbetar arbetsgruppen inte effektivt mot ett specifikt mål utan hamnar i stället lätt i irrelevanta diskussioner som sällan leder framåt. Målet i det här stadiet är att skapa en tillhörighet mellan gruppmedlemmarna.

Stadie 2. ”*Opposition och konflikt*” präglas av gruppmedlemmarnas försök att göra sig fri beroendet de har av ledaren. Målet är att förtydliggöra vilka mål man ska ha med

arbetet och skapa en enhetlig struktur. Detta leder till konflikter och undergrupper med liknande tankar och värderingar bildas. Konflikter kan vara nödvändiga för att definiera arbetsgruppen, dess mål och struktur. Förtroendet mellan gruppmedlemmarna stärks och leder till trygghet när konflikter kan hanteras.

Stadie 3. *"Tillit och struktur"* karaktäriseras av en arbetsgrupp med tillit till varandra. Konfliktstadiet har passerat till stor del och gruppmedlemmarna känner sig säkra på varandra och på ledaren. Utveckling av mål, struktur, rollfördelning och arbetsfördelning är nu arbetsgruppen mogen för. Kommunikationen är öppen och uppgiftsorienterad.

Stadie 4. *"Arbete och produktivitet"* präglas av ett effektiviserat samarbete i arbetsgruppen. Arbetsgruppen blir till ett högpresterande team genom att använda sin energi till arbetet och uppgifterna istället för att förbruka den på konflikter. Kommunikationen är öppen och klar mellan medlemmarna i arbetsgruppen och de är medvetna om sin roll. En grupp som befinner sig i detta stadie använder den klara rollfördelningen och förtroendet för varandra till att utnyttja sina resurser på bästa sätt. Långt ifrån alla team uppnår detta stadie (Wheelan 2017).

Problemformulering

Effektivitet och produktivitet är en viktig del i dagens sjukvård. Sjukvården har genom historien förändrats och centraliserats vilket har inneburit större avstånd för många patienter till akutkirurgi. Intensivvårds – och anesthesisjuksköterskors arbete kräver hög kompetens, precision och prioriteringsförmåga. Tidigare forskning visade att intensivvårds – och anesthesisjuksköterskor upplever sig ha en god kompetens vad det gäller den specifika omvårdnaden både på större och mindre sjukhus, men att yttre faktorer som begränsade resurser vad det gäller lokaler, utrustning och personal, samt en känsla av ensamhet och otillräcklighet var mer påtaglig på mindre sjukhus. Dessa upplevelser delade både sjuksköterskor, intensivvårds – och anesthesisjuksköterskor. Det fanns även forskning som visade att den skattade arbetsmiljön bland sjuksköterskor på mindre sjukhus var bättre än på större sjukhus. Samtidigt sågs en koppling mellan upplevd arbetsmiljö och bedömning av patientsäkerhet. Upplevd patientsäkerhet var också relaterad till bra teamarbete. Tidigare forskning har gjorts i större utsträckning på sjuksköterskor utan specialistutbildning. Fördjupad kunskap i form av forskning med

kvalitativ ansats som beskriver anestesi- och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta på mindre sjukhus behövs för att få en fördjupad insikt i hur intensivvårds – och anestesisjuksköterskors arbetsmiljö ser ut.

Syfte

Att, ur ett arbetsmiljöperspektiv, beskriva intensivvårds- och anestesisjuksköterskors upplevelse av att arbeta på ett sjukhus utan akutkirurgi.

Metod

Design

Utifrån studien och dess syfte har en kvalitativ ansats med beskrivande design valts (Polit och Beck 2012).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Urvalsmetoden blev ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck 2012). Av de 32 tillfrågade potentiella informanterna valde 11 specialistsjuksköterskor att medverka, fem anestesisjuksköterskor och sex intensivvårdssjuksköterskor. Samtliga 11 informanter uppfyllde inklusionskriterierna vilket var tjänstgöring som specialistsjuksköterska i minst ett år på avdelningen. Ingen av de 11 informanterna hade uteslutande administrativ tjänst vilket var det enda exklusionskriteriet. Ingen av de 11 informanterna avbröt sin medverkan i studien. Av de 11 informanterna var åtta kvinnor och tre var män, informanternas ålder varierade mellan 37 till 64 år (medianålder 54 år). Tiden som legitimerade sjuksköterskor varierade hos informanterna mellan 4 till 41 år (median 27 år). Informanterna hade varit färdiga specialistsjuksköterskor mellan 1,5 till 36 år (median 21 år) och de hade arbetat på nuvarande arbetsplats mellan 1,5 till 46 år (median 21 år). Denna variation på informanterna kan komma att berika resultatet samt öka studiens pålitlighet (Polit och Beck 2012). Ingen av de 11 deltagande informanterna avböjde deltagande.

Beskrivning av verksamheterna

Länsdelssjukhus existerar i olika utformningar vad gäller vilka specialiteter som finns tillgängliga på sjukhuset och även när under dygnet. Det för studien aktuella sjukhuset räknades som ett länsdelssjukhus och kan även benämnas ett litet akutsjukhus. Det har

tidigare varit ett fullskaligt akutsjukhus med akut kirurgi/ortopedi samt förlossning. Vid tidpunkten för föreliggande studie fanns en akutmottagning som var öppen 24 timmar om dygnet och tog emot akut sjuka medicinpatienter samt patienter med lättare åkommor inom kirurgi och ortopedi. Det fanns inte längre akut kirurgi/ortopedi och inte heller någon förlossning. De två andra sjukhusen i regionen som hade akutkirurgi räknades som länssjukhus. Avståndet från länsdelssjukhuset till de två länssjukhusen i regionen var 10 mil. Kirurgi/ortopedi vid länsdelssjukhuset fanns som dagkirurgi och elektiv kirurgi. Länsdelssjukhusets riktlinjer var att operera patienter tillhörande ASA-klass 1 och 2. Operationer som utfördes var höftledsprotoser, knäprotoser, axlelprotoser, fusion och dekompression av ländrygg, andra ortopediska operationer, korsbandsoperationer, artroskopier, galloperationer, bråckoperationer, urologiska ingrepp och plastikkirurgi. Antal ingrepp år 2018 var ca 3100. En tredjedel av dessa var slutenvård och resten var dagkirurgiska. Inom operationsverksamheten arbetade 12 anestesisyjuksköterskor. Anestesisyjuksköterskorna roterade mellan operationsavdelning, dagkirurgisk avdelning och uppvakningsavdelning. Dagkirurgiska avdelningen och uppvakningsavdelningen låg i nära anslutning till operationsavdelningen. Dagkirurgiska avdelningen och uppvakningsavdelningen delade på en expedition och låg vägg i vägg, vilket underlättade ett nära samarbete. Personalen på operationsavdelningen arbetade dagtid, måndag till torsdag. Det fanns inget jourlag. Läkare inom kirurgi, urologi eller ortopedi hade beredskap i hemmet måndag till fredag eftermiddag, ej helger.

Intensivvårdsavdelning fanns på länsdelssjukhuset med tre vårdplatser varav två av vårdplatserna hade tillgång till respiratorbehandling. På avdelningen vårdades svårt sjuka medicinpatienter. Verksamheten tog även emot och behandlade patienter som kom in med stark misstanke om hjärninfarkter och där utfördes akuta elkonvereringar av patienter med förmaksflimmer. Under åren 2017 och 2018 vårdades det utöver de 532 medicinska patienterna även 81 patienter med kirurgiska diagnoser på intensivvårdsavdelningen vilka sedan transporterades vidare till andra sjukhus med kirurgkompetens. Intensivvårdssjuksköterskorna på avdelningen ingick i sjukhusets mobila intensivvårdsgrupp (MIG) och utförde vid behov MIG-uppdrag. Vid hjärtstopp på sjukhuset var det anestesilog och intensivvårdssjuksköterska som undsatte och hjälpte personalen på övriga vårdavdelningar. På intensivvårdsavdelningen arbetade 20 intensivvårdssjuksköterskor.

