



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

PATIENTSÄKERHET UNDER FÄLTMÄSSIGA FÖRHÅLLANDEN

En intervjustudie

Elsa Persson och Josefin Olsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Examensarbete i omvårdnad för specialist OM5340
Program och/eller kurs:	Operation/OM5320 Anestesi
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT21
Handledare:	Azar Hedemalm
Examinator:	Pether Jildenstål

Titel svensk:	Patientsäkerhet under fältmässiga förhållanden
Titel engelsk:	Patient safety under field conditions
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad för specialist OM5340/OM5320
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT21
Handledare:	Azar Hedemalm
Examinator:	Pether Jildenstål
Nyckelord:	Intraoperativ Omvårdnad, Fältsjukhus, Patientsäkerhet, Operationssal

Sammanfattning

Bakgrund: Militärmedicin har genom historien varit en viktig drivkraft vad gäller medicinsk utveckling och det finns gott om exempel på förändringar i sjukvården som har sin grund i det militära. Specialistsjuksköterskor i fält arbetar mot samma mål som inom civil sjukvård men med begränsade resurser och under andra omständigheter. I en eventuell situation där specialistsjuksköterskor från den civila sjukvården i Sverige ställs inför att vårda patienter i samband med till exempel en naturkatastrof eller någon form av terrordåd, blir det intressant att veta hur den intraoperativa omvårdnaden av patienten påverkas i en sådan situation.

Syfte: Att beskriva specialistsjuksköterskors erfarenheter av hur vårdmiljön i fält kan påverka den intraoperativa omvårdnaden avseende patientsäkerhet.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med ändamålsenligt strategiskt urval. Intervjuerna genomfördes i fokusgrupper. Innehållet transkriberades och analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys.

Resultat: Resultatet av denna studie visar att deltagarna var överens om att den intraoperativa patientsäkerheten inte påverkas i någon större utsträckning av fältmässiga förhållanden men att det finns vissa faktorer som kan äventyra patientsäkerheten. Exempel på detta är brister i intraoperativ hygien och den tekniska utrustningen. Faktorer som främjar patientsäkerheten är en motiverad personalgrupp som får öva mycket och på så sätt blir ett välfungerande sammansvetsat team. Patientsäkerheten gynnas också av att de arbetar efter samma rutiner som inom civil sjukvård.

Slutsats: Det finns faktorer som kan påverka patientsäkerheten negativt men riskerna för vårdskador måste ses i relation till en kontext där inget annat alternativ finns. Flera risker för patientsäkerheten vägs upp av väl sammansvetsade team som övar och följs upp kontinuerligt samt en medvetenhet som gör att man kan förutse och undvika eventuella vårdskador.

Nyckelord: Intraoperativ Omvårdnad, Fältsjukhus, Patientsäkerhet, Operationssal

Abstract

Background: Military medicine has historically been an important driving force in terms of medical development and there are plenty of examples of changes in healthcare that are rooted in the military. Specialist nurses in the field work towards the same goals as in civilian healthcare, but with limited resources and under other circumstances. In a possible situation where specialist nurses from the civil health care in Sweden are faced with caring for patients during, for example, a natural disaster or some form of terrorist act, it is interesting to know how the intraoperative care of the patient is affected in such a situation.

Aim: To describe advanced specialist nurses' experiences of how the conditions in the field can affect the intraoperative care regarding patient safety.

Method: A qualitative interview study with a strategic sample. The interviews were conducted in focus groups. The interviews were transcribed and analyzed with a qualitative content analysis according to Graneheim and Lundman (2004).

Results: The results of this study show that the participants all agree that intraoperative patient safety is not affected to any great extent by field conditions, but that there are certain factors that may jeopardize patient safety. Examples of this are deficiencies in intraoperative hygiene and the technical equipment. Factors that promote patient safety are a motivated staff group that gets to practice a lot and thus become a well-functioning, cohesive team. Patient safety also benefits from working according to the same routines as in civilian healthcare.

Conclusion: There are factors that can negatively affect patient safety, but the risks of patient harm must be seen in relation to a context where there is no other alternative. Several risks for patient safety are weighed up by well-welded teams that practice and are being followed up continuously, as well as an awareness that allows one to anticipate and avoid any patient harm.

Key words: Intraoperative Nursing, Field Hospital, Patient Safety, Operating Theatre

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till de specialistsjuksköterskor som har engagerat sig genom samtal eller medverkande i studien och som gjorde detta examensarbete möjligt. Det har varit både spännande och inspirerande att ta del av era erfarenheter. Ett stort och innerligt tack till vår handledare Azar Hedemalm för goda reflektioner, diskussioner, konstruktiv kritik och stöd under arbetets gång. Vi vill även tacka varandra för ett mycket gott och effektivt samarbete. Sist men inte minst vill vi rikta ett stort tack till våra respektive familjer för stödet och förståelsen för att vi periodvis inte varit så närvarande.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Det svenska totalförsvaret	1
Sjukvård i fält	2
Legitimerad sjukvårdspersonal i Försvarmakten	3
Intraoperativ omvårdnad och specialistsjuksköterskornas roll.....	3
Patientsäkerhet.....	4
Problemformulering	6
Syfte.....	6
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden.....	9
Resultat.....	9
Potentiella risker för patientsäkerheten	10
Den externa och interna miljön i fält	10
Den psykiska arbetsmiljön.....	11
Det som gynnar patientsäkerheten.....	12
Patientsäkra rutiner	12
Sjukvårdspersonalens förutsättningar	13
Diskussion	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion	15
Brister i vård- och arbetsmiljö med risk för komplikationer	15
Betydelsen av den psykiska arbetsmiljön	16
Patientsäkerhet relaterad till rutiner, erfarenhet och utbildning.....	17
Slutsats.....	17
Klinisk relevans och implikationer för fortsatt forskning	18
Referenslista	19

Bilaga 1 Information till forskningspersonerna

Bilaga 2 Information om examensarbete till enhetschef

Bilaga 3 Intervjufrågor

Inledning

Militärmedicin har genom historien varit en viktig drivkraft vad gäller medicinsk utveckling. Detta har varit en följd av de utmaningar som uppstår vid vård av skadade och sjuka under hot utifrån, med tillgång till begränsade resurser och på otillgängliga platser (Hooper, Nadler, Badloe, Butler & Glassberg, 2014).

Det finns gott om exempel på förändringar i det medicinska omhändertagandet som har sin grund i det militära, ett exempel är handläggandet av blodtransfusioner i samband med trauma där erfarenheter från de senaste decenniernas krig i Irak och Afghanistan ledde till ett paradigmskifte i hanteringen av massiva blödningar. Man har senare kunnat visa att detta handhavande minskar dödligheten även i den civila sjukvården (Campion, Pritts, Dorlac, Nguyen, Fraley, Hanseman & Robinson, 2013; Gaskin, 2015). Ett annat exempel är smärtbehandling, där man till stor del tack vare militär sjukvård kunnat se att god smärtlindring vid akuta smärttillstånd minskar risken för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Vid akuta operationer i osterila miljöer används idag tekniker där man inte stänger sår, i stället läggs vacuumförband (Båskman, 2021). Detta är en metod som minskar risken för infektioner (Labler, Keel & Trentz, 2004).

Den civila sjukvården kan lära av den militära och dra nytta av kunskap som utvecklats i en militär kontext (Black & McManus, 2009). Då det i stort saknas omvårdnadsforskning i en militär kontext, och då både den fysiska och psykiska vårdmiljön inom militär sjukvård skiljer sig från den civila på olika sätt som skulle kunna påverka patientsäkerheten, är det troligt att man även i detta sammanhang skulle kunna dra nytta av militära erfarenheter. Denna uppsats kommer därför att undersöka vilken effekt som vårdmiljön i fält kan ha i stort på patientsäkerheten. Vad händer om man plockar bort de fyra säkra väggarna som utgör en vanlig operationssal och ersätter dem med tältduk? Hur påverkas patientsäkerheten om det utanför tältets tunna väggar pågår krig?

Bakgrund

Det svenska totalförsvaret

Det svenska totalförsvaret delas in i militärt försvar och civilt försvar. Civilt försvar kan ses som hela samhällets motståndskraft och är tänkt att bedrivas av statliga myndigheter, regioner, kommuner, näringsliv och frivilligorganisationer tillsammans. Målen med det civila försvaret består bland annat i att värna civilbefolkningen, säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna och att bidra till att stärka samhällets förmåga att förebygga och hantera svåra påfrestningar på samhället i fred. Det civila försvaret har också i uppgift att med tillgängliga resurser bidra till förmågan att delta i internationella fredsfrämjande och humanitära insatser, via Försvarsmakten eller idéella organisationer (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap MSB, 2021). Sjukvården utgör därmed en viktig del i det civila försvaret.

Efter det kalla krigets slut minskade hotbilden mot Sverige och det har därför fram till nyligen bedrivits ett mycket begränsat arbete med förberedelse och planering av civilt försvar. I nuläget

har vi exempelvis inte längre några lager av läkemedel eller sjukvårdsmateriel. Inte ens begreppet "civilförsvar" används längre. Alla berörda aktörers planering för höjd beredskap upphörde i praktiken och de resurser som fanns sedan tidigare togs ur drift eller destruerades (MSB, 2021).

