Anestesisjuk-sköterskors upplevelser vid organdonation

ILLUSTRATION COLOURBOX

Att följa en donationsprocess är något av det svåraste man kan ställas inför som sjukvårdspersonal. Anestesisjuksköterskor spelar en stor roll i processen vid organdonation. Då forskning om anestesisjuksköterskors upplevelser saknades valdes detta ämne för vår studie. Ett viktigt men outforskat område!

Vi är två tidigare intensivvårdssjuksköterskor och kollegor som arbetat på CIVA, Karolinska sjukhuset i Solna, nu verksamma som anestesisjuksköterskor på Södersjukhuset och Danderyds sjukhus.

Intresset för ämnet fick vi när vi skrev magisteruppsatsen tillsammans två år efter specialistutbildningen till anestesisjuksköterskor på Karolinska Institutet. Studien genomfördes som en intervjustudie och sex stycken anestesisjuksköterskor inkluderades. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

Osäkerhet i den preoperativa vården

Alla anestesisjuksköterskor kände en osäkerhet inför organdonation då dessa operationer var sällan förekommande. Organdonationerna skedde ofta nattetid för att inte störa de ordinarie operationsprogrammen och då bemanningen var som lägst. Nattbemanningen skiljde sig mellan de två berörda sjukhusen. På det ena sjukhuset fanns det fler anestesisjuksköterskor i tjänst och turordning avgjorde vem som skulle bli ansvarig för den tilltänkta operationen. På det andra sjukhuset kallades extrapersonal in eller så ombads den befintliga personalen stanna kvar efter ordinarie arbetstid, vilket även det skapade en stress och osäkerhet och ingen möjlighet att kunna påverka situationen.

Känslomässigt engagemang

Under själva genomförandet av organdonationerna uppkom många blandade känslor, upplevelser och tankar. Under intervjuerna framkom att patientens ålder och orsaken till dödsfallet hade en stor betydelse för det känslomässiga engagemanget och att detta var avgörande för hur anestesisjuksköterskorna upplevde situationen. När patienterna var unga, i samma ålder eller livssituation relaterade man mer till sig själv och tänkte sig in i anhörigas situation. Det var svårt i dessa fall att inte bli berörd och känslomässigt engagerad trots att man inte hade haft någon relation med vare sig patient eller anhörig innan.

Alla de intervjuade upplevde känslor som empati, medkänsla och att det var sorgligt när unga människor inblandade. För att bemästra situationen förekom distansering i olika former hos de intervjuade.

"Det är ju väldigt otrevligt och lite konstigt att ha en död människa som ser fräsch ut och bara sovandes ut och så plockar man ut en massa organ. Man tänker ju inte man stänger ju av liksom".

Anestesiologisk omvårdnad

I syfte att skydda organen eftersträvades en stabil anestesi och upprätthållandet av vitala parametrar. Alla följde i stort sett de rekommendationer och riktlinjer som fanns från OFO. Samtliga använde inhalationsanestetika under operationens gång men variationer förekom huruvida det användes från operationens start eller inte. Två anestesisjuksköterskor gav analgetika mest för att det kändes bra att ge det till den tillsynes levande kroppen.

Muskelrelaxantia gavs för att motverka spinala reflexer och inhalationsanestetika för att motverka blodtrycksstegringar i ett organprotektivt syfte. Spinala reflexer framstod som det mest obehagliga. I två av fallen beskrevs det som mycket obehagligt och oförväntat trots vetskapen om att detta kan ske, då kroppen fortfarande kan reagera reflektoriskt på stimuli.

”Det är ju väldigt otrevligt och lite konstigt att ha en död människa som ser fräsch ut och bara sovandes ut och så plockar man ut en massa organ. Man tänker ju inte, man stänger av liksom.”

Många kände sig också ensamma och utelämnade i situationen både under den pre- och den intraoperativa vården. Till stor del beskrevs det som avsaknad av stöd från anestesiologen, då denne vid ett flertal av fallen var en oerfaren läkare under utbildning som själv aldrig hade deltagit vid en organdonation. Detta medförde en känsla av otrygghet och frustration.

Värdighet beskrevs som en viktig och grundläggande del under hela processen. Det rådde lugn stämning på operationssalarna och alla uppträdde respektfullt gentemot den avlidne.

Avslut – en aktiv handling förknippad med olust

Ingen av de intervjuade uttryckte något tvivel kring föreliggande diagnostiken eller själva begreppet hjärndöd däremot upplevde alla en känsla av att avstängningen av ventilatorn medförde till att ”patienten dog på riktigt, nu var det definitivt”. I och med att transplantationskirurgen gav klartecken till att stänga av ventilatorn var det anestesisjuksköterskan på sal som gjorde detta och då även stängde av all övervakning. Patienten ändrade färg och man var ”faktiskt med när någon avled.” Många känslor uppkom, de beskrevs som märkliga, motsägelsefulla och att avstängningen var en aktiv handling förknippad med olust. I de fall där det var möjligt bad man en kollega eller läkare att komma in som stöd, ingen av de medverkande ville vara ensam i samband med detta.