Datainsamlingsmetod

För att öka studiens tillförlitlighet var intervjuerna semistrukturerade med en intervjuguide som grund (Henricson 2012). Intervjuerna genomfördes individuellt med minst en av författarna närvarande. De två första intervjuerna i gruppen intensivvårdssjuksköterskor och i gruppen anestesisjuksköterskor gjordes av båda författarna gemensamt för att öka studiens tillförlitlighet och för att undvika att frågorna skulle komma att ställas på olika sätt av författarna. Detta förfarande kan komma att stärka studiens tillförlitlighet enligt Polit och Beck (2012). Författarnas erfarenhet och bakgrund var legitimerad sjuksköterska under utbildning till respektive specialitet inom intensivvård och anesthesi. Båda författarna har erfarenhet av att arbeta på det länsdelssjukhus där informanterna arbetade. Inledningsvis ställdes även ett antal bakgrundsfrågor rörande informanternas ålder, kön, antal år som sjuksköterska, antal år som specialistsjuksköterska och antal år inom nuvarande verksamhet. Intervjuguiden som användes var uppbyggd med bakgrundsvariablerna först. Därefter följde tre öppna frågor med följdfrågor under respektive fråga. De tre öppna frågorna var ”Kan du beskriva hur det är att arbeta på denna arbetsplats med vetskapen om att det inte finns tillgång till akutkirurgi?”, ” Kan du beskriva en egen upplevelse av en oväntad akut händelse som du har varit med om?” och ” Har du några tankar om hur arbetsmiljön skulle kunna förändras utifrån den rådande situationen?”. Följdfrågor som ”Hur menar du?” eller ”På vilket sätt?” användes. Informanterna uppmanades att prata fritt och om de ville återkomma till en fråga senare, så gick det bra. Samma intervjuguide användes vid samtliga intervjuer.

Tillvägagångssätt

Ansökan om tillstånd att få utföra intervjuerna söktes hos de båda verksamhetscheferna på operation- samt intensivvårdsavdelningen på länsdelssjukhuset. Ansökan godkändes skriftligt av båda cheferna. Författarna informerade var sin verksamhet vid arbetsplatsmöten i slutet av november 2018 för att informera om studien och dess syfte. Ett informationsblad med skriftlig information innehållandes information om studien, om att medverkan är frivillig och att medverkan närsomhelst kan avbrytas, delades ut vid arbetsplatsmötena. Två veckor efter dessa informationsmöten hade tio informanter tackat ja till att medverka, fem informanter från vardera verksamhet. En informant till från intensivvårdsverksamheten tillkom veckan efter. En pilotintervju genomfördes i mitten på december 2018 för att få en uppfattning om en intervjus tidsåtgång samt om

svaren blev tillräckligt fylliga samt om svaren svarade mot syftet (Polit & Beck 2012). Intervjun tog ca. 22 minuter i anspråk och den transkriberades ordagrant för att läsas av författarna samt handledare. Vid genomgång av intervjun av författare och handledare tycktes intervjun svara på syftet och kom därför att inkluderas i studien. Därefter planerades intervjuer med de övriga tio informanterna in. Alla 11 informanterna som medverkade i studien gav ett muntligt godkännande om medverkan innan intervjustart. Intervjuerna spelades in på två olika enheter, en mobiltelefon med diktafonfunktion och en diktafon. Intervjuerna genomfördes på respektive arbetsplats, avskilt från verksamheten i så ostörd miljö som gick att frambringa. Samtliga intervjuer var inplanerade att äga rum i god tid innan informantens arbetspass startade för att slippa hamna i tidsnöd och onödig stress eller i slutet av informantens arbetspass då de kunde frigöras från arbetet. Alla intervjuerna, förutom en, ägde rum under tre veckor mellan slutet på december 2018 och mitten av januari 2019. Den sista intervjun ägde rum i mitten på februari och det berodde på att det var svårt att hitta en lämplig tid för intervjun. Den korta tiden för insamlandet av data kan komma att öka studiens tillförlitlighet (Graneheim & Lundman 2004). Tidsmässig spridning på de 11 intervjuerna var mellan 12,7 – 24,9 minuter och mediantiden var 17,2 minuter.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades ordagrant. Författarna använde sig av induktiv innehållsanalys (Graneheim and Lundman 2004). Analysen av de transkriberade texterna började med att de lästes upprepade gånger av båda författarna för att öka tillförlitligheten. All text delades därefter upp i meningsbärande enheter. Därefter kondenserades innehållet i de meningsbärande enheterna som svarade på syftet. Genom att innehållet kondenserades, kortades de meningsbärande enheterna ner, men huvudbudskapet bibehölls. Den kondenserade texten omarbetades till koder. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en kod en märkning av en kondenserad meningsenhet. En kod kan tilldelas diskreta objekt, händelser och andra fenomen och bör förstås i förhållande till sammanhanget. Koderna kategoriserades därefter genom att de lästes igenom flera gånger för att se likheter och skillnader. Koderna delades upp i kategorier (tabell 1). För att öka tillförlitligheten diskuterades koder och kategorier mellan författarna, andra studenter och handledaren (Polit och Beck 2012).

Tabell 1. Exempel på kondensering, kodning och kategorisering.

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Kategori
“Då känner man frustration när man vet att man har 10 mil till ett akutsjukhus. Man har nån framför sig som blöder och man kan liksom inte riktigt göra nåt åt det innan man kommer på ett operationsbord.”	Frustration över avståndet till närmaste akutsjukhus för att åtgärda en patient med blödning.	Frustration över avståndet till närmaste akutkirurgiska sjukhus.	Att se vikten av närliggande vård.
“Och nu är det ju så att vi jobbar på ett litet sjukhus. Som har dom här begränsade resurserna som vi har. Och man gör ju ett otroligt jobb här i alla fall. För att på ett litet ställe så är man, nu vet jag inte nu har ju inte jag jobbat på något stort ställe men det känns som om man samarbetar väldigt bra när det väl behövs.”	När det väl behövs fungerar samarbetet väldigt bra och det utförda jobbet är otroligt, trots begränsade resurser.	Stolthet över samarbete och den egna insatsen.	Upplevelser av tillgång till resurser och kompetens.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden gjordes inför studien. Ingen ansökan till forskningsetiska rådet gjordes, då studien ej handlade om informanternas hälsa och inte innehöll någon patientdata. Inom forskning tillämpas fyra etiska principer som innefattar: *Autonomi*, *göra-gott*, *icke-skada* och *rättvisa* (Henricson 2012). *Autonomiprincipen* handlar om människors rätt till självbestämmande. Informanterna informerades om att deltagande i studien bygger på frivillighet. Skriftlig och muntlig information gavs. Informanterna gav muntligt samtycke till att de önskade delta i studien och att de hade läst och förstått innehållet i informationsbrevet innan intervjuerna påbörjades. En skriftlig ansökan samt skriftligt godkännande av verksamhetscheferna på tilltänkta enheter var klar innan intervjuerna påbörjades. Insamlat datamaterial kommer efter att arbetet blivit godkänt att förstöras. *Göra-gott principen* och *Icke-skada principen* följdes genom att riskerna med studien bedömdes

vara minimala i förhållande till vinsterna. Data har hanterades konfidentiellt. Data användes endast i studien och kan ej spåras till informanten. Författare och handledare är de enda som tagit del av materialet. *Rättvis principen* tillämpades genom att informanterna behandlades likvärdigt.