Även Försvarsmakten fick minskade resurser till följd av den förändrade hotbilden mot Sverige och den nedrustning som pågått sedan mitten på 60-talet nådde sin kulmen i början på 2000-talet då värnplikten slopades helt. Det finns därför idag endast ett fåtal legitimerad sjukvårdspersonal inom Försvarsmakten, och betydligt färre människor i samhället i stort som har erfarenhet av arbete eller övning i krigs- eller krissituationer (Fredén, 2020). Ett exempel på hur detta påverkar patientsäkerheten sågs senast under pandemin Sars-Cov-II då Försvarsmakten på regionens begäran ställde upp med tält utanför Östra Sjukhuset i Göteborg. Detta fick snart mycket hård kritik då vårdpersonalen som skulle arbeta där inte var vana vid miljön eller utrustningen i tälten och detta ansågs påverka patientsäkerheten negativt (Persson, 2020; Ljungdahl, 2020). Vid extraordinära händelser krävs kunskap hos civil vårdpersonal i hur god omvårdnad kan säkras även under omständigheter de inte är vana vid att arbeta i (Black & McManus, 2009).

Sjukvård i fält

Man har kunnat visa att 87-90% av de som dör vid militära insatser hinner avlida innan de ens når ett sjukhus med möjlighet till kirurgi. Därför har flera länder i världen utvecklat metoder för mer avancerat akut omhändertagande som kan genomföras närmre skadeplatsen (Hooper et al., 2014; Khayata & Bourque, 2012). I Sverige finns något som kallas för "Forward Surgical Team" (FST) (Försvarsmakten, 2018), ett koncept med sitt ursprung i den amerikanska armén. Ett FST är ett småskaligt, mobilt sjukvårdsteam med förmåga att utföra akut livräddande kirurgi och ge kortvarig intensivvård till patienter som annars inte skulle ha överlevt transporten till ett större sjukhus (Khayata et al., 2012). FST följer med när militära operationer rör sig längre än 2 timmar från camp, och utför inte operationer som är längre än 1 timme (Båskman, 2021). På en sådan liten enhet är resurserna begränsade och det finns begränsat med sterila instrument, därför måste de rengöras och steriliseras direkt efter varje operation, annars finns det inga att tillgå till nästa operation. De diskas för hand med rengöringsmedel, för att sedan sköljas av i dricksvatten från flaskor om det inte finns tillgång till rinnande vatten. Därefter packas de och steriliseras i en process som går att likna med den på en vanlig operationsavdelning. Har fältsjukhuset fått in många skadade på kort tid och kirurgen anser att patienten inte har tid att vänta på att instrumenten ska steriliseras så sköljs de endast av i alkohol innan de används igen (Stevenson & Cather, 2008).

Därifrån flyttas patienten till fältsjukhuset eller vidare till kvalificerad sjukvård i hemlandet (Båskman, 2021). Fältsjukhuset består av tältmoduler som sätts upp på plats och som erbjuder en begränsad arbetsyta och till viss del begränsade resurser, men med betydligt högre standard vad gäller kapacitet, materiel och förmåga till sterilitet och hygien. Operationsenheten på fältsjukhuset ansvarar utöver operationer även för sterilisering av egna instrument och operationstextilier. Operationsenheten har också beredskap för att förstärka annat sjukhus med operationslag vid behov (Försvarsmakten, 1999).

Legitimerad sjukvårdspersonal i Försvarmakten

Då man på fältsjukhus har begränsad tillgång till personal är arbetsuppgifterna mer flytande än på ett vanligt sjukhus och operationspersonalen ansvarar ibland även för intensivvården. Den begränsade tillgången på personal innebär också att vårdpersonalen behöver utföra helt andra sysslor än att vårda patienter, man ska bland annat kunna utföra fältarbeten för eget behov såsom att gräva avloppsdiken, förbereda helikopterlandningsplatser, ploga snö o.s.v. Om tältduken lossnar mitt i natten i ett oväder och det börjar läcka in vatten behövs personal för att gräva dräneringsdiken och laga tältduk, vilket kan innebära att vårdpersonalen tvingas avbryta sin vila mellan arbetspassen för att hjälpa till. Vid förflyttning av sjukhuset hjälper vårdpersonalen till i arbetet med att riva och bygga upp tält. Vårdpersonalen bär vapen för självförsvar, försvar av skadade och av sjukhusets materiel. I vissa situationer kan vårdpersonalen behöva arbeta iklädd militär skyddsutrustning då tältet inte erbjuder något skydd mot yttre hot. De är också utbildade i och har beredskap för sanering av nukleära, kemiska och biologiska stridsmedel (Försvarmakten, 1999).

Att arbeta under krigsliknande förhållanden kan vara påfrestande, en säker arbetsmiljö kan aldrig garanteras. Dessutom lär vårdpersonal och övrig militär personal känna varandra och det uppstår ofta en stark gemenskap (Andersson, 2014). Patienterna kan vara både soldater från den egna sidan, eller skadade fiender. Det kan också vara skadade civila (Försvarmakten, 1999). Det innebär en känslomässig påfrestning och stress hos vårdpersonalen att vårda någon de känner och har tjänstgjort tillsammans med (Andersson, 2014).

Medicinsk personal i Försvarmakten står under befäl av officerare som har det yttersta ansvaret för fältsjukvården, vilket av vårdpersonalen kan upplevas som problematiskt då de militära cheferna ibland saknar förståelse för hur sjukvården fungerar. Samtidigt saknar vårdpersonalen till viss del förståelse för de militära strategierna. Detta kan leda till situationer där det skär sig mellan medicinsk personal som vill rädda liv men lyder under en officer som har som mål att lösa ett militärt uppdrag (Andersson, 2014).

Intraoperativ omvårdnad och specialistsjuksköterskornas roll

Specialistsjuksköterskor som vårdar patienten vid ett kirurgiskt ingrepp är anesthesi- och operationssjuksköterskor.

I kompetensbeskrivningen för anesthesijsjuksköterskor av Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård (2020) står det att anesthesijsjuksköterskan ansvarar för omvårdnad av patienten i en högteknologisk miljö där specifika erfarenheter och kunskaper är väsentliga för den vård som bedrivs. Det krävs att anesthesijsjuksköterskan har goda kunskaper i anesthesiologisk omvårdnad, personcentrerad vård, samverkan i team och att bedriva evidensbaserad vård. Anesthesijsjuksköterskan ska vara drivande inom kvalitetsutveckling och förbättringsarbete. Att bedriva säker vård är en av anesthesijsjuksköterskans kärnkompetenser, en del i detta är att värna om patientsäkerheten genom att ständigt dokumentera och journalföra omvårdnadsåtgärder. Enligt Gran Bruun (2018) är det utmärkande för anesthesijsjuksköterskans arbete att hela tiden finnas tillgänglig hos patienten. Det finns dels en problemlösande funktion som innebär att arbeta förebyggande och lindrande rent fysiskt genom instrumentella handlingar. Intraoperativt ansvarar anesthesijsjuksköterskan exempelvis för patientens luftväg, ventilation, cirkulation, anesthesiologiskt djup samt smärtlindring, och ansvarar gemensamt med

operationssjuksköterskan för ett optimalt upplägg av patienten för att minimera risken för skador. Det finns också en relationsaspekt där målet är att skapa en närhet och tillvarata patientens integritet. Anestesisjuksköterskan behöver ha förmåga att integrera dessa båda arbetssätt för att kunna erbjuda kvalitativ omvårdnad. På operationssalen arbetar anestesisjuksköterskan både självständigt och i samarbete med andra professioner, som operationssjuksköterskor, kirurger och anestesiläkare. Anestesisjuksköterskans och anesthesiologens funktioner under en operation överlappar till viss del varandra.

Operationssjuksköterskans kärnkompetenser innefattar personcentrerad vård, evidensbaserad vård, informatik, hållbar utveckling, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling samt säker vård. Den säkra vården kan delas in i fyra olika delar; förebyggande av vårdskador, infektionsprevention, situationsmedvetenhet samt medicinsk teknik. En specialistsjuksköterska inom operationssjukvård ansvarar för aseptik, instrumentering, infektions- och komplikationsförebyggande åtgärder samt säker hantering av biologiska preparat (Riksförening för operationssjukvård, 2020). Enligt Bäckström (2012) kan operationssjuksköterskans intraoperativa omvårdnad delas in i direkt och indirekt omvårdnad. I den direkta omvårdnaden ingår exempelvis infektionspreventiva åtgärder och att förebygga smittspridning, hypotermi och vårdskador. Ett exempel på operationssjuksköterskans förebyggande åtgärder mot vårdskada är att kontrollera att patienten blir korrekt upplagd på operationsbordet så att risken för trycksår eller översträckning av leder minskar. Indirekt omvårdnad innebär de pedagogiska och administrativa uppgifter operationssjuksköterskan har såväl som det ansvar den har för vårdutveckling. Två viktiga delar i operationssjuksköterskans roll i den perioperativa omvårdnaden är att förbättra patientsäkerheten och att bidra till säkerhetskulturen på operationssalen (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Hög arbetsbelastning är ett hot mot patientsäkerheten. Produktionen ska öka men tiden ska kortas ner. Detta kan försämra fokus hos operationssjuksköterskorna då planeringen inför nästkommande operation måste påbörjas redan innan pågående operation avslutats (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008).

