



Avancerad nivå

Uppsatskurs 15 hp

HT/VT 17/18

**Flytten till Nya Karolinska Solna - Från en öppen
vårdmiljö till enskilda vårdrum**

**The move to Nya Karolinska Solna -
From an open care environment to a single patientroom**

Författare: Anna Östbring
Gunilla Frisén

Handledare: Jessica Holmgren.

Examinator: Henrik Eriksson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: På ECMO-centrum behandlas patienterna med hjälp av hjärt-lungmaskin. De har ofta multiorgansvikt vilket ställer höga krav på sjuksköterskorna då de ansvarar för patienternas totala omvårdnadsbehov. I och med flytten till NKS förändrades vård- och arbetsmiljön då man gått från öppen vårdmiljö till enskilda vårdrum. **Syftet** med studien är att beskriva ECMO-sjuksköterskors uppfattningar om hur vård- och arbetsmiljö har påverkats efter flytten till NKS. **Metod:** Arbetet genomfördes med en kvalitativ metod, med induktiv ansats. För att besvara studiens syfte valde författarna att använda sig av fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor anställda vid ECMO-centrum. Två intervjutillfällen genomfördes under november 2017. Intervjuerna transkriberades ordagrant av båda författarna och analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I den nya vård och arbetsmiljön uppfattade sjuksköterskorna att lokalernas utformning utgjorde ett hinder för att bedriva god och säker omvårdnad. Att arbeta i enskilda vårdrum har lett till ökat ensamarbete och möjlighet till rast och kunskapsutbytet har försämrats. En sorg och frustration finns över att inte ha fått ha möjligheten att påverka vård och arbetsmiljö. **Slutsats:** Vikten av att känna delaktighet och möjligheten att kunna påverka är en förutsättning för att skapa en bra vård- och arbetsmiljö.

Nyckelord: Arbetsmiljö, ECMO, intensivvårdssjuksköterska, omvårdnad, patientsäkerhet, personcentrerad vård.

ABSTRACT

Background: At the ECMO Centre patients are treated with a heart-lung machine. Often they suffer from multiple organ failure which places high demands on the nurses as they are responsible for the total nursing care of these patients. With the move to the Nya Karolinska Solna (NKS) the working environment has changed so that all patients are treated in single-patientrooms. **The aim** of this study is to describe the ECMO nurses perception of how the nursing care and working environment has been affected by the move to NKS. **Method:** The study was conducted using a qualitative method, with an inductive approach. Focus group interviews were held with nurses employed at the ECMO Centre with the aim of reaching answers in regards to the purpose of the study. Two rounds of interviews were completed in November 2017. The interviews were transcribed word for word by both authors and analysed with a qualitative content analysis. **Result** In the new care and working environment, nurses perceived that the design of the premises was a barrier to pursuing good and safe care. Working in single bedrooms has led to increased loneliness and the possibility of taking a break and the exchange of knowledge has deteriorated. There is a sadness and frustration that they didn't have an opportunity to affect the health and work environment. **Conclusion:** The importance of feeling participation and the ability to influence is a prerequisite for creating a good health and work environment.

Keywords: Working Environment, ECMO, Intensive Care nurse, nursing care, patient safety, patient centred care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	3
BAKGRUND	4
PROBLEMFÖRMULERING	13
METOD	13
Urval	14
Datainsamlingsmetod	14
Dataanalys	16
Etiska aspekter	17
RESULTAT	18
DISKUSSION	31
Metoddiskussion	31
Resultatdiskussion	32
Slutsats	34
Klinisk betydelse	35
Förslag på vidare forskning	35
REFERENSER	37
BILAGOR	39

INLEDNING

Under åren 2008–2010 fattades ett politiskt beslut om uppförandet av Nya Karolinska Solna (NKS), ett högspecialiserat sjukhus där vård, utbildning och forskning skulle integreras. Lokalerna utformades enligt generalitetsprincipen vilket innebar att rum med samma funktion, exempelvis vårdrum, intensivvårdsrum och mottagningsrum, i grunden ser likadana ut. Endast enskilda vårdrum byggdes då det visats att risk för infektioner reducerats markant hos patienter som vårdades på enskilda vårdrum (Teltsch, Hanley, Loo, Goldberg, Gursahaney & Buckeridge).

I november 2016 flyttade den första etappen in på NKS. En av de enheter som ingick var ECMO-centrum vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB). ECMO-centrum är en högteknologisk intensivvårdsavdelning där alla patienter behandlas med hjälp av hjärt-lungmaskin. ECMO-centrums tidigare lokaler präglades av stora, öppna arbetsytor där det fanns möjlighet att vårda upp till fem patienter på en och samma vårdsal.

Inför flytten till NKS fanns många tankar och funderingar hos personalen över hur det skulle bli att arbeta i de nya lokalerna då den skulle innebära förändringar i vård och arbetsmiljön. I de tidigare lokalerna arbetade sjuksköterskorna tillsammans i en öppen vårdmiljö. Flytten till NKS innebar att patienterna skulle vårdas på enskilda vårdrum. För att ge personalen möjlighet att hjälpa varandra i det dagliga omvårdnadsarbetet och även till en viss del efterlikna den tidigare fysiska arbetsmiljön gjordes en öppning mellan två vårdrum bara ett par veckor innan flytten. Under de första sex månaderna efter flytten till det nya sjukhuset valde flera sjuksköterskor att säga upp sig. Detta väckte vårt intresse för att undersöka hur sjuksköterskor uppfattade att vård- och arbetsmiljö hade påverkats efter flytten till NKS. Vid flytten till NKS var det 32 sjuksköterskor anställda vid ECMO centrum, jämfört med våren 2018 då endast 17 sjuksköterskor arbetade kvar inom verksamheten.

BAKGRUND

I bakgrunden beskrivs intensivvårdssjuksköterskans yrkesroll och det ansvar som vilar på hen i omvårdnaden av den svårt sjuka och omvårdnadskrävande intensivvårdspatienten. Vidare beskrivs kortfattat vad ExtraCorporeal Membran oxygenering (ECMO) är, ECMO-centrums framväxt, komplexiteten att vårda ECMO-patienter, personcentrerad vård, ECMO-centrum på NKS, sjuksköterskans ansvarsområde samt vård och arbetsmiljöns betydelse och hur den kan påverka sjuksköterskornas arbetsmiljö i omvårdnaden av den svårt sjuka patienten samt arbetsmiljön på NKS.

Intensivvårdssjuksköterskors ansvarsområde att förebygga ohälsa

Arbetsmiljön på en intensivvårdsavdelning är av högteknologisk karaktär vilket ställer höga krav på intensivvårdssjuksköterskornas kompetens. Patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning har ofta svikt i ett eller flera vitala organ och betraktas som kritiskt sjuka. Genom att kontinuerligt bedöma, övervaka, utföra och utvärdera de omvårdnadsåtgärder som krävs kan sjuksköterskor tillgodose patienternas behov.

Sjuksköterskorna ansvarar för att utföra och utvärdera de medicinska åtgärder som ordinerats, monitorera och handha den medicinsktekniska utrustning som finns i patientens vårdmiljö.

Genom att kunna identifiera och minimera eventuella risker kan de på så sätt förebygga ohälsa hos patienten samt vara beredd på att vidta de åtgärder som krävs om något förändras i patientens tillstånd (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Patienterna kan snabbt försämras vilket gör att sjuksköterskorna hela tiden bör vara observanta på eventuella förändringar i patienternas tillstånd. Detta kräver att sjuksköterskorna på ett snabbt och effektivt sätt kan hantera flera olika uppgifter samtidigt. Patienternas omvårdnadsbehov ska identifieras och bedömas utifrån varje specifik situation och adekvat handläggning och utvärdering av medicinska åtgärder sker fortlöpande. Utifrån patienternas behov ska korrekta beslut fattas i det dagliga omvårdnadsarbetet men även i akuta situationer. Vård och stöd ges till svårt sjuka patienter och deras anhöriga vilket även leder till en emotionellt utmanande arbetsmiljö. Arbetsgruppen utgörs ofta av ett team runt patienten där beslut fattas gällande patientens pågående vård men även situationer gällande

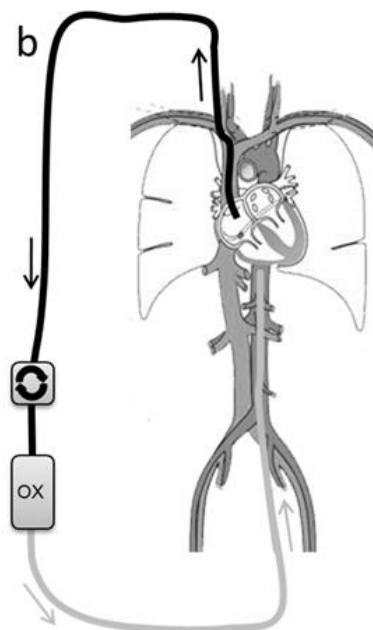
om vården ska begränsas eller avslutas. Intensivvårdssjuksköterskor upplevde denna teamkänsla som stödjande (Alameddine, Dainty, Deber & Sibbald, 2009).

Inom intensivvården har det under senare år skett en förändring i sedering av respiratorpatienter då det blivit allt vanligare att vårda patienterna vakna. Studier har visat att patienterna mobiliseras snabbare, intensivvårdsdelirium minskar och även vårdtiderna förkortas när respiratorpatienter vårdas vakna (Lachaine & Beauchemin 2012). Att vårda den vakna och/eller lätt sederade patienten ökar arbetsbördan på sjuksköterskorna. Den vakna patienten har ett stort behov av information och bekräftelse då ångest och oro ofta uppstår vid neddragning av sedering. Vissa patienter klarar vakenhet bättre än andra medan vissa kan reagera med oro, ångest och agitation. Hos dessa patienter ökar risken för accidentell extubation eller att centrala infarter disloceras om inte vårdpersonal finns vid patientens sida. Detta innebär en ökad press på sjuksköterskan, speciellt om bemanningen inte är tillräcklig (Everingham, Fawcett & Walsh, 2013). Vårdpersonalen upplevde att vårda vakna patienter i respirator som mer krävande men också mer givande än att vårda dem sederade. En förutsättning för att klara av att vårda vakna respiratorpatienter var god bemanning då ständig närvaro krävdes då vården utfördes tillsammans med patienten (Laerkner, Egerod & Hansen 2015).

Extra Corporeal Membran Oxygenation, ECMO

De patienter som drabbas av livshotande respiratorisk och/eller cirkulatorisk svikt och där vanlig konventionell intensivvård inte räcker till finns det möjlighet att använda sig av ECMO-behandling. Extra Corporeal Membran Oxygenation (ECMO) står för syresättning av blodet utanför kroppen, med hjälp av en hjärtlungmaskin. Blodet dräneras ut från höger förmak via en kanyl och genom en oxygenator (konstgjord lunga) där blodet syresätts och koldioxid elimineras. Blodet returneras antingen i en ven eller i en artär, så kallad veno-venös eller veno-arteriell ECMO. ECMO används i väntan på att kroppens organ ska läka och återhämta sig (Marasco, Lukas, McDonald, & Ihle, 2008). Den första patienten som ECMO-behandlades och överlevde på barnintensiven (BIVA) vid St Görans sjukhus, Stockholm, var

år 1987 (Frenckner, Frisé, Palmer, & Lindén, 2004). Detta var starten på en växande verksamhet.