Resultat

Resultatet beskriver intensivvårds – och anestesijuksköterskors upplevelse av arbetsmiljön vid ett sjukhus som saknar akutkirurgi. Resultatet är en sammanställning utifrån analyser av intervjuer med sex intensivvårdssjuksköterskor som arbetar på en intensivvårdsavdelning och fem anestesijuksköterskor som arbetar på en operationsavdelning med planerad kirurgi/ortopedi. Resultatet presenteras i sex kategorier (Figur 1). Varje kategori innehåller minst ett citat för att öka giltigheten av innehållet. Efter varje citat står antingen I eller AN, följt av en siffra. I står för intensivvårdssjuksköterska och AN står för anestesijuksköterska. Siffran står för vilken informant citatet är hämtat ifrån.

Att uppleva vikten av att rutiner följs

Att samverka och personkänedom inom sjukhuset underlättar arbetet

Upplevelse av nuvarande uppdrag

Att se vikten av närliggande vård

Att samverka med andra sjukhus

Upplevelse av tillgång till resurser och kompetens

Figur 1. Sammanställning av kategorier.

Att uppleva vikten av att rutiner följs

Det framkom i studien att intensivvårds- och anestesijuksköterskorna tyckte att rutiner var viktiga. Rutinerna underlättade arbetet och gav en känsla av att patientsäkerheten ökade. Följsamhet till riktlinjer upplevdes inte bara förbättra patientsäkerheten, utan även arbetsmiljön. För anestesijuksköterskorna upplevdes rutiner och riktlinjer vara en förutsättning för en fungerande vårdkedja med planerad kirurgi. Inom den planerade

verksamheten innebär det noggrann selektering av vilka patienter som får opereras inom verksamheten, både vad det gäller diagnoser och ASA klass.

” Ja, för det mesta rullar allt på. Det är ju en planerad verksamhet, där man har tagit bort många av de diagnoserna som det kunde hända saker med. Det är ju därför vi inte får operera alla saker här längre. ” AN-2

Rutiner upplevdes minska komplikationerna. Medvetenheten kring resurser beskrevs som viktig. När operationsteamet ställdes inför risken för komplikation blev detta extra tydligt. Detta ledde då till att det valdes att använda en annan operationsmetod eller att avbryta operationen för att undvika svårare komplikationer, trots att planeringen var en annan. De tydliga kriterierna upplevdes minska komplikationerna genom att de patientkategorier som opererades bedömdes ha låg risk att drabbas av komplikationer. Det beskrevs att rutinoperationer skapade trygghetskänsla, samtidigt som det kändes viktigt att ha en riskmedvetenhet. Det framkom att det fanns en känsla av att planerad verksamhet inte krävde samma grad av beredskap. Att hela tiden gå och vara beredd på det värsta kunde kännas ansträngande och var inte något anestesijuksköterskorna längre upplevde, till skillnad från tiden då akutkirurgi utfördes. Samtidigt beskrevs det att incidenter kan inträffa trots förebyggande åtgärder. Det som då upplevdes vara av stor vikt var en planering för hur det skulle göras vid komplikationer, då resursbrist kräver noggrann planering. Det beskrevs vidare att upplevelsen av noggrann planering var bra. Känslan av att allt flyter vid planerad kirurgi kändes viktig. Den allmänna upplevelsen från anestesijuksköterskorna var att komplikationer var sällsynta numera och att det var vanligare med incidenter tidigare. När en reoperation ändå krävdes kunde viss ovisshet infinna sig innan beslut om huruvida den skulle göras på plats eller utföras vid ett annat sjukhus tagits.

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att osäkerhet i användandet av rutiner skapade krav och att det blev deras ansvar att stå för kunskap kring rutiner när tillfälliga läkare arbetade. De beskrev att akut dåliga patienter som ej skulle vårdas där ändå kom och ibland stannade, trots medvetenhet om fel vårdnivå. Vidare beskrevs att traumapatienter, som egentligen inte alls skulle komma till sjukhuset, ändå gjorde det trots resursbrist och rutiner. Anledningen till det beskrevs som att det ibland var den enda utvägen för att klara av att senare transportera patienter vidare.

Intensivvårdssjuksköterskorna fick då medverka till att stabilisera patienter för vidare transport och det kändes viktigt att kunna bidra med sin kompetens för patienternas skull och vid såna tillfällen gick det inte att följa rutinen.

”Då gör vi ju allt vi kan för att kunna transportera den här patienten till ett större sjukhus som har akutkirurgi. Och alltså, ambulansen skulle inte kunna klara av den kompetensen på en timmes transport ner med såna massiva transfusioner och vätsketillförsel och när det behövs grova infarter så att då gör vi ju allt vi kan.” I-6

Att samverka och personkännedom inom sjukhuset underlättar arbetet

Inom båda specialiteterna beskrev intensivvårds- och anestesijuksköterskorna hur viktigt de tycker att det är med fast anställda läkare som med långvarigt samarbete fungerar väl i arbetsgruppen. Personkännedom beskrevs vara av betydelse bland annat i den meningen att läkaren känner till intensivvårds – och anestesijuksköterskornas kompetens och kan därför ta deras varningssignaler på allvar istället för att avfärda dem som onödig oro. Tvärtom beskrevs känslor av frustration med många nya hyrläkare, både inom operationsverksamheten och anestesiverksamheten.

Inom operationsverksamheten beskrevs av anestesijuksköterskorna vikten av att hålla sig till sitt uppdrag och vara förutseende i sitt agerande. Anestesijuksköterskorna beskrev att det kändes bra att vissa ingrepp krävde att två kirurger fanns på plats, en kirurg i beredskap om något skulle gå fel och det beskrevs som att vara förutseende i personalplaneringen. Att det trots avsaknaden av akutkirurgi ändå fanns vissa resurser beskrevs skapa en lugnande känsla. Något som återkommande beskrevs var känslan av ett bra samarbete mellan sjukhusets enheter, akutmottagningen, laboratoriet, operationsverksamheten och intensivvårdsavdelningen. Det beskrevs även vikten av att fortlöpande behålla det goda samarbetet. En anestesijuksköterska beskrev samarbetet mellan operation och intensivvårdsavdelningen som bra gällande patienter som blev dåliga på postoperativa avdelningen. Det upplevdes oproblematiskt att få flytta över dessa patienter till intensivvårdsavdelningen.

- ”Nä, jag tycker att det fungerar. Och samarbetet också. Det är ju en annan narkosläkare som är på intensivvården än på operation. Men det är aldrig nåt bekymmer, om det blir nån patient på postop. som blir dålig, aldrig, aldrig nåt bekymmer.” AN-4

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev en bra teamkänsla formad av mångårigt samarbete vilket gjorde att gruppen tillsammans kunde arbeta för att få saker till stånd i akuta situationer. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att i akuta situationer släpptes all prestige och de gjorde sitt yttersta och samarbetade med alla för att få till det bästa för patienten.

Upplevelsen av nuvarande uppdrag

För de intensivvårds – och anestesijuksköterskor som tidigare arbetade med akutkirurgi upplevdes omställningen från akut verksamhet till planerad verksamhet som frustrerande. De beskrev att processen tog tid och tid beskrevs leda till acceptans. Det beskrevs om tankar på att söka sig till annat sjukhus och upplevelser av känslor som frustration och att nedläggningen av akutkirurgin var sorglig. Övergången från akut till planerad verksamhet kändes osäker och otillfredsställande innan tryggheten infann sig. Succesivt ändrades tankesättet utifrån rådande förutsättningar.

