Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt på en kirurgavdelning

En kvalitativ intervjustudie

Nurses' experiences of caring for acute, elective and palliative patients simultaneously in a surgical ward

A qualitative interview study

Examensarbete för sjuksköterskeexamen och kandidatexamen med huvudområdet omvårdnad

Grundnivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2023

Student: Fanny Alf, Linn Gustavsson

Handledare: Dip Raj Thapa

Examinator: Jenny Hallgren

SAMMANFATTNING

Titel: Sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt på en kirurgavdelning. En kvalitativ intervjustudie.

Författare: Alf, Fanny; Gustavsson, Linn

Institution: Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde

Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp

Handledare: Thapa, Dip Raj

Examinator: Hallgren, Jenny

Sidor: 23.

Nyckelord: Arbetsmiljö, Kirurgavdelning, Prioritering, Sjuksköterskors upplevelser, Vårdande.

Bakgrund: Inom det kirurgiska specialistområdet vårdas både elektiva, akuta och palliativa patienter. Det finns forskning som beskriver sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta och palliativa patienter var för sig. Det finns dock begränsad forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt, på samma avdelning. **Syfte:** Beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda elektiva, akuta och palliativa patienter samtidigt på en kirurgavdelning. **Metod:** Kvalitativ intervjustudie med sju sjuksköterskor. Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet framkom två huvudkategorier, med tre subkategorier till respektive huvudkategori. Under huvudkategorin; *Patientvariationer skapar stimulans och ställer krav* beskrivs patienternas varierade omvårdnadsbehov, betydelsen av anpassning samt arbetstillfredsställelse. Under huvudkategorin; *Arbetsmiljöns påverkan på vård och hälsa* beskrivs den pressade arbetsmiljön, behov av prioritering samt känsla av otillräcklighet. **Konklusion**: Att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt beskrivs som varierade och lärorikt. Samtidigt ställer det krav på att anpassning. Vidare skapar den höga arbetsbelastningen behov av att prioritera. Prioriteringen leder till att vissa delar av omvårdanden och patientgrupper blir lidande. Resultaten visar också att det är särskilt svårt att vårda palliativa patienter på en botande avdelning.

ABSTRACT

Title:	Nurses' experiences of caring for acute, elective and palliative patients simultaneously in a surgical ward. A qualitative interview study.
Author:	Alf, Fanny; Gustavsson Linn
Department:	School of Health sciences, University of Skövde
Course:	Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor:	Thapa, Dip Raj
Examiner:	Hallgren, Jenny
Pages:	23.
Keywords:	Caring, Nurses' experiences, Prioritization, Surgical ward, Work environment.

Background: Within the surgical specialist care, both elective, acute, and palliative patients are cared for. There is research that describes nurses' experiences of caring for these patients separately. However, there is limited research on nurses' experiences of caring for these groups of patients simultaneously. **Aim:** Describe nurses' experiences of caring for elective, acute and palliative patients simultaneously in a surgical ward. **Method:** Qualitative interview study with seven nurses. The data was analyzed through qualitative content analysis. **Findings:** The results revealed two main categories, with three subcategories belonging to each main category. The main category: *Patient variations create stimulation and set requirements* gives a description of the patients' varied nursing needs, the importance of adaptation and job satisfaction. The main category: *The impact of the work environment on care and health,* describes the pressured work environment, the need for prioritization and the feeling of inadequacy. **Conclusion:** Caring for acute, elective and palliative patients simultaneously is described as varied and instructive. At the same time, it requires adaptation. Furthermore, the high workload creates the need to prioritize, which leads to the suffering of certain parts of the care and patient groups. The results also suggest that it's particularly difficult to care for palliative patients in a curative ward.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING **1**
2. BAKGRUND **1**
2.1 Kirurgi 1
2.2 Sjuksköterskors ansvar vid kirurgisk omvårdnad 2
2.2.1 Preoperativ omvårdnad 2
2.2.2 Postoperativ omvårdnad 2
2.2.3 Personcentrerad vård 3
2.3 Arbetsmiljön på kirurgavdelningar 4
3. PROBLEMFORMULERING **5**
4. SYFTE **5**
5. METOD **6**
5.1 Urval 6
5.2 Datainsamling 6
5.3 Analys 7
5.4 Förförståelse 8
5.5 Etiska överväganden 8
6. RESULTAT **10**
6.1 Patientvariationer skapar stimulans och ställer krav 10
6.1.1 Varierade omvårdnadsbehov hos patienter 10
6.1.2 Betydelsen av skiftet mellan patientgrupper 11
6.1.3 Patientnära arbete ger tillfredsställelse 13
6.2 Arbetsmiljöns påverkan på vård och hälsa 14
6.2.1 Arbete i en pressad arbetsmiljö 14
6.2.2 Prioritera när tid och resurser inte räcker till 14
6.2.3 Känsla av otillräcklighet 15
6.3 Resultatsammanfattning 16
7. DISKUSSION **17**
7.1 Metoddiskussion 17
7.2 Resultatdiskussion 19
7.3 Konklusion 22
7.4 Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet 22
8. REFERENSER **24**

BILAGOR

1. Intervjuguide
2. Brev till deltagare
3. Brev till enhetschef

1. INLEDNING

Inom kirurgisk vård behandlas en mängd patienter med olika diagnoser och omvårdnadsbehov. Vissa patienter vårdas akut, vissa läggs in för planerade ingrepp, medan andra vårdas palliativt. Sjuksköterskor ansvarar för att leda omvårdnadsarbetet. Patienternas besvär, behov och önskemål kan variera i stor utsträckning, vilket ställer krav på sjuksköterskors kompetens och anpassningsförmåga. Få studier belyser hur sjuksköterskor upplever att vårda patienter på en kirurgavdelning. Det verkar också finnas begränsad forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt. Följande studie ämnar belysa den komplexitet som arbetet med de tre patientgrupperna medför.

2. BAKGRUND

2.1 Kirurgi

Kirurgi är en vårddisciplin som innebär att manuellt öppna kroppen (Klang Söderkvist & Thorell-Ekstrand, 2014). Syftet kan vara att diagnostisera misstänkt sjukdom, lindra symtom, avlägsna patologisk vävnad, alternativt återställa en funktion eller utseende. Inom det kirurgiska specialistområdet vårdas både akuta, elektiva, och palliativa patienter. Akut kirurgi utförs omedelbart för att bevara liv och funktioner. Det kan exempelvis innebära att stoppa blödningar eller reparera frakturer (Klang Söderkvist & Thorell-Ekstrand, 2014). Att vårda akuta patienter är ofta förknippade med stress då en stor mängd arbetsuppgifter ska utföras samtidigt (Forsberg et al., 2015). Vid vård av akuta patienter får sjuksköterskor sällan avsluta sina arbetsuppgifter innan de måste lämna dem för mer prioriterade arbetsuppgifter (Power et al., 2022). Elektiv kirurgi omfattar ingrepp som går att planera och som bedöms kunna förbättra livskvaliteten för patienter. Exempel på sådana ingrepp kan vara avlägsnande av cancertumörer (Klang Söderkvist & Thorell-Ekstrand, 2014). På de flesta kirurgavdelningar finns standardiserade vårdplaner för omhändertagande av elektiva kirurgpatienter (Järhult et al., 2019). Enhanced Recovery After Surgery [ERAS] är en standardiserad behandlingsrutin som syftar till en säkrare och snabbare återhämtning för elektiva patienter (Västra Götalandsregionen, 2019). I dagsläget finns behandlingsriktlinjer för tolv större kirurgiska ingrepp inom kirurgi, urologi, gynekologi och öron-näsa-hals. Om patienterna inte kan botas eller om de kirurgiska komplikationerna blir alltför stora, övergår patienter till palliativ vård (Schofield et al., 2006). Palliativ vård innebär att stödja patienter med sjukdomar som inte är möjliga att bota. Palliativ vård innefattar en helhetsvård där målet är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienter och dess anhöriga genom att förebygga och lindra lidande (Klang Söderkvist & Thorell-Ekstrand, 2014). Palliativ kirurgi innebär att genom ett kirurgiskt ingrepp lindra lidande för patienten (Lilley et al., 2017). Att arbeta med patienter i ett palliativt skede förutsätter att sjuksköterskor är lugna, visar närvaro samt ger stöd till patienter och anhöriga (Stuart, 2022).

2.2 Sjuksköterskors ansvar vid kirurgisk omvårdnad

Omvårdnad är sjuksköterskors särskilda kompetens och vilar på vetenskaplig grund (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Omvårdnadsarbetet tar sin utgångspunkt i en humanistisk människosyn och syftar till att främja patienters fysiska, psykiska, sociala och existentiella hälsa, utifrån patienters egna livssammanhang. Målet med omvårdnaden är att bidra till patienters hälsa och tillfrisknande, alternativt till en fridfull död (Willman, 2022). Flera professioner verkar inom hälso- och sjukvården, men sjuksköterskor ansvarar för att leda omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskors omvårdnadsansvar kan sammanfattas i sex kärnkompetenser. Kompetensbeskrivningen innefattar samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård, informatik, samt personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Kirurgisk omvårdnad sammanfattar all omvårdnad som sker före, under och efter en operation (Andersson, 2012). Rutiner för kirurgisk omvårdnad är grundläggande för att få ett optimalt utfall av den kirurgiska vården (Andersson, 2012. Användandet av ERAS-rutiner har exempelvis minskat både antalet vårddygn och postoperativa komplikationer inom sjukhusvården (Västra Götalandsregionen, 2019). Vidare är god patientinformation en aspekt kan bidra till minskat antal vårddagar, återinläggningar samt behov av hemsjukvård (Andersson et al., 2021).

2.2.1 Preoperativ omvårdnad

Preoperativ omvårdnad är den vård som patienter får innan ett kirurgiskt ingrepp (Andersson, 2012). Inför varje operation ska läkaren avgöra om patienterna kommer att tolerera ingreppet eller inte. Den preoperativa bedömningen omfattar patienternas allmäntillstånd och funktionen hos hjärta, kärl, njurar och lungor. Sjuksköterskornas uppgift handlar till stor del om att se efter patienternas individuella behov och upprätta en omvårdnadsplan (Järhult et al., 2019). Patienter känner ofta oro inför att genomgå ett kirurgiskt ingrepp och har därför ett stort behov av information. Sjuksköterskor kan lindra oroskänslor genom att informera om vad som kommer hända före, under och efter operationen (Andersson, 2012; Järhult et al., 2019; Yngman-Uhlin et al., 2016). Patientinformationen skapar också en relation mellan patienter och sjuksköterskor som kan bidra till personcentrering i vården (Kolovos et al., 2015; Krueger et al., 2021; Lindwall et al., 2003). Andra preoperativa förberedelser innebär preoperativ medicinering, provtagningar samt kontroller (Andersson et al., 2012). Sjuksköterskorna informerar också om vad patienten kan förvänta sig efter uppvaknandet, samt vikten andningsgymnastik och mobilisering. Inför elektiva ingrepp finns mer tid till den preoperativa fasen. Till skillnad från akuta operationer kan elektiva ingrepp förberedas flera dagar eller veckor innan ingreppet (Järhult et al., 2019).

