



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Omvårdnadsvetenskap
15 hp, avancerad nivå
Intensivvård
2010

**PSYKOLOGISK PÅFRESTNING FÖR
BLIVANDE OCH NYUTEXAMINERADE
INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERS KOR**

**PSYCHOLOGICAL STRESS FOR FUTURE AND NEWLY
EXAMINED INTENSIVE CARE NURSES**

Författare: Tommy Sandvik
Johan Thorssin

SAMMANFATTNING

Arbetet inom intensivvården kräver mycket av intensivvårdssjuksköterskan. Patienterna är mycket sjuka med svikt i vitala organ, anhöriga som kan vara i chock ska omhändertas, tekniskt krävande utrustning som ständigt utvecklas och förnyas skall bemästras. Syftet med studien var att undersöka hur psykologiskt påfrestande olika preciserade vårdssituationer inom intensivvården upplevs bland studerande samt nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor. Enkäter med frågor tagna ur CeFAMs (Centrum för Allmän Medicin) undersökning ”Att förebygga psykisk belastning i sjukvårdsarbete”, besvarades av 23 nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor på tre olika intensivvårdsavdelningar i Stockholm samt av 17 deltagare i en specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård. Studien visar att informanterna ofta utsätts för psykologisk påfrestande, och vårdssituationer som oväntade dödsfall och vård av döende patienter ansågs i studien vara psykologiskt påfrestande. Andra psykologiskt påfrestande områden var bland annat oro för att göra fel, att ha ett för stort eget ansvar, att ställas inför snabba avgörande beslut och att ta emot en ny patient. Resultatet i denna pilotstudie speglar endast de tillfrågades uppfattningar av psykologisk påfrestande och inga slutsatser kan dras eller signifikanta skillnader ses då antalet i populationen varit för litet.

Nyckelord: intensivvårdssjuksköterskor, intensivvård, psykologisk stress, psykosocialt stöd, studenter

ABSTRACT

Work within intensive care demands a lot of the intensive care nurse. The patients are very ill with failing health of vital organs, relatives in shock are to be taken care of and technically demanding equipment which is continually developed and renewed is to be handled. The purpose of this study was to investigate the degree of psychological stress amongst students and newly examined intensive care nurses in certain caring situations. Questionnaires with questions taken from the investigation "Preventing mental strain in medical treatment" made by CeFAM (Center for Family and Community Medicine) were answered by 23 newly examined intensive care nurses at three different intensive care wards in Stockholm and by 17 students attending a specialist nurse education in intensive care. The study shows that the participants are often exposed to psychological stress, and situations with unexpected deaths and treatment of dying patients were regarded as psychologically stressing. Other psychologically stressing areas were amongst others anxiety of doing wrong, having too much responsibility, facing quick and decisive decisions and receiving new patients. The result of this pilot study only reflects the opinions of psychological stress of the consulted nurses and students and no conclusions can be drawn or significant differences seen as the number of participants in the population were too small.

Keywords: intensive care nurses, intensive care, psychological stress, psychological support, students

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	2
2.1 Arbetet inom intensivvården.....	2
2.2 Intensivvårdssjuksköterskans kunskapsutveckling	3
2.3 Stressfaktorer	4
2.4 Stresshantering.....	5
2.5 Följder av psykologisk påfrestning.....	6
2.6 Tidigare forskning	8
3. PROBLEMFÖRMULERING.....	9
4. SYFTE	10
5. METOD	10
5.1 Urval	10
5.2 Datainsamlingsmetod.....	10
5.3 Analys.....	11
6. ETISKA ASPEKTER	12
7. RESULTAT	12
7.1 Demografisk data	12
7.2 Psykologiskt påfrestande situationer.	12
7.3 Öppna frågor	16
8. DISKUSSION	18
8.1 Metoddiskussion	18
8.2 Resultatdiskussion.....	19
8.3 Slutsats.....	22
8.4 Klinisk betydelse	23
8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling	23
REFERENSER	24
BILAGOR	

1. INLEDNING

Under tiden för vår specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård har vi fortskridande haft möjlighet att reflektera och diskutera med våra handledare. Detta har kunnat ske både ”bedside” hos patienten och även efter olika omvårdnadssituationer.

Vi har haft möjlighet att fråga och be om råd när vi inte förstår, och det yttersta ansvaret har varit på någon annan än oss själva. När vi inom kort tilldelas egna intensivvårdspatienter och förväntas klara oss på egen hand finns inte längre den möjligheten i lika stor utsträckning.

Att arbeta inom intensivvården är inspirerande, utmanande och utvecklande men det kan också vara tungt, svårt och psykologiskt påfrestande. Den psykologiska belastning som arbetet på en intensivvårdsavdelning kan innebära väckte tanken till detta arbete, och fokus sätts på att utreda vilka situationer som kan vara psykologiskt påfrestande för den nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskan. Författarna är sjuksköterskor och studerande vid en specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård.

2. BAKGRUND

2.1 Arbetet inom intensivvården

Enligt Gullbrandsen och Stubberud (2009) är intensivvårdssjuksköterskan i många länder en tidigare utbildad sjuksköterska som genomgått specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård. Arbetet innebär ett ansvar att bedöma, analysera, planera, genomföra och utvärdera avancerad omvårdnad till patienter i alla åldrar som är akut eller kritiskt sjuka.

Specialistsjuksköterskekompetensen innebär kunskap att handla rätt i omvårdnaden av patienter, som är i eller har risk för akut fysiologisk kris till följd av trauma eller sjukdom, postoperativa patienter i behov av smärtlindring, respiratoriskt och cirkulatoriskt understöd, kroniker med exacerbation av sin grundsjukdom eller ny relaterad sjukdom samt organdonatorer. Inläggningsskriterierna på en intensivvårdsavdelning är att patienten har eller löper risk för akut och potentiellt reversibel svikt i vitala funktioner (a.a).

Cronquist och Nyström (2007) beskriver intensivvården som karakteriserad av hög arbetsbelastning, ökande arbetskomplexitet och etiska angelägenheter relaterade till beslut rörande liv och död.

Benner, Hooper-Kyriadis och Stannard (1999) påtalar att det inom intensivvården finns situationer som intensivvårdssjuksköterskan måste ha varit med om tidigare för att bemästra på ett så bra sätt som möjligt. Ju mer erfarenhet, desto större är möjligheterna att utföra arbetsuppgifterna på ett bra sätt.

Arbetet på en intensivvårdsavdelning ställer den nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskan inför situationer som kan vara stressande och psykologiskt påfrestande. Även om man som ny intensivvårdssjuksköterska haft möjlighet att bekanta sig med intensivvården i samband med specialistsjuksköterskeutbildningen och inskolning på avdelningen, kan akuta och obekanta situationer i samband med oro eller nervositet hos intensivvårdssjuksköterskan påverka omvårdnaden av patienten negativt (Benner, 1993; Badger, 2008). Farnell och Dawson (2006) menar att sjuksköterskans acklimatisering till en intensivvårdsavdelning är beroende av tidigare yrkeserfarenhet, hur många avdelningar man arbetat på samt livserfarenhet.

Shorter och Stayt (2009) tar upp att intensivvårdssjuksköterskor arbetar i en miljö som innefattar många dödsfall och mycket sorg hos anhöriga. De menar att om sjuksköterskan frekvent utsätts för dödsfall och sorg kan detta leda till arbetsrelaterad stress och slutligen utbrändhet. Detta kan i sin tur leda till känslomässig återhållsamhet gentemot patienten och dennes anhöriga och även påverka omvårdnads kvalitén negativt för både den döende patienten och de anhöriga.

Badger (2008) påtalar att till rollen som intensivvårdssjuksköterska hör klinisk kunskap, kritiskt beslutsfattande och administrativa uppgifter. Läkare litar på sjuksköterskans kliniska kompetens för övervakning av och interventioner med patienten. Familjer överlåter sina anhöriga i intensivvårdssjuksköterskans händer och behöver även de stöd och framtidsutsikter för patienten av intensivvårdssjuksköterskan. Sjukhusledningen förväntar sig ett effektivt och adekvat kliniskt utförande. Den nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskan översvämmas av höga förväntningar både utifrån och inifrån. Enligt Gullbrandsen och Stubberud (2009) medför intensivvårdssjuksköterskans specialistkompetens ett ansvar som handledare och undervisare gentemot medarbetare och studerande, men även mot patienter och patienternas anhöriga.

