



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

MAGISTERUPPSATS



Perioperativa sjuksköterskors upplevelser av att medverka vid en uttagsoperation

Arziana Ismaili
Malle Kaas
Gertrud Ovesson

Specialistsjuksköterskeutbildning, inriktning mot anestesi respektive operation 60 hp
Examensarbete inom omvårdnad – inriktning mot anestesi respektive operation 15 hp
Ht 2013

Sektion för Hälsa och Samhälle
Box 823
301 18 Halmstad

Perioperative nurses experiences of participating in organ and tissue procurement

Arziana Ismaili
Malle Kaas
Gertrud Ovesson

Specialist nursing in Anesthesia Care and Theatre Care 60 credits
Nursing Thesis - Anesthesia Care and Theatre Care 15 credits
Autumn 2013

School of Social and Health Sciences
P.o. 823
S-301 18 Halmstad

Titel	Perioperativa sjuksköterskors upplevelser av att medverka vid en uttagsoperation
Författare	Arziana Ismaili, leg sjuksköterska Malle Kaas, leg sjuksköterska Gertrud Ovesson, leg sjuksköterska
Sektion	Sektionen för Hälsa och Samhälle Box 823, 301 18 Halmstad
Handledare	Annette W-Dahl, universitetslektor, docent
Examinator	Barbro Boström, universitetslektor, med dr.
Tid	Höstterminen 2013
Sidantal	17
Nyckelord	Anestesisjuksköterskor, avliden, copingstrategier, erfarenheter, operationssjuksköterskor, uttagsoperation, vävnads- och organ-donation
Sammanfattning	I samband med att en organdonation ska genomföras görs en uttagsoperation, där organen tas från donatorn. Inför detta ingrepp vårdas patienten på intensivvårdsavdelningen och det finns god tillgång på forskning om hur personalen där upplever vårdandet av en tilltänkt donator. Däremot brister forskningen om hur den perioperativa personalen upplever sitt medverkande vid uttagsoperationen. Syftet med studien var att beskriva perioperativa sjuksköterskors upplevelser av att medverka vid en uttagsoperation från en avliden inför organdonation. Studien genomfördes som en kvalitativ deskriptiv studie och kvalitativ innehållsanalys. Tre anesthesi- och tre operationssjuksköterskor på ett västsvenskt sjukhus intervjuades. Resultatet visade att detta ingrepp följer rutinen för en operation, med en preoperativ, en intraoperativ och en postoperativ fas. Tre kategorier framkom: förberedelser inför operationen, teamarbete och återkoppling. Konklusionen blev att förberedelserna inför ingreppet behövde förbättras. Debriefingen efteråt fungerade bra, men kunde bli bättre. Genom att tala mer öppet om etiskt svårhanterliga situationer, såsom uttagsoperationer och den stress dessa kan framkalla ges möjligheterna till att skapa egna copingstrategier.

Title	Perioperative nurses experiences of participating in tissue and organ procurement
Authors	Arziana Ismaili, RN Malle Kaas, RN Gertrud Ovesson, RN
Department	School of Social and Health Sciences P.o. 823, 301 18 Halmstad
Tutor	Annette W-Dahl, senior lecturer, associate professor
Examiner	Barbro Boström, senior lecturer, PhD
Period	Autumn 2013
Pages	17
Keywords	Coping strategies, deceased, emotions, nurse anesthetists, theatre care nurses, tissue and organ procurement
Abstract	<p>In according to organ transplantation, a tissue and organ procurement will be completed where organs will be removed from a donor. Prior to this intervention the patient will be taking care of in an intensive care unit, where there is excellent access to research regarding how the intensive care staff would experience their participation and caring of a potential donor. This though is in contrast to the lack of research into how the perioperative staff experiences their participation in the removal of organs from a donor. The aim of the study was to describe the perioperative nurses' experience when participating in the tissue and organ procurement of a deceased person prior to organ transplantation. The study was carried out as a qualitative, descriptive study and content analysis. Three nurse anesthetists and three theatre nurses at a west Swedish hospital were interviewed. The results showed that interventions of this type follow the routine for an operation with a pre- intra- and postoperative phase. Three categories emerged in the study: Preparation before the operation; Teamwork; and Processing of the experience. The conclusion was that the preparation for the procedure ought to be improved. Debriefing after the operation functions well, but could be improved. By discussing more openly about ethically difficult situations, such as tissue and organ procurement and the stress they induce, the perioperative nurses are hereby given opportunities to create their own coping strategies.</p>

Innehåll	
Inledning	1
Bakgrund	2
Syfte	4
Metod	4
Design	4
Urval	5
Datainsamling	5
Databearbetning	5
Forskningsetiska överväganden	6
Resultat	7
Förberedelser inför operationen	7
Egna känslor och etiska funderingar inför operationen	7
Erfarenhet ger säkerhet	8
Information inför ingreppet	8
Teamarbete	9
Lugn miljö på operationssalen	9
Lagarbete och professionell personal	10
Från operation till obduktion	11
Återkoppling	11
Debriefing	11
Helhetsperspektiv	12
Det positiva mitt i all tragik	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Konklusion	17
Implikation	17
Referenser	

Inledning

En anesthesi- respektive operationssjuksköterska ställs emellanåt inför etiska dilemman i samband med operationer. En speciell situation är då en patient förklarats avliden enligt lagen om kriterier för bestämmande av människans död och patientens organ ska tas tillvara för organdonation (SFS 1987:269). I Sverige väntade den 30 september 2013 totalt 768 personer på ett eller flera nya organ varav merparten enbart var möjliga att transplantera från en avliden donator (Donationsrådet, 2013).

Det finns forskning om hur intensivvårdssjuksköterskor upplever omvårdnaden av en patient som är hjärndöd som skall bli organdonator och de har etiska riktlinjer att följa, exempelvis självskattningsinstrumentet Attitudes towards organ donor advocacy scale, ATODAS (Flodén & Forsberg, 2009; Flodén, Lennerling, Fridh, Rizell & Forsberg, 2011; Flodén, Persson, Rizell, Sanner & Forsberg, 2011; Flodén, Bergh & Forsberg, 2011). Studier om hur anesthesi- och operationssjuksköterskan upplever medverkandet i samband med uttagsoperationen från en avliden donator, är bristfällig och det krävs ytterligare forskning kring området för att få en ökad kunskap och förståelse för ämnet.

I lagen om kriterier för bestämmande av människans död (SFS 1987:269) fastslås att en människa betraktas som död då hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligen fallit bort. I lagen fastslås också att det är en läkare som fastställer detta hos patienten genom ett antal tester av neurologiska funktioner och väl beprövad erfarenhet. Därefter får medicinsk behandling fortgå i högst 24 timmar utan särskilt tillstånd, för att under dessa timmar hinna tillvarata organ och vävnader för transplantationsändamål. Enligt dessa kriterier finns det årligen 200 till 250 möjliga organdonatorer i Sverige (Donationsrådet, 2013).

I denna studie kommer anesthesi- och operationssjuksköterskorna att återges som de perioperativa sjuksköterskorna eller informanterna.

Bakgrund

En uttagsoperation kan utföras både på en levande respektive en avliden donator. Under 2012 gjordes totalt 692 organdonationer i Sverige, varav 162 organ togs från levande donatorer, resterande organ har tagits från avlidna donatorer. Från levande donatorer är det endast möjligt att ta en del av levern samt den ena njuren (Donationsrådet, 2013). Denna studie har fokuserat på den uttagsoperation som görs då patienten konstaterats avliden och med uttagsoperation åsyftas fortsättningsvis endast detta ingrepp.

