

VÅRD PÅ EN AKUTMOTTAGNING

Nyanställda sjuksköterskors förväntningar och upplevelser

CARE IN AN EMERGENCY DEPARTMENT

Newly employed nurses' expectations and experiences

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2016-05-10

Kurs: Ht14

Författare:
Jeanet Schut

Handledare:
Taina Sormunen

Examinator:
Jörgen Medin

SAMMANFATTNING

Utgångspunkten till detta arbete var akutmottagningen som med sitt komplexa uppdrag och stressande arbetsmiljö är en stor utmaning för att utföra god och säker vård.

Det krävs kunskap och erfarenhet av en sjuksköterska för att kunna bedöma och prioritera rätt när det är en hög omsättning av såväl kritiskt som icke kritiskt sjuka patienter som söker vård på en akutmottagning. Utmaningen för ny personal är att arbeta efter rutiner och att lära sig den nya verksamheten. Personalomsättningen i vården är stor, vilket medför en risk att kunskap och färdigheter går förlorade. Detta kan i sin tur medföra att patientvården bli lidande och kvaliteten försämrade.

Syftet var att beskriva nyanställda sjuksköterskors förväntningar och upplevelser av att vårda patienter på en akutmottagning.

Metoden var en kvalitativ design med induktiv ansats där semistrukturerade intervjuer användes för att samla in data. Sex nyanställda sjuksköterskor från en akutmottagning ingick i urvalet. Manifest innehållsanalys med induktiv ansats användes för att analysera data.

I resultatet framkom tre kategorier, faktorer påverkade av förväntningar, formade erfarenheter, möjliga förbättringar. Dessa kategorier delades upp i följande subkategorier: tidigare upplevelser, patientgrupp, sjuksköterskans roll, arbetsmiljö, växande i sjuksköterskerollen, förvärvat kunskap, oväntade och extrema händelser, känsla av otillräcklighet, dimensioner av vård, ökade resurser som höjer kvaliteten och information och utbildning.

Slutsatsen från resultatet tyder på att det fanns en viss skillnad mellan förväntningar och erfarenheter av att vårda patienter på en akutmottagning hos nyanställda sjuksköterskor. Patienterna var fler än förväntat och det fanns oväntat många icke kritiskt sjuka patienter. Flertalet patienter stannade kvar på akutmottagningen på grund av platsbrist på sjukhuset vilket skapade ett ökat omvårdnadsansvar. Förväntningarna var att akutmottagningen var en stressande arbetsmiljö som var krävande dock vad arbetet innehöll var inte tydligt innan anställningen. Erfarenhet av arbetet upplevdes som omväxlande dock krävdes flexibilitet och kunskap för att kunna ta hand om såväl basal omvårdnad, oväntade händelser och skapa ett tryggt bemötande för patienterna. Att börja som oerfaren sjuksköterska upplevdes speciellt stressande de första månaderna. Erfarna sjuksköterskor var ett stöd för de nyanställda sjuksköterskorna i processen att växa i sjuksköterskerollen.

Nyckelord: akutmottagning, nyanställda sjuksköterskor, vårda patienter, förväntningar och upplevelser.

ABSTRACT

Starting point to this work was the emergency department whom with its complex task and stressful work environment creates a great challenge to perform good and safe care. It requires knowledge and experience of a nurse to assess and prioritize properly when there is a high turnover of both critical and non-critical ill patients who seek care at an emergency department. The challenge for the new staff is to get into the procedures and gain new knowledge about the new workplace. Staff turnover in care is great and there is a risk that the knowledge and skills will be lost, and in addition, patient care will suffer and quality deteriorates.

The aim was to describe the newly employed nurses' expectations and experiences of caring for patients in an emergency department.

The method was a qualitative design with inductive approach where semi-structured interviews were used to collect data. Six nurses from the emergency department sampled. For the presentation of the manifest communications a content analysis was used.

The results revealed three categories; factors affected by expectations, shaping experiences, possible improvements. These categories were divided into the following subcategories: previous experiences, the patient group, the nurse's role, working environment, advancing in the nursing role, acquired knowledge, unexpected and extreme events, feelings of inadequacy, dimensions of care, increased resources that improve the quality and information and education.

Conclusion from the results suggests that there was to some extent a difference between expectations and experiences of caring for patients in an emergency department for newly employed nurses. Patients were more than expected and there were many unexpected non-critical patients. Several patients remained in the emergency department because of lack of space in the hospital that created greater care responsibilities. Expectations were that the emergency department had a stressful work environment that was challenging however the burden was not completely clear before employment. The experience of work was varied which required flexibility and knowledge to take care of both basic nursing, unexpected events and create a safe refutation for patients. To be inexperienced was perceived as particularly stressful the first few months. Experienced nurses were a support in the process of advancing in the nursing role.

Keywords: emergency care, newly employed nurses, patient care, expectations and experience.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Akutmottagningen	1
Arbetsmiljö	2
Patienssäkerhet	3
Sex kärnkompetenser som teoretisk referensram	3
Vård av patienter på en akutmottagning	4
Sjuksköterskans roll på en akutmottagning	5
Nyanställd personal	7
Förväntningar och upplevelser	9
Problemformulering	9
SYFTE	10
METOD	10
Ansats och design	10
Urval	10
Genomförande	11
Databearbetning	12
Studiens trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet	14
Forskningsetiska övervägande	15
RESULTAT	16
Faktorer påverkade av förväntningar	16
Formade erfarenheter	19
Möjliga förbättringar	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	27
Slutsats	30
Klinisk tillämpbarhet	30
Förslag till vidare forskning	30
REFERENSER	31

Bilaga I - Brev till verksamhetschef

Bilaga II - Forskningsperson information och samtyckesbrev

Bilaga III - Intervjuguide

Bilaga IV- Forskningsetisk bedömning av tillståndsplikt

INLEDNING

Akutmottagningen är en utmanande arbetsmiljö för att kontinuerlig vård med hög kvalitet ska ges till alla patienter. Personalomsättningen inom Hälso- och sjukvården är omfattande och orsakerna är komplexa. Detta ger ökade ekonomiska konsekvenser och risken finns att patienterna blir lidande av det. Vad finns det för förväntningar hos ny personal när de börjar sin anställning på en akutmottagning? Hur upplevs det att ta hand om såväl kritiskt som icke kritiskt sjuka patienter? Med dessa frågor i åtanke väcktes intresset hos författaren att studera nyanställda sjuksköterskors förväntningar och erfarenheter av att vårda patienter på en akutmottagning.

BAKGRUND

Akutmottagningen

Akutmottagningen ses som en kärna i sjukvården. Akutmottagningar har nära samarbete med vårdcentraler, övriga sjukhus, mottagningar och avdelningar på eget sjukhus, röntgen, laboratorium, ambulanspersonal och SOS Alarmcentralen. Majoriteten av patienter som blir inlagda på sjukhus kommer via akutmottagningen (Wikström, 2012). Patienter som inte kan vänta för att få en läkartid på vårdcentral eller läkarmottagningen söker sig enligt Fagerström (2011) till akutmottagningen. En del av dessa patienter är inte kritiskt sjuka. Vidare menar Wikström (2012) att omsättning av patienter är stor dygnet runt på akutmottagningen vilket kan leda till korta vårdmöten. Akutmottagningens uppdrag är framförallt att vårda svårt skadade och kritiskt sjuka patienter. Nyström, Nydén och Petterson (2003) påstår att det finns en risk att fokuset hos sjuksköterskor mestadels är på medicinska uppgifter vilket kan medföra konsekvenser för den icke kritiskt sjuka patienten. Icke kritiskt sjuka patienter uttryckte sig i intervjuer att en strategi som de använde sig var att ”vara en duktig patient”. Detta innebär att inte kräva för mycket av sjuksköterskan för att behålla en god relation med sjuksköterskan.

Enligt Wikström (2012) upplever patienter som söker vård på akutmottagningen någon form av obehag, ohälsa eller smärta. Anledning till varför patienten söker sig till akutmottagningen kan ibland vara på grund av påtryckning från anhöriga. Ytterligare orsak kan vara svårigheten av att få tid hos husläkaren. Patienter och anhöriga kan känna sig stressade eller chockade och behöver en tydlig och upprepad information. Detta för att undanröja eventuella oklarheter och frågor.

Den senaste utgivna lägesrapporten från Socialstyrelsen (2015) visade att antalet besök på akutmottagningar vid landets olika sjukhus hade ökat med 1,3 procent från 2014 jämfört med 2013. Det totala antalet besök under 2014 uppskattades till 2,5 miljoner. Det fanns stora skillnader avseende vistelsetider på akutmottagningarna på de olika regionerna. Patienter över 80 år hade i genomsnitt 35 minuter längre total vistelsetid på akutmottagningen än andra grupper. I en rapport från Socialstyrelsen (2014) nämndes att den genomsnittliga väntetider för sjukhusanslutna akutmottagningar låg på två timmar och 50 minuter. Från den första mätningen 2010 hade den ökat med 28 minuter. Väntetiden till den första läkarbedömningen var 57 minuter men den hade inte ökat avsevärt jämfört med 2013. Dock hade den ökat med sju minuter från 2010.

Triage

Det viktigaste när patienter kommer till akutmottagningen är att veta anledningen till varför patienter söker vård samt hur länge de kan vänta utan att deras tillstånd förvärras. Triage används som stöd för bedömning av patienten. Triage är ett franskt ord och betyder bland annat separera, sortera och sälla (Fagerström, 2011). I en rapport från Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (2010) var Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS), Adaptivt process triage (ADAPT) och Manchester Triage Scale (MTS) tre av de vanligaste triage metoderna. METTS som bytte namnet till RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) utgår från såväl vitala parametrar som besöksorsak är nu den mest användbara modellen (Sandman, Ekerstad & Lindroth, 2012). Det namnskyddades och är nu ägd av företaget Predicare. Predicare beskriver på sin hemsida (<http://predicare.se/>) att RETTS är ett stödsystem för medarbetaren. Tillsammans med vitala parametrar och den första undersökningen i en strukturerad anamnes fångas upp avvikande symtom. Systemet ger rekommendationer om prioritetsnivå och om patienten 'kan vänta eller inte vänta' på läkare, övervakningsnivån samt vilka provtagningar som ska göras. Fagerström (2011) bedömer att triagesjuksköterskans uppgift innebär stort ansvar och minst ett års klinisk erfarenhet av arbetet på en akutmottagning. Sjuksköterskan måste utveckla den "kliniska blicken" dvs. känslan för om något är normalt eller onormalt.

Arbetsmiljö

I arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS, 2001:1) stadgas i 6 § att arbetsgivaren är ansvarig för att fördela arbetsuppgifterna i en verksamhet och se till att resurser och befogenheter finns för att uppnå en tillfredställande arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska försäkra sig om att kunskap finns om fysiska och psykiska förhållanden som kan leda till ohälsa och åtgärda de faktorer som medför ohälsa och en försämrad arbetsmiljö. Arbetet på en akutmottagning kräver stor flexibilitet av sjuksköterskor då arbetsbördan är ojämn. Överblick och uppsikt över samtliga patienter behövs för att upptäcka om patienters tillstånd förvärras (Wikström, 2012).

En enkätundersökning på tre akutmottagningar genomfördes på Irland, av Healy och Tyrell (2011) för att undersöka stress. Från de 100 personer, såväl läkare som sjuksköterskor svarade 75 att arbetsmiljön var den högsta stressfaktorn. Orsaker i arbetsmiljö som ansågs orsaka stress var dåligt schema, mängden arbete, överbeläggningar, traumatiska händelser, skiftarbete, upprepade byten av läkare, konflikt mellan personal, brist på teamarbete samt dåligt ledarskap. Socialstyrelsen (2015) antyder att behovet av såväl allmänutbildade sjuksköterskor som specialistsjuksköterskor är större än tillgången.

Även Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef och Maes (2011) visade att den höga arbetsbelastningen var ett viktigt element avseende den psykosomatiska pressen och tröttheten hos sjuksköterskorna på akutmottagningarna. Liknande resultat påvisade Flowerdew, Brown, Russ, Vincent och Woloshynowych (2012) när de intervjuade medarbetare som arbetade i team på en akutmottagning i London. En annan hög stressfaktor som nämndes i den studien var fyratimmars målet, det vill säga regeringens mål för när patienten skall vara klar med besöket på akutmottagningen. I Sverige finns ett likadant mål för väntetider. Mätningar om detta mål har uppnåtts har genomförts sedan 2010 (Socialstyrelsen, 2014).

Nielsen, Pedersen, Rasmussen, Pape och Mikkelsen (2013) undersökte förekomsten av ogynnsamma händelser i samband med 12 olika arbetsrelaterade stressfaktorer. De fann att

bland sjuksköterskor tung arbetsbörda och dåliga arbetsrelationer var mest stressade. Att bli störd i arbetet var den mest förekommande händelsen men det upplevdes inte som den största emotionella störande orsaken till ogynnsamma händelser (Nielsen et al., 2013). På en annan vårdnivå från olika vårdhem i Schweiz fann Zúñiga, Auserhofer, Hamers, Engberg, Simon och Schwendimann (2015) att arbetsmiljön och organisationen var avgörande för vårdkvaliteten. De konstaterade att ge stöd i hanteringen av stress på arbetet och minskad arbetsbörda var de viktigaste insatserna som skulle främja vårdkvalitén. Däremot fann de ingen signifikant skillnad i förhöjd vårdkvalitet kopplad till personalomsättning, personalens kompetens eller sammansättning av personalgruppen.

Patientsäkerhet

Enligt patientsäkerhetslagen finns skyldighet hos arbetsgivare att utföra ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (SFS, 2010:659, kap. 3, 1 §). Arbetsgivaren ska styra och organisera verksamheten på en sådan sätt att kvalitet på god Hälso- och sjukvård ska bevaras. God vård beskrivs av Hälso- och sjukvårdslagen som vård med god kvalitet, god hygienisk standard och den ska vara lättillgänglig (SFS, 1982:763, 2a §). För god vård krävs god kontakt mellan patient och personal och den byggs på respekt för patientens integritet och självständighet. Patienten ska få trygghet, kontinuerlighet och säkerhet i vården.

Sveriges Kommuner och Landsting (2013, s. 4) menar att "ett integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete skulle i många fall kunna skapa synergier som kan bidra till effektivitet, helhetssyn och delaktighet". För såväl patientsäkerhet och arbetsmiljö behövs årlig uppföljning, riskbedömning, skrivande av händelseanalys, utredning, anmälan och åtgärdsplaner för bristerna. Enligt Kirwan, Matthews och Scott (2013) skulle såväl andelen sjuksköterskor med ökad kompetens och upplevd positiv arbetsmiljö bidra till ökad rapportering av avvikelser. Att inte rapportera kunde vara orsakat av fruktan för konsekvenser men då ansågs rapporteringen inte som en möjlighet till förbättringar och förhindrar att samma sak händer igen.

Aiken et al. (2012) påvisade samband mellan en förbättrad arbetsmiljö och ökat antal sjuksköterskor per patient vilket ledde till en bättre vårdkvalitet och ökad patientsäkerhet. En tvärsnittstudie bland 1105 allmänna sjukhus i både Europa och USA genomfördes där såväl patienter som sjuksköterskor inkluderades. Även om det fanns skillnader hur olika sjukhus i olika länder hade organiserat vården och skillnader i uppbyggnaden av Hälso- och sjukvård, mötte alla vårdgivare liknande problem och utmaningar med patientsäkerhet, vårdkvalitet, missnöje och utbrändhet bland sjuksköterskor. Kirwan et al. (2013) använde samma mätinstrument Practise Environment Scale - Nursing work index (PES-NWI) och noterade att positiv arbetsmiljö förbättrar resultatet av patientsäkerhetsarbetet. Uppskattning av arbetsmiljön och rapport om bemanningen av sjuksköterskor var associerad till hur patienten betygsatte samma sjukhus (Aiken et al., 2012).