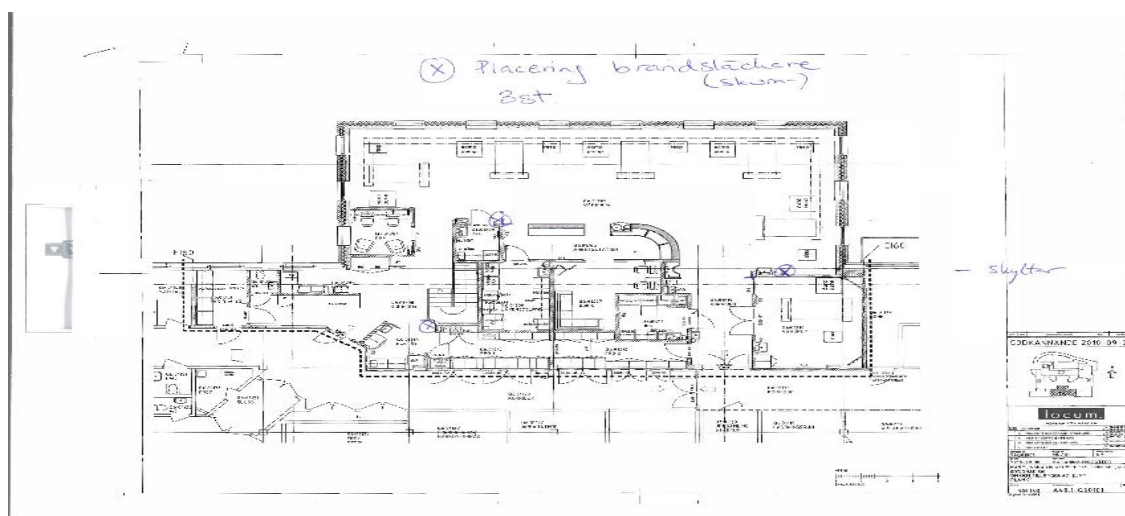


Figur 1. Schematisk bild av ECMO-krets

ECMO centrum ALB - vård i en öppen vårdmiljö

Från att den första patienten behandlades med ECMO utökades verksamheten successivt under följande år och 1995 bildades en ECMO sektion inom barnanestesi-kliniken. Fyra ECMO-sjuksköterskor knöts till sektionen vilkas uppgifter, förutom att vårda ECMO patienter, var att utveckla ECMO specifika omvårdnadsrutiner och riktlinjer. Patienterna vårdades på BIVA, men med egen personal. I och med flytten till Astrid Lindgrens Barnsjukhus 1998 fick ECMO sektionen egna vårdrum på BIVA och 2005 öppnades den första specialbyggda vårdsalen med plats för två patienter. Då patientantalet och behovet av vårdplatser stadigt ökade fattades beslut om att utöka verksamheten ytterligare och 2011 iordningställdes en egen avdelning. Avdelningen designades i samråd med personalen för att ge bästa möjliga förutsättningar att bedriva patientsäker vård med god kompetens och möjlighet till samarbete bedside dygnet runt. Då patientunderlaget fluktuerade och omvårdnaden av ECMO-patienter är resurskrävande byggdes en öppen vårdmiljö med fem

platser samt ett isoleringsrum för att kunna använda personalresurserna optimalt. I avdelningens mitt fanns rondrum och läkemedelsrum i direktkontakt med den öppna vårdmiljön (se skiss nedan). Planlösningen bidrog till att hjälp fanns på plats vid omvårdnadsprocedurer och vid akuta händelser. Även kunskapsutbyte och samarbete kunde ske kontinuerligt då det alltid fanns andra kollegor, läkare och undersköterskor nära och att man som ny kollega aldrig stod ensam. Patienterna vårdades sida vid sida med rumsavskiljare emellan, vilket gav möjlighet för personalen att övervaka fler än en patient när ansvarig sjuksköterska till exempel måste hämta läkemedel. Antal personer som rörde sig i vårdsalen minimerades genom att förråd fylldes på via genomräkningsskåp från utsidan samt att personal hade separat ingång bakom vårdsalen. Dörr för besökande var låst och utrustad med högtalartelefon och kamera så att personalen kunde värna om patientintegritet innan besökare släpptes in. Den öppna vårdmiljön medförde även att anhöriga och patienter var bekanta för all personal (K. Eriksson, personlig kommunikation, 7 februari 2018).



Bild; ECMO-centrum, ALB, Karolinska sjukhuset.

ECMO-patienternas vård- och omvårdnadsbehov

De flesta patienter som behöver ECMO-behandling vårdas på en traditionell intensivvårdsavdelning / thoraxintensivvårdsavdelning internationellt. Gay, Ankney, Cochran och Highland (2005) beskriver de utmaningar som intensivvården ställs inför i samband med vården och omvårdnaden av ECMO-patienter. Ett team bestående av en intensivvårdsläkare,

en ECMO-specialist, en perfusionist, en intensivvårdssjuksköterska och en ”respiratory therapist” ansvarade för vården av patienterna på en intensivvårdsavdelning. Perfusionisten och/eller ECMO-specialisten var ansvarig för att övervaka ECMO-kretsen, dess olika flöden och tryckförhållanden och vid eventuella förändringar kunna identifiera de problem som kunde tänkas behöva åtgärdas. Intensivvårdssjuksköterskan observerade, vidtog nödvändiga åtgärder och utvärderade patienternas välmående vid omvårdnad. En av slutsatserna var att intensivvårdssjuksköterskor är nyckelpersoner i omvårdnaden av ECMO-patienter och att kunskaperna gällande ECMO och förebyggande av komplikationer är av stor vikt (Gay et al., 2005).

Daly, Camporota och Barrett (2016) beskrev specialistsjuksköterskornas roll i vården av vuxna intensivvårdspatienter som ECMO-behandlades. Syftet med studien var att identifiera hur bemanningen såg ut av vården till vuxna ECMO-patienter. Fokus var att öka förståelsen för intensivvårdssjuksköterskors profession och deras ansvarsområde. Det framkom att det var intensivvårdssjuksköterskan som ansvarade för vården av en patient med hjälp från en perfusionist. Perfusionisten ansvarade för eventuella problem med ECMO-kretsen. Vid de tillfrågade avdelningarna var det intensivvårdssjuksköterskan tillsammans med perfusionisten som ansvarade för ECMO-patienten. Något som upplevdes viktigt och som efterlystes var att varje avdelning som vårdade ECMO-patienter skulle ha en intern utbildning där gemensam team-träning kring ECMO-patienten skulle praktiseras.

I en uppföljande studie framkom det att ECMO-sjuksköterskan ansvarade för omvårdnaden av patienten, ombesörjde patientens kliniska behov, gjorde ingrepp i ECMO-kretsen i form av provtagning, säkerställde ECMO-kretsen och ECMO-pumpens inställningar genom kontinuerlig övervakning och dokumentation. På så sätt minskade risken för att komplikationer i ECMO-kretsen uppstod och patientsäkerheten säkrades (Daly, 2016).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att personens behov sätts i centrum istället för sjukdomen. Vården präglas av medkänsla, värdighet, respekt och fokus ligger på personens egna resurser istället för att fokusera på dennes svagheter (Hörnsten, 2013; Slater, 2006). Genom att lyssna visar sjuksköterskan vilja och intresse att ta in personens egna berättelse om sin situation. På så sätt kan personens behov ligga till grund i planeringen och genomförandet av vården tillsammans med de professionella bedömningar och behov som identifieras. Personen som drabbats av sjukdom uppmuntras att vara aktiv och delaktig i sin egen vård, gärna tillsammans med anhöriga. Vården ska skapa förutsättningar och understödja personens egna beslut (Slater, 2006). För att personcentrerad vård ska kunna bedrivas behövs, förutom en humanistisk och inkluderande värdegrund, även organisatoriska förutsättningar. På så sätt skapas möjligheter som stödjer ett personcentrerat förhållningssätt i hela omvårdnadsprocessen, från bedömning till utvärdering av vården (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Partnerskap är ett nyckelbegrepp i personcentrerad vård. Vården bör se personen som en aktiv partner, som bidrar med kunskap om sig själv, medan vården kan bidra med kunskap om sjukdom, behandling och rehabilitering (Vårdförbundet, 2015). Personcentrerad vård ska utgå från individens perspektiv och personens upplevelse av sin situation ska respekteras och bekräftas (Edvardsson et al., 2008; Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Studier har visat att personcentrerad vård kan bidra till att personalen upplever en lägre nivå av arbetsrelaterad stress vilket har lett till en ökad arbetstillfredsställelse men också en lägre grad av samvetsstress (Jeon et al. 2012, Edvardsson et al. 2014). Även närstående har gett uttryck för att de känner mer tillfredsställelse med vården och omsorgen som den anhöriga har fått där personalen arbetar utifrån personcentrerad vård (Rocher & Robinson, 2005).

Genom att flertalet patienter som vårdas vid ECMO-centrum är vakna har sjuksköterskorna möjlighet att utforma vården och omvårdnaden tillsammans med patienterna och dess anhöriga. Att vårda vakna ECMO-patienter är personalkrävande eftersom vårdmiljön kan upplevas ångestfylld av patienten. Att inte ha möjlighet att röra sig på grund av all monitorering och övervakningsutrustning och att vara kopplad till både respirator och ECMO-maskinen begränsar patientens möjligheter att kunna röra sig fritt i sängen. Ofta måste någon personal alltid finnas bedside för att bistå patientens önskemål om eventuella lägesförändringar, sugning i trakeostomi eller munhåla eller hjälpa till med dryck när patienten känner sig törstig. Anhöriga spelar också en viktig roll när det gäller att ge

information om patienten levnadsvanor, vad hen tycker om för musik eller TV-program, så att vårdpersonalen kan erbjuda patienten dessa saker. Även om patienten är sederad så finns det ändå möjlighet att spela hans favoritmusik i bakgrunden vilket kan ge en viss trygghet för patienten. (Sjuksköterska som arbetar på ECMO-centrum, personlig kommunikation, 28 augusti, 2018).

ECMO-centrum NKS - att vårda i enskilda vårdrum

ECMO-centrum har möjlighet att vårda tre patienter under pågående ECMO-behandling. Totalt arbetar 25 stycken ECMO-sjuksköterskor vid ECMO-centrum, tillsammans med undersköterskor och ECMO-läkare. Samtliga sjuksköterskor är specialistutbildade, de flesta inom intensivvård, men även anestesisjuksköterskor och barnsjuksköterskor finns anställda, alla med tidigare lång vårderfarenhet. På avdelningen vårdas samtliga ålderskategorier, vilket ställer höga krav på personalens kompetens. En annan utmaning som ECMO-sjuksköterskorna ofta ställs inför är att vårda vakna patienter under pågående ECMO-behandling. Bemanningen på ECMO-centrum är en omvårdnadsansvarig ECMO-sjuksköterska per patient, ECMO-specialistläkaren har det medicinska ansvaret för två patienter och en undersköterska ansvarar för omvårdnaden av två patienter (P. Liljebrand, personlig kommunikation, 20 februari 2018). Enligt Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) är ECMO-specialisten en person som är tränad att hantera ECMO-kretsen och patientens kliniska behov tillsammans med ECMO-läkaren (<https://www.else.org/>). Avdelningen följer ELSO-guidelines vid introduktionen av ny personal. Där ingår en obligatorisk två veckors teoretisk och praktisk ECMO-utbildning samt handledning bedside under cirka tre månader. Von Bahr (2015) påpekar att i många andra länder vårdas patienter på vanliga intensivvårdsavdelningar och endast ett fåtal av personalen är specialutbildade sjuksköterskor och perfusionister som är kunniga att åtgärda problem i ECMO-kretsen. Enligt von Bahr (2015) är överlevnaden långt bättre vid center som har höga flöden av ECMO-patienter i jämförelse med enheter som endast vårdar en handfull patienter per år.