Utifrån den planerade verksamheten beskrevs känslor av tillfredsställelse, trygghet och upplevelse av att den kändes patientsäkert. Det beskrevs att operationsverksamhet utan akutkirurgi kändes som en självklarhet. Vidare beskrevs känslan av att det finns mycket att vinna på planerad kirurgi och att det upplevdes som om det kändes bra för patienterna på mindre enheter. Verksamheten upplevdes kompakt och flexibel. Det beskrevs också om känslor av att ej sakna akutkirurgin och upplevelser av tillfredsställelse och trygghet med verksamhetens uppdrag. Upplevelsen av arbetsmiljön var positiv. Vidare beskrevs också känslan av att alla sjukhus inte kan ha alla resurser. Det beskrevs om känslor av tillfredsställelse med förutsättningarna på en välfungerande verksamhet, utifrån att planerad kirurgi är uppdraget. Det beskrevs att verksamheten har formats till belåtenhet, en effektiviserad verksamhet med trygghet, trivsel och tydliga mål och en stark teamkänsla. Andra känslor som beskrevs var att arbetet med planerad kirurgi kändes positivt. Det upplevdes att patienterna uppskattade det som gjordes för dem och att de var tacksamma. Den positiva känslan beskrevs också komma av att inga tragiska händelser låg bakom behovet av vård för patienterna.

”Alltså det kanske är några enstaka svåra grejer som blir akut nu, som blir lite knöliga att ta i, men det är många gånger som det blir mycket bättre för det stora flertalet. Med mindre enheter som får göra vissa saker med vissa patienter.” I-1

Inom intensivvården kändes det bra att kunna ge ett bra omhändertagande för att patienterna ska vara nöjda. Känslan av att vara behövd för allvarligt sjuka patienter och en positiv upplevelse av den egna kompetensen. Upplevelsen av kunnig personal trots ett begränsat uppdrag och krävande situationer. Känslan av att kunna känna sig lugn trots stressig situation beskrevs också. Något annat som uttrycktes var att utan akutkirurgi görs det bästa utifrån förutsättningarna.

Önskan om förändring tillbaka till akutkirurgi/jourverksamhet beskrevs. Det ansågs att detta skulle kunna skapa trygghet. Känslan av att verksamheten bör få vara kvar beskrevs. Inom anestesi beskrevs en saknad efter nya erfarenheter. Det nämndes att ett traumateam borde finnas med tanke på frånvaro av akutkirurgi.

Att se vikten av närliggande vård

Inom operationsverksamheten beskrev anestesisyjuksköterskorna en känsla av frustration inför patienter som kommer in till sjukhuset med blödningar. Då upplevdes det långt med 10 mil till närmaste akutsjukhus och det beskrevs även att det hade känts bättre att kunna åtgärda komplikationen på plats. På intensivvårdsavdelningen upplevde intensivvårdssjuksköterskorna det som tidskrävande och problematiskt att beställa och ordna med transporter till patienter som behövde transporteras till sjukhus med akutkirurgi. Otrygghet och inte patientsäkert var benämningar som användes för att beskriva känslan som fanns under väntetiden på vidare transport. Det beskrevs en känsla av att det hade varit lättare att bara rulla in på operation. Två transportmedel som användes var sekundärtransport med ambulans eller helikopter och det beskrevs att det kunde vara tidskrävande att få dessa till sjukhuset för att vidare transportera patienter. Det beskrevs även att det ibland var osäkert om de ens kunde komma för att utföra transporter.

-”Och sen så, det här med att ringa helikopter och så, det är ju, det funkar ju bra, men det tar ju också tid. För att helikoptern kommer ju från [universitetssjukhuset], i bästa fall då, om inte den är ute på annat och flyger. Då får man ju ringa [länssjukhus], så det är ju det här med logistiken och transporterna som är, det är skört. Och sen gäller det ju att vädret är rätt också, för att är det dimma eller är det att det är för isigt, för hög luftfuktighet så att det blir isigt på propellern och sånt där då kan inte helikoptern åka heller. Så, nä, man sitter verkligen i klistret.” I-1

Det beskrevs om ett patientfall där det pågick en stor blödning och sjukhusets blodprodukter tog slut. Mer blod fick beställas från ett sjukhus som låg 10 mil bort och det upplevdes krångligt och tidskrävande då det mitt i den akuta situationen krävdes många telefonsamtal för att få till beställningen. Det beskrevs om ett annat patientfall med en stor gastrointestinal blödning där uppfattningen var att patienten måste iväg till ett annat sjukhus men ändå in i det sista beskrevs känslan av ett hopp om att kunna behålla patienten på sjukhuset. Det beskrevs av intensivvårdssjuksköterskorna om viljan att behålla patienten på sjukhuset för patienten och dess anhörigas skull då det beskrevs att det inte kändes bra att skicka patienter kors och tvärs runt om i länet. Upplevelser av att patienter med stora blödningar och aortaanerysm hade en sämre chans att överleva beskrevs. Det beskrevs också att ibland gick det bra att transportera patienterna, men ibland kändes avståndet för långt.

Det upplevdes att patienter som kunde åka vanlig ambulans utan narkosköterska kom iväg fort och dessa åkte oftast direkt från akutmottagningen. Det beskrevs att de patienter som var för allvarligt sjuka eller skadade för att åka vanlig ambulans däremot fick vänta väldigt länge. Väntan på sekundärtransport med anestesijuksköterska beskrevs ta minst 1 ½ timme om den ens fanns att tillgå. Ibland var personalbrist på sekundärtransport med ambulans anledningen till att det överhuvudtaget inte gick att tag på någon. Ibland beställdes ambulanshelikopter och det tog minst en timme innan den var på plats. Att inte ha sekundärtransport på plats beskrevs som ett problem. Tiden innan patienten kunde transporteras upplevdes vara väldigt viktig och den kunde leda till känslor av otrygghet.

” Det enda stället som har varken akutkirurgi eller narkosköterskor i tjänst mer än på kontorstid, dom fick ingen sådan utan vi får vänta. Och det är väl ett arbetsmiljöproblem kan man säga.” I-5

Vidare beskrevs också att vissa patienter ej var tillräckligt stabila för att kunna transporteras vidare. Att transportera patienter som låg i respirator kändes riskfyllt.

Att samverka med andra sjukhus

Anestesisjuksköterskor beskrev hur det kan inträffa saker på den postoperativa avdelningen där patienten krävde vård som inte kan tillgodogöras på sjukhuset. Det beskrevs även att det kan inträffa saker under pågående operationer där det krävdes annan apparatur än vad som finns på sjukhuset och då behövs samverkan med andra sjukhus.

-”Det har vi ju inte heller haft några jättestora grejer, för gallorna som åker iväg, det är ju egentligen ingen komplikation, att man hittar stenar, det är ju någonting som vi inte kan åtgärda, inte tillgång till rätt apparatur.” AN-3

I kontakten med andra sjukhus upplevdes det hos intensivvårds – och anestesisjuksköterskorna som om dessa inte alltid har kännedom om vilka resurser och vilket uppdrag sjukhuset har. Det beskrevs av intensivvårdssjuksköterskor om patienter på intensivvårdsavdelningen som behöver dialyseras och där det upplevdes ett motstånd vid ett övertagande av patienten då det mottagande sjukhuset menade att det borde skötas på det aktuella sjukhuset. Det beskrevs om en önskan om bättre förståelse från andra sjukhus om den verksamheten som bedrivs. Att det var svårt att vara det lilla sjukhuset och att det behövdes argumentation med de andra sjukhusen för att se till att patienterna får tillgång till den vård som krävdes. Det beskrevs att i akuta situationer upplevdes kontakten och konsultationen med andra sjukhus vara tidskrävande.