Patientsäkerhet

Kim, Lyder, McNeese-Smith, Leach, och Needleman (2015) menar att de fel som inträffar på grund av den mänskliga faktorn ofta beror på systemfel. De definierar det som är utmärkande för patientsäkerhet som att förebygga medicinska fel och undvikbara negativa händelser för att skydda patienten från skada. De skriver att ansvaret ligger både hos den enskilda individen som ger vård såväl som hos hela sjukvårdssystemet.

Sjukvårdens uppdrag är att lindra, bota och hjälpa, trots detta utsätts patienter dagligen för skada som hade kunnat undvikas i samband med vård (Lindh & Sahlqvist, 2012). Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Lagen riktar sig till vårdgivare och personal inom hälso- och sjukvård och innehåller bestämmelser, men även definitioner av flera centrala begrepp (Socialstyrelsen, 2020). Exempelvis innebär patientsäkerhet skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits (Patientsäkerhetslagen (2010:659) 1 kap. 5§). Det finns ett antal riskområden inom vården där vårdskador är vanliga. Delvis innebär vissa moment en risk i sig, såsom läkemedelshantering och blodtransfusioner, där konsekvenserna kan bli allvarliga om en förväxling eller en felräkning sker. I samband med överrapporteringar och journalföring finns

en risk för missförstånd på grund av otydlig kommunikation. Om medicinteknisk utrustning hanteras på ett felaktigt sätt finns risk för allvarlig skada, om föremål glöms kvar vid operationer eller om basala hygienrutiner inte följs finns risk för vårdrelaterade infektioner. Utöver specifika riskområden kan även organisationen i sig innebära en risk, en brist på resurser kan leda till förlängda väntetider, stressad vårdpersonal och en högre andel oerfaren personal som saknar nödvändig yrkesskicklighet (Lindh & Sahlqvist, 2012).

I samband med patientsäkerhet och vårdskador nämns ofta den mänskliga faktorn, det vill säga risken för att vårdskador uppstår på grund av mänskliga misstag. Mänskliga misstag kan aldrig elimineras helt, utan behöver hanteras på ett sätt som minimerar konsekvenserna för patienten. Misstag och olyckor i vården beror ofta på faktorer som ligger utanför den enskilda individens kontroll. Personalen som hanterar den medicintekniska utrustningen och läkemedlen, och som journalför och rapporterar till varandra behöver få förutsättningarna att kunna göra detta på ett säkert sätt (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Socialstyrelsen har i uppdrag att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i Sverige. Arbetet består bland annat i att ta fram regler och föreskrifter som hjälper sjukvården att utveckla arbetssätt, till exempel nationella riktlinjer. De ansvarar också för att pröva och utfärda legitimationer för personal inom hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2020). Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Enligt World Health Organization (2021) är dödligheten efter en större operation 0,5-5% och upp mot var fjärde inneliggande patient drabbas av någon typ av komplikation efter operation. Mer än hälften av de vårdskador som uppstår efter operation anses ha kunnat undvikas om rätt förebyggande åtgärder satts in. I arbetet för att förbättra patientsäkerheten under operationer har WHO tagit fram en checklista; "WHO Surgical Safety Checklist". Enligt Världsalliansen för patientsäkerhet (2009) är syftet med checklistan att stärka de redan befintliga säkerhetsrutiner som finns och att bidra till att förbättra kommunikationen och samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna på operationssalen. Checklistan ska ses som ett verktyg för verksamheter som vill förbättra patientsäkerheten och reducera onödiga komplikationer och dödsfall i samband med kirurgi. Patientsäkerheten har förbättrats efter införandet av checklistan genom att antalet postoperativa dödsfall samt antalet komplikationer efter kirurgi hos inneliggande patienter har minskat (Haynes et al., 2009).

Operationssjukvård är en komplex verksamhet, där vårdpersonalen hela tiden måste ligga steget före och vara beredd på att oförutsedda händelser kan inträffa. För att kunna bedriva vård med god patientsäkerhet i en sådan miljö lyfts kommunikation som en viktig hörnsten. Om teamet inte är inarbetat kan kommunikationen ofta vara utmanande, då är det ännu viktigare att den fungerar väl inom subteamen, det vill säga mellan kirurg och operationssjuksköterska eller mellan anestesilog och anestesijuksköterska. Utöver kommunikation anses även erfarenhet ha stor betydelse för möjligheten att bedriva säker vård. Med erfarenhet kommer insikt om de egna och teamets begränsningar (Göras, Nilsson, Ekstedt, Unbeck & Ehrenberg, 2020).

En del i att förbättra patientsäkerheten är att verka för en bättre arbetsmiljö, då det i sin tur kan förbättra säkerhetskulturen på operationssalen (Ingvarsdottir et al., 2018). Att hantera stress och framför allt minska stressen i operationssalen ses som en viktig faktor i att förbättra

arbetsmiljön. Stress kan uppstå av en rad olika faktorer, men framför allt lyfts aspekten att det är en för hög arbetsbelastning och för låg bemanning (Alfredsdottir et al., 2008; Göras, Unbeck, Nilsson & Ehrenberg, 2017; Ingvarsdottir et al., 2018). Den låga bemanningen leder till att personal som saknar tillräcklig kompetens och erfarenhet tas in, vilket ökar stressen för specialistsjuksköterskan då en viktig del i teamarbete är att kunna lita på att alla i operationsteamet vet sin roll och vad som förväntas av dem (Ingvarsdottir et al., 2018).

En annan del i att förbättra patientsäkerheten är att minska antalet avbrott och distraktioner (Ingvarsdottir et al., 2018; Göras et al., 2019). Distraktioner under operationer är vanligt och påverkar patientsäkerheten negativt då koncentrationen bryts. Anestesisjuksköterskorna är de som blir avbrutna flest gånger. Vanliga distraktioner i den civila vården är telefoner som ringer, medlemmar i teamet som pratar om annat än ingreppet eller patienten, dörrar som öppnas eller icke fungerande utrustning (Göras et al., 2019).

Chefen på en operationsavdelning har en viktig roll vad gäller patientsäkerheten, men det är en komplex uppgift då denne måste ta hänsyn till både produktion och patientsäkerhet. Chefen kan skapa ett klimat som främjar patientsäkerhet genom att prioritera kvalitet och skapa scheman som gör att personalen får den återhämtning de behöver mellan arbetspassen. De ska även arbeta för att bemanningen ska vara fullgod och inte tilldela specialistsjuksköterskor som är nya i sin roll arbetsuppgifter som kräver en rutinerad specialistsjuksköterska (Göras et al., 2017). Detta lyfter även Socialstyrelsen (2020) fram som grundläggande förutsättningar för en hög patientsäkerhet då de talar om en engagerad ledning och att det ska finnas tillräckligt med personal, att personalen ska ha adekvat kompetens och ges goda förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete på ett säkert sätt.

Problemformulering

Forskning visar att operationssjukvård är en komplex verksamhet. En operationssal är en högteknologisk miljö där flera olika professioner ska arbeta tillsammans mot ett gemensamt mål, nämligen säker vård och bästa möjliga resultat för patienten. Vid arbete i fält är målen desamma men resurserna är begränsade och omständigheterna annorlunda. Omvårdnadsforskningen inom området operationssjukvård i militär kontext tycks vara begränsad. En studie av detta kan vara av intresse för specialistsjuksköterskor som ska arbeta i konfliktzoner för Försvarsmakten, eller i en situation där specialistsjuksköterskor från den civila sjukvården ställs inför att vårda patienter i samband med extraordinära händelser, till exempel en naturkatastrof eller efter någon form av terroråd. Därför skulle en undersökning av hur den intraoperativa omvårdnaden påverkas av sådana omständigheter kunna ligga till grund för en förbättrad patientsäkerhet intraoperativt.

Syfte

Att beskriva specialistsjuksköterskors erfarenheter av hur vårdmiljön i fält kan påverka den intraoperativa omvårdnaden avseende patientsäkerhet.

Metod

Urval

Urvalet var strategiskt och ändamålsenligt, eftersom det krävdes att intervjupersonerna hade de erfarenheter som studien syftade till att undersöka (Polit & Beck, 2016). Inklusionskriterierna för studiedeltagarna var att de var utbildade specialistsjuksköterskor inom operation och anestesi som arbetar eller har arbetat under fältmässiga förhållanden. De flesta deltagarna hade varit på insats utomlands, vissa deltagare hade inte gjort någon utlandstjänstgöring men kunde inkluderas ändå då de hade gedigen erfarenhet av övningar och simuleringar i fältsjukhusmiljö. Alla sjuksköterskor hade även erfarenhet av att arbeta i civil sjukvård. Målet var att fånga in så många olika erfarenheter som möjligt, deltagarna som valdes hade varierande längd och typ av arbetslivserfarenheter, var mellan åldrarna 30-60 och både kvinnor och män inkluderades (se tabell 1). Enligt Polit & Beck (2016) är det en fördel om fokusgruppen är så homogen som möjligt för att alla deltagare ska känna sig bekväma med att föra fram sitt perspektiv och sina åsikter. Det var inte möjligt i studien att separera deltagare baserat på kön, ålder eller erfarenhet p.g.a. det begränsade urvalet men det förelåg inga stora hierarkiska skillnader då alla deltagare hade universitetsexamen på samma nivå.