ECMO-patienterna kan snabbt försämrans i sitt sjukdomstillstånd men även av de komplikationer som ECMO kretsen i sig kan generera. Det medför att, förutom de sedvanliga arbetsuppgifterna som ingår i intensivvårdssjuksköterskans omvårdnadsansvar vilket beskrivits tidigare i bakgrunden, ECMO-sjuksköterskor dessutom har ett antal ECMO-specifika uppgifter. Sjuksköterskorna måste snabbt kunna felsöka och åtgärda larm från ECMO-pumpen och ständigt vara beredd på akuta komponentbyten i ECMO-kretsen. Ingreppen är stressande och resurskrävande då patienten ofta även får ett cirkulationsstillestånd om inte behandlingen återstartas snarast, vilket beskrivs av von Bahr 2015. Regelbundet schemaläggs träningar där felsökningar, komponentbyten och handhavande av ECMO-kretsen vid systemhaveri tränas för att upprätthålla och bredda kompetensen. På så sätt är personalen förberedd om ett ofrivilligt stopp uppstår i ECMO-kretsen. Med anledning av de risker som behandlingen medför, lämnar sjuksköterskorna inte vårdsalen utan att en kollega eller ECMO-läkare finns närvarande. (P.Liljebrand, personlig kommunikation, 20 februari 2018). Sammantaget innebär detta att det ställs höga krav på sjuksköterskornas kompetens och vård- och arbetsmiljöns utformning.

Arbetsmiljö

Enligt arbetsmiljölagen (AML) innebär arbetsmiljö allt som påverkar människor på arbetsplatsen. Det innefattar såväl den fysiska men även den psykosociala miljön. Exempel på fysiska arbetsmiljöfaktorer kan vara ljud, ljus, ventilation och ergonomi medan psykosociala faktorer kan vara arbetsklimat, arbetsinnehåll, ledarskap och stress. Arbetsmiljön ska vara tillfredsställande och arbetsförhållandena ska anpassas utifrån olika människors förutsättningar. Arbetstagaren ska ha möjlighet att utforma och medverka i den egna arbetssituationen och ges möjlighet att aktivt delta i förändrings- och utvecklingsarbeten. Social kontakt, samarbete, möjlighet till variation och sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter bör eftersträvas. Arbetsförhållandena bör skapa möjlighet till personligt och yrkesmässigt ansvar, utveckling och självbestämmande. Arbetet bör anordnas och planläggas på ett sätt som ger möjlighet till arbetskamrater (<https://www.av.se>).

Enligt Arbetsmiljöverkets Författningssamling, AFS 2015:4, är det viktigt att arbetstagaren ges möjlighet, tillsammans med arbetsgivaren, att ta fram de mål som bör leda till organisationens förmåga att motverka ohälsa samt att de mål som upprättas ska syfta till att främja hälsa hos arbetstagaren. Resurserna ska anpassas till de krav som ställs på arbetet, arbetstagaren bör ges möjlighet till återhämtning, tillämpa andra arbetssätt om så krävs, ändra prioriteringsordning, vid behov ökad bemanning samt ha varierande arbetsuppgifter.

Yrkesrelaterad stress hos intensivvårdssjuksköterskor finns beskrivet i flera olika studier. Milutinovic, Golubovic, Brkic och Pokes (2012) menade att det fanns tre stressfaktorer och delade in dessa i fysisk arbetsmiljö, psykologisk arbetsmiljö och social arbetsmiljö. I den fysiska arbetsmiljön nämndes exempelvis arbetsbelastningen som stressande. När det kom till den psykologiska arbetsmiljön var det vården av den döende patienten men även en känsla av osäkerhet gällande patientens utgång av behandlingen som gav upphov till stress. I den sociala arbetsmiljön framkom det att konflikter i personalgruppen, ledningsproblem och diskriminering var anledningar till upplevd stress.

Det finns också beskrivet att intensivvårdssjuksköterskorna upplevde den psykosociala arbetsmiljön som mest stressande och att effekten av detta var att de kände sig missnöjda med sitt arbete. Det framkom att relationen med kollegor, arbetsmotivation, arbetsuppgifter, professionell utveckling, samarbete och god kommunikation samt jobbrelaterad stress och ångest var av betydelse när det kom till den psykosociala arbetsmiljön. Sjuksköterskorna beskrev att om de kände sig nöjda med sitt arbete påverkades kvalitén på den omvårdnad som hen gav och att det stärkte relationen mellan sjuksköterska och patient. Genom att sjuksköterskorna gavs möjlighet att arbeta i en miljö som upplevdes stöttande minskade den fysiska och psykiska stressen. Effektiviteten hos sjuksköterskorna ökade och känslan av tillfredsställelse och kontinuitet uppstod. Arbetsmiljön beskrevs som stommen till att underlätta rekryteringen av sjuksköterskor till sjukvården (Bégar, Ellefsen & Severinsson, 2005).

Broom, Gardener, Kecskes och Kildea (2016) visade på att hur personalen på en neonatalavdelning upplevde övergången från att arbeta på en öppen avdelning med flera patienter på samma vårdrum till ett mindre vårdrum för två patienter. Sjuksköterskorna var sen tidigare vana att arbeta nära tillsammans, dela på arbetsuppgifterna och arbetsbördan, hjälpas åt vid akuta situationer såväl som att lösa av varandra för rast och ha möjlighet att diskutera vilka omvårdnadsåtgärder som var bäst för patienten. I och med det nya arbetssättet upplevde sjuksköterskorna att deras arbete blev mer ensamt och om de behövde hjälp var de tvungna att ringa på någon via telefon eller via kallelselarm. Sjuksköterskorna gav uttryck för fördelar och nackdelar med att arbeta på enkelrum. Fördelar som framkom var minskad infektionsrisk för patienten och att vårdtiderna hade kortats ner. Genom att vårda patienten på enkelrum skapades bättre förutsättningar för omvårdnad av den svårt sjuka patienten och dennes anhöriga. Nackdelar som påvisades var en ökad arbetsbelastning, ett ökat personalbehov och längre avstånd vilket medförde "mera spring" för sjuksköterskorna. Behovet av stöd och utbildning från kollegor ökade, kommunikation inom vårdteamet försvårades och en känsla av isolering uppstod i arbetet på enkelrum (ibid).

Medvetenheten att den fysiska miljön är av betydelse när det kommer till god vård ökar ständigt, både nationellt och internationellt. Faktorer som påverkar arbetsmiljön är att den är lätt att tolka och förstå, estetiskt tilltalande och att det finns möjlighet till privathet. För att detta ska gynna patienter och vårdare bör det i praktiken utformas i samråd via dialog mellan företrädare från vården, kultur, design och arkitektur. Genom sin kunskap samspelar dessa mot en övertygelse att detta bidrar till att främja patientens välbefinnande och hälsa (Wijk & Nordin, 2017). Dessa tankegångar kan till viss del återspeglas till utformandet av NKS.

I och med flytten till NKS har vård- och arbetsmiljön förändrats. NKS består av huskroppar, så kallade vårdkärnor, vilka sammanbinds via länkar i horisontalplan och hisshallar vertikalt. För att särskilja de olika byggnaderna valdes ett kulörkoncept, tydligt markerat via färgen på golven men även genomgående i till exempel skyltning, vilket skulle förstärka orienterbarheten. Vårdmiljön har byggts enligt generalitetsprincipen vilket innebär att rum

med samma funktion i grunden ser lika ut, då tanken var att sjukhuset skall vara flexibelt, det vill säga att avdelningar skall kunna byta plats med varandra (<http://inuti.karolinska.se/>).

Arbetsmiljön på NKS

ECMO-centrum är belägen i den mittersta av tre vårdkärnor, på plan sju av 12 våningsplan. Ljusinsläpp både till patientsalar samt till expeditioner och pausrum sker endast via ljusgårdar, men då helikopterplatta anlagts på taket till huskroppen, så har dagsljusinsläpp begränsats. Avdelningen är en ”traditionell” vårdavdelning, med en korridor med enskilda vårdrum på en sida, och förråd, expeditioner, läkemedelsrum längs motsvarande sida av korridoren. Vissa förråd samt pausrum delas med annan avdelning, via tvärgående korridorer mellan avdelningarna. Fönstren i vårdrummen vetter mot en annan huskropp (genomgångskorridor vid barnröntgen), vilket medför att persienner oftast är neddragna, för att skydda patienternas integritet. Då man insåg att det inte gick att bemanna enskilda vårdrum gjordes en öppning mellan två vårdrum så att två moduler skapades. Läkemedelsrummet har placerats längst ner i korridoren och långt ifrån vårdsalarna. Dörrarna in till avdelningen är låsta med dörröppnare placerad vid dörren vilket medför att personal måste lämna vårdsal för att öppna och kunna se besökare. Avdelningens läge närmast hisshallar medför att avdelningen fungerar som genomgång mellan de olika huskropparna. Det finns persienner för fönstren och i dörrarna in till vårdsalen, vilka för det mesta är fördragna, för att skydda patienternas integritet. Administrativa ytor, personaltoaletter och lunchrum är placerad i korridor utanför avdelningen och delas med andra enheter (P. Liljebrand, personlig kommunikation, 20 februari, 2018).

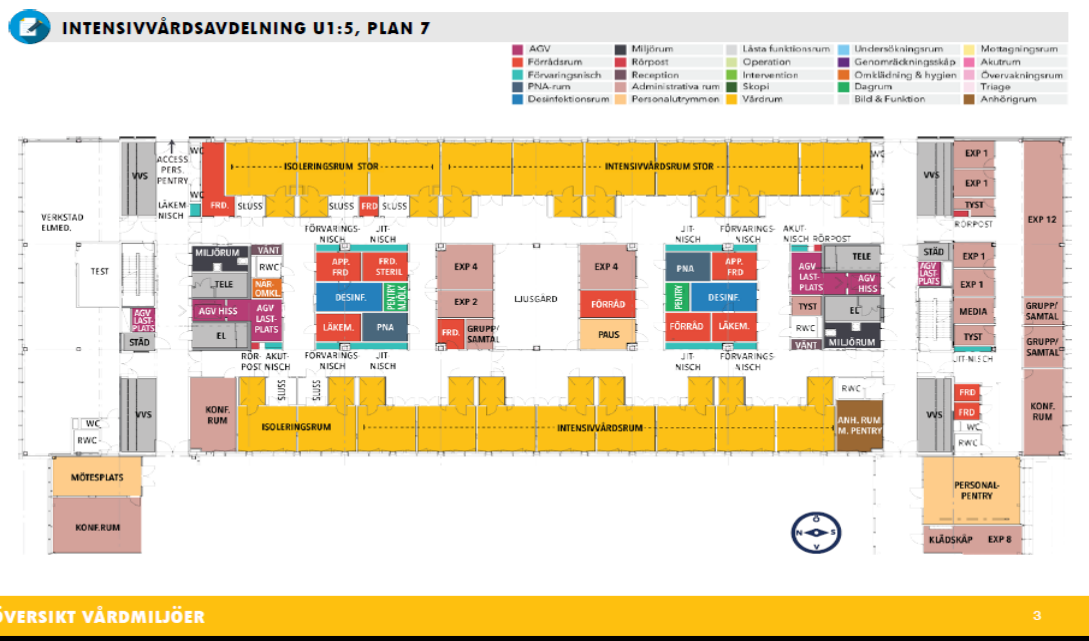


Bild: ECMO-centrum NKS

PROBLEMFÖRMULERING

Intensivvårdsavdelningar är en högteknologisk vårdmiljö där patienter med svikt i ett eller flera organ vårdas. Det ställer stora krav på intensivvårdssjuksköterskors omvårdnadskompetens så att patienternas hälsa och välmående tillgodoses. ECMO-sjuksköterskorna på NKS, har förutom sedvanligt omvårdnadsansvar, dessutom ansvar för ECMO-kretsens funktion. Då ECMO-behandlingen i sig ofta är helt livsuppehållande krävs ett bra och väl inarbetat samarbete med kollegor för att snabbt kunna bedriva god och säker omvårdnad. Enligt AML skall arbetstagaren ha möjlighet att utforma och medverka i den egna arbetssituationen och ges möjlighet att aktivt delta i förändringsarbeten. Personalen på ECMO-centrum ALB var delaktiga i att utforma den tidigare vårdmiljön och omvårdnadsrutiner utformades utefter att avdelningen haft en öppen vårdsal för flera patienter. Kollegor och läkare har alltid funnits närvarande i vårdmiljön vilket gav ett naturligt kunskapsutbyte och att hjälp varit lätt att få vid akuta situationer. I och med flytten till NKS har förutsättningarna för att bedriva en god och säker omvårdnad ändrats då arbets- och vårdmiljön har förändrat karaktär.

