

**SVÅRA OCH PÅFRESTANDE HÄNDELSER PÅ EN
AKUTMOTTAGNING**

Sjuksköterskors upplevelser

**DIFFICULT AND TRAUMATIC INCIDENTS IN AN EMERGENCY
DEPARTMENT**

Nurses experiences

Specialistsjuksköterskeprogrammet -
inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 140616
Kurs: HT12

Författare:
Ulrika Lindh

Handledare:
Helena Sjölin

Examinator:
Agneta Wennman-Larsen

SAMMANFATTNING

Bakgrund: På en akutmottagning utsätts personalen för många situationer och händelser. Arbetstempot är ofta högt och lite tid ges till reflektion. **Syfte:** Att undersöka vilka svåra och påfrestande händelser som kan uppstå på en akutmottagning samt vilka behov av uppföljning som fanns utifrån sjuksköterskans perspektiv. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie. Åtta intervjuer gjordes med sjuksköterskor på Södersjukhusets akutmottagning. Samtliga intervjuer spelades in, transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen av intervjuerna resulterade i fem teman: Händelser som stannat kvar, Att känna med patienten, Samarbete, Strategier och Uppföljning med tillhörande subteman. **Slutsats:** Det fanns många händelser, allt ifrån människoöden som de intervjuade kunde identifiera sig med till känslor av uppgivenhet inför arbetet och de människor de mötte. Studien visar att det är svårt att arbeta med människor utan att bli berörd ibland. Sjuksköterskorna på akutmottagningen bär med sig många händelser som stannat kvar, både nya men även många gamla upplevelser. Det är en del av arbetet. Det finns olika behov av debriefing, men korta avstämningar för att fånga upp alla i teamet ansågs positivt.

Nyckelord: Händelser, akutmottagning, sjuksköterskor, känslor, återkoppling.

ABSTRACT

Background: In an emergency room the staff is often exposed to many situations and incidents. The work pace is often high and little time is given for reflection. **Study objective:** To explore the difficult and stressful incidents that can occur in an emergency department and the need for follow-up based on the nurse's perspective. **Method:** A qualitative study. Eight nurses at Södersjukhusets emergency department were interviewed. All the interviews were taped and transcribed. A thematic content analysis was performed. **Results:** The analysis from the interviews resulted in five themes: Incidents that stayed, to empathize with the patient, Collaboration, Strategies and Follow-up, with subthemes. **Conclusion:** There's many incidents, everything from human destinies that the interviewed could relate to, to feelings of resignation for the work and the people they met. The study shows that it is difficult to work with people without being affected sometimes. The nurses in the emergency department carried many incidents, both new as well as many old experiences. It is part of the work. There are different needs for debriefing, but a short break for everybody in the team to talk was considered positive.

Keywords: Incidents, emergency department, nurses, feelings, debriefing.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING/ABSTRACT

BAKGRUND	1
Svåra händelser	1
Akutsjukvård	1
Plötslig död	1
Reaktioner	2
Hot, våld och klagomål	2
Stress	3
Expertsjuksköterskan på akutmottagningen	4
Sjuksköterskans omvårdnadsroll	4
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	5
Design	5
Urval	5
Datainsamling och genomförande	5
Dataanalys	7
Trovärdighet	9
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	11
Händelser som stannat kvar	12
Att känna med patienten	14
Samarbete	15
Strategier	15
Uppföljning	17
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Slutsats	24
Fortsatt forskning	24
REFERENSLISTA	25
Bilaga I	Verksamhetschefens medgivande till studie
Bilaga II	Intervjuguide
Bilaga III	Forskningspersonsinformation och samtyckesformulär

BAKGRUND

Svåra händelser

Sjukvårdspersonal är en av de grupper som i stor utsträckning utsätts för svåra och/eller traumatiska händelser. En svår och traumatisk händelse kan vara när sjukvårdspersonal utsätts för en händelse som orsakar ovanligt intensiva och starka reaktioner hos den enskilde individen som inte de vanliga försvarsmekanismerna klarar av (Buijssen, 1998; Magyar & Theophilos, 2010).

Enligt Arbetsmiljöverket (1999:7) skall det finnas beredskap och rutiner för hur svåra och ibland traumatiska händelser ska hanteras i efterförloppet i form av krishantering, avlastningssamtal eller återkoppling. Stödet skall planeras, genomföras och följas upp för att minska risken för ohälsa hos personalen (AFS, 1999:7).

Akutsjukvård

Patientantalet på akutmottagningar är idag stort, framförallt ökar antalet av äldre patienter som söker med många och komplicerade sjukdomar (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; Kihlgren, Nilsson & Sörlie, 2005). Samtidigt dras vårdplatser in och personal minskas, vilket i sin tur leder till längre väntetider samt en ökad stress för personalen som inte hinner ta hand om alla patienter, utan tvingas prioritera de svårast sjuka. En av sjuksköterskornas huvuduppgifter är att organisera hela vården runt patienten. De kategoriserar och prioriterar patienterna samt har ansvar för de patienter som väntar på att få vård på akutmottagningen. Många äldre patienter hamnar också i kläm på akutmottagningen, då det ofta inte är den rätta platsen för dem och varken tid, plats och resurser finns. (Kihlgren et al., 2005). Enligt Åkerström (1997) skulle många av patienterna kunna söka primärvården och personalen på akuten delar ofta in patienterna som de rätta och de som skulle sökt någon annanstans. Patienterna däremot, anser själva att de är så pass sjuka att de bör söka akutmottagningen. I många fall leder detta till lång väntan som i sin tur ibland leder till aggressioner mot personalen. Personal som arbetar på akutmottagningen måste på så kort tid som möjligt ta hand om många patienter, vilket gör att de icke-akuta patienterna prioriteras bort, men de ansvarar dock för att alla ska få ett gott bemötande, både medicinsk och omvårdnadsmässigt (Nyström, Nydén, & Petersson, 2003; Åkerström 1997). Den höga arbetsbelastningen och de stora flödena av patienter i kombination med många organisationsförändringar, skiftarbete, ledarskapsproblem och lönenivån gör att många sjuksköterskor på akutmottagningar ibland inte orkar arbeta kvar (Sawatzky & Enns, 2012).

Plötslig död

En ny sjuksköterska på en akutmottagning beskriver hur hon på en dag upptäckte den sanna meningen med orden liv och död; att någon kunde komma in levande klockan 1.15 och sedan vara död 2.33 (Gonzalez & Lenehan, 2005). Hon beskriver att upplevelsen skiftade mellan upphetsning, hopp och rädsla, till förtvivlan, hjälplöshet, sorg och ilska. Det är viktigt att gå igenom denna händelse och lära sig något av den och kunna gå vidare. Page och Meerabeau (1996) skriver att hjärtstopp är välkänt som ett av de mest stressfulla och fruktade tillfällena för majoriteten av de som är inblandade och att det genererar stor ångest. För att kunna lära av det inträffade måste man få tillfälle att tillkännage de känslor som väcks och att lärandet är i behov av debriefing så att man kan framkalla de positiva känslorna istället för de negativa. De

teorikunskaper som fanns gav, enligt forskarna, väldigt lite när det gällde att förbereda för den verkliga situationen och det hårda arbete som det innebar. En del av de intervjuade sjuksköterskorna kände sig fast med sina känslor. En del beskrev även situationer med humor och skratt som ett slags copingstrategi i situationer där de inte hade kontroll (Page & Meerabeau, 1996). Gamble (2001) finner liknande uttryck, att fysisk och psykisk stress efter ett hjärtstillestånd kunde uttryckas både verbalt och ickeverbalt med sorg och skratt eller enormt adrenalinpåslag. Stressen var ofta beroende på hur involverad man var i patienten. Särskilt oerfarna sjuksköterskor hade stor nytta av debriefing efter till exempel ett hjärtstopp, enligt författaren. Dels för att många inte inser själv att de påverkats av händelsen, men för att debriefing och stöd kan minska stressen och leda till ökad inläring istället.

Enligt Covell (2006) känner sig ofta sjuksköterskor osäkra och rädda och har ofta orealistiska förväntningar på sin roll vid hjärtstillestånd hos patienter. Ofta är de rädda att ha missat något viktigt symptom och bedömer ofta sin kompetens beroende på om patienten överlever eller inte. Brist på erfarenhet är en av de största barriärerna till detta och sjuksköterskorna föreslår mer övning och helst tillsammans med läkarna.

Reaktioner

En studie som jämför dödsångest hos hospice- och akutsjuksköterskor (Payne, Dean & Kalus, 1998) visar att hospicesjuksköterskor som konfronteras med döden på en daglig basis är mer bekväma med den rollen än akutsjuksköterskor, vilka anser att deras största roll är att ge livsräddande vård till kritiskt sjuka eller sårade patienter. Akutsköterskorna är dock medvetna om att inte alla går att rädda och att det då är viktigt att stödja anhöriga. Plötsliga dödsfall är ansett som en av de mest traumatiska livshändelserna, men ändå är det mycket lite forskat om dess effekt på akutsjuksköterskorna och mer än hälften av sjuksköterskorna kände sig oförberedda på plötsliga och traumatiska dödsfall. Fler akutsköterskor än hospicesköterskor fortsatte tänka på det som hänt under en jobbig dag när de kom hem. Alla som arbetade på hospice kände att de kunde tala med sina kollegor efter jobbiga händelser, men 20 procent av akutsköterskor kände inte detta stöd från sina kollegor. Personalen var osäker på vad det skulle få för reaktioner och vad folk skulle säga.

