



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Sjukvårdspersonals erfarenheter av att arbeta på Svalbard

En intervjustudie

Författare: Anton Pilotti & Daniel Norbeck

Handledare: Karin Samuelson

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Sjukvårdspersonals erfarenheter av att arbeta på Svalbard

## En intervjustudie

Författare: Anton Pilotti & Daniel Norbeck

Handledare: Karin Samuelson

Kandidatuppsats

Hösten 2012

## Abstrakt

Forskningen kring vilka faktorer som påverkar sjukvårdsarbetet under nordliga icke-urbana förhållanden i Skandinavien är ytterst begränsat. Syftet med studien var att belysa sjukvårdspersonals erfarenheter av arbetet på Svalbard. En kvalitativ intervjustudie genomfördes med åtta anställda på Longyearbyens Sjukhus. Efter analys av materialet framkom fyra huvudkategorier: hindrande avstånd, kylan och vindens inverkan, konsekvenser av begränsade resurser och hur yrkeskompetensen påverkas. Resultatet visade att sjukvården på Svalbard möter många utmaningar relaterade till geografi och klimat. Svalbards geografiska lokalisering visades förlänga transporttiderna, något som utgjorde en risk för en patient i behov av specialistvård på sjukhuset i Tromsø. Sjukvårdens begränsade resurser i bemanning och teknik sades ställa höga krav på personlig kompetens och erfarenhet bland de anställda. Ett litet patientflöde utgjorde en utmaning specialistutbildad personal då svårigheter att utveckla rutiner rörande arbetet inom respektive specialistfält uppstod. Praktiska övningar sades utgöra ett motmedel mot den kompetensdränerande problematiken.

## Nyckelord

(Personalupplevelser, erfarenheter, kompetens, icke-urban, responsintervall)

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	3
Introduktion .....	4
Definition av nyckelbegrepp.....	4
Urban .....	4
Icke-urban .....	4
Problemområde .....	4
Bakgrund.....	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Responsintervall .....	6
Sjukvård i icke-urban miljö .....	6
Svalbard .....	7
Svalbards sjukvård .....	7
Styrdokument .....	8
Syfte .....	9
Specifika frågeställningar.....	9
Metod .....	9
Urval.....	10
Datainsamling.....	10
Dataanalys .....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat.....	13
Hindrande avstånd .....	13
Från olycksplats till sjukhus .....	13
Långa avstånd till specialiserad sjukvård .....	13
Möjlighet till goda förberedelser .....	14
Kylan och vindens inverkan .....	15
Personalens förberedelser.....	15
Konsekvenser för patienttransport .....	16
Konsekvenser av begränsade resurser .....	17
Betydelsen av totalkunskapen .....	18
Avsaknaden av tekniska hjälpmedel .....	18
Vikten av förebyggande arbete .....	19
Hur yrkeskompetensen påverkas .....	19
Bredare kompetens .....	19
Svårigheter att upprätthålla specialistkompetens .....	20
Diskussion.....	21
Diskussion av vald metod .....	21
Diskussion av framtaget resultat.....	23
Slutsats och kliniska implikationer .....	26
Författarnas arbetsfördelning.....	27
Referenser.....	28
Bilaga 1 (3).....	30
Bilaga 2 (3).....	31
Bilaga 3 (3).....	32

# Introduktion

## Definition av nyckelbegrepp

### *Urban*

Enligt Svenska Akademiens ordlista en definition av stadsmässiga förhållanden.

### *Icke-urban*

Med termen ”icke-urban” syftas i denna studie till områden med demografiska och geografiska egenskaper som inte faller in under benämningen ”urban”, och inte heller kan beskrivas som landsbygd. Författarna anser att det inte finns något ord i det svenska språket som beskriver de förhållanden som råder i bland annat norra Kanada och på Svalbard.

## Problemområde

Forskning kring personalupplevelser bland sjukvårdsanställda används till att skapa insikt kring arbetsförhållanden och verksamhetsfaktorer som påverkar arbetet inom sjukvården. Resultat från forskningen kan exempelvis nyttjas för att förbättra arbetsrutiner samt påvisa potentiella problem med en arbetsplats som efter upptäckt kan åtgärdas, något som i längden möjliggör kvalitetsförbättring av sjukvården. Forskningen kring sjukvårdspersonalens arbete har således haft betydelse för utformandet av arbetsplatsrutiner (Polit & Beck, 2012).

Forskningen kring sjukvårdspersonalens upplevelser är till stor del inriktad mot förhållanden på sjukhus i urbana områden, något som framhålls av många studier vars fokus riktas på sjukvårdsarbetet i icke-urban miljö (Moszczyński & Haney, 2002). Nämnt forskningscentrering har sin förklaring i det faktum att en övervägande majoritet av de anställda inom sjukvården är verksamma på sjukhus i stadsmiljö, vilket gör urbana områden mer attraktiva för forskningen.

Dock har fokuseringen på personal verksamma i stadsmiljö lett till att mindre kunskap finns om personalupplevelser i icke-urban miljö. Eftersom förutsättningarna mellan urban och icke-urban sjukvård skiljer sig är det inte ett orimligt antagande att även personalens upplevelser varierar mellan dessa olika sättningar. Ännu större kunskapsluckor existerar om man fokuserar på den icke-urbana sjukvården norr om polcirkeln. Den forskning som finns är till största del genomförd i norra Kanada. I Skandinavien har endast ett fåtal studier i ämnet genomförts och därav har en kunskapslucka uppstått kring sjukvårdspersonalens upplevelser och erfarenheter av arbete under icke-urbana, nordliga förhållanden i Skandinavien. Forskningsbristen är problematisk eftersom kunskap om denna personals erfarenhet är av betydelse för att ge sjukvården i norr bättre förutsättningar att tillämpa empirisk forskning i utformandet av rutiner och riktlinjer. I denna studie ämnar vi belysa sjukvårdspersonalens erfarenheter av arbete under icke-urbana förhållanden.

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

I föreliggande studie har vi utgått från att personal som arbetar under icke-urbana förhållanden möter förutsättningar som skiljer sig ifrån sjukvårdsarbete i en stad. Att icke-urbana förhållanden påverkar sjukvårdsarbetet och personalens kompetensutveckling är en rimlig slutsats. Inom omvårdnadsforskning är den mest uppmärksammade kompetensrelaterade forskningen framlagd av Patricia Benner. I sin teori om kompetensutveckling inom sjukvårdsyrken beskrivs en sjuksköterskas resa genom arbetslivet från nyutexaminerad novis till områdesexpert. Benner beskriver förmågan till helhetssyn i ett patientnära arbete som kriterier för att räknas som expert. Benners kompetenstrappa kan illustreras som en "stresskon" och baseras på Dreyfusmodellen. Denna modell beskriver fem steg av färdighetsförvärvande där en individ genomgår en kompetenstransaktion från novis till expert. En person i det första steget i Dreyfusmodellen, novis, befinner sig på botten av stresskonen, där möjligheten till helhetssyn är liten. Med högre kompetens formas en större förmåga till ett helhetsperspektiv, varvid yrkesverksam sjuksköterska också avancerar genom Dreyfusmodellens kompetenssteg. Benner framhåller även kommunikation och lagarbete som essentiella för ett framgångsrikt sjukvårdsarbete (Benner, 1993).