SYFTE

Syftet är att beskriva ECMO sjuksköterskors uppfattningar om hur vård- och arbetsmiljön har påverkats efter flytten till Nya Karolinska Solna.

METOD

I examensarbetets metoddel beskrivs urvalsprocess och hur författarna har gått tillväga vid datainsamling och dataanalys. De valde att använda sig av en kvalitativ design med en induktiv ansats. För att besvara studiens syfte valde vi att använda oss av fokusgruppsintervjuer för att samla in data. Avsnittet avslutas med de etiska aspekter som behöver tas i beaktande i genomförandet av en empirisk studie på avancerad utbildningsnivå.

Urval

Efter tillstånd från funktionsområdeschef (FOC) och innan datainsamlingen påbörjades skickades information om studien till patientflödeschef (PFC), omvårdnadschef(er) (OVC) och omvårdnadsansvarig (OVA) vid ECMO-centrum. De sjuksköterskor som anställdes vid ECMO-centrum före januari 2016 valdes att inkluderas i studien. Anledningen till detta var att författarna ansåg att sjuksköterskor med kortare anställningstid inte hade hunnit skaffa sig den erfarenhet som krävdes för att kunna göra en relevant jämförelse av arbetsmiljön före och efter flytten till NKS. De 21 sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna för studien fick ett informationsmail med en inbjudan att delta i studien och en kort beskrivning av studiens syfte (bilaga 1). Deltagarna anmälde sitt intresse att delta i studien till författarna via mail. På så sätt blev fokusgrupperna slumpmässigt sammansatta. Totalt anmälde sig nio stycken sjuksköterskor till de två tillfällena. Tre av fem sjuksköterskor hade möjlighet att delta vid det första intervjutillfället på grund av schemaförändringar. Dessa schemaförändringar berodde på att avdelningen hade en hög arbetsbelastning vid just det tillfället.

Datainsamlingsmetod

Författarna valde att använda sig av fokusgruppsintervjuer för att besvara studiens syfte. Fokusgrupper är en forskningsmetod som enligt Wibeck (2010) innebär att en grupp individer samlas och där de under en begränsad tid diskuterar ett ämne. Det valda ämnet initieras av en moderator som också ger förslag på nya infallsvinklar om det behovet uppstår.

Fokusgruppsintervjuer kan enligt Wibeck (2010) vara strukturerade eller ostrukturerade vilket beror på vilken roll moderatorn väljer att använda sig av. I denna studie valde vi att använda oss av en semistrukturerad roll vilket gav deltagarna möjlighet att diskutera fritt. Detta överensstämmer med fokusgruppsintervjuns kännetecken där informanterna samtalar runt öppna frågor inom det specifika område som intervjuaren/forskaren önskar samla data om (Patton, 2015). Enligt Patton (2015) är en styrka med fokusgruppsintervjuer att flera olika perspektiv av ett fenomen lyfts fram. Även det som inte sägs eller när det uppstår en tystnad kan ge tydliga insikter om gruppens åsikter som inte framgår vid enskilda intervjuer. På så sätt kan så mycket som möjligt av det valda ämnet samlas in under intervjutillfället (ibid). Moderatoren kan styra tillbaka diskussionen i rätt riktning om det är så att deltagarna i studien är på väg att hamna utanför ämnesområdet. Detta ger även möjlighet för moderatoren att ställa direkta frågor till någon i gruppen som inte har kommit till tals och på så sätt uppmuntra till ytterligare diskussion. Enligt Wibeck (2010) rekommenderas att storleken på gruppen bör vara ca 4–6 personer.

Platsen där fokusgruppsintervjuerna ägde rum valdes utifrån att den skulle ligga närheten av sjukhuset men inte på den egna avdelningen. Vid val av rum utgick författarna från att det skulle upplevas relevant i storlek för antalet deltagare, totalt ca sex till åtta personer. Varje intervjutillfälle beräknades ta totalt ca en timme och trettio minuter där själva intervjun utgjorde ca 45 min. Båda intervjutillfällena blev slutligen 60 minuter.

Författarna använde mobiltelefoner i flight-mode för ljudupptagning, totalt användes tre telefoner vid varje fokusgruppsintervju. Författarna testade utrustningen gemensamt före intervjuerna för att kontrollera ljudupptagningen. En intervjuguide med två öppna frågor utformades:

Hur uppfattar ni att arbetsmiljön har förändrats efter flytten till NKS? Vad är bra och vad är mindre bra? och Vad anser ni skulle kunna förbättra er arbetsmiljö eller är den bra som den är?

Som stöd till den första frågan utformades underrubriker: *lokalerens utformning, möjlighet till samarbete och delaktighet, arbetsbelastning, möjlighet till rast/paus, patientsäkerhet, tid för patienter och anhöriga, tid för utvecklingsarbete och kontakt med administrativ personal och ledning*. Avsikten med underrubrikerna var att författarna skulle kunna använda sig av dessa om behovet skulle uppstå för att hålla samtalet levande mellan deltagarna under intervjutillfället. En av författarna höll i själva presentationen och båda författarna deltog med korta inlägg såsom “Hur menar du då?” eller “Kan du utveckla?” under intervjuens gång.

Efter första fokusgruppsintervjun transkriberade båda författarna det inspelade materialet. Detta gav författarna möjlighet att göra eventuella justeringar inför nästkommande intervjutillfälle och på så sätt säkerställa att studiens syfte besvarades.

Varje intervjutillfälle inleddes med en powerpoint presentation där författarna kortfattat beskrev utbildningen, studiens syfte och planerad tidsåtgång. En kort definition på vad arbetsmiljö är enligt AML presenterades och vilken fick ligga kvar som bakgrund under intervjutillfällena. Informanterna fick fylla i och lämna in ett samtyckesformulär (bilaga 2). Deltagarna informerades ännu en gång om att intervjutillfället spelades in och att materialet avidentifierades i samband med transkriberingen.

Båda fokusgruppsintervjuerna inleddes med samma fråga som ställdes på samma sätt med en inbjudan att börja med lokalernas utformning. Under intervjuerna höll författarna en tillbakadragen profil och lät deltagarna föra diskussionen framåt på egen hand. Vid ett fåtal tillfällen valde författarna att ställa följdfrågor för att deltagarna skulle utveckla och förtydliga sina svar. Författarna valde även att använda sig av några av de underrubriker som fanns till underlag för att föra samtalet framåt. Efter ca trettio minuter valde författarna att ställa den andra frågan och på så sätt styra intervjun mot en avrundning och ett avslut.

Varje fokusgruppsintervju avslutades med att författarna frågade deltagarna om de hade något mer att tillägga innan intervjun avslutades. Avslutningsvis tackade författarna sjuksköterskorna för att de ville delta i studien. Den andra intervjun transkriberades inom ett par dagar efter intervjutillfället av båda författarna enskilt. Totalt transkriberat material blev ca 20–24 sidor per tillfälle.

Dataanalys

Författarna valde att göra en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004). Med induktiv ansats menas att materialet analyseras förutsättningslöst. Endast det manifesta som framkom i fokusgruppsintervjuer valdes att analyseras även om det enligt Graneheim och Lundman (2004) alltid sker en viss tolkning när texten analyseras.

1. Det transkriberade materialet lästes igenom flera gånger av bägge författarna. Båda lyssnade även på intervjuerna vid flera tillfällen var för sig.
2. Författarna lyssnade gemensamt igenom båda intervjuerna samtidigt som de följde med i texten som transkriberats. De markerade de avsnitt som de upplevde som meningsbärande enheter och det som framkom i båda grupp-intervjuerna. För att

förhindra att de skulle komma ifrån det valda området hade de syftet framför sig. Det inspelade materialet pausades flera gånger och författarna diskuterade det som hade sagts för att uppnå konsensus.

3. De meningsbärande enheterna kondenserades ner för att sedan kodas. Dessa delar skrevs ut för att sedan delas in i olika grupper.
4. Grupperna ordnades i subkategorier som slutligen utmynnade i två huvudkategorier; Lokalernas utformning och ECMO-sjuksköterskans yrkesroll och funktion. Fem subkategorier delades in under de två huvudkategorierna (tabell 1).

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Ibland flyttar jag fram datorn så att jag ska kunna se bägge patienterna och det är ju nog en osäkerhet även bland vissa anhöriga. För då har vi sagt att vi passar. Så ibland har man ju sett någon mamma eller pappa sticka fram huvudet för att se om det finns någon på andra sidan	När vi löser varandra syns vi inte alltid. Detta kan skapa en oro hos anhöriga, att de upplever att de är ensamma inne på salen.	Anhörigas oro	Vårdsal	Lokalernas utformning
Och jag kan inte säga vad det är i de nya lokalerna som gör det men arbetet har blivit tråkigare. Mycket utav arbetsglädjen är borta. Jag kan inte säga exakt om det beror på att lokaler är så stora och det känns som att vi är som små kuggar som bara springer där inne och det är så mycket annat folk som går i korridoren eller om det är att vi måste stänga dörrarna för att det inte ska bli så publikt...o vi måste skydda våra patienter med persienner mot fönstren och persienner mot korridoren....	Arbetet har blivit tråkigare och mycket av arbetsglädjen är borta. Vet inte exakt vad det beror på, lokalerna känns stora och vi jobbar på, instängda på våra salar, för att skydda patienterna från det som händer utanför.	Avsaknad av arbetsglädje pga ensamarbete	Ensamarbete och stress	ECMO-sjuksköterskans yrkesroll och funktion

Tabell 1. Exempel på dataanalys

Etiska aspekter

Innan studien påbörjades gjordes noggranna etiska överväganden tillsammans med handledaren. Enligt Röda Korsets Högskolas (RKH) riktlinjer fylldes avsedd blankett i för etikredovisning/etikprovning(<https://www.rkh.se/student/examensarbete-i-omvardnad/ansvar-och-etik/etikprovning/etik-vid-empiriska-studentarbeten-riktlinjer>). Blanketten förvaras och finns tillgänglig vid förfrågan. Då handledaren inte fann behov av ytterligare granskning, skickades information till funktions områdeschefen (FOC) för tillstånd att fråga personal om deltagande i studien (bilaga 3). Enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer finns fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet innebär att alla som är berörda av den aktuella forskningen ska informeras om deras uppgift och vad som förväntas av deras medverkan. Alla sjuksköterskor på avdelningen fick information om studien via e-mail. De sjuksköterskor som anmälde sitt intresse och som kom att delta i studien fick ytterligare information via e-mail, även muntligt om de så önskade, där studiens syfte beskrevs lite mer utförligt, hur fokusgruppsintervjuerna skulle gå tillväga och att materialet skulle behandlas konfidentiellt (Kvale & Brinkman, 2014). De informerades om att deltagandet var frivilligt och att de har rätt att avbryta sitt deltagande när som helst under processens gång. I enlighet med Vetenskapsrådets samtyckeskrav (2002) inhämtades skriftligt medgivande från de sjuksköterskor som deltog i studien. Deltagarna fick underteckna ett samtyckesformulär. I deltagarinformationen framgick det att vi tillämpade oss av konfidentialitet gällande det som framkom vid intervjutillfällena i enlighet med konfidentialitetskravet. Ljudinspelningarna överfördes direkt efter intervjutillfället till ett USB-minne. USB-minnet förvarades tillsammans med de utskrivna transkriberade intervjuerna och deltagarnas samtyckesformulär inlåsta i ett skåp som endast författarna hade tillgång till (Vetenskapsrådet, 2002). Nyttjandekravet innebär att uppgifter om enskilda personer enbart får användas för forskningsändamål. Då detta examensarbete inte innefattar några personuppgifter från deltagarna har nyttjandekravet inte tagits i beaktande.