Sex kärnkompetenser som teoretisk referensram

Sherwood och Barnsteiner (2013) anger sex kärnkompetenser inför utmaningen att öka kvaliteten av vården och att behålla en hög patientsäkerhet samt att ge praktiska råd för att implementera färdigheter. De olika kompetenserna är Personcentrerad omvårdnad, Samverkan i team, Evidensbaserad vård, Förbättringskunskap och Kvalitetsutveckling, Säker vård och Informatik. Med personcentrerad vård menas att patienten är delaktig i vården och har insyn i sin behandlingsplan. Den komplexa vården kräver en samverkan i team som innebär samarbete över professionsgränser med en standardiserad

kommunikation. Evidensbaserad vård innebär att vården baseras på den bästa tillgängliga evidensen. Det krävs en sjuksköterska med kritiskt tänkande för tillämpning av de bästa vårdmetoderna. Sjuksköterskor har en väsentlig betydelse för att initiera och för att genomföra förbättringar. De ska studera, planera genomföra samt på alla sätt vara med och bidra till kvalitetsutvecklingen. Säker vård innebär patientsäkerhet och målsättningen är att minimera risken för såväl patienter som sjukvårdspersonal. Som sista kärnkompetens nämns informatik vilket relaterar till det elektroniska journalsystemet och tekniska möjligheter för sjukvårdsinformation och till kommunikation som används dagligen (Sherwood & Barnsteiner, 2013).

Svensk sjuksköterskeförening (2010) anser att dessa sex kärnkompetenserna måste ingå i utbildningen för sjuksköterskor på såväl grund- som på avancerad nivå och vara en röd tråd under hela utbildningen. Även World Health Organization (WHO) har utvecklat en global strategi med fokus på personcentrerad vård och inte på sjukdomsbaserad vård (World Health Organization, 2015). Enligt Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane och Chaboyer (2015) och Svensk sjuksköterskeförening (2010) är patientdeltagandet en nyckelegenskap i personcentrerad vård. Patientdeltagandet innebär ett lyssnande på patienten och visa respekt för deras självbestämmande samt att ha förståelse för deras liv och lidande. Upplevelsen av att de har en viss kontroll över behandling och vård är centralt (Frank, Asp & Dahlberg, 2009). Vidare menar Tobiano et al. (2015) att sjuksköterskans roll är avgörande för att underlätta patientens deltagande i vården. Utmaningar som finns är balans mellan deltagande och säkerhet, confidentialitet och patients förmåga och preferenser.

I ett mångkulturellt Sverige med mer inflyttade migranter står hälso- och sjukvården enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) inför en stor utmaning att kunna ge god omvårdnad och behandlingar till människor från andra kulturer. Upplevelse, kommunikation och individualitet har till stor del att göra med språk och med kultur. En personcentrerad vård bygger på patientens upplevelser av lidande och delaktighet. I den vården skapas möjligheter att inte tolka situationer enbart från egen professionell bakgrund och uppfattad kunskap om kultur. Även på akutmottagningen som av tradition sänder patienter till olika specialistsektioner efter den specifika kroppsdel vart besväret sitter menar Kristensson Ekwall (2010) att det finns en risk att helhetssynen faller bort. Att ge personcentrerad vård på en akutmottagning kan ses som en stor utmaning då patientmöten är korta och oförutsägbara händelser är vanliga, jämfört med arbetet på en vårdavdelning. Av detta skäl ställs det stora krav på sjuksköterskans förmåga att använda den korta tiden som finns för att få en så bra helhetsbild som möjligt av patienten och dennes problem. Risken för felaktig behandling, skador orsakad av vården, onödigt fördröjning minskar när det inte bara ses på symtomen utan på hela personen. Frank et al. (2009) fann att patientdeltagandet i en arbetsrelation inte behövde kräva allt för mycket tid. Även genom att blivit sedd under en eller flera korta stunder av kontakt, kunde deltagandet erhållas.

Vård av patienter på en akutmottagning

Svensk sjuksköterskeförening (2014) beskriver att villkor för en god omvårdnad är att patientens egen upplevelse av hälsa och ohälsa respekteras samt att möjligheter skapas till delaktighet. En god värdegrund med ständigt pågående etiska reflektioner tillsammans med evidensbaserad omvårdnads kunskap krävs för en god omvårdnad. Inställningen hos vårdpersonalen och utförda handlingar ska främja hälsa och hindra sjukdom genom att stödja patienten till ett hälsosamt levnadssätt, göra lidandet lättare och hindra obehag till att patienten mår dåligt (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Arbetet på akutmottagningen består enligt Nyström (2003) av insatser av såväl medicinsk som av omvårdnadskaraktär och de medicinska insatserna kan få mer utrymme. Det gäller för en sjuksköterska att kunna göra flera saker samtidigt. Det kan handla om att hantera teknisk apparatur och att samtidigt ge kraftigt verkande läkemedel och dessutom ta hand om patientens eventuella ångest, oro, smärta, lidande eller upplevelser av utsatthet. En attitydförändring av hela organisationen på en akutmottagning behövs eftersom inte bara fysisk akutlivsfara har högsta prioritet utan även aspekter som rör människans existens (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2011). Nyström (2003) påstår att vårdvetenskap innehåller den allmänna baskunskapen till omvårdnad. Speciellt på akutmottagningen behövs ett etiskt patientperspektiv på livet som grund för att ge en omsorgsinriktad omvårdnad. En patient uttryckte sig vid en intervjustudie gjord av Nyström et al. (2003) att när det fanns mycket att göra på akutmottagningen så ägnades lite tid åt icke kritiskt sjuka patienter.

Vid en specifik akutmottagning som Nyström (2002) undersökte kom det fram att vårdpersonalen saknade ett tydligt holistiskt perspektiv och medicinsk behandling skattades högre än omvårdnad. Tydliga riktlinjer fanns för medicinsk prioritering och behandling men vaga mål för omvårdnad. Elmqvist et al. (2011) jämförde första möte av patienten på akutmottagning med en dold spelplan. Spelreglerna är inte tydliga för patienter och de blir flyttade från ett rum till annat för att träffa olika medarbetare. Tydlig information skulle ge möjligheten för patienten att behålla kontrollen och även bidra till tillfredsställelse av sjukhusbesöket. Nyström et al. (2003) beskriver rutiner i arbetet som sjuksköterska på akutmottagningen som "ett arbete på löpande band". Icke akut sjuka patienter får en fragmenterad behandling. En sjuksköterska utför triage, en tar blodprover, en tredje tar vitalparametrar och så vidare. Fem huvudelement som bidrar till en patients tillfredsställelse på akutmottagningen konstaterar Welch (2010) är empatisk attityd, teknisk kompetens, smärtlindring, information om väntetid och om vad som händer. Personal på akutmottagningen bör vara insatta i de fem elementen som är viktiga för patienter som söker vård på akutmottagningen.

Vid patientintervjuer om patientdeltagande på en akutmottagning ansåg Frank et al. (2009) att det fanns tre olika kategorier av begrepp; att känna sig bekräftad, viljan att bli engagerad och att ha ett fritt utrymme. Att känna sig bekräftad upplevdes av patienter när personalen på akutmottagningen såg dem, erbjöd hjälp samt gav information relaterad till deras omständigheter. Patienter ville bli engagerade och kände sig frustrerade och kunde uttrycka det genom att försöka skapa kontakt själva eller genom anhöriga eller genom med mer högt verbala ljud. Den tredje kategorin att ha fritt utrymme, upplevdes som att de hade fått respekt och uppmärksamhet från personalen och en gemensam dialog fanns.

Sjuksköterskans roll på en akutmottagning

Personalen som arbetar på en akutmottagning består av undersköterskor, sjuksköterskor, läkare samt administrativ personal. Sjuksköterskorna kan vara såväl grund som specialistutbildade. De flesta läkare arbetar viss del av sin anställning på akutmottagningen och under senare år har en ökning av fastanställda akutläkare skett. Fördelen med detta är att det senare medför en större kontinuitet och en högre kompetens hos läkarna (Wikström, 2012). Sjuksköterskans roll är att bidra till ett gott hälsotillstånd, förhindra sjukdom, återuppbygga hälsa och mildra lidande (International Counsel of Nursing [ICN], 2014). Att ge evidensbaserad vård, kommunicera med teamet, delta i förbättringsarbete och kontinuerligt sträva efter att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten är några av de

tidigare nämnda kärnkompetenserna och tillhör sjuksköterskans ansvarsområde (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Enligt den etiska kodens riktlinjer från ICN (2014) ska omvårdnad ges utifrån full respekt för kultur eller etnisk bakgrund, härkomst, religion, politiska synpunkter, kön, sexuell läggning, funktionshinder eller sjukdom, ålder och hudfärg.

Vid jämförelse av akutmottagningens omsorgsinriktade omhändertagande med dramatiska hjälteliknande insatser i TV-serier drar Nyström (2003) slutsatsen att medicinska insatser verkar fungera utmärkt. Sett från ett annat perspektiv påstår Nyström (2003, s. 11) att "TV-serierna säger oss däremot ingenting om hur personalen får till stånd samma höga kvalitet i de betydligt vanligare men oglamorösa vårdssituationer som inte handlar om liv och död". Adriaenssens et al. (2011) jämförde arbetssituationen för sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningen med sjuksköterskors arbetssituation på en vårdavdelning. Resultatet visade skillnader i en mer ansträngd arbetssituation orsakad av en högre fysisk belastning för sjuksköterskor på akutmottagningen. Dessutom upplevdes mindre uppskattning från patienter och mindre makt i beslutsfattande situationer jämfört med sjuksköterskor som arbetade på vårdavdelning. Sjuksköterskor på akutmottagningen hade däremot större möjlighet till kompetensutveckling och hade bättre socialt stöd från kollegor. Wikström (2012) menar att vårdpersonalen på akutmottagningen oftast upplever variationen i sitt arbete som positiv. Däremot ger det korta vårdmötet inte möjlighet att utveckla en djupare relation eller skapa ett ömsesidigt förtroende med patienter vilket upplevs som en negativ sida.

Specialistakutsjuksköterskor på en akutmottagning

Adriaenssens et al. (2011) konstaterar att det bästa sättet att investera i välmående av sjuksköterskor på akutmottagningen är att ge ökad självständighet och professionell kunskap. Utöver det behövs tydliga arbetsriktlinjer och användning av handledning som en stödjande funktion. Enligt Riksföreningen för Akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2010) krävs det gedigna kunskaper hos en sjuksköterska på akutmottagningen för att identifiera eventuella livshotande situationer på patienter som inte ännu ha fått en fastställd diagnos. Ibland behöver sjuksköterskan initiera en medicinsk undersökning och inleda en farmakologisk behandling. Det behövs utbildning på avancerad nivå med en fördjupning i flera områden för att möta den snabba utveckling som sker i vården. Specialistsjuksköterskans roll på akutmottagningen innefattar bland annat att vara specialist i omvårdnad, ta ansvar för att urskilja förbättringsmöjligheter, säkra en god kvalitet av omvårdnaden och samarbeta för en patientsäker vård. Fagerström (2011) menar att avancerad kliniskt specialiserade sjuksköterskors kompetens skulle kunna utnyttjas mer i bedömningen av patienter med mindre akuta hälsoproblem. Det skulle bidra till kortare väntetider och ge en förbättrad tillgänglighet till vården.

O'Connell, Gardner och Coyer (2014) utförde en studie i Australien med målet att undersöka och beskriva specialistsjuksköterskans arbetsuppgifter på akutmottagningen. Det resulterade i tre kodord som var vägledande för dem i olika situationer; snabbhet, fokusering och planering. Snabbheten avspeglades och användes vid sortering av patienter, för att lösa problem och för att åtgärda avvikelser. Fokusering användes för att få fram orsaken till patienternas besök, tolka symtom, övervaka och se till att patienternas tillstånd hölls stabilt. Planering innefattade konsekvenserna av vidare behandling av patienterna och utifrån ett helhetsperspektiv kontrollera om patienten förstått informationen och om denne samtyckte till behandlingen. Fotheringham, Dickie och Cooper (2011) fann att specialistsjuksköterskans roll på akutmottagningen i Skottland har allt mer fått en plats i sjukvården. Stor förändring har skett de senaste tio åren från att utföra mest enkla uppgifter

som såromläggning till utökade avancerade uppgifter. För att skapa detta till en egen profession behöver det utvecklas såväl politiskt som professionellt (Fotheringham et al., 2011). O'Connell et al. (2014) menade att deras resultat av studien kan påverka utvecklingen av standarder för praktisk utbildning samt kompetensutveckling för specialistakutsjuksköterskor. Dessutom skulle resultatet kunna underlätta standardiserade operationella definitioner för pågående forskning i denna växande modell.

Nyanställd personal

Benner (1993) beskriver sjuksköterskans utveckling från novis till expert och använder följande steg; nybörjare, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Till exempel har en nybörjare inte den erfarenhet och förvärvade kunskap från olika situationer som de kan hamna i men förväntas ändå utföra ett fullgott arbete. Sjuksköterskor befinner sig i den kompetenta perioden när de har arbetat under likadana situationer från två till tre år. Nyutexaminerade sjuksköterskor börjar sitt arbete på akutmottagningen med en viss uppfattning om vad akut omhändertagande innebär. Utifrån deras otillräckliga erfarenhet från arbetet på en akutmottagning placeras de på en nybörjares nivå (Valdez, 2008). Boychuk Duscher (2008) menar att när nyutexaminerade sjuksköterskor börjar arbetet har de varken praktisk kompetens eller självförtroende i den intensiva och krävande kliniska miljön med hög arbetsbelastning. Begreppet nyutexaminerad användas av Fox, Stokes och Adam (2012) och syftar på sjuksköterskor som har tagit examen under de senaste tre åren. Valdez (2008) drar slutsatsen att det finns en daglig kamp för att hitta en balans mellan att ta itu med behovet av att snabbt integrera nyutexaminerade sjuksköterskor i den akuta vårdens arbetsmiljö och att ge dem lämpligt stöd under övergångstiden från nybörjare till att bli självständigt fungerande sjuksköterska.

Enligt Sherwood och Barnsteiner (2013) finns tydlig evidens att införandet av Transition To Practise (TTP) modellen som standardiserat introduktionsprogram skulle bidra till goda framsteg för den nyutexaminerade sjuksköterskan. Det skulle även påverka organisationerna genom ökad patientsäkerhet ökar förbättrad vårdkvalitet. Under de första sex månaderna går den nyutexaminerade från rollen att vara student till rollen som en professionell sjuksköterska. TTP modellen kräver att handledaren har fått utbildning i sin roll och kan ge personlig handledning. Om detta inte är möjligt ska handledning kunna göras via online-kurser. TTP program använder sex kärnkompetenser som modell och utgår från sex månaders handledarskap följt av sex månader med stöd från personalen på arbetsplats. Cantrell och Browne (2006) undersökte effekten av ett 10 veckors externprogram på en akutmottagning bland anställda blivande sjuksköterskor inför den sista skolterminen. Det visade sig att programmet gav ökade möjligheter till senare rekrytering och minskade personalomsättningen vilket även bidrog till en känsla av tillhörighet och arbetstillfredsställelse.

Glynn och Silva (2013) intervjuade nyutexaminerade sjuksköterskor om deras förväntningar och erfarenheter av ett program för nyutexaminerade sjuksköterskor på en akutmottagning i USA. Programmet, som pågick under sex månader, bestod av fyra timmars undervisning varje vecka varav en timme avsattes för diskussion kring praktiska ämnen. Deltagarna hade samma arbetsschema som handledaren och arbetade hela tiden tillsammans. Undervisningen tillsammans med det praktiska arbetet var en bra grund för att förvärva ny kunskap och färdigheter och var en hjälp för att kunna prioritera patienter rätt. Programmet medförde att skickligheten ökades och att handledaren som förebild hjälpte den nyutexaminerade att gå från rollen som novis till rollen som avancerad nybörjare. Däremot saknades specifika ämnen som till exempel kontraindikationer för

läkemedel vid graviditet, kunskap om hur man prioriterar och tidsplanerar. I vissa fall saknades kontinuerlig handledning i början av programmet (Glynn & Silva, 2013). Liknade program diskuteras av Winslow, Almerode, Cottingham, Lowry och Walker (2009) som skiljer sig från andra genom att bedöma specifika egenskaper som sjuksköterskor ska ha för att kunna börja programmet. Till exempel förmågan att växla och öka takten efter behov och förmågan att upprätthålla ett lugn mitt i ett kaos.