I andra länder, bland annat i Danmark, ska patienten antingen vara hjärndöd eller hjärtdöd för att kunna bli organdonator (Sundhedsloven 546 af 24 juni 2005). I Dagens Medicin (2010) skrevs en artikel om att det även i Sverige påbörjats en debatt angående möjligheterna att ta tillvara organ från personer som avlidit i plötslig hjärtdöd. Göran Settergren, docent i anesthesiologi, skrev senare i Dagens Medicin (2013) att han efterlyser ytterligare debatt kring ämnet, då det fortfarande saknas beslut om huruvida det ska vara möjligt att ta organ från en hjärtdöd patient.

Då en människa har konstaterats avliden enligt kriterierna för hjärndöd och det finns bekräftelse från personen själv via donationsregistret eller via anhöriga att det finns möjlighet till organdonation, påbörjas ett arbete via transplantationskoordinatören och på det sjukhus där donatorn befinner sig. I SOSFS 2012:14 finns utarbetade riktlinjer för hanteringen av mänskliga organ avsedda för transplantation. I lagen framgår även vilka prover som ska tas på donatorn, hur organen ska märkas inför transport och hur journalföringen ska ske i samband med både uttagsoperationen och transplantationen till mottagaren så att spårbarheten kan garanteras.

I riktlinjer från Region Halland (Anestesi- och intensivvårdskliniken, u.å.) respektive Skejby Sygehus Danmark (Anæstesiologisk Afdeling, u.å.) framgår det att i transplantationskoordinatörens arbete ingår uppgifter angående samordning och planläggning av vilka organ som skall tas tillvara och meddela detta till de transplantationsteam som tillkallas för att hämta de olika organen. Under tiden gör det lokala operationsteamet på det sjukhus där donatorn vårdas allt färdigt inför uttagsoperationen. Anestesisjuksköterskan får ordinationer och instruktioner om hur patienten ska övervakas och om det ska ges några specifika läkemedel under ingreppet. Operationssjuksköterskan ansvarar för lämplig instrumentering, preoperativ hudinfektion och drapering av patienten. Därefter anländer transplantationsteam från olika sjukhus för att ta tillvara ett eller flera organ. Ibland kan det finnas tio till femton personer i salen samtidigt och ingreppet beräknas ta minst fyra till fem timmar (ibid.). Efter avslutat ingrepp sys operationssnittet ihop och donatorn återförs antingen till intensivvårdsavdelningen (IVA) eller till ett andaktsrum i anslutning till bårhuset för att de anhöriga ska ges möjlighet till ett sista farväl (Donationsrådet, 2013).

Carter-Gentry och McCurren (2004), Regehr, Kjerulf, Popova och Baker (2003) och Wolf (1994) har belyst att perioperativa sjuksköterskor upplevde hög stress och ångslan inför uttagsoperationer. De hade olika metoder för att förbereda sig mentalt och emotionellt inför uttagsoperationer. En del valde att ignorera sina känslor och tänka på detta som ett jobb som skall utföras. Andra undvek att titta på donatorns ansikte då detta

ansågs förvärra känslorna ytterligare. Vidare beskrev personalen att de fick splittra sina tankar och fokusera på ett organ i taget och inte se donatorn som en helhet för att ta sig igenom uttagsoperationen. De flesta perioperativa sjuksköterskor som deltagit i studierna var negativa till att delta vid uttagsoperationer.

De perioperativa sjuksköterskorna upplevde sorg och empati för den avlidne och dennes familj i samband med uttagsoperationen. De kunde se sig själva i de anhörigas situation och hade väldigt svårt att möta dem (Carter-Gentry & McCurren, 2004; Regehr et al., 2003; Wolf, 1994). De personifierade ofta händelsen och hade svårt att ta itu med sina känslor och gå ifrån de anhöriga. De beskrev att uttagsoperationen ofta skedde under stressande och dramatiska förhållanden, vilket de inte tyckte var nödvändigt relaterat till operationen (Carter-Gentry & McCurren, 2004; Regehr et al., 2003). I studien av Regehr et al. (2003) beskrev informanterna att de ofta upplevde att stämningen i operationsalen var för lättsam och högljudd relaterat till ingreppet i fråga. Oro, ilska och frustration uppkom ofta då transplantationsteam från olika sjukhus kom för att hämta organ eller för att assistera i uttagsoperationen (Carter-Gentry & McCurren, 2004; Regehr et al., 2003; Wolf, 1994).

Regehr et al. (2003) fann att frustration kunde uppstå då kommunikationen brast mellan de perioperativa sjuksköterskorna och de olika transplantationsteamerna då exempelvis namnen på instrumenten skiljde sig åt. Regehr et al. (2003) och Wolf (1994) beskrev att flertalet av de perioperativa sjuksköterskorna såg organdonation som en god handling, men att transplantationsteamerna från de olika sjukhusen förstörde stämningen då de betedde sig som om de handlade i en varubutik. Transplantationsteamerna kunde radas upp i operationsalen utan att ta hänsyn till varandra eller till övrig personal, för att göra anspråk på sitt organ. Enligt Regehr et al. (2003) tyckte några av informanterna att de upplevde stor besvikelse över transplantationsteams respektlösa omhändertagande av donatorn, då de hade en person framför sig som medverkade till att främja livskvaliteten för andra människor men som inte fick den respekt och värdighet han eller hon förtjänade. Andra perioperativa sjuksköterskor som intervjuats uttryckte däremot att transplantationsteamerna hyste stor respekt för den lokala personalen och donatorn (Carter-Gentry & McCurren, 2004; Regehr et al., 2003; Wolf, 1994).

Enligt studierna av Carter-Gentry och McCurren (2004), Regehr et al. (2003) och Wolf (1994) beskrev operationssjuksköterskorna att de var rädda, oroliga eller hyste misstanke om donatorn verkligen var avliden. De perioperativa sjuksköterskorna ifrågasatte hjärndödsbegreppet och ansåg att det fanns en gråzon mellan hjärndödsbegreppet och när patienten kunde räddas till liv. Enligt Regehr et al. (2003) beskrev att operationssjuksköterskorna ifrågasatte anestesistsjuksköterskornas val av mediciner då de till exempel undrade över varför patienten egentligen behövde smärtstillande om denne var död. Efter uttagsoperationen funderade de perioperativa sjuksköterskorna på om det i själva verket var de som hade bidragit till donatorns död.

Perioperativa sjuksköterskor (Regehr et al, 2003; Carter-Gentry & McCurren, 2004) ansåg att uttagsoperationen i sig var emotionellt överväldigande. Att sedan iordningställa donatorn inför transporten till bårhuset var ännu svårare att hantera känslomässigt. I vissa fall kände operationssjuksköterskorna att de blev lämnade ensamma efter uttagsoperationen var färdig. De tyckte det var underligt att proceduren inte fullbordades på

vanligt vis och att anestesipersonal ofta var de första som gick ut ur rummet vid avslutat ingrepp. Att starta med en person i sin helhet och sedan avsluta med ett tomt och kallt skal ansågs vara barbariskt och förfärligt. De perioperativa sjuksköterskorna kände att donatorn skulle behandlas som en patient tills denne körs in i bårhuset och att någon måste vara med kroppen tills detta skett.