Hot, våld och klagomål

Hislop och Melby (2003) intervjuade sjuksköterskor om våld och hot på en akutmottagning. Alla som medverkade i studien uttryckte känslor av frustration och hjälplöshet över att bli behandlade illa av patienterna och deras anhöriga. De uttryckte viss förståelse över att de kunde bli upprörd över väntetiden men tyckte att det var konstigt att de inte kunde acceptera att andra var sjukare och behövde gå före. Det kunde också kännas orättvist att all ilska gick ut över dem som faktiskt försökte hjälpa dem mest, det vill säga sjuksköterskorna. De kände sig som en portvakt mot målet för patienternas besök, att träffa läkaren, och att de ibland upplevde det som om hela väntrummet hatade dem. Sjuksköterskorna kände stort stöd i sina kollegor på akuten och att de var svårt för andra utomstående att förstå hur verkligheten på akuten ser ut.

Studier i USA har visat att av en till två miljoner arbetsrelaterade överfall, sker drygt hälften av dem inom vården och majoriteten av dem sker på akutmottagningar och inom psykiatri (Erickson & Williams-Evans, 2000). Ungefär hälften av alla skador som drabbar vårdpersonal beror på patientöverfall. De flesta överfall rapporteras inte då personalen ibland anser att det hör till jobbet. Andra orsaker är bristande kunskap om vad som är ett överfall, rädsla för man

själv gjort något för att orsaka överfallet samt att det är tidskrävande att anmäla. Den vanligaste formen av överfall är den verbala formen, följd av hot och fysiska överfall. Studien visade att 82 procent av sjuksköterskorna hade blivit fysiskt överfallna av patienter under sin yrkesverksamma karriär (av dessa var 29 % inte anmälda), 56 procent under det senaste året. Drygt hälften av sjuksköterskorna hade upplevt ett till tre överfall under sin karriär. Bara två procent av sjuksköterskorna kände sig trygga på jobbet hela tiden, 34 procent kände sig trygga nästan hela tiden (Erickson & Williams-Evans, 2000). Crilly, Chaboyer och Creedy (2004) visar på ungefär samma siffror i sin studie gjord i Australien, där 70 procent av sjuksköterskorna rapporterade att de utsatts för våld inom de senaste fem månaderna. 53 procent utsattes för verbalt våld och 29 procent av både verbalt och fysiskt våld. Den vanligaste formen av verbalt våld var fula ord och svärord, medan den vanligaste formen av fysiskt våld var att bli knuffad. Ungefär 67 procent av de patienter som visade på våldsamt beteende väntade sällan på sin behandling och de hade oftast varit mindre än en timme på akuten. Många av patienterna som bråkade hade psykiska problem och/eller var påverkade av droger och alkohol.

Åkerström (1997) beskriver situationer på en akutmottagning i Sverige. Sjuksköterskorna berättar om när patienter klagar på väntetiden, ”är det detta vi betalar skatt för?” eller ”om doktorn inte kommer om en halvtimme så går jag!”. De väntande patienterna vill veta exakt hur lång väntan blir vilket är omöjligt att bedöma ibland. De svårast sjuka patienterna går alltid före och de som klagar mest är ofta de patienter som inte är riktiga akutpatienter. Det beskrivs också väntesituationer när patienten eller dess anhöriga lämnat väntrummet och är inne på akuten i ett rum, och hur de först ställer sig i dörröppningen med armarna i kors och står och stirrar på personalen. Därefter avancerar de ut i korridoren och närmre och närmre disken där personalen befinner sig. Ofta ansågs det att om personalen ”bara satt där” så arbetade de inte. Bråkiga patienter flyttades ibland strategiskt ut från väntrummet in på akuten till ett rum eller en brits i en korridor. Målet med besöket är att träffa läkaren och hur mycket de än hade klagat till personalen tidigare angående den långa väntan, var de oftast väldigt vänliga i rösten mot läkaren. Detta fann många sjuksköterskor irriterande och till och med försökte provocera patienten att nämna detta inför läkaren (Åkerström, 1997).

Stress

Personal på akutmottagningar som varit med om känslomässigt stressfulla händelser som antingen varit livshotande för dem själva eller någon patient visade ofta symtom på posttraumatisk stress enligt Skogstad et al. (2013). De som bevittnade en livshotande situation var ofta benägna att härleda sin posttraumatiska stress till personlig svaghet. Laposa, Alden och Fullerton (2003) resultat visar på att personalkonflikter på arbetsplatsen var den största risken för att utveckla posttraumatiska stresssymtom. Stress av organisatoriska och patientrelaterade problem var mindre problematiska. De flesta av respondenterna i studien medverkade inte på erbjudna debriefingmöten som organiserades på arbetsplatsen efter traumatiska händelser, dock var det många som minskade ner på arbetstimmarna efteråt och 20 procent övervägde att byta jobb efter händelsen. En positiv arbetsmiljö gör att akutpersonal löper mindre risk att bli traumatiserade av sitt arbete, liksom stödjande relationer.

Cooke, Holzhauser, Jones, Davis och Finucane (2007) beskriver den stora ångest och stress som många sjuksköterskor upplever genom ökade arbetsuppgifter samt ökad arbetsbelastning på grund av större patientflöden och kollegors sjukfrånvaro. Studier gjordes för att se om man kunde minska ångest- och stressnivån genom massage med aromaterapi och musik, och man jämförde även om det fanns någon skillnad mellan vinter och sommar. Före massage

upplevde 54 procent i sommargruppen och 65 procent i vintergruppen en normal till extrem ångest/stress. I båda grupperna blev resultatet gott, 92 procent i båda grupperna upplevde liten eller ingen ångest/stress efter massagen (Cooke et al., 2007).

Rädsla för att göra fel är något som Henneman, Blank, Gawlinski och Henneman (2006) beskrev och fann olika strategier hos sjuksköterskor. Allt från att arbeta förebyggande för att förhindra fel, att ständigt dubbelkolla det de gjorde till att säga till när någon annan gjorde fel och erbjuda sig att hjälpa till. Att vara del i ett effektivt team ansågs som viktigt och om samarbetet inte flöt på kunde även detta vara ett hot mot patientsäkerheten.

Expertsjuksköterskan på akutmottagningen

Sjuksköterskan är oftast den person som alltid finns tillgänglig på avdelningar och akutmottagningar och de är oftast medvetna om helheten. Benner (1993) beskriver hur sjuksköterskan passerar fem olika stadier vid förvärvandet av kunskap; Novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig samt expert. Som nybörjare saknar man erfarenhet av de situationer som man förväntas möta. Som avancerad nybörjare har man klarat av några verkliga situationer, själv eller med hjälp av handledare. Som kompetent har du arbetat under samma eller liknande omständigheter i två till tre år. Kompetensen utvecklas när sjuksköterskan börjar se sina egna handlingar och fastställandet av planer. Som skicklig sjuksköterska uppfattar man situationer som en helhet och kan styra sina handlingar. En expertsjuksköterska är ofta medveten om allt ifrån den övriga personalen, de som inte kommit till expertstadiet ännu, till patienternas behov och vilka tillgängliga resurser som finns. De har den totala bilden på sin enhet. Expertsjuksköterskan är ofta van att organisera, prioritera och delegera vidare. De vet hur de ska uppträda i oförutsedda situationer och kan anpassa sina planer efter det. Sjuksköterskan försöker upptäcka förändringar hos patienten på ett tidigt stadium, för att därefter vid behov påkalla läkares uppmärksamhet och tar hand om situationen till dess läkare kan komma (Benner, 1993).

Sjuksköterskans omvårdnadsroll

Sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnaden kring patienterna. Att ge god omvårdnad är att kunna se patienten ur ett helhetsperspektiv. Detta innebär att sjuksköterskan ska uppmärksamma patientens fysiska, psykiska, sociala, kulturella och existentiella behov och använda specifika omvårdnadsåtgärder. Omvårdnaden skall ske utifrån gällande riktlinjer, rutiner och författningar. Sjuksköterskan skall även uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och om möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder samt med omdöme, kunskap och noggrannhet informera och ge patienten trygghet och välbefinnande. Sjuksköterskan skall också försöka ge patienten en god vårdmiljö och försöka motverka komplikationer i samband med vård, omsorg och behandling (Socialstyrelsen, 2005). Akutsjuksköterskan skall ha en överblick och full kontroll över samtliga patienter för att se om någon försämras. Detta innebär att det oftast bara är de absolut nödvändigaste åtgärderna som görs med patienterna på akutmottagningen och att sitta ner hos den enskilde patienten och samtala en stund är oftast inte möjligt (Wikström, 2012).

Problemformulering

På en akutmottagning är den ena dagen aldrig den andra lik. Patientflödena och belastningen har ökat, med sjukare patienter, för lite tid, för lite personal och ingen tid att tänka och känna. Alla människor är olika, som personer och som sjukvårdspersonal, med olika bakgrund och erfarenhet, tolkar saker och situationer på olika sätt och har olika sätt att bearbeta det som händer. Vårdpersonal bär med sig många händelser och med rätt hantering av dessa kan de förvandlas till viktig erfarenhet istället för hemska minnen som kanske hämmar eller till och med skrämmer i den fortsatta professionen.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka vilka svåra och påfrestande händelser som kan uppstå på en akutmottagning samt vilka behov av uppföljning som fanns utifrån sjuksköterskans perspektiv.

METOD

Design

För att bäst besvara studiens syfte valdes en kvalitativ ansats vilket har sitt ursprung i den holistiska traditionen och avser att studera personers erfarenhet av ett fenomen eller situation (Henricson & Billhult, 2012). I en kvalitativ studie eftersöks beskrivningar av människans erfarenheter och upplevelser, en variation för att försöka förstå ett fenomen.