2.2.2 Postoperativ omvårdnad

Postoperativ omvårdnad är den vård som patienter får efter ett kirurgiskt ingrepp (Andersson et al., 2012). Under det postoperativa förloppet följer sjuksköterskorna patienternas vitala parametrar, smärta, diures, elimination och vakenhetsgrad (Andersson,

2012; Järhult et al., 2019). Därutöver kontrolleras tecken på blödning och illamående, operationssår och eventuella dränage. Nyopererade patienter kan ha svårt att uttrycka att de har ont eller att de mår illa. Därför är det viktigt att sjuksköterskor också observerar tecken såsom gråt, hyperventilering, ångest och kallsvett (Börjeson et al., 2010; Lindberg & Engström, 2011). Det första dygnet efter ingreppet kan patienterna behöva hjälp med personlig hygien, förflyttningar samt vätske- och näringstillförsel. Det är också viktigt att patienterna är ordentligt smärtlindrade efter ingreppet (Andersson, 2012). Smärta orsakar stress hos patienterna och medför risk för kardiovaskulära förändringar och försämrad lungfunktion. Det mest säkra sättet att bedöma patienters smärta är att samtala med patienterna. Det vanligaste sättet att lindra smärta är genom läkemedel, men den kan också lindras genom distraktion eller värmebehandling (Richards & Hubbert, 2007). Smärta kan också fördröja patienternas möjlighet till mobilisering (Andersson, 2012). Immobiliseringen medför risk för trombosbildning, trycksår och eventuellt paralytiskt ileus som kan skapa nya problem för patienterna. För att underlätta mobiliseringen kan sjuksköterskorna undervisa patienterna i hur de kan vända sig samt ta sig i och ur sängen för att undvika onödig smärta (Klang Söderkvist & Thorell-Ekstrand, 2014). Postoperativt illamående är vanligt hos patienter som har genomgått kirurgi. Illamåendet kan också fördröja återhämtningstiden och därför är läkemedel mot illamående en viktig postoperativ åtgärd (Andersson, 2012). De patienter som får preoperativ information om att de kan förvänta sig illamående efter operationen känner mindre rädsla för illamående. Dessa patienter känner också större kontroll över sitt postoperativa illamående (Börjeson et al., 2010).

2.2.3 Personcentrerad vård

Enligt patientlagen ska patienter göras delaktiga genom informationsutbyte, inflytande och självbestämmande (SFS 2014:821). Personcentrerad vård förknippas ofta med god och högkvalitativ vård. Den betraktas också som etiskt motiverad eftersom den sker på patientens villkor (Holmström, 2022). Inom den personcentrerade vården ses patienter som unika individer med olika förmågor och förutsättningar att ta eget ansvar för sin hälsa (Ekman et al., 2011). Vårdandet ska ske i samråd med patienten och dennes anhöriga, därtill ska planering och beslut också finnas tillgängliga för patienterna. Patienternas tankar, känslor, erfarenheter och kunskaper erkänns som viktiga och vårdgivarens uppgift är att stödja patienternas hälsoprocesser. För att kunna stödja hälsoprocesserna behöver vårdgivaren verkligen förstå patienternas behov. Förståelsen förutsätter att sjuksköterskor har förmåga att skapa kontakt och relation (Ekman et al., 2011). För att kunna skapa kontakt krävs att sjuksköterskorna finns tillgängliga och interagerar med patienterna, vilket inte alltid är möjligt på kirurgavdelningar till följd av hög arbetsbelastning (Yngman-Uhlin et al., 2016).

Personcentrerad vård kan beskrivas som ett ramverk som består av fyra komponenter (McCormack & McCance, 2006). Det första handlar om sjuksköterskors kompetens och kunskap kring att bedriva personcentrerad vård. Vårdmiljön beskrivs som den andra komponenten, och kan både bidra och hindra den personcentrerade vården. Den tredje komponenten behandlar personcentrerade processer, vilket innebär att ge vård utifrån

patienters värderingar och önskemål. I den här delen framgår vikten av delat beslutsfattande och de relationella aspekterna av personcentrerad vård. Den sista komponenten beskriver hur den personcentrerade vården utvärderas utifrån patientens förväntningar på utfallet. Patienten ska vara nöjd med vården och bemötandet. Målet är att den personcentrerade vården ska leda till att patienter känner hälsa och välmående (McCormack & McCance, 2006). Samtliga komponenter behöver existera för att vården fullt ut ska kunna betraktas som personcentrerad. Den personcentrerade vårdkulturen behöver därför genomsyra vårdverksamhetens alla nivåer (Holmström, 2022). Även om införandet av patientlagen har bidragit till att stärka patienters rättigheter inom hälso- och sjukvården, framkommer att det finns mer att göra för att nå en fullgod personcentrering (Holmström, 2022).

2.3 Arbetsmiljön på kirurgavdelningar

Hälso- och sjukvården medför ett kunskapsintensivt arbete under konstant utveckling (Arbetsmiljöverket, 2018b). Att arbeta evidensbaserat är en av sjuksköterskors kärnkompetenser, men att ständigt vara uppdaterad kan också bidra till ökad arbetsbelastning (Arbetsmiljöverket, 2018b; Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Arbetet på kirurgavdelningar kräver att sjuksköterskor är anpassningsbara till nya rutiner och rekommendationer, samtidigt som de ska finnas tillgängliga för kollegor och patienter (Yngman-Uhlin, 2016). Sjuksköterskor på kirurgavdelningar upplever arbetsrelaterad stress till följd av långa arbetspass och hög arbetsbelastning (Bulbuloglu et al., 2021; Kowalczuk et al., 2019; Malatji et al., 2016). Arbetsbelastningen ställer krav på ökad effektivitet i form av högre tempo då sjuksköterskor försöker kompensera för organisatoriska brister (Arbetsmiljöverket, 2018a; Arbetsmiljöverket, 2018c). Det intensiva arbetet med exempelvis akuta patienter uppfattas som spännande och givande men är samtidigt känd för hög personalomsättning och utbrändhet (Power et al., 2022).

Tidsbrist och stress är faktorer som utgör hinder för personcentrerad vård på kirurgavdelningar (Andersson et al., 2021). Bristerna synliggörs genom de klagomål som patienter har lämnat till Inspektionen för vård om omsorg [IVO] (IVO, 2018). Där framkommer att patienter upplever brister i fråga om information och delaktighet. Patienter upplever att de inte har fått tillräckligt med information om komplikationer, risker eller biverkningar. De upplever också informationsbrist gällande provresultat och hur operationer kommer att gå till. Patienterna upplever inte heller att personal lämnar information på ett sätt som de förstår. Vidare upplever patienter att de inte känner sig delaktiga i vården. De beskriver att vården inte har utformats och genomförts i samråd med dem. Patienterna beskriver att orsaken till den bristande delaktigheten handlar om att personal inte lyssnar på deras berättelse, ignorerar önskemål eller avviker från överenskommelser (IVO, 2018). Den höga arbetsbelastningen leder också till att patienter får vänta på omvårdnadsinsatser och läkemedel, vilket i förlängningen hotar patientsäkerheten. (Alruwaili et al., 2022; Malatji et al., 2016).

3. PROBLEMFORMULERING

Inom det kirurgiska specialistområdet vårdas både elektiva, akuta och palliativa patienter samtidigt. Varje patientgrupp har olika behov och sjuksköterskor behöver kunna anpassa sitt arbete därefter. En av sjuksköterskans kärnkompetenser är att bedriva personcentrerad vård. Tidspress är en faktor som kan utgöra hinder för det personcentrerade arbetet och forskning pekar på att arbetsmiljön på kirurgavdelningar är pressad. Vården av de akut sjuka patienterna ställer krav på att snabbt fatta vetenskapligt grundade beslut. Det kan ses som en utmaning, särskilt då arbetsbelastningen är stor. Vid sidan av de akuta patienterna vårdas också elektiva patienter, där sjuksköterskor bland annat förväntas följa standardiserade omvårdnadsplaner för att förhindra risker och postkirurgiska komplikationer. Därutöver vårdas också palliativa patienter som har behov av trygghet och lugn, vilket kan vara svårt att möta i en hårt pressad arbetsmiljö. Sammanfattningsvis finns forskning kring arbetsmiljön på kirurgavdelningar. Det finns också forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att vårda patientgrupperna var för sig. Däremot finns begränsad forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt, på samma avdelning.

4. SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda elektiva, akuta och palliativa patienter samtidigt på en kirurgavdelning.

5. METOD

Studien designades utifrån kvalitativ forskningsmetodik. En kvalitativ forskningsansats valdes eftersom den syftar till att beskriva människors upplevelser och levda erfarenheter av ett fenomen (Henricsson & Billhult, 2017). Sådana beskrivningar kan sedan analyseras och användas för att skapa fördjupad förståelse för fenomenet. Författarna antog ett induktivt förhållningssätt vid analys av data. Ett induktivt förhållningssätt innebär att forskaren tar sin utgångspunkt i deltagarnas levda erfarenheter för att sedan diskutera dem gentemot en teori (Henricson & Billhult, 2017).

5.1 Urval

Deltagarna i studien valdes utifrån ett strategiskt urval enligt de inkluderingskriterier som preciseras nedan. Ett strategiskt urval syftar till att välja ut specifika personer som kan ge innehållsrika beskrivningar av det fenomen som ska studeras. Rika beskrivningar är ändamålsenliga för kvalitativa studier. För att få en rik erfarenhetsbeskrivning bör deltagarna också variera gällande karaktärsdrag såsom ålder, kön eller yrkeserfarenhet (Henricsson & Billhult, 2017). Inklusionskriterierna för aktuell studie var att deltagarna skulle ha minst sex månaders erfarenhet av att vårda akuta, elektiva och palliativa kirurgpatienter på samma avdelning. Studien inkluderade både allmänna sjuksköterskor och de som hade specialiserat sig inom kirurgi. Avsikten var att intervjua åtta sjuksköterskor inom ramen för studien. Det faktiska urvalet bestod av sju sjuksköterskor i åldrar mellan 26 år och 47 år. Sjuksköterskorna hade en arbetslivserfarenhet mellan 1,5 år och 22 år, de flesta hade dock arbetat omkring 3,5 år. Bland deltagarna fanns sex kvinnor och en man. Fyra av sjuksköterskorna hade arbetat som undersköterskor innan de utbildade sig till sjuksköterskor. Två av deltagarna var utbildade till specialistsjuksköterskor inom kirurgi utöver utbildningen till allmän sjuksköterska.