“... hon upplevde att kampen [för patientens liv] var över innan den ens hade börjat...” (Egen översättning, Carter-Gentry & McCurren, 2004, sid 425)

Merparten av de perioperativa sjuksköterskorna i studierna var ändå positivt inställda till organdonation, trots sina dåliga erfarenheter och upplevelser av uttagsoperationerna. De ansåg att organdonation var en god handling som en människa kan ta ställning till och därmed förbättra livskvaliteten och även rädda livet på andra människor (Regehr et al., 2003; Carter-Gentry & McCurren, 2004). Vissa av de perioperativa sjuksköterskorna vägrade dock organdonation från sig själva, för att de ansåg att döden påskyndades och andra ville riva sina donationskort efter upplevelsen av uttagsoperationen. En del nekade organdonation från sina familjemedlemmar på grund av det respektlösa omhändertagandet de hade upplevt under uttagsoperationen (Regehr et al., 2003; Wolf, 1994).

Det finns endast ett fåtal studier genomförda som berör hur de perioperativa sjuksköterskorna upplever sitt medverkande vid uttagsoperationer och därför är det av intresse att genomföra en studie om detta.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva perioperativa sjuksköterskors upplevelser av att medverka vid en uttagsoperation från en avliden inför organdonation.

Metod

Design

Studien var en kvalitativ deskriptiv studie som genomfördes med innehållsanalys och inga kategorier var förutbestämda. Kvalitativ innehållsanalys är en metod för att identifiera skillnader och likheter i ett resultat. Manifest innehållsanalys innebär att en text tolkas utifrån det uppenbara och tydliga (Graneheim & Lundman, 2008).

En deskriptiv forskningsmetod används då syftet handlar om att ge en bild av de personer, situationer eller grupper som undersöks.

Urval

För att studera hur perioperativa sjuksköterskor upplevde deltagandet vid en uttagsoperation, gjordes urvalet att tre anestesisjuksköterskor och tre operationssjuksköterskor skulle intervjuas. Inklusionskriterierna var att de skulle arbeta på en operationsavdelning där uttagsoperationer görs och de skulle ha varit färdigutbildade som specialist-sjuksköterskor i minst två år. De skulle ha medverkat vid denna typ av operation någon gång under de senaste fem till tio åren. Motiveringen till dessa inklusionskriterier var att det skulle vara personer som hunnit erhålla en yrkesvana inom respektive kompetensområde.

Kontakt etablerades med verksamhetschefen för operationsavdelningen på ett västsvenskt sjukhus för att få tillstånd att genomföra studien. Studien genomfördes på ett sjukhus med en relativt stor operationsavdelning och då tillstånd för studien erhållits från verksamhetschefen tillfrågades ett antal informanter om de ville delta i studien. Dessa valdes genom ett bekvämlighetsurval, där sektionsledaren för anestesipersonalen tillfrågades om lämpliga informanter, likaså en av handledarna för operationsstudenterna. De informanter som uppfyllde inklusionskriterierna blev sedan tillfrågade av författarna om de ville delta. Informanterna erhöll sedan ett brev med information om syftet med studien.

Datainsamling

Intervjuerna var semistrukturerade då detta ger en bättre möjlighet att skapa gemensamma teman och bibehålla strukturen i samband med intervjun (Polit & Beck, 2010). Den inledande frågan var en öppen fråga där informanterna ombads att berätta hur de upplevde den första gången de medverkade vid en uttagsoperation. Efterföljande frågor behandlade de känslor, tankar, etiska ställningstaganden och möjligheter till uppföljning i efterförloppet som informanten upplevt.

Informanterna fick själv välja plats för intervjun som ägde rum under september och oktober 2013. Alla intervjuer genomfördes på informanternas arbetsplats. Informanterna hade mellan fyra och tjugo års erfarenhet inom sitt yrke. Intervjuerna ägde rum i en avskild lokal och minst två av författarna var närvarande. Vid intervjuerna var det en av författarna som ställde frågorna, den andra deltog som observatör. Intervjuerna tog mellan 15 och 30 minuter att genomföra och spelades in på en bärbar dator som en datafil.

Databearbetning

Samtliga intervjuer transkriberades och därefter avlyssnades ljudfilerna ett flertal gånger för att fylla i eventuella luckor. Därefter genomlästes materialet enskilt flera gånger. Markeringar av textdelar som svarade mot syftet gjordes först enskilt av författarna. De markerade textdelarna jämfördes och meningsbärande enheter identifierades. Dessa

bröts ned i kondenserade enheter, kodades och sorterades därefter i kategorier och underkategorier (Graneheim & Lundman, 2008). De kategorier som framträdde stärktes med citat från originaltexten. Data tolkades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2008, Polit & Beck, 2010) (tabell 1).

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Så jag fick ju ett väldigt påslag, ett adrenalinpåslag på riktigt, men så när jag kom till jobbet så var det väldigt lugnt, du behöver inte stressa, du kan läsa på och det gjorde jag	ett adrenalinpåslag på riktigt, lugnt på jobbet och ingen stress, läs på i lugn och ro	adrenalinpåslag, lugn stämning, ej stress	egna känslor och etiska funderingar inför operationen	förberedelser inför operationen
Alltså för mig är det självklart att man får en annan säkerhet när man har gjort det mer än en gång	man får en annan säkerhet när man gjort det mer än en gång	säkrare med erfarenhet	erfarenhet ger säkerhet	
Information om patienten fick man ju först när man kom hit, det var ju en kvinna... men sen fick man ju all annan rapport inne på IVA	information om patienten fick man ju först när man kom hit	information, förberedelse	information inför ingreppet	

Forskningsetiska överväganden

Studien är godkänd av den lokala etikprövningsgruppen vid högskolan i Halmstad och tillstånd finns med diarienummer UI2013/928. Studien har genomförts enligt Helsingforsdeklarationens riktlinjer för forskning på människor (Codex.uu.se, 2013). Blankett för informerat samtycke skrevs under vid intervjutillfället och i samband med intervjun delgavs informanterna information om möjligheterna till att avbryta sitt deltagande i studien om de önskade (SOSFS 2003:460). Blanketterna bevaras under föreskriven tid på Högskolan i Halmstad tillsammans med övrigt material som samlats in under studien, exempelvis ljudinspelningar och utskrivna intervjuer. Enbart studenterna och handledaren kunde ta del av materialet under pågående arbete. I samband med transkriberingen av intervjuerna avidentifierades materialet (PUL 1998:204) och de ursprungliga informanternas namn byttes ut till en kod, för att kunna återkoppla till respektive intervju under arbetet med kondenseringen.

En nackdel med att intervjua om upplevelser av en eventuellt etiskt svårhanterbar situation var att frågorna kunde ge upphov till att obearbetade känslor väcktes hos informanterna. Detta gjorde det viktigt att försäkra informanterna att de när som helst hade möjlighet att avbryta sitt deltagande (SOSFS 2003:460). I samband med intervjutillfället tillfrågades informanterna om de hade några frågor angående studien och den skriftliga

information som de erhållit tidigare. Samtidigt var förhoppningarna att informanterna i samband med intervjuerna såg dessa som en möjlighet till att bearbeta sina upplevelser samt att den information de bidrog med överbryggade riskerna med att obearbetade känslor väcktes.