En longitudinell observationsstudie med fokus på att undersöka anledningen till varför sjuksköterskor vill lämna sitt yrke, utfördes av Rudman, Gustavsson och Hultell (2014) från hösten 2002 till våren 2010 bland 1501 sjuksköterskor i Sverige. Jakobsson (2011) definierar att en longitudinell studie är en studie som görs under en längre tid och där upprepade mätningar görs. Rudman et al. (2014) rekryterade deltagarna från första året på utbildningen och följde dem under fem år som yrkesverksamma. De fann att en av fem sjuksköterskor hade starka avsikter att lämna sitt yrke efter fem år. Även Flinkman och Salanterä (2015) fann att de första åren som nyutexaminerad och oerfaren var de som var mest påfrestande. Speciellt hög nivå av stress var relaterad till en ökad avsikt att lämna yrket (Rudman et al., 2014). Vid en studie i Finland tillfrågades 15 sjuksköterskor i ålderskategorin under 30 år bland annat varför de hade lämnat det senaste arbetet. Viktiga faktorer som framkom var: dåligt arbetsklimat för en ny sjuksköterska, avsaknad av stöd i form av mentorskap samt att många inte hade valt sjuksköterskeyrket som första handsval från början utan som andrahands alternativ (Flinkman & Salanterä, 2015). Vidare konstaterade Wu et al. (2012) att den krävande vården var högsta stressfaktorn. En av överlevnadsstrategierna var att försöka hitta någon på arbetsplatsen som kunde ge mer information om arbetet. Enligt Benner (1993) behöver såväl nybörjare som avancerad nybörjare åtminstone stöd av sjuksköterskor på kompetent nivå. Det svåraste för nybörjare är att ha en helhetssyn och att kunna prioritera i patientomvårdnaden eftersom de har lärt sig att arbeta efter allmänna riktlinjer.

Rudman et al. (2014) drog slutsatsen att organisationer som anställer nyutexaminerad personal måste vara uppmärksamma på sjuksköterskor som visar tidiga tecken på stress. Vad som krävs är en arbetsmiljö med tillräckliga resurser för att utföra ett kvalitativt gott arbete, lämplig stor arbetsbörda, tillräckligt med introduktion, tillfredställande samarbete med kollegor och tydlighet med rollen. Enligt Hirschhorn, West, Hill, Cleary och Hewlett (2010) står dagens vård inför en stor utmaning bland annat att det finns en förskjutning i förhållandet mellan erfarna sjuksköterskor och mindre erfarna. Tillsammans med vårdprocessen som har medfört att vården snabbats på och vårdtiden kortats av kan konsekvenserna bli att mindre erfaren personal inte kan ge god omvårdnad och att patientsäkerheten blir drabbad. Wu, Fox, Stokes och Adam (2012) föreslår att chefsjuksköterskor och mentorer ska ge stöd till nyutexaminerade sjuksköterskor exempelvis genom simuleringsövningar, fallstudier, reflektioner och genom att vara en praktisk förebild.

Hirschhorn et al. (2010) tar det ett steg vidare och konstaterar att för att ge bästa vård relateras till de strategier ledare använder för att behålla erfarna sjuksköterskor. Alla sjukhus och sjukvårdssystemet ska investera långsiktigt i omvårdnad. Detta bör återspeglas hur rekryteringsprocessen görs och på det sätt de arbetar för att behålla personal. Aiken et al. (2012) menar att förbättra sjukhusets arbetsmiljö kan vara en prisvärd strategi för att behålla sjuksköterskor och för att ge förbättrat behandlingsresultat för patienter. Det är lätt att försöka hitta snabba enkla lösningar men det krävs att det ingår i en strategisk

planering. Personalomsättning ger höga kostnaderna och tar mer än fem procent av den årliga drifts budget (Waldman, Kelly, Arora & Smith, 2010).

Förväntningar och upplevelser

Enligt Egidius (u.å.) är en förväntning att se fram emot och även ett antagande att något kommer att vara på ett visst sätt i framtiden. Förväntningar kan vara såväl höga och låga vilket innebär ett antagande att det kommer bli bra eller dåligt. Upplevelse beskrivs som något som tas in vilket påverkar sättet att vara, känna och tänka. Det innebär att ha varit med om en händelse och fått erfarenhet av det (Egidius, u.å.). Antonovsky (2005) menar att upplevelse av en viss situation har stor betydelse för hur en person kan hantera den. Han använder begreppet känsla av sammanhang (KASAM) för att beskriva hur individen upplever tillvaron när svårigheter möts i livet. Det finns tre dimensioner som nämns: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet är förmågan att på förhand kunna se vilka situationer som kan inträffa och förstå anledningen till detta. Att kunna hantera såväl förutsägbara som icke förutsägbara situationer har med hanterbarhet att göra. Meningsfullhet betraktas som den mest betydande dimensionen vilken uttrycker den omfattningen som en person är intresserad och har drivkraften i olika situationer. Så länge en person upplever en situation meningsfull klarar den av svårigheter. När de tre dimensionerna är i balans påverkar det en persons välmående. Nordangs, Hall-Lord och Farup (2010) fann att låg KASAM bland sjuksköterskor är en riskfaktor och kan påverka och leda till utbrändhet vid stressiga situationer som till exempel vid omorganisationer. En 'sense of coherence' (SOC) skala användes och sjuksköterskor med stark SOC hanterade oönskade händelser bättre. Antonovsky (1993) fann att de olika frågeformulären för SOC skala används internationellt och att det har bedömts som ett genomförbart, tillförlitligt och giltigt mätinstrument.

Thrysoe, Hounsgaard, Bonderup Dohn och Wagner (2011) belyste förväntningar på att bli sjuksköterska och erfarenheterna av att vara sjuksköterska. Sjuksköterskestudenterna i termin sex hade blandade känslor inför avslutningen av sina studier dels glädje och dels rädsla för att behöva ta ett självständigt ansvar när de börjar arbeta. Det var lättare att ta ett självständigt ansvar för de som hade fått prova på det som student och när samarbete med kollegor präglades av dialog. Självständighet ansågs vara positivt när kollegor erkände deras kunskaper och då fick de beröm. Vidare ansåg flera att ett pedagogiskt förhållningssätt till yrket under studietiden var för idealistiskt i förhållande till den vardag som de upplevde och mötte som sjuksköterskor.

Problemformulering

En akutmottagning är först och främst avsedd för kritisk sjuka och svårt skadade patienter dock även patienter med mindre allvarliga åkommor söker sig dit. Det krävs kunskap och erfarenhet av en sjuksköterska för att kunna bedöma och prioritera rätt. Omsättningen av patienter är hög och arbetsmiljön kan upplevas som kaotisk och oorganiserad. Utmaningen för ny personal är att komma in i rutiner och skaffa sig ny kunskap om den nya verksamheten. Personalomsättningen i vården är stor och det medför att det är brist på sjuksköterskor med lång erfarenhet och ger även höga ekonomiska kostnader. Risk finns att kunskap och färdigheter går förlorad och dessutom kan patientvården bli lidande och kvalitet försämrade. Därför är det viktigt att ha en kontinuitet av personalen som kan arbetet och rutinerna. Healy och Tyrell (2011) fann att yngre medarbetare och de som har mindre erfarenhet av att arbeta på en akutmottagning är mer sårbara för stress och behöver mer

stöd och handledning i början. I flera artiklar som nämnts tidigare finns skrivet om stress på en akutmottagning (Flowerdew et al., 2012; Healy och Tyrell, 2011; Nielsen et al., 2013). Dock hittades inga specifika artiklar som har fokuserat på nyanställda sjuksköterskors förväntningar och upplevelser av att vårda patienter på en akutmottagning. Förhoppningsvis kan denna studie leda fram till ny kunskap som kan beaktas vid rekrytering och inskolning av ny personal.

SYFTE

Syfte var att beskriva nyanställda sjuksköterskors förväntningar och upplevelser av att vårda patienter på en akutmottagning.

METOD

Ansats och design

Detta var en empirisk studie som byggde på en vetenskaplig undersökning av verkligheten. I Jakobsson (2011) hittades en beskrivning av empiri med betydelsen erfarenhet. Metodvalet som användes för datainsamlingen var kvalitativ design med induktiv ansats och semistrukturerade intervjuer. Kvalitativa studier användes då syftet var att fånga och beskriva innebörden, meningen eller erfarenheter av ett fenomen (Polit & Beck, 2012). I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) fick författaren ökade kunskaper när synpunkter växlades mellan två personer i ett samtal om ett gemensamt intresse i en kvalitativ forskningsintervju. Genom samtalet skapas möjlighet att få den andra personens erfarenheter, tankar och förhoppningar om ett visst ämne. Valet var att intervjuerna blev semistrukturerade, men kunde också ha varit öppna eller strukturerade. En intervjuguide, med öppna frågor har används som stöd. Även så försöktes att informanterna fick styra samtalet som enligt Kvale och Brinkmann (2009) är en viktig del i datainsamlingen genom intervjuer. På detta vis eftersträvades att få en naturlig rytm i samtalet, och minimera intervjuarens påverkan på resultatet.

Urval

Urvalsmetod

Urvalsgruppen kom från ett akutsjukhus i Storstockholm där författaren arbetade. Författare använde ett strategiskt icke slumpmässigt urval då fokus inte var att dra slutsatsen för en större grupp utan att få ett urval som gav en riklig beskrivning om ämnet (Polit & Beck, 2012). Rekommenderad urvalsstorlek vid intervjuerna utifrån Sophiahemmet högskolas riktlinjer var att ha minst sex till tio intervjuer vid datainsamling (inklusive eventuella pilotintervjuer). Polit och Beck (2012) indikerade att det inte fanns fasta regler för urvalsstorleken i kvalitativa studier och att de ska vara baserade på hur innehållsrik den insamlade informationen var. Kvale och Brinkmann (2009, s. 129) uttryckte det på följande sätt: "Intervjua så många personer som behövs för att ta reda på vad du behöver veta".

Inklusions- och exklusionskriterier

Urvalsgruppen bestod av nyanställda sjuksköterskor, på författarens arbetsplats, som hade arbetat minst tre månader och maximalt ett år på akutmottagningen. Exkluderade blev de sjuksköterskor som hade arbetat som sjuksköterskor på en akutmottagning tidigare eftersom detta skulle ha påverkat deras förväntningar och upplevelser. Stråvan var att få

både män och kvinnor bland informanterna. Detta skulle ha representerat personalen på arbetsplatsen och gett en bredare variation och kunde möjligtvis belyst syftet med flera nyanser och gett ett rikare innehåll (Malterud, 2014).

Arbetslivserfarenhet

Tidsramen för informanterna var att de skulle ha arbetat minst tre månader och max ett år på akutmottagningen. Avsikten med detta var och att deras förväntningar fortfarande fanns färskt i minnet. Viktigt var att de skulle ha arbetat några månader och fått erfarenhet och kunskap och lite mer inblick i aktuell verksamhet. Informanterna hade mellan fem månader och två och ett halvt års yrkeserfarenhet vid tidpunkten för intervjun. Fem av de sex intervjuade sjuksköterskor hade börjat sin anställning på akutmottagningen som nyutexaminerade.

Genomförande

Först skapades en tidsplan för projektet där tidåtgången för olika moment uppskattades; sökandet av bakgrundsartiklar, genomförande av intervjuer, transkribering, analysarbetet och själva skrivandet av det självständiga arbetet. Det var känt att kvalitativa studier med induktiv ansats var en tidskrävande process och därför viktigt att se till att den passade inom tidsramen (Kvale & Brinkmann, 2009). Tidsramen som fanns för hela processen var från ungefär mitten av november 2015 till och med mars 2016.

Information till verksamhetschefen

Innan den empiriska studie gjordes som berörde personal, inhämtades tillstånd från ansvarig verksamhetschef i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009). Ett informations- och svarsbrev lämnades till verksamhetschefen för akutmottagningen (Bilaga I). Verksamhetschefen kontaktade därefter sin patientsäkerhetscontroller.

Tillstånd

Patientsäkerhetscontrollern som hade det administrativa ansvaret för alla studier, examensarbeten och projekt vid akutkliniken kontaktade författaren per e-post. Ett flertal dokument, intervjuguide, projektplan, tidsplan utöver den sända informations- och svarsbrev till verksamhetschefen önskades få översänt per e-post. Därefter gav verksamhetschef ett tillstånd till studien med förbehåll att intervjuerna fick ta maximalt 30 minuter och begränsningen var att högst sex sjuksköterskor fick delta. Förbehållet orsakades av att det pågick flera studier på kliniken under samma period och det skulle kräva för mycket resurser i form av tid och personal. Om behovet till uppföljningssamtal fanns skulle en chefsjuksköterska kontaktas och inte ansvarig person till kamratstödgruppen som först var planerat. Författaren fick skriva under ett dokument från akutkliniken avseende riktlinjer vid examensarbete. I detta fanns även beskrivet att det krävdes en motprestation i form av presentation av arbete på ett personalmöte samt en publicering av arbetet på akutklinikens intranät.

Rekrytering av informanter

En lista med 21 nyanställda sjuksköterskor som kunde tillhöra urvalskriterierna framtofs av en chefsjuksköterska. Listan gick igenom av författaren av föreliggande studie och det visade sig att endast 18 personer av de 21 personer kunde tillhöra urvalskriterierna på grund utav att tre hade arbetat en kortare tid än tre månader på akutmottagningen. Därefter kontaktades sjuksköterskorna i urvalsgruppen genom ett mail till deras e-postadress på arbetet med kort information och beskrivning om undersökningen (Bilaga II). För att vara säker på att information kom fram placerades samma brev i respektive postfack. Utifrån deras respons bokades intervjutider i den turordning som de svarade och intervjuerna

utfördes i januari 2016. Totalt gjordes sex intervjuer och åldersspannet hos informanterna varierade mellan 22 och 27 år, två var män. Totalt 11 sjuksköterskor gav respons på förfrågan om deltagandet i studien. En sjuksköterska kunde inte inkluderas då hon hade tidigare erfarenhet av arbete på akutmottagning och fyra fick inte delta på grund av begränsningen av det maximala antalet intervjuer.

Intervjuguide

I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) och Doody och Noonan (2013) skrevs en intervjuguide. Huvudfrågor skapades relaterade till syftet. Följdfrågor ställdes för att fördjupa intervjuerna (Bilaga III). I intervjuguiden utformades följdfrågor som ”vad menar du?”, ”hur då?”, ”kan du ge exempel?”, ”hur kände du det då?”. Utifrån litteratur som tidigare nämnts under rubriken bakgrund och utifrån egen erfarenhet skapades relevanta frågor vilka skulle kunna ge svar på syftet.

Pilotintervju

För att testa intervjuguiden och tekniken gjordes en pilotintervju (Doody & Noonan, 2013). Intervjuguiden föll väl ut under testet och ingen fråga togs bort. Däremot tillkom två frågor som båda ställdes som följdfrågor i pilotintervjun och dessa lades till i intervjuguiden. Det ansågs att pilotintervjun svarade mot syftet och i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) kunde om ingen större ändring hade gjorts pilotintervjun användas som analysmaterial. Resultatet av den första pilotintervjun blev därför inkluderad.