## *Responsintervall*

I en studie rörande organisering av akutsjukvård från 2002 (Blackwell & Kaufman) undersöktes effekten av responsintervall (tid mellan nödsamtal och ambulanspersonalens ankomst till olycksscenen) vid allvarlig sjukdom. Fynden från studien visar på ökning av överlevnadschanser för patienter då responsintervallen understiger fem minuter. Blackwell och Kaufman (2002) hävdar att ett optimalt sjukvårdssystem är organiserat så att responstiden för samtliga patienter understiger dessa vitala fem minuter, något som forskarna dock ser som orealistiskt ur kostnadssynpunkt.

Att ett förlängt responsintervall är en avgörande faktor för utgången av ett allvarligt trauma eller sjukdomstillstånd har visats bland annat av Shepherd, Auger, Wisborg och Williams (2001). Ju längre tid som går innan kvalificerade sjukvårdsåtgärder sätts in, desto större risk att patienten råkar ut för allvarliga komplikationer. I en studie av Gonzalez, Cummings, Phelan, Mulekar och Rodning (2009) påvisar man ett starkt samband mellan ett förlängt responsintervall och mortalitet i områden med långa avstånd till kvalificerad sjukvård. Salomone, Pons och McSwain (2011) talar om "The Golden Period", vilket syftar på att tiden är en viktig faktor för det medicinska utfallet men att tidsintervallet varierar beroende på omständigheterna och typen av skada. Huvudbudskapet är att i princip alla skade- och sjukdomstillstånd har en tidsperiod under vilken tillståndet är reversibelt, förutsatt att korrekta vårdåtgärder sätts in.

## *Sjukvård i icke-urban miljö*

Tidigare forskning visar att sjukvårdsarbete i icke-urban miljö påverkas av situationsrelaterade faktorer som ej behöver tas i beaktning i urban sättning (Shepherd et al., 2001). Detta innebär, vid sida av patientens tillstånd, att terräng, avstånd, väder och transportmöjligheter inverkar på förutsättningarna för sjukvårdsarbetet. Den största komplikationen associerad med icke-urbana situationsrelaterade faktorer rör den i sjukvårdssammanhang fundamentalt viktiga tiden. Responsintervallet är relaterat till möjligheterna för transport av patient från en olycksplats till närmaste sjukhus. Transportmöjligheterna kan begränsas av exempelvis svåra geografiska förhållanden och

klimatfaktorer, något som har visats medföra ökade risker för personer bosatta och verksamma i icke-urbana områden. Nämnade förutsättningar innebär även svårigheter för sjukvårdspersonalen (Haagensen et al., 2004).

En institution som dagligen måste hantera många av de utmaningar som förknippas med icke-urban sjukvård är världens nordligaste sjukhus, lokaliserat i Longyearbyen, Svalbard. Sjukhusets personal har att hantera förutsättningar som på många sätt påverkar arbetsförhållanden och sjukvårdens förmåga att leverera vård av önskad kvalitet.

### *Svalbard*

Cirka 700 kilometer norr om Nordkap (Norges nordligaste punkt), reser sig den arktiska ögruppen Svalbard ur Norra Ishavet. Sedan 1920 tillhör Svalbard Norge och är ett av jordens nordligaste landområden. Området är 60 640 kvadratkilometer stort och domineras av fjäll och glaciärer. Den årliga medeltemperaturen är  $-4^{\circ}\text{C}$ . Den lägsta uppmätta temperaturen är  $-46,3^{\circ}\text{C}$ . Polarnatten, med mörker dygnet runt, inleds i mitten av november och pågår till slutet av januari (Bore, Andreassen, Kristianssen & Mellestrand, 2009)

Ögruppens största ö är Spetsbergen där det finns ett antal mindre bosättningar uppbyggda kring gruvor och forskningsstationer. Det enda större samhället är Longyearbyen där merparten av de cirka 2 500 invånarna bor (Bore et al., 2009). Det är endast på en bråkdel av Spetsbergens geografiska yta som människor kontinuerligt vistas, resten är ödemark bestående av berg och is. Vägnät finns endast inom de bebyggda områdena. Infrastrukturen utanför de bebodda platserna är obefintlig, vilket leder till att persontransporter utanför Longyearbyen genomförs med snöskoter, båt eller helikopter (Norum & Elsbak, 2011).

### *Svalbards sjukvård*

Sjukhuset i Longyearbyen är det enda sjukhuset på Svalbard och fungerar som en primärvårdcentral i kombination med ett akutmedicinskt beredskapssjukhus. Administrativt är sjukhuset en avdelning under Universitetssykehuset Nord-Norge, belagt i staden Tromsø på

det norska fastlandet. Sjukhuset ombesörjer befolkningen på hela Svalbard och i havsområdet runt ögruppen. På sjukhuset finns möjlighet att utföra undersökningar och behandlingar i samma omfattning som på en vårdcentral. Det finns möjlighet till akutoperationer, men patienter med allvarliga tillstånd transporteras i högsta möjliga mån söderut till huvudsjukhuset i Tromsø. Transporten sker i huvudsak via ambulansflyg som är stationerat i Tromsø. Restiden är vid goda förhållanden cirka två timmar, enkel väg (A. Bilicz, personlig kommunikation, 13 oktober 2012).

Kommunikationssystemet mellan Svalbard och det norska fastlandet är väl utbyggt. På sjukhuset finns möjlighet till videosamtal med huvudsjukhuset, via vilket konsultation och rådgivning kan ges. Sjukhuset har egen röntgenutrustning, men någon ortopedisk expertis finns inte på plats, vilket gör kommunikationen med universitetssjukhuset i Tromsø mycket viktig då röntgenbilder ska analyseras. Möjlighet till datortomografi finns inte på Svalbard.

På sjukhuset arbetar de flesta i skift för att det alltid ska finnas personal på plats. Dagtid är det tre läkare, en anestesijuksköterska och en operationssjuksköterska i tjänst. På kvällstid är endast en av sjuksköterskorna i tjänst på sjukhuset medan en läkare och en sjuksköterska har jour i hemmet. En läkare ligger i bakjour. Övrig personal arbetar dagtid måndag till fredag (A. Bilicz, personlig kommunikation, 13 oktober 2012).

Ambulansverksamheten på Svalbard bemannas av två frivilliga brandmän som har utbildning i första hjälpen. Deras uppgift är att transportera patienten från skadeplatsen till sjukhuset. I händelse av allvarliga olyckor/sjukdomsfall har ett jourteam upprättats, där en läkare och anestesijuksköterska möter upp ambulansen på skadeplatsen medan en operationssjuksköterska förbereder för patientens ankomst på sjukhuset. Vid utryckningar utanför vägnätets sträckning används en räddningshelikopter som bemannas av läkaren och anestesijuksköterskan från jourteamet tillsammans med en pilot (A. Bilicz, personlig kommunikation, 13 oktober 2012).