Resultat

Under arbetet med att hitta meningsbärande enheter och koda dem framkom ett tydligt mönster av upplevelser och känslor som alla informanter vittnade om. Vid operationer finns ett naturligt flöde i det perioperativa omhändertagandet av en patient och detta flöde kunde även ses vid uttagsoperationer, det vill säga den preoperativa fasen, den intraoperativa fasen och den postoperativa fasen.

De huvudkategorier som framkom var förberedelser inför operationen, teamarbete och återkoppling. Under var och en av dessa kategorier sågs sen underkategorier framträda allt eftersom analysarbetet fortskred (tabell 2).

Tabell 2 Resultatöversikt

Tidsperspektiv	Kategori	Underkategorier
preoperativ fas	Förberedelser inför operationen	Egna känslor och etiska funderingar inför operationen Erfarenhet ger säkerhet Information inför ingreppet
intraoperativ fas	Teamarbete	Lugn miljö på operationssalen Lagarbete och professionell personal Från operation till obduktion
postoperativ fas	Återkoppling	Debriefing Helhetsperspektiv Det positiva mitt i all tragik

Förberedelser inför operationen

Egna känslor och etiska funderingar inför operationen

Att bli tillfrågad om att delta vid en uttagsoperation kunde kännas skrämmande och oroväckande. Samtidigt var det en situation som både anestesijuksköterskorna och operationssjuksköterskorna visste skulle kunna komma förr eller senare under deras yrkesverksamhet. Informanterna var medvetna om att denna typ av ingrepp förekom på den arbetsplats där de befann sig och de hade kollegor som deltagit, ibland flera gånger. När frågan väl kom uppstod ofta en stresskänsla, trots att frågan kom i god tid innan ingreppet skulle påbörjas men det framhölls alltid att deltagandet var frivilligt. Det var aldrig de nyaste i personalgruppen som tillfrågades utan företrädevis de som hade

längre erfarenhet. Om någon som inte hade deltagit tidigare tillfrågades, fanns det alltid en mer erfaren sjuksköterska med på samma ingrepp.

”... för att man har som sagt en chans att säga nej, det är absolut ingen som tvingar en eller absolut ingen som har en negativ attityd för att man skulle säga nej...”

Det var viktigt att ha bearbetat sina egna känslor angående organdonation, om det var något som upplevdes positivt eller negativt, samt om det var något som det kändes bra att diskutera både bland sina yrkeskollegor och med sina anhöriga. Genom att själv ta ställning för eller emot organdonation var det lättare att känna positiva känslor inför deltagandet i en uttagsoperation och lättare att se det positiva som kom ur all tragik, speciellt om det var en yngre donator som låg på operationsbordet. Några av informanterna berättade om att det var lättare att hantera sina känslor och tankar om det var en äldre person som var donator jämfört med om det var en yngre person. Något som också framkom från informanterna var att det var viktigt att tänka igenom hur situationen skulle hanteras om det var en person som någon av kollegorna kände till, att det fanns en privat relation eller om det var en person som tidigare opererats och som flera ur personalgruppen kände till.

”... det var ju det här med liv och död och de etiska funderingarna... det var lite skrämmande tyckte jag...”

Erfarenhet ger säkerhet

Informanterna berättade om att detta var en unik upplevelse samt ett speciellt ingrepp att medverka vid. De berättade att även om det gick lång tid mellan tillfällena där deras eget deltagande var aktuellt, fanns det ändå en viss trygghet med erfarenhet från tidigare tillfälle. Att ha lång yrkeserfarenhet gjorde att det kändes lättare att säga ja till att delta vid en uttagsoperation. Det fanns då en yrkestrygghet som gjorde det lättare att hantera en akut situation, vilket gjorde att det inte kändes lika skrämmande att ställas inför ett helt nytt ingrepp. Det framkom också att de koordinatörer som medföljer transplantationssteamerna gav en trygghetskänsla då dessa ofta medverkat vid ett flertal ingrepp tidigare.

”... det är ju såklart med det som med allt annat, ju fler gånger man har gjort det, desto mer van blir man... men jag tror aldrig att man kan bli riktigt van vid just det här...”

Information inför ingreppet

Då dessa ingrepp oftast görs på jourtid och extrapersonal rings in enkom för detta fanns det tid innan ingreppet påbörjades för att kunna diskutera igenom det som skulle ske med någon som tidigare varit med, samt med övrig personal som tillkallats. Det var vanligt att informanterna blev uppringda i hemmet och tillfrågade om att delta vid en uttagsoperation, förutsatt att allt gick bra i förberedelsearbetet på IVA och att den tilltänkta donatorn godkändes. Vanligtvis hade det dessutom framkommit redan tidigare

under dagen att det fanns en dålig patient som vårdades på IVA och att det talades om att det kunde bli aktuellt med en uttagsoperation. Detta gjorde att det sällan var en överraskning när samtalet från personalansvarig kom. Det gavs aldrig någon mer specifik information per telefon. Vilka organ som skulle omhändertas och övrig information om patienten gavs först då all personal var samlad på operationsavdelningen, inför ingreppet.

”... information om patienten fick man ju först när man kom hit och det var ju en kvinna... man fick lite rapport om vad som hänt och så... all annan rapport fick man sen inne på intensivvårdsavdelningen...”

På avdelningen finns riktlinjer där ingreppet beskrivs. Alla rutiner före, under och efter finns samlat och informanterna berättade att det alltid fanns tid att gå igenom dessa innan ingreppet skulle påbörjas. Vid något tillfälle visade det sig att en del av den information som fanns var inaktuell. Det blev då en diskussion efter avslutat ingrepp om hur denna kunde förbättras och uppdateras så att det skulle vara lätt att hitta all information som behövdes. Vidare berättade informanterna att de kände en trygghet i att dessa riktlinjer fanns som en checklista och stöd, både inför första gången och som en repetition.

”... egentligen fick jag ingen information alls innan, jag fick läsa i en pärm, vi fick läsa vad vi skulle göra och hur vi skulle göra... det var bra information i pärmen... men visst hade man kanske kunnat ta upp den mer, t ex på någon utbildningsdag...”

En stor del av förberedelsearbetet med provtagning görs på IVA i samband med att patienten dödförklaras. De perioperativa sjuksköterskorna berättade att det fanns förberedelseprocedurer som ingick i deras arbete och som var specifika för detta ingrepp, till exempel vilka extrainstrument som skulle tas fram eller vilka läkemedel som skulle användas.

Teamarbete

Lugn miljö på operationssalen

När de perioperativa sjuksköterskorna blev tillfrågade om att delta vid en uttagsoperation för första gången kunde känslor som oro och stress uppstå. Det handlade om att de inte visste vad de skulle mötas av i operationssalen. När operationen var i gång upplevde de att det var en lugn miljö som återspeglades i salen. Informanterna tyckte att en uttagsoperation var större och mer komplicerad än en vanlig operation och de såg allvaret i den tydligare än i övriga operationer.

Övervaka att de vitala parametrarna hålls stabila hos en organdonator, var ett mer komplext arbete än vid en vanlig operation. Likväl upplevde de perioperativa sjuksköterskorna att de kunde hantera detta tack vare den lugna miljön och det goda samarbetet på salen. De perioperativa sjuksköterskorna upplevde att stämningen var mer dämpad till skillnad från övriga ingrepp. All personal betedde sig som vanligt, de var positiva, men

samtal begränsades till det som var nödvändigt. Även när de olika transplantationsteamerna kom för att hjälpa till att operera ut de organ de skulle ha med sig tyckte de perioperativa sjuksköterskorna att stämningen var dämpad. De upplevde att det gick lugnt tillväga i operationssalen när de olika transplantationsteamerna bytte av varandra.