5.2 Datainsamling

Datainsamling skedde i form av semistrukturerade intervjuer utefter en intervjuguide (se bilaga 1), vilket är en vanlig form av datainsamling. Vidare bör datainsamlingen präglas av följsamhet gentemot deltagarna och ske i en miljö där de känner sig bekväma (Henricson & Billhult, 2017). Semistrukturerade intervjuer innebär att respondenten får berätta fritt om ett ämne utifrån öppna frågor i en intervjuguide (Danielsson, 2017). Förutsättningarna för att kunna genomföra studien var att förankra den i klinisk verksamhet. Under arbetet med forskningsdesignen kontaktades en enhetschef för en kirurgavdelning på ett sjukhus i Västra Götalandsregionen. Enhetschefen informerades om studiens syfte (se bilaga 3) och tillfrågades om möjligheterna att genomföra intervjuer av sjuksköterskor på kirurgavdelningen. Enhetschefen godkände och förmedlade e-postadresser till sjuksköterskorna på avdelningen. Samtliga sjuksköterskor kontaktades och informerades om studiens syfte (se bilaga 2). Sjuksköterskor som var intresserade av att delta uppmanades att svara på e-posten för att boka tid för intervju. Det första utskicket

genererade inga svar, men efter påminnelse svarade fyra sjuksköterskor att de önskade delta i studien. För att komplettera deltagarantalet kontaktades en sjuksköterska som arbetar på en kirurgavdelning på ett annat sjukhus i Västra Götalandsregionen. Hon vidareförmedlade informationsbreven (se bilaga 1 och 2) till sin enhetschef och sjuksköterskekollegor. Detta utskick resulterade i ytterligare tre deltagare till studien. Deltagarna i studien fick själva välja plats för intervjun. Vissa genomfördes på deltagarnas arbetsplats, andra på högskolan och andra genomfördes digitalt via zoom. Alla intervjuer var individuella och båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. Intervjuerna följde en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 1) och spelades in på två telefoner. Intervjuerna genererade 5,5 timmar intervjutid och 70 sidor textmaterial.

5.3 Analys

Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt de steg som beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Det första steget i analysprocessen innebär att läsa allt intervjumaterial flera gånger för att skapa en uppfattning om helheten. Det andra steget är att skapa analysenheter, vilket kan utgöras av intervjuer eller delar av en text som beskriver ett specifikt fenomen eller område. Det tredje steget är att finna meningsbärande enheter i analysenheterna och kondensera dem till korta meningar. En meningsbärande enhet består av ord, stycken eller meningar som relaterar till samma centrala betydelse som andra meningsbärande enheter. Att kondensera meningar handlar om att förkorta meningar och samtidigt behålla kärnan av meningens betydelse (Graneheim & Lundman, 2004). Det fjärde steget i analysprocessen är att ge de kondenserade meningarna en kod som representerade kärnan i meningen. Koderna jämförs därefter med varandra för att finna likheter och skillnader. Det femte steget innebär att liknande koder sammankopplas för att bilda subkategorier och flera subkategorier bildar tillsammans en huvudkategori. Resultatet av analysen och bearbetningen speglade det manifesta materialet, alltså såsom det faktiskt står skrivet i texten utan vidare tolkning (Graneheim & Lundman, 2004).

Ljudupptagningarna transkriberades ordagrant och lästes av båda författarna för att skapa en helhetsbild. Respektive intervju lästes igen och båda författarna markerade de meningar som ansågs besvara studiens syfte. De markerade meningarna kondenserades i ett separat dokument och erhöll koder som beskrev kärnbetydelsen för just det textstycket. De koder som liknade varandra fick en gemensam färg och samlades i ett eget dokument. Koder i respektive färg bildade subkategorier. De subkategorier som hade liknande innehåll bildade gemensamma huvudkategorier. I nedanstående tabell exemplifieras hur analysen genomfördes.

Meningsbärande enhet	**Kondenserad mening**	**Kod**	**Subkategori**	**Huvudkategori**
”Sen ibland så har man tid, till exempel samtidigt som jag ger	Passa på att samtala med patienten vid utförande av	Prioritera medicinskt före samtal	Prioritera när tid och resurser inte räcker till	Arbetsmiljöns påverkan på vård och hälsa

antibiotika kan jag prata med patienten. Jag passar på att prata lite med dem, men har de inte så mycket medicinskt ja då kanske jag inte är inne lika ofta som jag är hos de andra.”	någon medicinsk uppgift.			

5.4 Förförståelse

Författarna till aktuell studie hade viss förförståelse om ämnet innan studiens genomförande. Förförståelsen speglar den kunskap som forskaren har innan en studie påbörjas och som kan komma att påverka arbetet (Priebe & Landström, 2017). Som sjuksköterskestudenter har författarna genomfört verksamhetsförlagd utbildning på kirurgavdelning och har där deltagit i vården av kirurgiska patienter. Författarna betraktade omvårdnadsarbetet på en kirurgavdelning som komplex, där det ställs höga krav på sjuksköterskors yrkeskunnighet och anpassningsförmåga. Samtidigt som förförståelsen medförde risker var den också att betrakta som positiv för studiens utförande. Den skapade förutsättning för relevanta frågeställningar i intervjuguiden samt den litteratursökning som låg till grund för aktuell studie.

5.5 Etiska överväganden

Helsingforsdeklarationen är de mest välkända etiska riktlinjerna och fokuserar på medicinsk klinisk forskning (Kjellström, 2017). Enligt riktlinjerna ska det finnas balans mellan forskningens risker och fördelar för såväl individer som samhälle. I allmänhet finns fyra etiska huvudkrav som forskning ska förhålla sig till, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet innebär att forskaren ska informera deltagarna om deras uppgift i studien samt vilka aktuella förutsättningar som gäller för deras medverkan. Informationen ska förmedlas på ett sätt som deltagarna förstår och gärna skriftligt och muntligt. Samtyckeskravet bygger på att deltagande i studier ska vara frivilligt och att deltagare ska kunna avbryta sin medverkan utan att det orsakar negativa konsekvenser för dem. Beslutet om att delta eller avbryta sin medverkan får inte påtryckas eller påverkas, beslutet behöver inte heller motiveras av deltagaren. Enligt konfidentialitetskravet ska alla uppgifter om studiedeltagare bevaras så att obehöriga inte kan ta del av uppgifterna (Vetenskapsrådet, 2002). Konfidentialitet handlar också om att återredovisa data så att det inte går att härleda till en enskild person (Kjellström, 2017). Nyttjandekravet innebär att deltagarnas uppgifter enbart får användas för forskningsändamål. De får inte användas eller lånas ut för icke vetenskapliga eller vinstdrivande syften (Vetenskapsrådet, 2002).

Inför genomförandet av datainsamlingen sökte författarna informerat samtycke hos deltagarna genom ett informationsbrev (se bilaga 2). I brevet fick deltagarna en kort beskrivning om studiens bakgrund och syfte. I brevet framgick också information om att deltagarnas karaktärsdrag skulle behandlas konfidentiellt. Vidare fick deltagarna information om att deltagandet kunde avbrytas när som helst, utan närmare motivering. I brevet uppmanades deltagarna att själva kontakta författarna om de önskade delta i studien. Författarna bokade därefter intervjutid med de deltagare som önskade delta. Deltagarna fick själva bestämma tid, plats och om de ville genomföra intervjun digitalt eller fysiskt. Vid varje intervjutillfälle läste författarna upp informationsbrevet igen och gav deltagarna möjlighet att ställa frågor. Ett muntligt samtycke till studien inhämtades från samtliga deltagare vid respektive intervjutillfälle. För att skydda deltagarnas identitet samlades bakgrundsinformationen om deltagarna in separat, innan inspelningarna påbörjades. Därigenom finns deltagarnas bakgrundsinformation inte med i det analyserade materialet. Vid tillfällen som deltagarna nämnde sig själva vid namn, markerades det med ett X i det transkriberade materialet. Sjuksköterskornas upplevelser återredovisas genom citat i resultatet. För att särskilja deltagarna, men samtidigt hålla dem avidentifierade är de omnämnda med bokstäverna inom spannet A till G.

6. RESULTAT

Efter analys av intervjumaterialet framkom två huvudkategorier, med tre subkategorier tillhörande respektive huvudkategori.

Subkategorier	**Huvudkategorier**
Varierade omvårdnadsbehov hos patienter	Patientvariationer skapar stimulans och ställer krav
Betydelsen av skiftet mellan patientgrupper	
Patientnära arbete ger tillfredsställelse	
Arbete i en pressad arbetsmiljö	Arbetsmiljöns påverkan på vård och hälsa
Prioritera när tid och resurser inte räcker till	
Känsla av otillräcklighet	

6.1 Patientvariationer skapar stimulans och ställer krav

Huvudkategorin innehåller en beskrivning av vilka krav som ställs på sjuksköterskors kompetens när det gäller att vårda de tre patientgrupperna samtidigt. Det behandlar dels de omvårdnadsbehov som patienterna har, dels vilka egenskaper och kunskaper som sjuksköterskor behöver ha. Huvudkategorin beskriver också de utmaningar och vinster som arbetet med de tre patientgrupperna innebär för sjuksköterskor.

6.1.1 Varierade omvårdnadsbehov hos patienter

För att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt krävdes att sjuksköterskorna hade en bred kunskap om olika sjukdomar och symtom. Patienterna inkom med en stor variation av besvär och med olika nivåer av komplexitet. Det uppfattades som lärorikt att arbeta på kirurgavdelning eftersom flera patientgrupper vårdades samtidigt. Vårdandet av akuta patienter krävde särskilt bred kunskap om olika sjukdomar och komplikationer. Detta för att förstå vad som var fel samt vilka behandlingsplaner och åtgärder som behövdes utföras. Arbetet med akuta patienter medförde ett högt tempo, där situationen kunde förändras snabbt. Det uppfattades som positivt att arbeta med de akuta patienterna då det bidrog till spänning och variation. Mycket tid gick åt till att följa parametrar, symtomlindra och förbereda patienterna för operation. I akuta situationer var de flesta patienter stressade och oroliga vilket krävde att sjuksköterskorna uppvisade lugn.

> “De här akuta, där får man vara lite mer alert eller mer snabb. Det kan vara snabba vändningar, men de måste ju inte vara besvärliga. Många gånger vet vi vilken diagnos de har när de kommer från akuten och kan då oftast göra en plan. Men det kanske är mer risk att det händer saker, där man måste agera. Någon kan bli sämre eller utveckla en sepsis”. (Sjuksköterska E)

De elektiva patienterna kom till kirurgavdelningen för planerade operationer och hade fått mycket förberedande information innan de skrevs in på avdelningen. Dessa patienter uppfattades som välinformerade och trygga. De elektiva patienterna krävde minst tid av de tre patientgrupperna på avdelningen och arbetstempot var något lugnare. All omvårdnad kring de elektiva patienterna följde ERAS-konceptet, vilket uppfattades som tryggt och förutsägbart. De elektiva patienterna mådde oftast bra innan operationen och krävde då inte speciellt mycket omvårdnadsinsatser. Efter operationen arbetade sjuksköterskorna med att smärtlindra de elektiva patienterna samt att undervisa dem i att hantera exempelvis stomier. Sjuksköterskorna kände positiva känslor gentemot de elektiva patienterna då de blev botade från sjukdom och snabbt kunde komma hem.