2.2 Intensivvårdssjuksköterskans kunskapsutveckling

Enligt Benner (1993) kan intensivvårdssjuksköterskans kunskapsutveckling delas in i fem olika stadier, från *novis* till *expert*. Som *novis* intensivvårdssjuksköterska är de flesta situationer man ställs inför nya och därför saknas erfarenhetsmässig behandlingsberedskap för att möta problemen. Därför krävs regler och handledning för att den *novisa* intensivvårdssjuksköterskan skall kunna hantera dessa situationer. Den regelstyrda inläringen gör det svårare för en *novis* intensivvårdssjuksköterska att se helheten i en vårdssituation och kan vara hämmande för hur hon skall prioritera problem. Benner tar även upp att det inte bara är den studerande eller nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskan som är *novis* på en arbetsplats, utan att även miljöombyte till en ny klinisk miljö, som t.ex. byte av arbetsplats, gör att intensivvårdssjuksköterskan igen faller ner till *novisstadiet* (a.a). Sjuksköterskor som byter från en vanlig vårdavdelning till en intensivvårdsavdelning hamnar återigen kunskapsmässigt på *novisstadiet* trots att de har tidigare erfarenhet från sjukvården. Stöd, handledning och fortlöpande utbildning är viktigt för att

sjuksköterskan skall kunna acklimatisera sig till den psykologiskt och tekniskt krävande intensivvårdsavdelningen samt för att hon skall få den kliniska kunskap som krävs av intensivvårdssjuksköterskor (Charlton, Machin & Clough, 2000; Farnell & Dawson, 2006). Benner (1993) anser att nästa steg i kunskapsstegen är *avancerad nybörjare*. Intensivvårdssjuksköterskan har i denna fas arbetat upp till två år och har fortfarande svårt att utföra godtagbara prestationer på egen hand. Hon har fått se en del verkliga situationer och har i denna fas något lättare att urskilja det väsentliga i en vårdssituation. Hon har dock fortfarande svårt att se helheten i situationen och måste fortfarande styra sitt arbete utifrån uppsatta regler för att kunna få en röd tråd i sitt arbete. Likt den novisa intensivvårdssjuksköterskan har den avancerade nybörjaren svårt att få översikt över vårdssituationen och utför ofta omvårdnadsåtgärderna i punktform och har ofta tunnelseende i det hon gör. De resterande stadierna i intensivvårdssjuksköterskans kunskapsstege är *kompetent*, *skicklig* och *expert* (a.a).

Enligt Gullbrandsen och Stubberud (2009) bör erfarenhet och kompetens skiljas åt inom intensivvården, då kompetensen styrs av utvecklingen inom medicin och intensivvårdsvetenskapen och inte av tidsaspekten. Det faktum att teknisk utrustning, vårdriktlinjer och medicinsk kunskap hela tiden utvecklas och förändras ställer krav på intensivvårdssjuksköterskans kompetensnivå. Hon måste hålla sig uppdaterad med utvecklingen genom att delta i utbildningstillfällen och bedriva självständig forskning/studier.

Li och Kenward (2006) identifierar utbildningsområden som förbereder studenter inför deras tid som praktiserande sjuksköterskor. Det framkommer att utbildningen förbereder studenten adekvat inför arbetslivet, men inte inför alla viktiga vårdområden. Exempel på dessa är att arbeta effektivt inom sjukvårdsteamet, administrera läkemedel, analysera många olika former av data i samband med beslut rörande patienten, delegera uppgifter till andra och att förstå patofysiologin bakom patientens tillstånd.

2.3 Stressfaktorer

Stayt (2007) menar att yrkesrollen som intensivvårdssjuksköterska medför en balansgång mellan professionella ideal och de ideal man har som medmänniska med patienten och patientens anhöriga. Detta kan påverka mötet mellan sjuksköterska och

anhöriga på så sätt att sjuksköterskan är mera återhållsam när det gäller mötet med anhöriga och de anhöriga kan därför gå miste om det stöd och den tillsyn de behöver. Enligt Badger (2008) kan nya och oerfarna intensivvårdssjuksköterskor lätt bli traumatiserade med tanke på deras brist på erfarenhet och det hårda klimat som förekommer på intensivvårdsavdelningen. Badger menar vidare att det finns specifika faktorer som har potential att orsaka stor psykologisk stress hos den nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskan. Övuntade dödsfall och anhörigvård är områden som kan behöva ventileras i efterhand. På grund av det stressiga tempo som ofta förekommer på intensivvårdsavdelningen begränsas tiden för den emotionella process som t.ex. övuntade dödsfall kan innebära (a.a).

Intensivvården skapar situationer som utmanar personalens syn på liv och död. Livsuppehållande metoder möjliggör långa vårdtider för patienter i koma, hjärndöda patienter som vårdas som organdonatorer, prematurer i risk för neurologisk skada och resuscitation av patienter i terminalvård är situationer som kan leda till etisk och moralisk stress. Att inte låta naturen ha sin gång och låta döende patienter dö kan ge upphov till moralisk stress. (Cronqvist & Nyström, 2007)

Azoulay et al. (2009) identifierar 15 faktorer som potentiella stressfaktorer och orsaker till konflikt på intensivvårdsavdelningen. Följande sex faktorer var i synnerhet identifierbara. Personal som arbetar mera än 40 timmar per vecka, mer än 15 intensivvårdsplatser på avdelningen, vård av döende patienter samt att utföra vårdåtgärder rörande pre- och postmortemvård, oklara ordinationer från läkare samt brist på rutinmässiga avdelningsmöten/reflektioner. Arbetsbörda, inadekvat kommunikation och vård i livets slutskede uppfattas även vara områden som är i behov av förbättring (a.a).

Enligt Cronqvist och Nyström (2007) är känslan att inte ha kontroll och att inte räcka till en källa till moralisk stress. Intensivvårdssjuksköterskan kan känna sig kontrollerad av situationen istället för att kontrollera och prioritering av vårdåtgärderna kan göra att vissa saker förblir ogjorda och leder till skuld känslor hos intensivvårdssjuksköterskan.

2.4 Stresshantering

Tanken att ensam är stark har idag ersatts av en ökad medvetenhet både om att vissa yrken är riskyrken när det gäller psykologisk belastning och att det är arbetsplatsens ansvar att så långt det går förhindra att arbetstagarna far illa av och i sitt arbete

(Håkanson & Schulman, 2000). Stress är enligt Cronqvist och Nyström (2007) den ledande orsaken till att intensivvårdssjuksköterskor säger upp sig från sitt arbete. Avlastningssamtal vid svåra uppkomna situationer kan vara ett sätt att bearbeta en svår händelse. Vid avlastningssamtal är det viktigt att samtalet sker tidigt, helst samma dag som den traumatiska händelsen skett, så att de inblandade kan dela med sig av sina upplevelser och tankar. Genom en snabb konfrontation av problemet minskas risken för framtida feltolkningar och oklarheter kring händelsen, vilket annars kan leda till stress och psykisk ohälsa hos de involverade i framtiden. Räcker ej denna form av stödsamtal kan återkommande samtal behövas med personal utbildad inom psykiatri, debriefing (Andersson, Tedfeldt & Larsson, 2009; Badger, 2008)

Enligt Dyregrov (2003) används psykologisk debriefing för personal som varit med om särskilt svåra händelser. Debriefing används inte vid lindrigare form av stresshantering eller för att lindra effekterna vid exempelvis utbrändhet. I debriefinggruppen har de inblandade ofta möjlighet att strukturera sina upplevelser, då de möter andra som varit med om samma situation och på så sätt skapa en större helhet av den traumatiska händelsen. En skillnad mellan avlastningssamtalen och debriefing är också att debriefing kräver återkommande samtal spridda över veckor/månader beroende på den traumatiska händelsens omfattning.