Urval

Intervjuer gjordes med sjuksköterskor på Södersjukhusets akutmottagning. Ett strategiskt urval gjordes, det vill säga personer valdes ut av de som var intresserade att delta i studien och som kunde ge en så informativ beskrivning av fenomenet som möjligt och genom detta skapa underlag som kunde svara på studiens syfte (Henricson & Billhult, 2012). För att få så stor variation på upplevelser som möjligt, valdes en spridning på hur länge sjuksköterskorna hade arbetat. De oerfarna sjuksköterskorna skulle ha arbetat minst ett halvt år på akutmottagningen. Detta för att de som noviser, enligt Benner (1993) saknar erfarenhet av de situationer de möter och behöver mer erfarenhet för att kunna utveckla sina färdigheter. När sjuksköterskan blir en mer avancerad nybörjare börjar hon få mer aspekter på situationer, då hon ofta hunnit vara med om några egna situationer. För de erfarna sjuksköterskorna fanns ingen övre gräns. Vid kvalitativa studier enligt Trost (2010) bör forskaren begränsa antalet intervjuer, då annars materialet lätt blir ohanterligt och det blir svårt att få en överblick. Forskaren kan också känna att informationen är tillräcklig och att fler intervjuer inte behöver göras.

Datainsamling och genomförande

Kontakt

Verksamhetschefen på Södersjukhusets akutmottagning kontaktades och tillfrågades om tillstånd för studien via mail. Då verksamhetschefen var positiv skickades även ett dokument med information och skriftligt medgivande av studien (Bilaga I). Verksamhetschefen utsåg en chefssjuksköterska på akutmottagningen som kontaktperson. Chefssjuksköterskan valde ut

några sjuksköterskor med kortare erfarenhet och de med längre erfarenhet valdes ut av författaren själv. Sammanlagt tillfrågades 13 personer om deltagande, sju av dessa valdes ut av författaren och sex stycken valdes ut av chefsjuksköterskan. Två personer var tvungna att tacka nej på grund av mycket obekvämt arbetstid vilket gjorde det omöjligt att hitta en tidpunkt för intervju. Tre stycken svarade inte på mailet trots påminnelse. De utvalda deltagarna kontaktades via mail med en information samt förfrågan om deltagande i studien. Ett önskemål var att få både manliga och kvinnliga deltagare i studien, för att eventuellt kunna se något slags genusperspektiv, varpå detta togs hänsyn till när urvalet skedde.

Intervjuguide

En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga II) skapades med öppna frågor. Intervjuguiden, med väsentliga frågor för studien, gav möjlighet att strama upp intervjun inom den tidsram som sattes. Frågorna utformades för att vara lätta att förstå, få fram viktig information och för att få ett så naturligt samtal som möjligt mellan författaren och deltagarna (Danielson, 2012a). Intervjuguiden baserades på frågor som intervjuaren tidigare använt vid en enkätundersökning på en annan akutmottagning gällande svåra händelser och uppföljning. Enkäten uppfyllde den undersökningens syfte väl, vilket var att se behovet och utveckla en bra form av uppföljning.

Pilotintervju

När intervjuguiden är klar bör den testas med en eller flera provintervjuer. Den tekniska utrustningen, i detta fall inspelningsfunktionen på mobiltelefonen, skall även testas. Provintervjun ger intervjuaren möjlighet att testa att planerade frågor är adekvata, att tiden räcker till samt att prova på att vara intervjuare (Danielson, 2012a). En provintervju gjordes för att testa intervjuguiden. Efter att intervjun transkriberats ansågs den svara till studiens syfte och kunde inkluderas i resultatet. Intervjuguiden behölls oförändrad.

Deltagare

Intervjuer gjordes med åtta sjuksköterskor som arbetade på Södersjukhusets akutmottagning i Stockholm. Datainsamlingen skedde i januari och februari 2014. Inspelningen av varje intervju transkriberades samma dag som intervjutillfället.

Intervjuernas genomförande

Intervjuer gjordes på arbetsrummet på den utbildningsenhet där författaren arbetar, då detta var en lugn och tyst plats där intervjun inte kunde störas så lätt. De intervjuade tillfrågades om de ville genomföra intervjun någon annanstans, men samtliga tackade nej till detta. Intervjuerna började med en kort information om studiens syfte och intervjuens upplägg och intervjupersonerna fick tillfälle att läsa igenom forskningsinformationen igen samt att ge sitt samtycke, både muntligt och skriftligt (Bilaga III). De fick även information om att intervjun skulle spelas in och att allt material skulle behandlas konfidentiellt. Deltagarna fick tala till punkt och det gavs tid för pauser under intervjun. Intervjuaren ska enligt Trost (2010) inte synas och inte höras annat än vid frågorna. Det är den intervjuade som är huvudpersonen och intervjuaren är bara en bifigur. Själva intervjun varade i allt från 5 minuter till 15 minuter.

Dataanalys

Intervjuerna spelades in och transkriberades samma dag vilket var en fördel då intervjun fortfarande var i färskt minne. De skrevs ordagrant ut på papper. Efter varje transkribering lyssnades intervjun igenom flera gånger och texten lästes igenom samtidigt så att allt stämde och inget fallit bort. Både Elo och Kyngäs (2008) och Graneheim och Lundman (2004) poängterar vikten att lyssna igenom intervjun och läsa texten flera gånger för att inte missa några nyanser. Vid transkriberingen bör även till exempel fyllnadsord och skratt skrivas ner för att inte påverka upplevelsen av materialet (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjuerna analyserades med hjälp av induktiv innehållsanalys, enligt Graneheim och Lundman (2004), genom att utgå från innehållet i texten, en metod som kan användas både vid kvantitativ och kvalitativ forskning. Den används genom att man till en början analyserar det manifesta innehållet, vilket innebär att forskaren beskriver vad som står i texten och tolkningen av texten kan göras på olika nivåer, avseende djup och abstraktion (Elo & Kyngäs, 2008; Danielson, 2012b).

Till en början lästes all text igenom för att få en känsla för helheten, samtidigt som anteckningar och rubriker skrevs i marginalen. Detta gjordes flera gånger för att beskriva alla aspekter av innehållet. Rubrikerna skrevs därefter ner, delades upp och grupperades. Målet var att reducera antalet genom att slå ihop de teman som liknade varandra och att sammanföra observationerna. Skälet med att skapa teman var att på ett tydligt sätt beskriva fenomenet, det vill säga sjuksköterskornas olika upplevelser, och öka förståelsen och skapa kunskap. När väsentlig text var urskild kunde kondenserade meningenheter tas ut, ett mindre antal ord som gjorde budskapet tydligare. För att lättare kunna forma teman och subteman kodades först texten, för att hitta de teman som liknade varandra. När koderna var framtagna formulerades av intervjutexterna subteman och teman, vilket blev arbetets resultat (Graneheim & Lundman, 2004; Danielson, 2012b).

För att göra texten och processen mer överskådlig presenteras detta i en tabell för att visa hur analysprocessen gick till, se Tabell 1. Tabellen visar till en början den meningenshet som först togs ut ur intervjutexten, därefter den kondenserade texten, den kod som framkom innan tema och subteman formades.

Tabell 1: Exempel av analysprocessen

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Subteman	Teman
<p>Är framförallt människoöden. Kan jag tycka. Det är dom som är mest påfrestande. Det är inte så påfrestande med patienter som är livshotande sjuka. Den hanteringen klarar man, det är värre med dom som har tragiska öden. Det är det som sätter sig mest, som man funderar mest på, hur en del har det.</p>	<p>Det är värre med dom som har tragiska öden. Det är det som sätter sig mest. Man funderar på hur en del har det.</p>	<p>Människoöden</p>	<p>Människoöden</p>	<p>Händelser som stannat kvar</p>
<p>ja, i de flesta fall blir det ju så att man inte pratar om det, eller det gör man kanske, lite grand, någon minut efter, men inte... man försöker ju bara, ja, gå vidare liksom. Det kommer upp någon annan gång istället.</p>	<p>Man försöker ju gå vidare liksom men det kommer upp någon annan gång istället.</p>	<p>Att bli berörd</p>	<p>Att bli berörd av situationen</p>	<p>Strategier</p>

Trovärdighet

Det urval man gör i kvalitativa studier enligt Svensson (2007) är oftast valt för att svara till syftet med studien snarare än slumpvis, det vill säga för att få ett urval som leder till förståelse för fenomenet som studeras. Val av deltagare har stor betydelse för resultatets giltighet. I denna studie skulle sjuksköterskorna som intervjuades ha arbetat minst ett halvår på akutmottagningen för att inkluderas i studien, detta för att ha hunnit landa något i yrkesrollen som sjuksköterska. För att få så mycket kunskap om upplevelserna hos sjuksköterskorna intervjuades både oerfarna och erfarna sjuksköterskor.

Trovärdigheten kan säkras genom att diskutera resultatet med andra personer insatta i ämnet (Gunnarsson & Billhult, 2012). I denna studie har två externa personer med kontextuell kunskap och forskningsanknytning varit sådana personer. Resultatet påverkas givetvis av författarens egna tolkningar, av att själv ha arbetat på flera akutmottagningar inklusive den där studien gjorts. Detta innebär att resultatet förmodligen skulle kunna bli annorlunda om någon annan tolkade det. Resultat från en kvalitativ innehållsanalys kan inte generaliseras men vara överförbart till liknade sammanhang varpå en noggrann metodbeskrivning är av stor vikt. (Danielson 2012b; Elo & Kyngäs, 2008). För att ytterligare öka trovärdigheten mellan insamling och resultat kan en tabell användas så läsaren kan följa tolkningsprocessen. I resultatdelen presenteras citat från deltagarna vilket ytterligare gör det möjligt för läsaren att bedöma studiens tillförlitlighet (Elo & Kyngäs, 2008).

Forskningsetiska överväganden

Ett examensarbete på magisternivå behöver inte något godkännande från den regionala etiska kommittén (Etikprövningsnämnden, 2014). Studien har dock genomförts i enlighet med vedertagna forskningsetiska principer (Kjellström, 2012) för att ingen skall utnyttjas, skadas eller söras samt för att öka säkerheten och rättigheterna hos deltagarna. Tillstånd av verksamhetschefen för akutmottagningen tillfrågades skriftligen (Bilaga I) för att genomföra studien där och detta erhöles.