### *Styrdokument*

Sjukvården i Norge skall bedrivas i enhet med Folkelovtrygden (1997). Denna lag garanterar en jämlik sjukvård där resurserna styrs efter patientens behov. Svalbard utgör ett undantag från norska fastlandet. De juridiska styrdokument som övriga Norge måste ta hänsyn till



föreligger i juridisk mening inte personalen på Svalbard. Förklaringen till detta har sitt ursprung i Svalbards territorialjuridiska särställning, reglerad av 1920 års traktat (Svalbardtraktaten 1920). Sjukvårdspersonalen är instruerade, men ej i strikt juridisk mening ålagda, att utföra arbetet gällande norsk lag. I praktiken garanterar lokala föreskrifter att de regler som gäller för sjukvården på det norska fastlandet också tillämpas på Svalbard (A. Bilicz, personlig kommunikation, 13 oktober 2012).

## **Syfte**

Syftet med studien var att belysa sjukvårdspersonalens erfarenheter av arbetet på Svalbard.

### *Specifika frågeställningar*

\* Under vilka förutsättningar bedrivs sjukvårdsarbete på Svalbard?

\* Hur påverkas sjukvårdsarbetet av förutsättningarna på Svalbard?

## **Metod**

Utifrån studiens syfte, att empiriskt undersöka sjukvårdspersonalens erfarenheter, genomfördes studien med en induktiv kvalitativ ansats. Kvalitativ metod skiljer sig från kvantitativa metoder, vars positivistiska paradig ämnar finna statistiskt signifikant data med målet att kunna skapa en grund för generalisering. Kvalitativ innehållsanalys riktas istället mot djupförståelse av respondentens upplevelser (Holme & Solvang, 1991). Den induktiva ansatsen används då dessa upplevelser tolkas förutsättningslöst istället för att utgå från en egen teori (Polit & Beck, 2012). Författarna valde att genomföra en intervjustudie, då man ansåg att de upplevelser som studien ämnar belysa inte går att få fram med hjälp av enkätfrågor. En semi-strukturerad intervju genomfördes, med stöd av en intervjuguide (se bilaga 1)

## Urval

Studien genomfördes på Longyearbyens sjukhus där studiens möjliga population bestod av:

- 4 läkare (2 allmänläkare, 2 kirurger)
- 1 avdelningschef (anestesisjuksköterska)
- 3 anestesisjuksköterskor + 3 operationssjuksköterskor
- 2 företagssjuksköterskor
- 1 distriktssjuksköterska + 1 distriktssjuksköterska/barnmorska
- 2 sjukgymnaster

Samtliga i personalen har en eller flera specialistkompetenser med erfarenhet från minst fem års kliniskt arbete. Ett strategiskt urval gjordes med hänsyn till arbetsuppgifter, ålder, och kön för att få en så jämn spridning som möjligt. Avdelningschefen hjälpte till att välja ut ett antal ur personalen som sedan tillfrågades. De som slutligen intervjuades var tre stycken anestesisjuksköterskor, två operationssjuksköterskor, en företagssjuksköterska, en sjukgymnast och en kirurg. Av dess var tre vikarier som fyllde platser för ordinarie personal på semester. Fem var kvinnor och tre var män. Medelåldern var 52 år.

## Datainsamling

Datainsamlingen ägde rum under september 2012. Personliga intervjuer genomfördes med båda författare närvarande. Samtalet styrdes av en författare medan den andre gjorde anteckningar om respondentens svar och reaktioner. Intervjuarens uppgift var att få respondenten att tala fritt inom ramen för studiens syfte, och stor vikt lades vid att försöka ställa så få frågor som möjligt. Målet var att låta respondenten fundera, och endast interagera om respondenten avvek från ämnet eller ansåg ett ämne uttömt. För att intervjuaren skulle kunna fokusera till fullo på att få bra flyt i samtalet gjordes ljudupptagning under hela intervjun. Semistrukturerade intervjufrågor användes och i förväg hade en frågeguide upprättats som grund för intervjuerna (se bilaga 1). En pilotintervju gjordes för att säkerställa metoden och kvalitén på intervjuguiden. Efter en genomgång av samtliga intervjuer ansågs pilotintervjun hålla så pass hög kvalitet att den kunde inkluderas i studien.

## Dataanalys

Efter genomförd intervju lyssnade författarna igenom det inspelade materialet. Inspelningarna transkriberades sedan ord för ord. Transkriberingen genomfördes i tät anslutning till intervjuerna, detta för att underlätta förståelsen för intervjumaterialets innehåll. Då en intervju var färdigtranskriberad lyssnade författarna igenom ljudinspelningen ytterligare en gång för att upptäcka eventuella felaktigheter i transkriberingen. Intervjuerna genomfördes på norska, vilket ibland gav upphov till problem med översättningen. Uppstod svårigheter lyssnade författarna igenom avsnittet tills att det stod klart vad som sades.

Analysen av intervjuerna genomfördes med inspiration från metoder utarbetade av forskaren Philip Burnard (1991). Dessa metoder definieras som en kvalitativ innehållsanalys, som inom omvårdnadsforskning nyttjas för att analysera kvalitativa texter. Målet är att skapa förståelse för forskningssubjektet, i detta fall respondenterna i våra intervjuer, och deras subjektiva upplevelser av arbetet på Svalbard.

Under analysprocessen skrevs samtliga transkriberingar ut i två exemplar. Författarna påbörjade sedan en inledande genomläsning av texten, under vilken stödord antecknades i marginalen. I enlighet med Burnard (1991) kondenserades texten till meningsbärande enheter och författarna bröt var för sig ned innehållet till koder. Efter den första kodningen av materialet läste författarna igenom materialet ett flertal gånger. Koderna slogs samman till bredare enheter, subkategorier. Dessa sammanställdes i tabellform. Författarna sållade sedan genom ytterligare genomläsning av materialet och gemensamt resonemang fram ett antal kategorier ur texterna. Målet var att kategorierna tillsammans skulle sammanfatta de huvudsakliga teman som framkommit under datainsamlingen. Varje kategori delades in i underrubriker (se figur 1). Under flertalet diskussioner och samrådande med handledare lyckades författarna nå slutgiltig konsensus i kategoriindelningen.

Då kategorierna var fastslagna genomfördes färgmarkering av materialet. Under detta arbete gick allt material igenom varvid textstycken markerades baserat på kategoritillhörighet. Under denna process var författarna ofta oense relaterat till kategoriernas bredd och ett antal textdelars benägenhet att vilja infalla under flertalet kategorier. När processen med kategorisering var genomförd omorganiserades texten för att samla var kategori för sig. Detta steg följdes av ytterligare genomläsning av materialet. Författarna flyttade under diskussion

textdelar mellan kategorierna tills dess att enighet nåtts angående slutgiltig kategorisammansättning av materialet.

Med fastslagna kategorier framför sig vände sig författarna till studiens syfte. Under ytterligare genomläsning valde författarna att stryka en av kategorierna, då denna ansågs falla utanför syftets ram. I analysens slutfas läste författarna igenom det kategoriindelade materialet ett flertal gånger. Under diskussion valdes meningsbärande citat ut, vilka sedan genomgick en sällningsprocess varvid de citat som författarna valt ut implementerades som data i uppsatsens resultatdel.

### **Forskningsetiska avvägningar**

Innan studien påbörjades beviljades tillstånd från verksamhetschefen på Longyearbyens sjukhus. Efter ett rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), beslutade författarna i samförstånd med handledare att extra vikt skulle läggas vid avpersonifiering i uppsatsen. Detta på grund av skalan på personalstyrkan på Longyearbyens sjukhus och den ökade risken för identifiering. Under intervjuarbetet förvarades originalmaterialet så att endast författarna hade tillgång till det. Efter godkänd uppsats kommer materialet förstöras.