En ökad handlingsberedskap inför specifika vårdssituationer samt kollegialt stöd har beskrivits som viktiga områden när det gäller psykologiskt stöd. Ett kontinuerligt stöd i form av handledning och konsultation underlättar också arbetet inom intensivvården. Begreppet handledning kan här vara svårt att definiera och kan innebära olika slags personalstöd, antingen enskilt eller i grupp, med syfte att uppmärksamma och hjälpa personalen att förstå de reaktioner som kan uppstå hos en själv (Schulman et al., 2003). Personliga mål och förväntningar hos studerande och nytexaminerade intensivvårdssjuksköterskor bör hållas på en realistisk nivå för att de ska få en känsla av framgång snarare än misslyckande (Farnell & Dawson, 2006).

2.5 Följder av psykologisk påfrestning

Till de mera vanliga reaktionerna på stress hör nedstämdhet och trötthet, sömnsvårigheter, svårigheter att fokusera och koncentrera sig, ångslan, oro, ångest och

lätta tvångssymtom. Dessa är ofta kortvariga reaktioner på psykologiska påfrestningar och individen kan ofta komma över problemen på egen hand. I de fall problemen är återkommande eller för kraftiga för individens förutsättningar kan de leda till mer allvarliga och långvariga symtom (Michélsen, Sebrant & Schulman, 2006).

Schulman, Bergsten Brusefors, Hochwälder och Håkanson (2003) beskriver komplikationer till psykologiska påfrestningar hos personal inom sjukvården som långtidssjukskrivning, utmattningsdepression (utbrändhet), ångestsyndrom och behandling med antidepressiva läkemedel. Risken för dessa komplikationer är störst hos personal som i sitt vardagsarbete möter människor i kris med eller utan livshotande sjukdomstillstånd.

Övriga komplikationer i samband med arbetsrelaterad psykisk ohälsa är kroniskt trötthetssyndrom och olika former av sömnstörningar, psykosomatiska problem, irritabilitet och nedstämdhet. Begreppen ovan definieras i texten nedan. Faktorer som tidspress, resursbrist, krav, egen kontroll och socialt stöd uppmärksammas i samma rapport (a.a).

Utmattningsdepression (utbrändhet). Detta fenomen kan visa sig i form av allmän trötthet, emotionell utmattning, empatibortfall och att man är otillfredsställd med sitt arbete (Theorell, 2003). Oklara mål och strategier är faktorer som ökar risken för utmattningsdepression (Perlman & Hartman, 1982).

Ångestsyndrom. Enligt American Psychiatric Associations (1994) diagnostiska psykiatriska klassifikationssystem DSM-IV är ångestsyndrom en krisreaktion som kan visa sig som fobier, stressreaktioner, paniksyndrom och tvångssyndrom.

Antidepressiva läkemedel/depression. Diagnosen depression står numera även för annat än den affektiva sjukdom som egentlig depression står för. Antidepressiva läkemedel skrivs också ut till andra tillstånd som till exempel nedstämdhet på grund av psykosociala problem, sorg och allvarliga krisreaktioner (Michélsen, Löfvander, Eliasson & Schulman, 1999).

Kroniskt trötthetssyndrom. Mycket stark upplevelse av trötthet som varat längre än sex månader och ej kan förklaras medicinskt eller psykiatriskt. Debut förekommer ofta i samband med infektionssjukdom och med typiska symtom som kroppslig sjukdomskänsla och subfebrilitet. Av långtidssjukskrivna p.g.a. utmattning har endast 20-25% återgått till arbete efter ett år (Egidius, 2005; Herlofsen et al., 2009)

Sömnstörningar. Förkortad sömn (mer än 90 minuter mindre sömn än vanligt), lång insomningstid (> 45 minuter), avbrott i sömnen med fler än fem uppvaknanden och svårighet att somna om, för tidigt morgonuppvaknande (mer än en timme för tidigt) och mardrömmar (Theorell, 2003).

Psykosomatiska problem. Psykisk störning som i första hand upplevs fysiologiskt med kroppslig störning snarare än psykologisk. Denna somatisering kan uppstå vid psykosocial stress och påfrestningar. Exempel på detta är huvudvärk, magsår, pulsstegring, svettningar, klåda, muskelspänningar och trötthet (Egidius, 2005; Herlofsen et al., 2009).

Theorell och Karasek (1996) påtalar att många studier tyder på att känslan att inte ha kontroll över det egna arbetet tillsammans med höga krav på sjuksköterskan lett till stressreaktioner och i sin tur ökad risk för stressrelaterade sjukdomar som t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar. Psykisk sjukdom enligt den klassifikation som används inom psykiatri utvecklas i regel inte på grund av arbetsrelaterade påfrestningar, men det är i undersökningar vanligt förekommande med olika psykiska symtom. Detta är relaterat till att arbetstagarnas resurser inte räcker till att klara av påfrestningarna i det dagliga arbetet (Schulman et al., 2003).

2.6 Tidigare forskning

Farnell och Dawson (2006) menar att för att en ny intensivvårdssjuksköterska skall kunna klara av arbetet med svårt sjuka intensivvårdspatienter och arbetet i den komplexa miljö som intensivvården innebär, är det viktigt att de får adekvat stöd/handledning och praktisk utbildning för att klara övergången från studerande till ny intensivvårdssjuksköterska. En studie av Schuldt Håård (2009) visade att endast ca två tredjedelar av de studerande inom sjuksköterskeutbildningen kände sig förberedda för arbetet som sjuksköterska.

CeFAMs (Centrum för Allmän Medicin) undersökning rörande förebyggande av psykisk belastning i sjukvårdsarbete som gjordes mellan åren 2001-2004 riktades till läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukvårdsbiträden och barnsköterskor.

Bland barnmorskorna, som i likhet med intensivvårdssjuksköterskorna är specialistutbildade, framkom allmänna uttryck för psykisk belastning p.g.a. arbetstempot och administrativa rutiner som inte är tillfredsställande, och att man

saknade möjlighet att påverka sitt arbete. Det höga arbetstempot bidrog till att man inte kunde utföra sina arbetsuppgifter på ett bra sätt, och ledde i sin tur till att barnmorskorna tog med sig tankar om arbetet hem. Svårbedömda patientfall, oro att göra fel och svåra etiska avgöranden framkom som speciellt svåra och psykiskt belastande situationer. Vanliga belastningssituationer var också långvarigt och djupt engagemang för vissa patienter, att bära patienternas oro, krävande anhöriga och situationer där man fick ta emot patienternas klagomål och missnöje. Dessa frågor visade samband med emotionell utmattning och depersonalisering. De symptom som barnmorskorna rapporterade var sömnsvårigheter, uttalad trötthet, nedsatt minnesfunktion, koncentrationssvårigheter och kroppsliga förslitningssymtom som trötthet i huvudet, värk eller stelhet i kroppen och muskulära spänningar (Michélsen, Sebrant & Schulman, 2006).

Lutzén, Cronquist, Magnusson och Andersson (2003) identifierade i en studie tre förutsättningar för moralisk stress. Dessa var medlidande med patienten, att yttre faktorer hindrar sjuksköterskan från att göra det som hon anser vara bäst för patienten samt att sjuksköterskan inte tror sig kunna påverka patientens situation.

3. PROBLEMFÖRMULERING

Arbetet som intensivvårdssjuksköterska kräver stor kunskap inom många olika områden så som exempelvis förmåga att hantera teknisk apparatur, vårda patienter med vital organsvikt samt bemöta och ha en nära kontakt med anhöriga. Att som studerande eller ny intensivvårdssjuksköterska kunna hantera dessa situationer kan vara svårt och upplevas som psykologiskt påfrestande. Omställningen att byta arbetsplats från en vårdavdelning till att börja arbeta på en intensivvårdsavdelning är stor. Det är därför enligt författarna av vikt att ta reda på vad det är som gör att arbetet på en intensivvårdsavdelning kan upplevas som psykologiskt påfrestande och som kan innebära behov av psykologiskt stöd/handledning hos målgruppen.

4. SYFTE

Syftet med studien var att undersöka hur psykologiskt påfrestande olika preciserade vårdssituationer inom intensivvården upplevs bland studerande samt nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor.

5. METOD

Undersökningen gjordes genom en empirisk pilotstudie, där en enkät med slutna och ett fåtal öppna frågor användes som mätinstrument.