Samtliga sjuksköterskor tillfrågades om medverkan via mail. De som svarade ja till att medverka i studien erhöles forskningsinformation (Bilaga III) innehållande studiens namn, syfte och tillvägagångssätt. Innan intervjustarten erhöles även muntlig information samt att samtycke samlades in skriftligt från de sjuksköterskor som vill delta i studien. De informerades om att det är helt frivilligt, helt anonymt och att de när som helst kunde avbryta utan orsak. All information de lämnade aidentifierades och bara forskaren hade information om vilka informanterna var. All insamlad data, inspelad samt transkriberad kommer förstöras efter examination av arbetet (Kjellström, 2012).

Intervjuerna gjordes på författarens arbetsrum på en utbildningsenhet på Södersjukhuset, på tider som skulle passa intervjupersonerna. Chefsjuksköterskan på akutmottagningen godkände även att intervjuerna fick ske på lösningstiden mellan passbytena. Flertalet använde denna tid, dock valde några att komma efter arbetstid istället. Ingen av de intervjuade ville göra intervjun på akutmottagningen.

Det faktum att författaren arbetar på Södersjukhuset inom ett verksamhetsområde som innebär att arbeta mycket mot all personal på sjukhuset samt har arbetat tillsammans med en del av de intervjuade på akutmottagningen övervägdes. Enligt Holme och Solvang (1997) kan en relation mellan intervjuare och informanter vara en nackdel då förväntningar kan skapas.

Författaren var dock mycket noggrann med att påpeka att medverkan var helt frivillig. Alla som ingick i studien förtydligade verkligen att de ville vara med och de var mycket generösa med att dela med sig av sina upplevelser och tankar.

Då författaren kände en oro för att intervjun kunde väcka känslor hos de intervjuade avsattes tid efter intervjun för fortsatt samtal.

RESULTAT

Intervjuer gjordes med åtta sjuksköterskor, som arbetade på Södersjukhusets akutmottagning i Stockholm. Deltagarna var fem stycken kvinnor och tre stycken män. Åldern varierade mellan 27 år och 47 år. Arbetslivserfarenheten som sjuksköterska varierade mellan 3 år och 22 år och de hade arbetat mellan 1 år och 15 år på akutmottagningen (Tabell 2).

Tabell 2: Intervjuade sjuksköterskor

Sjuksköterska	Kön	Antal år i yrket	Arbetat på akutmottagningen
1	♀	15 år	12 år
2	♀	22 år	15 år
3	♂	8½ år	7 år
4	♀	4 år	3 år
5	♀	11 år	1½ år
6	♂	4 år	2½ år
7	♂	5 år	3 år
8	♀	3 år	1 år

Analysen resulterade i 12 subteman och fem teman: *Händelser som stannat kvar*, *Att känna med patienten*, *Samarbete*, *Strategier* och *Uppföljning* med tillhörande subteman (Tabell 3). Citaten i varje subtema är numrerade från 1 till 8 för att det lätt skall gå att se vilken sjuksköterska som sagt vad (Tabell 2).

Tabell 3: Resultat av teman och subteman

Teman	Subteman
Händelser som stannat kvar	Människoöden
	Plötsliga oväntade dödsfall
	Känslor av otillräcklighet
	Känslor av uppgivenhet
Att känna med patienten	Att identifiera sig med patienten
	Att skapa en relation med patienten
Samarbete	Att kunna samarbeta
Strategier	Att få stöd av kollegor
	Sätt att hantera arbetet
	Att lära sig hantera situationen
Uppföljning	Att bli berörd av situationen
	En önskan om uppföljning

Händelser som stannat kvar

Trots att vårdpersonal på en akutmottagning hanterar stora mängder patienter dagligen och lär sig hantera detta med diverse strategier finns det fortfarande människor och situationer som fastnar. Det är människor som liknar dem eller någon de känner, det kan vara obehagliga situationer eller lyckliga ögonblick. Vissa händelser stannar kvar och formar dem vidare till de som de blir i sitt yrke.

Människoöden

De flesta berättade om hur mycket svårare det var att hantera tragiska händelser som man kan relatera till än att vårda livshotande sjuka människor. På något sätt blev det ena mer personligt och det andra mer en del av arbetet.

... hon var, alltså, väldigt klar över att hon inte ville leva och det tyckte jag var läskigt, när man pratar med någon som verkligen inte vill leva, trots hennes barn. (1)

Framförallt var det nog på grund av barnen, just den här livsledan tycker jag inte borde finnas där, hos en helt frisk ung person... (1)

Det är också människoödena som verkar sätta sig och bli kvar och som man tänker på fortfarande efter flera år. Unga människor, otrygga familjebilder och barn- och kvinnomisshandel var sådana händelser som kunde finnas kvar. Ibland var det situationer då man kände att anhöriga borde ha fått vara med mera, att de kändes svårt efteråt att de lämnats utanför.

Det brukar vara svårare när det kommer någon ung... dom kommer jag aldrig att glömma. (6)

Plötsliga oväntade dödsfall

Att ha hunnit skapa någon slags relation till patienten gjorde ett dödsfall svårare att hantera. Att ha hunnit prata med patienten, om än kanske bara i några minuter, gjorde på något sätt patienten mer till en person än en bara en patient i mängden.

De kommer gående in och pratar, och sen efter någon timme, av någon anledning, faller ihop och dör, oavsett ålder, kön och så... (2)

... och när jag gick fram till honom var han ju knappt kontaktbar, han hade fått vänta och han var så dålig. Vi bara, in på akutrummet och han fick ju hjärtstopp och efter ganska lång tid dog han. (1)

Om patienten kom in som hjärtstopp med ambulans direkt till akutrummet var det enklare. De hann inte skapa samma relation till patienten.

Och när någon dör förstås, det är jobbigt. Om någon dör på akutrummet... Att någon dött. Ja, lite sådana saker... men det ingår i jobbet förstås, det är så det är. Men det är jobbigt ändå. (5)

Känslor av otillräcklighet

Många önskar att de kunde göra mer och att de hade mer tid och resurser. De tyckte det var svårt att se patienter vänta på grund av långa väntetider och mådde själva dåligt av detta. De kunde känna sig stressade att inte hinna med och få ta emot mycket skäll och irritation från patienter och deras anhöriga.

Många gamla människor som får vänta, länge, de får ligga där på sina britsar, bli uttorkade och få liggsår... de mår ju jättedåligt där ute. Ja, det kan vara jättemånga som mår dåligt... (5)

Framförallt var det gamla människor som behövde mycket hjälp där man kände sig otillräcklig och där de skulle vilja hinna göra mer. Att se patienter ligga utan bedömning i korridorer och kanske bli sämre utan att någon märker det.

... hade legat alldeles för länge i triaget och anhörig säger att vi har legat här säkert någon timme och min man blir bara sämre och sämre... (1)

Känslor av uppgivenhet

Alla kände att de arbetade hårt för att göra det bästa för patienten. Det kändes ofta svårt när det ändå inte blev som man tänkt eller tyckte att det borde ha blivit. Även om de flesta möten var positiva var det ofta de negativa mötena som etsade sig fast. Många patienter och anhöriga som kan vara både otrevliga och hotfulla. Många hade blivit verbalt hotade någon gång, någon även fysiskt, så det gått till rättegång.

Jag har blivit hotad av en patient en gång. Fysiskt våldshot, så att säga, som gick till rättegång... Vi har ganska många patienter som är hotfulla. I det här fallet blev det ett missförstånd och det gick till handgripligheter. (7)

Att bli kritiserade när de kände att de arbetade så hårt de bara kunde kändes svårt. Att bli misstrodd på något sätt, att de inte gjorde sitt bästa för patienterna.

Om folk står och kritiserar vad vi gör även om vi gör vårt bästa, sånt kan ta på en liksom, vara tungt, mycket tyngre än allt annat man håller på med, sånt kan tära lite på en. (6)

Det kunde kännas svårt att vara ny och inte känna sig påläst, att inte känna att man kunde fråga någon. Att vara lite utsatt i en helt ny situation och vara osäker på sin roll. En sjuksköterska beskriver sin upplevelse vid sitt första hjärtstopp:

Jag kände mig osäker på viken roll jag hade och vad jag skulle göra. Och det kändes inte bra. Det kändes som jag gjorde ingenting för patienten, så kändes det... (8)

Trots känslor av uppgivenhet ibland så verkade samtliga intervjuade verkligen gilla sitt arbete. Ibland fanns dock känslor av att vilja göra något annat.

Ibland känner jag mig sugen på att bli florist. Tänk att få vara med mina blommor varje dag. Det är tyst och det luktar gott. Det största problemet är att man sticker sig på en rosentagg. (4)

Att känna med patienten

Ibland kunde vissa situationer bli svårare än andra. Att hinna skapa en relation med patienten kunde göra en situation svårare om något allvarligt tillstötte. Att på något sätt känna patienten lite bättre eller kunna identifiera sig på något sätt. När känslan blir att det kunde varit min syster eller min mamma ger en tanke på hur skört livet plötsligt kan vara.

Att identifiera sig med patienten

Det kunde kännas svårt när det kom in patienter som man kunde identifiera sig med på något sätt. Det kunde vara patienter i samma ålder, patienter som hade barn i samma ålder och tragiska händelser med familjer inblandade. Känslan av att det kunde vara jag eller någon som står mig nära som låg där.

Framförallt så är det när det är tragedier, allt från att det kommer in någon i samma ålder... som just har fått reda på att hon har cancer, långt framskriden cancer. (2)

Framförallt när det var någon väldigt ung patient som kom in under dramatiska former som vid ett hjärtstopp, allvarlig sjukdom eller olycka. Det hade en tendens att inte bara drabba de som var med vid tillfället utan nästan hela akutmottagningen.