> "De flesta elektiva patienter vi har är ERAS-patienter. Där har vi ett koncept vi utgår ifrån. Vi vet vad vi ska göra innan, vi vet vad vi ska göra efter och vi vet på ett ungefär hur det kommer se ut. Alla jobbar på samma sätt som gör att det blir lite tryggare". (Sjuksköterska A)

Patienter kunde befinna sig i ett palliativt skede under lång tid, men när de vårdades på kirurgavdelningarna befann de sig i livets slutskede. Flera sjuksköterskor uppfattade smärtlindring som den viktigaste och vanligaste insatsen för dessa patienter. Det var också viktigt att ha tid till samtal om hur patienternas liv hade varit, hur de mådde för tillfället samt känslor inför döendet och hur de önskade att dö. En betydande del av omvårdnaden innefattade också stöd till patienternas anhöriga samt att svara på frågor. Patienterna hade också behov av fysisk omvårdnad såsom munvård, byte av inkontinensskydd och hygien. Vissa patienter var medvetslösa och i kontakten med dem behövde sjuksköterskorna tolka patienternas icke-verbala signaler. Sjuksköterskorna observerade patienternas ansiktsuttryck, lyssnade till olika ljud från patienterna och inhämtade information från anhöriga. Sjuksköterskorna uppfattade den palliativa omvårdnaden som både fin och känslomässigt tung. De beskrev att lugn och trygghet var viktigt i omvårdnaden av patienter i ett palliativt skede.

> "Med de palliativa patienterna krävs att man är lugn, visar empati, har förståelse. Att man är lyhörd och omsorgsfull. Det är en rofylld känsla att vårda palliativa patienter. Jag trivs med det. Vården har potential att göra väldigt mycket nytta för de här patienterna och det känns roligt att göra det". (Sjuksköterska D)

6.1.2 Betydelsen av skiftet mellan patientgrupper

Arbetet på en kirurgavdelning krävde också att sjuksköterskorna hade förmåga att anpassa sig till olika patienter. Anpassning till patienternas personlighetstyp uppfattades som viktigt och relationsskapande. Arbetet innebar också att anpassa kompetensen utifrån vilken situation som sjuksköterskorna befann sig i. Dessutom krävdes en förmåga att skifta mellan praktiska och administrativa uppgifter. Att arbeta med akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt innebar ständiga skiften mellan olika situationer. Arbetet skiftade också i intensitet, vilket ställde krav på förmågan att växla arbetstempo. Sjuksköterskorna hade inga särskilda strategier för att klara av att göra den anpassningen, förmågan beskrevs

snarare som ett personlighetsdrag. Generellt uppfattades empati, flexibilitet, stresstålighet och lyhördhet som viktiga egenskaper för att klara av arbetet på en kirurgavdelning.

> "Man behöver vara flexibel i arbetet… Kunna hoppa från att trösta ledsna anhöriga, till att prata med kommunen, till att snabbt få iväg patienter till operation…. Man behöver ha lätt för att växla arbetsuppgifter". (Sjuksköterska G).

Flera sjuksköterskor beskrev att de olika patientgrupperna fungerade som andrum gentemot varandra. När den akuta vården uppfattades som hektisk var det skönt att gå till en patient i palliativt skede. Där var sjuksköterskorna tvungna att släppa stressen och vara närvarande. Samtidigt som den palliativa vården kunde kännas tung, kunde sjuksköterskorna hämta energi hos en elektiv patient som hade fått en cancer bortopererad. Tryggheten kring de elektiva patienterna vägde också upp för de akuta patienterna där förutsägbarheten inte fanns. Grupperna kunde också väga upp för varandra i fråga om intensitet. Arbetet med de akuta patienterna tog ofta mycket tid, medan de elektiva patienterna klarade sig bra och krävde mindre tid. Flera sjuksköterskor beskrev dock att de upplevde svårigheter med att hantera skiftet mellan patientgrupperna. Stress var en faktor som kunde hindra förmågan att skifta läge. Det kunde också upplevas som känslomässigt svårt att skifta från sorg i möte med en döende patient, till att glädjas tillsammans med en botad patient. Skiftet kunde upplevas som oärligt och medförde en rädsla att skada relationen till den första patienten. Att skifta från en lugn situation till en akut situation upplevdes inte som speciellt jobbigt, det medförde ett adrenalinpåslag som gav positiv energi. Det kunde däremot vara svårt att komma ner i varv, vilket kunde skapa problem hos en patient i ett palliativt skede där omvårdnaden krävde lugn och närvaro.

> "Man kan känna hur förtvivlan bara exploderar i ett rum och då kan det vara ganska skönt att komma till en annan patient där det inte är samma uppslupna känsla". (Sjuksköterska E)

Flera sjuksköterskor upplevde att det var svårt att vårda patienter i palliativt skede tillsammans med elektiva och akuta patienter på samma avdelning. Svårigheten handlade om att den palliativa vården syftar till att lindra, medan den akuta och elektiva vården syftar till att bota. I vissa fall uppfattade de att den kurativa vården pågick alltför länge innan vården skiftade till palliativ omvårdnad. Det fördröjda skiftet riskerade att förlänga lidandet för dessa patienter. Som nya sjuksköterskor kunde det vara svårt att särskilja den botande och lindrande vården när patientgrupperna vårdades på samma avdelning. Sjuksköterskor och undersköterskor var ofta överens när patienter i palliativt skede började lida av botande insatser såsom dropp eller antibiotikabehandling. De uppfattade däremot att läkare ordinerade botande insatser längre än vad patienterna både ville och orkade med. I sådana situationer krävdes att sjuksköterskorna stod på patienternas sida och motiverade för enbart lindrande insatser.

> "Det är jobbigt att vårda palliativa på en kirurgavdelning för att det är så kurativt, det är ett kurativt fokus. Patienter på kirurgavdelning får mycket lägre grad palliativ vård än på medicinsk avdelning, man skulle vilja ha mer rena palliativa platser". (Sjuksköterska F)

6.1.3 Patientnära arbete ger tillfredsställelse

Sjuksköterskorna upplevde det som meningsfullt att göra skillnad för människor. Detta oavsett om det resulterade i att patienter avled eller om det blev botade och kunde åka hem. Det fanns en stolthet över arbetet, yrkesrollen och sjukvården i stort. Att kunna hjälpa andra människor var anledningen till att börja arbeta som sjuksköterskor. Att få uppskattning från patienter och anhöriga samt att kunna erbjuda en trygg vård medförde känslor av lugn, trygghet och stolthet. Att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt uppfattades också som roligt och lärorikt. Det bidrog till en variation i arbetet och sjuksköterskorna uppskattade att ingen dag var den andra lik. Blandningen av grupperna bidrog till balans som både stimulerade och gjorde att sjuksköterskorna orkade arbeta vidare. Ingen av sjuksköterskorna önskade att arbeta med bara en av patientgrupperna. Enbart palliativ omvårdnad hade blivit för tung, enbart elektiv omvårdnad hade blivit för tråkig medan den akuta omvårdnaden hade blivit för stressig. Individanpassningen och den personcentrerade vården omnämndes som väsentligt, oavsett vilken grupp som patienterna tillhörde.

> ”Det är roligt att veta att man har varit en bidragande del till att det har blivit bra och vänt för en patient så att patienten får gå hem. Det känns tillfredsställande”. (Sjuksköterska G)

> “Jag tycker att det bidrar till att jag får hålla igång mig och min kunskap för jag får använda hela min kunskap. Inte bara om akuta eller palliativa eller elektiva utan hela spannet. Jag gillar att det är lite olika i varje rum”. (Sjuksköterska F)

Arbetet som sjuksköterska på kirurgavdelningen upplevdes utvecklande, både personligen och yrkesmässigt. I början av karriären var arbetet förknippat med nervositet och rädsla för att göra fel. Arbetet gick också långsamt. Erfarenheten och ökad kunskap var viktiga för att känna trygghet i patientarbetet. Ökad kunskap om medicintekniska uppgifter, om olika sjukdomar samt erfarenhet ledde till att sjuksköterskor kunde prioritera och hantera arbetsuppgifter lättare. Genom att arbeta snabbare och ha förmågan att prioritera arbetsuppgifter, hade den arbetsrelaterade stressen också minskat under åren. Flera sjuksköterskor hade blivit bättre på att hantera det känslomässiga skiftet mellan patientgrupperna. Det hade blivit betydligt lättare att hantera olika typer av krav i arbetet och de kände sig mer nöjda med arbete de hade gjort. Det hade också blivit lättare att delegera arbetsuppgifter och att lämna vidare arbete till avlösande arbetslag.

> “Jag är ganska trygg nu men i början var det svårt att sålla i vad som var viktigast. Man lär sig att veta hur lång tid någonting tar, att göra de olika momenten “. (Sjuksköterska C)

6.2 Arbetsmiljöns påverkan på vård och hälsa

Nedan ges en beskrivning av hur arbetsmiljön är på kirurgavdelningarna och vilken betydelse den har för sjuksköterskornas arbete. Vidare framkommer vilka konsekvenser som prioriteringar får för både sjuksköterskors arbetsrelaterade hälsa och patienternas vård.

6.2.1 Arbete i en pressad arbetsmiljö

Arbetet med de olika patientgrupperna medförde en hög arbetsbelastning och stress. Faktorer som påverkade var ett högt patientflöde, minskade vårdplatser och brist på personal. Situationen innebar en ständig jakt på vårdplatser och en press på att skriva ut patienter då det ständigt kom nya från akuten. Om en sängplats blev tom så skulle den fyllas på direkt med en ny patient. Den tuffa arbetsbelastningen gjorde att vissa inte kunde ta ut sina raster och fick arbeta övertid. Arbetet väckte frustration då det ibland uppfattades som industriellt. Stressen hanterades genom att stänga av känslorna och arbeta på i ett högre arbetstempo. Det fanns en avsaknad av tid för reflektion över arbetet. Om en patient exempelvis hade varit inlagd länge och sedan gått bort, fanns ett behov av att få stanna upp och reflektera över det. Den höga arbetsbelastningen beskrevs som en anledning till att kollegor hade slutat.