5.1 Urval

Enkätundersökningen riktades till studerande vid en specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård i Stockholm som vid tiden för enkätundersökningen hade haft 13 veckors verksamhetsförlagd utbildning, samt till praktiserande intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet inom intensivvård upp till två år. Benner (1993) menar att man som sjuksköterska kan anses vara nybörjare när erfarenheten underskrider två år. De praktiserande intensivvårdssjuksköterskorna arbetade på tre olika intensivvårdsavdelningar i mellersta Sverige. Svar önskades från alla intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet upp till två år på respektive intensivvårdsavdelning. Enkäterna tilldelades arbetsledare/studieansvariga på respektive intensivvårdsavdelning som i sin tur distribuerade och samlade in enkäterna. Enkäten delades sammanlagt ut till 19 studerande på vidareutbildningen och till 26 nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor. Tillsammans med enkäten bifogades deltagarinformation (bilaga 1) där informanterna informerades om studiens syfte samt att deras medverkan skulle behandlas konfidentiellt.

5.2 Datainsamlingsmetod

Enkätfrågorna hämtades från CeFAMs interventionsprojekt ”Att förebygga psykisk belastning i sjukvårdsarbete” som riktades till en kvinnoklinik i Stockholm (Michélsen, Sebrant & Schulman, 2006).

I samråd med enkätverkaren bestämdes att ta med de frågor ur enkäten som var relevanta även för psykologisk påfrestande av personal inom intensivvård.

Enkäten bestod av tre delar (bilaga 2). Den första delen bestod av demografiska data. Den andra delen bestod av 29 utvalda frågor med fyra fasta svarsalternativ ett (aldrig), två (sällan), tre (ibland), fyra (ofta) med tyngd på de psykologiska påfrestningar som ställs på intensivvårdssjuksköterskan. Dessa svarsalternativ möjliggör en statistisk analys av svaren (Polit & Beck, 2008).

En av enkätfrågorna i undersökningen fanns inte med i CeFAMs undersökning (när du får ta emot en ny patient). Dessutom fanns tre öppna frågor där informanten fritt fick formulera sina svar. De öppna frågorna användes i CeFAMs undersökning vid intervjuer. Dessa frågor utgjorde den tredje delen och förväntades ge en bredare bild men tanken var också att de skulle spegla och komplettera svaren till den kvantitativa delen av enkäten (Polit & Beck, 2008; Trost, 2007).

För att informanterna skulle kunna tolka frågorna på samma sätt som författarna samt för att se om frågorna svarar på det som författarna avser att mäta i studien bör mätinstrumentet prövas på något sätt innan det delas ut till informanterna (Ejlertsson, 2005). Enkäterna granskades därför av två kollegor på specialistsjuksköterskeutbildningen samt två sjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning som ombads komma med åsikter på förändringar innan enkäterna delades ut. Enkätfrågorna behövde ej revideras, dock ändrades layouten för att förtydliga de olika svarsalternativen.

5.3 Analys

Svaren från enkäterna sammanställdes med hjälp av tabeller gjorda i Microsoft Office Excel. De fasta svarsalternativen registrerades, kategoriserades och dikotomiserades till aldrig/sällan och ibland/ofta. Det senare svarsalternativet presenterades i arbetet. Resultatet från det insamlade kvantitativa datamaterialet redovisades genom deskriptiv statistik och frekvensberäkning. Citaten från de öppna frågorna presenterades i samband med de psykologiskt påfrestande situationerna samt genomgående i hela resultatdelen.

6. ETISKA ASPEKTER

Röda Korset Högskolas granskningsnämnd för empiriska arbeten har etiskt granskat undersökningen (Diarie-nr 26/2009). Tillstånd att genomföra undersökningen gavs av vårdchef på respektive avdelning. De intensivvårdsstudenter och intensivvårdssköterskor som deltog i studien fick information om att all insamlad data från enkäten skulle behandlas konfidentiellt och att deras svar inte skulle kunna härledas tillbaka till den enskilda individen.

7. RESULTAT

7.1 Demografisk data

Enkäten besvarades av totalt 40 studerande och nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor. Av dessa var 17 studerande inom specialistsjuksköterskeutbildningen och 23 praktiserande intensivvårdssjuksköterskor varav 12/23 hade arbetat 0-1 år som intensivvårdssjuksköterska och 11/23 hade arbetat 1-2 år. Av de studerande var 14 kvinnor och tre män och de flesta var i åldern 26-30 år. Gruppen 0-1 år bestod av nio kvinnor och tre män varav merparten var över 35 år. Gruppen 1-2 år bestod av åtta kvinnor och tre män varav de flesta var över 35 år. Av samtliga informanter var merparten tillsvidareanställda och arbetade huvudsakligen dag/kväll.

7.2 Psykologiskt påfrestande situationer.

Den situation som de flesta informanter ansåg vara psykologiskt påfrestande var oväntade dramatiska dödsfall hos barn. Samtliga studerande som svarade (15/17) och intensivvårdssjuksköterskor 0-1 år som svarade (9/12) ansåg denna situation vara psykologiskt påfrestande ibland eller ofta. Hos de som svarade inom gruppen intensivvårdssjuksköterskor 1-2 år var motsvarande siffra 6/7 varav fyra informanter ej svarade. Oväntade dramatiska dödsfall hos vuxna ansågs av 12/12 svarande i gruppen 0-1 år vara psykologiskt påfrestande ibland eller ofta, medan 15/17 studerande och 8/10 (ett bortfall) svarande hos gruppen 1-2 år ansåg detsamma. Vård av döende patienter var också en situation där flertalet informanter svarade ibland/ofta (stud 14/17, 0-1år 9/12, 1-2 år 7/11). Situationer avseende bördor och missnöje hos patienter och anhöriga var som Tabell 1 visar psykologiskt påfrestande för informanterna och detta framkom

också i de öppna frågorna där en studerande påtalade att *”kontakt med patient och anhöriga där man känner maktlöshet för att inga behandlingar hjälper”* var en psykologisk påfrestning.

Tabell 1. Antal studerande och intensivvårdssjuksköterskor med 0-1 års respektive 1-2 års erfarenhet som ansåg bördor och missnöje hos patient/anhörig vara psykologiskt påfrestande ibland eller ofta.

	Studerande	Intensivvårdssjuksköterska	
	n=17	0-1år n=12	1-2år n=11
Att du får ta emot och bära mycket av anhörigas oro/bördor/livsöden.	9 (53%)	8 (67%)	4 (36%)
Att du får ta emot och bära mycket av patientens oro/bördor/livsöden.	8 (47%)	6 (50%)	1 (9%)
Att du får ta emot anhörigas missnöje.	11 (65%)	4 (33%)	3 (27%)
Att du får ta emot patientens missnöje.	6 (35%)	4 (33%)	3 (27%)

Oro för att göra fel var i denna studie högst hos gruppen 0-1 år och minskade betydligt efter ytterligare ett år (tabell 2). Detta påtalades i de öppna frågorna som psykologiskt påfrestande: *”Mycket arbete med patient ensam utan hjälp från andra”*(0-1år).

Tabell 2. Antal studerande och intensivvårdssjuksköterskor med 0-1 års respektive 1-2 års erfarenhet som ansåg situationer avseende oro och ansvar vara psykologiskt påfrestande ibland eller ofta.

	Studerande	Intensivvårdssjuksköterska	
	n=17	0-1år n=12	1-2år n=11
Att du känner oro för att göra fel.	12 (71%)	10 (83%)	6 (55%)
Att du får ta ett för stort eget ansvar.	11 (65%)	5 (42%)	4 (36%)
Att du är ensam om att identifiera behov hos patienten och inte får gehör för detta.	5 (29%)	4 (33%)	4 (36%)
Att du känner oro för att bli anmäld till ansvarsnämnden.	2 (12%)	4 (33%)	3 (27%)

Många av informanterna ansåg att vårdssituationer som kräver individuell praktisk kompetens ibland eller ofta är psykologiskt påfrestande. Skillnader i svaren i studien

mellan grupperna 0-1 år och 1-2 år var tydliga (Tabell 3). I den öppna frågan ansåg en informant ur gruppen 0-1 år det vara påfrestande ”*när man får flera dåliga patienter samtidigt och eventuellt flera anhöriga*”.