Och så är det yngre personer... Intoxer som har hjärtstillestånd och vi står länge på akutrummen. (3)

Att skapa en relation med patienten

Ibland träffade sjuksköterskorna patienter som de både medvetet och omedvetet skapade någon slags relation med, om än kortvarig. Det kan bero på olika faktorer. Vid just de tillfällena kunde det kännas extra svårt efteråt om något gick fel, om patienten var allvarligt sjuk eller kanske dog.

Det var en ganska ung patient, i samma ålder som jag ungefär... han var vid medvetande och det gick bra att prata med honom och vi skapade en relation. (6)

Det är svårare om nån blir plötsligt sämre som man haft en relation med. När man kommit nära patienten, då är det jobbigare, svårare att släppa liksom. (6)

Det kunde också vara svårt om någon anhörig eller kollega blev sjuk, allvarligt skadad eller kanske avled på akutmottagningen. Människor som man redan har en relation till och som gör att man kanske måste gå ur sin professionella roll som sjuksköterska. För att kunna klara vissa situationer var de ibland tvungna att gå in i sin roll som sjuksköterska för att skärma av och kunna koncentrera sig och om någon de kände, anhörig eller kollega, plötsligt blev patient var det lätt att tappa sin roll. Vårdandet blev plötsligt mer personligt och svårt då.

Det kan vara svårt med situationer då en medarbetar avlider på arbetsplatsen eller nära eller bekanta som blir skadade och kommer in till min arbetsplats. (7)

Samarbete

Att kunna arbeta bra tillsammans som ett team runt och för patienten var viktigt.

Att kunna samarbeta

För att allt ska flyta smidigt för både sjuksköterskorna och patienten betonades vikten av samarbete. Det kunde vara både med varandra men framförallt i teamet med läkaren i patientsituationerna. En svår situation kunde kännas bra tack vare ett bra samarbete.

Vi gjorde allt bra, snabbt... vi kommunicerade, eller vi behövde knappt prata med varandra, alla bara gjorde det de skulle, det här teamet som vi hade, läkaren, sjuksköterskorna och undersköterskorna. (6)

En svår situation kan kännas ännu värre om det kändes som om samarbetet kunde varit bättre och smidigare. Om kommunikationen inte gick fram i teamet, till sjuksköterskorna eller läkarkollegor emellan.

Och mycket med det här var ju att vi inte samarbetade så bra inne på akutrummet liksom, med läkarna och sådär. (1)

Strategier

De flesta hittade sätt att hantera sin vardag på. Det kunde vara allt från en kopp kaffe med kollegorna till organiserad debriefing. Önskemål fanns om att få kunskap om hur olika situationer skulle hanteras, mer tid att lära av experter eller av varandra. Många gånger var det bara olika överlevnadsstrategier som gällde, för att kunna hantera de stora patientflödena och händelserna.

Att få stöd av kollegor

Många tyckte att den bästa uppföljningen var att få tid att prata med sina kollegor. Ibland ville man få prata direkt efter i teamet som varit med runt patienten. Det var viktigt att bli stöttad och få stötta sina kollegor.

... och kardiologen, för jag själv framförallt märkte att hon inte mådde så bra, just att det brast lite vem hon skulle prata med. (1)

Ibland vid större händelser kunde det behövas mer uppföljning och stöttning, speciellt vid händelser då hela akutmottagningen blivit involverade.

... då hade vi en bra uppföljning dagen efter, med kurator, med kardiologen och narkosen och så, ja, alla inblandade. (2)

Sätt att hantera arbetet

De flesta sjuksköterskorna tyckte att de behövde få mer verktyg och tips hur man kan hantera olika händelser som de är med om. Det behövde inte handla om de stora händelserna och katastroferna, utan snarare de vanliga varje dag vardagshändelserna. Att få en chans att höra vad andra varit med om och hur de hanterat situationen. Att få chansen att ventilera sig och kanske lära av varandra.

Ibland kan jag tycka att man behöver sätta sig ner, teamet, så där precis efter... Det kan vara att prata igenom om varför gick inte det här larmet så bra, varför var inte det här smidigt. (2)

För mig räcker det att kunna få sätta sig ner i 5 minuter och berätta hur man känner, men återkoppling på något sätt. (3)

För en del var det viktigt att ha en väl etablerad kontakt med sin närmsta chef, att detta var en trygghet. Att tillsammans med dem kunna skapa en bra psykosocial arbetsplats för alla på akutmottagningen. Det skulle finnas möjlighet och en öppenhet för mer debriefing, både i små och stora grupper, och gärna i anslutning till den aktuella händelsen.

Det tror jag alla behöver liksom, få prata, oavsett om det har gått bra eller dåligt... att prata, prata och gå igenom vad som hände, så alla vet vad som hänt. (6)

Att lära sig hantera situationen

De flesta saknade någon slags uppföljning, men hade lärt sig att hantera situationen genom att utveckla olika slags strategier för att hantera händelser. Det sågs som ett slags skydd mot att bli för berörd och inte reflektera för mycket över situationen. Om de tänkte för mycket på olika händelser var de rädda för att gå under av det.

Man har kanske skapat en lite grov humor i det här, låter kanske lite hemskt, men, på något vis har man, man kan prata om det nästan som om, hej jag fyller år idag, när man ska säga vad man är med om... (1)

Det passerar så mycket människor och händelser varje dag att de kände att man nästan fick bli lite kall i mötena för att stoppa känslorna. Ibland när det var extra svårt kände en del ett behov att bara få säga det till någon annan.

... man behöver säga det till någon, två, tre personer, så man får upprepa det bara, det som man tycker är jobbigt. (1)

En del tog händelser med sig hem och funderade, de flesta talade gärna med sina kollegor men en del pratade hellre med anhöriga eller nära vänner.

... man vet ju ändå vad det är för slags jobb, så jag tycker inte jag behöver det efter varje gång det har hänt något liksom... jag har ju kunnat hantera det, man tar ju det inte med sig hem och ligger och tänker på det över natten liksom. (5)

Att bli berörd av situationen

Att bli berörd av situationen var något som ansågs ingå i arbetet när man arbetade med ständiga patientmöten. Mötena var det som formade dem, hur de blev i sitt yrke. En del möten berörde dem dock mer än andra.

Sen är det vissa möten som tar på en, som liksom etsar sig fast, sånt behöver man ventileras på något sätt... (3)

I de flesta fall kunde de prata om det, men ibland försökte man bara glömma och gå vidare. Ibland försvann det, men ibland kom det upp någon annan gång igen vid någon liknande situation. Ibland kunde de må dåligt över vissa händelser.

... visst har det hänt nån gång att man mått dåligt, men så får man berätta om det några gånger och då känns det bra, och så försvinner det liksom, känslan försvinner efter ett tag. (6)

Uppföljning

Det var inte de stora resurserna som saknades utan de små. Att få chansen att sitta ner tillsammans en liten stund. Att känna sig sedd och att få lov att känna efter. Lyhördhet inför allas olika behov, beroende på erfarenhet eller dagsform.

En önskan om uppföljning

Många sjuksköterskor önskade någon form av uppföljning. Vid stora händelser på akutmottagningen så har det oftast fungerat bra med en samlad uppföljning för alla, men det var vid de små vardagshändelserna som man ofta saknade stöd. Ofta på kvälls- och nattetid när personalresurserna var begränsade.

Sen går det ju aldrig att ordna direkt, efter, eller det är klart att det går, men den situationen vi har på akuten idag, kvällstid, nattetid, så har man så mycket patienter så man kanske inte kan... (3)

Men tiden finns ju inte, eller den kanske skulle kunna finnas, fast den ges inte.
(1)

Oftast var det tidsbrist som angavs när uppföljning uteblev, trots att de flesta kunde känna att en kort avstämning i teamet ibland kunde räcka. Att man ofta var för få och hade för mycket att göra var det en del som ansåg. En del kände också att det nog fanns de som behövde uppföljning mer än andra.

*Man förstår ju att det inte finns tid, oftast, för det är tiden som fattas liksom...
Men kanske i vissa fall, vissa kanske behöver det mer.* (5)

Vikten av att vara lyhörda mot varandra och att alla har olika behov. Att alla har ett eget ansvar att säga till när en situation påverkar negativt, men även att lyssna in sina kollegors behov. Det är lätt att nonchalera sina egna reaktioner och därmed behovet att reflektera.

DISKUSSION

Metoddiskussion

När vi väljer vad som kan tänkas vara intressant att skriva om så är det ofta något som ligger oss nära i vår vardag. Detta i sin tur genererar givetvis en viss förförståelse om ämnet. Denna förförståelse är viktig av många skäl. Den genererar inspiration, men kan också vara till hinder för att se nya saker. Det är viktigt att vara medveten om sin förförståelse och att försöka lägga den bakom sig vid materialinsamlandet och analysen. Enligt Starrin och Renck (2007) är förförståelsen viktig, som en deltagande observation. Intervjuarens livs- och professionella erfarenhet, kulturella och sociala kompetens är viktiga delar av den förförståelse eller referensram som är nödvändig för och i vars termer intervjudata samlas och tolkas, både vid insamlandet av materialet, transkribering samt vid färdig text. Forsberg och Wengström (2003) skriver att det är ett kvalitetskrav i kvalitativ forskning att redovisa sin förförståelse så att läsaren kan få en uppfattning om utgångspunkten för tolkningen. Jag har försökt lägga min egen förförståelse för ämnet, mångårigt arbete inom akutsjukvård, åt sidan vid intervjuerna och tolkningarna, men det var inte helt lätt, dock har jag varit medveten om förförståelsen hela tiden. Jag trodde att det kanske skulle vara svårt för de intervjuade att prata om svåra händelser, men jag tror att min förförståelse kanske till och med gjorde det enklare för dem att öppna sig och berätta för mig.