-”Och sen att det liksom ska vara bekräftat även från den läkare nudå som har hand om patienten. Måste ju även i en sån här akut situation ringa till kirurgen på [läns-sjukhuset] för att få bekräftat, för att få skicka patienten vidare till [universitets-sjukhuset] eller vart den nu ska då. Det tar ju också tid så det är mycket telefonsamtal i en sån här akut situation, jag tror det var fem samtal han fick ta precis mitt i det här kaoset som var.” I-2

Det fanns tillfällen då intensivvårdssjuksköterskorna tagit emot patienter på intensivvårdsavdelningen som varit i behov av kirurgi och att patienterna ibland nekades att få komma till ett akutkirurgiskt sjukhus och ibland hade patienten fått flyttas först efter heta diskussioner. Det berättades också om väl fungerande konsultering med andra sjukhus kring patienter som kunde stanna kvar på sjukhuset.

Upplevelse av tillgång till resurser och kompetens

Både anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor beskrev att i avsaknaden av akutkirurgi upplevdes intensivvårdsavdelningen som en trygghet. Det beskrevs om patientfall som utan stabilisering på sjukhuset hade avlidit under transporten vidare till de sjukhusen med akutkirurgi.

”Men då tänker jag alltså visst dom har tagit bort ganska mycket av [länsdelssjukhuset] och nu...man vet ju aldrig om hur framtiden kommer att se ut. Så om inte kanske bägge som jag har varit med om då med killen som hade ingen arm och den unge kvinnan med exet. Dom hade ju dött. Om inte [länsdelssjukhuset] hade funnits här, på plats. Och det är ju bedrövligt egentligen alltså.” I-4

Jourtid finns endast en anestesilog på plats och det beskrevs som en upplevd resursbrist.

” Vi är ju inget lag. I början var vi ju ett jourlag. Och först var vi ju här och sen så fick man vara hemma och sen så togs det bort helt och hållet för att det var så pass få incidenter. Så nu i dag finns det ingen jour överhuvudtaget utan det är ju en narkosläkare på huset.” AN- 5

Inom intensivvården beskrevs en känsla av att resursbrist hotade patientsäkerheten när operationspersonal och läkare inom kirurgi inte finns på plats under jourtid. Dagtid finns det läkare inom kirurgi och ortopedi på operation, men att dessa oftast inte kan omprioriteras från den planerade verksamheten. Det berättades också att ibland har till exempel en kirurg tagits från sin verksamhet för att hjälpa till att stabilisera patienter på akutmottagningen. Det beskrevs som att vissa resurser då berodde på bra samarbete, tur och att detta var beroende på när på dygnet detta skedde. Resursbrist beskrevs ofta skapa känslor av frustration.

”Det känns bristfälligt och liksom nä, det är inte vård på lika villkor och inte patientsäkert.” I-3

Det beskrevs att intensivvårdssjuksköterskorna ibland ringdes in tidigare till sitt arbetspass då bemanningen inte räckte till när allvarligt skadade patienter inkom till sjukhuset och det upplevdes kravfyllt. Det berättades också att samarbete i samband med större händelser oftast fungerade väldigt bra mellan olika instanser. Att det fanns en hjälpsamhet, sammanhållning och prestigelöshet som ofta skapade bra förutsättningar. Detta ledde till känslor av stolthet, dels över samarbete, men också över den egna insatsen. Inom intensivvården framkom att det kan skapa bra känslor när narkosläkaren har erfarenhet av liknande arbetsplatser och kan hantera situationer som kan uppstå. Andra känslor som beskrevs är frustration och ilska, frustration över att resurser saknas och ilska över att i avsaknad av resurser försöka hinna med det som kan göras i en akut, stressig situation. Det senaste benämndes även patientsäkert.

”Nej det fanns ju inte alls operationspersonal, ingen kirurg på plats, man har ju knappt så man kan föra kirurgisk journal utan man skriver på medicinsk. Det känns bristfälligt och liksom nä, det är inte vård på lika villkor och inte patientsäkert.” I-3

Anestesisjuksköterskorna upplevde att om komplikationer uppstod på operation fanns tryggheten med kompetenta kirurger med erfarenhet som kunde åtgärda komplikationerna på plats. Känslor av ovisshet kunde uppstå innan situationen stabiliserats. Den egna kompetensen, erfarenheten och beredskapen var viktig för upplevelsen av trygghet i sådana situationer. Det framkom även att kompetenskraven ökade och detta berodde på att patienter med ökad sjuklighet och ålder opereras inom den planerade verksamheten. Inom operationsverksamheten beskrevs det av anestesisjuksköterskorna att det begränsade antalet olika operativa ingreppen som genomfördes, ledde till stor erfarenhet av de ingreppen och att detta effektiviserade verksamheten. Operationsavdelningen var bemannade med erfarna anestesisjuksköterskor och detta upplevdes som en styrka.

Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte en oro inför framtiden vad det gäller bristen på specialistsjuksköterskor. De uttryckte en saknad av kompetensutveckling.

Diskussion

Huvudresultat

Syftet med studien var att, ur ett arbetsmiljöperspektiv, beskriva intensivvårds- och anestesijuksköterskors upplevelse av att arbeta på ett sjukhus utan akutkirurgi. Under analysen av intervjuerna framträdde sex kategorier. 1. *Att uppleva vikten av att rutiner följs* 2. *Att samverkan och personkännedom inom sjukhuset underlättar arbetet* 3. *Upplevelse av nuvarande uppdrag* 4. *Att se vikten av närliggande vård* 5. *Att samverka med andra sjukhus* och 6. *Upplevelse av tillgång till resurser och kompetens*.

Intensivvårds – och anestesijuksköterskorna upplevde att det var viktigt att följa rutiner. Att samverkan och personkännedom inom sjukhuset kan underlätta arbetet var ytterligare en upplevelse som beskrevs. De upplevde en tillfredsställelse med det nuvarande uppdraget, även om en önskan att få ett utökat uppdrag beskrevs. Vikten av att ha närliggande vård beskrevs och avståndet till närmaste akutsjukhus upplevdes som ett problem. Samarbetet med andra sjukhus beskrevs ibland fungera bra och ibland fick en kamp föregå samarbetet. Upplevelsen av tillgång till resurser och kompetens beskrevs där det framkom att resursbristen kunde skapa frustration.

Resultatdiskussion

Det framkom i studien att intensivvårds – och anestesijuksköterskorna upplevde att det var viktigt med rutiner för att undvika att hamna i situationer där sjukhusets resurser inte räckte till. Att rutiner upplevdes vara viktiga påvisades i en studie av Zhou et al. (2018) där efter implementering av rutiner kring en speciell behandling dels gav effektivare behandling och mer tillfrisknande samt ett minskat antal återbesök av dessa patienter. I en annan studie undersöktes incidenter inom en operationsverksamhet och det framkom att 27% av incidenterna kunde kopplas avsteg från rutiner och riktlinjer (Sundler, Johansson, E. Johansson, L. & Hedén 2018).

Det beskrevs av intensivvårds – och anestesijuksköterskorna att bra samarbete ansågs som en resurs. Samarbetet beskrevs ytterligare med ord som hjälpsamhet och sammanhållning. En studie som undersöker länken mellan samarbete hos personalen och mortaliteten hos patienterna på en intensivvårdsavdelning visar att arbetsgrupper som hade patienter med lägre mortalitet i större grad upplevde att samarbetet fungerade bättre än arbetsgruppen som hade patienter med högre mortalitet (Wheelan, Burchill &

Tilin 2003). Författarna till föreliggande studie ansåg att samarbetet som intensivvårds – och anestesijuksköterskorna beskrev, kan komma att skapa bra förutsättningar i den aktuella arbetsmiljön. Dessa förutsättningar kan komma att vara till fördel om komplikationer skulle uppstå inom den planerade operationsverksamheten eller om det kommer in svårt skadade patienter på sjukhuset. Samarbete som en nyckelfaktor gällande patientsäkerhet beskrevs även i andra studier (Boyd & Poghosyan 2017; Manser 2008). Enligt Susan Wheelans modell kan utifrån anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskornas beskrivningar antas att de befann sig i stadie 4, arbete och produktivitet. Stadie 4 karaktäriseras av stark sammanhållning, som beskrivs i föreliggande studie, och stark tillit som resulterar i en stark sammansvetsad grupp (Wheelan 2017).