Tabell 3. Antal studerande och intensivvårdssjuksköterskor med 0-1 års respektive 1-2 års erfarenhet som ansåg situationer avseende snabba beslut, nya patienter och svåra uppgifter vara psykologiskt påfrestande ibland eller ofta.

	Studerande n=17	Intensivvårdssjuksköterska 0-1år n=12	1-2år n=11
Att du ställs inför snabba avgörande beslut.	9 (53%)	8 (67%)	6 (55%)
När du får ta emot en ny patient.	9 (53%)	9 (75%)	2 (18%)
Att du går från en svår uppgift direkt till nästa svåra uppgift.	6 (35%)	9 (75%)	3 (27%)

Tabell 4 visar psykologisk påfrestning avseende etiska och moraliska frågor.

Anmärkningsvärt var att endast få av informanterna ansåg identifiering av sig själv med patienten vara psykologiskt påfrestande och ingen ur gruppen 1-2 år hade svarat ibland/ofta (Tabell 4). Exempel på etiska problem som informanterna uppgav i de öppna frågorna var: ”*behandlingsinskränkningar på unga människor, etiska svårigheter*”(0-1 år), ”*att ha två svårt sjuka intensivvårdspatienter samtidigt. Man får enbart hålla situationen flytande och hinner inte med patienten*”(0-1år).

Tabell 4. Antal studerande och intensivvårdssjuksköterskor med 0-1 års respektive 1-2 års erfarenhet som ansåg situationer avseende etik, moral och skuld vara psykologiskt påfrestande ibland eller ofta

	Studerande n=17	Intensivvårdssjuksköterska 0-1år n=12	1-2år n=11
Att du ställs inför etiska/moraliska svårigheter.	10 (59%)	8 (67%)	5 (45%)
Att du känner skuld över att inte kunna göra som patienten önskar.	6 (35%)	7 (58%)	3 (27%)
Att du identifierar dig med vissa patienter.	4 (26%)	3 (25%)	0 (0%)
Långdragna sjukdomsförlopp	9 (53%)	8 (67%)	7 (64%)

Endast ett fåtal informanter kände sig ibland/ofta utbrända av arbetet och endast ett fåtal hade blivit mer okänsliga mot patient/anhörig (Tabell 5).

Tabell 5. Antal studerande och intensivvårdssjuksköterskor med 0-1 års respektive 1-2 års erfarenhet som ibland eller ofta upplevde psykologisk påfrestning relaterad till arbetet.

	Studerande	Intensivvårdssjuksköterska	
	n=17	0-1år n=12	1-2år n=11
Jag känner mig trött inför en ny arbetsdag.	11 (65%)	6 (50%)	4 (36%)
Jag känner mig förbrukad när arbetspasset är slut.	10 (59%)	6 (50%)	4 (36%)
Jag känner mig känslomässigt tömd av mitt arbete.	8 (53%)**	5 (45%)*	4 (36%)
Jag känner mig utbränd av arbetet.	2 (12%)	2 (17%)	1 (9%)
Jag har blivit mer okänslig mot patienter/anhöriga sedan jag tog det här arbetet.	3 (18%)	1 (8%)	1 (9%)

*ett bortfall

**två bortfall

Merparten av informanterna svarade i de slutna frågorna att de fick stöd från sina arbetskamrater om problem uppstår (Tabell 6). Studien visar också att färre ur gruppen 0-1 år ibland eller ofta får uppskattning och konstruktiv kritik från arbetskamraterna än de andra grupperna.

Tabell 6. Antal studerande och intensivvårdssjuksköterskor med 0-1 års respektive 1-2 års erfarenhet som i arbetet får stöd av arbetskamraterna

	Studerande	Intensivvårdssjuksköterska	
	n=17	0-1år n=12	1-2år n=11
Stöd från dina arbetskamrater om problem uppstår.	15 (94%)*	12 (100%)	9(82%)
Uppskattning av dina arbetskamrater.	14 (82%)	8 (67%)	9 (82%)
Konstruktiv kritik av dina arbetskamrater.	13 (76%)	4 (33%)	4 (40%)*

*ett bortfall

Samtliga informanter ansåg sitt arbete vara betydelsefullt, och merparten kände sig trygga och säkra på sig själv i sitt arbete (stud 16/17, 0-1 år 11/12, 1-2 år 11/11).

7.3 Öppna frågor

De öppna frågorna besvarades totalt av 34 informanter. Svaren på frågan ”finns det situationer utöver de slutna frågorna som du uppfattar som psykologiskt påfrestande på din arbetsplats” visade på att brister i rutiner på avdelningen var en stressfaktor.

”Ingen röst vad gäller planering på avdelning, frustrerande rutiner/ordning på rutiner. Gammaldags” (iva-ssk 1-2år).

”Dåliga rutiner och riktlinjer för vem som ska göra vad” (iva-ssk 1-2år).

”Dåliga rutiner på arbetsplatsen, oklart vem som ska göra vad vid anländande av nya patienter” (studerande).

På samma fråga framkom att bristande rutiner gällande transport av patienter till undersökningar och mellan avdelningar var psykologiskt påfrestande.

”Snabba oväntade överflyttningar eller utskrivningar av patienter vid t.ex. platsbrist ” (iva-ssk 0-1år).

”Transporter av svårt sjuka patienter” (1-2år).

”Transport till exempelvis röntgen med en instabil patient framförallt när för få personal är med vid transporten” (studerande).

Tidsbrist och osäkerhet i det egna arbetet uppgavs som stressfaktorer.

”När jag inte vet varför jag gör saker t.ex. ger vissa läkemedel och inte har tid att kolla upp innan eller när jag hanterar teknisk apparatur som jag inte har full koll på” (iva-ssk 1-2år).

”Jag kan känna oro att jag inte utfört allt på rätt sätt. t.ex. att läkemedel är felblandat eller går med fel hastighet” (studerande).

”Svårighet att få tag på läkare” (studerande).

”När det är för lite personal och samarbetet mellan olika personalkategorier inte fungerar” (iva-ssk 1-2år).

”Brist på tid, för mycket att göra” (iva-ssk 1-2år).

”Ha ansvar för fler iva-patienter samtidigt” (studerande).

Situationer där patienter avlider under sådana förhållanden att organdonation är aktuell framkom i undersökningen som psykologiskt påfrestande.

”Donationsprocessen och omhändertagande av anhöriga” (studerande)

”Organdonation kan vara påfrestande.” (studerande).

Synpunkter avseende teknisk apparatur samt övriga kommentarer avseende psykologiskt påfrestande situationer.

”De fall man ej känner sig 100 på den tekniska apparaturen” (studerande).

”Att man tappar kunskap om man inte upprepar saker ” (iva-ssk 0-1år).

”När man inte har en bra bild av patientens situation” (studerande).

”Att man ställs inför nya läkemedel/apparater/material man inte känner till och inte kan” (iva-ssk 1-2år).

Samtliga svar på frågan ”vilken typ av reaktioner i psykologiskt påfrestande situationer ser du hos dig själv/andra intensivvårdssjuksköterskor på din arbetsplats” presenteras i tabell 7. Vissa informanter hade angivit flera olika reaktioner, och det totala antalet reaktioner presenteras nedan.

Tabell7 . Reaktioner till psykologisk påfrestande enligt studerande och intensivvårdssjuksköterskor.

Reaktion	Antal informanter
Irritation	19
Stress	14
Sömnsvårigheter	3
Frustration	3
Okänslighet mot andra	3
Nedstämdhet	3
Ostrukturerat arbete	2
Trötthet	2
Försämrade kommunikation	1
Rädsla	1
Hjälplöshet	1

Informanterna kommenterade frågan med egna ord .

”I stressade situationer kan lätt irritation väckas, utan att det är något man egentligen vill, men den stressade situationen i sig skapar irritation på sådant som i vanliga fall inte är irritationsmoment” (iva-ssk 1-2år).

”Ofta förekommer irritation p.g.a. stress på min avdelning. En del blir väldigt uppstressade vid akuta situationer och en del blir väldigt avskärmade och har svårt att uppfatta vad andra gör. Detta leder även till försämrade kommunikation bland personalen” (studerande).