”... Så allting går väldigt lugnt tillväga, det är inget stress eller någonting sådant, så att på något vis så är det, det, ja vad ska man säga, ja det är en operation som man tycker, det är väldigt värdigt om man säger så. Det är inte det här hafs igenom utan, utan det är väldigt värdigt...”

Lagarbete och professionell personal

Vid alla operationer eftersträvas att personalen är professionell och har en god sammanhållning för att upprätthålla ett fungerande samarbete. Vid en uttagsoperation tillkommer olika yrkeskategorier från andra sjukhus där personalen inte alltid känner varandra. Detta kunde medföra att frustration och osäkerhet uppstod då teamen inte kände till varandras kompetensgrad. Vid en ”timeout” (uppehåll i aktivitet innan operationen startas) inför en operation brukar personalen på salen presentera sig och berätta vem de är, vilket de perioperativa sjuksköterskorna upplevde att de ofta saknade. De tyckte att i början av uttagsoperationen var de bättre på att presentera sig, men när de andra transplantationsteamerna kom in mitt i operationen så glömde de att introducera sig.

”... sen tyckte jag att det var lite, man visste inte vem alla var. Och de var lite dåliga att presentera sig när de kom...”

De olika transplantationsteamerna hade med sig sina egna instrument från sina sjukhus som de själva var mer komfortabla med. Operationssjuksköterskorna upplevde detta som besvärligt och uppskattade inte alltid detta. Förutom de små hindren som kunde distrahera samarbetet i operationssalen, genomsyrades stämningen av hög professionalism. Ett bra lagarbete upprätthölls. Transplantationsteamerna refererades till som väldigt professionell personal och de inkluderade alla medarbetare i operationsgången så att övriga i teamet hann förbereda sig inför nästa moment. Transplantationsteamerna upplevdes som strukturerade då de visste vad de skulle göra och utförde sina uppgifter effektivt. Informanterna beskrev dessutom att servicen på salen var betydligt effektivare än vid övriga ingrepp. På dessa typer av ingrepp fanns avsatt personal att serva enbart den operationssalen. Ifall personalen inne på salen behövde en sak fick de hjälp nästan med en gång till skillnad från övriga ingrepp då det ibland kunde dröja en stund innan personalen fick hjälp.

”... men sen har ju den här koordinatören som kom med, den här sjuksköterskan som följde med, hon hade ju stenkoll på allting... så jag kan tänka mig att hade hon inte haft så bra koll så hade ju mycket fallerat om man säger så... så mycket hänger ju på den funktionen...”

Från operation till obduktion

Medverkande vid en uttagsoperation betraktades som en speciell upplevelse. Det började som vilken annan operation som helst, men känslor och tankar som uppkom under operationen skiljde sig markant från ett vanligt ingrepp. Informanterna upplevde en känsla av obehag och att det kändes absurt samt att det hela var överkligt. De hade svårt att konkretisera sina tankar och känslor. Där låg en patient som var levande fast död och som skulle behandlas precis som en vanlig patient. Patienten ska få läkemedel och vätska samt övervakas enligt gällande riktlinjer.

Informanterna upplevde en känsla av sorgsenhet när anestesiapparaten stängdes av mitt under uttagsoperationen. Patienten hade övervakats och ventilerats på bästa möjliga sätt för att upprätthålla optimala värden och mitt i operationen stängdes apparaten av.

Känslan att operationen övergick från en operation till en obduktion återkom i intervjuerna och det upplevdes som en obehaglig känsla som i ögonblicket var svårt att hantera.

”... det som känns väldigt konstigt, det som man inte kan förbereda sig på första gången, det är ju egentligen att man eeh, man börjar med en operation och mitt i operationen så övergår det helt plötsligt till att bli en obduktion nästan, känns det som. Det är en rätt abstrakt känsla om man inte varit med om det förut...”

Sinnesstämningen på salen genomgick en förändring då hjärtat och lungorna opererats ut. De perioperativa sjuksköterskorna beskrev sina upplevelser och känslor efter borttagandet av de aktuella organen som väldigt obehagliga. Det upplevdes som att operationssalen stannade upp ett ögonblick och att det helt plötsligt blev väldigt kallt.

”... det är, det är det som jag tycker är lite jobbigt, då blir det så definitivt och så blir det så kallt, det blir så väldigt kallt på något sätt... det är nog det som jag känner är det jobbigaste...”

Återkoppling

Debriefing

Efter avslutat ingrepp berättade informanterna att det var vanligt att de fick tid till att sitta ner tillsammans och prata igenom det som de just hade upplevt. Informanterna ansåg att detta var positivt som en del i bearbetandet av upplevelsen. Det framkom dock att känslorna ofta kom senare, inte direkt efteråt och att det som upplevts behövde bearbetas enskilt först. Dessutom beskrev några av informanterna att det hade hänt att de fått återgå till andra uppgifter efteråt och därmed inte fått tid att prata av sig direkt, vilket inte hade känts så bra.

”... jag blev tyvärr upptagen med en massa annat och kunde inte vara med på den debriefingen men det som hade varit optimalt det var ju egentligen att man skulle ha samlat just det op-laget samma dag...”

All deltagande personal som varit i kontakt med patienten, exempelvis personalen från IVA och ambulanssjukvården, kallades till en debriefing vid ett senare tillfälle, fyra till sex veckor efteråt. I samband med det tillfället fick alla en chans att prata av sig. Det blev ett tillfälle att få veta att de känslor som fanns var tillåtna att berätta om och att det fanns fler som hade liknande känslor och upplevelser. Det fanns också en sjukhuspräst eller diakon på plats. I samband med detta möte gavs även tillfälle att ställa frågor om patienten, sådant som inte framkommit tidigare. Personalen på IVA kunde exempelvis ge svar på hur de anhöriga hanterat situationen. En av informanterna ansåg att denna debriefing skulle vara obligatorisk att närvara vid då den blev ett sätt att komma vidare och bearbeta händelserna och känslorna som uppstått i samband med uttagsoperationen.

”... jag kände att det var bra att man fick prata av sig och att man fick någon annans bild av det hela för det gjorde situationen lite mer ... fick liksom mer förståelse runt om...”

Helhetsperspektiv

Ungefär fyra till sex veckor efter uttagsoperationen får sjukhuset ett brev från koordinatorsjuksköterskan där det framkommer vad som hänt med de olika organen som opererats ut. Detta brev upplevde informanterna som viktigt och värdefullt och det blev en bekräftelse på det arbete de hade bidragit till att genomföra. Genom att få reda på att organen kommit till användning och att någon eller några svårt sjuka personer fått ett nytt liv, gjorde att de ansåg att det arbete de hade hjälpt till att utföra hade varit ett bra arbete. Detta trots att det hade varit en absurd situation och stundtals känslomässigt jobbigt att medverka vid uttagsoperationen.

”... så berättar koordinatören vad som hänt med organen och lite runt omkring och man får veta lite om patienten som lämnat organen... det ska vara obligatoriskt att vara med på... För man vet aldrig vad som händer med oss mentalt hur man tar det framåt...”