RESULTAT

Detta examensarbete syftar till att beskriva ECMO sjuksköterskors uppfattningar om hur vård- och arbetsmiljö har påverkats efter flytten till NKS. Utifrån sjuksköterskornas uppfattningar framkom två huvudkategorier *Lokalernas utformning* samt *Sjuksköterskans*

yrkesroll och funktion. De två huvudkategorierna utmynnade i sju subkategorier; *allmänna utrymmen, administrativa ytor, vårdsal, ökat personalbehov, ensamarbete och stress, samarbete och kunskapsutbyte* samt *att inte kunna påverka*. Resultatet redovisas utifrån huvudkategorierna.

Lokalernas utformning

I båda fokusgrupperna framkom det att lokalernas utformning påverkade arbetsmiljön i stor utsträckning. I och med att den nya avdelningen byggts med enskilda vårdrum och att administrativa ytor, förråd och läkemedelsrum var belägna skilda från den direkta vårdmiljön, fanns behov av en större personaltäthet, vilket inte tillgodosattes innan flytten. Det arbetssätt som utarbetats på ECMO-centrum för optimal patientsäkerhet var att alltid ha en läkare eller sjuksköterska närvarande i vådrummet. Med enbart enskilda vådrum uppfattade sig sjuksköterskorna i båda fokusgrupperna ha stora svårigheter att utföra sina arbetsuppgifter. Från att tidigare haft kollegor närvarande, måste sjuksköterskorna nu kontakta läkare eller kollega via telefon, för att kunna lämna vådrummet för att till exempel hämta läkemedel. Informanterna upplevde också instängdhet och dålig arbetsmiljö i vådrummen. Som exempel gavs bristen på dagsljus då fönsterna var vända mot en annan huskropp med en ljusgård emellan som enda ljusinsläpp.

Allmänna utrymmen

Den höga igenkänningsfaktorn upplevdes leda till förväxlingsproblematik då det var svårt att veta vilket våningsplan man befann sig på och medförde att sjukhuset upplevdes opersonligt “... och det här med hög igenkänningsfaktor som gör det är helt opersonligt”.

Sjuksköterskorna menade också att avdelningens läge i mitten av tre huskroppar medförde att avdelningen användes som genomgång, och att människor utan anknytning till avdelningen rörde sig i korridoren. I en fokusgrupp diskuterades fördelar och nackdelar med att dela vissa utrymmen med en annan avdelning. Deltagarna ansåg att det var bra att dela lokaler framför allt nattetid då det fanns möjlighet till hjälp och att det var trevligt att kunna hjälpas åt. Dock hade det varit bättre att dela lokaler med en avdelning från samma PMI (programområde

intensivvård) till exempel BIVA (barnintensivvårdsavdelning) som man delat lokaler med på ALB. De delade utrymmen upplevdes ändå inte optimala då sjuksköterskorna gav uttryck för avsaknad av utrymmen för exempelvis överrapportering på den egna avdelningen. Det saknades även utrymmen för enskilda samtal eller ställen där personalen kunde få vistas i lugn och ro. De enda platser som fanns till förfogande förutom expeditionen var datorplatser utanför vådrummen. Då de platserna var belägna i anslutning till korridoren, upplevde sjuksköterskorna att patientsekretessen inte gick att upprätthålla där "Då kan du sätta dig utanför, dataplatsen utanför salen, men då är ju den också helt publik.... där folk går förbi, där kan du ju inte sitta". Expeditionen uppfattades ha blivit läkarnas där de rapporterade, talade i telefon och utförde sina administrativa arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna fick känslan av att de störde när de behövde använda dessa utrymmen exempelvis vid rapportering. Det pausrum som fanns inom enheten uppfattades helt underdimensionerat då det delades med annan avdelning. Lunchrummet beskrevs som att det var placerad för långt bort då det var beläget i korridor utanför avdelningen.

"Det är verkligen deras syn på hur dom ser på oss. Vad vi ska göra. Vi ska inte ha något ljus, vi ska inte gå och kissa, vi ska inte sitta och fika vi ska inte göra någonting. Vi ska bara jobba liksom. Vad är det för konstig...."

Lunchrummet användes endast vissa dagpass när det fanns tillräckligt med kollegor som kunde avlösa utan att patientsäkerheten försämrades och att arbetsmiljön för kollegorna var tillfredsställande.

Något som båda grupperna angav som positivt på det nya sjukhuset var patienttransport hissarna. De var mycket större än tidigare med gott om plats för både intensivvårdssäng och all kringutrustning som kunde behövas vid patienttransport och patientförflyttning kunde genomföras säkrare. Personalthissarna ansågs dock vara för få och inte anpassade till det antal personer som kommer att utnyttja dem.

Administrativa ytor

I fokusgruppsintervjuerna framkom att de administrativa ytorna hade separerats från vårdavdelningen och kontakt med chefer och administrativ personal försämrats.

Informanterna uppgav att kontakten med cheferna påverkades eftersom det inte var lika lätt att nå dem som tidigare. Personalen måste avlägsna sig från avdelningen eller ringa för att ha möjlighet att kommunicera med chefer och administrativ personal. Vissa dagar sågs de inte alls och informanterna kände en oro över att cheferna tappat kontrollen över vad som hände i verksamheten.

“Ett annat problem tycker jag är att våra OVC sitter så lång ifrån. Dom är ju helt avskilda från verksamheten. Det finns dagar som man inte ser dom annat än när de går förbi för att äta lunch borta i stora lunchrummet. De har ju ingen kontroll alls på vad som händer och... Det kanske är bättre för deras arbetsmiljö och sitta avskilt, det är möjligt, men jag kan tycka att det är lång bort.”

Det naturliga mötet inom avdelningen fanns inte längre på samma sätt.

Vårdrum

När grupperna diskuterade vårdrummets planering, uppfattades vårdmiljön å ena sidan som lugn och skön för patienter och närstående, med större möjlighet till enskildhet. Informanterna angav att patienternas integritet förbättrats, föräldrarna gavs bättre möjlighet att kunna knyta an till sitt nyfödda barn i en lugnare miljö och att vården i livets slutskede fick en annan värdighet. ”Man skyddar patienterna på ett annat sätt... Och jag tänker också på livets slutskede att det ju får en annan värdighet”. Å andra sidan menade sjuksköterskorna att det som blivit en fördel för patienterna blev en nackdel för personalen och i förlängningen även för patienterna då man fått kompromissa kring säkerheten och det säkerhetstänk som utarbetats på enheten ”Allt är ju på bekostnad av personalens arbetsmiljö. Vi kompromissar och tummar på vår säkerhet och vårt säkerhetstänk.” Det framkom att lokalernas

utförning medförde att sjuksköterskorna inte kunde följa med vad som hände på den andra salen, trots den öppning som gjorts.

”Ibland så jobbar man på sin halva utav dubbelsalen, så kan det ha gått ett helt arbetspass och man har ingen aning om vad de har gjort på andra halvan.... Då är jag inte mycket till resurs om det händer något där. Så det är ju patientosäkrare.”

Sjuksköterskorna uppfattade att de inte kunde vara en resurs för sina kollegor på samma sätt som tidigare om något akut hände vilket påverkade patientsäkerheten. Tidigare arbetade man ”sida vid sida” medan man nu hade ryggen vänd mot det andra vådrummet, då patienterna placering var med fotändarna mot varandra. Informanterna uppgav att de tidigare hade överblick över inställningar på maskiner, infusioner och det aktuella tillståndet hos närliggande patienter och att de därmed snabbt kunde vara behjälplig om akuta situationer uppstod.

“Hålet mellan salarna löste ju inte riktigt. Visst det är ju öppet emellan men det är ju som du säger fotändan är det ju som möts Du ser ju...Ibland flyttar jag fram datorn så att jag ska kunna se bägge patienterna och det är ju nog en osäkerhet även bland vissa anhöriga för då har vi sagt att vi passar. Så ibland har man ju sett någon mamma eller pappa sticka fram huvudet för att se om det finns någon på andra sidan”.

Det fanns en uppfattning bland sjuksköterskorna att även anhöriga kände sig mindre trygga när personalen löste varandra, då det var svårare att ha ögonkontakt på grund av rummens utförning.

Själva ytan på vådrummet upplevdes vara tillräcklig med bra plats för apparatur, möjlighet att ta sig bakom huvudändan och med god plats för anhöriga. Något som sjuksköterskorna upplevde negativt var att man inte kunde styra dimrar på taklampor och ventilation utifrån patienternas behov. Persiennerna för fönstren kunde heller inte att anpassas. Antingen var de neddragna på hela rummet, vilket innebar helt avsaknad av naturligt ljus, eller helt uppdragna vilket innebar full insyn för förbipasserande, då fönstren vette mot en korridor i en annan

huskropp. Sjuksköterskorna i båda grupperna uppgav att den instängda miljön påverkade både patienterna och personalen negativt. Sjuksköterskorna angav att ett omvårdnads mål på avdelningen var att patienterna skulle vara så vakna som deras tillstånd medgav. Att då enbart ha en annan huskropp eller neddragna persienner som utsikt upplevdes deprimerande. Sjuksköterskorna kunde inte använda utsikt som en motivation och inspiration för patienterna eller skapa en naturlig dygnsrytm. Brist på naturligt dagsljus medförde även att sjuksköterskornas egna upplevelse av instängdhet förstärktes. Vårdrummen upplevdes också ligga långt ifrån förråd, läkemedelsrum och PNA-rum (patientnära analysrum).

Eftersom läkargruppens nuvarande administrativa utrymme var beläget skilt från vårdrummen, hade man förlorat den ögonkontakt som var möjlig i de gamla lokalerna. Rummet i sig tycktes utgöra utmaningar för sjuksköterskorna. Detta framkom flera gånger i fokusgruppsintervjuerna som i följande citat:

”Jag vet inte exakt vad det beror på men, det känns som vi är små kuglar som bara springer där inne och det är så mycket annat folk som går i korridoren. Allt vi gör syns utåt i korridoren. Det är som att lokalerna är byggda för någonting, eller det vet vi att de är, byggda för någonting annat än det vi bedriver i dom, men det blir så uppenbart.”

Utifrån citatet så upplevde informanterna att de var isolerade från övrig verksamhet och att de nybyggda lokalerna inte var anpassade för de omvårdnadsaktiviteter som skall utföras, vilket sjuksköterskorna menade påverkar deras arbetsmiljö till det negativa. Detta visar sig också påverka de personella resurserna i form av ökat personalbehov vilket redovisas i nästa avsnitt av resultat.

ECMO-sjuksköterskans yrkesroll och funktion

Den andra huvudkategorin, ECMO-sjuksköterskans yrkesroll och funktion, valde författarna att dela in i subkategorierna ensamarbete och stress, kommunikation och samarbete, ökat personalbehov och att inte kunna påverka.

Ensamarbete och stress

“...det är väl bara att konstatera att det är väldigt mycket ensamarbete idag....”

Eftersom den fysiska arbetsmiljön har förändrats efter flytten till NKS har även ECMO-sjuksköterskornas möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter påverkats. I båda fokusgrupperna framkom det att läkemedelsrummets placering på avdelningen var av betydelse. Tidigare hade sjuksköterskorna kunnat iordningställa alla läkemedel utan att behöva lämna vådrummet. I de nya lokalerna var de tvungna att rent fysiskt lämna rummet och patienten för att gå till läkemedelsrummet. För att det skulle vara möjligt krävdes att sjuksköterskan blev avlöst av en annan kollega eller läkare vilket inte behövdes tidigare. Det var många gånger inte möjligt eftersom det inte fanns någon ytterligare person att tillgå, speciellt på kvällar, nätter och helger. Sjuksköterskorna menade att det var stressande att vara i behov av potenta läkemedel till patienten men som de inte hade möjlighet att hämta.