Genomförande av intervjuer

Vid intervjutillfället gavs återigen information till informanterna om studiens uppläggning, syfte, samt rätten att när som helst avsluta sin medverkan. Det förtydligades även att uppföljningssamtal kunde bokas med medarbetarens chef om behovet fanns efter intervjun, om eventuella obehagliga upplevelser och situationer från arbetet berördes. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) innebar informerat samtycke att intervjupersonerna skulle delges tillräckligt med information för att kunna ta beslut om att medverka i studien och då var ett skriftligt avtal att föredra. I början av intervjun lämnade informanterna in ett påskrivet samtyckesformulär. Intervjuerna tog plats på ett rum lämpligt för enskilda samtal och där det fanns minst risk för störningar. Informanterna hade fått tillåtelse att göra intervjun under arbetstid och blev inte störd under tiden. Detta hjälpte till för att informanterna skulle känna sig trygga och våga uttrycka sina känslor (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna som tog mellan 23 och 28 minuter spelades in med diktafon och information gavs till informanterna att ljudupptagningen skulle raderas när arbetet var klart. Direkt efter varje intervju gjordes anteckningar om egna tankar och känslor angående intervjun som enligt såväl Polit och Becks (2012) och Doody och Noonans (2013) rekommendation kunde ge en ytterligare värdefull bakgrund åt intervjun.

Databearbetning

Transkribering av intervjuer

Författaren laddade ner alla inspelade intervjuer på en dator. Programmet Mediaspelaren VLC användes som gav möjlighet till långsam uppspelning, vilket hjälpte till vid avlyssning och att få transkriberingen ordagrann. Detta gjordes i nära anslutning till genomförd intervju för att det skulle vara så aktuellt som möjligt. Skratt, pauser och hörbara suck och ord som hmm, ehm, aha, togs med i den nerskrivna texten. Transkribering som har beskrivits av Kvale och Brinkmann (2009) var som en utskrift av ett muntligt samtal till en text. Den transkriberade texten blev en utarmad återgivning av intervjusamtalen som inte kunde återge icke-verbalt språk såsom kroppshållning och gester. Transkribering av intervjuerna var ett tidskrävande arbete och nödvändigt för vidare

analys. Intervjuerna lyssnades igenom en extra gång och kontrollerades mot nedskrivna text för att verifiera att om korrekt transkribering hade utförts, vilket är viktigt enligt Polit och Beck (2012). Det visade sig att enbart några få ord behövde justeras. Intervjuerna numrerades med ett löpnummer i den ordning intervjuerna genomfördes (1-6). På så sätt registrerades inga namn och därmed kunde anonymiteten säkras.

Kvalitativ innehållsanalys

Innehållsanalys förklaras av Krippendorff (2013) som en forskningsteknik och ett vetenskapligt verktyg. Själva termen innehållsanalys är 60 år gammal vilken i sin metod låter slutsatser baseras på textens innehåll. Utvecklingen av innehållsanalys har sina rötter i två olika riktningar enligt Danielson (2012). Dels från den kvantitativa ansatsen i logisk positivism, som innebär säkra fakta som fanns i texten. Och dels från hermeneutiken som innefattar mer tolkning av textdata. Författaren har valt att utföra en kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) med en induktiv ansats vilket innebar en förutsättningslös analys av intervjuerna. En sådan ansats gav möjlighet att systematisera och organisera innehållet i texten till en redogörelse av det manifesterande innehållet i kommunikationen mellan informanten och intervjuaren (Jakobsson, 2011; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Texten får en mening genom läsaren. Det finns flera olika tolkningar som alla kan vara giltiga fast de skiljer sig åt (Krippendorff, 2013; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Tabell 1. Exempel på innehållsanalysens genomförande.

Meningsenhet	Kondenserad Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
... trodde man skulle få se mer stora larmen men... mycket tar hand om personer som egentligen är friska, och bara undersöka de. Så det ju av många friska, så är det några sjuka som man ses här, som man ta hand om.	Trodde man få se mer stora larm men man tar hand om flest personer som är egentligen friska, undersöka de.	Mindre riktig sjuka än förväntad	Patientgrupp	Faktorer påverkade av förväntningar
Oh då kände jag att, kanske att för första gången att... jag börja faktiskt också se att man inte alltid bara gå ... på vad läkare kanske säger. Utan att man,... kan börja tänka lite själv. För att man har fått lite mer erfarenhet	Jag kände för första gången att jag började se att man inte alltid bara gå på vad läkare säger. Kan tänka själv, fått lite mer erfarenhet	Eget kunnande	Förvärvat kunskap	Formande erfarenheter
Ah så mycket skulle underlätta om man faktiskt alltid hade platser faktiskt, det tror jag.	Mycket skulle underlätta om man alltid hade platser	Brist på platser på sjukhuset	Ökade resurser höjer kvalitet	Möjliga förbättringar

Meningskondensering och kategoriindelning

Enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys var det första steget i processen vid analys av texten att bestämma val av analysenhet. Det fanns stora mängder data som behövdes reduceras till mindre hanterbara enheter. Analysenheten skulle vara lagom stor för att kunna fungera som enhet och till exempel kunde varje intervju passa bra som en analysenhet. Först skrevs texten från intervjuerna ut i pappersform och lästes igenom två gånger för att få en djupare förståelse. Därefter plockades de meningsbärande enheter ut som svarade på studiens syfte och markerades sedan. Meningsenheter var de delar av texten som hörde ihop genom sitt sammanhang eller innehåll och kunde utgöra grunden för analysen. En analysmatris skapades på datorn med kolumner för meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder, subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Kondensering var nästa process som gjorde texten kortare och lättare att hantera. Det var dock viktigt att det centrala innehållet bevarades. De kondenserade meningsenheterna kodades, fick en etikett med ett eller flera ord, för att kortfattat beskriva meningsenheternas innehåll. Kodningen hjälper till med att ge en mer överskådlig översikt över insamlat material. Meningsenheterna plockades från allt material från de transkriberade intervjuerna till en analysmatris och kodades innan vidare bearbetning. Kodernas innehåll kunde därefter sorteras in i subkategorier efter likheter och skillnader och färglades därefter med olika färger för att särskilja subkategorierna ifrån varandra. Till slut skapades kategorier som hade flera subkategorier med nästan likadant innehåll. Vidare beskrev Lundman och Hällgren Graneheim (2012) att all insamlad data som svarade på syftet skulle få en passande kategori. Rubriken på en kategori svarade på frågan "Vad?" och hade samband med innehållet från koderna och belyste det på en manifest nivå.

Studiens trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Graneheim och Lundman (2004) använde begreppen trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att beskriva processen som mäter trovärdighet i kvalitativa studier. Trovärdighet handlar om hur sant resultat är. För den här kvalitativa forskningsmetoden betydde det att det krävdes en tydlig beskrivning av urval och dataanalys. Genom att använda citat från intervjuer kunde giltighet ökas. En noggrann beskrivning av hela analysprocessen är behövlig för att stärka resultatens tillförlitlighet. Överförbarhet handlar om hur applicerbara resultaten från studien är till andra omständigheter eller grupper (Graneheim & Lundman, 2004).

Förförståelse

Förutsättningen för att tolka material vid en kvalitativ forskningsmetod var att vara medveten om den egna förförståelsen. Enligt Malterud (2014) anses förförståelse som grunden till motivation när forskare bestämmer sig vilket ämne skulle forskas på. Förförståelsen handlar om forskarens föreställning av det fenomen som skulle belysas. Det innebar såväl erfarenhet, teoretisk utbildning och fördomar inom området. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) skrev om delade meningar som fanns om forskaren kunde dra nytta av sin förförståelse eller inte. En ökad risk att materialet som byggde på igenkännande gick förlorat fanns eftersom det var lätt att missa saker när förförståelse fanns. Medan andra menade att det kunde påverka tolkningar positivt för att förförståelse gjorde att insikt fanns om vad informanter talade om och då kunde djupare uppföljningsfrågor ställas. Enligt Malterud (2014) kunde en självdeklaration skrivas om förväntningar av resultatet innan intervjuerna påbörjades. Detta hjälpte vid förförståelse, då risk fanns för bristande förmåga från lärandet av sitt material. Under själva projektet togs

självdeklaration fram flera gånger och på slutet jämfördes resultatet från det empiriska materialet med beskriven förförståelse i självdeklarationen.

Forskningsetiska övervägande

Forskningsetik beskrevs av Vetenskapsrådet (2011) som en inte tydlig avgränsad domän som innehöll frågor som visade relation med forskning och etik. Det innebar även etiska krav på forskaren och för forskarens syfte och genomförande. Författaren tog hänsyn till lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) som anger i 7§ att studier som inriktar sig på människor ska göras med respekt för människovärdet. Lagen beskriver vidare att studier som görs inom ramen för grund och avancerad nivå inte behövde prövas enligt ovanstående lag men det innebar ändå att författaren tog med dessa övervägande i studien. Etiska rådet på Sophiahemmet högskola godkände studien Dnr 20151203/1823 (Bilaga IV).

McDermid, Peters, Jackson och Daly (2014) drog slutsatsen att det finns utmaningar vid intervju av kollegor i samma organisation som man redan har relation till. För att säkerställa etiskt uppförande skulle vissa strategier användas för att mildra negativa situationer som dubbla roller, förtroende, avslöjande av identitet och konfidentialitet kan ge. Författaren tog deras råd med att vara medveten och tydlig om dubbla roller från början och att prioritera informantens konfidentialitet och integritet när problem uppstod.

I enlighet med Vetenskapsrådet (2002) tog författaren hänsyn till fyra generella huvudkrav för forskningsetiska principer vid humanistisk forskning som byggdes på det fundamentala individskyddskravet. De fyra kraven var informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet

För att uppfylla informationskravet i denna studie skickades ett informationsbrev till verksamhetschefen via intern post (Bilaga I). I brevet fanns tydligt angivet vem som utförde studien, vad studien handlade om, när det skulle ske och vad resultatet skulle användas till. Alla sjuksköterskor som tillhörde urvalskriterierna fick information om studien tillsammans med samtyckesformulär såväl i mail som i ett brev i deras postfack (Bilaga II). Alla informanter fick åter igen information om studiens syfte och metod vid intervjutillfället.

Samtyckeskravet

Samtyckeskravet innebar att författaren behövde inhämta samtycke innan intervjustart. Ett samtyckesformulär för godkännande av att utföra studien på akutmottagningen skickades ut tillsammans med informationsbrevet för underskrift av den ansvariga verksamhetschefen (Bilaga I). Samtliga informanter skrev på ett samtyckesformulär innan intervjuer påbörjades. De fick information om att deltagandet var frivilligt och kunde avslutas när som helst i enlighet med Vetenskapsrådet (2002) riktlinjer. Även om de tackade nej eller om de avslutade sin medverkan skulle detta inte påverka deras arbetssituation. Alla påskrivna samtyckesformulär sparades på en oåtkomlig plats där obehöriga inte kunde komma åt dem.

Konfidentialitetskravet

Enligt riktlinjer från Vetenskapsrådet (2011) hanterades informationen som kom fram under intervjuer med möjligaste konfidentialitet och personuppgifter förvarades på ett

sådant sätt att obehöriga inte hade tillgång till dem. Författaren försäkrade sig om att informanterna inte gick att identifiera för utomstående när resultatet presenterades. Denna information gavs även till informanterna. Alla inspelade intervjuer raderades från såväl, såväl dator som diktafon när studien avslutats. Även de nerskrivna transkriberade texterna raderades från datorn och de utskrivna texterna från intervjuerna förstördes.

Nyttjandekravet

Alla uppgifter från de utförda intervjuerna blev insamlade enbart för denna studie och användes inte eller lånades ut för affärsmässigt bruk eller andra ändamål. Vid planeringen och genomförandet av studien övervägde och försökte författaren förhindra riskerna med att resultaten kunde utnyttjas felaktigt (Vetenskapsrådet, 2002). Detta i enlighet med Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) som i § 8 fann att "Mänskliga rättigheter och grundläggande friheter skall alltid beaktas vid etikprövningen samtidigt som hänsyn skall tas till intresset av att ny kunskap kan utvecklas genom forskning. Människors välfärd skall ges företräde framför samhällets och vetenskapens behov".

RESULTAT

Resultatet bygger på intervjuer med sex nyanställda sjuksköterskor på akutmottagningen. Det presenteras utifrån tre olika kategorierna som framkommit i analysen av insamlat material. Kategorier formades av flera subkategorier som svarades på syftet och beskriver förväntningar och upplevelser av att vårda patienter på en akutmottagning. I de transkriberade citaten har korta pauser angetts som ... och långa pauser som

Tabell 2. Kategorier och subkategorier

Kategori	Faktorer påverkade av förväntningar	Formande erfarenheter	Möjliga förbättringar
Subkategori	Tidigare upplevelser	Växande i sjuksköterskerollen	Ökade resurser som höjer kvaliteten
	Patientgrupp	Förvärvat kunskap	Information och utbildning
	Sjuksköterskans roll	Oväntade och extrema händelser	
	Arbetsmiljö	Känsla av otillräcklighet	
		Dimensioner av vård	

Faktorer påverkade av förväntningar

Tidigare upplevelser

Hälften av sjuksköterskorna hade ingen erfarenhet av att arbeta på en akutmottagning. De hade skapat sig en viss uppfattning om hur arbetet på en akutmottagning kan te sig genom kontakt med vänner som hade erfarenhet eller genom att som anhörig till sina närstående ha följt med dem på akutmottagningen. Några nämnde att de påverkats av och skapat en viss bild av hur arbetet på en akutmottagning kan vara genom filmer, tv-serier och artiklar i tidningar. Berättelser av lärare om erfarenhet av arbeta på en akutmottagning innehöll extrema händelser som medförde storartade förväntningar och dessa skiljde sig från vad sjuksköterskor hade trott.

Hade inte så mycket att gå på liksom. Det var Tv-serier, min praktik som inte var så pass ... det hände inte så mycket. Så det var väl mest tv serier man gick,... går på.

(Intervju 1)

Nästan alla sjuksköterskorna var nyutexaminerade och detta var deras första arbetsplats. Två av sjuksköterskorna hade haft lite erfarenhet genom att de haft en praktikplats på en akutmottagning och en genom att ha haft timanställning som undersköterska på en akutmottagning. Det hade hjälpt dem att få en bild av att vårda patienter på en akutmottagning och de kände igen miljön. Samtidigt uttryckte de att det var annorlunda att vara student eller undersköterska än sjuksköterska. Under praktiktiden hade de samma antal patienter hela tiden vilket medförde en känsla av att ha full kontroll över situationen. De sjuksköterskor som hade gjort praktik på en vårdavdelning hade ingen uppfattning hur det skulle vara på en akutmottagning med så många patienter.

Man har en föreställning hur man tror att det är på akuten. Att det är så akut hela tiden. Man får se så mycket och så där. Då insåg jag väl kanske när jag var på praktik att det är inte riktigt så.

(Intervju 4)

Det var delade meningar om de hade fått tillräckligt med information från chefen om arbetssättet och vad vården av patienter på akutmottagningen innebar. En sjuksköterska uttryckte att hon hade fått utförlig information och en bild av arbetet vilket gav henne en känsla av att ha kontroll. En annan sjuksköterska tyckte att hon var välinformerad om stressen och hon hade hört att arbetet inte alltid var "en dans på röda rosor" och detta hjälpte henne att vara bättre förberedd. Däremot beskrev några andra att de inte hade fått tydlig information om vad deras roll som sjuksköterska innebar avseende att vårda patienter på akutmottagningen. Sjuksköterskorna berättade även att de inte minns allt som togs upp med chefen.

Patientgrupp

Förväntningen innehöll bland annat att det skulle vara många patienter på akutmottagningen, men inte att det skulle vara så stor andel friska patienter. Samtliga sjuksköterskor var överraskade av att det kom många patienter som egentligen kunde sökt vård på vårdcentralen. En sjuksköterska beskrev att hon hade trott att de patienter som befann sig på akutmottagningen även blev inlagda på sjukhus. Hon hade inte kunnat ana att en stor andel gick hem efter besöket. Flertal trodde att patienterna skulle ha varit sjukare och att det var fler patienter som hade kommit in via larm.