Det positiva mitt i all tragik

Trots att informanterna tyckte att det var absurt att stå med en "levande patient" som de visste inte skulle väckas igen i slutet av operationen utan att döden var oåterkallelig, upplevde de att det samtidigt var en livsgivande process. Vetskapen om att den patient som fanns på operationsbordet skulle bidra till att ge livet tillbaka till en eller flera personer som ofta har väntat länge på att få ett nytt organ, uppfattades som en mycket positiv upplevelse. Därför ansåg de att de hade varit med om att göra något bra och nyttigt. De perioperativa sjuksköterskorna var vanligtvis själva positiva till att bli organdonatorer, speciellt när de såg resultatet av en uttagsoperation.

”... samtidigt har vi ju den andra sidan... den här personen faktiskt har hjälpt andra, kanske flera stycken...”

Dessutom såg informanterna att det fanns mycket positivt mitt i tragedin. Stämningen i

operationssalen var professionell, strukturerad och avslappnad, vilket visade att det fanns ett bra samarbete från olika regioner, mycket tack vare duktiga medarbetare som hade ett stort engagemang i processen.

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ ansats är en metod som kan användas då personers känslor och upplevelser ska beskrivas, vilket eftersträvades i denna studie. Genom att använda öppna frågeställningar inbjuds informanten till diskussion och berättande (Polit & Beck, 2010). Enligt Polit och Beck (2010) är kvalitativ metod en lämpligare metod jämfört med en kvantitativ metod då syftet är att beskriva känslor, upplevelser och erfarenheter. En fördel med en kvalitativ metod är även att ett fåtal informanter behövs för att skapa ett resultat. Kvalitativa studiers huvudsyfte är inte att vara generaliserbara, däremot kan resultatet överföras till liknande kontexter (ibid).

Då kontakt etablerats med verksamhetschefen för tillstånd för studien samt för att få hjälp med lämpliga informanter gavs initialt ett negativt besked om tillåtelse att genomföra studien. Motiveringen var att ingreppet inte gjordes så ofta och att det skulle vara svårt att hitta informanter. Författarnas ursprungliga avsikt var att avdelningschefen skulle vara behjälplig med kontakten med den perioperativa personalen. Det innebar att all personal skulle ha informerats om syftet med studien varpå frågan om deltagande hade kunnat kännas mer frivillig. Då tillstånd för studiens genomförande lämnats av verksamhetschefen skedde i stället urvalet av informanter genom att sektionsledaren för anestesistudenterna och en handledare för operationsstudenterna tillfrågades om förslag på lämpliga informanter. Den tillfrågade personalen gav i sin tur ytterligare förslag på lämpliga informanter, ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2010). Detta kan ha lett till att vissa av informanterna kände sig tvingade till deltagande.

Samtliga informanter var kvinnor, då ingen av de män som tillfrågades uppfyllde inklusionskriterierna. De informanter som accepterat att delta i studien erhöll den skriftliga informationen i förväg. I samband med intervjun tillfrågades de om de hade några frågor och funderingar om studien samt om de kände att det var tänkbart att prata om de känslor och upplevelser som de haft i samband med sitt medverkande vid uttagsoperationer. Ingen av informanterna tyckte att det var obehagligt att tala om händelsen som sådan. Det som möjligen kunde upplevas obekvämt var att intervjun spelades in.

Informanterna valde att intervjuas på sin arbetsplats. Då intervjuerna gjordes på arbetstid kan detta ha resulterat i att informanterna kände sig stressade för att de skulle återgå till arbetet och därmed inte gav fullt utvecklade svar. Författarna upplevde ändå att frågorna blev besvarade relaterat till syftet och att det som eftersöktes framkom. I denna studie användes fördefinierade frågor och det ställdes följdfrågor för att förtydliga eller få fördjupning av ett svar. En av frågorna handlade om hur upplevelsen av att delta i en uttagsoperation förändrats över tid. Då två informanter enbart deltagit en gång var, om-

formulerades frågan till att informanterna istället fick förklara hur de trodde de skulle uppleva att medverka i nästkommande jämfört med det första tillfället.

Ämnesvalet för studien kom som ett förslag från den operativa verksamheten på det sjukhus där studien sedan genomfördes. Det fanns ett önskemål om att sammanställa tidigare forskning om ämnet samt att få en uppfattning om hur personalen hanterade sina tankar och känslor vid en uttagsoperation. Informationssökning om hur perioperativa sjuksköterskor upplevde deltagandet i en uttagsoperation gav begränsat resultat. Sökningar på ”tissue and organ procurement” eller ”donation” utan begränsningar gav många sökträffar men majoriteten av studierna var gjorda på intensivvårdssjuksköterskor. När begränsning gjordes till att omfatta enbart perioperativa sjuksköterskor minskades antalet sökträffar.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att informanterna var medvetna om att de skulle kunna bli tillfrågade om att delta vid en uttagsoperation, då denna typ av ingrepp förekom på deras arbetsplats och det var mest en tidsfråga när det skulle ske. Det framkom att det var svårt att förbereda sig mentalt och emotionellt inför detta. Genom att själv ta ställning för eller emot organdonation generellt kan det vara enklare att motivera att delta eller inte vid uttagsoperationen. Under intervjuerna framkom det att det generellt fanns en positiv inställning till organdonation hos informanterna.

Patienten vårdas på IVA före ingreppet och diskussionen om eventuell organdonation påbörjas där, det är personalen på IVA som initierar diskussionen med de anhöriga. För intensivvårdspersonalen finns självskattningsinstrument tillgängliga, exempelvis ATODAS (Flodén et al, 2011) för att de ska kunna värdera sina tankar och känslor i samband med vårdandet av en organdonator. Trots omfattande sökning gick inte motsvarande självskattningsinstrument för perioperativa sjuksköterskor att hitta. Om ett liknande självskattningsinstrument som ATODAS hade funnits för de perioperativa sjuksköterskorna hade det kanske varit ännu lättare för dem att förbereda sig för att delta och även bearbeta sina tankar och känslor efteråt.

I en av intervjuerna framkom att de riktlinjer med rutiner för detta ingrepp som är tillgängliga på avdelningen hade tagits upp i samband med en utbildningsdag men endast kortfattat. De känslor som författarna fick, och som även ett par av informanterna hade, var att detta är ett ämne som inte ska diskuteras just för att det rör upp mycket känslor, tankar och etiska funderingar om liv och död. Med tanke på att det finns en brist på organ för transplantation, är detta ett ämne som bör lyftas upp och diskuteras. Det finns andra tillfällen där sjuksköterskor hamnar i svåra situationer där många tankar och känslor rörs upp. Kummerfeldt (2012) ger exempel på dessa där han i egenskap av sjuksköterska i krigstjänstgöring berättar om dagliga stresspåslag i arbetssituationen. Han efterlyser bland annat att mer fokus ska läggas på de tankar och känslor som den perioperativa personalen kan få vid svåra operationer, som kan framkalla etiska dilemman.