Författarna hade innan intervjuerna haft en diskussion med verksamhetschefen för att utse en stödperson i arbetslaget av händelse att respondenten skulle komma i behov av utökat stöd. Respondenterna intervjuades i ett enskilt rum och fick i förhand upplysningar om att samtalet spelades in och att respondenten kunde avbryta intervjun när helst denne ville. Skriftligt godkännande insamlades från samtliga respondenter innan intervjuerna genomfördes.

## Resultat

Efter analys av intervjuerna fastställdes fyra huvudkategorier. Samtliga huvudkategorier presenteras med subkategorier.

*Figur 1.*

Hindrande avstånd	Kylan och vindens inverkan	Konsekvenser av begränsade resurser	Hur yrkeskompetensen påverkas
Från olycksplats till sjukhus Långa avstånd till specialiserad vård Möjlighet till goda förberedelser	Personalens förberedelser Konsekvenser för patienttransport	Betydelse av totalkunskapen Avsaknad av tekniska hjälpmedel Vikten av förebyggande arbete	Bredare kompetens Svårigheter att upprätthålla specialistkompetens

### Hindrande avstånd

#### *Från olycksplats till sjukhus*

Respondenterna nämnde under intervjuerna de stora avstånden på Svalbard som problematiska. Avstånden från en olycksplats till sjukhuset i Longyearbyen kan vara många mil över ogästvänlig terräng där helikopter är det enda möjliga transportalternativet. En respondent talade om hur konsekvenserna av den extra tidsfaktorn i kombination med ett kritiskt sjukdomstillstånd kan bli allvarliga:

*“[Patientarbetet] avstannar. Kanske blir dyrbara minuter till timmar. Du kan ju inte få någon hjälp på bara några minuter.”*

#### *Långa avstånd till specialiserad sjukvård*

Respondenterna pekade i stor utsträckning på avstånden till specialiserad sjukvård som en utmaning för arbetet på Svalbard. Detta avstånd innebär långa transporttider från sjukhuset i Longyearbyen till huvudsjukhuset i Tromsø, något som medför ett förlängt tidsspann mellan

skada och slutgiltig vårdplats. Vårdkedjan som finns etablerad på ett större sjukhus existerar inte på Svalbard, något som påverkar både patienten och personalen. Möjligheten att snabbt få hjälp beskrevs av respondenterna som mindre än på det norska fastlandet:

*“Du måste ha i bakhuvudet att blir du sjuk så är det inte allt som kan fixas här. Får du hjärtstillestånd på Nordaustlandet okej, så är det sorry alltså. Då ska du ha bra tur för att överleva.”*

Respondenterna lyfte fram vikten av att de som vistas på Svalbard själva måste ha i åtanke att om man skulle bli sjuk, eller om en olycka skulle ske, så har man inte samma förutsättningar som på fastlandet.

*“Du bor faktiskt på Svalbard, du måste ha det i bakhuvudet att okej, en aortaaneurism här uppe, du har inte en chans.”*

### *Möjlighet till goda förberedelser*

Avståndet och tidsfaktorn beskrevs inte bara som negativ. Respondenterna framhöll att tiden mellan det första larmsamtalet och patientens ankomst till sjukhuset ofta är lång, och detta är tid som kan användas för att göra grundliga förberedelser. En respondent ansåg att dessa förberedelser var till stor nytta för personalen, som kunde planera arbetet väl:

*“Det är på både gott och ont. Det som är bra är att vi ofta har väldigt gott om tid att förbereda oss. ../ Så de gånger som vi har haft större olyckor så har det alltid varit möjligt till att planlägga hur vi ska ta emot patienterna exempelvis. ../ Man kan säga att det är lite sämre för patienterna för att det tar lång tid innan de kommer till hjälp. Men vi vinner tid på att kunna klargöra saker.”*

## Kylan och vindens inverkan

Under intervjuerna framkom det att respondenterna ansåg att väderförhållandena på Svalbard påverkar arbetet. Responsintervallen kan bli långa och låga temperaturer kan då bli dödliga. En respondent talade om att vikten av snabba sjukvårdsinsatser och de svårigheter som kyla och avstånd leder till:

*“...och så faktorn in där att tiden från att du skadar dig på Svalbard till att du hämtats, den kan vara väldigt lång. Och på den tiden kan kylan ta livet av dig. /../ Och tiden är som känt en allvarlig faktor för utfallet av en akut allvarligt skadad patient.”*

För sjukvårdspersonalen leder kylan till att vissa typer av skador blir vanliga på Svalbard. Många respondenter talade om kylans inverkan på kroppen och hur detta påverkar patientgruppen som söker sjukvård på Svalbard. Kunskap om hypotermi och omhändertagande av nedkyld person sågs som viktigt av respondenterna. Respondenterna nämnde att miljöförutsättningarna på Svalbard resulterade i skadetyper och patientgrupper som nyanställda inom Svalbardsjukvården oftast endast mött i begränsad utsträckning tidigare i arbetslivet:

*“[Miljöförutsättningarna] är nya utmaningar för personalen som kommer upp. De måste hantera en annan typ av patienter i akut tillstånd än de är vana vid där nere.”*

### *Personalens förberedelser*

Respondenterna nämnde kyla och blåst som komplicerande faktorer i det prehospitala arbetet. För sjukvårdspersonalen var det viktigt att vara medveten om svårigheter som den prehospitala sjukvårdsinsatsen kan möta. Om sjukvårdspersonalen inte är rätt tränad och har rätt utrustning kan ej heller någon god räddningsinsats genomföras:

*“...vi måste alltid tänka på det med att vi tar på oss utrustning när vi ska ut. Det är kort och gott så att om du ska vara utomhus så måste du klä på dig innan du åker iväg på ett uppdrag. För om du står där och är iskall så kan du inte hjälpa någon.”*

Respondenterna nämnde att förberedelserna för akut utryckning på Svalbard måste ge sjukvårdspersonalen förutsättningar att hantera ett brett spektra av miljöer. Insats kan krävas i bergsmiljö, på glaciärer eller till havs. Mörker, dålig sikt och kyla är faktorer som alltid måste tas i beaktning då en akut sjukvårdsinsats ska genomföras. En respondent nämnde vikten av att vara förberedd för värsta tänkbara scenario och alltid tänka på vilka miljöspecifika förhållanden som sjukvårdspersonalen kan möta. Goda förberedelser nämns som en förutsättning för att kunna bedriva en god akutsjukvård:

*“Vi är alltid klädda för sämsta möjliga väder. Om vi drar ut på sjöuppdrag så är vi klädda för att kunna ligga i vattnet. Om vi drar in i glaciärområdena så är vi klädda för att vara i kalla områden. /../ Man reser inte i t-shirt ner till Björnöya en vinterdag, för då fryser man ihjäl själv och då är man ingen bra räddningsman.”*

### **Konsekvenser för patienttransport**

Respondenterna nämnde ofta betydelsen av goda transportmöjligheter för att kunna ge patienterna en god sjukvård. Både transporter på Svalbard och till det norska fastlandet uppgavs vara av stor vikt. Förutsättningarna för att transportera en patient uppgavs vara mycket väderberoende. Vind och kyla kunde göra flygningar till huvudsjukhuset i Tromsø omöjliga, vilket kunde leda till att en patient som var i behov av transport till specialiserad sjukvård blev kvar på sjukhuset i Longyearbyen. En respondent talade om det väderberoende flyget och sjukvårdspersonalens arbete med att hålla patienten stabil i väntan på transport:

*“Det är inte alltid flyget kan starta på grund av dåligt väder. Då måste vi ha kvar patienten här och göra det bästa man kan för att hålla patienten stabil, hålla patienten vid liv i väntan på att vädret förändras. Det finns inget annat att göra.”*

Främsta svårigheten vid transport av patienten sågs av respondenterna som starkt kopplat till rådande väderlek. Väderrelaterad problematik sågs som svårhanterlig, delvis eftersom det inte kan påverkas av personalen själv.