”Nu släcker vi det sista känns det som fast patienten är vad man kallar kliniskt död.”

Teamarbete

Flera av de intervjuade beskrev ett teamarbete där man frågade operationspersonalen om man ville att anestesisjuksköterskan skulle stanna på sal efter avslutet eller inte. I vissa av fallen stannade man kvar och i andra bad man operationspersonalen att ringa när operationen var klar. När operationen sedan var slut hjälpte de flesta anestesisjuksköterskorna till med att göra i ordning kroppen tillsammans med det övriga operationsteamet. Det upplevdes som viktigt att få göra kroppen fin, på ett värdigt sätt, inför mötet med de anhöriga.

Även mycket positivt framkom av intervjuerna som meningsfullhet, tacksamhet, vördnad och att ge liv. Många tyckte att det var fantastiskt att en enda människa kunde ge så många som åtta andra människor chansen till ett nytt liv.

”I sorgen så finns det ju ändå en massa människor som blir otroligt glada och sorgen över den döda människan finns ju ändå.”

På frågan om de tyckte att det behövdes något uppföljningssamtal eller debriefing efter avslutad operation

PERI-OPERATIVT. Rutinerna är avgörande för att ingenting ska fallera i donationsverksamheten.

svarade samtliga anestesisjuksköterskor att de inte tyckte att detta behövdes, eller att de inte kände något behov av detta. Många uttryckte istället ett behov att prata med kollegor i personalrummet. Det som upplevdes som mest positivt och meningsfullt var återkopplingen och feedbacken som gavs i ett brev från transplantationskoordinatorerna cirka 6–8 veckor efter organdonationen. Där tackades alla inblandade och det stod vart organen hade gått och hur mottagarna mådde. Detta uppgav samtliga att det gav en mening mitt i allt det tragiska.

Konklusion

Mycket i den aktuella studien överensstämmer med tidigare forskning kring den perioperativa personalens upplevelser, tankar och känslor. Att vara delaktig i en organdonation är en märklig och speciell känsla förknippad med obehag och osäkerhet men ändå med en känsla av meningsfullhet. Den gemensamma nämnaren i alla studier var däremot upplevelsen av ensamhet, utelämnande och sorg över den avlidne. Även arbetsmiljömässiga faktorer som stress, långa operationer som ofta utfördes nattetid då bemanningen var som lägst var desamma oavsett personalkategori och studie. Det fanns som tidigare beskrivits inte heller någon tid att ta hänsyn till personalens behov eller önskningar.

Mycket pekar på att alla inblandade gör olika när det gäller omhändertagandet av en organdonator rent anestesiologiskt. Vissa administrerade analgetika och andra inte. På de kliniker där vår studie är gjord saknas utarbetade PM för organdonation. Det rådde också oklarheter kring själva begreppet "riktlinjer". Alla uppgav att de använde sig av OFO:s riktlinjer men att de även använde sig utav "den där pärmen".

Många anestesisjuksköterskor uttryckte att de kände sig ensamma i situationen och att de flesta hade ett dåligt stöd från anestesiläkaren. Bristande resurser, avsaknad av stöd och stor arbetsbelastning bidrar till ohälsosam stress, sämre arbetsmiljö och att inte kunna påverka situationen och göra den begriplig, hanterbar och meningsfull.

Enligt rekommendationer från OFO ska en ansvarig anestesiolog och anestesisjuksköterska närvara under en donationsoperation fram till dess att organen är nedkylda. Det borde vara ett oeftergivligt krav att ha en utbildad specialist knuten till en organdonation med allt vad denna innebär både medicinskt, patientsäkerhets- och arbetsmiljömässigt. Det råder idag en stor brist på organ och som en av de intervjuade uttryckte det, en sådan operation får inte fallera på grund av organisatoriska eller andra orsaker som brist på kompetens eller erfarenhet. En välfungerande donationsverksamhet är grunden för all transplantationsverksamhet.

Ingen av deltagarna i studien ansåg att debriefing var nödvändig utan i stället pratade man i personalrummet med kollegor. Det anmärkningsvärda är dock att ingen av deltagarna hade erbjudits vare sig uppföljningssamtal eller debriefing under sina yrkesverksamma år. Att det är viktigt att bearbeta traumatiska händelser, så att dessa blir till en erfarenhet i stället för en psykisk belastning är välkänt. Rekommendationerna från OFO:s etiska råd understryker vikten av uppföljningssamtal och att dessa verkligen kommer till stånd. Det framgår dock inte vem som bör ansvara för detta.

Med denna studie synliggörs eventuella dolda tankar, känslor och psykisk påfrestning som kan uppkomma hos anestesisjuksköterskor vid vård av en organdonator. Problemen kan medvetandegöras och tas upp till diskussion. Fler studier krävs och det kanske inte ser likadant ut på andra sjukhus men vi anser att det är mycket viktigt att åtminstone belysa ämnet och få igång en diskussion hur det ser ut på övriga sjukhus i Sverige.

Åsa Knutsen & Therese Johansson
Asa.knutsen99@yahoo.se
Therese.ma.Johansson@sll.se

Åsa Knutsen.

Therese Johansson.