> ”Många har lämnat eller slutat på avdelningen för att de tycker att det är en tung avdelning och en tung verksamhet. Det är så mycket att göra med de här tre kategorierna hela tiden”. (Sjuksköterska D)

Att vara en del av omvårdnaden var av stor betydelse för bedömningen av patienternas omvårdnadsbehov och fortsatta planering. Det fanns en önskan om att medverka mer i den basala omvårdnaden eftersom det gav möjlighet till att ställa frågor direkt till patienter. Tidsbrist utgjorde dock hinder för direkt kommunikation med patienterna. För att effektivisera tiden fördelades stora delar av omvårdnadsarbetet till undersköterskorna. Samarbetet och kommunikationen med undersköterskorna beskrevs som viktig för att bedöma patienternas omvårdnadsbehov. Informationen var viktig för att kunna göra en bra omvårdnadsbedömning och även kunna ge en god rapport till nästa sjuksköterska.

> ”Att vara en del av omvårdnaden ger mig mycket information om patienten och jag kan ställa följdfrågor. Jag får ett svar av patienten direkt och kan skapa en egen bild istället för att inhämta information av undersköterskan. Sen hinner jag inte med alla patienter, så jag måste ju kommunicera med undersköterskan också”. (Sjuksköterska C)

6.2.2 Prioritera när tid och resurser inte räcker till

För att hantera den höga arbetsbelastningen fanns behov av att prioritera arbetsuppgifter. De arbetsuppgifter som prioriterades var medicinska och livräddande insatser. För att inte

sätta stopp i vårdkedjan prioriterades att få iväg patienter till operation och undersökningar samt att skriva ut patienter. De arbetsuppgifter som prioriterades bort var samtal och basal omvårdnad, följt av kontakt med kommuner och dokumentation. Samtal med patienterna genomfördes i förbifarten, i samband med utförande av medicinska uppgifter. Det innebar att patienter som inte hade så stora medicinska behov fick mindre tid för exempelvis samtal. Vissa arbetspass hade sjuksköterskorna inte mer än hälsat på vissa patienter. Det fanns en oro över att omvårdnadsbehov prioriterades lägre än medicinska uppgifter eftersom det kunde leda till vårdskador.

> "Smärtlindring, det är något som är viktigt och prioriteras högt. Det är någonting som vi måste göra. Har jag en patient som får akut ont måste faktiskt ta det innan jag sätter mig och prata med någon som jag vet behöver prata". (Sjuksköterska C)

Sjuksköterskorna beskrev också att vissa patientgrupper prioriterades före andra i händelse av hög arbetsbelastning och personalbrist. Alla patienter fick inte lika mycket tid. En patient som krävde mycket tid, tog också tid från de andra patienterna. Akut sjuka patienter prioriterades alltid före elektiva och palliativa patienter om tillståndet var livshotande. I akuta situationer krävdes det mycket planering och omvårdnad som tog tid, vilket gjorde att de andra patienterna prioriterades bort. Om palliativa patienter var mycket nära döden prioriterades de också högt. De elektiva patienterna prioriterades vanligtvis sist. Prioriteringen av akuta patienter uppfattades som rimlig och naturlig. Samtidigt upplevdes det inte etiskt korrekt att låta palliativa patienter vänta på smärtlindring. Det var viktigt att hjälpa palliativa patienter med smärta och oro. Det uppfattades också som viktigt att finnas tillgänglig för de palliativa patienters anhörigas för frågor och stöd.

> "Om jag har någon som är jättedålig och som behöver iväg till en operation eller andra saker som jag behöver göra medicinskt så måste jag prioritera det först". (Sjuksköterska E)

6.2.3 Känsla av otillräcklighet

Sjuksköterskor upplevde ett dåligt samvete gentemot patienterna när de inte räckte till. Motivationen till att arbeta som sjuksköterska beskrevs som viljan att hjälpa andra människor både fysiskt och psykiskt. Stressen medförde en inre konflikt mellan vad sjuksköterskorna hann göra och vad de ville göra. Det väckte känslor av frustration då patienterna fick vänta på mobilisering, få smärtlindring och att träna på att hantera stomier. Den stressiga arbetsmiljön väckte rädsla av att begå misstag som kunde resultera i vårdskador eller äventyra patientsäkerheten. Sjuksköterskorna ville ha mer tid till varje patient för att hinna sitta ner och lyssna på vad patienterna hade att säga gällande sitt psykiska mående. Det upplevdes vara jobbigt att behöva prioritera bort mjuka värden såsom samtal, eftersom det ansågs vara ett viktigt stöd för patienterna. Det fanns situationer då patienter undvikit att påkalla hjälp för att de inte ville belasta den stressade personalen. Det skapade oro eftersom det kunde medföra patientlidande och utebliven vård.

> ”Det är många som är stressade och då är det större risk att göra misstag. Det är mycket som ska göras på kort tid och mycket som behöver prioriteras. Patientsäkerheten minskar på grund av stressen”. (Sjuksköterska D)

När sjuksköterskorna behövde prioritera bort omvårdnadsuppgifter kände de sig också otillräckliga gentemot sina undersköterskekollegor. Många ville avlasta undersköterskorna i omvårdnaden, men det fanns inte tid till det. Prioriteringarna kunde också leda till konflikter i arbetsgruppen. Undersköterskorna uttryckte frustration gentemot sjuksköterskorna när de inte tog del av omvårdnaden. Sjuksköterskorna gav också uttryck för känslor av otillräcklighet gentemot sjuksköterskekollegor då de behövde stöd eller avlastning.

> “Jag känner mig ledsen att jag inte hinner, jag känner att jag inte hjälper mina kolleger och då vet jag att de får mer att göra för att jag inte hinner hjälpa dem”. (Sjuksköterska A)

6.3 Resultatsammanfattning

Att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt innebar att sjuksköterskor behöver kunna anpassa sig till olika situationer och patienter. De tre patientgrupperna krävde olika typer av kunskaper, omvårdnad och arbetstempo vilket ställde höga krav på sjuksköterskornas kompetens. Sjuksköterskorna upplevde att det har blivit lättare att vårda de tre grupperna samtidigt i takt med att de fått ökad arbetslivserfarenhet. Sjuksköterskorna uppfattade att det är positivt att vårda de tre grupperna samtidigt eftersom det skapade variation i arbetet. Variationen bidrog till kunskapsutveckling och stimulans för sjuksköterskorna. Arbetet på en kirurgavdelning medförde känslor av stolthet relaterat till att få möjlighet att hjälpa andra människor. Det uppfattades också som positivt att vårda de olika grupperna då sjuksköterskorna kunde hämta energi mellan de olika grupperna. Det fanns också negativa aspekter av att vårda de tre grupperna samtidigt. Sjuksköterskorna ansåg att skiftet mellan patienterna kunde vara känslomässigt påfrestande, särskilt att kunna varva ner från en akut situation. Arbetsmiljön på kirurgavdelningar uppfattades som stressigt, vilket krävde att sjuksköterskorna behövde prioritera bland arbetsuppgifter och patienter. Prioriteringen medförde känslor av otillräcklighet både gentemot kollegor och patienter. Sjuksköterskorna uppfattade att patienterna blev lidande av prioriteringen genom att få vänta på olika insatser och att kanske helt gå miste om samtalstid. Sjuksköterskorna beskrev att det kan vara svårt att vårda palliativa patienter på en kirurgavdelning eftersom den företrädesvis har en kurativ ambition.

7. DISKUSSION

Under metoddiskussionen diskuteras studien utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Därefter diskuteras studiens resultat gentemot tidigare forskning, sjuksköterskors omvårdnadsansvar samt personcentrerad vård. Avslutningsvis lämnas förslag på hur resultaten kan omsättas i klinisk verksamhet.

7.1 Metoddiskussion

Aktuell studie var designad som en kvalitativ intervjustudie med ett induktivt förhållningssätt. En kvalitativ forskningsansats syftar till att beskriva människors upplevelser och levda erfarenheter av ett fenomen. Ett induktivt angreppssätt innebär att utgå från deltagarnas berättelse om levda erfarenheter för att sedan diskutera resultatet gentemot en teori (Henricson & Billhult, 2017). Metoden anses ha tjänat studiens syfte väl då intervjuerna gav en djup och rik beskrivning av hur det är att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt. Ett induktivt förhållningssätt anses ha stimulerat till en fri beskrivning av de upplevelser som är förknippade med att vårda dessa patientgrupper samtidigt.

För att värdera kvaliteten för ett vetenskapligt arbete av kvalitativ design diskuteras ofta begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att öka studiens trovärdighet och överförbarhet behöver urvalets karaktärsdrag vara relevanta i förhållande till studiens syfte. Urvalet bör också variera i fråga om kön, ålder och yrkeserfarenhet (Graneheim & Lundman, 2004). I studiens inkluderingskriterier välkomnades alla anställningsformer, utbildningsnivåer samt de sjuksköterskor som hade en yrkeserfarenhet längre än sex månader. Det faktiska urvalet hade en spridning på yrkeserfarenhet mellan 1,5 år – 22 år, de flesta hade dock arbetat på kirurgavdelning i 3,5 år. Den förhållandevis korta arbetslivserfarenheten kan ha fått betydelse för resultatet i fråga om upplevelse av arbetsrelaterad stress. Högre arbetslivserfarenhet är en skyddande faktor gentemot arbetsrelaterad stress (Kowalczuk et al., 2019; Lusignani et al., 2017; Willman et al., 2021). Det är möjligt att upplevelserna av arbetsrelaterad stress hade varit annorlunda om urvalet hade haft längre arbetslivserfarenhet. Utifrån de karaktärsdrag som presenteras i arbetet, är det upp till läsaren att bedöma om resultaten kan överföras till andra grupper.

Datainsamlingen bör präglas av följsamhet gentemot deltagarna och genomföras i en miljö där de känner sig bekväma (Henricson & Billhult, 2017). Nackdelen med att genomföra intervjuer i deltagarnas miljö är att författarna inte har möjlighet till förberedelse samt att det finns risk att bli störd (Danielsson, 2017). Vidare kan intervjuer också ske digitalt, vilket är att betrakta som lika värdefulla som personliga intervjuer (Danielsson, 2017). Sjuksköterskorna i denna studie fick själva välja tid, plats och mötesform för intervjuerna för att de skulle känna sig bekväma att samtala. Fyra av intervjuerna genomfördes personligen, medan tre genomfördes digitalt genom videosamtal. Det betraktades som

positivt att befinna sig på en plats som var bekant och tillgänglig för deltagarna. Deltagarna upplevde tidsbesparing då intervjuerna skedde på arbetsplatsen eller digitalt. Det är möjligt att den personliga och digitala formen påverkade sjuksköterskornas benägenhet att dela sina erfarenheter, liksom författarnas möjlighet att tolka upplevelserna i stunden. Deltagarnas svar uppfattades dock som samstämmiga oavsett insamlingsmetod vilket talar för att skillnaderna i insamling var av liten betydelse.