I resultatet framkom att det ibland saknades information om vem det var som kom in på salen, i vilken ordning de olika organen skulle hämtas eller om transplantationsteamerna hade egna kirurgiska instrument med sig som skulle användas. Gillespie, Chaboyer, Longbottom och Wallis (2010) visade i en studie att det är viktigt med kommunikationen i operationssalen. Att samtliga i teamet som befinner sig i salen vet vilka andra som finns där, är en förutsättning för att samarbetet ska fungera, även om de olika yrkesgrupperna samarbetar för första gången. Genom att tydligt presentera sig och tala om sin funktion vid ankomst, kan samarbetet på salen underlättas med den övriga personalen, speciellt i en situation som denna, som aldrig kan betraktas som rutinmässig. Även användandet av en modifierad version av Världshälsoorganisationens checklista för säker kirurgi (WHO, 2009) skulle kunna göra att det blir lättare för den personal som befinner sig på salen att uppmärksammas på att något händer, till exempel att de olika transplantationsteamerna byter av varandra. Genom att göra en kort "timeout" och kort presentera nyanländ personal som kommer in, minskar risken för missförstånd och teamarbetet underlättas, även om situationen som råder är stressad.

Informanterna ansåg att en lång yrkeserfarenhet gjorde att det var lättare att acceptera att medverka vid en uttagsoperation då de blev tillfrågade. Att ha en mer erfaren kollega med sig var viktigt och trygghetsskapande för de perioperativa sjuksköterskorna. Gillespie et al. (2010) påtalade att även operationssjuksköterskor med lång erfarenhet kan känna svårigheter och stress då de hamnar i en situation som de inte varit med om på länge och ska samarbeta med en obekant läkare. Situationer då både operationssjuksköterskan och läkaren var obekanta med ingreppet sågs som en risk för att samarbetet inte skulle fungera optimalt. Genom att tydligt tala om att det finns personer i den perioperativa personalen som har mindre yrkeserfarenhet kan kommunikationerna och teamarbetet i salen underlättas, vilket också styrks i en studie av Mitchell, Flin, Yule, Mitchell, Coutts och Youngson (2010).

I resultatet framkom det att patientens vitalparametrar skulle övervakas noga och att ingreppet började som vilken operation som helst. Innan SFS 1987:269 trädde i kraft kunde inte uttaget påbörjas innan respiratorn stängts av och hjärtat slutat slå. Det var heller inte möjligt att tillvarata så många organ då. Idag bibehålls cirkulationen under längre tid för att kunna tillvarata fler organ (Donationsrådet, 2013). Då respiratorn stängdes av framkallades medvetet ett hjärtstillestånd hos donatorn och därefter påbörjades uttaget av de sista organen som skulle doneras. Informanterna upplevde att operationen då övergick från en operation till en obduktion. För en perioperativ sjuksköterska är den normala rutinen att patienten sövs, opereras och väcks, för att sedan lämnas över till uppvakningsavdelningen. Perry (2005) har undersökt vad anestesijüksköterskor upplever som stressande i sitt arbete och visade att en av de mest stressframkallande situationerna uppstod då patientens vitalparametrar började svikta och patienten oväntat fick hjärtstillestånd under operationen. Detta styrker de upplevelser som informanterna berättar om, en upplevelse som strider mot det som lärs ut under utbildningen när det handlar om att hålla patienten vid liv och att bibehålla stabila vitalparametrar.

I studierna av Carter-Gentry och McCurren (2004), Regehr et al. (2003) och Wolf (1994) framkom det att de perioperativa sjuksköterskorna ofta upplevde kaos i operationssalen, att det förekom hårda ord och kränkningar från de transplantationsteam som kom för att hämta organ. Detta skilde sig jämfört med vad som framkom från informan-

terna i den här studien. Ingen hade upplevt att det förekom någon oetisk behandling av donatorn eller att den personal som tillhörde transplantationsteamet var otrevliga i sitt bemötande gentemot den lokala personalen. Detta skulle kunna bero på att det finns olika traditioner på operationsavdelningarna i olika länder samt att det i Sverige idag inte finns så strikt hierarkiskt mönster mellan läkare, sjuksköterskor och övrig personal. En annan orsak skulle kunna vara att koordinatorsjuksköterskan gjorde så att logistiken fungerade och i studierna av Carter-Gentry och McCurren (2004), Regehr et al. (2003) och Wolf (1994) beskrevs ingen sådan funktion. Dessa studier är äldre och idag kan de situationer som beskrivs i dem ha ändrats genom utvecklandet av riktlinjer samt att hierarkin kan ha luckrats upp jämfört med för tio till femton år sedan.

I studierna av Carter-Gentry och McCurren (2004), Regehr et al. (2003) och Wolf (1994) framkom upplevelser som oro och obehag, som även framkom hos de sex informanterna i denna studie. Att situationen kändes abstrakt och bisarr nämndes av flera av informanterna. Däremot var det ingen av informanterna som ansåg att de hade varit med och tagit död på patienten, så som de perioperativa sjuksköterskorna i Carter-Gentrys och McCurrens (2004), Regehrs et al. (2003) och Wolfs (1994) studier beskrev. Informanterna var väl förtrogna med de rutiner som krävs för att fastställa att en person är hjärndöd (SFS 1987:269) och de var väl medvetna om att patienten var dödförklarad då ingreppet inleddes. Wang och Lin (2009) beskrev i sin studie att de medverkande sjuksköterskorna ofta upplevde att de faktiskt deltog i dödandet av patienten i samband med uttagsoperationen.

De perioperativa sjuksköterskorna som deltog i Wangs och Lins (2009) studie hade skapat olika copingstrategier för att komma vidare och för att kunna upprätthålla de normala dagliga rutinerna i arbetet. Efter en uttagsoperation fick den deltagande personalen alltid möjlighet att delta vid någon form av debriefingsamtal. En kallelse kom efter ett antal veckor och det var ofta vid detta tillfälle som även det tackbrev som berättar om vad som hänt med de donerade organen presenterades. Informanterna ansåg att detta brev gav dem bekräftelse på att de medverkat till att ge en eller flera andra människor ett nytt liv. Detta brev bevarades sedan på operationsavdelningen. Informanterna ansåg att det var viktigt att delta vid debriefingen och att det var ett bra sätt för alla att få bearbeta sina tankar och känslor, samt för att få en bekräftelse på att ingen var ensam om sina upplevelser. Detta styrks av studien av Wang och Lin (2009) som beskrev att det var viktigt att dela sina upplevelser för att återhämta sig.

I de fall då det finns ett trauma som orsak till att en patient blir aktuell som organdonator blir flera olika yrkeskategorier involverade i omhändertagandet av patienten. Oftast var det bara personal från IVA och operationsavdelningen som var närvarande vid debriefingen. Genom att även kalla personal från ambulanssjukvården eller räddningstjänsten till debriefingsamtalet framkommer en bättre bild av vad som hänt från början till slut. Den perioperativa personalen får veta vad som föregått den operation som de medverkat vid och den prehospitäl personalen får vetskap om att det kommit något positivt ur det trauma som de sett i sitt arbete. De får en uppföljning om vad som hänt den patient som de fört in till sjukhuset. Detta förfarande leder till att skapa en helhetsyn i omvårdnadsprocessen.

Konklusion

Uttagandet av vitala organ från en avliden människa väcker tankar och känslor hos de perioperativa sjuksköterskor som deltar vid denna typ av ingrepp. Informanterna beskrev att längre yrkeserfarenhet gav en trygghet i samband med förberedelserna. De perioperativa sjuksköterskorna var eniga om att det mest påfrestande momentet var då respiratorn stängdes av. Samtidigt visste de att det som de medverkade till förbättrade livskvaliteten hos en eller flera personer som fick ta emot de donerade organen. Den lugna miljön på salen och professionaliteten hos transplantationsteamet hade stor betydelse för att situationen gick att hantera till skillnad mot vad tidigare forskning visat. Den debriefing som fanns upplevdes som positiv för bearbetning av känslorna. I studien framkom tydligt behovet av debriefing samt att det fanns ett behov av att vara befriad från annan tjänstgöring efter avslutat ingrepp.

Denna studie visar att det finns brister i forskningen om hur de perioperativa sjuksköterskorna upplever sin arbetssituation vid etiskt svåra situationer som exempelvis vid en uttagsoperation. Som specialistsjuksköterska förväntas det att kunna hantera etiskt svåra situationer i det dagliga arbetet, ibland utan möjlighet till ingående förberedelser.

Implikation

Genom att ta upp diskussionen om hur en uttagsoperation går till vid gemensamma utbildningsdagar, exempelvis varje halvår, hade det kunnat leda till en öppnare diskussion om ämnet och det hade blivit ett tillfälle till att revidera riktlinjer så att dessa alltid hålls aktuella. Med en öppen diskussion om etiskt svårhanterliga situationer och den stress dessa kan framkalla ges de perioperativa sjuksköterskorna möjligheter att skapa egna copingstrategier. Om det finns styrdokument och arbetsbeskrivningar tillgängliga underlättas förberedelsearbetet både emotionellt och tekniskt. En modifiering av ATODAS så att den blir anpassad till de perioperativa sjuksköterskornas behov, skulle kunna underlätta dessa copingstrategier. Därigenom ges den perioperativa personalen möjlighet att stödja varandra vid dessa tillfällen. Även framtagandet av riktlinjer inför ingreppet och för debriefingen efteråt hade varit möjliga att skapa genom mer forskning om situationen.

Fortsatt forskning om ämnet hade kunnat studera hur övrig medverkande personal, exempelvis läkare och undersköterskor, upplever sin medverkan vid uttagsoperationen. Även personalen som arbetar med transplantationsdelen hade kunnat studeras för att ytterligare skapa en helhetssyn i processen kring organdonation.

Referenser

- Anestesi- och intensivvårdskliniken, Hallands sjukhus Halmstad (u.å.). *Organdonation*
- Anæstesiologisk Afdeling - Hospitalsenheden Vest. Skejby sygehus. (u.å.). 5.1.46
Organdonation - Vejledning for operations- og anæstesipersonale på donorafdeling – Herning. Hämtad 2013-05-14 från http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_hovean.nsf/eb3426fb2472eedac12571850029edfe/13957658fb60fcecc12576ef0061d178?OpenDocument#Fremgangsmaade
- Carter-Gentry, D. & McCurren, C. (2004). Organ procurement from the perspective of perioperative nurses. *AORN Journal* 80 (3), 417-431. doi: [10.1016/S0001-2092\(06\)60535-8](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60535-8)
- CODEX, Centrum för forskning och bioetik. (u.å.). Regler och riktlinjer för forskning angående informerat samtycke. Hämtad 2013-05-13 från <http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml>
- CODEX, Centrum för forskning och bioetik. (u.å.). Forskning som involverar människan. Hämtad 2013-12-12 från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Dagens Medicin. (2010). *Hjärtdöda patienter kan bli organdonatorer även i Sverige*, publicerad 2010-06-02. Hämtad 2013-05-14 från <http://www.dagensmedicin.se/vetenskap/hjarta-karl/hjartdoda-patienter-kan-bli-donatorer-aven-i-sverige/>
- Dagens Medicin. (2013). *Donation från hjärtdöd inte ett etiskt problem*, publicerad 2013-06-20. Hämtad 2013-07-16 från <http://www.dagensmedicin.se/debatt/donation-fran-hjartdod-inte-ett-etiskt-problem/>
- Donationsrådet. (u.å.). *Livsviktigt om organ- och vävnadsdonation*. Socialstyrelsen: Stockholm. Hämtad 2013-10-27 från <http://www.livsviktigt.se/Sidor/default.aspx>
- Flodén, A. & Forsberg, A. (2009). A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(6), 306-13. doi: [10.1016/j.iccn.2009.06.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.002)
- Flodén, A., Lennerling, A., Fridh, I., Rizell, M. & Forsberg, A. (2011). Development and psychometric evaluation of the instrument: Attitudes towards organ donor advocacy scale (ATODAS). *The Open Nursing Journal* 2011, (5), 65-73. doi: [10.2174/1874434601105010065](https://doi.org/10.2174/1874434601105010065)
- Flodén, A., Persson, L.O., Rizell, M., Sanner, M. & Forsberg, A. (2011a). Attitudes to organ donation among swedish ICU nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (21-22), 3183–3195. doi: [10.1111/j.1365-2702.2011.03756.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03756.x)

- Flodén, A., Bergh, M. & Forsberg, A. (2011b). Swedish ICU nurses' perceptions of responsibilities and organization in relation to organ donation – a phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing* 27 (6), 305-316. doi: [10.1016/j.iccn.2011.08.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.002)
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Longbottom, P., & Wallis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 47 (6), 732-741. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001)
- Graneheim, U.H. & Lundman B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B Höglund-Nielsen. (Red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (s 187-201). 1 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Kummerfeldt, C. (2012). Forhøjet Beredskab. Köpenhamn: Nyt Nordisk Forlag, ISBN 978-87-17-04253-7
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2010) Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies* 48 (7), 818-828. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005)
- Perry, T.R. (2005). The certified registered nurse anesthetist: Occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *American Association of nurse anesthetists journal* 73 (5), 351-356.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7. uppl., Wolters Kluwer. Lippincott, Williams & Wilkins.
- PUL 1998:204. Personuppgiftslagen. Stockholm: Regeringskansliets databaser. Hämtad 2013-05-15 från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19980204.htm>
- Regehr, C., Kjerulf, M., Popova, R.S. & Baker, A.J. (2004). Trauma and tribulation: the experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors. *Journal of Clinical Nursing* 13 (4), 430- 437. doi: [10.1111/j.1365-2702.2004.00905.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00905.x)
- SFS 1987:269. *Lag om kriterier för bestämmande av människans död*. Socialdepartementet: Stockholm. Hämtad 2013-05-13 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1987269-om-kriterier-fo_sfs-1987-269/
- SOSFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Socialstyrelsen: Stockholm. Hämtad 2013-05-13 från <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/20030460.HTM>
- SOSFS 2012:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation*. Socialstyrelsen: Stockholm. Hämtad 2013-05-14 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/>

Sundhedsstyrelsen. (u.å.). Sundhedsloven om ligsyn, obduktion og transplantation lov nr 546 af 24 juni 2005, kapitel 12, 55-57. Hämtad 2013-05-22 från <http://www.sst.dk/Udgivelser/2005/Sundhedsloven%20-%20Lov%20nr%20546%20af%2024%20juni%202005.aspx>

Wang, Y.J. & Lin, C.Y. (2009) The experience of perioperative nurses involved in organ procurement. *Journal of Nursing Research* 17 (4), 278-284. doi: [10.1097/JNR.0b013e3181c0038d](https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181c0038d)

Wolf, Z.R. (1994). Nurses responses to organ procurement from nonheartbeating cadaver donors. *AORN Journal*, 60 (6), 968, 971-4, 977-81.

World Health Organization. (2009) *WHO guidelines for safes surgery 2009*. Hämtad 2013-10-31 från http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se