Alla anställda anestesi- och operationssjuksköterskor på fältsjukhuset tillfrågades om intresse via kirurgiplutonchefen, varpå ytterligare deltagare rekommenderades av redan tillfrågade deltagare. Det var alltså delvis ett snöbollsurval (Polit & Beck, 2016) vilket var nödvändigt för att studien skulle vara genomförbar, då det fanns ett begränsat antal personer med de attribut som efterfrågades.

Tabell 1. Demografisk data

	Ålder	Erfarenhet som specialistsjuksköterska/år	Specialistinriktning	Arbetat inom Försvarmakten/år	Insats utomlands/antal
Deltagare 1	44	12	Anestesi	2,5	0
Deltagare 2	30	4	Anestesi	3	2
Deltagare 3	57	17	Operation	10	3
Deltagare 4	60	17	Operation	7	5
Deltagare 5	45	20	Anestesi	10	3
Deltagare 6	59	18	Anestesi	8	4
Deltagare 7	46	22	Operation	1,5	0

Datainsamling

Datainsamlingsmetoden var intervjuer i fokusgrupper. Enligt Polit och Beck (2016) är fokusgrupper en typ av gruppintervjuer där fyra eller fler personer samlas för en moderatorledd diskussion. En stor fördel med fokusgrupper är att forskarna får mycket material under kort

tid. En annan fördel är att de diskussioner som uppstår mellan deltagarna ofta kan ge forskarna ett rikare material. Enligt Danielsson (2012) är ett bra sätt att testa sina frågor att ha en provintervju. Detta planerades men kunde inte genomföras på grund av sjukdom. Studiedeltagarna delades in i två fokusgrupper med totalt fyra deltagare i varje; två operations- och två anestesijuksköterskor. I den andra intervju var det en deltagare som inte dök upp, den gruppen bestod då av två anestesijuksköterskor och en operationssjuksköterska. Gruppintervjuerna var semistrukturerade, med öppna frågor för att möjliggöra en fri diskussion i gruppen, och med följdfrågor för att få deltagarna att utveckla intressanta tankar och resonemang (Polit & Beck, 2016). Intervjuerna spelades in på ljudfil och transkriberades. På grund av tidsbegränsning genomfördes alla intervjuer före analys, varför mättnad av ämnet inte kunnat garanteras.

Intervjuerna genomfördes via videosamtal under två veckor i februari och mars år 2021. Alla deltagare befann sig i hemmet under intervjuerna. Enligt Polit och Beck (2016) är det viktigt att intervjuerna sker i en trygg och komfortabel miljö. Intervjuerna började med att deltagarna tillfrågades om de kunde berätta om hur miljön och förutsättningarna för patientsäkerhet ser ut under fältmässiga förhållanden, därefter ställdes passande följdfrågor kring ämnen som dök upp. Den första fokusgruppintervjun varade i 34 minuter, deltagarna hade arbetat inom Försvarmakten mellan 2,5–10 år och tre av fyra deltagare hade varit på insats utomlands. Den andra intervjun varade i 36 minuter där endast tre av fyra deltagare dök upp. Bland dessa tre varierade antalet år de varit aktiva inom Försvarmakten mellan 1,5–10 år och två av tre hade varit på insats utomlands.

Dataanalys

Enligt Danielsson (2012) är kvalitativ innehållsanalys en metod som är beskrivande i sin form och där resultaten som framkommer är enkla att använda i olika sammanhang. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) innebär en induktiv ansats att man förutsättningslöst analyserar en text som baseras på de beskrivningar en människa har av sin upplevelse om ett fenomen. Det är en metod där det inte finns någon bakomliggande teori och analysen sker därför förutsättningslöst.

Inspirerade av Graneheim och Lundmans (2004) analysmetod för en kvalitativ innehållsanalys bearbetades materialet enligt nedan. Första steget var att lyssna igenom varje intervju i direkt anslutning till den för att få en helhetsbild och en förförståelse för det insamlade materialet. När intervjuerna transkriberats lästes de igenom flertalet gånger av författarna var för sig, för att sedan diskuteras gemensamt. Det som ansågs ligga utanför studiens syfte sorterades bort och kvar fanns då de meningsbärande enheter som utgjorde analysenheten. De meningsbärande enheterna kondenserades ned av forskarna tillsammans för att garantera att inte någon del av innehållet påverkades eller gick förlorat. Därefter kodades de kondenserade meningsenheterna. Genom kondensering och kodning gjordes de meningsbärande enheterna mer lätthanterliga. De kodade texterna jämfördes och sorterades för att delas in i fyra underkategorier som bestod av koder med liknande innehåll. De fyra underkategorierna bildade slutligen två kategorier. Exempel på detta kan ses i Tabell 2. På detta sätt fås det manifesta innehållet i materialet fram, skulle man gå ett steg längre och få fram teman kopplade till sina kategorier så börjar det latenta innehållet ta form (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatet i denna studie sammanställdes med citat ur intervjutexterna. Att presentera citat från intervjuer är ett sätt att ge läsaren möjlighet att bedöma tolkningarnas giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). För att skilja deltagarna åt kodades de med ”D” och siffrorna 1–7. Exempelvis deltagare 1 benämndes ”D1”, deltagare 2 ”D2” och så vidare.

Tabell 2. Illustration av dataanalys

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
”Vi har ju ingen brist i nånting förutom att vi är i tältmiljö i 99% av fallen liksom, där brister vi ju i och med hygien och så.”	I tältmiljö brister hygien.	Hygien	Den externa och interna miljön i fält	Potentiella risker för patientsäkerheten
”Sen är ju tältduken också, får den skvätt på sig går det ju inte att torka av den då om vi inte sätter upp extra plast. Då får man ju ta ner ganska så mycket och tvätta.”	Svårt att torka av tältduk vid skvätt. Den måste tas ned och tvättas om den inte plastats innan.			

Forskningsetiska överväganden

Etiskt godkännande inför studien erhöles från Etikgruppen på Göteborgs Universitet. Skriftligt tillstånd att genomföra studien inhämtades från enhetschefen på 1. Sjukhuskompaniet (se bilaga 2). Alla deltagare fick skriftlig information om studien (se bilaga 1). Deltagandet var frivilligt och deltagarna kunde när som helst avbryta sitt deltagande i studien, vilket är ett krav enligt Etikprövningsmyndigheten (2020). Deltagarna oidentifierades vid transkribering för att bibehålla konfidentialitet. För att fånga upp känslor och tankar som skulle kunna uppstå hos deltagarna under intervjun avsattes tid till samtal efteråt, vilket kan vara en bra metod enligt Danielsson (2012). Riskerna med studien bedömdes vara små då studiedeltagandet var kort, frivilligt och då dag och tid anpassades efter deltagarnas verksamhet.

Resultat

Studien visar att den intraoperativa patientsäkerheten i fält inte brister i någon större utsträckning men att det finns vissa faktorer som kan äventyra patientsäkerheten. Det som kan äventyra patientsäkerheten är enligt informanterna brister i den intraoperativa hygien och i den tekniska utrustningen. Faktorer som främjar patientsäkerheten sägs vara en motiverad personalgrupp som får öva mycket och på så sätt blir ett välfungerande och sammansvetsat team. Patientsäkerheten gynnas också av att de arbetar efter samma rutiner som inom civil sjukvård.

Tabell 3 Översikt över kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Potentiella risker för patientsäkerheten	Den externa och interna miljön i fält Den psykiska arbetsmiljön
Det som främjar patientsäkerheten	Patientsäkra rutiner Sjukvårdspersonalens förutsättningar

Potentiella risker för patientsäkerheten

Den externa och interna miljön i fält

Alla deltagare var överens om att den intraoperativa hygien brister vid arbete i ett tält. De menar att de alltid strävar efter att ha samma höga hygieniska standard som på ett civilt sjukhus men att det inte riktigt fungerar alla gånger beroende på var i världen de befinner sig och hur mycket de har att göra. Eftersom väggarna i operationssalen består av tältduk kan rengöringen vara svår och omständlig vid skvätt om de inte hunnit med att plasta in väggarna. Flera av deltagarna har befunnit sig på insatser i Sahara och talar om sanden som har en förmåga att ta sig in överallt genom tältduken och lägga sig som ett tunt dammlager på alla ytor.

Enligt deltagarna är det stor skillnad på den hygieniska standarden om de befinner sig på fältsjukhuset eller på FST. På FST utför de akuta livräddande åtgärder och där kommer inte hygien i första hand. Men de är också rörande överens om att det måste vara så, det finns inget annat sätt att göra på.

“Men jag tänker, alltså kontra FST då, det är väl det som jag har mest erfarenhet av, och där gör man ju traumaomhändertagandet och själva operationen i samma sal, alltså man har ett tält, där har man ju allt på en och samma plats, där kommer du in med skitiga kläder på samma brits som du sen opererar, alltså för att det måste vara så, nästan. Det är ju ett jätteproblem såklart, men det är ju det vi har.” D2

Flera deltagare påpekar under intervjuerna att man måste ta i beaktande vilken kontext man är i. Exempelvis är vården på ett FST till för absoluta nödfall och det går inte alltid att ta hänsyn till hygien. Fokus för personalen måste vara att rädda liv, till exempel genom att stoppa en katastrofal blödning på plats, oavsett hur miljön runt omkring ser ut. När man sysslar med “damage control” finns det inget alternativ och eventuella komplikationer får hanteras efteråt.