Aldrig trott att det skulle komma de som egentligen skulle till vårdcentralen jag trodde det skulle vara så här, de behöver typ hjälp nu. Det kom lite som överraskning... ah... liten skadad finger och sådana saker.

(Intervju 1)

Det framkom att de flesta sjuksköterskorna trodde att det skulle vara mindre omvårdnad på akutmottagningen. Tillika att det inte fanns tid för omvårdnaden på grund av korta vårdtider. Patienter som var i behov av omvårdnad skulle få det på vårdavdelningen. Fokus på akuten skulle vara mer på att göra det som behövs här och nu. Det upplevdes som en viktig utmaning att veta att det var den första kontakten med vården på en akutmottagning som också färgar resten av vårdförloppet. Att de flesta patienterna inte hade fått en diagnos upplevdes annorlunda i omhändertagandet jämfört med vård på en avdelning.

Man tänkte ju att, det här är liksom, första mötet och det är ju, är ju oftast svårt, innan man hittar vad som är fel och så. Som oftast finns på avdelning, att man vet vart fokus ligger på.

(Intervju 6)

Sjuksköterskans roll

Oavsett om sjuksköterskan hade hört att en akutmottagning kunde vara en hård arbetsplats med stressiga perioder gick de in i arbetet med positiva förväntningar. Några uttryckte att en del sjuksköterskor kanske inte vet vad de ger sig in på när de börjar arbeta på en akutmottagning. Arbetsmiljön upplevdes hård och en del kollegor hade slutat efter ett korttidsarbete på akutmottagningen. Samtliga sjuksköterskor kände sig inledningsvis oerfarna i sin sjuksköterskeroll på akutmottagningen. Sjuksköterskans arbete ansågs som centralt och innebar stort ansvar. Det framgick i intervjuerna att samtliga sjuksköterskorna hade ett genuint intresse för att arbeta med akut sjuka patienter.

Jag var livrädd liksom, ... förvånad över att tänka nu i efterhand att jag är... hmm, det gick så pass bra i början.

(Intervju 5)

Sjuksköterskans uppgifter beskrevs som att arbeta här och nu. Jämfört med en vårdavdelning behövde sjuksköterskan inte veta allt om alla patienter, bara det som var nödvändigt för tillfället. En viktig uppgift var att i akuta situationer ta hand om sjuka patienter. Det framkom i de flesta intervjuerna att det oväntade i akuta situationer var en av anledningarna till att de hade valt att arbeta på en akutmottagning.

Jag har alltid känt, jag vill vara den som tar emot patienter när de är dåliga. Jag vill vara där först när de blir dåliga. Och vara den som hjälper dem och stabilisera det akuta innan man kanske skickar de till avdelningen och så.

(Intervju 4)

Arbetsmiljö

En känsla som många förmedlade var att den arbetsmiljö som förväntades skulle vara stressig och att sjuksköterskorna var medvetna om detta när de började sitt arbete på akutmottagningen. När sjuksköterskorna hörde om stress i media nämndes ofta akutmottagningarna. Det framkom även att arbetsmiljön, med alla ljud, signaler, patienter och personal, kunde kännas rörig för utomstående. Arbetsmiljön upplevdes nu efter några månaders erfarenhet som ett organiserat kaos. En förväntan var att arbetet skulle vara varierande och omväxlande från dag till dag. Sjuksköterskor berättade att detta hade påverkat deras val av arbetsplats.

Jag vill komma till en arbetsplats, och så bara, ah idag vet jag inte vad som händer. Jag har ingen aning, det kan vara jättelugnt, det kan vara skitmycket. Det kan växla på några minuter...

(Intervju 4)

Några sjuksköterskor uppgav att de inte hade förväntat sig att det skulle förekomma mycket hot och våld på arbetsplatsen. Hot från såväl patienter som anhöriga var inte någonting sjuksköterskorna hade tänkt på. Sjuksköterskorna hade inte kunnat föreställa sig att det förekom alkohol- och narkotika påverkade patienter i så stor omfattning på en akutmottagning.

... i för sig det här med hot och våld det är också mer än vad man tänkte. Men sen när man väl märkte, så var det ...hmm, det fanns ju i bakhuvudet. Men det är klart i för sig det att, det kan komma in. Men, det var ingenting jag tänkte på, faktiskt.

(Intervju 6)

Formande erfarenheter

Växande i sjuksköterskerollen

Majoriteten av sjuksköterskorna uttryckte att det var stressigt på arbetet under de första månaderna. Svåraste var att få en helhetsblick och att kunna prioritera. Speciellt var det höga inflödet av patienter och kravet på att ha korta vårdtider som försvårade möjligheten för att få ett helhetsperspektiv. Det kändes inte som att de hade full kontroll över situationen vilket de i rollen som sjuksköterskestudent tidigare hade upplevt sig ha på sin praktikplats. Det var svårt att prioritera bort saker som ändå kändes viktiga. Jämfört med en vårdavdelning fanns det större andel patienter och det var lätt att glömma bort den grundläggande omvårdnaden. Känslan av att inte hinna ta hand om stort antal patienter fanns och då patientantalet var lägre kunde sjuksköterskorna lättare att fokusera på dem och på arbetet. En sjuksköterska beskrev också att det var lätt att få hjälp då kollegorna var tillgängliga. Vidare upplevdes det tidvis att allt gick så fort och känslan av inte vara förberedd för de akuta situationerna när snabba beslut skulle fattas och då det inte fanns en erfaren kollega att rådfråga. Sjuksköterskorna uttryckte att en erfaren kollega är ett stort stöd och kan rådfrågas speciellt vid tillfällena när de hade träffat samma patient.

Men sedan är det ju också en helt annan sak att gå från ha,... vara praktikant, att alltid ha någon i ryggen till att stå helt själv. De var något mest omtumlade liksom, attnu är det mitt eget ansvar.

(Intervju 1)

Sjuksköterskorna beskrev att det var ett nytt sätt att arbeta på vilket innebar att först se det akuta och när det var avklarat kunde fokus läggas på att se helheten. På personalmöten fick de information om vilka riktlinjer som gällde på akutmottagningen avseende vården av patienter. Det ansågs viktigt att veta till exempel vad som krävdes av personalen och vad som behövde göras innan en patient kunde överföras till en vårdavdelning. De flesta sjuksköterskorna uttryckte att de inte upplevde samma sorts stress efter att ha arbetat en tid. Sjuksköterskorna kände att de anpassade sig till situationerna och att de första svårigheterna hade övervunnits. Flera beskrev att det krävdes en speciell personlighet för att arbeta i den här miljön.

De första månaderna är det riktigt tufft, så då... då är det inte alltid kul liksom... sedan kommer man över den tröskeln efter ett tag.

(Intervju 3)

Det framkom att en viktig del av sjuksköterskans roll på akutmottagningen var att informera, såväl patienter som anhöriga. En frustrerande och svår uppgift var att informera om väntetiderna på grund av att sjuksköterskorna upplevde en otillräcklighet i att själva kunna påverka detta. En av sjuksköterskans roller var att ge utbildning till patienter. Ett exempel var utbildning för en patient med en nyinsatt kateter inför hemgången, vilket upplevdes som en ny uppgift för en nyexaminerad sjuksköterska.

Förvärvat kunskap

Sjuksköterskorna delgav att de hade förvärvat många nya kunskaper och att det var utvecklande i rollen som sjuksköterska. Några ansåg att arbetet hade varit varierande hela tiden och att de skulle vara uttråkade av att arbeta på en vårdavdelning. Lärrika moment hade bland annat varit att kunna variera läkemedel för smärtlindring och se att detta hade en oväntad snabb effekt. En av sjuksköterskorna beskrev en situation där hon hade föreslagit en annan analgetika än den som ordinerades av läkaren. Sjuksköterskans förslagna analgetika fungerade och detta tillförde sjuksköterskan en känsla av stolthet och tillit till sina egna kunskaper. Flera av sjuksköterskorna ansåg att kollegorna hade varit förebilder vilket de såg upp till och gärna ville bli som dem. Kollegorna hade gett praktiska exempel på hur arbetet skulle kunna utföras.

... den där läkare lärde mig att ta hänsyn till anamnes och sådant där, liksom annat. Och sedan gav det mig en erfarenhet.

(Intervju 3)

Urskiljningsförmågan, att göra bedömning om en patient var kritiskt sjuk eller inte, hade växt fram och gett sjuksköterskorna en god erfarenhet under de första månaderna. Efter några månaders erfarenhet visste sjuksköterskorna mer specifikt vid anamnestagningen vad man ska fråga om till exempelvis vad som hade hänt innan olycksfallet eller innan sjukdomen började. Detta medförde att sjuksköterskorna var bättre förberedda och hade mera kunskap om eventuella risker av olika sjukdomstillstånd som kunde snabbt försämrats. Det upplevdes ändå som svåra bedömningar då en patient ibland kunde vara en 'grön patient, prioritet' fyra till att försämrats till en 'orange patient', prioritet två. Vissa av sjuksköterskorna beskrev att det var svårt i början att ta hand om de sjukare patienter först, när andra patienterna hade väntat länge. Vid byte av personal och vid överlämning av patienter till andra enheter hände det ibland att en patient visade sig vara sjukare än förväntat. Några av sjuksköterskorna upplevde att de själv ändå skulle göra sin egen bedömning fast en kollega hade angett en prioritet. En av sjuksköterskorna berättade att det var lättare nu att hantera anhöriga, och att hen blev mindre ledsen samt tog saker mindre personligt.

... en sak att man är, känner lite lugnare. I början när man jobbade var man väldigt så... så här... är den sjuk... kanske den är jättesjuk. Nu man väl har börjat, kan man se det lite bättre. Vilken som är sjuk och vilken inte.

(Intervju 2)

Att arbeta i team ansågs som ett stöd i rollen som sjuksköterska, och att alla hjälptes åt att försöka se helheten. När det fungerade som bäst då var arbetet mest roligt. En av sjuksköterskorna beskrev en tillfredställande och fascinerande händelse när en patient med bröstsmärta visade sig ha en ST-höjning och fick rätt omhändertagande av hela teamet. Inom 15 minuter var patienten på PCI laboratorium för vidare undersökning och behandling för förträngningarna i kranskärnen.

Oväntade och extrema händelser

Oväntade händelser verkade vara en vanligt förekommande situation på akutmottagningen. De flesta av sjuksköterskorna upplevde att det var obehagligt och skrämmande. En sjuksköterska kunde ansvara för tio patienter och upptäcker plötsligt att tillståndet för en patient på ett annat ställe har försämrats. Patientens allmäntillstånd hade försämrats och detta hade sjuksköterskan inte förväntat sig. De flesta av sjuksköterskorna som intervjuades hade exempel på när helt adekvata patienter kom in gåendes till

akutmottagningen och såg friska ut från början men det visade sig senare att patienter hade livshotande tillstånd. Samtidigt beskrev sjuksköterskorna att genom oväntade händelser fick de erfarenhet och kunskap inför kommande situationer, för patienter med liknande symtom. Några av sjuksköterskorna berättade att de i ett par fall hade bedömt att en patient var mycket sjukare och förväntat sig ett omfattande omhändertagande när det senare visade sig att patientens tillstånd inte var så allvarligt.

Ung kille i min ålder... han har fått någonting i huvudet, han säger själv att det var en hiss, ... men det var lite konstigt för att eh... det var bara en litet jack i pannan här liksom... Så jag går hämtar doktorn. Under den korta tiden så blir han däckad, helt medvetlös... det är ett sådant exempel... i början hade inte jag den kollen...

(Intervju 3)

Känsla av otillräcklighet

Den känsla som samtliga sjuksköterskor förmedlade under intervjuerna var att inte räkna till. Frustration upplevdes med att omhänderta av de icke prioriterande patienter som inte var så sjuka. En sjuksköterska uttryckte att det skulle ha hjälpt om de hade haft fler armar och mer tid för dessa patienter även om de inte var akut sjuka hade de oftast en del oro och behövde uppmärksamhet. Flertalet av sjuksköterskorna beskrev att det inte fanns tid, utrymme eller rätt material för att utföra den basala omvårdnaden. Toaletterna beskrevs som små och bristfälliga, det var brist på bra material som kunde användas vid mobilisering samt att det inte heller fanns tillgång till riktig mat på akutmottagningen. Speciellt de dagar när det inte fanns sängplatser på sjukhuset och patienterna blev kvar på akutmottagningen, upplevde sjuksköterskorna att arbetet inte kunde utföras tillfredställande. För vissa patienter behövdes två personer för att utföra omvårdnaden och den kunde bli fördröjd när resursen inte fanns tillgängligt. Detta kunde medföra, i förlängningen, lidande för patienter. En av sjuksköterskorna upplevde att det ibland fanns ovilja bland kollegorna att utföra basal omvårdnad och för att ändra detta krävdes motiverande samtal. Det var även frustrerande att leta efter material som inte fanns lätt tillgängligt. Någon av sjuksköterskorna beskrev att det hade varit dagar när känslan av otillräcklighet togs med hem.

Vi har ingen möjlighet, ... vi har små toaletter. Vi kan inte ens hjälpa dem på toa ordentligt. De blir liggande fast att de egentligen ska börja mobiliseras. Vi har ingen bra mat att ge dem. Och då känner man sig lite otillräcklig. Man har inte de möjligheterna, det tror jag mest. Och inte... man har inte tid att hjälpa dem.

(Intervju 4)

Även känslan av att inte ha kontroll medförde en upplevelse av att inte räkna till. I specifika fall med mer aggressiva och/ eller alkohol- eller narkotika påverkade patienter upplevde flera sjuksköterskor såväl otillräcklighet som brist på erfarenhet för att kunna hantera dessa. Det upplevdes obehagligt när någon angriper en fysiskt. Väktarna blev tillkallade men det var svårt att avgöra för sjuksköterskan om vaktarna skulle vara där och prata eller om vaktarna bara skulle gå där ifrån. Aggression från anhöriga angående väntetider avspeglades också i en situation där sjuksköterskor kände sig otillräckliga fast de hade lärt sig att hantera och kunna bemöta det bättre.

... patienter som kommer in och eh... vad ska jag säga... är väldigt påverkade av antingen droger eller alkohol... sådana patienter kan vara väldigt påfrestande... Du har inte tid att sitta bredvid dem hela tiden... Ramlar de, de slår sig, skadar sig ganska mycket liksom.

(Intervju 3)

Dimensioner av vård

En sjuksköterska beskrev att vården som ges på akutmottagningen främjar hälsa och personalen arbetar för att patienterna ska må bättre och flyttas till en vårdavdelning eller att patienter får gå hem. En vårdavdelning övertar patienterna för att vårda, rehabilitera och mobilisera dem. Där är anhöriga involverade på ett intensivare sätt som exempel vid vårdplaneringen. I alla intervjuerna framkom att vård på akutmottagningen var mångfasetterad. Basal omvårdnad, användande av medicinsktekniska produkter, ge läkemedel och blodprovtagningen var några av vardagliga händelserna som ingick i arbetet. Flera berättade även att inte bara den fysiska utan också den psykiska vården var viktig på akutmottagningen då många patienter behöver någon att prata med. I jämförelse med att arbeta som sjuksköterska på en vårdavdelning så ansåg en del att de använder mer medicinskteknik utrustning på akutmottagningen och utförde mindre basal omvårdnad. Flera av sjuksköterskorna uttryckte tillfredsställelse med arbetet när patientens behov hade tillgodosetts på olika sätt.