På frågan ”vilka former av psykologiskt stöd finns tillgängligt på din arbetsplats”, framkom att 14 av totalt 40 svarade att handledning och reflektion var en möjlighet, men oftast på eget initiativ. Det framkom även önskan om ett etiskt forum där nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor har möjlighet att bolla funderingar och utbyta erfarenhet med varandra. Kamratstöd, handledning samt stöd från chefer var den form av psykologiskt stöd som förekom mest. Av samtliga tillfrågade visste 12 av de totalt 17 svarande vilka former av stöd som fanns tillgängligt.

Bland de *studerande* i undersökningen var reflektion efter arbetspasset vanligt.

Gruppen 0-1 år var den grupp som utnyttjade möjligheten till stödsamtal mest. Sju av 12 svarande i gruppen 0-1 år deltog regelbundet i reflektioner och det framkom också att stödsamtal efter t.ex. kritiska situationer förekom. Två svarande i samma svarsgrupp hade i samband med kritiska situationer haft samtal med personal från psykosociala enheten.

I gruppen 1-2 år framkom kännedom om att organiserad handledning på arbetsplatsen (reflektion) skall hållas regelbundet, men att detta inte fungerade i praktiken. Samma svarsgrupp fann psykologiskt stöd i samtal med kollegor under bl.a. fikapauser och även kollegialt stöd överlag i arbetet. Två av 11 svarande i gruppen 1-2 år hade haft ett debriefingtillfälle var under sin tid som intensivvårdssjuksköterskor.

8. DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

Studien genomfördes genom en enkätundersökning vilket är ett bra mätinstrument när man har för avsikt att mäta människors beteende, åsikter och känslor (Trost, 2007).

Både slutna och öppna frågor användes i enkäten där de öppna frågorna möjliggjorde att få fram personliga nyanser i informanternas svar (Polit & Beck, 2008; Trost, 2007).

Författarna presenterade datan beskrivande med procenttal och text för att möjliggöra att läsaren snabbt och utan missförstånd skall kunna skapa sig en bild av vad undersökningen kom fram till. Deskriptiv statistik används när man vill förklara och sammanställa insamlad data (Polit & Beck, 2008).

Skälet till att informanternas erfarenhet begränsades till upp till två år baserades på Benners (1993) beskrivning av sjuksköterskans utveckling i vilken hon menar att

intensivvårdssjuksköterskor kan klassas som novisa och avancerade nybörjare om deras erfarenheter inom intensivvård underskrider två år.

Svarsalternativen till de psykologiskt påfrestande situationer som togs upp i enkäten var indelade i fyra alternativ (aldrig, sällan, ibland ofta) för att sedan dikotomiseras (aldrig/sällan och ibland/ofa). Detta för att kunna jämföra med tidigare studier och inte få för stor omfattning. Enligt Ejlertsson (2005) kan dikotomisering av datamaterial vara olämplig när författarna vill få fram åsikter och attityder hos informanterna. Nyanserna i enkätfrågorna framkommer då inte lika tydligt.

Den demografiska datan (ålder, kön, anställningsform, huvudsaklig arbetsform) analyserades inte tillsammans med de övriga enkätsvaren. På grund av den lilla andelen svarande ansågs detta inte betydelsefullt.

Resultatanalysen gav upphov till ett flertal frågor angående frågeformulärets layout. Otydlighet i layouten ledde till exkludering utav en av enkätfrågorna, *har du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna*, då analys av svarsalternativen inte ansågs möjlig p.g.a. få svarande. Frågan *när du tar emot en ny patient* fanns inte med i CeFAMs ursprungliga enkätformulär. Frågan togs med på grund av att författarna uppfattat den situationen som psykologiskt påfrestande hos studerande och nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor.

Något som borde ha framkommit i demografin var tidigare yrkeserfarenhet och hur många olika avdelningar informanterna arbetat på innan. Båda är faktorer som kan vara till nytta när den nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskan acklimatiserar sig till intensivvårdsarbetet och stödet i påfrestande situationer inte är tillräckligt (Farnell & Dawson, 2006). Andra förändringar som kunde ha gjorts på enkäten var att informanterna själva fått fylla i sin ålder istället för att välja ett av de fyra åldersalternativ som fanns för att få fram medelåldern hos informanterna. Detta skulle dock enligt Trost (2007) försämra möjligheten till att upprätthålla informanternas integritet. Enligt Trost är det också lättare för informanten att besvara angivna svarsalternativ.

8.2 Resultatdiskussion

I denna studie har olika psykologiskt påfrestande situationer kunnat identifieras. En del av frågorna besvarades ej av alla tillfrågade informanter. Detta bortfall berodde på att informanterna inte hade erfarenhet rörande de specifika situationerna och

kommenterades även i de öppna frågorna. Problemet kunde ha undvikits om informanterna hade haft möjlighet till svarsalternativet ”vet ej”. Detta alternativ fanns dock ej med i CeFAMs ursprungliga enkät. De situationer som flest informanter ansåg vara psykologiskt påfrestande ibland/ofta var dödsfall både hos barn och vuxna samt vård av döende patienter. Situationen *oväntade dramatiska dödsfall bland barn* var den situation med högst antal som svarat ibland/ofta av alla situationer i enkäten. I CeFAMs undersökning riktad till barnmorskor var inte fallet det samma (bilaga 3). En förklaring till detta kan vara att barnmorskorna oftare möter dödsfall bland barn och nyfödda i sitt arbete än intensivvårdssjuksköterskor på andra avdelningar (Michélsen, Sebrant & Schulman, 2006).

I denna studie var intensivvårdssjuksköterskorna med erfarenhet 0-1 år den grupp där flest upplevde vårdssituationerna som psykologiskt påfrestande ibland/ofta, jämfört med de studerande och gruppen intensivvårdssjuksköterskor 1-2 år. Detta beror enligt författarnas egen erfarenhet troligen på att man som studerande aldrig har det yttersta ansvaret utan oftast har en handledare vid sin sida att rådfråga och reflektera situationerna med. Att de med längre erfarenhet hade färre som svarat ibland/ofta beror troligen på att de är tryggare i sin arbetsroll och har fått mera rutin för att utföra sitt arbete. De behöver eventuellt inte lägga lika mycket tid på att lära sig nya mediciner, använda teknisk apparatur och kan lättare få en överblick av patientens situation (Benner, 1993). En fråga som exemplifierar detta var att fler intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet 0-1 år ansåg det vara psykologiskt påfrestande ibland/ofta *att gå från en svår uppgift direkt till en annan* jämfört med intensivvårdssjuksköterskorna med 1-2 års erfarenhet. Färre studerande hade svarat ibland/ofta och det kan bero på det stöd som handledarna på praktikplatsen utgör (Schuldt Håård, 2009). Av barnmorskorna i CeFAMs studie svarade 82% ibland/ofta på samma fråga (Bilaga 3).

En fråga som ytterligare belyser att gruppen intensivvårdssjuksköterskor 0-1 år upplevde vissa situationer som mera psykologiskt påfrestande än de övriga grupperna var frågan *när du får ta emot en ny patient*. Nio av 12 i gruppen 0-1 år ansåg detta ibland/ofta vara psykologiskt påfrestande. Motsvarande tal hos gruppen 1-2 år var 2 av 11 och hos de studerandes 9/17. Hur väl arbetet kring denna vårdssituation fungerar beror till stor del på erfarenhet. Man lär sig med tiden hur man prioriterar (t.ex.

inskrivning jämfört med att administrera mediciner) samt hur man delegerar uppgifter till andra i personalen (Benner, 1993).

Intensivvårdssjuksköterskan har ett stort ansvar och varje handling kan få stora konsekvenser. Hälften av alla informanter ansåg att de ibland/ofta fick *ta ett för stort eget ansvar* medan hälften av barnmorskorna i CeFAMs studie ansåg likadant. Detta bör uppmärksammas eftersom två tredjedelar av informanterna i enkäten och merparten av barnmorskorna i CeFAMs studie ibland/ofta *kände oro för att göra fel* (Bilaga 3). Detta framkom även i de öppna frågorna.