“Eller det här akuta läkemedlet. Jag behöver noradrenalin nu och det är inte lättillgängligt.

Då måste jag lämna min patient när den är som sämst. Och sen har jag ingen annan sjuksköterska i närheten.”

Stora krav ställdes på sjuksköterskorna att de skulle vara förutseende på vad som skulle kunna tänkas hända inom de närmaste timmarna. Tidigare har de kunnat blanda läkemedel i läkemedelsrummet som fanns i den öppna vårdmiljön. Det gav på så sätt sjuksköterskorna möjlighet att planera sitt arbete utifrån när vissa läkemedel skulle ges. Sjuksköterskorna menade också att det var en stress när de väl lämnade de enskilda vådrummet för att iordningställa läkemedel då de inte hade kontroll på vad som hände inne hos patienten. Samtidigt som de blandade potenta läkemedel övervakade de patienten med hjälp av övervakningsutrustning som fanns installerad inne i läkemedelsrummet. Sjuksköterskorna kunde se detta som ett riskmoment i sig eftersom de hade fokus på flera saker samtidigt. I den öppna vårdmiljön fanns alltid en annan sjuksköterska i rummet som kunde hjälpa till om något akut uppstod, och man hade möjlighet att höra om det hände något hos patienten genom att exempelvis ECMO-pumpen eller övervakningsutrustningen larmade. I det enskilda

vårdrummet så gick det bra så länge patienten var stabil och inget oförutsett skedde med patientens tillstånd, men så fort något förändrades och patientens vitala parametrar försämrades kände sig sjuksköterskorna ensamma, att de måste "tumma på" patientsäkerheten. De blev tvungna att lämna patienten ensam tillsammans med en undersköterska för att hämta akuta läkemedel om patienten började svikta i sina vitalparametrar, exempelvis plötsligt sjönk i blodtryck och fick en cirkulatorisk påverkan. Sjuksköterskorna uppfattade att ansvaret hade ökat i och med att de ofta blev lämnade ensamma. Utifrån patientens tillstånd fattade sjuksköterskorna beslut utan möjlighet att rådfråga en kollega eller läkare då dessa inte fanns tillgängliga i samma utsträckning som i den öppna vårdmiljön. Kraven som ställdes på sjuksköterskorna kändes ibland orealistiska eftersom de inte har det högsta medicinska ansvaret.

"Men det är inte realistiskt dom kraven som ställs på oss. Du blir inlåst på en sal och där ska du fatta alla beslut och du hör av dig om det är något. Den informationen som du levererar är den som läkarna bygger sin uppfattning på vad som behöver göras. Är det realistiskt och lägga det på oss, vi har ju inte det högsta medicinska ansvaret?"

Hos några av sjuksköterskorna fanns en känsla av att bara vilja klara av sitt arbetspass och att lyckas hålla allting flytande tills nästa sjuksköterska kom för att ta vid "Man vill bara ro iland allt just då. Dom åtta timmarna och sen kommer det avlösning, liksom. Du kan ju inte ha jättemycket framförhållning. Nu gick det här passet bra, jag höll patienten flytande. Nu kommer nästa."

I de tidigare lokalerna fanns i stort sett alltid en annan sjuksköterska eller läkare tillgänglig. Många gånger upplevde sjuksköterskorna att de inte "såg" övrig personal på ett helt arbetspass i de nya lokalerna. Ensamarbetet har bidragit till att arbetsglädjen har försvunnit och det upplevde arbetet tråkigare.

“Jag kan ju jobba en hel dag utan att jag träffar någon som jag jobbar med på ett helt pass. Och inte utbyta några ord med den personen om jag har mycket att göra. Överhuvudtaget, det är ju tråkigt”

Samarbetet mellan olika yrkeskategorier har försämrats vilket också uppfattades ha medfört ett kunskapsstapp kompetensmässigt. En sjuksköterska kände en sorg över att de arbetsätt som man tidigare haft möjlighet till inte längre fanns kvar, det är inte “det här jobbet jag vill ha”. Någon uttryckte också att ”Själen har försvunnit i det nya huset tycker jag. Jättetråkigt men så tycker jag att det är. Det är säkert inte husets fel... och jag tänkte att det skulle gå över.... Men det gör ju inte det.”

Något som framkom som skulle kunna gjort skillnad och minska ensamarbetet vore om sjuksköterskorna arbetade två stycken tillsammans med en undersköterska hos varje patient. Detta skulle skapa möjlighet att lämna vårdrummet och på så vis minska känslan av stress.

“Och man märker ju skillnaden när man är två sjuksköterskor. Alltså det är ju som natt och dag. Undersköterskor är guld värda och dom behövs absolut inom vården, utan dom klarar vi inte heller oss egentligen....Vi behöver varandra men just det här medicinska omhändertagandet samtidigt den här goda omvårdnaden....Man märker själv vilket lugn jag har när jag jobbar med...om man jobbar ett kvällspass med en sjuksköterska”.

Sjuksköterskorna gav uttryck för att de önskade lokaler som är anpassade för verksamheten och för den vård som ska bedrivas i dem. På så sätt trodde de också att det fanns möjlighet att locka tillbaka gamla kollegor men även behålla de som arbetade på ECMO.

Samarbete och kunskapsutbyte

Kommunikation, samarbete, att utbyta kunskap och erfarenheter var delar som sjuksköterskorna uppfattade som viktiga i deras dagliga arbete. I och med flytten till NKS har detta i stort försvunnit och de uppfattade att de många gånger stod ensamma med de svårt sjuka patienterna. Sjuksköterskorna menade att de inte längre hade samma möjligheter till samarbete som tidigare. Kontakten med övrig personal hade förändrats i och med ökade fysiska avstånd och ensamarbete på vårdrummet vilket innebar att kommunikationen personal

emellan försämrats. Sjuksköterskorna oroade sig för att viktig information glömdes bort och att det missades att rapporteras vidare.

Med erfarenhet kommer kunskap om vilka risker det faktiskt medför att behandlas med ECMO. I och med det nya arbetssättet fanns inte alltid tid och möjlighet att identifiera de risker eller de problem som kunde tänkas uppstå. Sjuksköterskorna uppgav sig känna stress över att de inte hade möjlighet till att samarbeta och dela erfarenheter och kunskap med varandra i samma utsträckning som tidigare. De uttryckte en oro över att möjligheterna till ett samarbete hade minskat efter flytten till NKS och att kunskapsutbyte kollegor emellan påverkats av den nya arbetsmiljön.

“Det är därför jag är iva-sjuksköterska, det här samspelet med varandra många gånger. NN har du sett den här patienten? Har du varit med om det här förut? Eller så får jag tips och idéer från mina kollegor. Det här har jag förlorat med flytten, för att nu är man ju väldigt mycket ensam, det är som du säger NN, det är inte alla gånger som man kan förutse. Men det är inte alla gånger som jag kan identifiera risker, det är inte alla gånger jag har tid att göra det.”

Tidigare har de kunnat ta hjälp av varandras erfarenheter och kunnat uppmärksamma varandra på om något saknades hos patienten, speciellt när det kommer till ECMO-pumpen och den extrautrustning som kunde tänkas behövas.

Möjligheten att ställa en fråga till en kollega hade också förändrats. Med den öppna vårdmiljön, fanns det i stort sett alltid en annan sjuksköterska i närheten med möjlighet att diskutera patientens tillstånd, eventuella funderingar kring provtagningsresultat eller förändringar som kunde vara aktuella i behandlingen. Den möjligheten hade förändrats då kommunikationen inte sker i det dagliga mötet utan ofta måste ske via telefon och inte vid patienten.

I det enskilda vårdrummet fanns inte möjligheten till att arbeta i par som sjuksköterskor i samma utsträckning. Både fokusgrupperna menade att möjligheten till att lära av varandra och på så sätt öka den egna kompetensen till stor del hade försvunnit.

En annan förändring i den nya arbetsmiljön var att sjuksköterskorna kände sig mer låsta. I och med att de måste bli avlösta av en annan kollega eller läkare fanns inte möjligheten att lämna vårdrummet för en kortare stund för att ex analysera en blodgas. Detta blev då istället undersköterskans arbetsuppgift. En sjuksköterska sa “Nae jag tror att det är det som mustar ur en som människa till slut... alltså tillslut eller någonstans så tar det ju slut bara...” och en annan “Idag blir det så kännbart för man är ju hos pat alla timmar, speciellt när vi vill ha dom vakna vilket är jättebra men det är ju jättekrävande. Tycker jag personligen.”

Det fanns inte möjlighet att på ett “naturligt” sätt få tillfälle att för en kort stund tanka ny energi då att vårda en vaken ECMO-patient många gånger tar väldigt mycket energi.

I och med att kunskapsutbytet och möjligheten att lära av varandra inte kunde ske naturligt i samma utsträckning som tidigare uttryckte sjuksköterskorna även en oro över hur detta kommer att påverka patientsäkerheten, att “det kommer bli jättedåligt” för patienten.

Eftersom kompetensutvecklingen har begränsats efter flytten uttryckte deltagarna hur viktigt det är att all kompetens tas till vara. Genom att få utveckla och upprätthålla sin kompetens kunde möjligheter skapas för att göra arbete roligare. Sjuksköterskorna ansåg det viktigt att sprida kompetensen så att arbetsmiljön kändes trygg och säker både för personalen som arbetar där men främst för patienterna och deras anhöriga. Genom kompetensutveckling menade sjuksköterskorna att det skulle kunna uppfattas som “en morot” att vilja stanna kvar på arbetsplatsen och att det kunde göra arbetet roligare.

Ett önskemål som framkom som viktigt var att det alltid skulle finnas en “senior sjuksköterska” på avdelningen för att stötta och rådfråga.

Ökat personalbehov

I de nya lokalernas utformning uppfattade sjuksköterskorna att det krävdes en högre bemanning då en utarbetad rutin var att det alltid skulle finnas en sjuksköterska eller läkare på vårdsalen. Informanterna uppgav att de inte hade möjlighet att lämna salen för att till exempel analysera blodgaser, hämta blodprodukter eller läkemedel, gå på toaletten eller ta en kort paus utan att ringa för att be om att bli avlöst. Deltagarna gav uttryck för att det fanns ett behov av

en extra sjuksköterska som inte hade patientansvar utan som kunde vara behjälplig med att lösa för raster och vid akuta situationer. Det framkom önskemål om att kunna arbeta två sjuksköterskor tillsammans med patientens omvårdnad, vilket förutom mycket annat, medförde att sjuksköterskan lättare kunna röra sig fritt och gå in och ut från vårdsalen, utan att behöva ringa efter hjälp "Så jag tror att det som skulle underlätta det är ju att vara två sjuksköterskor på varje patient i så fall. O jag vet att det är en total omöjlighet...".

En av orsakerna till att NKS byggdes med enskilda vårdrum var att vårdhygien var en styrande faktor vid utformandet av sjukhuset. Informanterna uppgav att då bemanningen inte hade anpassats till det ökade personalbehovet som enskilda vårdrum medförde, så var personalen tvungna att samvårda patienterna precis som tidigare. Lokalerna uppfattades inte vara optimala utifrån det arbetssätt som utformats. Det var svårt att skola in ny personal på ett bra sätt då man till exempel inte kunde följa med sin nya kollega till läkemedelsrummet för att i lugn och ro kunna blanda läkemedel utan att ha blivit avlöst.