Bara genom att lyssna... på någon eller, informera någon... ge dem trygghet... När patienterna tackar en när de går härifrån,... då blir man lite varm i hela magen.
(Intervju 5)

Några av sjuksköterskorna berättade att det mest grundläggande som sjuksköterska var att respektera patienterna och inte ha förutfattade meningar i sitt bemötande av dem. Detta gällde speciellt de besökare som ofta återkom till akutmottagningen. Sjuksköterskor uttryckte att det var utvecklande med den variation av patienter som kommer till akutmottagningen och att det skulle vara tungt att vårda enbart svårt sjuka patienter. Vården av patienter på akutmottagningen upplevdes som varierande. Vårdandet beskrevs som här och nu. Det fanns ingen dygnsrytm som det finns på en vårdavdelning där reglerade återkommande tider för måltiden som formar en del av strukturen och planeringen av arbetet. Patienter på akutmottagningen kommer under dygnets alla timmar. En av sjuksköterskorna beskrev att det var svårt, särskilt i början, att komma ihåg den basala omvårdnaden när det var så mycket annat de behövde ha kontroll på i sin vårdlag. Några sjuksköterskor hade även arbetat på natten och beskrev att det var annorlunda med en central triage. Patienterna var då färdigbedömda enligt triage systemet vid ankomsten till vårdlaget och det gav en trygghet. Det upplevdes som ett effektivare arbete på natten med färre patienter och färre personal.

Vårda patienten på akuten, hmm... det är så himla mycket. Det kan vara allt från att vårda... någon kanske allergisk reaktion... någon som ska läggas in och man gör eh, lite snabba akuta insatser, prover och... lite.. kanske antibiotika, och så.
(Intervju 4)

Möjliga förbättringar

Ökade resurser som höjer kvaliteten

Det framkom i de flesta intervjuerna att det största behovet var ökat antal sängplatser på sjukhuset för att patienterna som behövde komma till en vårdavdelning snabbt kunde åka ifrån akutmottagningen. Det upplevdes som det största hindret för att kunna utföra ett bra arbete på akutmottagningen. Patienterna blev kvar alldeles för länge på akutmottagningen. Detta medförde konsekvenser i arbetet. En konsekvens var att patienter fick ligga länge på hårda britsar och detta bidrog till ett önskemål om att det ska finnas bättre britsar eller fler sängar. Det fanns inte många gåbord, för få droppställningar samt brist på hjälputrustning

för omvårdnaden. Ett exempel från en av sjuksköterskorna var avsaknaden av en sorts vridplatta med uppresningsstöd för att lättare kunna hjälpa patienten från rullstol till brits. Det framkom även att det inte fanns tillräckligt med bra omläggingsmaterial och material för att förbygga trycksår. Utrymmena på akutmottagningen var för trånga och inte anpassade för att en god omvårdnad kunde utföras. Det skulle även behövas fler och större toaletter.

Det behövs mer hjälputrustning för oss... för omvårdnad. Vi kommer inte kunna klara oss med så många patienter som kommer in, och är så pass dåliga.

(Intervju 2)

Majoritet av sjuksköterskorna önskade ökad personaltäthet för att klara av arbetet, speciellt vid arbetspassen mitt på dagen och fram mot kvällen. En av sjuksköterska nämnde att insatserna från Röda Korsets värdar var oerhört uppskattade och önskan om en utökning av volontärintsatser så att det fanns en volontär på varje sektion. De utförde saker som vårdpersonalen inte hann med som till exempel att erbjuda kaffe, ge hjälp till toaletten och att bara prata med patienterna.

Information och utbildning

Ett förslag från en sjuksköterska var att, på skärmar i väntrummet, ha information och uppskattning om väntetid samt uppgift om en genomsnittlig väntetid för att få träffa läkare. Skärmarna skulle uppdateras kontinuerligt. Det upplevdes att frustrationen från patienterna och anhöriga grundade sig i att de inte fick information och att som vårdpersonalen inte alltid hann med att uppdatera till exempel om väntetiderna. Det framkom i intervjuerna att flertalet upplevde att patienterna inte fått tillräcklig information vart de ska vända sig i vården och att det är svårt att förstå hur sjukvården fungerar. En kampanj om sjukvårdssystemet vart patienterna vänder sig vid olika sjukdomstillstånd och olyckor var ett förslag från en av sjuksköterskorna. Informationen till nyanlända i Sverige upplevdes även som bristfällig. Önskemål fanns om remisskrav för patienter som sökte sig in själv till akuten men inte för patienter som kom in med ambulans samt möjlighet till och en hänvisningsrätt till annan vård vilket inte finns i nuläget.

Vi har ingen hänvisningsrätt från kassan, än så länge och... folk... jag tror inte att folk riktigt vet hur, vart man kan vända sig och, hmm... i vilka situationer.

(Intervju 6)

En av sjuksköterskorna uppgav att det behövdes mer utbildning i hot och våld och i bemötandet av människor. En annan sjuksköterska upplevde att det inte användes rätt omläggingsmaterial vid såromläggning och att detta medförde ett extra lidande för patienterna. Det skulle behövas bättre material och mer utbildning avseende detta.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att beskriva nyanställda sjuksköterskors förväntningar och upplevelse av att vårda patienten på akutmottagningen på bästa sätt genomfördes studien med kvalitativ metod. En induktiv ansats användes eftersom det enligt Polit och Beck (2012) lämpar sig bäst för intervjuer där syftet är att resonera och dra slutsatser av erfarenheter. Däremot strävar deduktiv ansats att bekräfta redan uppställda hypoteser. I enlighet med såväl Kvale och

Brinkmann (2009) och Polit och Beck (2012) användes semistrukturerade intervjuer som ansågs var mest lämpliga för att ge informanterna möjlighet att på ett rikt sätt beskriva ämnet som var avsett att studeras. Det upplevdes att de öppna frågorna och följdfrågorna i intervjuerna uppmuntrade till fria beskrivningar med egna ord om ämnet. Däremot beskriver Doody och Noonan (2013) några nackdelar med användandet av intervjuer som insamlingsmetod till exempel att det är tidskrävande såväl för insamling som för analys. Dessutom kan det ge höga kostnader och framkalla starka känslor vid känsliga ämnen. Ett visst bias kan även vara att informanterna ge de svar som de tror att intervjuaren vill höra.

Ett annat sätt kunde ha varit att göra en litteraturoversikt vilket skulle ha gett bättre överblick och ett bredare perspektiv i ämnet. Författaren valde kvalitativ metod med intervjuer för att gå djupare in på ett mindre område. Inledningsvis övervägdes att utföra en enkät med såväl svarsalternativ som öppna frågor för att omfatta ett större område. Enligt såväl Malterud (2014) som Kvale och Brinkmann (2009) fanns det många fallgropar och felkällor och det krävdes forskare med kompetens i kvantitativa metoder för att tolka en blandningsmetod. Möjlighet att kunna ställa uppföljande frågor saknades i denna metod vilket inte ger möjlighet till fördjupning. Efter diskussion med handledare framkom att denna metod skulle kräva mer tid än den som fanns inom den fastställda tidsramen för det självständiga arbetet.

Urval

Ett strategiskt urval gjordes från den egna arbetsplatsen för att författaren ville få en djupare inblick i hur sjuksköterskorna beskrev vad det innebär att vårda patienter på denna arbetsplats. En bakomliggande orsak var att möjligtvis utföra förbättringsarbete på den egna arbetsplatsen i framtiden. Enligt Malterud (2014) och Polit och Beck (2012) är ett strategiskt urval sammansatt utifrån syftet för att insamlad data bäst belyser forskningsfrågan. Det kan anses som en svaghet i studien att använda den egna arbetsplatsen för det finns en stor risk för att informanter ofrivilligt ställer upp för studien eller inte känner sig fria att säga sanningen. Diskussionen fördes med såväl handledare som examinator huruvida det var lämpligt att intervjua egna kollegor. Arbetsplatsen var stor och författaren arbetade inte dagligen med informanterna och hade en inte en ledande roll över dem. Detta innebar att informanterna troligtvis kände sig mera anonyma och inte skyldig till eller upplevde någon påtryckning för att delta i studien.

Ett av urvalskriterierna var begränsad arbetserfarenhet på akutmottagning, från tre månader till maximalt ett års erfarenhet, vilket ansågs som relevant. Möjligtvis kunde tidspannet ha varit mellan fem och tio månader. Detta skulle möjligtvis medfört en risk för att för få informanter skulle deltagit. I vissa fall blev det en rikare beskrivning av förväntningar hos sjuksköterskor som hade arbetat runt fem månaderna och en rikare beskrivning av erfarenhet hos sjuksköterskor som hade arbetat nästan ett år. En annan utformning av studien kunde ha varit att inkludera nyanställda sjuksköterskor som redan hade avslutad sin anställning. Möjligtvis kunde resultatet varit annorlunda. Det kändes för komplicerat att få kontakt med denna grupp och därför inkluderades den inte. Ett annat syfte kunde ha varit att jämföra förväntningar och erfarenhet från nyutexaminerade med de som hade yrkeserfarenhet innan nyanställning på akutmottagningen. Författaren valde inte detta syfte för det bedömdes att det hade krävt fler informanter och längre tid för genomförandet.

Genomförande

Tidsplanen som skapades i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) upplevdes som ett bra stöd i hela processen. I början blev det en viss fördröjning när forskningsetiska rådet behövde kontaktas för att studien skulle kunna få påbörjas. Då kunde forskaren anpassa

tidsplanen och ändra ordningen av olika moment i processen. Det tog även oväntad lång tid för att få tillståndet från vald arbetsplats och tillståndet innehöll en begränsning till enbart sex intervjuer som fick ta maximalt 30 minuter per intervju. Det upplevdes att de genomförda intervjuerna gav ett innehållsrikt material (Kvale & Brinkmann, 2009) och författaren bestämde i samråd med handledaren att studien kunde genomföras. Ett annat sätt hade varit att kontakta andra akutsjukhus för att få fler informanter men med tanke på tidsramen var det för sent i processen att utföra detta.

Vid rekrytering av informanter fanns det ett urval av 21 nyanställda sjuksköterskor, två tredjedelar av dem var nyutexaminerade. Författaren bestämde att boka in intervjuerna utifrån den turordning de svarade med tanke på den begränsande tiden som fanns att tillgå. Fem av de intervjuade sjuksköterskorna var nyutexaminerad. Tillbakablickande kunde ett annat alternativ varit att vänta med inbokningen av intervjuerna och på så sätt få ytterligare en sjuksköterska, som hade tidigare arbetserfarenhet, inkluderad i studien. Det skulle bättre ha representerat fördelningen i urvalsgruppen. Två av sex intervjuade sjuksköterskor var män vilka ungefär proportionellt var densamma som i urvalsgruppen. I enlighet med Malterud (2014) var insamlad data tillräckligt rika för att kunna belysa ämnet från olika sidor.

Med tanke på att författaren var bekant med ämnet och hade fått stöd i litteraturen som tidigare beskrevs i bakgrunden upplevdes det inte så svårt att kunna skapa relevanta frågor i intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2009). Att använda följdfrågor upplevdes som en utmaning och vid transkriberingen kunde författaren lägga märke till att en del slutna frågor ställdes. Doody och Noonan (2013) beskriver att nybörjare behöver utveckla sina färdigheter och en möjlighet att göra detta är genom att lyssna på inspelningen och transkribera innan nästa intervjutillfälle. Intervjuguiden togs med under intervjuer som stöd och allteftersom fler intervjuerna utfördes fick författaren ett mer naturligt sätt att ställa frågorna och att använda öppna följdfrågor.

Eftersom författaren kände till arbetsplatsen var det lätt att hitta en lämplig plats för intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2009; Doody & Noonan, 2013). Platsen var ett studentrum som inte brukades för tillfället, och det var enbart vid sista intervjutillfället där ett annat rum användes. Båda rummen kändes som en trygg plats, lite utanför själva arbetsplatsen och det enda störmoment som förekom var en gång då en städerska öppnade dörren. Författaren hade erfarenhet från intervjuteknik vid en tidigare utförd uppgift under studien vid Sophiahemmets högskola och ansåg detta som en fördel för såväl själva utförandet av en intervju som att testa att ljudteknik fungerade (Doody & Noonan, 2013). För att intervjua krävdes det en stor koncentration vilken även författaren upplevde och enligt rekommendationer från Polit och Beck (2012) utfördes inte mer än en per dag.

Databearbetning

I enlighet med Malterud (2014) fanns det fördelar med att utföra transkriberingen själv trots att det var tidskrävande. Eftersom författaren hade varit med i samtalet och kom ihåg intervjusituationen kunde otydligheter från ljudinspelning utredas. Det fanns även viss information som författaren inte lade märke till under intervjutillfället men noterade under transkriberingen. Kvale och Brinkmann (2009) påstår att i viss utsträckning börjar analysen av det som sägs redan under transkriberingen. När det finns mycket data som behöver skrivas ut kan enligt Polit och Beck (2012) transkriberingen utföras av en sekreterare. Det är dock viktigt med rätt träning och överenskommelse om utförandet. Det krävs även en kontinuerlig feedback och uppföljning för att säkra noggrannheten.

Det kan anses som en svaghet att vara en person som kodar. Polit och Beck (2012) menar att det är en svår uppgift att sätta koder. Som exempel på detta kunde det vara att inte helt förstå det underliggande budskapet eller vissa delar av det insamlade data. För att koda krävdes koncentration och reflektion och författaren fick gå fram och tillbaka i processen flera gånger för att säkerställa att meningsbärande enheter hade tolkats rätt. Efter att kodningen var utförd diskuterades resultatet med handledaren för att få ett annat perspektiv. Under hela arbetet har handledningstillfällena på Sophiahemmets högskola upplevts som ett stort stöd då arbetet har diskuterats med såväl studiekollegor som handledare. Det upplevdes även som en styrka att kunna använda den tydliga beskrivningen av innehållsanalysen från Graneheim och Lundman (2004) och Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Analys av data i en kvalitativ studie sker inte enligt en linjär process och kan upplevas som att ta tre steg framåt och två steg tillbaka menar Malterud (2014). Flexibilitet är ett nyckelord och en projektlogg kan vara ett hjälpmedel för att dra lärdom av sina erfarenheter. Författaren skapade ett arbetsdokument som projektlogg och använde det för att gå tillbaka till tidigare nerskrivna fynd.

Studiens trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Enligt Malterud (2014) kunde det ha utgjort en fara för giltigheten om slumpmässigt urval vid en kvalitativ studie hade gjorts. Risken hade då varit att materialet inte hade innehållit tillräckligt med data som belyste syftet ur olika perspektiv. Ett strategiskt urval, vilket också användes, är en styrka i den här studien för det höjer trovärdigheten (Malterud, 2014). Flertalet citat har infogats för att förtydliga resultatet och ett exempel på innehållsanalys bifogades för att påvisa hur dataanalysprocessen har gjorts. Graneheim och Lundman (2004) menar att åtgärden som görs för att upprätthålla trovärdigheten och överförbarheten är att visa exempel på citat från den transkriberade texten. Vidare påstår Graneheim och Lundman (2004) att överförbarheten hellre skulle bedömas av läsaren av texten än av författaren. Det var dock viktigare att tydligt beskriva hela kontexten såsom urvalet av informanter, insamlingsmetod och analysfas då detta skulle bidra till avgörandet om överförbarhet för läsaren kunde erhållas. Överförbarhet ansågs finnas möjligt för liknande omständigheter på andra akutmottagningen med nyanställda sjuksköterskor. Tillförlitlighet i studien handlade om att författaren hade varit stringent under hela processen. Det krävdes reflektion vid de olika stegen i analysarbetet och vid de olika tolkningsmöjligheterna (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarens förförståelse utifrån egna erfarenheter av att vårda patienter på en akutmottagning kan anses som såväl en styrka som en svaghet. Det ansågs vara en fördel att förstå vad informanterna talade om (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Följande skrevs i självdeklarationen i november 2015:

Vad tror jag att jag hittar. Att många förväntar mer glamour "action", sjuka patienter och inte så många vårdcentralpatienter. Säkert blandade upplevelser med korta vårdmöten, man gillar det eller inte. Vet inte om alla har tänkt på det. Förväntningar: tufft men spännande, lärorikt, erfarna sjuksköterskor finns, sjuka patienter och lite kaotiskt. Upplevelser: inte tillräckligt med tid, kaos, inte tillräckligt med stöd, inte mycket erfarna sjuksköterskor, inte alls så sjuka patienter, bra tillgång till läkare jämfört med avdelningsarbete, inte tid för omvårdnad, stressigt, jobbigt med schema, lärt mycket, utvecklade som sjuksköterska.