I föreliggande studie beskrevs om upplevelser då patienter fick vänta på transportmedel och hur den väntan upplevdes otrygg. Väntetiderna kunde bero på att det inte fanns personal som bemannade sekundärtransporten varvid patienten fick stanna kvar på sjukhuset. Intensivvårdssjuksköterskorna fick tillsammans med övrig personal göra vad de kunde för patienten i väntan på att transport kunde ordnas. Det gjordes en studie på landsbygden i nordöstra USA där det framkom att patienter som behöver likande transporter blir fler, sjukare och mer resurskrävande (Misercola, Sihler, Douglas, Ranney & Dreifus 2016).

Intensivvårds – och anestesijuksköterskorna i föreliggande studie beskrev positiva känslor med sjukhusets nuvarande uppdrag. Även om akutkirurgins nedläggning till en början kändes frustrerande så hade förfluten tid lett till en acceptans. Anestesijuksköterskorna beskrev att den planerade verksamheten på sjukhuset kändes trygg och patientsäker. Författarna till föreliggande studie menar att den centralisering av många typer av vård som ses idag inte alltid behöver vara av det positiva slaget. En studie från landsbygden i Nepal visade hur ett försök att remittera kirurgiska patienter från ett sjukhus till andra mer specialiserade sjukhus resulterade i att även om operationerna i hög grad blev lyckade så blev kostnaderna alldeles för höga vilket gjorde att planer för att återinföra operationer lokalt på sjukhuset därifrån patienterna remitterades infördes (Fleming et al 2017). En annan studie gjord i Danmark visade att liknande centralisering hade ökat produktiviteten och ej visat några ekonomiska

förluster. Däremot beskrevs det att invånarna från mer avlägsna områden hade känt sig utlämnade vid centralisering av vården (Christiansen & Vrangbæk, 2018).

Att vårda en kritiskt sjuk eller skadad patient som väntar på transport till ett sjukhus med akutkirurgi beskrevs i föreliggande studie som frustrerande och otryggt. Att patienter med vissa diagnoser fick en sämre chans att överleva. I en studie gjordes en intervention med en patientgrupp där det utfördes något som benämndes akuta högrisk-bukoperationer. Interventionen bestod bland annat av att kirurgin skulle initieras inom sex timmar efter beslut om kirurgi. Akut bukröntgen skulle ske inom två timmar efter patientens ankomst till sjukhus. Mortaliteten hos interventionsgruppen minskade både på kort sikt och lång sikt (Tengberg et al. 2017). Att tidsaspekten är en viktig faktor vid akuta tillstånd där kirurgi behövs anser författarna delvis ligga till grund för den känsla av frustration och otrygghet som intensivvårds – och anestesijuksköterskorna upplevde. I en studie från Skottlands landsbygd framkom att situationen på de mindre sjukhusen upplevdes som problematisk med personalbrist som ett stort hinder. Ytterligare hinder som beskrevs var att läkare på sjukhusen inte alltid förstod vad som inte kunde utföras på plats utan patienten i fråga måste flyttas till ett annat sjukhus (Adams, Cole, Brundage, Morrison & Jansen 2018). Liknade upplevelser beskrevs av informanterna i föreliggande studie.

Intensivvårds - anestesijuksköterskorna upplevde ett bra samarbete relaterat till att ha arbetat länge tillsammans. Författarna kan här betona vikten av att få behålla en arbetsstyrka intakt under en längre tid. Inom sjukvården idag råder en brist på sjuksköterskor vilket har varit med bidragit till ett minskat antal vårdplatser. Prognosen för behovet av antalet grundutbildade sjuksköterskor ser för de närmsta åren inte lika dyster ut som tidigare. Prognosen för specialistsjuksköterskor ser dock negativ ut för perioden 2010–2025 (Socialstyrelsen 2018). Att som intensivvårds – och anestesijuksköterska inte få en stabil och intakt arbetsgrupp att verka inom kan vara förenligt med ett antal aspekter. I Wheelans modell beskrivs arbetsgruppen avancera genom de olika faserna genom utveckling tillsammans med gruppen för att hela tiden bli både tryggare och mer produktiv (Wheelan 2017). Den upplevda arbetsmiljöns inverkan på sannolikheten att lämna arbetsplatsen beskrevs i en annan studie (Leineweber et al 2016). Om arbetsgrupperna inte får vara intakta kan denna utveckling hämmas och i värsta fall stoppas enligt författarna till föreliggande studie. Tidigare

forskning visade också att teamarbete var en viktig faktor för patientsäkerhet, kvalitet på vården och personalens välbefinnande (Averlid & Bihari Axelsson 2012; Manser 2008).

I forskningen av Smeds Alenius et al. (2013) beskrevs hur sjuksköterskors upplevelse av arbetsmiljön är sammankopplad med hur de upplever patientsäkerheten. Några av de aspekter som mättes under faktorn arbetsmiljö var att det fanns tillräckligt med personal på arbetsplatsen, samarbetet dem emellan, sjuksköterskans samarbete med läkaren och hur arbetsgruppen hanterade olika situationer genom diskussion (Smeds Alenius et al. 2013). I en annan studie fann man starka samband mellan sjuksköterskors bedömning av patientsäkerhet och vårdkvalitet och patienter som dog på sjukhus inom 30 dagar efter allmän, vaskulär eller ortopedisk operation (Smeds Alenius, Tishelman, Lindqvist, Runesdotter & McHugh 2016). Författarna till föreliggande studie anser att det kan vara viktigt att tänka på hur bemanningssituationen kan påverka arbetsmiljön, arbetsgruppers samverkan och hur detta kan leda till hur intensivvårds – och anestesijuksköterskor upplever patientsäkerheten på sin arbetsplats.

I föreliggande studies resultat framkom upplevelser av att rutiner är viktiga. Inom operationsverksamheten beskrevs de vara till hjälp för att undvika komplikationer. I en studie av Dabija, Fedog, Engström & Gustafsson (2019) beskrev anestesijuksköterskor vikten av rutiner vid intubering av patienter med svår luftväg. Det beskrevs att noga planering innan ingreppet, nära samarbete med anestesilog, metodiskt arbete och teamarbete, med en uttalad ledare minskade stressnivån. Vidare beskrevs att dessa faktorer kunde minska stressnivåer och skapa ordning vilket ansågs minska risken för allvarliga konsekvenser (Dabija et al. 2019). Även här kan Wheelans modell (Wheelan 2017) betona vikten av att utvecklas som arbetsgrupp. I en situation där stress kan uppstå och orsaka risker vid ingrepp är det en fördel om gruppmedlemmarna är trygga med varandra och medvetna om sina roller. En bra samarbetande arbetsgrupp med tydliga rutiner kan minska stressnivåer och i förlängningen minska risken för allvarliga komplikationer tror författarna till föreliggande studie.

I föreliggande studie framkom upplevelser av att det kändes viktigt med fast anställda läkare, då bra samarbete beskrevs öka med tiden. I en studie från 2017 undersöks samarbetet mellan intensivvårdssjuksköterskor och anesthesiologer. Resultatet antyder det upplevda samarbetet som dåligt med en följande negativ inverkan på

intensivvårdssjuksköterskornas upplevda självbestämmande (Georgiou, Papathanassoglou & Pavlakis 2017). Det resultatet kan ställas i relation till en studie av Tao, Ellenbecker, Wang och Li (2015) där intensivvårdssjuksköterskor beskrev att skäl till att lämna sitt arbete var bland annat brist på respekt från anestesiologer. Samarbetet inom operationsteam beskrevs i en studie av Sexton, Thomas och Helmreich (2000) där 73% de inblandade läkarna beskrev ett bra samarbete sinsemellan. I samma studie beskriver endast 25% av anestesijuksköterskorna ett bra samarbete med de olika läkarna. Detta kan ytterligare bekräfta det intensivvårdssjuksköterskorna i föreliggande studie beskriver om att ett bra samarbete tar tid att utveckla.