*“Det som är utmaningen vid transporten är om transporten kan genomföras av vädermässiga orsaker. /../ Det kan vi inte göra något åt.”*

## **Konsekvenser av begränsade resurser**

Respondenterna uppgav att sjukvårdsarbetet på Svalbard påverkades av att resurserna är begränsade, både vad gäller bemanning och tekniska hjälpmedel. I det vardagliga arbetet utgjorde detta oftast inte några problem, men då en större olycka inträffar beskrev respondenterna sjukvården som sårbar. Personalen kände sig ibland utsatt, eftersom få extra resurser fanns att sätta in då kraven översteg sjukvårdens kapacitet. Bristen på extra resurser gjorde betydelsen av praktiska och teoretiska färdigheter hos sjukvårdspersonalen stor. Tilliten till sin egen förmåga och kollegornas kapacitet var enligt en respondent vital:

*“Du är färre, du står, jag kan inte säga ensam, men du har inte alla andra runt dig. Du måste lita på dig själv och på kollegan din, att den gör jobbet.”*

Sjukvårdspersonalens arbete i avsaknad av expertis på plats gjorde den personliga arbetsinsatsen mycket viktig. Respondenterna uppgav att eftersom få resurser fanns så krävdes det att alla lyckas med sin uppgift för att klara av en akut situation. Avsaknaden av extra resurser att sätta in gjorde enligt respondenterna vikten av eget ansvar större än på sjukhus med fler resurser. Att lämna över ansvaret till en kollega eller ringa på experthjälp uppgavs av respondenterna som ogörligt.

Trots den ringa bemanningen på sjukhuset uppgav respondenterna att sjukvården var kapabel att stabilisera de flesta patienter i ett prehospitalt skede. Möjligheter att bedriva intensivvård under längre tid eller genomföra någon längre behandling finns inte, men förutsättningarna att hantera en akut situation ansåg respondenterna vara goda:

*“...men därför har vi också ett sjukhus som är konditionerat bäst möjligt för att kunna ta emot [akuta patienter] på bästa möjliga sätt. Trots att vi är få människor, trots att vi inte har alla*

*dess subfunktioner så har vi den basic möjligheten till att ta emot och driva prehospital/inhospital stabilisering.”*

### *Betydelsen av totalkunskapen*

Ett flertal respondenter talade om svårigheten med en liten bemanning och underströk vikten av att personalstyrkan har en bred kompetens och besitter kunskap inom många olika områden. Då bemanningen är begränsad behöver de anställda tillsammans utgöra en bas av den kunskap och de färdigheter som behövs för att hantera komplexa situationer så väl som det vardagliga arbetet. Detta gjorde att rekrytering av ny personal hade målet att skapa en grupp anställda vars gemensamma kunskaper och färdigheter gav personalstyrkan möjligheter att hantera patientfall inom ett stort spektra.

*“Det betyder inte att man som sjuksköterska eller läkare måste vara allt, men summan av de som är här bör gärna utgöra en ganska stor bredd inom medicin.”*

Många av respondenterna uttryckte en trygghet i att ha arbetat i många år och inom flera olika sjukvårdsområden innan de kom till Svalbard. Lång och bred erfarenhet uppkom under intervjuerna som elementär för att känna sig säker på jobbet.

*“...det är väldigt viktigt med den bakgrunden du har, att folk har en bred bakgrund. Jag är väldigt glad för den bakgrunden jag har /../ den ger mig mycket bättre plattform att stå på än om jag inte haft det.”*

### *Avsaknaden av tekniska hjälpmedel*

Respondenterna nämnde teknisk resursbrist vid sidan av den lilla personalstyrkan som problematisk i ett akutläge. Respondenterna talade om att teknisk apparatur som finns på större sjukhus saknas på Svalbard, vilket försvårar diagnosarbetet. Frånvaron av teknik hade en inverkan på det vardagliga arbetet då personalen var tvungna att i större utsträckning lita till sin erfarenhet och sin kliniska blick:

*“Så här måste man vara mer kliniker. Vi har inte en CT-maskin som vi kör patienter in och ut och får svaret. Vi måste vara kliniker.”*

### *Vikten av förebyggande arbete*

Respondentera pratade om hur sjukvårdens begränsade resurser på Svalbard gjorde vikten av det skadeförebyggande arbetet högre. Under intervjuerna har det framkommit att sjukvårdspersonalen på Svalbard lägger mycket tid på att utbilda människor inom andra yrkesgrupper i grundläggande akutsjukvård och första hjälpen. Tillgång till kunskap på plats vid en olycka utanför centralorten på Svalbard har enligt respondenterna stor betydelse för utgången av akuta scenarion då den professionella sjukvårdspersonalen har befunnit sig långt från olycksplatsen.

*“...mycket viktigt att de är goda på att utföra livräddning och första hjälpen på plats, då de är beroende av detta då det inte finns någon annan personal på plats.”*

Utbildningen av personal utanför sjukvården har av respondenter uppgetts vara en del av de förebyggandestrategier som implementerats på Svalbard. Utbildning är en viktig del i detta. Även upplysningar till de boende att söka vård i god tid har av respondenterna sagts vara viktigt. Då avståndet till specialiserad sjukvård är långt blir ett tidigt vårdsökande viktigare än i exempelvis en större stad. En respondent pekade på den stora vikten av att uppsöka hälsoväsendet i god tid:

*“Då du bor långt bort som på Svalbard så är det enormt viktigt att du uppsöker hälsoväsendet med en gång, för du har en extra tidsfaktor här.”*

## **Hur yrkeskompetensen påverkas**

### *Bredare kompetens*

Många av de intervjuade menar att man på Svalbard måste bredda sin kompetens och utbilda

sig inom områden som man inte har någon erfarenhet av. Flertalet respondenter menade att man som verksam på Svalbard måste kliva ur sin roll som specialist och bredda sitt arbetsfokus. En respondent talade om bredden på arbetsuppgifterna och arbetet med röntgenutrustning och laboratoriearbete:

*“...och så är arbetsuppgifterna väldigt varierande, det är en del saker som jag aldrig hade gjort tidigare. Så som röntgen och analysering av blodprov. Det är ju inte något som vi haft varken i utbildningen eller jobbat med förr.”*

Inläringen av nya tekniker beskrevs av respondenterna som positiv. Som effekt av den ökade bredden i arbetet jämfört med en specialiserad avdelning fann en respondent en ökad förståelse för sin roll i ett större omvårdnadsperspektiv. Detta sågs som mycket positivt:

*“Jag har fått en ytterligare förståelse för [sjuksköterskerollen] och hur allt hänger samman.”*

### ***Svårigheter att upprätthålla specialistkompetens***

På grund av det låga patientflödet ansåg de flesta respondenterna att det som verksam inom sjukvården på Svalbard var svårt att upprätthålla sin specialistkompetens. Skapandet av rutiner vid hantering av allvarliga incidenter beskrevs som svårt, då flödet av patienter med dessa tillstånd är litet. En respondent ansåg att bevarandet av färdigheter inom en specialisering under en längre tids anställning på Svalbard var att anse som ogörligt:

*“Min mening är att man inte kan upprätthålla en god kompetens inom de specialiteterna när man jobbar här. Det är min personliga åsikt att det är en omöjlighet.”*

Ett stort personligt ansvar lades på sjukvårdspersonalen att genom kontinuerliga övningar arbeta för att bibehålla den praktiska färdigheten inom sin specialisering. En respondent jämförde situationen på Svalbard med arbetet inom akutsjukvården på ett större sjukhus där det vardagliga arbetet innehöll kontinuerlig kontakt med akutpatienter:

*“...och där är det traumapatienter hela tiden så där upprätthåller du en rutin på att motta*

*akutmedicinska patienter. Så där behöver du inte gå och öva ../ men det blir du ju tvungen till här.”*

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

I genomförd studie användes kvalitativ metod. Genom kvalitativ metod är det möjligt att ge en beskrivande bild av förutsättningarna för arbetet inom sjukvården på Svalbard. Kvantitativ metod hade svårligen kunnat ge författarna samma djup i förståelsen av personalupplevelserna.

Det vi anser vara studiens styrkor är att intervjuerna har genomförts i avskildhet och under lugna förhållanden. Semistrukturerade intervjuer användes för att uppmuntra respondenterna att tala fritt. Resultatet av intervjuerna har genomarbetats med innehållsanalys inspirerat av Burnards (1991) 14 steg. Transkribering av intervjuerna och genomlysning har genomförts av båda författarna för att upptäcka felaktigheter. Det norska språket har i vissa fall bjudit på svårigheter under intervjuer och transkriberingar. I de fall då oklarheter har uppstått har författarna genomlyssnat intervjuinspelningarna tills dess att förståelse för innehållet har kunnat säkras.

I efterhand har vissa svagheter med vår metod hittats. Det står klart för oss att kvalitativ forskning är en process där forskaren växer samtidigt som studien genomförs. Vi har under vår uppsats lärt oss mycket om genomförande som vi inte visste tidigare, och hade med den kunskapen och erfarenheten vi nu besitter kunnat göra många saker bättre. Vår främsta lärdom rör intervjuerna. Inledningsfrågan i vår intervju hade kunnat formuleras på ett öppnare sätt för att stärka det induktiva perspektivet i uppsatsen.

I en semistrukturerad intervju är den inledande frågan den viktigaste. Det är vår absoluta övertygelse att om vi hade arbetat mer med vår intervjuguide innan vår pilotintervju så hade det sparat oss mycket tid i den senare delen av uppsatsarbetet. Vi har i vår intervju haft en inledningsfråga som till viss del kan ses som deduktiv. Med frågan “upplever du något som annorlunda med ditt arbete här jämfört med tidigare arbetsplats?” förutsätter författarna att

*något* är just annorlunda. Hade så inte varit fallet blir svaret “nej” och intervjun tar slut. Detta antagande, att Svalbard på något sätt är annorlunda jämfört med andra platser, är inte i sig förenligt med en helt induktiv ansats. Denna formulering har inneburit ett problem under uppsatsens färdigställande som i vår mening hade kunnat undvikas.

Kvalitativ metod medför ett oundvikligt problem för forskaren. Då tolkning av en transkriberad intervju genomförs kommer forskarens egna förkunskaper påverka vilka delar i texten som anses viktiga. Denna problematik kringgås via tillämpning av kvantitativ metod; statistisk bearbetning påverkas inte av författarens egna föreställningar. Kan denna potentiella bias kringgås av den kvalitativt inriktade forskaren? Holme och Solvang (1991) hävdar att så inte är fallet, men framhåller också att den kvantitativa forskningsdiskursen inte bör vara allrådande.

Forskarens påverkan av resultatet är således att anse som oundviklig vid användning av kvalitativa metoder. Under analysprocessen av det insamlade materialet och i valet av huvudkategorier tar undersökningen en riktning som är en konsekvens av forskarnas subjektiva tolkning och bedömning. Denna problematik är ofrånkomlig för den kvalitativa forskaren och objektivitetssträvan är ouppnåbar. Av vikt för forskaren är att under forskningsprocessen vara medveten om metodens begränsningar. Att med färdigt resultat inte åberopa ett större omfång av resultatets implikationer än vad som faktiskt möjligt är. Vi har under vårt arbete försökt ha insikten kring undersökningens begränsningar ständigt närvarande och arbetat för att färdigställa uppsatsen med stor ödmjukhet inför våra fynds vetenskapliga applicerbarhet.

I vår studie har åtta sjukvårdsarbetare intervjuats. Longyearbyens sjukhus är under sommaren bemannad med vikarier då den ordinarie personalen är på semester. Under vår tid på Svalbard var denna period i sin slutfas med återrotation av ordinarie personal under pågående. En del av respondenterna i vår studie var vikarier, vars erfarenhet av arbetsplatsen rent tidsmässigt var mindre än hos de fast anställda. Detta har påverkat resultatet i vår uppsats. Upplevelserna av svalbardssjukvårdens arbete som beskrivits för oss hade potentiellt sett annorlunda ut om vår studie genomförts med enbart fast anställd personal. Hade vår uppsats gynnats av större antal fast anställda som respondenter? Möjligt. Dock anser vi att upplevelserna som vikariepersonalen fått under sin tid på Svalbard i sig också är intressanta. Enbart för att en

person har kortare erfarenhet av en arbetsplats innebär inte detta att dennes berättelse är mindre relevant.

Enligt Graneheim och Lundman (2003) är metoden den essentiella delen av en kvalitativ studie för att fastställa en så hög trovärdighet som möjligt. Alla studiers resultat måste sättas i relation till de metoder som använts. Att välja rätt metod och att avgöra mängden data som behövs för att besvara syftet i en studie är utmaningar alla forskare ställs inför. Detta tillsammans med hur analysprocessen utformas är nyckeldelar till hur trovärdigt det slutgiltiga resultatet kan anses. I vår studie har vi lagt stor vikt vid att välja deltagare av olika kön, i olika åldrar och med olika erfarenheter. Vilka enligt Graneheim och Lundman (2003) är faktorer som bidrar till en ökad spridning i det framtagna resultatet och därmed även högre trovärdighet.

## **Diskussion av framtaget resultat**

I vår studie framkommer det att sjukvårdspersonalen på Svalbard sätter stort värde på god erfarenhet och bred kunskap för att hantera sina arbetsuppgifter på bästa möjliga sätt.