“Man måste ju också ta det i den kontexten som är, vad är det till för? Jo alltså absolut sista nödfall, vad är det för skador vi har? Vi opererar inga... vi byter inte knä, utan det är en person som kommer in med skitiga skador som ändå kommer att få rätt mycket antibiotika bara på grund av skadorna. Ja det är klart att vi ska hålla tältet så rent som möjligt men om vi har sand i ena hörnan så kommer det inte vara den sanden som patienten kommer att dö av för han kommer dö av att han har blött ihjäl och ingen har satt fingret på såret.” D5

Deltagarna lyfte brister i den fysiska miljön som att golvet i tältet kan vara ojämnt, att det är svårt att få värmen jämnt spridd över salen då det är svårt att ställa in ventilationsaggregaten och att tältet inte på något sätt stänger ute ljuden från omvärlden utan om en lastbil kör förbi precis utanför tältet så hörs det och försvårar både koncentrationen och kommunikationen på salen. De talar även om att el- och vattenförsörjningen är osäker på många platser och att strömmen plötsligt kan gå, och påtalar vikten av att vara förberedd med pannlampor och extrautrustning. Det sågs delvis som ett problem att de själva måste lösa problem som kan uppstå med den tekniska utrustningen, då det innebär en risk för patientsäkerheten om de inte skulle klara av att laga den.

”...jag vet att när jag var nere vid något tillfälle så hade vi problem med autoklaven, och... alltså det är ju inte som hemma där man ringer och så kommer de utan här får man kanske via mail eller via telefonsamtal försöka lösa problemet själv, och det gör man ju så gott man kan, men det är ju någonting som absolut skulle kunna ställa till det för patientsäkerheten om man inte har galler som är sterila...” D4

Deltagarna diskuterade att deras medicinsktekniska utrustning ibland kan vara föråldrad (här syftade de främst på den anesthesiologiska övervakningsutrustningen), men att det inte nödvändigtvis påverkar patientsäkerheten då de kan väga upp bristerna med gedigen erfarenhet och en god klinisk blick. Operationsborden är inte av nyaste modell med de bästa tryckavlastande madrasserna, men detta sågs till viss del som positivt då de är lätta att sätta ihop och har få delar som kan gå sönder. De ska inte heller utföra operationer som förväntas ta längre än två timmar vilket innebär att deras unga friska patienter inte löper någon ökad risk för trycksår.

Att patienterna till största delen är unga, friska individer ansågs vara en anledning till att patientsäkerheten inte påverkas så mycket av de fysiska faktorer i vårdmiljön som nämnts. Unga och friska personer tål mer än äldre och sjuka individer.

“För vet vi att det är en tjugoårig skyttesoldat så vet vi att han inte har astma, EP, njurinsufficiens eller vad det nu kan vara som kan ställa till det för oss. Utan vi vet att det är en ung frisk individ som tål lite mer än vad en tjugoåring hemma gör med astma och allt vad de kan ha ådragit sig innan.” D5

Återkommande när det talas om miljön utanför tälten är regn och sand och framförallt att regnet och sanden har en förmåga att leta sig in i tälten och även in i operationssalen.

“Då alltså... ett tält ute i öknen då hade vi ju opsyrror som låg på knä med våtservetter och torkade golvet och försökte få bort sand, alltså det är ju omöjligt. Det är ju som att stå och dammsuga i öknen, alltså det går inte. Man får ju acceptera, man får göra så gott man kan.” D2

Den psykiska arbetsmiljön

En stor skillnad i arbetsmiljön i fält kontra ett sjukhus hemma i Sverige är de yttre omständigheterna. Det innebär en risk att arbeta i insatsområdet och hot och våld kan i vissa

fall förekomma i nära anslutning. Att vara på insats innebär därför ett konstant stresspåslag. Dessutom innebär det en påtaglig mental stress och adrenalinpåslag inför ankommande patienter. Deltagarna i intervjun var överens om att den stressen inte skiljer sig från akuta operationer civilt, men att stressen ökar på grund av risken att patienten är en kollega.

“Traumafallet i sig kan ju inte stressa mer på insats än vad det gör civilt, alltså man har ju haft fall som har varit på gränsen till vad man orkar civilt och det blir ju liksom inte värre än så. Men det kan ju vara en person man känner [...] det är ju där den skillnaden ligger, det kan ju vara en i din egen trupp.. jag har ju haft patienter som jag känner sen tidigare i ambulansen civilt också men det är ju sällsynt. Men det är ju hög sannolikhet i en militär zon.” D1

Tillfällen då det kommer in många svårt skadade är psykiskt påfrestande och det kan vara ett bekymmer att bli utsatt för samma sak hela tiden samtidigt som man är på samma ställe med samma personer. Att jobba tätt ihop under lång tid kan vara positivt om man trivs ihop, men om man inte gör det så kan det bli ett hälsoproblem. Några av deltagarna nämnde att de hade önskat att man under den förberedande utbildningen pratat mer om den psykiska påfrestningen det innebär att vara på insats och hur man kan hantera den.

Det framkom att det kan innebära en etisk stress för vårdpersonalen att det inte alltid är praktiskt möjligt eller tillåtet att erbjuda vård till civilbefolkningen på plats under en insats. Då vården främst finns till för de egna soldaterna måste det alltid finnas en beredskap att ta emot dem, och man kan därför inte fylla vårdplatser då dessa ändå skulle behöva tömmas inför större militära operationer. Det kan också uppstå bekymmer i samband med att man ger vård till civilbefolkningen som exempelvis att någon sedan behöver följa upp patienten, eller frågor om vad som händer om någon avlider i samband med kirurgi. Den etiska stressen upplevs kunna minska om det är tydligt redan innan en insats vad som gäller.

Trots att det fanns en medvetenhet kring risker som yttre hot, risken för masskadescenarion eller att skadade som kommer in är kollegor uppgav flera deltagare att detta inte är något de går runt och tänker på dagligen under en insats. De upplevde att de kan påverkas av detta i stunden men att de har förmågan att hantera det, och att inte oroa sig för saker som potentiellt skulle kunna hända innan de faktiskt inträffar.

“Man kan inte hela tiden gå och tänka på att nu händer det, men helt plötsligt så händer det. Och då är det bara att kliva upp helt enkelt och ta på sig, och gå ut och börja jobba. För de kommer direkt i princip. Det är klart man får en hint en timma innan kanske, men en halvtimma och sen har man dem oftast inne på mottagningen.” D3

Det som gynnar patientsäkerheten

Patientsäkra rutiner

Samtliga intervjudeltagare bekräftade att de arbetar efter rutiner för patientsäkerhet på samma sätt som man gör på ett civilt sjukhus i Sverige. Så långt det är möjligt arbetar man efter samma riktlinjer och följer svensk sjukvårdslag men med vissa undantag. Det sågs som en fördel för patientsäkerheten att man i stort följer samma rutiner som hemma eftersom det innebär att man

redan kan dem, och när det gäller de rutiner som är specifika för sjukvården i det militära så har personalen övat och är tränad att jobba under de omständigheterna.

“Vi har ju som SOPar till allt, alltså SOP står för standard operating procedure, alltså vanliga rutiner på svenska, det har vi på alla sakerna egentligen, vi har det på en blindtarm, vi har det på ett trauma, alltså hur ska det här tas om hand, och de är i stort sett copypastade från ett svenskt sjukhus.” D5

Sjukvårdspersonalens förutsättningar

Deltagarna ansåg att psykiskt välmående hos dem som vårdpersonal var viktigt för att kunna ge god vård. All personal inom Försvarmakten följs upp regelbundet och efter särskilda händelser har man debriefing. Det finns alltid präst och/eller psykolog på plats om man behöver någon att prata med.

“Man hade stridsvärdesuppföljning, och jag menar det har man ju inte civilt där bara jobbar man, och händer det nåt så, typ att man får ett hjärtstopp på en sal, ja men då pratar man om det två veckor efteråt, när nån har utvärderat och man har gjort en obduktion och vad var det det berodde på, typ. Medan... här har vi faktiskt uppföljning fast saker går bra, för att det kan alltid bli bättre, alltså på så sätt är ju Försvarmakten en fantastisk arbetsgivare och har uppföljning utan att det är nåt problem, skulle jag säga.” D2

All vårdpersonal som åker på insats utomlands har sökt sig dit frivilligt. Detta medför att personalen är motiverad och vill jobba. Deltagarna upplever själva att personer som söker sig dit är problemorienterade och lösningsfokuserade individer. Personalen är förberedd på att de ska jobba i ett tält och de har tränat på det innan. Ytterligare en aspekt som ökar motivationen är vetskapen om att man bara ska vara där en begränsad period och att man sedan kommer hem till sitt normala liv i ett land i fred. I intervjuerna lyfts hur viktig den mentala inställningen är för att kunna göra ett bra jobb.

På insatser kommer personalen nära varandra. De tränar ihop innan de åker och väl på insats bor, lever och äter man ihop och lär därför känna varandra väl. Deltagarna pekar ut detta som en viktig faktor för att kunna ge god vård. Att vara ett sammansvetsat team innebär att man aldrig står ensam i en situation utan hela teamet arbetar tillsammans för att lösa problemet. Det lyfts också som något positivt att alla på insatsen har varit med om samma sak så att man kan ventilerar med varandra.