Data ska vara relevant för att besvara studiens syfte och även vara tillräckligt stor för att uppnå datamättnad (Wibeck, 2017). Datamängden kan behöva variera beroende av hur komplext det studerade fenomenet är (Graneheim & Lundman, 2004). Förfrågan om deltagande i studien gick ut till ca 45 sjuksköterskor, men endast sju personer önskade delta. Det är möjligt att det finns upplevelser som inte framkommer i studiens resultat eftersom urvalet var litet. Studiens datamättnad kan också ifrågasättas då enbart sju sjuksköterskor deltog. Trots få deltagare genererade intervjuerna ca 5,5 timmar intervjutid och 70 sidor textmaterial att analysera. Materialet bidrog till rika beskrivningar av sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt.

Vid datainsamling genom intervjuer kan det vara bra att genomföra en eller flera provintervjuer. Fördelarna med provintervju är möjligheten att testa teknisk utrustning samt att öva på intervjusituationen. Det ger också möjlighet att utvärdera tidsdisponeringen för intervjun. Vidare ger det möjlighet till att se om frågor och följdfrågor i intervjuguiden bedöms vara adekvata (Danielsson, 2017). Vid intervjuerna märkte författarna att ett par frågor genererade likande svar från respondenterna. Om datainsamlingen hade föregåtts av en provintervju hade det varit möjligt att justera intervjuguiden. Med anledning av få deltagare valde författarna att inte genomföra någon provintervju. Datamättnad eftersträvades och därför behövde alla intervjuer ingå i analysarbetet.

Analysprocessen kan påverka trovärdigheten för en studie (Graneheim & Lundman, 2004). Lämpliga meningsbärande enheter behöver väljas ut för analysen, samtidigt som all relevant data ska inkluderas. Alltför vida enheter skapar ett spretigt resultat, medan snäva enheter kan leda till att betydelsen går förlorad. Vidare är det viktigt att förhålla sig neutralt och återge resultatet på ett tillförlitligt sätt eftersom det ökar studiens bekräftelsebarhet. Bekräftelsebarheten ökar om analysprocessen är noggrant beskriven (Graneheim & Lundman, 2004; Mårtensson & Fridlund, 2017). För att motverka risken för misstolkningar har författarna strikt förhållit sig till analysmetoden av Graneheim och Lundman (2004). Författarna har bearbetat materialet både individuellt och gemensamt för att minimera risken för påverkan. Under metodavsnittet redovisas exempel på hur författarna har skapat huvudkategorier, subkategorier och koder utifrån kondenserade meningar ur textmaterialet. För att ytterligare öka trovärdigheten presenteras också representativa citat från deltagarna i resultatet.

Författarnas förförståelse och erfarenhet kan påverka studiens pålitlighet. När data samlas in över tid finns exempelvis risk att analysen påverkas av den information som löpande framkommer från intervjuerna (Mårtensson & Fridlund, 2017). Författarna i aktuell studie

reflekterade över förförståelsen innan arbetets början. Analysen påbörjades innan alla intervjuer var genomförda och transkriberade. Det kan innebära att följdfrågorna i de senare intervjuerna kan ha påverkats av analysprocessen. Samtidigt var författarna noga med att följa intervjuguiden under alla intervjuer. Vid samtliga intervjuer var båda författarna närvarande, men växlade roll som huvudintervjuare och bisittare. Även om författarnas erfarenhet av att genomföra intervjuer varierade, anses detta ha utjämnats genom att båda deltog i intervjuerna med möjligheter till följdfrågor. Samtliga intervjuer genomfördes på sjuksköterskornas fritid, vilket innebär att de inte fick någon ersättning för att delta. Det uppfattas som positivt eftersom det inte fanns något egenintresse bakom att delta i studien.

Etiska lagar, riktlinjer och principer ska syfta till att skydda människor från att utnyttjas, skadas eller såras av forskning (Kjellström, 2017). Det är möjligt att studien medförde vissa psykologiska och sociala risker för deltagarna. Frågorna kan ha väckt tankar om arbetsförhållande och egen yrkesroll som väcker obehag, misströstan eller tvivel hos deltagarna. Det finns risk att deltagarna kände oro inför att lämna en ofördelaktig bild av sin arbetsplats vilket skulle kunna medföra skada i relationen till arbetsgivaren. Samtidigt som studien medförde vissa risker för deltagarna är det också möjligt att den medförde en positiv inverkan på deltagarna. Genom intervjun gavs deltagarna möjlighet att få reflektera över yrkesrollen och de insatser som de utför varje dag. En sådan reflektion kan ha medfört en förstärkande känsla hos deltagarna.

7.2 Resultatdiskussion

Resultaten för studien beskriver hur sjuksköterskor upplever att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt på en kirurgavdelning. Den visar att arbetet med de tre patientgrupperna bidrar till stimulans i det dagliga arbetet. Resultatet visar framförallt hur arbetsmiljön påverkar sjuksköterskornas upplevelse av arbetet med de tre patientgrupperna.

Resultatet visar att vårdandet av akuta, elektiva och palliativa samtidigt är utmanande och ställer höga krav på sjuksköterskornas kompetens och anpassningsförmåga. Willman et al. (2022) bekräftar att det är utmanade att vårda flera komplexa patientgrupper samtidigt. De skriver också att bedömningen av vilken patient som är i störst behov av hjälp är svår, särskilt för nyutexaminerade sjuksköterskor. Det tar lång tid för sjuksköterskor att bli trygga i när det gäller den praktiska vården och att prioritera i arbetet. Den global bristen på sjuksköterskor i klinisk vård har lett till att nyexaminerade sjuksköterskor placeras i vårdmiljöer som kräver hög skärpa (Wakefield et al., 2022). De har behov av ett strukturerat introduktionsprogram och mycket stöd från kollegor för att kunna axla rollen i dessa krävande miljöer (Wakefield et al., 2022; Willman et al., 2022). Samtidigt som vården av de tre olika patientgrupperna bidrog till utmaningar, uppfattades det också som stimulerade. Arbetet bidrog till att sjuksköterskorna både utvecklade och underhöll sin kompetens under sina yrkesverksamma år. Ökad kunskap bidrog till stolthet och känslor av

att vara trygga i sitt arbete. Att vårda de tre grupperna samtidigt uppfattades som varierat och stimulerande. Sjuksköterskor kände tillfredsställelse i sitt arbete eftersom de fick hjälpa patienterna och göra skillnad för dem. Andra studier bekräftar att sjuksköterskor känner tillfredsställelse på jobbet då de får bekräftelse för sitt arbete från patienter och deras anhöriga (Atefi et al., 2016). Resultatet kan tolkas utifrån att sjuksköterskor känner tillfredställelse i arbetet då de får möjlighet att arbeta personcentrerat och också fullgöra sitt omvårdnadsansvar.

Resultatet pekar också på att hög arbetsbelastning på kirurgavdelningar kräver att sjuksköterskor prioriterar sitt arbete. De medicinska uppgifterna prioriteras högre än omvårdnadsuppgifter, medan basal omvårdnad, dokumentation och samtal prioriteras bort. Sjuksköterskor på kirurgavdelningar behöver kunna prioritera sitt arbete för att uppnå fullgod vård. De kan också behöva sätta sin empati åt sidan för att klara av att göra sådana prioriteringar (Yngman-Uhlin et al.,2016). Andra studier bekräftar också att de medicinska uppgifterna prioriteras högre än basal omvårdnad, dokumentation och samtal (Al-Kandari & Thomas, 2009a; Willman et al., 2021). Vidare kan organisatoriska faktorer utgöra hinder för att engagera sig i kirurgpatienters psykiska mående (Fulton, 2008). När sjuksköterskor inte får tid till att träna sig på att möta patienternas psykiska behov, tenderar de att separera patienternas psykiska hälsa från det fysiska. Det utgör ett problem för den personcentrerade vården, som syftar till att vårda hela människan (Ekman et al., 2011).

I resultatet framkommer att omvårdnadsuppgifterna ofta delegeras vidare till undersköterskor. Det uppfattas som logiskt eftersom det är möjligt att delegera sådana uppgifter (SOSFS 1997:14). De medicinska uppgifterna kan dock inte delegeras bort, inte heller att upprätta vårdplaner. Att prioritera bort samtal uppfattas som negativt eftersom sjuksköterskor då går miste om potentiellt viktig information. Information som behövs för att kunna göra en korrekt bedömning av patienterna. Omvårdnaden är sjuksköterskors särskilda kompetensområde och är en del av vården som ofta tas för given. Omvårdnaden kan beskrivas som ett osynligt arbete då det inte uppmuntras lika mycket av sjukhusledningen som de administrativa uppgifterna (Abdalrahim et al., 2010; Yngman-Uhlin et al. 2016). Det kan väcka frustration hos sjuksköterskor att inte få mer tid till att utföra omvårdnadsuppgifter och samtala med patienter. Omvårdnadsteoretikern Jean Watson är kritisk till medicinens överordnade roll inom sjukvården. Hon menar att den medicinska vården syftar till att bota en patient från sjukdom, medan omvårdnad syftar till att hjälpa en person att återställa hälsa (Willman, 2022). Det går att resonera kring att omvårdnadsuppgifternas status behöver höjas till samma nivå som de medicinska och att det är först då som sjuksköterskorna kan få mer tid till samtal och basal omvårdnad.

Vidare visar resultatet att sjuksköterskor behöver prioritera bland patientgrupper. Det uppfattades som rimligt att grupperna prioriteras olika, men det konstateras samtidigt att vissa grupper blir lidande av prioriteringen. De patienter som har livshotande tillstånd prioriteras före de som är mindre sjuka. I praktiken innebär det att de akuta patienterna prioriteras först, medan de elektiva och palliativa patienterna får vänta. Undantaget är då de palliativa patienterna är livets slutskede. Då betraktas även de vara i ett livshotande

tillstånd och då är sjuksköterskenärvaron hög. Detta bekräftas av Lind et al. (2022) som rapporterar att akuta händelser ofta utgör hinder för palliativ omvårdnad. I Wallerstedt och Andershed (2007) bidrog brist på resurser och tid till att sjuksköterskor hade svårt att ge palliativ vård av hög kvalitet. Att bedriva palliativ och botande vård samtidigt beskrevs som svårt. Det innebar ofta att de döende patienterna och deras anhöriga fick vänta. De elektiva patienterna kan tyckas vara enkla att handlägga, ingreppen är planerade och patienten är ofta trygga. Att tillhöra den elektiva gruppen behöver inte nödvändigtvis innebära att patienten inte behöver närvaro och stöd av en sjuksköterska, både innan och efter operationen. Att se varje patient som en unik individ är grundläggande inom den personcentrerade vården, och bör eftersträvas oavsett vilken grupp patienten tillhör (Ekman et al., 2011).