Metoddiskussion

Föreliggande studie genomfördes med en kvalitativ ansats med beskrivande design. Då studiens syfte var att beskriva intensivvårds – och anestesijuksköterskors upplevelser av att arbeta på ett sjukhus utan akutkirurgi passade valet av kvalitativ ansats bra (Polit & Beck 2012). För att vidare diskutera studiens tillförlitlighet kommer vi att se hur den utfördes genom tre aspekter, det som Graneheim och Lundman (2004) menar är viktiga för den kvalitativa forskningens tillförlitlighet. Aspekterna är pålitlighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

Föreliggande studies pålitlighet har påverkats positivt genom ett antal faktorer. Begreppet beskrivs av Polit och Beck (2012) som hur pålitligt en studies resultat är. Att urvalet blev ett bekvämlighetsurval kan betraktas som en svaghet men de informanter som deltog i studien hade varierad erfarenhet, ålder och till viss del även kön vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) kan ge en rikare variation på insamlade data och därmed en ökad pålitlighet. Under analysfasen hade författarna i åtanke att de meningsbärande enheterna inte skulle bli för långa och ej heller för korta då det ökar risken för förlust av vital information. Vidare delades analysprocessen med handledare och medstudierande under skapandet av meningsbärande enheter, koder och kategorier vilket allt sammantaget kan ge en ökad pålitlighet (Graneheim & Lundman 2004). Författarna valde sedan i studien att under varje kategori ha med ett antal citat från informanterna. Detta gjordes för att visa skillnader mellan och likheter inom kategorier vilket också kan öka studiens pålitlighet.

Vad gäller studiens tillförlitlighet, vilket enligt Polit och Beck (2012) kan beskrivas som insamlad datas tillförlitlighet så finns både styrkor och svagheter. En styrka kan vara att insamlandet av data skedde under en kortare tidsperiod vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) kan styrka tillförlitligheten. Ytterligare styrkor kan vara författarna genomförde en pilotintervju samt använde sig av en intervjuguide med ett antal förutbestämda frågor som senare användes till alla intervjuerna. Den noggranna transkriberingen och granskningen av datamaterialet kan vara till fördel för studiens tillförlitlighet (Graneheim & Lundman 2004). En svaghet i fråga om studiens tillförlitlighet kan ha varit att ingen av författarna hade någon erfarenhet av kvalitativ forskning samt av att intervjua informanter. Författarna valde att tillsammans utföra de fyra första intervjuerna tillsammans för att sedan utföra resterande intervjuer var för sig. Det valet kan ha varit till nackdel för studiens tillförlitlighet. En annan aspekt som kan ha inverkat på studiens resultat var att båda författarna har erfarenhet av att arbeta på det länsdelssjukhus där informanterna arbetade. Författarnas ambition var att vara objektiv. Överförbarhet beskrivs av Polit och Beck (2012) som en studies överförbarhet. I föreliggande studie skapades ett *metodavsnitt* där urvalsprocess, deltagare, datainsamlingsmetod och hur data analyserats finns beskrivet, för att läsaren själv skall kunna avgöra överförbarheten.

Kliniska implikationer

Studien syftade till att belysa intensivvårds – och anestesijuksköterskors upplevelse av sin arbetsmiljö i sitt arbete i frånvaro av akutkirurgi på ett litet sjukhus. Specialistsjuksköterskor är en brist inom sjukvården i dag och detta är inget undantag på mindre sjukhus. De upplevelser som beskrevs var mestadels positiva inom den planerade operationsverksamheten. Det beskrevs att bra samarbete, tydliga rutiner och riktlinjer var framgångsfaktorer. Vid sjukhusets intensivvårdsavdelning beskrevs frustration vid arbetet med de kirurgiska patienter som med ambulanstransport behövde transporteras till sjukhus med akutkirurgi. Genom att beakta dessa beskrivningar vid eventuella förbättringsarbeten gällande arbetsmiljön kan den kanske omformas till det bättre för svårt sjuka och/eller skadade patienter som kommer till sjukhuset. Att göra förbättringsarbeten på sjukhuset och dess arbetsmiljö med föreliggande studies resultat i beaktande kan även verka positivt för att få behålla befintlig personal inom anesthesi- och intensivvården.

Förslag på fortsatt forskning

Författarna är väl medvetna om att resultatet från kvalitativa studier inte kan appliceras på en större population, men det kan ge en vägvisare när det kommer till att planera för ny och ytterligare forskning. Då det finns forskning som visar på sambandet mellan en positiv upplevelse av sin arbetsmiljö och en förbättrad patientsäkerhet menar författarna att det är av vikt att fortsätta utforska detta, speciellt på sjukhus där resursbrist råder och där den upplevda patientsäkerheten är påverkad. Ett annat område att utforska kan vara att undersöka hur många svårt skadade eller sjuka patienter som primärt hamnar på fel vårdnivå. Författarna till föreliggande studie fann det svårt att hitta sådan statistik när de gjorde undersökningar inför studien. Ytterligare ett exempel kan vara att undersöka utgången för just de patienterna.

Slutsats

Resultatet i föreliggande studie kan bidra till att öka förståelsen för hur intensivvårds – och anestesijuksköterskor upplever sin arbetsmiljö på ett sjukhus som saknar akutkirurgi. Det framkom att de hade en god upplevelse av sitt nuvarande uppdrag inom den planerade operationsverksamheten. Vid akuta tillstånd där svårt skadade eller sjuka patienter kom in till sjukhuset upplevdes frustration med de resursbrister som fanns. Att transportera patienter vidare till sjukhus med akutkirurgi kunde upplevas som tidskrävande och inte patientsäkert.

Referenser

- Adams, R.D.F., Cole, E., Brundage, S.I., Morrison, Z. & Jansen, J.O. (2018). Beliefs and expectations of rural hospital practitioners towards a developing trauma system: A Qualitative case study. *International Journal of the Care of Injured*, 49(6), ss. 1070 - 1078. doi:org/10.1016/j.injury.2018.03.025
- Al-Qahtani, S. & Al-Dorzi, H.M. (2010). Rapid response system in acute hospital care. *Annals of Thoracic Medicine*, 5(1), ss. 1 - 4. doi:10.4103/1817-1737.58952
- Averlid, G. (2017). Norwegian Nurse Anesthetist Perceptions of Professional Development and the Influence of Production Pressure. *AANA Journal*, 85(5), ss. 345-351.
- Averlid, G. & Bihari Axelsson, S. (2012). Health- Promoting Collaboration in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway. *AANA Journal*, 80(4), ss. 574-580.
- Baerenholdt, M. & Mark, B.A. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of Nursing Management*, (17), ss. 994-1001. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01027.x
- Boyd, D. & Poghosyan, L. (2017). Certified Registered Nurse Anesthetist Working Conditions and Outcomes: A Review of the Literature. *AANA Journal*, 85(4), ss. 261-269.
- Christiansen, T. & Vranbaek, K. (2018). Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on. *Health Policy*, 122(4), ss. 321-328. doi: 10.1016/J.HEALTHPOL.2017.12.009
- Dabija, M., Fedog, F., Engström, Å. & Gustafsson, S. (2019). Difficult Airways: Key Factors for Successful Management. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(1), ss. 151-159. doi:org/10.1016/j.jopan.2018.03.008

Fleming, M., King, C., Rajeev, S., Baruwal, A., Schwarz, D., Schwarz, R., Khadka, N., Pande, S., Khanal, S., Acharya, B., Benton, A., Rogers, S.O., Panizales, M., Gyorki, D., McGee, H., Shaye, D. & Maru, D. (2017). Surgical referral coordination from first-level hospital: a prospective case study from rural Nepal. *BMC Health Services Research*, 17:676, ss. 1-8. doi:10.1186/s12913-017-2624-2

Freeman, L., Fothergill-Bourbonnais, F. & Rashotte, J. (2014). The experience of being a trauma nurse: A phenomenological study. *Intensiv and Critical Care Nursing*, 30(1), ss. 6-12. doi:10.1016/J.ICCN.2013.06.004

Georgiou, E., Papathanassoglou, E. & Pavlakis, A. (2015). Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in cypriot critical care nurses. *Nursing in Critical Care*, 22(1), ss. 29-39. doi:10.1111/nice.12126

Gran Bruun, A.M. (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens. I Hovind, I.L. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 17-30.