Deltagarna menade att eftersom de är utbildade och tränade för att jobba i fältsjukhusmiljö kan de lättare hantera det. Att öva mycket innebär att man aldrig är oförberedd på potentiella risker för patientsäkerheten, därför att man har haft möjligheten att redan under träningstillfällen hitta lösningar på de problem som kan uppstå.

“Vi har ju ställt upp fältsjukhuset X antal gånger och övat med den utrustningen vi har. Vi har övat på att flytta patienter från det ena stället till det andra, ja vissa tältgenomgångar är trängre, andra är enklare, och det är ju sådant vi har tränat på. Har man inte tränat på det och dessutom ställs inför ny utrustning som man inte är 100% säker på så är det patientrisker med allt man gör, så fort man flyttar sig ur den, vad ska vi säga, den hemtama och vanliga miljön.” D5

Diskussion

Metoddiskussion

Då syftet med denna studie varit att beskriva de erfarenheter specialistsjuksköterskorna har är en kvalitativ design lämplig (Polit & Beck, 2016). En kvalitativ innehållsanalys är en metod som är beskrivande i sin form och resultaten som framkommer är enkla att använda i olika sammanhang (Danielsson, 2012).

Grunden i kvalitativ dataanalys är att forskaren tolkar materialet, och att forskarens förförståelse har betydelse för forskningsprocessen är känt inom omvårdnadsforskningen (Priebe & Landström, 2012). För att resultatet inte ska färgas av forskaren krävs en medvetenhet om och reflektion kring sin förförståelse (Polit & Beck, 2016). Det som nämns i bakgrunden angående nedmonteringen av det svenska försvaret och bristerna på fältsjukhuset som sattes upp i Göteborg år 2020 har gjort att vi som författare hade en misstanke om att det kunde finnas större brister i patientsäkerheten. Dock framkom det efter vår analys att så inte var fallet, därav har vår förförståelse troligtvis inte färgat resultatets trovärdighet i någon större utsträckning.

Det finns en risk att bias hos studiedeltagarna kan färga resultatet av studien. Om deltagarna av någon anledning vill framställa sig själva i en positiv dager riskerar de att inte ta upp ämnen som kan ge en mer negativ bild. Detta kan ske både medvetet och på ett omedvetet plan (Polit och Beck, 2016). Det är troligt att även studiedeltagarna hade fältsjukhuset IVA Kronan och kritiken det fått färskt i minnet under intervjuerna. Ämnet kom upp under intervjun och deltagarna var då noga med att poängtera att de brister i vården som fanns på IVA Kronan till största del berodde på ovan personal och stor personalomsättning, och inte på vårdmiljön i sig. Det fanns även intervjudeltagare som hade jobbat i tältet IVA Kronan som bekräftade detta. De faktorer som kom fram under intervjuerna som främjar patientsäkerheten stämmer överens med tidigare forskning som anges i bakgrunden.

Rekryteringen av deltagare till denna studie har varit svår vilket beror på att det var svårt att finna tillräckligt många deltagare med de attribut som eftersöktes. Till viss del beror det även på rådande situation med SARS-CoV-2 i den civila sjukvården, då många av de specialistsjuksköterskor som arbetar för Försvarsmakten även arbetar civilt. Polit & Beck (2016) nämner att det alltid är bäst att försöka rekrytera fler deltagare än vad som bedöms behövas. Detta för att minimera risken för att studien påverkas om någon deltagare inte skulle dyka upp. Detta kunde inte göras till denna studie då det var svårt att finna tillräckligt med deltagare. En av fyra deltagare dök inte upp på den andra fokusgruppsintervjun. Detta bortfall kan ha påverkat innehållet av data under den andra fokusgruppsintervjun. Enligt Polit och Beck (2016) ska det vara fyra deltagare eller fler i en fokusgrupp, då det annars kan påverka interaktionen i gruppen. Då vi upplevde att interaktionen mellan deltagarna fungerade bra och att intressant material kom fram valde vi ändå att ta med data från den intervjun i analysen. Toner (2009) skriver att även mindre fokusgrupper, med så lite som två deltagare, kan ge värdefulla data. Vidare menar Guest, Namey, och McKenna (2017) att två fokusgrupper kan ge tillräcklig data för att uppnå 80% mättnad, vid semistrukturerade fokusgruppsintervjuer.

Graneheim och Lundman (2004), betonar vikten av att ha en bra spridning på informanter för att uppnå trovärdighet. Deltagare i denna studie har stor spridning både i ålder (30-60 år),

erfarenhet som specialistsjuksköterska (4 - 22 år), erfarenhet inom försvarsmakten (1,5-10 år) och antal insatser utomlands (0-5).

Vid intervjuer i form av fokusgrupper behöver tillräcklig mängd data samlas in för att uppnå mättnad dvs. tills inga nya perspektiv eller åsikter framkommer (Wibeck, 2012). En svaghet i datainsamlingen var att det var svårt med rekrytering av informanter samt att det blev ett bortfall vid en av fokusgruppintervjuerna. Hade tiden inte begränsats till kurs tiden för uppsatsen hade flera individer kunnat inkluderas i studien för att uppnå mättnad, vilket kunde ha tillfört fler erfarenheter och perspektiv i resultatet. Ytterligare en svaghet kan vara att den provintervju som planerades inte kunde genomföras, intervjufrågorna hade därför inte testats i förväg såsom Danielsson (2012) rekommenderar. De hade däremot diskuterats grundligt med handledaren. Intervjuerna pågick till dess att deltagarna kände att de inte kunde tillföra något mer till ämnet och datan som kunde kondenseras fram var omfattande.

Trovärdigheten för en kvalitativ studie brukar beskrivas utifrån giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet enligt Polit och Beck (2016). Graneheim och Lundman (2004) menar att tillförlitligheten påverkas av två aspekter, dels urvalsmetod och att urvalet får en tillräckligt stor spridning för att fånga ämnets komplexitet, dels val av och genomförande av analysmetod. Resultatet görs överförbart genom att kontext och sammanhang, urval och datainsamlingsmetod samt analysprocessen är tydligt beskrivna för läsaren. Ambitionen under hela arbetsprocessen har varit att säkra resultatets trovärdighet och överförbarhet genom att dels göra relevanta val av metod för datainsamling, dels att genomföra en rigorös dataanalys samt att tydligt beskriva tillvägagångssättet. Studiens trovärdighet ökar om materialet presenteras på ett sätt som möjliggör för läsaren att dra sina egna slutsatser även om de skiljer sig från författarens, vilket är anledningen till att citat från intervjuerna presenteras i resultatet. Att presentera citat från intervjuer är ett sätt att ge läsaren möjlighet att bedöma tolkningarnas giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). Larsson (2009) skriver att det inte nödvändigtvis finns ett behov av att överföra resultat från kvalitativa studier då de innebär en djupdykning i ämnet, studien kan i stället tillsammans med andra kvalitativa studier kan utgöra en helhet som blir överförbar.

Resultatdiskussion

Av de faktorer med påverkan på patientsäkerheten som framkom under intervjuerna var det tre som var utmärkande. Det första var brister i vårdmiljön, som dåliga förutsättningar att upprätthålla god hygienisk standard. Det andra var betydelsen av specialistsjuksköterskornas psykiska arbetsmiljö och hur den påverkar patientsäkerheten, och det tredje var hur patientsäkerheten kan påverkas av arbetsrutiner, erfarenhet och utbildning. Dessa kommer att diskuteras mer ingående nedan.

Brister i vård- och arbetsmiljö med risk för komplikationer

Ingvarsdottir et al. (2018) och Göras et al. (2019) skriver att distraktioner under en operation påverkar patientsäkerheten negativt då det innebär att personalens koncentration bryts. Vidare lyfter Göras et al. (2019) vikten av effektiv kommunikation för att kunna bedriva patientsäker vård. En brist i tältmiljön är att det enda som isolerar operationssalen från omvärlden är en tunn duk. Det finns ingen ljudisolering över huvud taget och en intervjudeltagare nämner att om en

lastbil åker förbi utanför så hörs det lika mycket inne i tältet, vilket försämrar både koncentrationen och kommunikationen bland de som befinner sig på salen.

Enligt Lindh och Sahlqvist (2012), finns en risk för vårdrelaterade infektioner om basala hygienrutiner inte följs. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659 1 kap. 5§) innebär patientsäkerhet skydd mot vårdskada, och vårdskada avser sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits. Vårdrelaterade infektioner är således en sådan skada, men det är även dödsfall som hade kunnat undvikas. Hooper et al. (2014) skriver att 87-90% av de som avlider vid militära insatser dör redan innan de hunnit transporteras till ett sjukhus, och detta är enligt Hooper et al. (2014) och Khayata et al. (2012) anledningen till att man utvecklat mindre vårdteam med möjlighet till livräddande insatser eller akuta kirurgiska ingrepp, såsom FST. FST följer med på de militära operationer som rör sig längre än 2 timmar från camp, där fältsjukhuset finns. Detta möjliggör operation av akuta skador inom två timmar från skadetillfället. De operationer som utförs på FST ska inte ta längre tid än en timme och operationssåren stängs sällan utan försluts tillfälligt med vacuumförband. Det rör sig om så kallad "damage control" för att den skadade ska överleva transporten till mer kvalificerad vård (Båskman, 2021). Det framkom under intervjuerna att deltagarna var överens om att hygien brister på fältsjukhuset, och ännu mer på FST, men menade att det inte finns något alternativ. Deltagarna var inte säkra på om man ens kan prata om bristande patientsäkerhet på grund av låg hygienisk standard vid kritiska, akuta förhållanden när alternativet är att patienten kanske dör på grund av ett fördröjt omhändertagande. Ett fördröjt omhändertagande innebär inte bara en risk att patienten dör av blödning eller chock, utan ökar dessutom risken för dödliga infektioner. (Murray, Hinkle, & Yun, 2008). Risken med att vårda patienter i en miljö med bristande hygienisk standard måste därför vägas mot risken att patienten får en sepsis på grund av smutsiga skador som inte åtgärdas i tid.