Det kunde ha varit en nackdel att genom ett igenkännande, dra för snabba slutsatser. Under hela arbetet var författaren väl medveten om att det subjektiva inflytandet kunde påverkas

men genom återkommande reflektioner försökte författaren minska det. Självdeklarationen har varit ett stöd i detta (Malterud, 2014).

Forskningsetiska övervägande

Författaren försökte hela tiden i enlighet med McDermid et al. (2014) vara medveten om sin dubbla roll som såväl intervjuare som kollega och upplevde få problem kring informantens konfidentialitet och integritet. I en intervju nämnde informanten ett namn som inte togs med i transkriberingen. I en annan intervju ville informanten säga lite mer om en person som varit inblandad i en viss händelse. Detta fick göras efter att intervjun avslutats och då ljudupptagningen inte pågick längre. Det kan aldrig säkerställas men det upplevdes inte att informanterna hade någon dold agenda eller inte kände sig fria att uttrycka sina åsikter. Etiska övervägande har funnits med under hela arbetet enligt vetenskapsrådets (2002) riktlinjer. Författaren har varit tydlig med information om studien och vid flera tillfällen påpekat frivilligheten i deltagandet. Nyttjandekravet har varit en röd tråd i arbetet och det har inte upplevts som att någon informant känt sig negativt påverkad, kränkt eller har kommit till skada.

Resultatdiskussion

Syfte med studien var att beskriva nyanställda sjuksköterskors förväntningar och upplevelser av att vårda patienter på en akutmottagning. I jämförelse med vad författaren hade förväntat sig i självdeklarationen visade resultatet vissa skillnader. Till exempel förväntades inte att flera sjuksköterskor skulle nämna om mötet med aggressiva patienter och anhöriga i sina intervjuer. Inte heller bristen på omvårdnadsmaterial. Det som förväntades av författaren men som inte togs upp var bland annat att deras förväntningar var flera erfarna kollegor på akutmottagningen, ämnet inskolningen, scheman och att sjuksköterskorna skulle ha nämnt den stora tillgången till läkaren jämfört med den som finns på vårdavdelning.

I enlighet med Fagerström (2011) och Wikström (2012) visade resultatet att sjuksköterskorna upplevde att många icke kritiskt sjuka patienter sökte vård på en akutmottagning. Deras förväntningar var att det skulle vara ett stort antal patienter, mest kritiskt sjuka, men inte stort antal och särskilt inte så stort antal icke kritiskt sjuka patienter. Detta skulle kunna ses som ett tecken på att det ställs helt andra krav på deras arbete som sjuksköterska på en akutmottagning. Av detta skäl kan följdfrågan bli om de var helt förberedda för att kunna börja arbetet (Boychuk Duscher, 2008).

De flesta sjuksköterskorna beskrev i intervjuerna att de hade förväntat sig korta vårdtider och inte så mycket omvårdnad på en akutmottagning. De upplevde att det var brist på resurser för att utföra bra omvårdnad avseende såväl tid, personal och material. Emellertid påstår Nyström (2002) att omvårdnad inte är organiserad efter ett prioritetsystem som triage. När det finns mycket arbete prioriteras inte omvårdnaden (Kristensson Ekwall, 2010; Nyström, 2002). En sjuksköterska uttryckte att det fanns en ovilja hos kollegorna för att utföra basal omvårdnad som anses ibland enligt Nyström (2002) som mindre stimulerande arbetsuppgift bland sjuksköterskor. I detta sammanhang kan undras om det fanns utrymme för personcentrerad vård (Sherwood & Barnsteiner, 2013). Alla sjuksköterskor beskrev att det periodvis fanns en känsla av otillräcklighet, speciellt när det var många patienter på akutmottagningen. Fokus blev då mer på akuta insatser och inte på helheten. Detta kan tolkas som att den pressade situationen hade påverkat förmågan att ge personcentrerad vård, och låta patienter vara delaktiga vilket enligt Kristensson Ekwall (2010) är en utmanande uppgift på akutmottagningen. Eftersom det ofta fanns många

patienter på akutmottagningen vilket medförde en känsla av otillräcklighet hos personalen blir följderna att kunna ge en säker vård hotad vilket enligt Sherwood och Barnsteiner (2013) är en av kärnkompetenserna.

Utöver detta fanns det ofta platsbrist för patienter som behövde en vårdplats på sjukhuset vilket innebar längre vårdtider och mer omvårdnad för dessa patienter på akutmottagningen. Muntlin, Gunningberg och Carlsson (2008) påstår att olika vårdbehov finns hos skilda patientgrupper på en akutmottagning. Särskild vaksamhet behövdes för den patientgrupp som vistades länge på akutmottagningen. Vidare menar Muntlin et al. (2008) att förbättrade riktlinjer skulle behövas för bland annat gällande näringsstatus för kirurgi patienter, regelbunden information under hela vistelsetiden och en förbättrad omhändertagande av de äldre patienterna. Det förefaller rimligt att anta att samma riktlinjer skulle kunna förbättra situationen för kvarliggande patienter på denna akutmottagning. I kärnkompetenser ingår evidensbaserad vård och kvalitetsutvecklingen och sjuksköterskan har den utmaningen att tillämpa bästa vårdmetoderna (Sherwood & Barnsteiner, 2013). Som tidigare nämnts upplevdes brist på resurser och en förklaring till detta kan delvis vara de patienter som fick ligga kvar på akutmottagningen på grund av platsbrist på vårdavdelningarna.

I resultatet framkom att det upplevdes vara en svår uppgift att ge information om väntetiderna till de icke kritiskt sjuka patienterna. Att ge denna information beskrevs av Welch (2010) som en bidragande faktor till patienttillfredsställelse. En känsla av otillräcklighet fanns att inte kunna påverka och att inte tydligt kunna motivera anledningen till väntetiderna. Regelbunden utbildning och praktik i kommunikationsförmåga behövs (Muntlin et al., 2008) och kan vara en viktig bidragande faktor för patientens erfarenhet av deltagandet i vården (Elmqvist et al., 2011; Frank et al., 2009; Tobiano et al., 2015). Patienterna känner inte till de oskrivna reglerna som finns på en akutmottagning och sjuksköterskan är patientens advokat (Elmqvist et al., 2011). Frustration över de långa väntetiderna kan bidra till en ökad aggression hos anhöriga och patienter (Frank et al., 2009) som till slut kan leda till våld och hotfulla situationer (Knowles, Mason & Moriarty, 2013). Flera sjuksköterskor uttryckte en oförmåga och brist på erfarenhet av att hantera alkohol- eller narkotikapåverkade patienter. Knowles et al. (2013) fann att flest upplevda händelser av våld på akutmottagningen var såväl fysiskt som psykiskt och framförallt orsakade av alkohol, narkotika, psykisk ohälsa men också på grund av smärta eller långa väntetider. Verbala hot hade ökat mest och slutsatsen var att de hot- och våldshandlingar som förekommer på akutmottagningen var underskattade. Ett önskemål som framkom i en intervju var att få mer utbildning i hur personal bemöter personer i en hot- eller våldssituationer. Utbildning bidrar till insikt som enligt Antonovsky (1993) kan påverka hur en person kan hantera situationer. Med detta som grund kan det anses att utbildning om specifikt bemötande av hotfulla personer och kommunikation på en akutmottagning skulle höja kompetensen hos nyanställda sjuksköterskor.

Flertal sjuksköterskor förmedlade under intervjuerna att de hade förväntat sig en stressig arbetsmiljö även om de inte visste vad det skulle innebära. Wikström (2012) beskriver akutmottagningen som en arbetsplats med en ojämn arbetsbörda som kräver flexibilitet av sjuksköterskorna. För de flesta var det deras första arbetsplats efter examinationen som enligt Healy och Tyrell (2011) och Wu et al. (2012) bidrar till en extra sårbarhet för stress. Hälften av sjuksköterskorna hade ingen tidigare upplevelse av att arbeta på en akutmottagning. Av detta skäl skulle en dags hospitering innan anställningen kunna bidra till att få en tydligare inblick i vad att arbeta med att vårda patienter på en akutmottagning

innebär. Samtidigt skulle det ge ett intryck av teamarbete vilket är en av kärnkompetenser för att öka och behålla kvaliteten av god och säker vård (Sherwood & Barnsteiner, 2013).

Sjuksköterskornas erfarenhet var att de ibland hade en känsla av inte räkna till och de upplevde en för stor arbetsbörda. Detta bekräftar flertal studier om stress på akutmottagningen (Adriaenssens et al., 2011; Flowerdew et al., 2012; Healy & Tyrell, 2011; Nielsen et al., 2013). Målet med korta vårdtider på akutmottagningen upplevdes också som stressande. Ingen av sjuksköterskorna nämnde dock fyratimmarsregeln som en stressfaktor (Flowerdew et al., 2012; Socialstyrelsen, 2014). En möjlig förklaring till detta kan vara att de som nyanställda inte var så medvetna om denna regel eller att den inte har diskuterats så ofta på arbetsplatsen.

I resultatet framkom att teamarbetet var ett stöd och ett hjälpmedel för att kunna se helheten och flera sjuksköterskor ansåg att kollegorna var ett viktigt stöd. Enligt Flowerdew et al. (2012) bör medicinska utbildningar kompletteras med ledarskaputbildning och icke tekniska färdigheter som teamarbete för att bättre kunna hantera arbetsbördan. Det framkom även i resultatet att lokalerna och resurserna inte var tillräckliga vid en hög arbetsbelastning av patienter vilket försämrade arbetsmiljön. Sjuksköterskorna upplevde att arbetet inte kunde utföras på ett tillfredställande sätt då en del material saknades. Även om sjuksköterskorna inte nämnde själva ordet i intervjuerna skulle det kunna ses som ett tecken på att patientsäkerheten hotades och detta uppfyllde inte kraven enligt patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659, kap. 6, 1§). Detta påverkades speciellt de dagar då det var en hög arbetsbelastning på akutmottagningen och när det inte fanns några sängplatser på vårdavdelningarna att tillgå.

Sjuksköterskorna gick in med positiva förväntningar om sin roll och beskrev den som varierande och upplevde den oftast positiv i enlighet med Wikström (2012). Glynn och Silva (2013) menade att nyutexaminerade sjuksköterskor verkade känna sig dragna till akutmottagningen för att det uppfattas som en utmanande och spännande arbetsplats. Alla sjuksköterskor som intervjuades visade ett genuint intresse för akutsjukvården och för det oväntade i akuta situationer och flertal sjuksköterskor angav att det krävs en speciell personlighet för att tycka om arbetet på akutmottagningen. Det verkar som att en viss personlighet passar bättre för att utföra arbetet på akutmottagningen och då kan frågan vara vilken personlighet det gäller. Winslow et al. (2009) fann en likartad uppfattning.

Det framkom från vissa sjuksköterskor att de kände sig för oerfarna för att kunna bedöma om en patient var kritiskt sjuk eller inte de första månaderna. En förklaring till detta är att det krävs stor kunskap för att kunna identifiera och urskilja livshotande situationer (Riksföreningen för Akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Även oväntade händelser var något sjuksköterskorna inte hade räknat med eller var inte helt förberedda på. En likartad uppfattning fann Fagerström (2011) som menar att det krävs minst ett år av erfarenhet på en akutmottagning för att kunna arbeta med triage. En grundläggande bedömningsfråga är att veta orsaken till varför patienten söker sig till akutmottagningen och hur länge patienten kan vänta utan att sjukdomstillståndet förvärras (Fagerström, 2011). Dock förmedlade alla sjuksköterskor att de hade förvärvat rikligt med kunskaper redan efter några månader. Detta i överensstämmelse med Thrysoe et al. (2011) som fann att efter sex månaders erfarenhet av arbete som sjuksköterska så förändrades rollen från nyutexaminerad till självständig sjuksköterska. Nyutexaminerade sjuksköterskor hade dock mindre erfarenhet än de äldre kollegorna.

De flesta sjuksköterskorna nämnde att erfarna kollegor hade varit en förebild och ett stort stöd. Kollegorna kunde rådfrågas om råd i problematiska situationer och detta skulle kunna ses som ett tecken av handledning. Några sjuksköterskor berättade specifikt att deras inskolning hade varit utmärkt och den hade bidragit till att de fortare hade kommit in i sin roll som sjuksköterska i att vårda patienter på en akutmottagning. Eftersom syftet med detta arbete inte hade fokus på inskolningen var frågan om handledning och inskolning inte inkluderad i intervjuerna. Flertal studier poängterar dock vikten av handledare som stöd för nyutexaminerade sjuksköterskors utveckling i arbetet (Flinkman & Salanterä, 2015; Glynn & Sylva, 2013; Thrysoe et al., 2011; Valdez, 2008; Wu et al., 2012). I detta arbete visade sig att två tredjedelar av de nyanställda i urvalet var nyutexaminerade. Denna situation som kommer troligtvis inte att förändras utifrån att det idag finns stor brist på sjuksköterskor (Valdez, 2008; Wu et al., 2012). Därtill påpekar Valdez (2008) att det krävs motiverade och förberedda handledare som är villiga och kunniga att utföra uppgiften att handleda. Såväl TTP modellen (Sherwood & Barnsteiner, 2013) och praktikprogram (Glynn & Silva, 2013) kan anses som passande modell för introduktion till en ny arbetsplats för nyutexaminerade.

Slutsats

Resultatet tyder på att det fanns en viss skillnad mellan förväntningar och erfarenheter av att vårda patienter på en akutmottagning hos nyanställda sjuksköterskor. Patienterna var fler än förväntat och det fanns oväntat många icke kritiskt sjuka patienter. Flertal patienter stannade kvar på akutmottagningen på grund av platsbrist på sjukhuset vilket skapade ett ökat omvårdnadsansvar. Förväntningen var att akutmottagningen hade en stressig arbetsmiljö som var krävande dock kände sjuksköterskorna inte till vad arbete innebar innan anställningen. Erfarenheten visade att arbetet var omväxlande och att det krävdes flexibilitet och kunskap för att kunna utföra såväl basal omvårdnad, oväntade händelser som att skapa ett tryggt bemötande för patienterna. Som oerfaren sjuksköterska upplevdes de första månaderna som speciellt stressiga. Erfarna sjuksköterskor var ett stöd för de nyanställda sjuksköterskorna i processen att växa i sjuksköterskerollen.

Klinisk tillämpbarhet

De implikationer som kan dras av genomförd studie är att resultatet kan möjligtvis användas för att utveckla och förbättra rekryteringsprocessen vid nyanställning av sjuksköterskor på en akutmottagning. För egen del i mitt arbete och egen verksamhet kan dessa resultat bidra till en ökad kunskap inför handledning av nyanställda sjuksköterskor. Resultaten från intervjuerna kan även bidra till en tydligare information till kommande nyanställda sjuksköterskor om deras roll på en akutmottagning och vilka patienter som söker akutmottagningen.

Förslag till vidare forskning

En intressant fortsättning på denna intervjustudie skulle kunna vara att ha fokus på inskolningen. Att beskriva nyanställda sjuksköterskors erfarenhet av inskolningen på olika akutmottagningar. Vilka kunskaper och erfarenheter är nödvändiga att få under inskolningen för att kunna utföra sitt arbete självständigt?

REFERENSER

Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1317-1328. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x

AFS 2001:1. *Systematiskt arbetsmiljö arbete: Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete och allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna*. Stockholm: Arbetsmiljöverket författningssamling. Hämtad från <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/systematiskt-arbetsmiljoarbete-foreskrifter-afs2001-1.pdf>

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van der Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M.,... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344(1717). doi: 10.1136/bmj.e1717

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicine*, 36(6), 725-733.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2.uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: Mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Boychuk Duscher, J. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. doi: 10.3928/00220124-20081001-03

Cantrell, M. A., Browne, A. M. (2006). The impact of a nurse externship program on the transition process from graduate to registered nurse. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(1), 11-14.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från examination inom omvårdnad* (ss. 329-343). Lund: Studentlitteratur.