Författaren har lång erfarenhet av att arbeta på akutmottagningar och en egen uppfattning om vilka händelser och upplevelser finns givetvis. Mycket tankar och upplevelser återspeglas i de berättelser som uppkom, men även en hel del nya tankar kom upp. Framförallt att samtliga intervjuade var så pass öppna när det gällde att berätta om sina upplevelser och känslor. En rädsla fanns länge inför att intervjua om personalens känslor och upplevelser och till en början planerades en anonym enkät att användas. Rädslan för att det skulle kännas obekvämt för de som skulle berätta, och att det inte skulle vilja lämna ut något som känts svårt. Detta visade sig vara fel. Det som förvånade mest var dock hur mycket berättelserna och upplevelserna väckte. Som intervjuare sitter du tyst och lyssnar, lite som en kurator och tar del av andras upplevelser och händelser men kan inte kommentera eller berätta något tillbaka. Det tog ett tag att lära sig hantera händelserna. Kanske är detta också ett tecken på hur mycket vi bara stoppar undan obearbetat, som en överlevnadsstrategi. Någon gång kommer det upp igen (Skogstad et al., 2013). När bandspelare stängts av fanns avsatt tid för samtal och samtliga intervjuade satt kvar efter intervjun och fortsatte prata om arbetet, olika upplevelser och mycket annat.

Studiens metod, en kvalitativ intervjustudie, var lämplig för det valda ämnet då syftet var att beskriva upplevelser baserade på individens egna uppfattningar det vill säga vilka svåra och påfrestande händelser som kunde uppstå på en akutmottagning (Henricson & Billhult, 2012). Att analysera intervjuerna med hjälp av innehållsanalys var ett bra sätt att sortera upp all text och få fram meningar och teman. Nackdelen med analysmetoden är att resultatet inte kan generaliseras men resultatet kan dock vara överförbart till liknade forskning av grupper och situationer. Genom att göra metodbeskrivningen så tydlig som möjligt ska andra kunna följa analysen och lättare kunna göra fortsatta studier (Danielson, 2012b). För att säkra innehållsvaliditeten i studien har två externa personer med forskningsanknytning använts för att diskutera ämnet, tolkningar och resultat. Ett annat sätt att öka trovärdigheten i studien är att använda sig av peer debriefing det vill säga kritiska vänner eller studiekamrater. Intervjumaterial, resultat och tolkningar har diskuterats med en kurskamrat. Kritiska vänner kan användas för att försäkra sig om att analysen är grundad i data. Det är bra för kvaliteten i

studien om utomstående personer har studerat överensstämmelsen mellan teman och underteman. Genom att berätta för någon annan kan resultatet också bli tydligare (Wallengren & Henricson, 2012).

Upplevelserna skiljde sig inte så mycket relaterat till erfarenhet och ålder hos deltagarna. Möjligen kan man se att de med mindre erfarenhet hade svårare att berätta om upplevelserna och fokuserade mer på uppföljningen, eller snarare bristen på den. Nyckelordet, enligt Benner (1993) är varseblivning, som grundas på erfarenhet och nyss upplevda händelser. Experten förlitar sig inte längre på t.ex. regler och riktlinjer för att sammanbinda den egna förståelsen av situationen med en lämplig åtgärd. Med sin stora erfarenhetsbakgrund kan hon intuitivt uppfatta varje situation och slå ner på det aktuella problemet. Erfarenhet syftar inte enbart på tjänsteår, utan snarare den process genom vilken tidigare föreställningar och teorier förfinas i mötet med många praktiska situationer.

Sammanlagt gjordes åtta intervjuer, fem kvinnor och tre män. Hade variationen blivit större och upplevelserna fler om fler intervjuats? En mättnad bland intervjuerna och händelserna kom ganska snart, upplevelserna varierade sig inte så mycket mellan de intervjuade. Enligt Trost (2010) ska dock antalet intervjuer helst begränsas vid kvalitativa studier då det lätt kan bli ohanterligt mycket text att gå igenom. Fler sjuksköterskor med lite mindre erfarenhet hade varit önskvärt, dock svarade flera tillfrågade med kort erfarenhet inte på mailen där de tillfrågades om deltagande. Varför de inte ville delta kan också diskuteras. Antingen var det så enkelt att de faktiskt inte ville vara med eller kände att de hade tid. Det kan ha berott på att de inte visste vem intervjuaren var, vilket de flesta andra som intervjuades gjorde. Kanske är det också svårt att reflektera och berätta om svåra händelser när du inte arbetat särskilt länge på en arbetsplats. Det faktum att författaren sedan tidigare hade en slags relation till några av informanterna bör också övervägas. Dock bör detta inte ha påverkat trovärdheten negativt. Nackdelar med att intervju någon som man känner skulle kunna vara att de inte skulle vilja eller våga prata om sina känslor och upplevelser eller att de på något sätt skulle känna sig tvingade att göra detta.

Tanken var att information om studien skulle ges på akutmottagningens uppstartsmöten och arbetsplatsträffar. Detta blev dock ogörligt, dels med antal möten på grund av en stor personalgrupp och dels av tidspress. Därför mailades istället information ut till personal som kunde tänkas vara intresserade av att delta och som svarade upp till syftet genom olika lång erfarenhet och tid på akutmottagningen. De med längre erfarenhet valdes ut av författaren och de med kortare valdes ut av en chefsjuksköterska. Sammanlagt tillfrågades 13 personer om deltagande, sju av dessa valdes ut av författaren och sex stycken valdes ut av chefsjuksköterskan. Två personer var tvungna att tacka nej på grund av mycket obekväma arbetstid vilket gjorde det omöjligt att hitta en tidpunkt för intervju. Tre stycken svarade inte på mailet trots påminnelse. Ett önskemål var att intervju både män och kvinnor, slumpen avgjorde att det blev fem kvinnor och tre män, men kan ändå ses som representativt för en arbetsgrupp då det oftast är något fler kvinnor än män på akutmottagningar.

Den första och enda provintervjun gick så bra att intervjuguiden inte förändrades. Intressant är dock om den tredje intervjun varit provintervjun hade definitivt intervjuguiden sett något annorlunda ut. Svaren blev mycket kortare och personen beskrev mer situationer än egentliga händelser, vilket skulle kunna tolkas som genusperspektiv och det stämde rätt bra vid de fortsatta intervjuerna. Kvinnorna beskrev fler händelser, med fler ord och lite mer målande än männen. Resultatet blev dock bra, så intervjuguiden svarade bra till syftet och materialet blev lagom stort och hanterbart. Möjligen hade det varit intressant om intervjupersonerna fått se

frågorna innan för att kunna fundera över händelser, för att se om detta hade gett annorlunda berättelser. Framförallt de som var kortfattade i sina händelser och svar hade behövt mer förberedelser, dock hade alla informerats om studiens syfte, var på frågorna inte borde varit särskilt förvånande. Kanske kunde följdfrågor lagts till i intervjuguiden för att få de som var kortfattade i sina svar att utveckla svaren mera. Kanske kunde det ha blivit ett ännu fylligare resultat av intervjuerna då. Den kortaste intervjun som bara varade fem minuter hade gynnats av fler följdfrågor. De andra intervjuerna var mellan 12-15 minuter och några av dem hade kanske också kunnat generera fler upplevelser med hjälp av följdfrågor.

Intervjuerna transkriberades kort efter de gjordes. Ändå var det ibland förvånande att det fanns delar av intervjun som man lyssnade på som kändes som helt ny information. Vinsten med att spela in intervjuerna enligt Trost (2010) var att materialet kunde lyssnas på flera gånger för att få med allt ordagrant, med alla nyanser. En nackdel är att det tog tid att skriva rent allt, men det gick snabbare för varje intervju.

Resultatdiskussion

Syftet med uppsatsen var att undersöka vilka svåra och påfrestande händelser som kan uppstå på en akutmottagning samt om ett behov av uppföljning fanns. De huvudteman som framkom var: Händelser som stannat kvar, Att känna med patienten, Samarbete, Strategier och Uppföljning. Dessa delades därefter in i flertalet subkategorier.

Händelser fanns det gott om och en del stannar kvar länge, allt ifrån människoöden som de intervjuade kunde identifiera sig med till känslor av uppgivenhet inför arbetet och de människor de mötte. Ibland skapades relationer med patienten vilket både kunde göra arbetet lättare men också svårare om någon komplikation tillstötte. Vikten av samarbete mellan yrkeskategorierna var av stor betydelse för att göra händelserna lättare. De flesta kände även ett behov av en kortare avstämning för att kunna gå vidare lättare vid svårare situationer, men även ett kort samtal kunde göra vardagshändelserna lite lättare.

Händelser som stannat kvar

Människoöden och tragedier var vanliga uttryck som kom fram i intervjuerna. Det var sådant som fanns kvar, ibland långt tillbaka i tiden. Saker som verkligen berört och som de inte kunnat glömma. Gonzalez och Lenehan (2005) beskriver hur en sjuksköterska under en och samma dag går igenom allt från hopp och rädsla till hjälplöshet och sorg. Det var ungefär som en del av sjuksköterskorna på akutmottagningen beskrev sina dagar. Att känna sig otillräcklig och uppgiven. Att vara stressad över att inte hinna med. Vanliga stressorer enligt Gholamzadeh, Sharif och Dehghan (2011) var arbetsbelastningen, aggressivt beteende och kritik från patienter eller anhöriga, dåligt samarbete med läkare och brist på stöd från chefer, vilket stämmer ganska bra med resultatet av intervjuerna.