Betydelsen av den psykiska arbetsmiljön

Enligt Kim et al. (2015) beror de vårdskador som inträffar på grund av den mänskliga faktorn ofta på systemfel. Lindh och Sahlqvist (2012) påtalar vikten av att den personal som vårdar patienten måste ges rätt förutsättningar för att kunna upprätthålla patientsäkerheten. I intervjuerna framkom att specialistsjuksköterskor vid arbete i fält utsätts för många olika stressfaktorer. Dels lever och arbetar de i en miljö som aldrig är riktigt säker, dels finns det en konstant risk för att det plötsligt ska komma in många skadade patienter, och risken är dessutom överhängande att de som kommer in är vårdpersonalens vänner och kollegor. Att detta utgör en stor stressfaktor hos vårdpersonalen i det militära har även Andersson (2014) kommit fram till i sin intervjustudie. Att minska stressen i operationssalen och att hitta sätt att hantera stressen på är en viktig faktor i att förbättra arbetsmiljön för personalen (Alfredsdottir et al., 2008; Göras et al., 2017; Ingvarsdottir et al., 2018). En god arbetsmiljö är i sin tur viktigt för patientsäkerheten då det leder till förbättrad säkerhetskultur på operationssalen (Ingvarsdottir et al., 2018). Samtliga intervjupersoner var överens om att deras egen psykiska hälsa påverkar kvaliteten på vården. Deltagarna påpekade att det i Försvarmakten finns väl utarbetade rutiner för uppföljning av personal och att de alltid ges möjlighet att bearbeta sina upplevelser i direkt anslutning till en händelse. De upplevde att detta fungerar betydligt bättre när de är på insats än vad det gör då de arbetar i den civila sjukvården, trots att behovet av uppföljning och bearbetning av särskilda händelser är lika stort där. Deltagarna menar att en stor skillnad är att de får uppföljning även utan att en negativ händelse inträffat, eftersom den generella inställningen är att vården alltid kan bli bättre. De har dessutom alltid tillgång till präst och/eller

psykolog och de behöver prata med någon. Det lyftes också som något positivt att all personal på insatsen har samma erfarenheter och en förståelse för de känslor och tankar som kan uppstå, vilket innebär en möjlighet att även ventilera med varandra.

Patientsäkerhet relaterad till rutiner, erfarenhet och utbildning

Lindh och Sahlqvist (2012) räknar upp några av de riskområden som finns i vården vad gäller vårdskador. Några av de riskområden som nämns är hantering av medicinteknisk utrustning, kontrollräkning av instrument vid operationsslut, läkemedelshantering, kommunikation och journalföring. För att minska risken för fel och garantera patientsäkerhet finns rutiner för i princip alla moment inom sjukvården. Samtliga intervjudeltagare bekräftar att man i stort arbetar efter samma rutiner i fält som man gör på ett civilt sjukhus, och att man så långt det är möjligt följer svensk sjukvårdslag. Detta torde i sig stärka patientsäkerheten. Deltagarna upplever det dessutom som en stor fördel att rutinerna inte skiljer sig så mycket åt, då det innebär att de redan är bekanta med dem vilket minskar risken för misstag.

Göras et al. (2020) skriver att erfarenhet har stor betydelse för patientsäkerheten då det leder till en insikt hos personalen om de egna begränsningarna samt begränsningarna inom teamet. Ett genomgående tema under intervjuerna var vikten av att få öva på det man ska arbeta med. Deltagarna ansåg att de kan hantera miljön de arbetar i och de svårigheter den medför, därför att de är utbildade och tränade i att arbeta i den specifika miljön. De påpekade också att det faktum att de övar mycket både inför och under insatser innebär en möjlighet att hitta lösningar på och eliminera eventuella risker för patientsäkerheten redan innan man befinner sig i skarpt läge. Göras et al. (2020) menar vidare att god kommunikation inom teamet är grundläggande för att en säker vård ska kunna bedrivas. Intervjudeltagarna berättade att de kommer mycket nära varandra i sitt arbete och att de är ett väldigt tight och väl sammansvetsat team. Effektivt teamarbete leder till ett effektivare omhändertagande av patienten och därmed säkrare vård.

Slutsats

Patientsäkerheten kan till viss del anses påverkas negativt då det saknas möjlighet till samma standard i vårdmiljö som på ett civilt sjukhus. Det finns exempelvis brister i hygien. Dock måste patientsäkerheten ses i den kontext där vården bedrivs, och risken för vårdskador som en följd av bristande hygien eller mindre avancerad medicinskteknisk utrustning får ses i relation till risken att patienten i stället avlider i väntan på transport till ett sjukhus med högre standard. Det finns andra faktorer som skulle kunna påverka patientsäkerheten negativt, som att vårdpersonalen utsätts för en rad stressfaktorer som kan minska deras förmåga att bedriva säker vård. Dessa risker vägs till viss del upp genom att personalen kontinuerligt utbildas och övar på att arbeta under fältmässiga förhållanden. Detta skapar väl sammansvetsade team med en medvetenhet som gör att man kan förutse och undvika eventuella vårdskador. Övning ger också möjlighet att förutse brister i patientsäkerheten och komma med alternativa lösningar redan innan incidenter sker.

Klinisk relevans och implikationer för fortsatt forskning

Studiens resultat kan skapa en förståelse för hur specialistsjuksköterskornas arbetsmiljö under fältmässiga förhållanden kan påverka patientsäkerheten. Studien har visat att det är viktigt att personalen har övat under liknande förhållanden för att kunna förebygga faktorer som kan äventyra patientsäkerheten. Vid oförutsedda händelser som terrordåd, omfattande bränder eller naturkatastrofer, där ett fältsjukhus skulle behöva bemannas av ovan personal, som inte har övat under liknande förhållanden och som dessutom inte redan från början känner varandra ökar risken drastiskt för att patientsäkerheten äventyras.

Ytterligare studier behöver göras med fler studiedeltagare för att säkerställa ett rikt underlag som ger ett mer nyanserat resultat. Vidare behövs mer forskning på hur vårdpersonalens psykiska miljö i det militära kan påverka patientsäkerheten eftersom detta var något som alla deltagare uttryckte som viktigt.

Referenslista

- Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of advanced nursing*, 61(1), 29–37.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x>
- Andersson, S-T. (2014). *Militär akutsjukvård i fält - när den övade verkligheten blir verklig*. (Doktorsavhandling). Linköping: LiU-tryck.
- Black, I. H., & McManus, J. (2009). Pain management in current combat operations. *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 13(2), 223–227.
<https://doi.org/10.1080/10903120802290778>
- Båskman, J. (2021, Februari). Operationssjuksköterska i FM. *Uppdukat*, 33(1), 6-8
- Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. I G. Myklestul Dävøy, P. Hege Eide & I. Hansen (Red.), *Operationssjukvård - Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s. 29-45). Lund: Studentlitteratur AB.
- Campion, E. M., Pritts, T. A., Dorlac, W. C., Nguyen, A. Q., Fraley, S. M., Hanseman, D., & Robinson, B. R. (2013). Implementation of a military-derived damage-control resuscitation strategy in a civilian trauma center decreases acute hypoxia in massively transfused patients. *The journal of trauma and acute care surgery*, 75(2 Suppl 2), S221–S227. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e318299d59b>
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod* (s. 328-343). Lund: Studentlitteratur AB.
- Etikprövningsmyndigheten. (2020). *För forskningsperson*. Hämtad 21-02-01, från <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskningsperson/>
- Fredén, S. (2020). *Från värnplikt till frivillighet - hur en reformidé mötte den etablerade praktiken i Försvarsmakten*. (Doktorsavhandling, JIBS Dissertation series.) Jönköping
- Försvarsmakten. (1999). *Sjukvårdsreglementet för Försvarsmakten - SjuR FM 4 Fu Försvarsmaktens sjukhus* (M7752 702020).
- Försvarsmakten. (2018). *Om hjälpen behövs - Malistyrkans sjukvårdsförmåga*. Hämtad 2021-01-02 från: <https://www.forsvarsmakten.se/sv/aktuellt/2018/01/om-hjalpen-behovs/>