”Jag känner oro för att ha gjort fel efter passet och för att missa saker/förändringar hos patienten” (iva-ssk 0-1 år).

En stor del av studenterna ansåg det ibland/ofta vara psykologiskt påfrestande att *ta emot anhörigas missnöjen*. I Shuldt Håards studie från 2009 framkommer att ca hälften av studenterna i studien känner sig förberedda för att bemöta anhöriga efter fullgjord grundutbildning.

Noterbart bland känslorna i arbetet är att flertalet studerande i *studien kände sig trötta inför en ny arbetsdag* (Tabell 5). De studerande i studien kände sig även ibland/ofta *förbrukade efter ett arbetspass*. En möjlig orsak till detta är alla nya intryck man som studerande får på en intensivvårdsavdelning. Ambitionen är enligt författarna att se så mycket som möjligt och hinna med att göra så mycket som möjligt inför den dag då man själv ansvarar för patienterna.

Okänslighet mot patienter/anhöriga ansågs i studien förekomma mera sällan ju längre den svarande hade arbetat (Tabell 5). Benner (1999) menar att man med tiden blir säkrare i sin roll som intensivvårdssjuksköterska och får mer utrymme för patientens anhöriga. Benner menar vidare att det krävs stort kliniskt omdöme och skicklighet för uppgiften som omfattar den kritiskt sjuke patienten och anhöriga till patienten.

Merparten av de tillfrågade i gruppen 0-1 år svarade att de ibland/ofta fick *ta emot och bära mycket av anhörigas oro, bördor och livsöden*. Detta är en del av det dagliga sjukvårdsarbetet (Cronqvist, Therorell, Burns & Lutzen, 2004), men en tredjedel av samma svarsgrupp får dessutom ibland/ofta *ta emot anhörigas missnöje*. Detta kan leda till att anhöriga upplevs som krävande och kan eventuellt utgöra ytterligare en psykologisk belastning för den nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskan. Det kan

vara svårare att få nöjda anhöriga än nöjda patienter (Fink, Abraham, Vincent & Kochanek, 2006).

Motsvarande procent i frågan *att ta emot och bära patientens oro/bördor/livsöden* var lägre. I CeFAMs undersökning var detta den fråga där flest barnmorskor hade svarat ibland/ofta.

I denna studie framkom att merparten av de tillfrågade ibland/ofta ansåg att de fick *stöd från sina arbetskamrater när problem uppstår*. I de öppna frågorna beskrev dock en informant ur gruppen 0-1 år det vara psykologiskt påfrestande

”när jag känner mig otillräcklig och inte har tillräcklig kunskap för att hantera situationer och inte har möjlighet till stöd från arbetskamrater”.

I Shuldt Håårds (2009) studie framkom att studerande på grundutbildningen hade lätt för att be om råd när det uppstod problem. Detta är alltså något man blir van vid tidigt i sjuksköterskearbetet. Konstruktiv kritik från arbetskamraterna var något som merparten av de studerande i studien fick ibland/ofta. Så var inte fallet med grupperna 0-1 år och 1-2år. Det är enligt författarna mera accepterat att rätta och tala om för en student hur man ska göra än göra detsamma för en arbetskamrat.

Anmärkningsvärt är att samtliga informanter ansåg sitt arbete vara betydelsefullt och merparten kände sig trygga och säkra på sig själva i sitt arbete (s.15). Detta kan tydas på så sätt att arbetet som intensivvårdssjuksköterska är belönande och arbetstillfredsställande. Den kliniska kunskap och kritiska beslutsfattande samt de administrativa uppgifterna som hör till yrket utgör en bredd och variation som är tilltalande för många. Man får även möjligheten att dela med sig av sina kunskaper då ett ansvar som handledare och undervisare också tillhör yrket.

8.3 Slutsats

Resultatet i denna pilotstudie speglar endast de tillfrågades uppfattningar av psykologisk påfrestning och inga slutsatser kan dras eller signifikanta skillnader ses då antalet i populationen varit för litet. Man kan hursomhelst genomgående i resultatet i denna studie se en tendens till större psykologisk påfrestning hos de nytexaminerade intensivvårdssjuksköterskor i gruppen 0-1år. Omfattningen gör det omöjligt att göra resultatet generaliserbart. Resultatet i denna studie visar att de nytexaminerade intensivvårdssjuksköterskorna i studien ofta utsätts för psykologiskt påfrestande

situationer som kan leda till ett behov av psykologiskt stöd. Enkätundersökningen riktad till barnmorskor som användes av CeFAM förefaller med mindre modifikationer vara användbar även inom intensivvården.

En framtida studie med större population skulle kunna visa signifikanta skillnader mellan grupperna och då möjliggöra en generalisering av resultatet och det som framkom i de öppna frågorna skulle kunna utgöra nya intensivvårdsspecifika enkätfrågor.

8.4 Klinisk betydelse

I och med resultatet från studien kan man identifiera vårdssituationer som kan vara psykologiskt påfrestande, och på förhand ha en handlingsberedskap för behov av psykologiskt stöd på arbetsplatsen.

8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

Det vore intressant att se om de små skillnader som ses i resultatet kunde visa signifikans i en större studie. Det kunde även vara av intresse att se vad som leder fram till valet att bli intensivvårdssjuksköterska.

I studien framkom i de öppna frågorna ett behov av att utveckla ett elektroniskt etiskt forum där intensivvårdspersonal från olika intensivvårdsavdelningar kan utbyta erfarenheter och diskutera etiska frågor anonymt.

Nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor skulle även kunna dra nytta av en obligatorisk personlig mentor under det första arbetsåret. Mentorn skulle kunna utgöras av en intensivvårdssjuksköterska ur personalen med tillräcklig erfarenhet för uppgiften.Handledning och stödsamtal skulle då kunna hållas regelbundet eller vid behov.

REFERENSER

- Andersson, B., Tedfeldt, E-L. & Larsson, G. (2009) *Avlastande samtal inom personalgrupper*. Lund: Studentlitteratur.
- Arnetz, J. (1998). *Violence towards health care personel: prevalence, risk factors, prevention and relation to quality of care*. Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet.
- Azoulay, E., Timsit J.F., Sprung C.L., Soares, M., Rusinová, K., Lafabrie, A. et al. (2009). Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflict study. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*. 180(9): 853-60.
- Badger, J.M. (2008). Critical Care Nurse Intern Program: Addressing Psychological Reactions to Critical Care Nursing. 2008. *Crit Care Nurse Q*. 2(31):184-187.
- Benner, P., (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P., Hooper-Kyriadis, P. & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care : A thinking in action approach*. San Francisco. W.B.Sounders Company.
- Charlton, R., Machin, S. & Chlough, A. (2000). Collaborating with the consortium: the development of a foundation programme in critical care skills programme. *Nursing in Critical Care*, 5(2), 62-67.
- Cronqvist, A. & Nyström, M. (2007). A theoretical argumentation on the consequences of moral stress. *Journal of Nursing Management*. 15, 458-465.
- Cronqvist, A. Theorell, T., Burns, T. & Lutzen. K. (2004). Caring about – Caring for moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing Ethics*, 11(1), 63-75.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV. (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2005) *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Egidius, H. (2005) *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur och kultur
- Farnell, S. & Dawson, D. It's not like the wards. Experiences of nurses new to critical care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2006 (43), 319-331.
- Fink, M.P., Abraham, E., Vincent, J-L. & Kochanek, P.M. (2006). *Textbook of Critical Care (5th ed.)*, Philadelphia. Elsevier Saunders.