Det uppfattades svårt att få ut sin rast, framför allt på kvällar, helger och nätter då bemanningen inte var anpassad för de nya lokalerna. Många gånger valde informanterna att sitta utanför vådrummet då man inte kunde bli avlöst. Det fanns till och med gånger då sjuksköterskorna ätit inne på vådrummet eftersom patienten var för instabil för att sjuksköterskan på salen bredvid skulle kunna ansvara för två patienter och det inte fanns annan personal att tillgå. "Nu krävs det att någon kommer in rent fysiskt och löser på salen. Det är en helt annan tidsåtgång för det och ett helt annat meckande". För att lösa sjuksköterskan på det enskilda vådrummet blev den avlösande sjuksköterskan borta en längre tid från sin patient, vilket innebar att den kvarvarande sjuksköterska hade ett ökat patientansvar under tiden. Det krävdes en helt annan tidsåtgång då någon fysiskt måste komma in och lösa.

Att inte kunna påverka

Att känna att det inte har funnits möjlighet att påverka hur den nya arbetsplatsen skulle se ut men även att inte har getts möjlighet att kunna påverka och förändra arbetsplatsen efter flytten är något som har skapat frustration, vilket framkom vid båda intervjutillfällena.

“Men jag tror att det är en sorg det här att vi inte har fått påverka någonting. Utan det är någon annan som har bestämt allt. Allt vi har sagt har varit fel. Det har ju varit den inställningen. Så har det varit för alla. Just vi som ska arbeta där och patienterna som ska vårdas har ju inte fått utan det har ju varit annan forskning, studier som har styrt utformningen av lokaler...”

Innan flytten uttryckte flera sjuksköterskor sin oro över hur det skulle fungera att arbeta i de nya lokalerna, att det fanns ett behov att försöka arbeta fram nya arbetssätt innan flytten men att de inte fick gehör för denna oro från närmaste chefer. Känslor som att inte få framföra sina åsikter och känna sig tystade var något som uttrycktes ”Innan NKS fick man inte säga någonting, vi som har arbetat på enkelsalen kunde ju se problemen men det var inte okej att framföra vissa åsikter....”.

Den arbetsbeskrivning som togs fram innan flytten hade inte diskuterats i den utsträckning som skulle behövts. Sjuksköterskorna upplevde att de inte givits chans att lösa några problem eller komma med förbättringsförslag eftersom tiden till detta har varit för knapp. Endast vid ett par tillfällen har tid givits åt att diskutera eventuella förändringar i arbetsrutiner men på grund av tidsbristen har det varit svårt att komma fram till något resultat. I och med den frustration som uppstått fanns känslan av att gruppen splittrats i avsaknad av struktur. Läkemedelsrummets placering på avdelningen bidrog till att sjuksköterskorna hade svårt att utföra sina arbetsuppgifter på ett tryggt och säkert sätt. “Jag tror på allvar att är det några som har förlorat på den här flytten så är det vår kategori, det är ju vi sjuksköterskor”.

DISKUSSION

I följande avsnitt kommer en diskussion föras kring vald metod och de styrkor och svagheter som den kan tänkas innebära för studiens resultat. Vidare förs en diskussion av resultatet

kopplat till den forskning som finns beskriven i bakgrunden. Utifrån diskussionen utformas slutsatser som sedermera leder vidare till förslag på fortsatt forskning inom området.

Metoddiskussion

Då vi inom ramen för magisterarbete hade begränsad tid till förfogande, så kunde vi genom fokusgruppsintervjuer fått tillgång till mycket data på relativt kort tid (Wibeck 2000).

Ändamålet med fokusgrupper är att samla data och interaktion mellan gruppdeltagarna används för att få fram data. Deltagarna kunde reflektera över sina åsikter i förhållande till andras och därigenom ge uttömmande svar (Patton, 2002). Hur användbara data som kommer fram, beror på hur deltagarna vill dela med sig av sina tankar och erfarenheter i gruppen. De kan också falla in i sin roll som de har i den vardagliga arbetssituationen. Det finns en risk att deltagarna påverkar varandra och att inte allas uppfattningar kommer fram, därför att det av stor vikt att moderatorn ger alla möjlighet att komma till tals. Moderatoren måste även ha kontroll över diskussionen så gruppen håller sig till frågeställningen och att fokus hålls mot syftet med studien. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det alltid finns en maktdimension mellan forskaren/moderatoren och gruppdeltagarna. Därför är det viktigt att moderatoren tydliggör sin roll i gruppen innan intervjun startar, för att minska upplevelsen av makt (Wibeck, 2000).

Författarnas förförståelse kan både ses som en svaghet och en styrka. Då författarna är arbetskollaborer med deltagarna har de en förståelse för hur den specifika arbetssituationen ser ut vilket kan underlätta tolkningen av resultatet. Förförståelsen kan innebära en svårighet för författarna att förhålla sig objektivt till det som framkom under intervjuerna. Genom att författarna valde att använda sig av en semistrukturerad intervjuguide och höll en låg profil under intervjun gavs deltagarna möjlighet att samtala fritt.

En annan svaghet med studien är att endast cirka en tredjedel av avdelningen sjuksköterskor hade möjlighet att delta. Fler anmälde sitt intresse men på grund av tidsbegränsningen var det svårt att få till fler intervjutillfällen. Två sjuksköterskor föll bort ur studien på grund av hög arbetsbelastning på det planerade intervju datumet. Författarna gjorde ett försök till ett

ytterligare intervjutillfälle då flera anmälde sitt intresse men på grund av tidsbrist gick de inte att genomföra. En av deltagarna i studien valde kort därefter att sluta men är nu på väg tillbaka in i verksamheten igen. Under det senaste året har fler sjuksköterskor valt att lämna verksamheten och idag är det 20 st sjuksköterskor anställda på ECMO-centrum.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva ECMO-sjuksköterskors uppfattningar om hur flytten till NKS påverkat vård- och arbetsmiljön. Genom att använda semistrukturerade fokusgruppsintervjuer önskade författarna ta del av sjuksköterskornas uppfattningar om den nya vård- och arbetsmiljön. Under analysen av samtalen framstod lokalernas utformning samt sjuksköterskans yrkesroll och funktion som huvudkategorier. Utifrån dessa skapades subkategorier i form av: allmänna utrymmen, administrativa ytor, vårdsal, ensamarbete och stress, ökat personalbehov, samarbete och kunskapsutbyte samt att inte kunna påverka. Vi har valt att diskutera resultatet utifrån hur sjuksköterskorna uppfattade hur det är att arbeta i enskilda vårdrum.

Att vårda på enskilda vårdrum

NKS utformning är baserad på generalitetsprincipen vilket innebär att alla patienter vårdas i enskilda vårdrum (Teltsch et al., 2011). Detta medförde en förändring för sjuksköterskorna på ECMO-centrum i deras vård- och arbetsmiljö. I de nya lokalerna uppfattade sjuksköterskorna svårigheter att utföra sina arbetsuppgifter. Många gånger har sjuksköterskan svårt att lämna vårdsalen då det inte finns någon annan sjuksköterska tillgänglig. Daly et al. (2016) identifierade bemanningen av vården runt den vuxna ECMO-patienten. Där framkom att det var intensivvårdssjuksköterskan tillsammans med perfusionisten som ansvarade för omvårdande och vården. Att vårda vakna patienter i den nya vårdmiljön upplevdes som mer utmanande för sjuksköterskorna då det inte finns samma möjlighet att lämna vårdsalen. Everingham et al. (2012) och Laerkner et al. (2015) beskriver att vårda vakna respiratorpatienter som krävande men också mer givande. I Broom et al. studie från 2016 beskrivs liknande problematik där ett ökat personalbehov var just en av slutsatserna. God bemanning är en förutsättning eftersom den vakna patienten är i behov av ständig närvaro. En lösning som sjuksköterskorna som deltog i vår studie kunde se var att det alltid skulle arbeta två sjuksköterskor tillsammans på varje vårdsal. Detta var dock något som de själva uttryckte

som en total omöjlighet eftersom det i nuläget inte finns tillräckligt med sjuksköterskor anställda inom verksamheten. Sjuksköterskorna uppfattade att den förändrade vård och arbetsmiljön hade lett till ökad stress, mer ensamarbete, försämrat kunskapsutbyte, svårigheter att utföra sina arbetsuppgifter och att patientsäkerheten påverkades. Liknade uppfattningar beskriver Broom et al. (2016). En av de viktigaste delarna i omvårdnaden runt ECMO-patienterna har varit att samla kompetens bedside, för att snabbt kunna åtgärda komplikationer i ECMO-kretsen, allt för att åstadkomma en så patientsäker miljö som möjligt. Detta har också medfört att kunskapsutbyte och utbyte av erfarenheter enkelt kunnat ske mellan kollegor. I och med att man på NKS enbart har enskilda vårdrum har den möjligheten minskat drastiskt. Att inte ha en kollega att ta hjälp av eller rådfråga upplevdes som en stressfaktor.

I den öppna vårdmiljön fanns alltid en annan kollega tillgänglig som kunde bistå med stöd och hjälp. Teamkänslan och behovet av ett samarbete för att ge patienterna bästa möjliga omvårdnad framkom även hos Alameddine et al. (2009) där intensivvårdssjuksköterskorna upplevde teamkänslan som stödande i både i omvårdnaden av den sjuke patienten men även i stödet till anhöriga. Arbetsrutinen på ECMO-centrum är att det alltid ska finna en sjuksköterska hos patienten.

I den nya vård och arbetsmiljön har sjuksköterskornas möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter förändrats. För att lämna vårdrummet måste en annan kollega tillkallas. I intervjuerna gavs uttryck för ett behov av en extra sjuksköterska som inte hade patientansvar och på så sätt vara behjälplig. Broom et al. (2016) visade på att en övergång från en öppen avdelning till enskilda vårdrum medförde en ökad arbetsbelastning och ett ökat personalbehov. Ett ökat behov av stöd och utbildning från kollegor, att kommunikationen inom vårdteamet försvårades och en känsla av isolering var upplevelser som framkom studien (ibid). En annan faktor som framkom till följd av ensamarbete, var att kontakten med kollegor försämrats, och att arbete blivit tråkigare, vilket i sin tur medför att arbetsglädjen försvunnit. Vikten av att ha goda relationer med kollegor och arbetsmotivation bland annat är av betydelse för den psykosociala arbetsmiljön (Bégar et al., 2005). Studien visade att fysisk och psykisk stress minskade när sjuksköterskorna gavs möjlighet att arbeta i en miljö som upplevdes stöttande.

Enligt AML ska arbetsmiljön vara tillfredsställande och anpassad utifrån olika människors förutsättningar. Arbetstagaren ska ges möjlighet att delta och medverka i utvecklings- och förbättringsarbeten och även ges möjlighet att utforma och medverka i den egna

arbetssituationen. Med hänsyn till ECMO- sjuksköterskornas beskrivning av sin arbetssituation, har de målen åsidosatts. De intervjuade sjuksköterskorna hade alla varit del av den ombyggnation som ägde rum 2011, vilken finns beskriven i bakgrunden. En stor skillnad inför flytten till NKS var att de inte hade känt sig delaktiga i utformandet av den nya avdelningen. De uttryckte en sorg över att de inte hade kunnat påverka utan att det var någon annan som hade bestämt. De upplevde att forskning gällande hygien hade varit styrande och att det inte hade tagits hänsyn till varken personalens eller patienternas åsikter.

Något som sjuksköterskorna uttryckte som positivt med enskilda vårdrum var att patienterna fick en lugnare miljö och att patient integriteten kunde bevaras vilket också beskrivs hos Broom et al. (2016). Sjuksköterskorna gav uttryck för att det lagts ett större ansvar på den enskilda sjuksköterskan att bedöma patientens tillstånd och därigenom utvärdera behov av åtgärder. Det nära samarbetet som utvecklats under flera år mellan personalkategorier runt patienten fanns inte längre, möjligheten till kunskapsutbyte hade minskat och patientsäkerheten försämrats. Sorgen och frustrationen över att inte ha fått vara med att påverka utformningen av den nya arbetsplatsen genomsyrade samtalen i båda grupperna.