Resultatet visar att sjuksköterskor ägnar mycket tid till att ta kontakt med kommuner, skriva ut patienter, operationsanmäla och transportera patienter. Det tar tid från den basala omvårdnaden och möjligheten att samtala med patienter. Al-Kandari och Thomas (2009b) rapporterar att sjuksköterskors engagemang i icke-omvårdnadsrelaterade uppgifter begränsar sjuksköterskornas tid för patientnära vård. De menar att det kan leda till risker för patientsäkerheten och vårdskador. Mängden arbetsuppgifter gör att vårdpersonal avsiktligt måste avgöra vad de hinner med på den tid som de har till förfogande. Tidspress är en faktor som utgör hinder för god omvårdnad (Abdalrahim et al., 2010; Philip et al.,2019). Inom den personcentrerade vården värdesätts relationen mellan sjuksköterskor och patienter och det går att argumentera för att administrativa och logistiska uppgifter står i vägen. Vårdmiljön beskrivs som en komponent som både kan bidra och hindra den personcentrerade vården (Holmström, 2022). Kanske kan vårdorganisationen bidra till att låta patienten stå i centrum genom att fördela administrativa och logistiska uppgifter till andra yrkesgrupper.

Vidare pekar resultaten på att sjuksköterskor upplever känslor av otillräcklighet gentemot patienter och kollegor. Wallerstedt och Andershed (2007) bekräftar att det finns svårigheter med att vårda patienter i en palliativ och botande fas samtidigt. Detta till följd av bristande tid och resurser. Otillräckligheten kan kopplas till moralisk stress som sjuksköterskor kan uppleva då de inte får möjlighet att arbeta i linje med sina etiska övertygelser (Lusignani et al., 2017). Sådana känslor är särskilt förekommande hos nyutexaminerade sjuksköterskor (Kowalczuk et al., 2019; Lusignani et al., 2017; Willman et al., 2021). Vidare verkade yrkeserfarenhet fungera som en skyddande faktor för känslan av otillräcklighet då flera uppgav att det hade blivit lättare att hantera stressen och uppgivenheten med åren. Trots att sjuksköterskor kan träna sig på att hantera arbetsrelaterad stress finns risk att den skapar ohälsa som leder till sjukskrivningar (Arbetsmiljöverket, 2018c). Den osäkra arbetsmiljön kan också påverka patientsäkerheten negativt då patienter får vänta på exempelvis omvårdnad, smärtlindring och undervisning (Arbetsmiljöverket, 2018b; Malatji et al., 2016). För att minska dessa risker uppfattas det som viktigt att sjuksköterskor får tid till återhämtning och reflektion för att orka arbeta vidare.

Studiens resultat visade också att det finns problem med att vårda palliativa patienter på en kurativt inriktad avdelning. Lindrande och botande vård är två former av vård som ställer olika krav på sjuksköterskor. Studien visade att den botande vården ibland pågick för länge och att det kunde skapa lidande för patienterna, vilket också bekräftas av Lind et al. (2022). Det fanns meningsskiljaktigheter mellan läkare och sjuksköterskor gällande övergången från botande behandling till palliativ vård, vilket också bekräftas i en studie av Arends et al. (2022). Deo och Thejus (2013) ger en förklaring detta genom att läkares utbildning är inriktad på sjukdomar snarare än patientcentrering och att det kan skapa problem vid övergången mellan botande och palliativ vård. Kirurgisk behandling uppmuntrar kirurger att förlänga livet, inte bidra till kvalitet i livets slutskede. Den kirurgiska botande kulturen skapar ett hinder för den palliativa lindrande vården då övergången till palliativ vård kan ses som ett misslyckande (Lilley et al., 2017). Möjligen behövs insatser för att de olika yrkeskategorierna ska kunna nå samförståelse för övergången från den botande behandlingen till den palliativa omvårdnaden.

7.3 Konklusion

Aktuell studie bidrar till en beskrivning av hur sjuksköterskor upplever att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt, på en kirurgavdelning. Arbetet upplevs som lärorikt och varierat. Variationen av patientgrupper bidrog till bred kunskap och stimulans i arbetet. Det medförde också känslor av tillfredställelse då de fick möjlighet att hjälpa patienter att tillfriskna eller avsluta sitt liv på ett fridfullt sätt. Samtidigt ställer det krav på att sjuksköterskorna kan hantera stress och anpassa sig till olika situationer och patienter. Vissa arbetsuppgifter och patientgrupper blir lidande då sjuksköterskor behöver prioritera i sitt arbete. Med bakgrund av detta anses det som nödvändigt att vårdverksamheterna arbetar för att minska arbetsbelastningen. Det upplevs som särskilt komplicerat att vårda palliativa patienter på en kirurgavdelning eftersom avdelningen är inriktad på botande vård. Därför är det viktigt att verksamheterna för en diskussion kring svårigheten med att bedriva palliativ vård på botande avdelningar. För att förbättra förutsättningarna att bedriva palliativ omvårdnad på kirurgavdelningar behövs tid till både omvårdnaden i sig och reflektion.

7.4 Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultatet i studien kan användas för att förbättra arbetsmiljön och patientsäkerheten på kirurgavdelningar. Det är viktigt att arbetsgivarna arbetar för att minska den arbetsrelaterade stressen på kirurgavdelningar. Ett sätt att nå dit skulle kunna vara att avlasta sjuksköterskor från administrativa och logistiska arbetsuppgifter. Vidare skulle sjuksköterskor behöva få mer tid att genomföra omvårdnadsuppgifter, vilket förutsätter att de värderas lika högt som medicinska uppgifter. Sjuksköterskor är olika känsliga för stress beroende på var de befinner sig i sin karriär. Därför anses det vara viktigt att nyutexaminerade sjuksköterskor får stöd av mer erfarna kollegor så att de kan känna sig

trygga och vilja stanna på arbetsplatsen. Avslutningsvis anses det som viktigt att förbättra förutsättningarna för att vårda palliativa patienter på botande avdelningar. Ett steg dit är att samla yrkesgrupperna kring ett gemensamt mål för den palliativa vården på kirurgavdelningar. Ett annat sätt kan vara att testa en ny organisatorisk modell. I dagsläget delas patienterna exempelvis in i blå och röd grupp och inom dessa blandas patientgrupperna. Ett annat alternativ är att dela arbetet utifrån patientgrupperna, liksom akutmottagningar är indelade utifrån ortopedi, kirurgi och medicin. På så vis kan sjuksköterskorna hänge sig en specifik patientgrupp varje arbetspass för att ge dessa patienter optimal vård. Samtidigt ges sjuksköterskor möjlighet att skrifta patientgrupper mellan passen för att bibehålla sin kunskap. Ett sådant förbättringsförslag bör förslagsvis föregås av en forskningsöversikt av för- och nackdelar med ett sådant arbetssätt på vårdavdelningar.

8. REFERENSER

Abdalrahim, M. S., Majali, S. A. & Bergbom, I. (2010). Jordanian surgical nurses' experiences in caring for patients with postoperative pain. *Applied Nursing Research*, *23*(3), 164-170. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.06.005

Al-Kandari, F. & Thomas, D. (2009a). Factors contributing to nursing task incompletion as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *Journal of clinical nursing*, *18*(24), 3430-3440. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02795.x

Al-Kandari, F. & Thomas, D. (2009b). Perceived adverse patient outcomes correlated to nurses' workload in medical and surgical wards of selected hospitals in Kuwait. Journal of Clinical Nursing, 18(4), 581-590. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02369.x

Alruwaili, M. M., Abuadas, F. H., Maude, P. & Ross, A. (2022). Experiences, Perceptions, and Coping Patterns of Emergency Department Nurses with Occupational Stressors in Saudi Arabian Hospitals: Mixed-Method Study. In *Healthcare*, *10*(8), 1504. https://doi.org/10.3390/healthcare10081504

Andersson, R. (2012). Perioperativ vård. I. Andersson, R., Jeppsson, B. & Rydholm, A. (Red.), *Kirurgiska sjukdomar* (2:a uppl., s.131-141). Studentlitteratur.

Andersson, Å., Vilhelmsson, M., Fomichov, V., Lindhoff Larsson, A., Björnsson, B., Sandström, P. & Drott, J. (2021). Patient involvement in surgical care–Healthcare personnel views and behaviour regarding patient involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(1), 96-103. https://doi.org/10.1111/scs.12823

Arbetsmiljöverket. (2018a, 12 juli). *Huvudsakliga risker inom hälso-och sjukvården*. Hämtad 2 mars, 2023, från https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden/

Arbetsmiljöverket. (2018b, 9 maj). *Hälso-och sjukvård*. Hämtad 2 mars, 2023, från //www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/

Arbetsmiljöverket. (2018c, 24 oktober). *Inspektioner av hälso-och sjukvården*. Hämtad 2 mars, 2023, från https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/inspektioner-av-halso--och-sjukvarden/

Arends, S. A., Steenbergen, M., Thodé, M., Francke, A. L. & Jongerden, I. P. (2022). Moral distress among nurses involved in life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: A qualitative interview study. *Patient education and counseling*, *105*(7), 2531-2536. https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.017

Atefi, N., Abdullah, K. L. & Wong, L. P. (2016). Job satisfaction of Malaysian registered nurses: A qualitative study. *Nursing in critical care*, *21*(1), 8-17. https://doi.org/10.1111/nicc.12100

Bulbuloglu, S., Kapikiran, G. & Saritas, S. (2021). Perceived and sources of occupational stress in surgical intensive care nurses. *Proceedings of Singapore Healthcare, 30*(3), 200-205. https://doi.org/10.1177/2010105820963293

Börjeson, S., Arweström, C., Baker, A. & Berterö, C. (2010). Nurses' experiences in the relief of postoperative nausea and vomiting. *Journal of clinical nursing, 19*(13-14), 1865-1872. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03176.x

Che, H. L., Yeh, M. Y., Jiang, R. S. & Wu, S. M. (2016). Taiwanese nurses' experiences of difficulties in providing patient education in hospital settings. *Nursing & health sciences, 18*(1), 113-119. https://doi.org/10.1111/nhs.12266

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (s. 143-154). Studentlitteratur.

Deo, S. S. & Thejus, T. (2013). Curative to palliative care-transition and communication issues: surgeons perspective. *Indian Journal of Palliative Care*, *19*(2), 120. https://doi.org/10.4103/0973-1075.116706

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E. & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care—ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing, 10*(4), 248-251. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06

Forsberg, H. H., Athlin, Å. M. & von Thiele Schwarz, U. (2015). Nurses' perceptions of multitasking in the emergency department: effective, fun and unproblematic (at least for me)–a qualitative study. *International emergency nursing, 23*(2), 59-64. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.05.002

Fulton, J. A. (2008). Strategies used by nurses when managing the emotional needs of patients. Learning in Health and Social Care, 7(3), 157-167. https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2008.00183.x

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, *24*(2), 105-112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (s. 111-119). Studentlitteratur.

Holmström, I. (2022). Personcentrerad vård. I L. Wiklund Gustin & M. Aspp (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp* (s. 429-439). Studentlitteratur.

Inspektionen för vård och omsorg. (2018). *Patienternas berättelser 2018. Analys av patienters och närståendes berättelser gällande delaktighet och information.* https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2019/patienternas-berattelser-2018.pdf

Järhult, J., Offenbartl, K. & Andersson, M. (2019). Kirurgiboken vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar (6:e uppl.). Liber

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (s. 57-80). Studentlitteratur.