Plötsliga dödsfall, som till exempel ett hjärtstopp, var en av de händelser som stannade kvar och som kunde upplevas som stressfyllt. Särskilt när det var första gången, och de kände sig oförberedda, men även vid andra tillfällen, som när de skapat en relation till patienten. Payne et al. (1998) visade på att många akutsjuksköterskor känner sig oförberedda på plötsliga och traumatiska dödsfall och att de inte var lika beredda på dödsfall som till exempel sjuksköterskor som arbetar med patienter i livet slutskede. På en akutmottagning är personalen mer inriktad på att rädda liv, mer än att avsluta på ett värdigt sätt. Detta kan också

sätta sina spår som uppgivenhet och otillräcklighet. Det kunde också vara svårt att känna sig oförberedd och inte ha någon att fråga.

Strategier

Sjuksköterskorna kunde känna en stor uppgivenhet inför patienter och anhörigas sätt att hantera väntetiderna på akutmottagningen. De var själva frustrerade över detta, men att bli påhoppad och anklagad när de arbetade så hårt och snabbt som de kunde kändes ofta frustrerande och orättvist. En del uttryckte att det var bland det tyngsta och mest tärande de utsattes för. Studier visar, tråkigt nog, att detta är ett beteende som inte förekommer enbart på Södersjukhusets akutmottagning bland patienter och anhöriga utan även på andra akutmottagningar i Sverige och England (Hislop & Melby, 2003; Åkerström, 1997).

Oftast är det lättare att komma ihåg de som klagar och inte alla de som faktiskt är nöjda. Uppfattningarna om väntetider skiljer sig något mellan sjukvårdspersonalen och patienter och anhöriga. Anhöriga till patienter med hög prioritet var signifikant mer nöjda än de med låg prioritet oberoende väntetiden. Äldre anhöriga var oftast nöjdare med vården än yngre anhöriga (Ekwall, Gerdtz & Manias, 2008). Anhöriga och patienter ifrågasätter ofta turordningen, varför de får vänta och varför andra får gå före. De upplever sitt tillstånd som akut medan sökorsaken för sjukvårdspersonalen är ofarlig. Ofta kan det vara brist på information som skapar problemen som göra att anhöriga och patienter ibland blir upprörda över väntetiderna. Det som är sjukvårdspersonalens vardag kan vara en mycket obehaglig och oroande situation för patienter och anhöriga (Göransson, Eldh & Jansson, 2008). Hur vi triagerar och bedömer patienter är troligen ett stort mysterium för många som besöker en akutmottagning och vikten av att försöka bli ytterligare tydlig i informationen runt detta är stor. De lågt prioriterade patienter känner ofta att deras sjukdom inte tas på allvar. De tycker ofta att de inte får någon information och känner sig bortglömda (Nyström et al. 2003).

I brist på eller i kombination med återkoppling utvecklade de flesta någons slags copingstrategier för hantera vardagen på akutmottagningen. Det var ett slags skydd för att slippa bli för berörd. En del beskrev det som att skapa en slags grov humor. Humor och skratt används ibland för att hantera situationer som sjuksköterskan inte kände att hon hade kontroll på (Gamble, 2001; Page & Meerabeau, 1996). Enligt Gillespie och Gates (2013) är det många sjuksköterskor som använder sig av förebyggande copingstrategier. En del av dessa var att använda sitt sociala nätverk, vilket både i deras studie och min kunde vara allt ifrån kollegor till familjen.

Uppföljning

Ett annat resultat som framkom tydligt var att arbetet på akutmottagningen även kan vara känslösamt för sjukvårdspersonalen. Många kände ett behov av att få reflektera, även om behoven var olika och förslagen på hur varierade mellan allt från organiserad debriefing till en kaffe med kollegorna innan hemgång. Akutsjukvården har förändrats de senaste åren till en plats där det numer är mer tillåtet att faktiskt känna något och dessutom våga erkänna det. Problemen kommer snarare när vi säger att behovet finns men tiden och resurserna är för knappa. En stödjande och positiv arbetsmiljö enligt Laposa et al. (2003) gör att akutpersonalen löper mindre risk att bli traumatiserade av sitt arbete. Deras studie visade att det var många som inte kom till arrangerade debriefing möten, men att fann andra stödjande relationer bra. En del i studien övervägde dessutom att byta arbete på grund av traumatiserande händelser, vilket inte någon av de intervjuade i denna studie övervägde.

Snarare var de tvärtom. Tankar på att göra annat var mer som en längtan att få förändra sin arbetsmiljö till något behagligare. Det är av stor vikt att ges tillfälle för någon slags reflektion kontinuerligt, då man som sjukvårdspersonal ofta känner att tiden inte finns (Laposa et al., 2003; Magyar & Theophilos, 2010). I Magyar och Theophilos (2010) artikel kommer man fram till att behovet av debriefing är stort men att olika studier visar både positiva och negativa effekter av debriefing samt att mer uppföljning av ämnet behövs.

Det kanske inte alltid är så att det som verkar svårt eller traumatiskt för en person, behöver vara det för någon annan, allt beroende på erfarenhet eller dagsform. Viktigt att fånga upp reaktioner och känslor så dessa inte samlas på hög och blir ett hinder i det fortsatta arbetet. Cooke et al. (2007) beskriver hur stress- och ångestnivåerna relaterade till bland annat ökad arbetsbelastning och höga patientflöden sjönk när personalen fick massage. Kanske var det massagen eller så var det kanske känslan av att bli uppmärksammas. Att göra saker tillsammans som till exempel utbildningsdagar, gemensam frukost och afterwork är små saker som kan lyfta en personalgrupp.

Samarbete

Att kunna samarbeta och vara ett team runt patienten var av stor vikt för sjuksköterskorna. Om samarbetet fungerade kunde en svår situation kännas lättare. Det kunde kännas att det gått bra trots att patienten kanske inte blivit bättre, man hade ändå gjort allt. Ett dåligt samarbete kunde framkalla andra känslor, kunde vi gjort något mer? Forskning (Kilner & Sheppard, 2010; Henneman et al. 2006) stödjer att teamarbete och kommunikation spelar en stor roll inom flera områden på en akutmottagning. Det leder till nöjdare patienter och personal, det minskar frekvensen av misstag, det ökar patientsäkerheten, leder till kortare väntetider och skapar dessutom en bra arbetsmiljö. Att arbeta patientsäkert är det vi strävar mot och effektiva team runt patienten spelar en viktig roll i detta (Kilner & Sheppard, 2010; Henneman et al. 2006).

Att känna med patienten

Att på något sätt komma lite närmre den sjuka patienten, genom att identifiera sig med honom, henne eller situationen kunde kännas svårt ibland. Att på något sätt skapa en relation, en känsla av att det kunde vara min mamma, vän eller arbetskamrat. En balans mellan kunnighet och empati enligt Kihlgren et al. (2005). Inte bara för patienternas skull utan även för sin egen så de kan känna sig säkra och kunna ge den bästa möjliga omvårdnaden till patienterna. En del av sjuksköterskorna hade vårdat sina kollegor vilket hade varit mycket svårt.

Sjuksköterskan omvårdnadsansvar

En känsla att känna sig otillräcklig och inte räcka till fanns hos flera sjuksköterskor på akutmottagningen. Att vilja göra så mycket mera för patienterna. Benner (1993) nämner i sin bok att rädda liv var den mest personligt tillfredställande situationen i arbetet på en akutmottagning för sjuksköterskor. Benner går även längre i sina tankar än till det medicinska omhändertagandet och talar om en hjälpande, undervisande och vägledande funktion. Saker som en sjuksköterska på akutmottagningen sällan hinner med, med gärna skulle vilja göra enligt informanterna. Arbetet kräver erfarenhet och trygghet för att kunna prioritera arbetsuppgifterna. Nybörjarnas handlande styrs oftast av regler och principer medan det erfarenhetsbaserade lärandet leder till egna uppfattningar i omvårdnadssituationerna som

uppstår. Experten kan tämligen självständigt avgöra vilka handlingar som är riktiga och meningsfulla (Benner, 1993). Sjuksköterskorna på akutmottagningen har ett ansvar för omvårdnaden kring patienterna och att få chansen ge god omvårdnad genom att ha tid att se patienten ur ett helhetsperspektiv. Inte bara få springa runt och släcka akuta eldar och känna sig otillräckliga.

Klinisk nytta

Sjuksköterskan skall ge patienten en god vårdmiljö och försöka motverka komplikationer i samband med vård, omsorg och behandling. Hon ska även se hela patienten och patientens alla behov (Socialstyrelsen, 2005). Att inte ha tiden till detta kan få sjuksköterskan att känna sig otillräcklig i sin yrkesroll. För att kunna göra sitt arbete på bästa sätt och mår bra behöver sjuksköterskorna känna sig lyssnade på. Genom detta trivs de bättre och stannar längre på arbetsplatsen. Detta ger en tryggare och säkrare arbetsmiljö för personalen, men framförallt en ökad patientsäkerhet. Forskning har visat (Laposa et al., 2003; Cooke et al., 2007) att det inte är så stora resurser som behövs för att lyckas.

Slutsats

Studien visar att det är svårt att arbeta med människor utan att bli berörd ibland och att sjuksköterskorna på akutmottagningen bär med sig många händelser som stannat kvar, både nya men även många gamla upplevelser. Det är en del av arbetet. Det kunde vara saker man kunde relatera till, som tragiska händelser och människoöden, till känslor av uppgivenhet och otillräcklighet då de inte hann med alla patienter. Det fanns olika behov av debriefing, men korta avstämningar för att fånga upp alla i teamet ansågs positivt. Trots att arbetet stundtals kunde kännas tungt och otacksamt trivdes alla med sitt arbete och ville göra det bästa för sina arbetskamrater och patienter.

Fortsatt forskning

Det hade varit intressant att belysa vilka positiva händelser som sker på en akutmottagning. Även om arbetet ofta är svårt, slitsamt och stressigt så händer så mycket positivt samtidigt. Mer forskning om humor som hjälpmedel, inte bara som försvarsmekanism.