Vid båda intervjutillfällena fortsatte diskussionerna trots att ljudupptagningen hade avslutats. Deltagarna gav uttryck för att det fanns ett uppdämt behov av att få diskutera sina upplevelser av flytten till NKS, men att det inte tillgodosetts tidigare.

Slutsats

Vår studie har visat att i och med utformningen av NKS vårdmiljö, med enbart enskilda vårdrum, uppfattar sjuksköterskorna vid ECMO-centrum att förutsättningarna för att bedriva god omvårdnad och möjlighet till kunskapsutbyte har försämrats. Då man nu arbetar mer ensam, finns uppfattningen av att inte kunna tillgodose patientens behov och/eller att inte kunna utföra sina arbetsuppgifter på grund av den förändrade fysiska arbetsmiljön. Detta leder till upplevelsen av ökad stress och otillfredsställelse i det dagliga arbetet. Sjuksköterskorna ser positiva effekter för patienter och anhöriga. Enskilda vårdrum är positivt för den personcentrerade vården med tanke på patientens integritet, men kan också försvåras då begränsningar finns för möjlighet till hjälp, då sjuksköterskorna uppgav att nuvarande personalresurser många gånger inte är tillräckliga. I den tidigare öppna vårdmiljön arbetade man i team runt patienten, annan personal fanns alltid tillgänglig på sal vid

omvårdnadsåtgärder och akuta situationer. Möjligheterna till kunskapsutbyte och ha kollegor att diskutera med fanns alltid.

Vård- och arbetsmiljö innefattar såväl den fysiska vårdmiljön runt patienten som den psykosociala arbetsmiljön gällande möjlighet till kommunikation och stöd från kollegor och chefer. Att känna sig delaktig och kunna påverka utformandet av den nya arbetsmiljön är en viktig grund för att vårdpersonal skall trivas och vilja stanna kvar på arbetsplatsen, vilket man enligt lag även har rätt till. Sjuksköterskorna uppgav en känsla av sorg över att inte ha fått vara delaktiga i utformningen av den miljö där de skall bedriva omvårdnad av den svårt sjuka patienten, att deras kompetens och erfarenhet inte värdesatts.

Klinisk betydelse

I och med flytten till NKS skedde en förändring i vård- och arbetsmiljön. Att gå från en öppen vårdmiljö till att arbeta i enskilda vårdrum har inneburit en del förändringar. Sjuksköterskorna gav uttryck för uppfattningar som känslan av ett ökat ensamarbete, försämrade möjligheter till kommunikation och kunskapsutbyte samt att personcentrerad vård till viss del försvårades i den nya vård och arbetsmiljön. Genom att tydliggöra sjuksköterskornas uppfattningar om den egna vård- och arbetsmiljön är vår förhoppning att studiens resultat kan vara en del som tas i beaktande vid en kommande ombyggnation.

Förslag på vidare forskning

Då ECMO-centrum är en liten enhet vore det av intresse att genomföra en studie på alla verksamheter. Genom exempelvis en kvantitativ enkätstudie undersöka hur personalen anser att deras vård och arbetsmiljö har påverkats efter omorganisation och flytt till NKS. På så sätt kan personalens åsikter tydliggöras gällande implementeringen av den nya organisationen och den arbetsmiljön vilket kan vara av värde för kommande omorganisationer.

REFERENSER

- Alameddine, M., et al. (2009). "The intensive care unit work environment: Current challenges and recommendations for the future." *Journal of critical care* 24(2), 243-248.
- Broom, M., Gardner, A., Kecses, Z., Kildea, S. (2016) Transition from an open-plan to a two-cot neonatal intensive care unit: a participatory action research approach. *Journal of Clinical Nursing*, 26,1939-1948.
- Daly K. J., Camporota, L., & Barrett, N. A. (2016). An international survey: the role of specialist nurses in adult respiratory extracorporeal membrane oxygenation. *British Association of Critical Care Nurses*.
- Daly, K. (2016). The role of the ECMO specialist nurse. *Qatar medical journal*. VOL. 2017 / SWAC ELSO / ART. 54.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P.O. (2008). Person-centered care for people with Severe Alzheimer's disease – current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367. doi:10.1016/S1474-4422(08)70063-2
- Edvardsson, D., Sandman, P. and Borell, L. (2014) 'Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience'. *International Psychogeriatrics*, 26(07), 1171-1179.
- Everingham, K., Fawcett, T., & Walsh, T. (2012). 'Targeting' sedation: the lived experience of the intensive care nurse. *Journal of Clinical Nursing*. 23, 694-703.
- Frenckner, B., Frisé, G., Palmer, P., & Linden, V. (2004). Swedish experiences with ECMO-treatment with an artificial lung. *Lakartidningen* 101(14), 1272–1275, 1278–1279.
- Gay, S. E., Ankney, N., Cochran, J. B., & Highland, K. B. (2005). Critical care challenges in the adult ECMO patient. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24 (2), 157-164.
- 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.
- Hill, J. D., De Leval, M. R., Fallat, R. J., Bramson, M. L., Eberhart, R. C., Schulthe, H. D., Gerbode, F. (1972). Acute respiratory insufficiency. Treatment with prolonged extracorporeal oxygenation. *The journal Of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 64(4), 551–562.

- Hörnsten, Å. (2013). Personcentrerad vård: Översikt. I *Vårdhandboken*. Hämtad 31 augusti, 2018, från <http://www.vardhandboken.se/texter/personcentrerad-varld/oversikt/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lachaine, J. & Beauchemin, C (2012) Economic evaluation of dexmedetomidine relative to midazolam for sedation in the intensive care unit. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 65(3), ss. 103-110.
- Laerkner, E., Egerod, I. & Hansen Ploug, H. (2015). Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), ss.1-9.
- Linden, V., Palmer, K., Reinhard, J., Ehren, H., Granholm, T., & Frenckner, B. (2000). High survival in adult patients with acute respiratory distress syndrome treated by extracorporeal membrane oxygenation, minimal sedation, and pressure supported ventilation. *Intensive Care Med*, 26(11), 1630–1637.
- Marasco S., Lukas G., McDonald M., McMillan J. & Ihle B. (2008). Review of ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation) Support in Critically Ill Adult Patients. *Heart, Lung and Circulation* 2008; 17S:S41-S47
- Milutinovic, D., Golubovic, B., Brkic, N., & Prokes, B. (2012). Professional stress and health among critical care nurses in Serbia. *Arh Hig Rada Toksikol*, 63(2), 171-180.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. London: SAGE.
- Peek, G.J., Elbourne, D., Mugford, M., Tiruvoipati, R Wilson, A., Allen, E., Truesdale, A. (2010). Randomized controlled trial and parallel economic evaluation of conventional ventilator support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR). *Health technol Assess*, 14(35), 1-46. Doi:10.3310/hta14350
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Rosher, R. B. and Robinson, S. (2005) 'Impact of the Eden Alternative on family satisfaction', *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(3), 189-193.

- Slater, L. (2006). Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23(1),135-144. doi:10.5172/conu.2006.23.1.135
- Sjögren K, Lindkvist M, Sandman PO, Zingmark K, Edvardsson D. To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 2015 May;24(9-10):1310-9.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Värdegrund för omvårdnad. Stockholm.
- Teltsch, D.Y., Hanley, J., Loo, V., Goldberg, P., Gursahaney, A., & Buckeridge, D.L. (2011). Infection acquisition following intensive care unit room privatization. *Arch Intern med*, 171(1), 32-38. Doi:10.1001/archinternmed.2010.469
- UK collaborative randomized trial of neonatal extracorporeal membrane oxygenation. UK Collaborative ECMO Trial Group. (1996). *Lancet*, 348(9020), 75–82.
- Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet
- Von Bahr, V. (2015) ECMO – Dåtid, nutid, framtid. *Svensk Kirurgi*, volym 73, nr 4.
- Von Bahr, V., Hultman, J., Eksborg, S., Frenckner, B., & Kalzen, H. (2017). Long-term survival in adults treated with extracorporeal membrane oxygenation for respiratory failure and sepsis. *Crit Care med*,45(2), 164-170. Doi:10.1097/ccm.0000000000002078
- Vårdförbundet. (2015). *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård*. Hämtad från https://www.vardforbundet.se/Documents/Trycksaker%20-%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyter/Trycksak_Personcentrerad_vard_A5_web.pdf
- Wibeck V. (2000) *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur.
- Wijk, H & Nordin, S. (2017) Vårdmiljöns betydelse för hälsa och välbefinnande. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2.

BILAGOR

Bilaga 1

Deltagarinformation

Vi är två specialistsjuksköterskor inom intensivvård som går kursen Examensarbete i omvårdnad 15 hp vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudområdet omvårdnad i form av en uppsats om 15 hp.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.

Preliminärt namn på studien är: ”Flytten till NKS- Sjuksköterskors uppfattningar om hur arbetsmiljön har påverkats.”Området vi önskar studera är: hur sjuksköterskorna som arbetar på ECMO-centrum uppfattar att arbetsmiljön har påverkats efter flytten till NKS (Nya Karolinska Solna).

Metoden som vi har valt för att samla in data på är fokusgruppsintervjuer. Varje fokusgrupp kommer att bestå av 6–8 deltagare där ni tillsammans diskuterar kring de frågor som ställs angående hur arbetsmiljön har påverkats efter flytten till de nya lokalerna på NKS. Vi beräknar att intervjutillfället kommer att vara ca 45 min.

Det som framkommer vid intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagare kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att på något sätt påverka dig.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap om hur sjuksköterskor som arbetar på ECMO-centrum uppfattar hur arbetsmiljön har påverkats vilket vi hoppas kan ligga till grund för fortsatt arbete gällande arbetsmiljön på ECMO-centrum. Preliminära datum för intervjuerna är den 15 och 22 november på Norrbacka mellan kl 14:15 och 15:30. Kommer du in på ledig dag är ersättningen tid mot tid.

Är du intresserad att vara en av deltagarna i denna studie vänligen kontakta xxx eller xxx via mail så snart som möjligt, senast 10/11.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning går det också bra att vända dig till någon av oss.

Mvh

Stockholm 2017-11-01

Studerande:

Studerande:

Handledare:

Bilaga 2

SAMTYCKESFORMULÄR

Informerat samtycke

Jag har tagit emot information och fått ställa frågor om syftet med studien och mitt deltagande. Jag har även fått information om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att ange skäl.

Jag samtycker till att delta i denna studie.

Namn..... Datum.....

Bilaga 3

Till verksamhetschefen vid PMI Barn, ECMO

Förfrågan angående genomförande av studie

Vi, [REDACTED] och [REDACTED] går kursen Examensarbete i Omvårdnad, 15 hp, vid Röda Korsets Högskola i Stockholm.

I utbildningen ingår ett examensarbete inom huvudområdet omvårdnad i form av en uppsats om 15 hp. Vi avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet. Syftet med studien är: att beskriva ECMO sjuksköterskors uppfattningar om hur arbetsmiljön har påverkats efter flytten till NKS.

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av: Fokusgruppsintervjuer med avdelningens sjuksköterskor.

Tidsplan: Datainsamlingen planeras starta v 46 och vara avslutad v 47. Examination av arbetet kommer att ske januari 2018.

Vår handledare är [REDACTED] vid Röda Korsets Högskola

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera personal inom berörd verksamhet. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktad personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen. I görligaste mån kommer uppgifter från de undersökta medarbetarna att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas konfidentiellt. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter och efter avlagd examination publiceras i DIVA. Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid Nya karolinska sjukhuset, PMI Barn, ECMO-intensiven.

[REDACTED]
[REDACTED]

Stockholm 2017-10-30

Tillstånd att genomföra datainsamling gives av verksamhetschef.....

Vid..... Den.....