Klang Söderkvist, B. & Thorell-Ekstrand, I. (Red.). (2014). *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande: en praktisk och teoretisk grundbok*. Pearson. (Originalarbete publicerat 2012)

Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A., Zyga, S. & Sourtzi, P. (2015). Patient participation in hospital care: nursing staffs' point of view. *International Journal of Nursing Practice, 21*(3), 258-268. https://doi.org/10.1111/ijn.12242

Kowalczuk, K., Krajewska-Kułak, E. & Sobolewski, M. (2019). Factors determining work arduousness levels among nurses: using the example of surgical, medical treatment, and emergency wards. BioMed Research International, 2019. https://doi.org/10.1155/2019/6303474

Krueger, A., Erdman, K., Lemke, J. & Kabir, C. (2021). Examining agreement between nurse and patient perceptions of nursing care attributes in the surgical setting. *Nursing management, 52*(12), 14-21. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000800332.41930.ff

Lilley, E. J., Cooper, Z., Schwarze, M. L. & Mosenthal, A. C. (2017). Palliative care in surgery: defining the research priorities. *Journal of palliative medicine, 20*(7), 702-709. https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0079

Lind, S., Bengtsson, A., Alvariza, A. & Klarare, A. (2022). Registered nurses' experiences of caring for patients in hospitals transitioning from curative to palliative care: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*. https://doi.org/10.1111/nhs.12982

Lindberg, J. O., & Engström, Å. (2011). Critical care nurses' experiences:“A good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management”. *Pain Management Nursing*, *12*(3), 163-172. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.03.009

Lindwall, L., Von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, *43*(3), 246-253. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02707.x

Lusignani, M., Giannì, M. L., Re, L. G. & Buffon, M. L. (2017). Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management, 25*(6), 477-485. https://doi.org/10.1111/jonm.12431

Malatji, M., Ally, H. & Makhene, A. (2017). Nurses experiences regarding staffing patterns in the surgical wards of a private hospital in Gauteng South Africa. *health sa gesondheid, 22*(1), 325-332. https://doi.org/10.21608/JBAAR.2022.273855

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, *56*(5), 472-479. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (s. 421-438). Studentlitteratur.

Philip, J., Russell, B., Collins, A., Brand, C., Le, B., Hudson, P. & Sundararajan, V. (2019). The ethics of prioritizing access to palliative care: a qualitative study. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 36(7), 577-582. https://doi.org/10.1177/1049909119833333

Power, H., Skene, I. & Murray, E. (2022). The positives, the challenges and the impact; an exploration of early career nurses experiences in the Emergency Department. *International Emergency Nursing, 64*, 101196. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101196

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (s. 25-42). Studentlitteratur.

Richards, J., & Hubbert, A. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 8(1), 17–24. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.12.003

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Socialdepartementet. Hämtad 3 mars, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Schofield, P., Carey, M., Love, A., Nehill, C. & Wein, S. (2006). 'Would you like to talk about your future treatment options?'Discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. Palliative medicine, 20(4), 397-406. https://doi.org/10.1191/0269216306pm11560a

SOSFS 1997:14. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso-och sjukvård och tandvård. Socialstyrelsen. Hämtad 24 februari, 2023, från https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/foreskrifter-och-handbocker/sosfs-199714/

Stuart, P. (2022). How do hospital nurses experience end-of-life care provision? A creative phenomenological approach. *British Journal of Nursing, 31*(19), 997-1002. https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.19.997

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning.*

Västra götalandsregionen. (2019, 25 januari). *ERAS-konceptet enligt Skaraborgs sjukhus gör alla till vinnare.* Hämtad 3 februari, 2023, från https://www.vgregion.se/s/skaraborgs-sjukhus/nyheter/eras-konceptet-enligt-skaraborgs-sjukhus-gor-alla-till-vinnare/

Wakefield, E., Innes, K., Dix, S. & Brand, G. (2022). Belonging in high acuity settings: What is needed for newly graduated registered nurses to successfully transition? A qualitative systematic review. *Nurse Education Today*, 105686. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105686

Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian journal of caring sciences, 21*(1), 32-40. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x

Wibeck, V (2017). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (s. 169-188). Studentlitteratur.

Willman, A. (2022). *Teorier för omvårdnad.* Studentlitteratur.

Willman, A., Bjuresäter, K. & Nilsson, J. (2021). Insufficiently supported in handling responsibility and demands: Findings from a qualitative study of newly graduated nurses. Journal of clinical nursing, 30(1-2), 83-92. https://doi.org/10.1111/jocn.15483

Willman, A., Nilsson, J. & Bjuresäter, K. (2022). Professional development among newly graduated registered nurses working in acute care hospital settings: A qualitative explorative study. *Journal of Nursing Management, 30*(7), 3304-3312. https://doi.org/10.1111/jonm.13771

Yngman-Uhlin, P. Klingvall, E., Wilhelmsson, M. & Jangland, E. (2016). Obstacles and opportunities for achieving good care on the surgical ward: nurse and surgeon perspective. *Journal of nursing management*, *24*(4), 492-499. https://doi.org/10.1111/jonm.12349

Bilaga 1 Intervjuguide

Bakgrundsinformation:

- Kön?
- Hur gammal är du?
- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska på kirurgavdelning?
- Vilken utbildningsnivå har du?

Öppna frågor:

- Berätta hur din arbetsdag ser ut?
- Berätta hur det är att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter på samma avdelning?
- Berätta om vad som krävs av dig när du vårdar akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt?
- Berätta om en situation som har varit positiv med att vårda dessa patienter samtidigt?
- Berätta om en situation som har varit svår med att vårda dessa patienter samtidigt?
- Berätta om en situation som har bidragit positivt eller negativt till ditt arbete och arbetsmiljö?
- Berätta om hur det känns för dig att gå från en sal med en akut patient till en palliativ, och vice versa? Ge exempel
- Berätta om hur din uppfattning om arbetet förändrats under dina yrkesverksamma år?

Exempel på uppföljande frågor:

- Hur menar du?
- Vad menar du med det du sa/beskrev
- På vilket sätt menar du?
- Kan du beskriva lite mer?
- Vad gjorde du då? Hur handlade du i situationen?
- Har du exempel på liknande situationer som du vill tillägga eller berätta om?

Bilaga 2 Brev till deltagare

SJUKSKÖTERSKORS UPPLEVELSER AV ATT VÅRDA AKUTA, ELEKTIVA OCH PALLIATIVA PATIENTER SAMTIDIGT PÅ EN KIRURGAVDELNING.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie, vi har fått din kontaktuppgift av din chef. Din enhetschef har gett sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien.

Studien syftar till att undersöka hur sjuksköterskor upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt på en kirurgavdelning. Inom kirurgin behandlas en mängd patienter med olika diagnoser och omvårdnadsbehov. Vissa patienter vårdas akut, andra läggs in för planerade ingrepp, medan vissa vårdas palliativt. Få studier belyser hur sjuksköterskor upplever att vårda kirurgipatienter och det verkar saknas forskning om sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt.

Vi skulle vilja intervjua dig om dina erfarenheter av att vårda dessa patienter samtidigt. Vi kommer att använda en intervjuguide innehållande frågor gällande dina upplevelser av att vårda och möta akuta, elektiva och palliativa patienter. Utifrån hur mycket du har att berätta så förväntas intervjun att pågå i ca 30-45 min. Intervjun kan genomföras på din arbetsplats alternativt kan du föreslå plats. Intervjun kan också genomföras digitalt om du föredrar det. Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun för att kunna transkribera och sedan analysera materialet.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att behöva ange varför. Informationen du lämnar och inspelningen av intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. så att ingen obehörig får tillgång till den. Bakgrundsinformation kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet av studien.

Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till:_____
Då återkommer vi till dig via e-post så vi kan bestämma tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer en samtyckesblankett för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället.

Studien ingår som ett examensarbete i sjuksköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Sjuksköterskestudent Sjuksköterskestudent Handledare

SAMTYCKESBLANKETT

Jag har tagit del av information om studien *sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt*.

Jag har även tagit del av information om att deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange varför.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift studiedeltagare

_____

Ort, datum

_____

Underskrift

Bilaga 3 Brev till enhetschef

Till enhetschef på kirurgavdelning x

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien: Sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt på en kirurgavdelning.

Inom kirurgin behandlas en mängd patienter med olika diagnoser och omvårdnadsbehov. Vissa patienter vårdas akut, andra läggs in för planerade ingrepp, medan vissa vårdas palliativt. Få studier belyser hur sjuksköterskor upplever att vårda kirurgipatienter och det saknas forskning om sjuksköterskors upplevelser av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter samtidigt. Studien har en kvalitativ ansats och vänder sig till allmänna sjuksköterskor på kirurgavdelning. Totalt ca åtta sjuksköterskor förväntas att delta i studien. Sjuksköterskorna ska ha minst sex månaders erfarenhet av att vårda akuta, elektiva och palliativa patienter på samma avdelning. Deltagande i studien innebär att delta i en intervju som beräknas ta ca 30-45 minuter. Intervjuer kommer att spelas in och transkriberas för att sedan analyseras med innehållsanalys.

Vi är tacksamma för att du förmedlar information om vår studie och kontaktinformation till sjuksköterskor. Sjuksköterskorna som vill delta i studien kommer via e-postadress få ett informations- och samtyckesbrev och uppmanas att svara via e-post. Sjuksköterskor väljer själva plats och tid för intervjun, intervjun kan genomföras digitalt om så önskas. I samband med intervjun lämnas också information om studien muntligt. Intervjun påbörjas först efter ett muntligt samtycke från deltagarna. Deltagande i studien är helt frivilligt och deltagare kan när som helst avbryta sitt deltagande utan att uppge varför. Deltagarnas bakgrundsinformation kommer att avidentifieras och sparas separat från intervjuerna i högskolans server för att ingen obehörig får tillgång till den. Intervjuer får särskilda koder. Detta innebär att intervjuerna enbart innehåller deltagarnas erfarenheter utan att veta vem som har sagt vad. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet.

Vänligen besvara denna förfrågan om att sjuksköterskor i din verksamhet kan tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du informerar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Du kan skriva i den medskickade blanketten för samtycke.

Studien ingår som examensarbete i sjuksköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Sjuksköterskestudent Sjuksköterskestudent Handledare

BLANKETT FÖR MEDGIVANDE AV VERKSAMHETSCHEF ELLER MOTSVARANDE

Titel på studien: Sjuksköterskors erfarenheter av kirurgisk omvårdnad: Att vårda akuta, elektiva och palliativa samtidigt.

Er anhållan:

☐ Medgives

☐ Medgives inte

_____ _____

Ort Datum

_____

Underskrift

_____

Verksamhetsområde