Doody, O., & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, 20(5), 28-32. doi: 10.7748/nr2013.05.20.5.28.e327

Egidius, H. (u.å.). *Natur och kulturs psykologilexikon*. Hämtad 14 april, 2016, från <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=1&Startsida>

Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2011). On a hidden game board: the patient's first encounter with emergency care at the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2609-2616. doi: 10.1111/j.13652702.2011.03929.x

Fagerström, L. (Red.). (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska: Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.

- Flinkman, M., & Salanterä, S. (2015). Early career experiences and perceptions: A qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management*, 23, 1050-1057. doi: 10.1111/jonm.12551
- Flowerdew, L., Brown, R., Russ, S., Vincent, C., & Woloshynowych, M. (2012). Teams under pressure in the emergency department: an interview study. *Emergency medicine journal*, 29(12). doi: 10.1136/emmermed-2011-200084
- Fotheringham, D., Dickie, S., & Cooper, M. (2011). The evolution of the role of the emergency nurse practitioner in Scotland: A longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2958-2967. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03747.x
- Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care: A phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing*, 17(1), 15-22. doi:10.1016/j.ienj.2008.09.003
- Glynn, P., & Silva, S. (2013). Meeting the needs of new graduates in the emergency department: A qualitative study evaluating a new graduate internship program. *Journal of emergency nursing*, 39(2), 173-178. doi: 10.1016/j.jen.2011.10.007
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-122. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Healy, S., & Tyrell, M. (2011). Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4), 31-37.
- Hirschhorn, C. A., West, T. B., Hill, K. S., Cleary, B. L., & Hewlett, P. O. (2010). Experienced nurse retention strategies: What can be learned from top performing organizations. *The Journal of Nursing Administration*, 40(11), 463-467. doi:10.1097/NNA.0b013e3181f88fd3
- International Council of Nursing (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp: En ordbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: An Introduction to its methodology* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage publications.
- Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P.A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 253-263. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020

- Knowles, E., Mason, S.M., & Moriarty, F. (2013). 'I'm going to learn how to run quick': exploring violence directed towards staff in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 30, 926-931. doi: 10.1136/emered-2012-201329
- Kristensson Ekwall, A. (2010). Personcentrerad vård ur ett akutvårdsperspektiv. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (ss. 51-60). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl., ss. 187- 201). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (3.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- McDermid, F., Peters, K., Jackson, D., & Daly, J. (2014). Conducting qualitative research in the context of pre-existing peer and collegial relationships. *Nurse Researcher*, 21(5), 28-33. doi: 10.7748/nr.21.5.28.e1232
- Muntlin, Å. M.-Y., Gunningberg, L. A.-C., & Carlsson, M.A. (2008). Different patient groups request different emergency care: A survey in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 16, 223-232. doi: 10.1016/j.ienj.2008.07.006
- Nielsen, K. J., Pedersen, A. H., Rasmussen, K., Pape, L., & Mikkelsen, K. L. (2013). Work-related stressors and occurrence of adverse events in an ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 504-508. doi: 10.1016/j.ajem.2012.10.002
- Nordang, K., Hall-Lord, M.-L., & Farup, P. G. (2010). Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. *BioMed Central Nursing*, 9(8). doi: 10.1186/1472-6955-9-8.
- Nyström, M. (2002). Inadequate nursing care in an emergency care unit in Sweden: Lack of a holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 20(4), 403-417. doi: 10.1177/089801002237595
- Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning: Om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, M., Nydén, 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
- O'Connell, J., Gardner, G., & Coyer, F. (2014). Profiling emergency nurse practitioners: An interpretive study. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(3), 279-290. doi: 10.1097/TME.0000000000000030

Polit, D., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för Akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Bromma: Brolins. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompbeskr_akutweb.pdf

Rudman, A., Gustavsson, P., & Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intention to leave the profession during the first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 612-624. doi: 10.1016/j.ijnurse.2013.09.12

Sandman, L., Ekerstad, N., & Lindroth, K. (2012). *Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning: En etisk analys av RETTS*. Linköping: Prioriteringscentrum. Hämtad från https://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/publikationer/prioriteringscentrums-publikationer-ovrigt-publicerat-material/1.444597/2012-2_Sandman.pdf

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 7 december, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 19 januari, 2016, från <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/20030460.HTM>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 7 december, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (Red.). (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex grundläggande kärnkompetenser* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2014). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar - Rapport december 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19585/2014-12-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/halso-och-sjukvard-15.pdf>

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: SBU. SBU-rapport nr 197. Hämtad från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Triage_fulltext.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Strategi för utbildningsfrågor*. Bromma: Brolins. Hämtad från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Patientsäkerhet och arbetsmiljö: En vägledning för hög patientsäkerhet och en god arbetsmiljö*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5309.pdf?issuusl=ignore>

Thrysoe, L., Hounsgaard, L., Bonderup Dohn, N., & Wagner, L. (2011). Expectations of becoming a nurse and experiences on being a nurse. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 31(3), 15-19. doi: 10.1177/010740831103100304

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2015). Nurses' views of patient participation in nursing care. *Journal of advanced nursing*, 71(12), 2741-2752. doi: 10.1111/jan.12740

Valdez, A. M. (2008). Transitioning from novice to competent: What can we learn from the literature about graduate nurses in the emergency setting? *Journal of Emergency Nursing*, 34, 435-440. doi: 10.1016/j.jen.2007.07.008.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. (Vetenskapsrådets rapportserie, 2011:1). Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Waldman, J. D., Kelly, F., Arora, S., & Smith, H. L. (2010). The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Management Review*, 35(3), 206-211. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181e3940e

Welch, S.J. (2010). Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: A qualitative review. *American Journal of Medical Quality*, 25(1), 64-72. doi:10.1177/1062860609352536

Wikström, J. (2012). *Akut sjukvård, omvårdnad och behandling vid akut skada* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Winslow, S., Almarode, M., Cottingham, S., Lowry, K., & Walker, K. (2009). New graduates in the emergency department: Could you, would you, should you? *Journal of Emergency Nursing*, 35, 521-524. doi: 10.1016/j.jen.2008.12.016

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centered and integrated health services: interim report*. Geneva: World Health Organization. Hämtad från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1

Wu, T.-Y., Fox, D. P., Stokes, C., & Adam, C. (2012). Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Education Today*, 32(6), 669-674. doi: 10.1016/j.nedt.2011.09.002

Zúñiga, F., Auserhofer, D., Hamers, J., Engberg, S., Simon, M., & Schwendimann, R. (2015). Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 860-866. doi:10.1016/j.jamda.2015.04.012

BREV TILL VERKSAMHETSCHEF

Till verksamhetschef
Xxxx Xxxxx
Akutkliniken, xxxxx sjukhuset

Jag heter Jeanet Schut och är sjuksköterska. Jag studerar Specialistsjuksköterskeprogrammet – inriktning akutsjukvård vid Sophiahemmets Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: Nyanställda sjuksköterskors förväntningar och upplevelser av att vårda patienter på en akutmottagning. Jag är därför intresserad av få genomföra studien vid din Akutklinik.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. 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.

Xxxxxx, 2015-12-12
Med vänlig hälsning

Student

Jeanet Schut
Namnförtydligande

tel.: xxx-xxxxx
e-post: xxxxxx@xxxxx

Handledare

Taina Sormunen
Namnförtydligande

tel.: xx-xxxxxxx
e-post: xxxx.xxxx@xxx.xx

Studiens preliminära titel: Vård på en akutmottagning - förväntningar och upplevelse av nyanställda sjuksköterskor.

Syftet med studien är att beskriva nyanställda sjuksköterskors förväntningar och upplevelse av att vårda patienten på en akutmottagning.

Problem: En akutmottagning är först och främst avsedd för akut sjuka och svårt skadade patienter men även patienter med mindre allvarliga åkommor söker sig dit. Det krävs kunskap och erfarenhet av en sjuksköterska för att kunna bedöma och prioritera rätt. Omsättningen av patienter är hög och arbetsmiljö kan upplevas som kaotisk och oorganiserad. Utmaning för ny personal är att komma in i rutiner och skaffa sig nya kunskaper på den nya verksamheten. Personalomsättningen i vården är stor och det tillför risk för brist på sjuksköterskor med lång erfarenhet. Det är viktigt att behålla kvar personal för risk finns att kunskap och färdigheter går förlorad och dessutom kan patientvården bli lidande och kvalitet försämrade. Studier visar att yngre medarbetare och de som har mindre erfarenhet av att arbeta på en akutmottagning är mer sårbara för stress och behöver mer stöd och handledning i början. Det finns en del skriven om stress dock specifika artiklar hittades inte som har fokuserat på nyanställda sjuksköterskors förväntningar och upplevelser av att vårda patienter på en akutmottagning. Förhoppningsvis kan denna studie leda fram till ny kunskap som kan beaktas vid rekrytering och inskolning av ny personal.

Metoden för det planerade arbete är intervjuer av sjuksköterskor.

Önskemål från Din verksamhet: Jag önskar att kunna intervju 6-10 sjuksköterskor på Din enhet. Intervjuerna, som beräknas ta 20-30 min. önskar jag genomföra i lokaler på Din klinik och i anslutning till de intervjuades arbetspass. Det är även ett önskemål att intervjuerna kan ske på arbetstid. Intervjuerna kommer att ljudupptas. Jag planerar att genomföra intervjuerna under december 2015 till januari 2016. 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

Har vårdandet av patienter på akutmottagningen blivit som du hade förväntad dig?

Bakgrund och syfte

Akutmottagningen har dagligen en stor omsättning av patienter med såväl svårt skadade och de med mindre allvarliga åkommor. Arbetsmiljön kan upplevas som kaotisk och oorganiserad. Utmaningen för ny personal är att komma in i rutinerna och skaffa sig nya kunskaper om verksamheten. Det är viktigt att ha en låg personalomsättning för risk finns att kunskap och färdigheter går förlorade och dessutom kan patientvården bli lidande och kvaliteten försämrade. Studier visar att yngre medarbetare och de som har mindre erfarenhet av att arbeta på en akutmottagning är mer sårbara för stress och behöver mer stöd och handledning i början. Syfte med denna studie är att intervjua nyanställda sjuksköterskor om deras förväntningar och upplevelser av att vårda patienter på en akutmottagning. Förhoppningsvis kan denna studie leda fram till ny kunskap som kan beaktas vid rekrytering och inskolning av ny personal.

Frågan om deltagande

Jag har fått en lista från en chefsjuksköterska över alla sjuksköterskor som har arbetat mellan tre månader och ett år på denna akutmottagning och inte har arbetat som sjuksköterska på en akutmottagning förut. Alla blivit tillfrågade om de vill medverka. Med vetskap om att du är nyanställd på akutmottagningen tillfrågades du nu om att medverka i denna studie.

Hur går studien till?

Jag planerar att intervjua 6-10 sjuksköterskor på akutmottagning på xxxxx sjukhus. Intervjun, som beräknas ta 20-30 minuter genomförs i lokaler på kliniken och i anslutning till ditt arbetspass. Intervjun kommer att ljudupptas och planeras att genomföra under december 2015 och januari 2016. Om du skulle uppleva att intervjun väcker starka känslor finns möjligheten att boka ett uppföljningssamtal med din ansvariga chefsjuksköterska.

Hantering av data och sekretess

Jag har fått godkännande av verksamhetschefen att utföra denna studie. Under tiden som intervjuerna genomförs kommer allt material att avkodas och obehöriga har ingen tillgång till materialet. Ingen person kommer att kunna identifieras i det färdiga arbetet. Efter analys av intervjun kommer inspelningen att förstöras. Du har rätt att när som helst avsluta din medverkan då det är frivilligt att delta. Om du deltar, tackar nej eller avslutar din medverkan kommer detta inte att påverka din arbetssituation. Studiens resultat kommer att presenteras som ett självständigt arbete och du får gärna kontakta mig om du vill få del av det färdiga arbetet. Tillsammans med min handledare är jag ansvarig för denna studie. Du får gärna kontakta oss vid frågor genom nedanstående uppgifter.

Med vänlig hälsning,

.....
Student
Jeanet Schut
Namnförtydligande
tel.: xxx-xxxxxxx
e-post: xxxxxxxx@xxxxxxx

.....
Handledare
Taina Sormunen
Namnförtydligande
tel.: xxx-xxxxxxx
e-post: xxxxxxxx@xxxxxxx

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av informationen angående intervjustudien om sjuksköterskors förväntningar och upplevelser av att vårda patienter på akutmottagningen. Jag har fått information om hur studien ska gå till och att deltagandet är helt frivilligt och jag kan när som helst avbryta den. Jag har fått möjlighet att ställa kompletterande frågor och fått de besvarade.

Jag samtycker genom min underskrift till att delta i studien. Jag samtycker även till att mina personuppgifter hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

Ort och Datum

Underskrift informant

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och datum

.....
Underskrift projektansvarig

.....
Namnförtydligande

INTERVJUGUIDE

Information om studiens syfte, bakgrund samt att informanten kan avbryta intervjun utan att behöva ange skäl för detta. Informerat samtycke inhämtas till intervjun och att ljudupptagare får användas.

Inledning

Kan du berätta lite om dig själv? (ålder, yrkeserfarenhet innan akutmottagningen, antal månader på akutmottagningen)

Temafrågor

Vilka förväntningar hade du på vårda av patienter på akutmottagning innan du började arbeta här?

Vilka faktorer tror du påverkade dina förväntningar?

Kan du beskriva vilka förväntningar verksamheten har på dig i din roll som sjuksköterska i att vårda patienter på akutmottagningen?

Kan du beskriva vad att vårda patienter på en akutmottagning betyder för dig?

Hur upplever du vården av patienter på akutmottagningen nu när du har arbetat en period?

Kan du beskriva skillnad med att vårda patienten på en vårdavdelning?

Vad förväntar patienter av vård på en akutmottagning?

Kan du beskriva någonting i samband med att vårda av patienter som blev helt annorlunda än du hade väntat dig?

Kommer du ihåg en situation vid vård av patienten på akutmottagningen när du var nöjd?

Kan du berätta om en situation som har varit påfrestande vid vård av patienten på akutmottagningen.

Om du vill förbättra något avseende att vårda patienter på akutmottagningen, vad skulle det vara då?

Följdfrågor

Hur kände du då?

Hur menar du?

Hur tänkte du då?

Kan du beskriva närmare?

Jag skulle vilja att du berättar mer för mig...

Har jag förstått dig rätt när du säger...

På vilket sätt?

Kan du ge ett exempel?

Hur gör du det?

Hur känner du för det?

Har du alltid känt så?

Hur har din inställning ändrats med tiden?

Vad har motiverat ändringen?

Avslutning

Kort sammanfattning: har jag uppfattat dig rätt? Har du något som du vill tillägga eller fråga?



Forskningsetisk bedömning av tillståndspflicht

Projektansvarig	Taina Sormunen/Jeanet Schut
Titel	Vård på akutmottagning – förväntningar och upplevelser av nyanställda sjuksköterskor
Program	Specialistsjuksköterskeprogram inriktning akutsjukvård
Datum	2015-12-03

Forskningsetiska rådets anteckningar

Tillståndspflichtigt Ja Nej

Kommentarer

Rådet anser inte detta projekt vara tillståndspflichtigt eftersom elevarbeten, enligt etikprovninglagen, inte faller inom ramen för projekt som skall etikprövas, om inte planer på publicering föreligger.

I detta fall ser inte rådet några hinder för utförande av beskrivet projekt, men kan instämma med författaren att ett etiskt dilemma kan uppkomma om intervjuer sker av egna kollegor. Eftersom detta beaktas i forskningsetiska överväganden utgår rådet ifrån att författare och handledare kommer att bevaka detta.

Studien är godkänd utifrån ett forskningsetiskt perspektiv av Forskningsetiska rådet vid Sophiahemmet Högskola, Dnr 20151203/1823

Ledamot av forskningsetiska rådet

Namn	Datum
Maria Kumlin	2016-02-19