- Gullbrandsen, T., Stubberud, D-G. (2009) Intensivvård : *Avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L.-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (2009). *Psykiatri*. Författarna och studentlitteratur. Lund.
- Håkanson, E. & Schulman, A. (2000) Psykologisk debriefing – dags att skrota modellen eller? *Läkartidningen* 97(22), 2768-2771.
- Li, S. & Kenward, K. (2006) A National Survey of Nursing Education and Practise of Newly Licensed Nurses. *JONA's Journal of Nursing Administration : Healthcare Law, Ethics and Regulation*. 8(4):110-115
- Lutzén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A. & Andersson, A. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing ethics*, 10 (3), 312-322.
- Michélsen, H., Löfvander, I., Eliasson, G. & Schulman, A. (1999). *Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården*.(Rapport 1999:6). Stockholm: Ormbergstryck.
- Michélsen, H., Sebrant, U. & Schulman, A. (2006) *Att förebygga psykisk belastning i sjukvårdsarbete: ett interventionsprojekt*. (Rapport 2006:1) Huddinge: EO Grafiska.
- Morton, P.G. & Fontaine, D.K. (2009). *Critical Care Nursing: a holistic approach*. (9:th International ed). Philadelphia, Lippincot, Williams & Wilkins.
- Perlman B & Hartman E.A. (1982).Burnout: Summary and future research. *Human Relations*. 35(4), 283–305.
- Polit, D.F. & Beck, C.T.(2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Schulman, A., Bergsten Brusefors, A., Hochwälder, J. & Håkanson, E. (2003). *Psykiska belastningar inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län*. (Rapport 2003:5) Stockholm: Ormbergstryck.
- Shorter M. & Stayt L.C. (2009) Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 66(1), 159–167.
- Stayt L.C. (2007) Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing* 57(6), 623–630.
- Theorell, T. (2003). *Psykosocial miljö och stress*. Lund. Författarna och studentlitteratur.
- Theorell, T. & Karasek, R.A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 9-26.
- Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.



Deltagarinformation

Förfrågan om medverkan i undersökning

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats på 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.

PRELIMINÄRT NAMN PÅ STUDIEN ÄR: BEHOV AV
STÖDSAMTAL/HANDLEDNING FÖR NYUTBILDADE
INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSKOR.

Området vi önskar studera är: I vilka situationer har nyutbildade intensivvårdssjuksköterskor ett behov av handledning och stödsamtal. Studien skall svara på vilka situationer som kan vara psykologiskt påfrestande för nyutbildade intensivvårdssjuksköterskor.

Studien är godkänd av Röda Korsets Högskolas granskningsnämnd för empiriska studentarbeten D-nr 26/2009.

VI VILL DÄRFÖR TILLFRÅGA DIG OM ATT DELTA I EN
ENKÄTUNDERSÖKNING ANGÅENDE: BEHOV AV
STÖDSAMTAL/HANDLEDNING FÖR NYUTBILDADE
INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSKOR

Enkäten innehåller 29 frågor och tar ca 10 minuter att besvara. Dina svar/resultat kommer att behandlas anonymt och konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ett förbättrat patientomhändertagande och välbefinnande hos vårdpersonal.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss.

Enkät till intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet från noll till två år

Frågorna är hämtade ur CeFAMs enkätundersökning som gjordes på en kvinnoklinik i Stockholm 2006. Frågorna är anpassade till intensivvårdsmiljö i samråd med Abbe Schulman som är överläkare inom allmän psykiatri.

Ringa in Ditt svar

Ålder.	20-25 år	26-30 år	31-35 år	över 35 år
Kön.		Man		Kvinna
Erfarenhet .	Studera IVA-VUB	0-1 år IVASSK		1- 2år IVASSK
Nuvarande anställningsform.		Tillsvidare		Timanställd
Arbetar du:		Heltid		Deltid
Vilken är din huvudsakliga arbetstidsform?		Dag/kväll		Natt

Följande frågor besvaras med (1, aldrig) (2, sällan) (3, ibland) (4, ofta)

Ringa in det alternativ (1,2,3,4) som passar bäst

Är följande situationer psykologiskt påfrestande för Dig som intensivvårdssjuksköterska?

Långdragna sjukdomsförlopp.	1.	2.	3.	4.
Vård av döende patienter.	1.	2.	3.	4.
Oväntade dramatiska dödsfall, vuxna.	1.	2.	3.	4.
Oväntade dramatiska dödsfall, barn.	1.	2.	3.	4.
Att du ställs inför snabba, avgörande beslut.	1.	2.	3.	4.
När du får ta emot en ny patient.	1.	2.	3.	4.
Att du känner oro för att göra fel.	1.	2.	3.	4.
Att du känner oro för att bli anmäld till ansvarsnämnden.	1.	2.	3.	4.
Att du känner skuld över att inte kunna göra det som patienten önskar.	1.	2.	3.	4.
Att du går från en svår uppgift direkt till nästa svåra uppgift.	1.	2.	3.	4.
Att du ställs inför etiska/moraliska svårigheter.	1.	2.	3.	4.
Att du får ta emot och bära mycket av patientens oro/bördor/livsöden.	1.	2.	3.	4.
Att du får ta emot och bära mycket av anhörigas oro/bördor/livsöden.	1.	2.	3.	4.
Att du är ensam om att identifiera behov hos patienten och inte får gehör för detta.	1.	2.	3.	4.
Att du får ta emot patientens missnöje.	1.	2.	3.	4.
Att du får ta emot anhörigas missnöje.	1.	2.	3.	4.
Att du identifierar dig med vissa patienter.	1.	2.	3.	4.
Att du får ta ett för stort eget ansvar.	1.	2.	3.	4.

Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?

1. aldrig 2. sällan 3. ibland 4. ofta **VÄND**

Hur bra stämmer dessa känslor i ditt arbete som iva-sjuksköterska?

Jag känner mig känslomässigt tömd av mitt arbete.	1. aldrig	2. sällan	3. ibland	4. ofta
Jag känner mig förbrukad när arbetspasset är slut.	1.	2.	3.	4.
Jag känner mig trött inför en ny arbetsdag.	1.	2.	3.	4.
Jag känner mig utbränd av arbetet.	1.	2.	3.	4.
Jag har blivit mer okänslig mot patienter/ anhöriga sedan jag tog det här arbetet.	1.	2.	3.	4.
Får du i arbetet				
uppskattning av dina arbetskamrater?	1.	2.	3.	4.
konstruktiv kritik av dina arbetskamrater?	1.	2.	3.	4.
stöd från dina arbetskamrater om problem uppstår?	1.	2.	3.	4.
Känner du dig trygg/säker på dig själv i ditt arbete?				
Tycker du att ditt arbete är betydelsefullt?	1.	2.	3.	4.

Öppna frågor.

Här kan du själv formulera dina svar med egna ord.

Finns det situationer utöver de på föregående sida som Du uppfattar som psykologiskt påfrestande på Din arbetsplats?

Vilken typ av reaktioner i psykologiskt påfrestande situationer ser du hos dig själv /andra iva-sjuksköterskor på din arbetsplats?

Vilka former av psykologiskt stöd finns tillgängligt på din arbetsplats?

Bilaga 3

CeFAMs undersökning på en kvinnoklinik i Stockholm.

Av totalt 400 tillfrågade delades informanterna in i olika yrkesgrupper.

Procentuell fördelning avseende förekomst av 21 situationer på arbetet.

Yrkesgrupp **barncuratorer** .

Situationer på arbetet	Ibland/Ofta
Att du får ta emot och bära mycket av patienternas oro/bördor/livsöden.	85%
Att du ställs inför snabba avgörande beslut.	82%
Att du går från en svår uppgift direkt till nästa svåra uppgift.	82%
Att du känner oro för att göra fel.	77%
Att du ställs inför etiska/moraliska svårigheter.	72%
Att du får ta emot patienters missnöje.	64%
Att du får ta emot anhörigas missnöje.	62%
Att du känner skuld över att inte kunna göra det som patienten önskar.	64%
Att du får ta emot och bära mycket av anhörigas oro/bördor/livsöden.	56%
Att du identifierar dig med vissa patienter.	39%
Att du får ta ett för stort eget ansvar.	50%
Långdragna sjukdomsförlopp.	30%
Sena aborter.	16%
Att du känner oro för att bli anmäld till ansvarsnämnden.	51%
Oron över att mamman inte ska kunna ta hand om barnet.	44%
Förlossning där barnet föds med svåra skador.	28%
Oväntade dramatiska dödsfall, barn.	25%
Att du är ensam över att identifiera behov hos patienten och inte får gehör för detta.	28%
Vård av döende patienter.	4%
Att du är ensam över att identifiera behov hos anhöriga och inte får gehör för detta.	19%
Oväntade dramatiska dödsfall, vuxna.	-