- Gaskin, D. (2015). Far Forward Anesthesia and Massive Blood Transfusion: Two Cases Revealing the Challenge of Damage Control Resuscitation in an Austere Environment. *AANA Journal*, 83(5), 337-343.
- Gran Bruun, A-M. (2018). Anestesisjuksköterskans kompetens. I I.L. Hovind (Red.) *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 17-30). Lund: Studentlitteratur AB.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B.. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Guest, G., Namey, E., & Mckenna, K. (2017). How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. *Field Methods*, 29(1), 3-22.
- Göras, C., Nilsson, U., Ekstedt, M., Unbeck, M., & Ehrenberg, A. (2020). Managing complexity in the operating room: a group interview study. *BMC health services research*, 20(1), 440. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05192-8>
- Göras, C., Olin, K., Unbeck, M., Pukk-Härenstam, K., Ehrenberg, A., Tessma, M. K., Nilsson, U., & Ekstedt, M. (2019). Tasks, multitasking and interruptions among the surgical team in an operating room: a prospective observational study. *BMJ open*, 9(5), e026410.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026410>
- Göras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., & Ehrenberg, A. (2017). Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 7(9), e015607.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015607>
- Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A., Dellinger, E., . . . Gawande, A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.
- Hooper, T. J., Nadler, R. K., Badloe, J., Butler, F., & Glassberg, E. (2014). Implementation and Execution of Military Forward Resuscitation Programs. *Shock*, 41 Suppl 1, 90-97.
<https://doi.org/10.1097/SHK.0000000000000081>
- Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(2), 951–960.
<https://doi.org/10.1111/scs.12532>

- Khayata, I., & Bourque, J. (2012). Mobile anesthesia: Ready, set, pack, and go. *Avicenna journal of medicine*, 2(2), 40–44.
<https://doi.org/10.4103/2231-0770.99163>
- Kim, L., Lyder, C. H., McNeese-Smith, D., Leach, L. S., & Needleman, J. (2015). Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 71(11), 2490–2503.
<https://doi.org/10.1111/jan.12715>
- Labler, L., Keel, M., & Trentz, O. (2004). Vacuum-Assisted Closure (V.A.C.®) for Temporary Coverage of Soft-Tissue Injury in Type III Open Fracture of Lower Extremities. *European Journal of Trauma*, 30, 305-312.
[doi:10.1007/s00068-004-1389-6](https://doi.org/10.1007/s00068-004-1389-6)
- Larsson, S. (2009). A pluralist view of generalization in qualitative research. *International Journal of Research & Method in Education*, 32(1), 25–38.
<https://doi.org/10.1080/17437270902759931>
- Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård - att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg* (1 uppl.). Natur och Kultur.
- Ljungdahl, A-C. (2020). *Specialistsjuksköterskors upplevelse av att vårda kritiskt sjuka patienter i ett tält, under SARS-CoV-2 pandemin*. (Magisteruppsats). Göteborg: Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Tillgänglig:
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/67030/1/gupea_2077_67030_1.pdf
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård* (s. 211-226). Lund: Studentlitteratur AB.
- Murray, C., Hinkle, M., & Yun, H. (2008). History of Infections Associated With Combat-Related Injuries. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 64, S221-S231.
<https://doi.org/10.1097/TA.0b013e318163c40b>
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2021). *Om totalförsvaret och civilt försvar*. Hämtad 21-02-03, från
<https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/om-totalforsvar-och-civilt-forsvar/>
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

- Persson, F. (2020, 15/4). Striden om fältsjukhuset – från kungligt besök till förtroendekris. *Göteborgsposten*. Hämtad 2021-01-02 från: <https://www.gp.se/nyheter/g%C3%B6teborg/striden-om-f%C3%A4ltsjukhuset-fr%C3%A5n-kungligt-bes%C3%B6k-till-f%C3%B6rtroendekris-1.26816805>
- Polit, DF., & Tatano Beck, C. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe, G., Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M (red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur
- Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård. (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå - Specialistsjuksköterska med inriktning mot anestesivård*. Åtta.45 Tryckeri AB.
- Riksföreningen för Operationssjukvård. (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå - Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård*. Gävle Offset AB.
- Socialstyrelsen. (2020). *Samlat stöd för patientsäkerhet*. Hämtad 21-02-01, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>
- Stevenson, K., & Cather, C. (2008). Pursuing Cleanliness in a Field Surgical Environment. *AORN Journal*, 87(2), 301-312.
- Toner, J. (2009). Small is not too Small: Reflections Concerning the Validity of Very Small Focus Groups (VSFGs). *Qualitative Social Work : QSW : Research and Practice*, 8(2), 179-192
- Världssalliansen för patientsäkerhet. (2009). *Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer*. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_swedish.pdf
- Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 193-203). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2021). *Why safe surgery is important*. Hämtad 21-02-03, från <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>

Bilaga 1

Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Syftet med studien är att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av hur vårdmiljön i fält kan påverka den intraoperativa omvårdnaden avseende patientsäkerhet.

Du tillfrågas att delta därför att du har erfarenhet av det vi vill undersöka. Kunskapen från studien kan förhoppningsvis leda till förebyggande av vårdskador som kan uppstå p.g.a. eventuella begränsningar i vårdmiljön vid omvårdnadsarbete i konfliktzoner och katastrofområden.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet/Sahlgrenska akademien. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

Som deltagare kommer du få medverka i en fokusgruppintervju som kommer att hållas via videolänk. Intervjun kommer ta ca 1 timme. Där kommer deltagarna att berätta om sina erfarenheter av intraoperativ patientsäkerhet vid arbete under fältmässiga förhållanden. Intervjuerna kommer att spelas in som ljudfil för att kunna transkriberas och analyseras.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Då vi är intresserade av era erfarenheter av intraoperativ omvårdnad och patientsäkerhet i ert arbete så kan det komma ämnen på tal som kan upplevas som känsliga. Vid behov kommer möjlighet finnas att efter intervjun ventilera tankar och känslor som har uppstått.

Vad händer med mina uppgifter?

Den ljudfil som spelas in under intervjuerna kommer förvaras oåtkomligt för obehöriga under arbetets gång för att därefter destrueras.

Vid transkribering av intervjuerna kommer alla deltagare att avidentifieras och du kommer vara anonym.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs universitet/Sahlgrenska akademien. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna är nödvändiga för den aktuella forskningen. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Josefin Olsson (gusjosol@student.gu.se) eller Elsa Persson (gusperel@student.gu.se).

Dataskyddsombud nås på dataskydd@gu.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen/Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet (from 1 januari 2021 heter Datainspektionen istället Integritetsskyddsmyndigheten).

Hur får jag information om resultatet av studien?

Resultatet av studien kommer publiceras i form av en magisteruppsats på Göteborgs universitets uppsatsdatabas (GUPEA) under våren -21.

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning betalas ut.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Ansvarig för studien är:

Elsa Persson, Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Operation,
gusperel@student.gu.se, 0763042490

Josefin Olsson, Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Anestesi,
gusjosol@student.gu.se, 0739137531

Handledare:

Azar Hedemalm, Universitetslektor på institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet, azar.hedemalm@gu.se, 031-7860000

Bilaga 2

Information om examensarbete till enhetschef

Syftet med studien är att undersöka vad specialistsjuksköterskor inom operation och anestesi har för erfarenheter av hur vårdmiljön under fältmässiga förhållanden kan påverka den intraoperativa omvårdnaden avseende patientsäkerhet.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet/Sahlgrenska akademien.

Deltagarna kommer medverka i en fokusgruppintervju som kommer att hållas via videolänk i programmet Microsoft Teams. Intervjun tar ca 1 timme. Intervjuerna kommer att spelas in som ljudfil för att kunna transkriberas och analyseras.

Hantering av insamlade uppgifter

Den ljudfil som spelas in under intervjuerna kommer förvaras på ett separat USB-minne och oåtkomligt för obehöriga under arbetets gång för att därefter destrueras. Vid transkribering av intervjuerna kommer alla deltagare att avidentifieras och deltagarna kommer vara anonyma. Deltagarnas svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Endast personer med anknytning till forskning kommer att ha tillgång till materialet. Inga personuppgifter kommer samlas in.

Göteborgs Universitets Dataskyddsombud nås vid behov på dataskydd@gu.se.

Resultatet av studien kommer publiceras i form av en magisteruppsats på Göteborgs universitets uppsatsdatabas (GUPEA) under våren -21. Ingen ersättning betalas ut.

Deltagandet är frivilligt och deltagarna kan när som helst välja att avbryta deltagandet.

Om någon deltagare vill avbryta sitt deltagande ska de kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Ansvarig för studien är:

Elsa Persson, legitimerad sjuksköterska. Student på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Operation, gusperel@student.gu.se, 0763-04 24 90

Josefin Olsson, legitimerad sjuksköterska. Student på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Anestesi, gusjosol@student.gu.se, 0739-13 75 31

Handledare:

Azar Hedemalm, Universitetslektor på institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet, azar.hedemalm@gu.se, 0766-18 56 84

Härmed samtycker jag i egenskap av enhetschef till att intervjustudien

”Specialistsjuksköterskors upplevelse av hur miljön i fält kan påverka den intraoperativa omvårdnaden med fokus på patientsäkerhet” får genomföras inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Underskrift:

Ort och Datum:

Namn:

Titel:

Bilaga 3

Intervjufrågor

Berätta hur miljön och förutsättningarna för omvårdnaden ser ut på ett fältsjukhus!

- Hur ser den fysiska miljön ut?
- Hur ser den psykiska miljön ut?

Påverkas patientsäkerheten av miljön?

Om ja, på vilket sätt?

Om nej, vad är det som gör att den inte påverkas?