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), ss.105-112. doi:10.1016/J.NEDT.2003.10.001.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idè till examination inom*. Lund: Studentlitteratur.

Kidd, T., Kenny, A.& Meehan-Andrews, T. (2012). The experience of general nurses in rural Australia emergency departments. *Nurse Education in Pracctice*, 12(1), ss. 11-15.

Kongstad, P.C. (2016) Prehospital akutsjukvård – ambulanssjukvård. I Lindahl, S. GE., Winsö, O. & Åkeson, J. (red.) *Anestesi*, ss. 615-637. Stockhol: Liber.

Larsson, A. & Rubertsson, S. (2012). *Intensivvård 2*. Stockholm: Liber.

Leineweber, C., Chungkham, H.S., Lindqvist, R., Westerlund, H., Runesdotter, S., Smeds Alenius, L. & Tishelman, C. (2016). Nurses practice enviroment and saisfaction

with schedule flexibility is related to intention to leave due dissatisfaction: A multi-country, multilevel study. *International Journal of Nursing Studies*, 58, ss. 47-58. doi:org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.003

Lindqvist, R., Smeds Alenius, L., Griffiths, P., Runesdotter, S. & Tishelman, C. (2015). Structured characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. *Journal of Nursing Management*, 23, ss. 263-274. doi:10.1111/jonm.12123

Manley, W.G., Furbee, P.M., Coben, J.H., Smyth, S.K., Summers, D.E., Althouse, R.C., Kimble, R.L., Kocsis, A.T. & Helmkamp, J.C. (2006). Realities of Disaster Preparedness in Rural Hospitals. *Disaster Management & Response*, 4(3), ss. 80-87. doi:10.1016/J.DMR.2006.05.001

Manser, T. (2008). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *ACTA Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, ss. 143-151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717

Meyer, Käthe (2009). Intensivvårdssjuksköterskans funktion och ansvarsområden. I Stubberud, D.G., Gullbrandsen, T., Langdalen, A., Toverud, K.C. & Westvig, L. (red.) *Intensivvård: Avancerad omvårdnad och behandling*, ss. 19-38. Lund: Studentlitteratur.

Misericola, B., Sihler, K., Douglas, M., Raney, S. & Dreifus, J. (2016). Transfer of acute care surgery patients in a rural state: a concerning trend. *Journal of Surgical Research*, 206, ss. 168-174. doi:org/10.1016/j.jss.2016.06.090

Moszczyński, A.B. & Haney, C.J. (2002). Stress and coping of Canadian rural nurses caring for trauma patients who are transferred out. *Journal of Emergency Nursing*, 28(6), ss. 496-504. doi:10.1067/MEN.2002.129727

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018)

<https://www.vardanalys.se/rapporter/en-akut-bild-av-sverige/> [2019-04-10]

Penn, M. & Ruthman, J. (2005). Assessing the degree of involvement of certified registered nurse anesthetists in airway management and trauma stabilization in rural hospitals. *AANA Journal*, 73(3), ss. 191-196.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins

Sandström, L., Nilsson, C., Juuso, P. & Engström, Å. (2016). Experiences of nursing patients suffering from trauma-preparing for the unexpected: A qualitative study. *Intensiv and Critical Care Nursing*, 36, ss. 58-65. doi:10.1016/J.ICCN.2016.04.02

Sexton, J.B., Thomas, E.J. & Helmreich, R.L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 320, ss. 745-749.

Smeds Alenius, L. Tishelman, C., Lindqvist, R., Runedotter, S. & McHugh, M.D. (2016). RN assessments of excellent quality of care and patient safety are associated with significantly lower odds of 30-day inpatient mortality: A national cross-sectional study of acute-care hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 61, ss. 117-124. doi:org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.005

Smeds Alenius, L., Tishelman, C. Runesdotter, S. & Lindqvist, R. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs' working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality Safety*, 23, ss. 242-249. doi:10.1136/bmjqs-2012-001734

Socialstyrelsen (2018).

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21123/2018-12-1.pdf> åtkomst [2019-04-08]

SOS Alarm (2019).

<http://www.sosalarm.se/vara-tjanster/halso-och-omsorg/ambulansbestallning/>

åtkomst [2019-04-06]

SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sveriges Riksdag.

Sundler, A.J., Johansson, E., Johansson, L. & Hedèn, L. (2018). Incidents reported by nurse anaesthetists in the operating room. *Journal of Interprofessional Care*, 32(6), ss. 699-705. doi:org/10.1080/13561820.2018.1500452

Sundqvist, A-S., Nilsson, U., Holmefur, M. & Anderzèn-Carlsson, A. (2017). Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 2403-2415. doi:10.1111/jocn.14181

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård SFAI (2015).

<https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/ASA-klassifikation-på-svenska-151101.pdf>

åtkomst [19-04-05]

Svensk Sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017).

[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet/teamarbete.och.forbattringskunskap.pdf)

[sjukskoterskeforening/kvalitet/teamarbete.och.forbattringskunskap.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet/teamarbete.och.forbattringskunskap.pdf) åtkomst [2019-04-05]

Sveriges Kommuner och Landsting SKL (2009). *Utveckling i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm.

<https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/utvecklingen-i-svensk-halso-och-sjukvard-struktur-och-arbetsatt-for-battre-resultat.html> åtkomst [2019-03-27]

Tao, H., Ellenbecker, C.H., Wang, Y. & Li, Y. (2015). Examining perception of job satisfaction and intention to leave among ICU nurses in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 2, ss. 140-140.

Tengberg, L.T., Bay-Nielsen, M., Biscard, T., Cihoric, M., Lauritsen, M.L. & Foss, N.B. (2017). Multidisciplinary perioperative protocol in patients undergoing acute high-risk abdominal surgery. *BJS*, 104(4), ss. 463-471. doi:10.1002/bjs.10427

Valeberg, B.T. (2013). Preoperative information och bedömning. I Hovind, I.L. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*, ss. 321-330. Lund. Studentlitteratur.

Wheelan, S.A. (2017). *Att skapa effektiva team: en handledning för ledare och medlemmar*. Lund: Studentlitteratur.

Wheelan, S.A., Burchill, C.N. & Tilin, F. (2003). The Link Between Teamwork and Patients: Outcomes in Intensiv Care Unites. *American Journal of Critical Care*, 12(6), ss. 527-534.

Världshälsoorganisationen WHO (2019).

https://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf åtkomst [2019-03-27]

Zhou, F., Chandra, K., Sohi, D., Robertson, C., Fraser, J., Scoville, J., DeSousa, N., Vaillancourt, C. & Atkinson, P.R. (2018). Do Guidelines Influence Emergency Department Staff Behaviors and Improve Patient Outcomes? Evaluation of a Multifaceted Intervention for the Implementation of Local Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Guidelines. *Cureus*, 10(11), ss. 1-12.
doi:10.7759/cureus.35