Forskning runt hur olika organisationsförändringar påverkar arbetsmiljön, för både personal och patienter, vore också av intresse.

REFERENSLISTA

AFS 1999:7 Arbetskyddsstyrelsens föreskrifter om första hjälpen och krisstöd samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. Solna: Arbetskyddsstyrelsen.

Baldursdottir, G., & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung, 31*(1), 67-75. doi:10.1067/mhl.2002.119835.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.

Buijssen, H. (1998). *Sjuksköterskans utsatthet - Att hantera traumatiska upplevelser i arbetet*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Cook, M., Holzhauser, K., Jones, M., Davis, C., & Finucane, J. (2007). The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses: comparison between summer and winter. *Journal of Clinical Nursing 16*(9), 1695-1703. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01709.x.

Covell, C. L. (2006). BCLS Certification of the nursing staff. *Journal of Nursing Care Quality, 21*(1), 63-69.

Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing, 12*, 67-73. doi:10.1016/j.aen.2003.11.003.

Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 163-174). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 330-343). Lund: Studentlitteratur.

Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2008). The influence of patient acuity on satisfaction With emergency care: perspectives of family, friends and carers. *Journal of Clinical Nursing 17*, 800-809. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02052.x.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04

Laposa, J.M., Alden, L.E., & Fullerton, L.M. (2003). Work stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/Personnel. *Journal of Emergency Nursing, 29*(1), 23-28. doi:10.1067/men.2003.7.569.x.

Erickson, L., & Williams-Evans, S.A. (2000). Attitudes of emergency nurses regarding patients assaults. *Journal of Emergency Nursing, 26*(3), 210-215. doi:10.1067/men.2000.106979.

- Etikprövningsnämnden (2014). *Etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 7 mars, 2014, från Etikprövningsnämnden, <http://www.epn.se/sv/start/startside/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gamble, M. (2001). A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts. *Professional Nurse*, 17(3), 157-160.
- Gholamzadeh, S., Sharif, F., & Dehghan, F. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 16(1), 41-46.
- Gillespie, G.L., & Gates, D.M. (2013). Using proactive coping to manage the stress of trauma patient care. *Journal of Trauma Nursing*, 20(1), 44-50. doi: 10.1097/JTN.0b013e318286608e.
- Gonzalez, V., & Lenehan, G.P. (2005). "Life" at 1:15, "Death" at 2:33: The perspective of a new graduate emergency nurse. *Journal of Emergency Nursing*, 31(3), 283-284. doi:10.1016/j.jen.2005.01.004.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Gunnarsson, R., & Billhult, A. (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.152-160). Lund: Studentlitteratur.
- Göransson, K., Eldh, A.C., & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.
- Henneman, E.A., Blank, F., Gawlinski, A., & Henneman P.L. (2006). Strategies used by nurses to recover medical errors in an academic emergency department setting. *Applied Nursing Research*, 19, 70-77. doi: 10.1097/JTN.0b013e318286608e.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.129-138). Lund: Studentlitteratur.
- Hislop, E., & Melby, V. (2003). The lived experience of violence in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 5-11. doi:10.1016/S0965-2302(02)00124-8.
- Holme, I.M., & Krohn Solvang, B. (1997). *Forskningsetik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Stockholm: Liber AB.
- Kilner, E., & Sheppard, L.A. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing* 18(3), 127-137. doi: 10.1016/j.ienj.2009.05.006.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I.M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.70-91). Lund: Studentlitteratur.

Laposa, J.M., Alden, L.E., & Fullerton, L.M. (2003). Work stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/Personnel. *Journal of Emergency Nursing*, 29(1), 23-28. doi:10.1067/men.2003.7.

Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., & Sörlie, V. (2005). Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 601-608.

Magyar, J., & Theophilos, T. (2010). Review article: Debriefing critical incidents in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 22, 499-506. doi: 10.1111/j.1742-6723.2010.01345.x.

Nyström, M., Nylén, K., & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit – A strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing*, 11(1), 22-26. doi:10.1016/S0965-2302(02)00135-2.

Page, S., & Meerabeau, L. (1996). Nurses' accounts of cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 317-325.

Payne, S.A., Dean, S.J., & Kalus, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 700-706.

Sawatzky, J-O.V., & Enns, C.L. (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 20, 696-707. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01355.x.

Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H.S., Heir, T., & Weisaeth, L. (2013). Work-related post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 63(1), 175-182. doi:10.1093/occmed/kqt003.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Starrin, B., & Renck, B. (2007). Den kvalitativa intervjun. P-G. Svensson & B. Starrin (red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik*. (ss. 52-78). Lund: Studentlitteratur

Svensson, P-G. (2007). Förståelse, trovärdighet eller validitet? P-G. Svensson & B. Starrin (red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik*. (ss. 209-227). Lund: Studentlitteratur.

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

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.70-91). Lund: Studentlitteratur.

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård. Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Åkerstöm, M. (1997). Waiting - A source of hostile interaction in an emergency clinic. *Qualitative Health Research*, 7(4), 504-520.

SOPHIAHEMMET HÖGSKOLA

Till verksamhetschef xxx

Akutkliniken, xxx

Jag heter Ulrika Lindh och är sjuksköterska. Jag studerar Magisterprogrammet i omvårdnadsvetenskap med inriktning akutsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: Händelser på en akutmottagning och jag är därför intresserad av få genomföra studien vid Akutkliniken, xxx.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik är jag tacksam för din underskrift av denna bilaga. Om du har förbehåll vill jag gärna att du anger detta.

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

Efter att studien är genomförd och godkänd kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

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

Stockholm 2014-01-

Med vänlig hälsning

Student

Namnförtydligande

tel:

e-post:

Handledare

Namnförtydligande

tel:

e-post:

Studiens preliminära titel: Händelser på en akutmottagning – Sjukvårdspersonals upplevelser.

Syftet med studien: är att undersöka vilka svåra och påfrestande händelser som kan uppstå på en akutmottagning samt om ett behov av uppföljning finns.

Problem: På en akutmottagning är den ena dagen aldrig den andra lik. Det är ofta för mycket patienter, för sjuka patienter, för lite tid, för lite personal och ingen tid att tänka och känna. Alla är de olika, som människor och som sjukvårdspersonal, med olika bakgrund och erfarenhet, tolkar saker och situationer på olika sätt och har olika sätt att bearbeta det som händer. Vårdpersonal bär med sig många händelser och med rätt hantering av dessa kan förvandlas till viktig erfarenhet istället för minnen som kanske hämmar eller till och med skrämmer i den fortsatta professionen.

Metod: Metoden för det planerade arbete är en intervjustudie. Resultatet av intervjuerna kommer att analyseras med induktiv innehållsanalys.

Önskemål till din verksamhet: Jag önskar komma ut och informera om studien på uppstartsmöten och APT. Jag planerar att genomföra intervjuerna under januari 2014. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Samtycke:

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs men med följande förbehåll:

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum _____

Namn _____

Namnförtydligande _____

Enhet _____

Intervjuguide

Hur gammal är du?

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på akuten?

Kan du berätta om vad som kan vara svåra och påfrestande händelser på akuten för dig?

Skulle du kunna beskriva en sådan händelse som du varit med om på akuten?

Fick du någon uppföljning efter den händelsen, individuellt eller i grupp?

Hur hanterar du svåra eller påfrestande händelser på akuten nu?

Vem pratar du med?

Behövs uppföljning?

Vad skulle bra uppföljning vara för dig?

SOPHIAHEMMET HÖGSKOLA

Forskningspersonsinformation**Bakgrund och syfte**

På en akutmottagning är den ena dagen aldrig den andra lik. Det är ofta för mycket patienter, för sjuka patienter, för lite tid, för lite personal och ingen tid att tänka och känna. Alla är de olika, som människor och som sjukvårdspersonal, med olika bakgrund och erfarenhet, tolkar saker och situationer på olika sätt och har olika sätt att bearbeta det som händer. Vårdpersonal bär med sig många händelser och med rätt hantering av dessa kan förvandlas till viktig erfarenhet istället för minnen som kanske hämmar eller till och med skrämmer i den fortsatta professionen. Syftet med studien är att undersöka vilka svåra och påfrestande händelser som kan uppstå på en akutmottagning samt om ett behov av uppföljning finns.

Förfrågan om deltagande

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att skäl behöver anges.

Hur går studien till?

Du kommer att intervjuas i enrum tillsammans med forskaren och samtalet kommer att spelas in. Intervjun beräknas ta ca.30 min.

Hantering av data och sekretess

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. I resultattexten kommer inblandade informanter att avidentifieras så att de inte kan härledas till någon speciell person. Citat från intervjuerna kommer finnas med i texten.

Hur får jag information om studiens resultat?

Studien är en magister uppsats och efter att studien är genomförd och godkänd kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten.

Vill du ha del av resultatet kan du skicka ett mail till forskaren. Om intresse finns kommer jag gärna ut till arbetsplatsen och berättar om resultatet.

Ersättning

Det kommer inte utgå någon ersättning för medverkan i studien.

Frivillighet

Du har rätt att när som helst avbryta studien utan någon förklaring. Kontakta forskaren om du har några frågor om detta.

Ansvariga
Ulrika Lindh
Klinicum
Södersjukhuset
08-6161595 070-4840905
ulrika.lindh@sodersjukhuset.se

Handledare:
Helena Sjölin
076-5832999
helena.sjolin@ki.se

Samtyckesformulär

Forskningspersonen har erhållit information om studiens syfte och upplägg samt getts tillfälle att ställa frågor. Forskningspersonen godkänner sitt deltagande enligt nedan.

Jag har tagit del av information om studien och har beretts möjlighet att ställa frågor: Jag godkänner mitt deltagande.

Forskningsperson: _____

Namnteckning: _____

Datum och Ort: _____