Resultatet av vår undersökning visar att det vardagliga sjukvårdsarbetet på Svalbard liknar arbetet inom primärvården på det norska fastlandet. Väntetiderna har beskrivits som korta och möjligheten att få råd och hjälp med sjukdomar och skador av det mindre allvarliga slaget som utmärkta. Detta beskrivs som en klart positiv faktor för lokalbefolkningen, som snabbt kan få hjälp från sjukvården med mindre problematiska tillstånd. Liknande resultat presenteras i en studie av Hutten-Czapski (2010), som jämförde väntetiderna mellan stora sjukhus i städer och små akutmottagningar i icke-urban miljö. I jämförelse med storsjukhus i städer visade Hutten-Czapski att mindre sjukhus belagda i icke-urban miljö i högre grad lyckats nå goda resultat i strävan att minska väntetider för de personer som söker sjukvård. De korta väntetiderna ses av Hutten-Czapski som ett resultat av en effektiv personal som hanterar en förhållandevis liten patientgrupp.

Personalen inom sjukvården på Svalbard har i vår undersökning hävdade att sjukvården kan hantera många patientfall med lika goda förutsättningar som ett större, urbant sjukhus. Mindre

skador och lättare sjukdomstillstånd påbjuder inte några svårigheter för personalen. Utmaningar uppstår dock då kraven på sjukvården stiger. I vårt resultat framhåller sjukvårdspersonalen begränsad personalstyrka och den relativa bristen på tekniska resurser som problematiska faktorer då en patient är drabbad av ett allvarligt sjukdomstillstånd eller svårare skada. Tillgången till extra personal vid behov är ytterst begränsad, något som kan innebära att kraven som ställs efter en större olycka snabbt överstiger sjukvårdens kapacitet. Detta faktum har av många respondenter framhållits som en stor arbetsmässig utmaning. Problematiken kan till viss del mötas av ett aktivt arbetande med förebyggandestrategier där fokus ligger på säkerhetsimplementering i företag med bland annat omfattande utbildningsinsatser i Första Hjälp. Detta resultat stöds av Carter och Bhimani (2012) som påvisar att sjukvården på ett litet icke-urbant sjukhus kan hantera många patienttillstånd med mycket god kvalitet. Dock kommer tillstånd som erfordrar stora sjukvårdsinsatser snabbt dränera de resurser som finns att tillgå. I dessa fall blir sjukvården ytterst känslig för ytterligare påfrestningar. Carter och Bhimani påvisar att gränsen för sjukvårdens kapacitet är mindre då resurstillgången är liten. Den kritiska punkten, då en institutions förmåga är maximalt utnyttjad, uppstår snabbare då möjligheten att sätta in extra resurser är begränsad av tillgången på utbildad personal. Liknande resultat påvisas av Vukic och Keddy (2002) i en undersökning av arbetet på små provinssjukhus i norra Kanada. I studien framkom det att personalen upplevde en oro över att inte kunna kalla på hjälp då detta behövdes. Möjligheten till hjälp var begränsad till kollegorna på sjukhuset. Med avlägsen områdesexpertis tvingades de anställda lita till närvarande kollegor för råd och hjälp. De närvarande var tvungna att förbereda sig på att utan möjlighet till förstärkning kunna hantera ett brett spektra av scenarion.

Vår studie har visat att begränsningar i resurser och bemanning gör vikten av individuell kunskap och erfarenhet stor. Många respondenter i vår studie är tacksamma för den erfarenheten de förskansat sig under sitt yrkesliv. God erfarenhet ger en stabil grund att bygga sitt beslutsfattande på. Detta är extra viktigt då man på ett mindre sjukhus är mer utlämnad till sig själv och inte alltid har någon att rådfråga. Begränsade resurser gör utrymmet att tveka eller känna osäkerhet litet, något som ger erfarenhet stor betydelse i situationer då både kollegor och patienter förlitar sig på att alla i vårdteamet kan hantera sina arbetsuppgifter. Liknande fynd har gjorts av Cioffi (2000) som betonar vikten av erfarenhet vid hanteringen av varierande scenarion inom sjukvården. I studien framkommer det att sjukvårdspersonal tar



hjälp av tidigare upplevda situationer och försöker applicera den då förvärvade erfarenheten på nya scenarion. Detta genererar ett mer säkert och effektivt omhändertagande av patienten. Det kliniska lärandet blir en således en ständig process där man hela tiden förbättras i sitt yrkesutövande. Även Seright (2011) har i en studie påvisat betydelsen av erfarenhet och goda individuella kunskaper bland anställda på resursbegränsade sjukhus. I studien hävdar Seright att ett arbetslag på ett sjukhus måste ha en stor kompetensbredd för att kunna hantera ett varierat spektra av patienter. Seright hävdar att samma kompetensbredd måste uppnås oavsett bemanningsstyrkan, något som på ett litet sjukhus kompliceras av det faktum att personalantalet är mindre. Vikten av individuell skicklighet och god erfarenhet bland de anställda blir således av oerhört stor betydelse.

Anställningskraven på Longyearbyens sjukhus garanterar att personalgruppen utgörs av specialistutbildade individer med stor erfarenhetsbredd. Samtliga respondenter i vår undersökning besitter specialistkompetens och har innan anställning arbetat inom sitt specialistområde. På Svalbard sker en omställning. Vid sidan av arbetsuppgifterna inom det individuella specialiseringsområdet tillkommer nya arbetsuppgifter, främst hantering av röntgenutrustning och laboratoriearbete. I vår studie framkommer det att personal med mycket god erfarenhet av specifik specialisering känner sig osäkra vid arbete inom områden som tidigare ej inkluderats i deras arbetsuppgifter. Främst laboratorie- och röntgenarbete har nämnts utgöra nya utmaningar. Dessa fynd är i linje med Patricia Benners teori om kompetensutvecklingen för sjuksköterskor. Patricia Benner (1993) tar i sin bok "Från Novis till Expert" upp hur bredden på sjukvårdsarbetet påverkar kompetensnivån hos yrkesverksamma inom sjukvården. En sjuksköterska kan befinna sig på kompetensnivå "expert" inom vissa områden, men vara novis inom andra. Trots stora kunskaper inom en specialisering kan en sjuksköterska med expertkompetens inom ett område tro sig kunna föra med sig denna kompetensnivå då nya anställningstyper ska testas.

I vår studie nämns det låga patientantalet som en utmaning för specialistutbildad personal. Patientgruppen är så liten att frekvensen av patienter som är i behov av ingrepp vilka erfordrar specialistkompetens blir så begränsat att möjligheten till att kunna upprätthålla spetskompetensen försämras. I vår studie har det påvisats att personalen anser att bibehållandet av specialistkunskaper under längre tids anställning på Longyearbyens sjukhus bör anses som ogörligt. Övningar framhålls som en delvis kompensation för de uteblivna

skarpa arbetsmomenten som förknippas med specialistkompetenskrävande patientscenario. Utan möjlighet till övningar ansåg personalen att deras praktiska färdighet inte kunde hållas uppdaterad. Samma problematik beskrivs av Carter och Bhimani (2012). I artikeln talar sjukvårspersonalen om vikten av att ständigt arbeta med övningar för att inte tappa rutin i det praktiska arbetet. Avståndet till akademiska institutioner, möjligheterna till kollegiala samtal och kontinuerliga uppdateringar av nya forskningsrön blir tillsammans med liten patientström en potentiellt negativ kombination för sjukvårdens anställda. Studien drar slutsatsen att övningar kan bidra till bibehållandet av rutiner och kompetens, tankar som implementerats på Longyearbyens sjukhus, där en välutvecklad medvetenhet kring problematiken finns.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Vår analys resulterade i fyra kategorier, vars gemensamma bredd infångar essensen i vår studie. Dessa kategorier var: hindrande avstånd, kylan och vindens påverkan, konsekvenser av begränsade resurser och hur yrkeskompetensen påverkas.

I vår studie framkommer det att sjukvårdspersonalen på Svalbard sätter stort värde på god erfarenhet och bred kunskap för att hantera sina arbetsuppgifter på bästa möjliga sätt. Vidare visar resultatet av vår studie på vikten av god erfarenhet för anställning vid ett sjukhus där resurserna är små och möjligheten till assistans begränsad. Liten patientsströmning har påvisats som ett problem ur kompetenssynpunkt. Vår studie har pekat på vikten av att kontinuerligt arbeta för att upprätthålla sin yrkeskompetens. Respondenterna i vår studie har poängterat att begränsningarna i en liten personalstyrka till viss del kan vägas upp av att befintlig personal är skicklig i sitt yrkesutövande. Förutsättningarna för ett gott resultat ökar då personalen är välutbildad och praktiskt skicklig. Detta stämmer rimligtvis för samtliga institutioner där sjukvård bedrivs, men är kanske än mer viktig då platsen för sjukvårdsarbetet heter Svalbard. Vår studie visar på att personalen anser att ett förlängt responsintervall är en utmaning som återkommer som konsekvens av de flesta av Svalbards platsspecifika förutsättningar. Vårt resultat visar även att mycket arbete har lagts ned för att på olika sätt förbättra möjligheterna för snabbt insatta sjukvårdsåtgärder.

Resultatet av vår studie kan tas i beaktning hos anställda på sjukhus där avstånd och

resursbrist utgör utmaningar för det dagliga arbetet. Trots att generaliseringar inte kan dras av våra resultat vill vi hävda att våra fynd i denna studie kan ha relevans för att väcka insikt om att praktiska övningar är av vikt under längre anställning på sjukhus med litet patientflöde. De fynd som framlagts rörande vikten av erfarenhet kan användas för att motivera krav på hög kompetens vid anställning på ett resursbegränsat sjukhus.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Under arbetets gång har författarna samarbetat i färdigställandet av uppsatsen. Datainsamlingen har genomförts tillsammans, så även transkriberingsprocess och analys. Författarna anser att största delen av uppsatsarbetet har skett via diskussioner författarna emellan, ett arbete som ej står att finna i skriftlig form. Att bedöma vem som gjort vad i denna process är av förklarliga skäl svårt. Det skriftliga arbetet är en produkt av ovan nämnda diskussioner. Vem som exakt har skrivit vilken del är oklart och i författarnas ögon oväsentligt. Arbetsfördelningen är kanske inte exakt jämn, men så länge ingen av författarna känner sig utnyttjad anser vi att detta inte utgör något problem.

## Referenser

- Benner, P. (1993). *Från novis till expert -mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Blackwell, T.H. & Kaufman, J.S. (2002). Response time effectiveness: comparison of response time and survival in an urban emergency medical services system. *Academic Emergency Medicine*. 9(4), 288-295.
- Bore, R.R., Andreassen, I., Kristianssen, J.E. & Mellemstrand, C. (2009). *Dette er Svalbard*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today*. 11, 461-466.
- Carter, K.W. & Bhimani, M. (2012). Barriers to patient care in southwestern Ontario rural emergency departments: physician perceptions. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 17(3), 87-91.
- Cioffi, J. (2000). A study of the use of past experiences in clinical decision making in emergency situations. *International Journal of Nursing Studies*. 38, 591-599.
- Folketrygdloven. (1997). *Lov av 28. feb. 1997 nr 19 om folketrygd*.
- Gonzalez, R.P., Cummings, G.R., Phelan, H.A., Mulekar, M.S. & Rodning, C.B. (2009). Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis. *The American Journal of Surgery*. 197(1), 30-34.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112.
- Haagensen, R., Sjöborg, K.Å., Rossing, A., Ingilae, H., Markengbakken, L. & Steen, P.A. (2004). Long-Range Rescue Helicopter Missions in the Arctic. *Prehospital and Disaster Medicine*. 19(2), 158-163.

- Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1991). *Forskningsmetodik - Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hutten-Czapski, P. (2010). Rural-urban differences in emergency department wait times. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 15(4), 153-155.
- Moszczyński, A.B. & Haney, C.J. (2002). Stress and Coping of Canadian Rural Nurses Caring for Trauma Patients Who Are Transferred Out. *Journal of Emergency Nursing*. 28(6), 496-504.
- Norum, J. & Elsbak, T.M. (2011). Air ambulance services in the Arctic 1999-2009: a Norwegian study. *International Journal of Emergency Medicine*. 4(1).
- Polit, D.F. & Beck, C-T. (2012). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9:e rev. upp.). Philadelphia: Lippincott.
- Salomone, J.P., Pons, P.P. & McSwain, N.E. (Eds.). (2011). *PHTLS: Prehospital Trauma Life Support* (7:e rev. upp.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Seright, T.J. (2011). Clinical decision-making of rural novice nurses. *Rural and Remote Health*. 11. 1726.
- Shepherd, L., Auger, T., Wisborg, T. & Williams, J. (2001). Trauma in Rural and Remote Areas. In E. Söreide, & C.M. Grande, (Eds.), *Prehospital Trauma Care* (pp. 703-718). New-York, NY: Marcel Dekker Inc.
- Svalbardtraktaten (1920) *Traktat av 09. feb. 1920 nr 001 angående Spitsbergen*.
- Vukic, A. & Keddy, B. (2002). Northern nursing practice in a primary health care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 40(5), 5.

## Bilaga 1 (3)

### Intervjuguide

#### *Inledande fråga:*

- Upplever du något som annorlunda med ditt arbete på Svalbard jämfört med tidigare arbetsplatser?

Utefter svaren ställdes följdfrågor där respondenten uppmanades att utveckla sitt resonemang kring det som framkom i intervjun.

#### *Exempel på följdfrågor:*

- Kan du berätta mer?
- Kan du utveckla ditt resonemang?

#### *Teman som berördes vid behov:*

- Förutsättningar
- Hur arbetet påverkas

## Bilaga 2 (3)



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV

2012-09-08

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information till undersökningsperson

### Sjukvård i arktisk miljö

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Studien ämnar belysa sjukvårdspersonalens erfarenheter av arbete med sjukvård i arktisk miljö.

Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter och genomförs av Anton Pilotti med Daniel Norbeck närvarande. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Studien ingår som ett examensarbete i sjuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss, eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Anton Pilotti

Student

0737532135

fkv10api@student.lu.se

Daniel Norbeck

Student

0702278459

tfr09dno@student.lu.se

Karin Samuelsson

Handledare

Box 157, 221 00 Lund

0722935713

Karin.samuelsson@med.lu.se

## Bilaga 3 (3)

### Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Sjukvård i arktisk miljö”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in.

*Underskrift av undersökningsperson*

*Underskrift av student*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer