

**AMBULANSSJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSER – FRÅN
UTLARMNING TILL ANKOMST TILL ETT ALLVARLIGT
SKADAT ELLER SJUKT BARN**

En kvalitativ intervjustudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2018-06-11
Kurs: HT16

Författare:
Johan Bergman
Joakim Sandqvist

Handledare:
Fredrik Blixt

Examinator:
Anna Hansson

SAMMANFATTNING

Barn är inte små vuxna. Omhändertagandet av barn inom sjukvården skiljer sig på många sätt gentemot vården av vuxna. Dels skiljer sig barns anatomi och fysiologi mot vuxna. Dessutom finns det emotionella perspektiv för vårdpersonal, då vårdpersonal ofta blir mer emotionellt berörda av att omhänderta barn. Barnets föräldrar som ofta är stressade och rädda, bör även de få en god och trygg omvårdnad. Många ambulanssjuksköterskor tycker att omhändertagandet av barn är det svåraste i yrket. Både för att barn upplevs som emotionellt påfrestande att omhänderta samt att barn sällan är svårt sjuka eller allvarligt skadade, varför ambulanssjuksköterskan kan uppleva en ovana och osäkerhet. Då ambulanssjuksköterskan får larm påbörjas förberedelsefasen och förberedelsefasen pågår till att ambulansen ankommer till patienten. Författarna finner att ambulanssjuksköterskors upplevelse av att omhänderta barn är någonting väl studerat, dock finner författarna inga studier gällande ambulanssjuksköterskans upplevelser av förberedelsefasen.

Syftet var att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av förberedelsefasen - från utlarmning till ankomst hos ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn.

I arbetet valdes en kvalitativ deskriptiv design med semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Åtta stycken ambulanssjuksköterskor deltog i studien. Ambulanssjuksköterskorna skulle ha omhändertagit minst ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn där det tydligt i utlarmningen framgick att barnet var svårt sjukt eller allvarligt skadat. Intervjuerna analyserades sedan med en kvalitativ innehållsanalys.

Ambulanssjuksköterskor omhändertar sällan allvarligt skadade eller svårt sjuka barn. Det gjorde att ambulanssjuksköterskor kände stress, rädsla och i vissa fall skräck då de fick larm som indikerade på ett allvarligt skadat eller svårt sjukt barn. Varför larm om barn upplevdes annorlunda än vuxna var dels för att det framkallade en starkare emotionell respons, men även att barn var mindre i storlek, en ovana bland ambulanssjuksköterskor gällande att omhänderta barn, samt annorlunda läkemedelsdoser gentemot vuxna. Ambulanssjuksköterskorna i studien upplevde att de behövde fler resurser när de omhändertar barn till skillnad mot vuxna. Eftersom föräldrarna behövde stöttning och omvårdnad då deras barn var svårt sjukt eller allvarligt skadat. Att ge föräldrarna tillräcklig uppmärksamhet med en ambulansbesättning upplevdes som mycket svårt, varför fler resurser behövdes. Ambulanssjuksköterskor upplevde överlag att de behövde mer utbildning i omhändertagandet av svårt sjuka eller allvarligt skadade barn.

I enlighet med ambulanssjuksköterskornas upplevelser, inkluderade studier och litteraturen, behövdes ytterligare utbildning inom specifikt det akuta omhändertagandet av barn. Även fler resurser ansågs nödvändiga vid larm om barn. Detta för tillsammans med ytterligare utbildning och erfarenhet - ge ambulanssjuksköterskan möjligheten att bli tryggare i sina förberedelser samt i sitt omhändertagande av barn och dennes anhöriga.

Nyckelord: Ambulanssjuksköterska, Barn, Omvårdnad, Kvalitativ, Upplevelse

ABSTRACT

Children are not small adults. Caring for children in healthcare differs from taking care of adults in many aspects. For example children have a different anatomy and physiology compared to adults and this must be taken in to consideration. Another perspective is the fact that healthcare professionals often become more emotionally involved when caring for a child. The parents of the child, who are often stressed and afraid, should also be provided with safe and good care. A large part of the ambulance nurses feel that the caring of children is the hardest part in their profession. This is due to both the general feeling of children being emotionally challenging to care for and the fact that children are so rarely critically ill or injured. This combined can make the ambulance nurse feel unused to the task and insecure on how to approach it. When the ambulance nurse is reached by the alarm the preparing phase initiates. This phase is ongoing until the ambulance arrives at the patient. The authors find that ambulance nurses experiences of caring for children is well studied. However, the authors find no studies on ambulance nurses experiences of the preparation phase.

The aim of this study is to enlighten the ambulance nurses' experiences of the preparation phase – from the time when receiving the alarm until arriving to a severely injured or a critically ill child.

The study has been conducted through a qualitative approach with semi structured interviews. Eight ambulance nurses participated in the study. To be included they had to have experience of taking care of at least one critically ill or injured child where it was clear from the alarm that the child was critically ill or severely wounded. The interviews were then analyzed with a qualitative content analysis.

The study's result showed that ambulance nurses seldom take care of severely injured or critically ill children. This led to ambulance nurses experiencing stress, fear and in certain cases horror when encountering an alarm indicating that it is about a critically ill or severely injured child. The reasons why ambulance nurses experienced these alarms concerning children differently - compared to alarms concerning adults were: a stronger emotional response, children are smaller in size, an unaccustomedness among ambulance nurses regarding taking care of critically ill or severely injured children and ultimately different doses regarding medicine as regards to adults. Ambulance nurses in the study experienced a need for more human resources when taking care of a child as regards to an adult. This because the child's parents needed support and care when their child is critically ill or severely injured. Providing the parents with enough attention with only one ambulance crew is difficult, which is why more human resources were needed. Ambulance nurses described a general need for more education regarding the care of critically ill or severely injured children.

In accordance with ambulance nurses experiences, included studies and the literature – more education in specifically the emergency treatment of children was needed. As well was the need for more human resources when it came to alarms regarding children. This together with more education and experience, could give the ambulance nurse the opportunity to become more confident in their preparations and care of children and their relatives.

Keywords: Ambulance nurse, Children, Nursing, Qualitative, Experience

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
Barn är inte små vuxna	2
Föräldrar till ett svårt sjukt barn	2
Att vårda ett sjukt barn	3
Sjuksköterskans upplevelse	3
Prehospitalt omhändertagande av barn	4
Ambulanssjukvårdens utveckling	5
Kollegor	5
Förberedelsefasen - från larm till ambulansens ankomst	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats och design	6
Urval	6
Genomförande	7
Dataanalys	8
Trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet	9
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	11
Barn är ovanliga i ambulansen	11
Ambulanssjuksköterskans mentala förberedelse	12
Egna barn skapar stress	13
Erfarenhet skapar trygghet	13
Föräldrar - en extra patient	14
Vikten av att ha bra kollegor	15
Viljan att komma fram snabbt och vara väl förberedd	15
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	21
Slutsats	24
Klinisk tillämpbarhet	24
REFERENSER	25
Bilaga 1 Brev till verksamhetschef	
Bilaga 2 Brev till Informanter	
Bilaga 3 Frågeguide	

INLEDNING

Prehospital sjukvård är begynnelsen av vårdkedjan och den prehospitala sjukvården skiljer sig ifrån vården på sjukhus. En ambulanssjuksköterska tjänstgör tillsammans med en kollega i varierande miljöer och arbetet präglas av att självständigt möta människor i olika situationer. Förutsättningarna är annorlunda prehospitalt. En bred kompetens är en förutsättning för att kunna lösa eventuella problem och för att adekvat kunna kalla på rätt resurser om det behövs (Nyström & Herlitz, 2009).

Ambulanssjukvården och den prehospitala kontexten ställer höga krav på ambulanssjuksköterskans kunskap då denne kan komma i kontakt med en stor mängd olika typer av patienter (Suserud & Svensson, 2009). En kategori patienter som enligt Nordén, Hult och Engström (2014) är särskilt krävande känslomässigt för ambulanssjuksköterskan, är barn. Studien rapporterade att vård av sjuka barn prehospitalt kunde ingjuta en känsla av otillräcklighet hos ambulanssjuksköterskan, samtidigt som vissa informanter i studien rapporterade att svårt sjuka barn var det absolut svåraste de kunde vara med om. I och med att barn är ovanliga prehospitalt blir ambulanssjuksköterskan enligt litteraturen inte rutinerad på det akuta omhändertagandet av barn prehospitalt, vilket gör sjuka barn till en stor utmaning (Suserud & Svensson, 2009)

Barn är inte små vuxna

I FN:s barnkonvention definieras barn som en person under 18 år (UNICEF, 2009). Åldersdefinitionen på barn kommer studiens författare att följa. Barn är olika vuxna på många sätt, bland annat skiljer sig orsakerna till dödsfall mellan barn och vuxna. Vanligaste dödsfallen från det att barnet är nyfött upp till att det är en månad gammalt är perinatale händelser. Från en månad och upp till ett år är plötslig spädbarnsdöd den vanligaste dödsorsaken. Från ett år och upp till fyra år är missbildningar och trauman de vanligaste dödsorsakerna. Efter fyra års ålder och uppåt är olika former av trauman den vanligaste dödsorsaken (Jewkes, 2001). Hos den vuxna befolkningen i Sverige år 2016, var de vanligaste dödsorsakerna hjärt- och kärlsjukdom samt tumörer (Socialstyrelsen, 2017).

Barns anatomi och fysiologi

Ur ett anatomiskt och fysiologiskt perspektiv är barn och vuxna olika. Huden är större i proportion till kroppsmassan hos ett barn, vilket bland annat medför risk för avkylning. Skallbenet är inte hårt förrän vid två års ålder; innan dess finns brosk som ger möjlighet för hjärnan att växa. Detta medför också att skallbenet är mjukare och huvudet är därför mer känsligt för trauman. Dessutom utvecklas hjärnan vilket gör den extra känslig för infektioner och förgiftningar (Klendorf, 2016). De inre organen sitter nära varandra i ett barns kropp. Detta innebär att vid ett trauma blir energifördelningen högre mellan organen jämfört med hos en vuxen, vilket kan orsaka multipla organskador. Barnets skelett innehåller tillväxtzoner som är mjukare och mindre förkalkade än vuxnas skelett. Detta ökar risken för frakturer. Hos barn ligger levern och mjälten längre ner i bukhålan vilket gör att revbensbågen inte skyddar dem lika bra som hos vuxna. Även bäckenet är mindre och det medför att urinblåsan ligger mer oskyddad (Winberg & Hagander, 2017).

Andning och cirkulation hos barn

Spädbarn näsandans upp till sex månaders ålder varför det är viktigt att förhindra nästäppa. Luftvägarna hos ett barn är mindre och trängre i jämförelse mot en vuxen, vilket gör att obstruktioner av luftvägen lättare uppkommer. Barn har lättare att utveckla pneumothorax då revbenen är mjukare och mer eftergivliga. Lungvävnaden är också den känsligare, varför lungkontusioner lättare uppkommer. Barn andas fortare än vuxna men andningen är mer ytlig än hos vuxna. När ett barn blir ansträngt i andningen används hjälpmuskulatur. Typiska tecken på att ett barn får anstränga sig vid andning är intracostala indragningar. Vid kraftigt ansträngd andning uppträder supraklavikulära indragningar och indragningar kring sternum. Hjärtfrekvensen är som högst hos en nyfödd och går successivt ner med åren tills barnet blir vuxet. Vid hypovolemi och feber går barnets puls upp, varför det är viktigt att veta vad som är normal hjärtfrekvens för barnets ålder. Under barndomen utvecklas nervsystemet vilket gör att barn känner smärta på samma sätt som vuxna men däremot är det svårare för ett barn att lokalisera smärtan (Klendorf, 2016).

Föräldrar till ett svårt sjukt barn

SFS (1982:763) beskriver att vårdpersonalen, oavsett klassificering av vårdsituation, ansvarar för föräldrarnas delaktighet samt möjlighet att närvara vid sitt barns vård. Dock beskriver Johansson (2007) att föräldrarna kan vara stressade, främst relaterat till oro för sitt barns hälsa. En sjuksköterska kan i egenskap av sin yrkesroll befinna sig i en

maktposition gentemot en förälder då barnet blir akut sjukt eller skadat. Detta kan göra att föräldrar upplever att de är i underläge.

En rädsla hos föräldrarna - alternativt brist på erfarenhet från sjukvården, kan försvåra situationen och kommunikationen ytterligare. Johansson (2007) beskriver vidare att föräldrarnas rädsla inför den akuta situationen kan yttra sig i form av aggressivitet mot vårdpersonalen, men även otålighet samt otillgänglighet. För att underlätta omvårdnaden av - och kommunikationen med barn och förälder, kan sjuksköterskan se föräldern som en möjlig resurs, och expert på sitt eget barn. Respekt för deras specifika livssituation kan underlätta kommunikationen och det sannolika trepartssamtalet i sin helhet (Johansson, 2007).

Söderbäck (2010) nämner att föräldrar ser sin insats vid akuta vårdssituationer som betydelsefull för barnets tillfrisknande. Vidare beskrivs det även att föräldrarna värdesätter en god relation till, samt kommunikation med - den vårdpersonal som möter och vårdar deras barn. För att skapa goda förutsättningar för barnets behov och önskemål i vårdssituationer, kan det krävas att föräldrar och sjuksköterskor känner till varandras resurser, kompetens och önsknings. Detta kan resultera i att barnet i den akuta situationen stöds utifrån förenade och stärkta förmågor.

Att vårda ett sjukt barn

Sjuksköterskans vana av att vårda barn är av stor betydelse när ett barn kommer till vården. Faktorer som är viktiga när sjuksköterskan vårdar ett barn är att inge lugn och trygghet inför barnet och dess anhöriga. Det är viktigt att sjuksköterskan inte är stressad utan har tid att informera och förbereda barnet inför vårdåtgärden (Finnström, Käck & Söderhamn, 2011). Som sjuksköterska är det viktigt att lyssna och låta barnen berätta om tidigare upplevelser. Barn som blir bemötta och tagna på allvar har lättare att lita på sjuksköterskan (Lindberg & von Post, 2005). Det är viktigt att sjuksköterskan berättar och informerar barnet om vad som kommer att hända. Finns det möjlighet ska det vara personen som skall utföra vårdåtgärden som också informerar barnet om vad som ska ske, detta för att barnet ska få en relation med sjuksköterskan och kunna känna trygghet i en otrygg situation (Lindberg & von Post, 2005).

Sjuksköterskans upplevelse

Med ett mindre antal patienter har sjuksköterskan mer tid till varje patient. Genom att sjuksköterskan har mer tid med patienten kan hen stötta den lidande patienten. Sjuksköterskan måste våga se patientens lidande och dela med sig av sig själv för att kunna ta emot patientens lidande. Genom att lyssna och ställa sig till förfogande för den lidande patienten kan sjuksköterskan visa på stabilitet och trygghet. Vilket gör att patienten kan dela med sig av sitt lidande för att lätta sitt eget lidande. Rent praktiskt kan sjuksköterskan finnas där för patienten, välkomna vid ankomst, ta sig tid att svara på frågor, bekräfta och visa att patienten är en unik individ (Eriksson, 1994).

Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski och Silber, (2002) visar i sin forskning att många sjuksköterskor upplever sig utbrända, känner missnöje över sitt jobb och funderar på att

sluta inom en snar framtid. Missnöjet och utbrändheten minskar om sjuksköterskan har färre patienter. Känner sig sjuksköterskan mindre utbränd och missnöjd med sitt jobb minskar intresset att byta arbetsplats. Det framkommer även att mortaliteten hos patienter sjönk om sjuksköterskan är ansvarig för färre patienter. Enligt Aiken et al. (2012) har sjukhus med färre patienter per sjuksköterska bättre arbetsmiljö, både patienter och sjuksköterskor var mer tillfreds. Vidare framkommer också att både sjuksköterskor och patienter har liknande upplevelser av sjukhuset och sjukvårdens kvalitet.

Teoretisk referensram

Eriksson (1994) delar upp lidandet i tre olika delar. Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande innebär att sjukdomen skapar lidande för individen. Smärta är någonting som starkt förknippas med sjukdomslidande. Däremot är även själsligt och andligt lidande som individen går igenom på grund av sin sjukdom också ett sjukdomslidande. Vårdlidande är det lidande vården orsakar för patienten. Ett vårdlidande kan uppstå genom att bli instängd utan stimulans i ett rum. Kränkningar i vården orsakar också vårdlidande. Det kan vara att vårdpersonalen är nonchalanta eller är oförsiktiga vid omvårdnad av intima zoner. Livslidandet är den tredje typen av lidande och innebär att hela personens existens och livssituation hotas. Upplever patienten livslidande kan patienten känna att denne håller på att förintas och välja att ge upp inför den tillsynes hopplösa situationen som uppkommit. Sjuksköterskans uppgift är att stötta och hjälpa patienten för att om möjligt lindra patientens lidande. Genom att finnas hos patienten, vara ett stöd och lyssna till det patienten har att berätta kan sjuksköterskan avlasta patienten i dennes svåra situation (Eriksson, 1994).

Prehospitalt omhändertagande av barn

Omhändertagandet av sjuka eller skadade barn beskriver många ambulanssjuksköterskor som den värsta delen av deras jobb. Detta beror bland annat på att omhändertagandet kan vara emotionellt jobbigt. Ambulanssjuksköterskor som har egna barn i ungefär samma ålder som det skadade eller sjuka barnet upplevde det extra påfrestande (Gunnarsson & Stomberg, 2009; Nordén et al., 2014).

Bohström, Carlström och Sjöström (2016) beskriver att både förlossningar och skadade och sjuka barn som en stor stressfaktor för ambulanssjuksköterskor. Dels för att antalet larm är få och för att det upplevs svårare att utföra hjärt- och lungräddning på barn. Det kan även vara svårare att sätta intravenösa infarter samt räkna ut dosering av läkemedel till barn jämfört med till vuxna. Nordén et al. (2014) beskriver att ambulanssjuksköterskor upplever sig mer fokuserade när de omhändertar barn. Ambulanssjuksköterskor ställer även krav på sig själva att ingenting får gå fel vid omhändertagandet. Därutöver nämner Nordén et al. (2014) att ambulanssjuksköterskor upplever att det är två personer som behöver omhändertas när ett barn är sjukt eller skadat - detta då även föräldern behöver omvårdnad. I efterförloppet beskrev ambulanssjuksköterskor ett behov av mer utbildning om barn och hur omvårdnaden kan utföras på bästa sätt.

Pediatric Education for Prehospital Professionals (PEPP) är en utbildning i prehospitalt omhändertagande av barn. Skapad av amerikanska barnläkare. Utbildningen lär ut omhändertagandet av svårt sjuka och allvarligt skadade barn. PEPP lär ut dels de grundläggande undersökningarna av ett allvarligt skadat eller svårt sjukt barn, men PEPP

lär även ut behandlingar som ambulanspersonal behöver göra innan ankomst till sjukhus (American Academy of Pediatrics Pediatric Education for Prehospital Professionals, 2016).

Ambulanssjukvårdens utveckling

Under 1980-talet blev kravet på personalen i ambulanserna att de skulle ha minst undersköterskekompetens (Gårdelöv, 2016). Efter detta utvecklades även ambulanssjukvården till att ha defibrillator samt att läkemedelsgivning infördes på delegation för ambulanssjukvårdare (Gårdelöv, 2016). År 2005 beslutade Socialstyrelsen att enbart sjuksköterskor skulle få hantera läkemedel. Vilket medförde att det skulle finnas minst en sjuksköterska i varje ambulans (SOFS, 2009:10, kap. 6, 2§).

Den första utbildningen för specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård startades 2001. Som en ettårig universitetsutbildning som påbyggnad på sjuksköterskeprogrammet. År 2009 bildades riksföreningen för ambulanssjuksköterskor, i samband med uppstarten beslutades även att en kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård skulle upprättas. Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård är en påbyggnad på den grundläggande kompetensbeskrivningen som socialstyrelsen tagit fram för sjuksköterskor. Eftersom utbildningen för specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård är en relativt ny utbildning förutspås det ske förändringar de närmaste åren (Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor och Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Författarna av denna studie kallar specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård för ambulanssjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor som jobbar i ambulans för sjuksköterskor som jobbar i ambulans.

Kollegor

Kollegor är en viktig del inom ambulanssjukvården, där stödet utgör en stor del för att klara av de psykiska påfrestningar som uppstår inom ambulanssjukvården. Saknad av stöd från kollegor ökar signifikant risken för ambulanspersonal att drabbas av utbrändhetssymtom. Genom att prata med kollegor efter en traumatisk situation minskas risken att i efterhand må dåligt (Van Der Ploeg & Kleber, 2003). Alexander och Klein (2001) menar att samtala med kollegor efter en obehaglig händelse används av ambulanspersonal som en copingstrategi för att orka med arbetet i ambulanssjukvården.

En extra stressande omständighet för ambulanssjuksköterskor är att arbeta med kollegor där inte tilliten finns, då situationen är utsatt och kollegans kunskap och stöd är avgörande i vissa situationer (Svensson & Fridlund, 2008). Ambulanspersonal upplever att kollegornas stöd efter en händelse som bättre än professionellt stöd av exempelvis en psykolog eller läkare. Detta eftersom ambulanspersonal menar att endast de som jobbar i ambulanssjukvård till fullo förstår omständigheterna i situationen och arbetet runtomkring (Bohström, et al., 2016). Det framkommer även att ambulanspersonal som delar erfarenheter mellan varandra skapar samhörighet och förbättrar samarbetet. Allvarligt skadade eller svårt sjuka barn är en speciell situation där ambulanspersonal upplever det som extra stressande (Bohström, et al., 2016)

Förberedelsefasen - från larm till ambulansens ankomst

Förberedelsefasen börjar i samband med att en SOS-operatör besvarar ett samtal och därefter prioriterar ärendet utifrån den berörda, vårdsökande individens symtom. Ärendet kan då komma att tilldelas en ambulans. Personalen i ambulansen får en beskrivning av händelsen samt övrig tillgänglig information om möjligt. Utifrån detta kan sedan ambulansbesättningen påbörja sina förberedelser samtidigt som de transporterar sig till platsen. Dessa förberedelser kan bestå i att exempelvis läsa medicinska riktlinjer och behandlingsstrategier, men även att inom teamet fördela arbetsroller och därmed samtala om - samt planera det kommande arbetet (Suserud & Svensson, 2009). Utöver detta innefattar även förberedelsefasen att besättningen tillsammans börjar bedöma hurvida skadeplatsen är säker eller inte, samt planerar vilket material som kan komma att behövas i vårdarbetet (Hagiwara & Wireklint-Sundström, 2009).

Problemformulering

Barn förekommer inte lika ofta som andra grupper i ambulanssjukvården, vilket kan göra att omhändertagandet av barn upplevs mer utmanande (Jewkes, 2001). Flertalet studier beskriver hur ambulanssjuksköterskan hanterar upplevelsen med ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn under och efter omhändertagandet (Nordén et al., 2014; Gunnarsson & Tegnér, 2009; Holmquist, 2012). Däremot finner författarna inga tidigare studier på ambulanssjuksköterskans upplevelser från larm till ankomst hos ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn. För att vården och omvårdnaden av barnet ska bli den bästa möjliga vill författarna undersöka ambulanssjuksköterskans upplevelser från larm till ankomst hos ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn. Författarna ämnar därigenom att belysa ett betydelsefullt delmoment och möjligt problemområde för ambulanssjuksköterskan.

SYFTE

Syftet var att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av förberedelsefasen - från utlarmning till ankomst hos ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn.

METOD

Ansats och design

För att besvara studiens syfte valdes en induktiv ansats med deskriptiva, kvalitativa intervjuer som studiedesign. Kvalitativa studier har sin grund i den holistiska världsbilden och har som mål att beskriva upplevelser och fenomen (Polit & Beck, 2008). Genom kvalitativa intervjuer gavs författarna insikt i informantens upplevelser och perspektiv. Deskriptiva intervjuer möjliggjorde att informanterna berättade om vad deras upplevelser och känslor, vilket gav mer nyanserade beskrivningar (Kvale & Brinkmann, 2009).

Urval

För att motsvara studiens syfte valdes specifika inklusionskriterier för att informanter skulle inkluderas i studien. Detta gjordes då informantens relevanta kunskap och erfarenhet kunde generera trovärdighet och träffsäkerhet gällande studiens syfte samt problemformulering (Patton, 2002). Av denna anledning skulle informanten för att

inkluderas i studien vara specialistsjuksköterska i ambulanssjukvård. Informanten i fråga skulle även personligen ha omhändertagit minst ett allvarligt sjukt eller skadat barn, där det tydligt i utlarmningen hade framgått att barnet i fråga var svårt sjukt eller allvarligt skadat. Ambulanssjuksköterskan fick själv bestämma vad de ansåg att ett allvarligt sjukt eller skadat barn var. Detta eftersom det var en subjektiv upplevelse samt att författarna inte ville styra informanterna.

Författarna kom att exkludera ambulanspersonal som saknade specialistkompetens som ambulanssjuksköterska. Även händelser eller larm där det på förhand inte framgått i utlarmningen att det specifikt rörde sig om ett allvarligt sjukt eller skadat barn exkluderades.

Urvalsmetod

Författarna i denna studie har valt att nyttja två stycken olika urvalsmetoder. Den första metoden av dessa var ett ändamålsenligt urval (purposive sampling), vilket användes då författarna avsåg att finna informanter som hade relevant kunskap relaterat till studiens syfte. Metoden var vanligt förekommande i samband med kvalitativ forskningsmetod (Polit & Beck, 2008) Den andra metoden som användes var ett bekvämlighetsurval, vilken nyttjas då författarna valde ut passande ambulanssjuksköterskor som fanns nära till hands (Polit & Beck, 2008).

Genomförande

Ett informationsbrev (Bilaga 1) skrevs till berörda verksamhetschefer för att få godkännande att göra intervjuer med ambulanssjuksköterskor i deras verksamhetsområde. Då skriftligt godkännande inhämtats från verksamhetscheferna skickades informationsbrevet till informanterna ut (Bilaga 2). Informanterna tog sedan kontakt med författarna personligen på arbetsplatsen eller via e-mail för att boka in en tid och plats som passade båda parter. Innan intervjun påbörjades förklarade författaren för informanten att de när som helst under och efter intervjun, fram till att studien är publicerad kan avsluta deltagandet utan att ange skäl för detta.

En frågeguide (Bilaga 3) med semistrukturerade intervjufrågor har framtagits utifrån studiens syfte. Semistrukturerade frågor innebär att intervjufrågorna ställs med en öppen utgång, detta för att informanten ska ha möjlighet att utveckla sina svar och inte enbart kunna svara ja eller nej på frågorna (Polit & Beck, 2008). Frågeguiden skapades för att alla informanter skulle få samma övergripande frågor. Frågorna ställdes öppna för att informanten skulle få möjlighet att beskriva sina upplevelser fritt. Sedan gavs möjlighet att fördjupa intervjun med fördjupningsfrågor. Frågeguiden bestod av 14 frågor varav fem stycken var kortsvarsfrågor, detta för att få en bakgrund av informanten samt att börja samtalet med raka frågor. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det är ett lämpligt sätt att starta frågeguiden med korta bakgrundsfrågor för att sedan ställa mer öppna frågor. Fördjupande frågor användes för att informanten skulle utveckla sina svar samt att författaren skulle få förtydligande exempel. Fördjupningsfrågorna angavs i frågeguiden för att skapa en mer innehållsrik intervju (Polit & Beck, 2008).

Trost (2010) menar att det är fördelaktigt att använda någon form av ljudupptagare då författaren kan fokusera på intervjun. Dessutom är det svårt att hinna anteckna konversationen ordagrant. Risken finns att ansiktsuttryck och betoningar missas om författaren behöver anteckna samtidigt som intervjun pågår. Intervjuerna spelades in med ljudupptagning på mobiltelefon. Författarna hade tidigare testat om ljudkvalitén var

acceptabel vilket den var, varför mobiltelefoner användes som inspelningsinstrument då det fanns att tillgå.

Enligt Trost (2010) kan en provintervju utföras innan. Intervjupersonen bör uppfylla inklusionskriterierna för studien, för att få en så autentisk intervjusituation som möjligt. Detta för att få möjlighet att justera frågor eller annat som uppkommer under provintervjun. Blir provintervjun bra, det vill säga att inga justeringar i frågeguide eller annat behöver ändras till kommande intervjuer, kan provintervjun komma att ingå i studien (Trost, 2010). En provintervju utfördes med en informant. Inga justeringar behövde göras efter provintervjun varför den inkluderades i studien. Sammanlagt åtta intervjuer utfördes. Transkribering och dataanalys skedde efter att de åtta intervjuerna var utförda. Efter detta diskuterade författarna de olika intervjuerna och gjorde ett ställningstagande att analysmättnad har uppstått. Analysmättnad innebär att det inte framkommer några nya uppslag när intervju och innehållsanalysen utförts (Polit & Beck, 2008).

Intervjuerna skedde på olika platser i Sverige då författarna är hemmahörande i olika delar av landet. En av författarna har kännedom om informanterna, den andre författaren har däremot inte kännedom om informanterna.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys är en form av analys där innehållet av den kvalitativa datan analyseras genom att finna teman och kategorier som besvarar syftet (Polit & Beck, 2008). Den kvalitativa innehållsanalysen utfördes då intervjuerna var transkriberade, enligt Graneheim och Lundman (2004). Graneheim och Lundman (2004) menar att noggrann genomläsning av det transkriberade materialet ska utföras flertalet gånger. Detta för att finna meningar och ord som motsvarade syftet i studien. I enlighet med Graneheim och Lundman (2004) kom det manifesta innehållet att eftersökas. De manifesta ord och meningar som motsvarade studiens syfte extraherades till meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades vilket innebar att de meningsbärande enheterna förkortades till enstaka ord, utan att förlora sin innebörd. De kondenserade meningarna fördes sedan in under koder. Koder som liknade varandra sammanfogades vidare till underkategorier. Underkategorier med liknande innehåll sammanfogades till färre, mer övergripande kategorier. Kategoriseringen utfördes i flera mindre steg för att inte riskera att förlora innehållet i de meningsbärande enheterna. När det sedan inte gick att sammanfoga fler kategorier hade huvudkategorier uppnåtts. Dessa utgjorde sedan grunden för resultatet. Totalt fann författarna 207 meningsbärande enheter som kategoriserades i flera steg och slutligen uppkom sju huvudkategorier. I Tabell 1 visas exempel på innehållsanalysens delar från numrering, meningsbärande enheter, kondensering till huvudkategori.

Tabell 1 Exempel på innehållsanalysen från numrering, meningsbärande enhet, kondensering och huvudkategori.

Numrering	Meningsbärande enhet	Kondensering	Huvudkategori
1.4	Alltså att... alltså att man känner att man vill komma snabbt fram till barnet.	Vill snabbt fram	Viljan att komma fram snabbt och vara väl förberedd

2.39	Att jag hade en erfaren kollega tveklöst gjorde mig lugnare	Trygghet med erfaren kollega	Vikten av att ha bra kollegor
4.52	Och jag tycker att det är jätteviktigt att om man är... förhoppningsvis är man ju fler än två... att någon tar... tar, föräldrarna, att man någonstans har bestämt vem tar föräldrarna.	Bestämmer redan innan att någon tar hand om anhöriga om man är fler personal än två.	Föräldrar - en extra patient

Då författarna bor i olika delar av landet skedde dataanalysen genom internetmöten samt att analysen skedde genom ett dokument som delades mellan författarna över internet. Författarna analyserade texterna gemensamt under dessa möten.

Trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet

Trost (2010) menar att det är svårt med reliabilitet och validitet då kvalitativ forskning inte kan vara helt objektiv utan forskaren gör till viss del en subjektiv bedömning och tolkar informationen i intervjun. Detta för att intervjun ska fungera. Med en kvantitativ studie med hög reliabilitet och validitet ska studien kunna upprepas och samma resultat ska uppnås igen. Detta menar Trost (2010) att det inte går att uppnå med kvalitativ forskning då människan genomgår en process och utvecklas genom hela livet, varför den kvalitativa studien kan återupprepas senare under livet med samma deltagare och resultatet skulle kunna bli annorlunda. Med detta i beaktande väljer Trost (2010) istället begreppet trovärdighet för att beskriva kvalitén på en kvalitativ studie. Varför författarna av denna studie också väljer att beskriva trovärdighet i studien.

Polit och Beck (2008) delar in trovärdighet i fem underkategorier trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet, överförbarhet och äkthet. Trovärdighet beskrivs som ett av de övergripande målen i kvalitativ forskning. Trovärdighet innebär att insamling och tolkning av data håller sig till sanningen. Forskaren bör sträva efter att visa det som informanten har delgivit forskarna. Forskaren ska visa på och stärka trovärdigheten genom sina upptäckter och kunna uppvisa trovärdighet för inför omvärlden (Polit & Beck, 2008). Pålitlighet kan liknas vid reliabilitet. Pålitlighet kan uppvisas genom att ställa frågan; går det att göra om studien och få liknande resultat? Trovärdighet kan inte bli uppnådd om inte studien kan räknas som pålitlig (Polit & Beck, 2008).

Med bekräftelsebarhet menas objektivitet, detta kan uppnås genom att två eller fler forskare oberoende av varandra går igenom samma material och kommer fram till liknande slutsatser. Detta för att stärka att tolkningar och slutsatser kommer från informanten och inte beror på forskarens egen erfarenhet och föreställning. Med överförbarhet menas att slutsatserna ska kunna bli överförda till liknande miljöer och grupper. Det åligger forskaren att beskriva resultatet tillräckligt tydligt för att det skall kunna appliceras i andra kontexter (Polit & Beck, 2008). Äkthet innebär att forskaren på ett ärligt sätt uppvisar flera olika delar av resultatet för att skapa en förståelse av resultatet hos läsaren. Även det som urskiljer sig från resultatet bör presenteras för att äkthet ska uppvisas (Polit & Beck, 2008).

Forskningsetiska överväganden

Inom omvårdnadsforskningen talas det om fyra stycken grundläggande principer. Dessa är: att inte skada, rättvishet, att göra gott, samt autonomi. I enlighet med dessa principer är

målsättningen med studien att inte skada någon informant eller annan individ som kan komma att beröras. Alla inblandade informanter som möjliggör studien ska behandlas lika. Ytterligare ett mål med studien är att göra gott, i form av generera ny kunskap, i hopp om att vidare kunna förebygga sjukdom, lindra lidande, samt främja och återställa hälsa. Relevant för denna studie gällande autonomi är respekt för människors värdighet och integritet, samt potentiella sårbarhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Informanterna informerades på förhand, deltog frivilligt, och hade möjlighet att dra sig ur om de så skulle önskade, utan konsekvenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Studien genomfördes inom ramen för högskolestudier på avancerad nivå, vilket innebär att prövning i ett etiskt råd inte är nödvändig (SFS, 2003:460, 2 §). Författarna sökte godkännande av respektive verksamhetschefer innan studien påbörjades. I enlighet med vetenskapsrådets riktlinjer för forskning tas hänsyn till kraven som föreligger inom områdena: Information, konfidentialitet och samtycke (Vetenskapsrådet, 2003).

Information

Informationen till informanterna gavs skriftligt och muntligt. En förutsättning för att informationen gavs på ett etiskt riktigt sätt är att informationen gavs på ett språk som informanten behärskar och att informanten förstår innebörden av informationen. Det åligger forskaren att ta reda på om informanten har uppfattat informationen korrekt innan studien påbörjas. Informanten ska i god tid innan studien få informationen för att kunna tillgodogöra sig den på ett adekvat sätt.

Informationen som informanten får bör innehålla studiens syfte, det ska tydligt framgå vad som förväntas av informanten, hur studiens plan är och varför studien utförs. Det bör poängteras extra att deltagandet är frivilligt och att informanten kan avbryta sitt deltagande i studien fram till att studien är publicerad. Även var informanten ska vända sig, samt kontaktuppgifter till författarna (Vetenskapsrådet, 2003).

Konfidentialitet

Konfidentialitet innebär att all insamlad data är avidentifierad så att ingen förutom forskarna kan identifiera informanterna. Vidare skyddas informationen som finns om informanterna på ett sådant sätt att inga obehöriga har möjlighet att komma åt den. Informationen om identitet skall så snart som möjligt avidentifieras, detta lämpligen genom att ge informanterna ett nummer. Då studien avslutas ska författarna förstöra allt material som kan identifiera någon av informanterna (Vetenskapsrådet, 2003). I denna studie skedde avidentifiering i samband med transkriberingen då informanterna fick ett nummer i den ordning intervjuerna utfördes. Endast författaren som har intervjuat informanten har möjlighet att kontrollera vilket nummer som tillhör viken av informanterna. Allt material som kan identifiera informanterna kommer att förstöras vid forskningens avslut.

Samtycke

Samtycke bygger på en absolut frivillighet och att informanten är självbestämmande. Varför informanten inte på något sätt får stå i beroendeställning till författaren. Det grundläggande för samtycke är att informanten förstår informationen om frivillighet. Lämpligen signeras samtycket av informanten. Viktigt är att komma ihåg att informanten endast har lämnat samtycke till det som uttrycks i samtyckesinformationen och ingenting annat. Ersättning bör ej utgå då risken finns att informanter känner sig tvungna att delta på grund av ersättningens storlek eller art (Vetenskapsrådet, 2003).

RESULTAT

I studiens resultat framkom sju olika kategorier vilka var: *Barn är ovanliga i ambulansen, Ambulanssjuksköterskans mentala förberedelse, Erfarenhet skapar trygghet, Egna barn skapar stress, Föräldrar - en extra patient, Vikten av att ha bra kollegor* och slutligen *viljan att komma fram snabbt och vara väl förberedd.*

Studiens undersökningsgrupp bestod av åtta stycken informanter. Samtliga var specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård. Den totala prehospitla medelerfarenheten var 9 år hos informanterna. Spridningen mellan de olika informanterna var 1,5 – 20 år gällande total prehospital erfarenhet. Den totala prehospitla medelerfarenheten som specialistsjuksköterska i ambulanssjukvård var 6,06 år. Detta med en spridning på 1,5 – 16 år.

Barn är ovanliga i ambulansen

Ambulanssjuksköterskor beskrev att larm gällande svårt sjuka eller allvarligt skadade barn inte tillhörde vanligheterna. De uttryckte även en lättnad över att barn inte drabbas i samma utsträckning som vuxna.

"Det är väldigt lite... Det verkar vara ganska så ovanligt med allvarligt drabbade barn i ambulansen." (5)

Vissa av informanterna berättade även att det fanns en rädsla, oro eller skräck förenat med larm om allvarligt sjuka eller svårt skadade barn, vilket gjorde att dessa uppdrag gällande barn var oönskade. Informanterna beskrev att dessa känslor var förenade med en direkt ovana att ta hand om barn prehospitalt, en ovana som beskrevs vara relaterad till att förekomsten är begränsad. Den ökade oron, rädslan - eller skräcken gjorde att flera ambulanssjuksköterskor beskrev att det var extra viktigt att extra resurser tillägnades uppdraget.

Ambulanssjuksköterskorna tyckte att det var svårt att få rutin på det akuta omhändertagandet av barn då de inte handhar svårt sjuka eller allvarligt skadade barn i samma utsträckning som vuxna. Den bristande rutinen beskrevs leda till specifika svårigheter gällande rent praktiskt omhändertagande då både barnet och hjälpmedlen var mycket mindre storleksmässigt. Även själva handhavandet av barn prehospitalt skiljde sig i vissa avseenden, vilket ambulanssjuksköterskorna ytterligare beskrev gjorde det svårare då larmen gällande barn inte förekommer lika ofta.

"Och man lär ju sig inte i skolan, man försöker läsa på men barn är inte någonting som en bröstsmärta som vi har varje dag. Det är ingenting vi får rutin på..." (2)

Ambulanssjuksköterskor som inte hade egna barn beskrev även en ovana att bemöta och kommunicera med barn, och att det då blev ännu svårare. Tillsammans med detta uppgav de att specifik utbildning gällande akut omhändertagande av barn prehospitalt kan hjälpa dem. Grundutbildningen till sjuksköterska beskrevs vara mycket bristfällig när det gäller barn specifikt.

Ambulanssjuksköterskans mentala förberedelse

Ambulanssjuksköterskor berättade att de i en högre grad skärpte sig mentalt när de tilldelades ett larm gällande potentiellt svårt sjuka eller allvarligt skadade barn. Informationen som erhålls från SOS beskrevs att det även kunde vara relativt bristfällig, varför ambulanssjuksköterskan själv försökte att fylla i luckorna med information, eller tänka brett.

"Det första är ju när man ser att det är barn.. så blir man mer på tårna.."

(1)

Den mentala förberedelsen beskrevs som ett verktyg för att kunna hantera det värsta möjliga scenariot. Att finna ett livlöst barn nämndes som ett skräckscenario. Tanken på att detta faktiskt kunde inträffa beskrevs som en förberedelse inför uppdraget. Ambulanssjuksköterskor beskrev att tillståndet plötslig spädbarnsdöd gjorde dem extra oroliga och de berättade om att vetskapen om att barnet kunde vara väldigt sjukt var betydelsefullt. Dock upplevde ambulanssjuksköterskorna ofta att barnet inte var så illa därän som utlarmningen potentiellt beskrev. Vidare berättade ambulanssjuksköterskor att det kunde upplevas som positivt när barnet inte visade sig vara lika illa drabbat som visualiserat.

Något ambulanssjuksköterskorna upplevde kunde vara annorlunda med utlarmning gällande barn gentemot larm gällande vuxna var stämningen på platsen. De berättade att en annan mental förberedelse kunde vara nödvändig då det kunde vara mer stressad stämning, panik eller chockartad - utöver det vanliga. Detta föranledde även att ambulanssjuksköterskorna på förhand var än mer benägna att dra fler resurser på uppdraget på vägen ut till det drabbade barnet.

"Man är ju beredd på att det ju kan vara ganska... väldigt stressigt... att det kan vara människor i panik..." (3)

Ambulanssjuksköterskor beskrev att de kunde känna mer skuld om något hände med ett barn. Därför var det av yttersta vikt att förbereda sig mentalt på vägen ut och samtidigt se till att vara uppdaterad på vad som gällde enligt rådande behandlingsriktlinjer. Därutöver beskrevs även att ambulanssjuksköterskan som vårdare själv behövde vara beredd på vad de kunde möta på platsen. Det beskrevs att det inte fanns utrymme för misstag eller slarv. Exakt varför det gjordes en distinktion mellan omhändertagande av barn och vuxen erhöll författarna.

"I vissa fall kan man göra stolpe in, men inte med barn.. Jag vet inte riktigt varför de e så, men det är inte okej att göra något fel med barn.." (7)

Att sammanfatta för sig själv de förberedelser som gjorts upplevde ambulanssjuksköterskorna hjälpte dem. Övergripande faktorer som kunde skänka ett mentalt lugn repeterades för att tydliggöra att inget avgörande missats. Samtidigt sågs exempel på stärkande reflektion i form av att ambulanssjuksköterskan bekräftade sin egen förmåga.

"Sen sammanfattade jag det i mitt huvud.. som att "Vi har förstärkningsresurs på g.. vi har någon som kan intubera, vi kommer vara fyra stycken. Det är bra. Jag har varit med om det här förut. Jag vet vad vi ska göra... åå om vi lyckas bra kan vi ta hand om föräldrarna också." (6)

Egna barn skapar stress

Ambulanssjuksköterskor beskrev i intervjuerna att det faktum att de hade egna barn bidrog till en extra stressnivå. Något som de informanter som inte hade egna barn inte nämnde. Informanterna själva tolkade det som att de blivit mer känslomässigt involverade i barn sedan de fick egna, och därefter relaterade akuta skeenden gällande barn till sina egna.

"Jag har lärt mig kommunicera me barn ytterligare och på ett mer effektivt sätt sen jag fick mina egna barn.. Jag kan märka att jag blir mer känslomässigt påverkad nu, men jag har också mer koll. // Aa absolut. Man blir blödigare.. känsligare när man har egna barn. Sen blir man också kunnigare om barn. Framförallt kommunikation men också hur de allmänt funkar." (7)

Det beskrevs även en obehagskänsla att ens eget barn kunde drabbas på samma sätt. En känsla som infunnit sig efter att ambulanssjuksköterskan fått egna barn. Även perspektivet gentemot barnets föräldrar beskrevs ha förändrats. Tanken att en själv potentiellt kunde hamna i samma situation fick ambulanssjuksköterskan att då vilja göra en ännu bättre insats för barnet.

"Den känslan har som inte funnits på samma sätt... den här paniken att det skulle kunna vara min egen.. // Jag förstår hur föräldrarna känner, mycket, mycket starkare än vad jag har gjort tidigare... (4)

Ambulanssjuksköterskor som inte hade egna barn beskrev att de blev extra känslomässigt engagerade i barn i samband med akuta uppdrag. Men de upplevde samtidigt att kollegor som hade barn i liknande åldrar som det drabbade barnet kunde bli än mer känslomässigt involverade. De såg att kollegan kunde påverkas på ett annat sätt.

"När barn blir svårt sjuka, visst blir man känslomässigt engagerad, men som min kollega han har egna barn i den åldern, han kan bli ... jag ... Jag förbereder mig på att han kan bli mer känslomässigt engagerad än vad jag blir" (1)

Erfarenhet skapar trygghet

Ambulanssjuksköterskor berättade att deras kunskap hörde ihop med deras erfarenhet. De svårt sjuka eller allvarligt skadade barnen beskrevs var ovanliga i ambulansen och därför blev det svårt att berika sin kunskapsbas med detta. Det beskrevs att erfarenhet både hade en lugnande och betryggande effekt på uppdraget i sin helhet, men framför allt på förberedelsefasen. Vetskapen om att ambulansbesättningen hade erfarenhet från liknande situationer tidigare i karriären kunde även göra att ambulanssjuksköterskan kunde förlita sig på att omhändertagandet blev effektivt och tryggt.

"Å eftersom jag har jobbat med barn akut, tidigare.. så har jag ganska bra koll på ungefär hur mycket barn väger och hur jag ska handskas med dom.. Det är där jag har nytta av att jag har jobbat en del med barn innan.." (5)

Det faktum att ambulanssjuksköterskan jobbat ett antal år beskrevs spela en roll gällande omhändertagande av svårt sjukt eller allvarligt skadade barn. Detta då oerfarna ambulanssjuksköterskor beskrev en extra stress inför sitt omhändertagande baserat på sin ringa erfarenhet, medan äldre och mer erfarna berättade att de hade fått mer i sin "kunskapsbank" - samt även en medvetenhet om att det klarar av att hantera situationen rent mentalt.

"Jag är klart lugnare och bättre nu än va ja va i början på ambulansen när jag larmas ut till barn. Känner mig inte lika stressad... men det är fortfarande jobbigare än att åka på larm när det är vuxen patient... kommer nog alltid vara." (6)

Föräldrar - en extra patient

Ambulanssjuksköterskor beskrev att föräldrar kunde vara stressade, förtvivlade och chockade i samband med att deras barn var svårt sjukt eller allvarligt skadat. De berättade vidare att det ofta framkallar olika typer av beteenden som kan hjälpa eller stjälpa omhändertagandet av det drabbade barnet. Ambulanssjuksköterskorna ansåg att det var mycket svårt med det drabbade barnets föräldrar, då ambulanssjuksköterskan ville tillgodose föräldrarnas behov men var tvungna att fokusera på barnet initialt. De beskrev även att de upplevde en press att göra rätt och lösa situationen.

"Det svåra kan många gånger vara just det hära, att ta hand om en panikslagen anhörig samtidigt... (tystnad)... Tycker jag..." (3)

Flera ambulanssjuksköterskor berättade att det var viktigt att få föräldrarna att förstå vad ambulanssjuksköterskan gjorde med deras barn och varför. Detta för att de skulle ha en chans att landa i stunden och känna tillit till ambulanspersonalen. Ambulanssjuksköterskan nämnde ord som "information" och "kommunikation" som nyckelord. Dock beskrev ambulanssjuksköterskan att det var mycket svårt att informera föräldrarna då ambulanssjuksköterskans fokus och närvaro behövdes vid det drabbade barnet. Det var där extra resurser kunde komma in i bilden. En informant berättade att polisen ibland kunde komma med på prio 1-uppdrag gällande barn, vilket denne tyckte var väldigt lämpligt då polisen kunde fokusera på föräldrarna. En annan informant beskrev att fler ambulansbesättningar, akutbilsambulans eller brandkår kunde lösa problemet med att ta hand om föräldrarna så att de inte skulle riskera att störa vårdarbetet.

"Ibland så kan de va svårt med att föräldrarna till barnet inte förstår riktigt vad vi gör på... (suck) Då kan de... störa vårt arbete men de försöker hjälpa på sitt sätt.... Å då förhindrar de vårt jobb... Då behöver vi nån som kan sitta ner med föräldrarna så de kan få ett lugnande samtal och vi kan få arbeta ostört om vi behöver det typ..." (5)

"Dom kan ju va på olika sätt, föräldrarna.. ja tycker de ofta är upprörda och vill hjälpa till.. Om det är i vägen så får man säga till.. men de e svårt. Extra personal kan fixa de problemet rätt bra. Extra ambulans eller polis, brand o så vidare" (8)

Vidare poängterade flera ambulanssjuksköterskor vikten av att föräldrar skulle tas om hand, och definitivt få vara närvarande, men inte på bekostnad av att det drabbade det akuta omhändertagandet av barnet. Det kunde behövas extra resurser för att tillgodose

föräldrarnas behov och därigenom assistera både det drabbade barnet och närstående i fråga.

Vikten av att ha bra kollegor

Flera ambulanssjuusköterskor beskrev kollegornas betydelse vid larm om svårt sjuka eller allvarligt skadade barn. Då en ambulansbesättning endast bestod av två personer var det viktigt att känna tilltro och tillit till sin kollega. Att ha jobbat tidigare med kollegan var en trygghetsfaktor, då ambulanssjuusköterskan visste vart den andre kollegan stod kunskapsmässigt och hur samarbetet fungerade i olika situationer.

Ambulanssjuusköterskan kände också trygghet i att veta hur van kollegan var att omhänderta barn. Trots sin egen kunskap satte flera ambulanssjuusköterskor stor tilltro till sin kollega och upplevde ett stort stöd att jobba med en erfaren kollega, som hade varit med om svårt sjuka eller allvarligt skadade barn flertalet gånger tidigare.

”Åhh herregud vilken tur att jag har (kollegans namn) med mig...” (2)

Lika stort stöd som det var för ambulanssjuusköterskan att ha en bra kollega vid sin sida då de fick larm om ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn, lika stressande och oroande var det när de kände att de inte litade fullt ut på kollegan. Flera informanter beskrev därutöver att det var en stress och oro att jobba med kollegor där förtroendet inte är lika stort. En informant beskrev känslan när de fick larm om ett barn där hjärt- och lungräddning pågick: ambulanssjuusköterskan ville då ha assistans av en specifik ambulans och en specifik kollega för att hen inte på samma sätt litade på kollegan som fanns i den andra tillgängliga ambulansen.

”Kollegor jag litar på, för mig är det... jättestor... ehh... grej... jag vet att just på det här larmet begärde jag assist av en speciell bil. Därför att i den andra bilen så satt det en... som inte är kvar hos oss idag... men... som jag inte på samma sätt litade på... ” (4)

Viljan att komma fram snabbt och vara väl förberedd

När larmet om ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn kom, upplevde flera informanter att de ville komma fram till barnet så fort det bara var möjligt. En stressande faktor för ambulanssjuusköterskorna var att inte omgående vara framme hos barnet och kunna hjälpa det direkt. Redan vid ombytet till utryckningskläder skedde detta utan att samtala, målet var att så snabbt som möjligt komma till ambulansen och iväg till barnet. Samtal och lugn som normalt fanns vid ombyte till utryckningskläder var annorlunda när larmet handlade om ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn. Samtidigt beskrev informanterna att de ville vara väl förberedda när de kom fram till barnet så att de visste exakt vad som skulle göras och vem som skulle utföra vad.

”Asså vi bytte om och drog så fort som möjligt... det blir ju som inget extra snack när man byter om på dom hära larmen... på något vis... det blir ju mer ”tjopp tjopp”... och komma iväg så fort som möjligt... och sen så diskuterar vi på vägen ut... // Ja men då gjorde vi lite grann upp en strategi, vad ska vi ta med för grejer, och jag kollade, gick igenom barn... HLR:en... och vi pratade doser...” (2)

Alla informanter uppgav att de samtalade med kollegan under framkörningen till platsen. Detta för att de skulle ha en plan inför vad som väntade dem. Informanterna uppgav även att de förberedde vilka läkemedel de skulle behöva administrera, genom att räkna ut vikt och doser för barnet. Detta för att inte behöva göra det när de väl var framme. Ambulanssjuksköterskorna beskrev vidare att de samtalade med kollegan om vilket material som skulle tas in från ambulansen. Även vem som skulle ta med vad. Ambulanssjuksköterskorna beskrev att de ofta tillsammans med kollegan gick igenom flera olika scenarion samt vilket material och vilka läkemedel de då skulle behöva. Detta gjordes med syftet att när de väl var framme hos barnet skulle arbetet flyta på så smidigt som möjligt. En informant beskrev även hur hen kontrollerade kommunikationsradion så att den låg på rätt insatskanaler och hade kontakt med de andra inkommande enheterna som var dragna till larmet, detta för att kunna samråda och planera vem som skulle göra vad och vilken utrustning de ankommande enheterna skulle medföra in till barnet.

”Jag resonerar med kollegan direkt... vilka... ehh... hur vi ska lägga upp det, vilka väskor vi ska ha och sen så... förbereder jag mig genom att tänka ut... ja ungefärlig vikt så att jag har koll på vilka läkemedel som... vilka doser som kan bli eventuella... utifrån ungefärlig vikt... å sen naturligtvis.. att man ligger på rätt kanaler, om man har någon ankommande enhet också så att man etablerar kontakt med dom så att man... har radioförbindelse...” (3)

Metoddiskussion

Metodval

En kvalitativ metod användes för att undersöka studiens syfte. För att kunna undersöka upplevelseperspektivet användes lämpligen en kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2008). Deskriptiva intervjuer utfördes för att ambulanssjuksköterskorna skulle kunna ge en mer nyanserad bild av sina upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna använde sig av en induktiv ansats, vilket innebär att författarna inte hade några förutfattade tankar eller teorier som grund till innehållsanalysen. Detta gjorde att studiens reliabilitet och validitet kunde öka då informanternas information inte blev styrd av redan skapade teorier (Thomas, 2006).

Semistrukturerade intervjuer med en intervjuguide valdes som stöd, då vissa ämnen ville undersökas men ändå ge informanten utrymme att beskriva sin upplevelse (Trost, 2010). Genom att göra en intervjustudie kunde upplevelser, känslor och tankar beskrivas. Intervjusituationen möjliggjorde för den som blev intervjuad att hen uttrycka sina upplevelser på ett lättare sätt. Även den som intervjuar har lättare att få en djupare insikt och förståelse i diskussionen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Alternativa metodval till syftet diskuterades i studiens inledning. Där enades författarna utifrån studiens syfte att en intervjustudie med kvalitativ ansats vara den mest lämpliga metoden. Ett alternativ var att utföra fokusgruppsintervjuer och genom diskussion komma fram till resultat (Polit & Beck, 2008). En farhåga från författarna var att informanterna inte skulle våga vara lika öppna i sina berättelser då kollegor satt med och lyssnade. Varför enskilda intervjuer ansågs lämpligare utifrån syftet. Då författarna inte fann artiklar som besvarade studiens syfte valdes även litteraturöversikt bort. Att utföra en kvantitativ studie ansågs ej tillämpligt då det är svårt att undersöka ambulanssjuksköterskans upplevelser på ett beskrivande sätt.

Urval

De två urvalen som användes var ändamålsenligt urval samt bekvämlighetsurval. Graneheim och Lundman (2004) menar att bredden på studien ökar om deltagarna är av olika kön, ålder och har olika längd på yrkeserfarenheten. Därför valdes ändamålsenligt urval genom att ambulanssjuksköterskor som passade de uppsatta inklusionskriterierna anmälde sig till författarna. För att skapa bredd i studien valdes därefter vissa ambulanssjuksköterskor ut till deltagande.

Bekvämlighetsurval användes av en av författarna då denne visste några ambulanssjuksköterskor som omhändertagit svårt sjuka eller allvarligt skadade barn och som dessutom skulle kunde ge innehållsrika intervjuer. Med detta som grund tillfrågades dessa om deltagande i studien. Samtidigt var författaren mycket noggrann med att informera informanterna om att deltagandet skulle ske helt frivilligt och att de utan någon motivering kan välja att avbryta deltagandet i studien fram tills att den blivit publicerad. Trost (2010) menar att bekvämlighetsurval är ett praktiskt urval där författarna väljer ut personer som tycks lämpliga för studien. Dock finns det risk med självselektering menar Trost (2010) då författaren medvetet eller omedvetet väljer bort vissa personer.

Med studiens syfte som utgångspunkt valdes specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård. Detta för att informanterna skulle ha samma längd på utbildningen, då författarna ansåg att den avsatta tiden för studien var för kort för att finna underlag att jämföra olika yrkeskategorier i denna studie. Varför ambulanssjukvårdare, grundutbildade sjuksköterskor samt sjuksköterskor med annan specialistutbildning exkluderades. Trost (2010) menar att det är viktigt att begränsa sig till en mindre grupp vid kvalitativa intervjuer, annars blir materialet ohanterbart stort.

För att informanterna under intervjun skulle kunna besvara studiens syfte angav författarna att ett inklusionskriterier skulle vara att informanterna skulle ha varit med om minst ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn under sin tid på ambulansen. Författarna valde medvetet att informanten själv skulle definiera vad denne tycker är ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn. Detta då det kan finnas stora individuella variationer gällande vilka sjuka eller skadade barn som stressar ambulanssjuksköterskor. En situation där en ambulanssjuksköterska upplevde ett barn som svårt sjukt eller allvarligt skadat kan av en annan upplevas helt annorlunda.

Datainsamling

Innan intervjuerna tog form bestämdes att en provintervju skulle genomföras för att se om intervjuguiden (Bilaga 3) eller annat behöver justeras. Informanten informerades om att det var en provintervju och att hen skulle komma med synpunkter på intervjun och intervjuguiden om sådana fanns. Informanten informerades även om att provintervjun skulle inkluderas i studien om den blev bra, det vill säga att inga justeringar i intervjuguiden eller annat utförs. Efter intervjun tyckte varken informanten eller författarna att någonting behövde justeras, varför provintervjun inkluderades i studien. Författarna upplever heller inte att den intervjun skiljer sig på något sätt från de övriga intervjuerna.

Intervjuerna skedde på ambulansstationerna där informanterna arbetade, i ett lugnt och ostört rum. Detta för att informanterna skulle känna sig trygg i miljön på sin egen arbetsplats. Att rummet där intervjun skulle pågå skulle vara ostört var ett krav då författarna inte ville bli avbrutna i samtalet med risk att informanten skulle tappa fokus. Intervjuerna skedde på arbetstid men informanterna hade fått godkänt från

verksamhetschefen att de kunde vara ostörda i 60 minuter för intervjun. Intervjuerna var uppskattade att ta cirka 20 minuter, av den anledningen ansågs 60 minuter som en väl tilltagen tid om frågor och tankar skulle uppkomma efteråt, alternativt att informanten skulle bli känslomässigt berörd av intervjun. Informanterna informerades innan intervjun om att intervjuerna uppskattades ta 20 minuter. Den kortaste intervjun tog drygt 12 minuter och den längsta varade i 25 minuter. Författarna upplever att intervjuerna var innehållsrika och genererade tillräckligt med material trots den relativt korta intervjutiden.

Författarna av studien valde att vara flexibla med antalet intervjuer. När liknande upplevelser upprepar sig skulle författarna diskutera igenom om de ansåg att studien var mättad med information. Ett riktmärke var att göra åtta intervjuer för att sedan se om liknande upplevelser upprepades. I de senare intervjuerna uppkom många liknande upplevelser mot tidigare genomförda intervjuer, varför antalet intervjuer ansågs vara tillräckligt för att uppnå analysmättnad. Trost (2010) menar att det är bättre att ha ett fåtal väl genomförda intervjuer än att ha ett flertal intervjuer av låg kvalitet.

Författarna gjorde intervjuerna på olika platser i Sverige, då författarna var boende på olika orter. En av författarna gjorde intervjuer i en storstad och den andre i en småstad. När sedan intervjuerna analyserades uppkom ingen skillnad i upplevelser beroende på var intervjuerna var utförda.

En av författarna var mer van att intervjua och den andre författaren hade endast gjort ett fåtal intervjuer innan denna studie. Detta märktes genom att författaren som var mer van att intervjua hade några minuter längre intervjuer än den mer ovane. Men vid analyserna av de olika intervjuerna upplevdes det inte som att de beskrivna upplevelserna skiljdes åt hos de olika författarna. Varför författarna tror att detta inte påverkade studiens resultat.

Intervjuerna spelades in med inspelningsfunktionen på mobiltelefonen. Ljudkvalitén blev god, författarna hade inga problem att höra konversationen. Trost (2010) menar att använda ljudupptagare kan all fokus läggas på intervjun och inga anteckningar behöver göras. Under transkriberingen hade författarna sedan möjlighet att lyssna på intervjuerna upprepade gånger för att kunna transkribera på ett noggrant sätt. Vilket också Trost (2010) menar är en fördel med att spela in intervjuerna.

Dataanalys

Efter att de åtta intervjuerna var utförda transkriberades all text. I samband med transkriberingen avidentifierades allt material, intervjuerna numrerades efter att de utförts. Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys användes för att analysera och tolka det transkriberade materialet. Författarna har läst igenom allt transkriberat material flertalet gånger för att kunna välja ut meningsbärande enheter som motsvarat syftet. Dessa har sedan kondenserats, kodats och kategoriserats i flertalet steg. Detta för att slutligen få huvudkategorier vilket resultatet är uppbyggt av. Svårigheten i dataanalysen har varit när kodningen och kategoriseringen skulle utföras då författarna bor på olika orter i Sverige och inte har haft möjlighet att träffas för att koda och kategorisera de meningsbärande enheterna. Författarna tror att det hade gått lättare och blivit mer övergripligt om författarna hade kunnat skriva ut alla koder på papper och sedan tillsammans kategoriserat detta. Kodningen och kategoriseringen har i det här fallet skett genom ett dokument på internet samt internetmöten där författarna gemensamt har kodat och kategoriserat alla meningsbärande enheter. Förhoppningen är att detta inte har påverkat kodningen, kategoriseringen och resultatet nämnvärt.

Förförståelse

En av författarna har sedan tidigare jobbat i ambulans varför denne hade viss förförståelse för arbetet och informanternas upplevelser. Genom att författaren i samband med uppstarten av studien reflekterade över detta faktum och har aktivt försökt hålla sig objektiv i samband med både intervjuer och analysen så tror författarna att detta endast kan ha påverkat studien i ringa grad. Författaren som jobbat i ambulans hade genomgående några minuter kortare intervjuer än den författaren som ej hade jobbat inom ambulanssjukvård tidigare. Detta kan bero på en ovana i intervjuteknik hos författaren med erfarenhet av ambulanssjukvård. Författarna tror även att de kortare intervjuerna kan bero på att förförståelsen gör att vissa förtydligande frågor ej ställdes. Kvale och Brinkmann (2009) påtalar betydelsen av att ha professionell distans till tolkningen av informanternas upplevelser och den information som erhålls därav. Då författarna har jämfört sina intervjuer upplevs ingen skillnad mellan de olika författarnas intervjuer. Varför författarna drar slutsatsen att detta inte påverkat studien nämnvärt.

Trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet

För att öka trovärdigheten numrerades alla intervjuer. Detta för att citat som presenteras i resultatet visar att alla informanter har med citat i studien. Genom att använda citat stärker det trovärdigheten i studien och läsaren får själv en möjlighet att göra egna tolkningar av texten, då det kan finnas flera olika innebörder i samma text (Graneheim & Lundman, 2004). För att uppnå trovärdighet och pålitlighet i denna studie försökte författarna visa det informanterna delgivit författarna. Noggrann dokumentation utfördes för att forskare skall kunna utföra liknande studier.

Studiens trovärdighet stärks genom att författarna och informanterna jobbar inom samma paradigm, alltså omvårdnadsvetenskapen. Detta för att informanter och författare kan tolka saker på likvärdigt sätt samt att analysera det som främst är relevant för studien (Pribe & Landström, 2012). Författarna anser att det också finns en risk att arbeta under samma paradigm, då det kan vara svårt att förhålla sig objektiv under dels intervjuerna - men även vid analysen. Detta då det kan finnas risk för att författarna av eget intresse eller egen vinning kan vinkla studiens resultat. Detta har dock försökt undvikas genom att båda författarna aktivt har försökt vara objektiva.

Författarna av studien försökte uppnå bekräftelsebarhet, överförbarhet och äkthet, genom att båda författarna bearbetade det transkriberade materialet, var för sig initialt för att sedan tillsammans extrahera meningsbärande enheter. Detta för att inte riskera att individuella tolkningar skulle förändra resultatet. Målet med resultatet är att det presenteras med sådan tydlighet att andra skall kunna överföra det till sin miljö. Samt att redovisa informanternas olika upplevelser, oberoende av författarnas egna tankar och upplevelser vilket författarna anser att de har gjort.

Studien är genomförd i en storstad och i en småstad i Sverige. Den geografiska skillnaden är dessutom stor. Eftersom författarna inte kunde se någon skillnad i de beskrivna upplevelserna hos de olika informanterna menar författarna att det är möjligt att överföra resultatet i den svenska ambulanssjukvården generellt. Däremot får läsaren själv avgöra om det resultatet som författarna presenterar kan överföras i andra miljöer och grupper (Graneheim & Lundman, 2004).

Polit och Beck (2008) menar att pålitlighet uppnås genom att ställa frågan; uppnås samma resultat med liknande deltagare i liknande kontext? Då flertalet av informanterna genomgående under intervjuerna uppgav liknande upplevelser indikerar detta att pålitligheten i studien är hög och oavsett var inom ambulanssjukvården i Sverige studien skulle utföras bör ett liknande resultat uppnås anser författarna. Dessutom har författarna försökt uppnå pålitlighet genom att med ljudupptagare spela in intervjuerna och sedan transkribera detta ordagrant, detta gör det möjligt att spåra citat och meningsbärande enheter till ursprungskällan.

Forskningsetiska överväganden

Genom att annonsera brevet till informanterna (Bilaga 2) på berörda ambulansstationer i god tid innan intervjuerna. Samt att ge brevet direkt till de som i bekvämlighetsurvalet blev tillfrågade om deltagande, hade informanterna god tid på sig att tillägna sig informationen. Innan intervjun tog form tillfrågades informanten om de läst och förstått informationsbrevet. Författaren gick sedan tillsammans med informanten igenom informationsbrevet muntligen. Vid genomgången av informationsbrevet var författarna extra noggranna med att poängtera för alla informanter att studien bygger på frivilligt deltagande samt att de kan avbryta deltagandet utan att uppge skäl fram till att studien är publicerad. Efter detta fick informanten skriva under ett skriftligt godkännande för deltagande i studien. Författarna anser därigenom att de gjort allt de kan för att informanten ska förstå informationen.

Informanternas konfidentialitet tillvaratogs på ett adekvat sätt då endast författaren som utfört intervjun med informanten visste vem det var. Den andre författaren har inte lyssnat på den inspelade intervjun utan endast läst det transkriberade materialet. Detta för att öka konfidentialiteten hos informanterna. Det kan ses som en svaghet då endast den författaren som intervjuat informanten sedan har transkriberat materialet, varför det fanns risk för egna tolkningar. Författarna har diskuterat igenom detta och ansett att risken för egna tolkningar är lika stor under intervjun som under transkriberingen. Författarna enades istället om att vara extra noggranna i transkriberingen genom att ordagrant transkribera intervjuerna och uppge det manifesta innehållet. Med detta i beaktande anser författarna att det är viktigare att skydda informanternas konfidentialitet i största möjliga mån. I enlighet med Vetenskapsrådet (2003) har allt material som kan identifiera informanterna förvarats inlåst hos respektive författare. Då studien är godkänd kommer materialet att förstöras.

Risken som författarna uppfattade med samtycke var att informanterna skulle känna sig tvungna att delta i studien då de kände en av författarna. Trots att vissa informanter kände en av författarna i studien fanns det inte någon form av beroendeställning däremellan. Det insamlade materialet kom endast att användas till denna forskning i enlighet med informationsbrevet till informanterna (Bilaga 2). Inför intervjun poängterade författarna frivilligheten, samt att informanten får avbryta sitt deltagande i studien fram till att studien är publicerad. Information om vart informanten skulle vända sig, samt kontaktuppgifter till författarna har delats ut i samband med utförd intervju. Genom detta anser författarna att de gjort vad de kunnat för att deltagandet i studien ska byggas på frivillighet. I denna studie har följaktligen Vetenskapsrådets (2003) informationskriterium innefattande information uppfyllts. Detta möjliggör att informanten på ett säkert sätt kan tillägna sig all information som behövdes inför och efter genomförd intervju. I enlighet med Vetenskapsrådet (2003) utgick ingen ersättning, de fördelarna informanterna fick var att på arbetstid i samband med intervjun vara ostörda i 60 minuter, vilket i samråd med verksamhetscheferna hade godkänts.

Resultatdiskussion

Författarna anser att studiens syfte besvarats, och även att resultatets innehåll väl återspeglar den teoretiska bakgrundens omfattning. Eriksson (1994) menar att det är sjuksköterskans uppgift att minska patienter och anhörigas lidande. Genom denna studie anser författarna att de kan uppvisa ambulanssjuksköterskans upplevelse av förberedelsefasen. Genom att studera det valda området var målsättningen att ambulanssjuksköterskan och ambulanssjukvården i sin helhet skulle kunna bli tryggare i sin roll under förberedelsefasen. Detta skulle göra det möjligt för ambulanssjuksköterskan att vara mer mottaglig för att lindra och ge stöd åt den lidande patienten och dess anhöriga. Författarna bedömer att det är rimligt och av betydelse för patienten och dess anhöriga att sjuksköterskan finner största möjliga trygghet i förberedelsefasen - och därefter erbjuder patienten och dess anhöriga bästa möjliga vård. De sju huvudkategorier som framkom upplevdes av författarna som relevanta beståndsdelar för förberedelsefasen gällande utlarmning till det svårt sjuka eller allvarligt skadade barnet.

Ambulanssjuksköterskor i studien beskrev att barn är en ovanlig förekomst i ambulansen och detta kan leda till osäkerhet och rädsla i samband med det akuta omhändertagandet av barnet. Informanterna berättade att det i det prehospitalla fältet är svårt att få rutin på svårt sjuka eller allvarligt skadade barn. Författarna uppfattade att denna osäkerhet och rädsla var relaterad till otillräcklig utbildning och erfarenhet gällande omhändertagandet av svårt sjuka och allvarligt skadade barn. Flera ambulanssjuksköterskor beskrev även att de önskar mer erfarenhet och utbildning. Informanternas och författarnas tankar styrks av litteraturen, då Suserud och Svensson (2009) skriver att larm gällande svårt sjuka eller allvarligt skadade barn är sällan förekommande i den prehospitalla miljön. Öberg, Vicente och Wahlberg (2014) beskriver vidare att larm om svårt sjuka barn kan ge upphov till ångest, rädsla och stress hos ambulanssjuksköterskan. På basis av att larm gällande svårt sjuka eller allvarligt skadade förekommer sällan, samt att ambulanssjuksköterskan kan uppleva svårigheter i omhändertagandet. Författarna reflekterade över att ytterligare utbildning kan ge ambulanssjuksköterskan ett stöd i sin yrkesutövning. För att i enlighet med Grahn, Olsson och Magnusson (2015) kunna utöva sin yrkesroll empatiskt och effektivt, och därigenom skapa trygghet för det drabbade barnet - behövs mer övning gällande specifikt allvarligt skadade och svårt sjuka barn.

Författarna av studien anser att PEPP skulle vara en lämplig utbildning för all ambulanspersonal. Detta för att olika scenarion med dåliga barn får tränas under kontrollerade former och att ambulanspersonalen kan öva i team. Dessutom får ambulanssjuksköterskorna utbildning och träning i att undersöka, behandla och omhänderta barn, vilket många av informanterna lyfte fram som någonting de önskade. Författarna anser att PEPP skulle öka tryggheten för ambulanssjuksköterskor när de får ett larm om ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn. Författarna anser att de i resultatet beskrivna upplevelserna i samband med akut omhändertagande av barn verkar vara i enlighet med det som PEPP erbjuder.

Ambulanssjuksköterskor beskrev att föräldrarna i vissa fall var att betrakta som en extra patient. Studiens resultat visade på att föräldrar till ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn som tillkallar ambulans kan reagera med sorg, ilska eller chock över situationen och gentemot ambulanssjuksköterskan. Informanterna beskrev att kommunikation och

information var mycket viktiga verktyg för att kunna ge föräldrar och barnet god omvårdnad. Till detta behövs extra resurser i form av mer personal. Alla ambulanssjuksköterskor som tillfrågades om tankar kring närvarande vuxna och föräldrar i samband med förberedelsefasen och uppdraget, reflekterande kring svårigheten att tillgodose föräldrarnas behov och samtidigt sköta sitt akuta omhändertagande av barnet. Föräldrarna kan i viss mån störa ambulanssjuksköterskans arbete och det är därför viktigt att veta hur en ska förhålla sig till föräldrarna. Nordén et al. (2014) påtalar att ju tydligare föräldrarna visar känslor av oro inför barnet, desto starkare blir barnets upplevelse av sin sjukdom. Detta visar på vikten av att kunna tillgodose föräldrarnas behov för att förbättra barnets situation. Ambulanssjuksköterskans lugn och trygghet samt inkluderandet av både barn och föräldrar i vården kan inverka positivt menar de.

Tanken om föräldrar som en extra patient kom därför att bli en naturlig del av den mentala förberedelsen och förberedelsefasen i sin helhet, då det var direkt relaterat till att kontrollera att exempelvis rätt resurser var på väg till uppdraget. Norby och Nohr (2008) beskriver även att ambulanssjuksköterskan ska vara beredd på att möta människor i kris. Att adekvat möta föräldrar i kris är dessutom något som kan kräva erfarenhet och förkunskap för att möjliggöra god kommunikation. Oerfaren ambulanspersonal ska vara medveten om att initial omsorg och empati gentemot föräldrarna i potentiell kris kan vara betydande för hur de i sin tur påverkar barnet.

Studiens resultat visade att ambulanssjuksköterskan mer än i vanliga fall skärpte sig mentalt för att hantera det svårt sjuka eller allvarligt skadade barnet. Det beskrevs kunna vara annorlunda än ett uppdrag gällande en vuxen patient. Mental skärpa och förberedelser på vad som skulle kunna äga rum kan vara nödvändigt för att kunna hantera det allvarligt drabbade barnet. Den mentala förberedelsen startar direkt när SOS meddelar ärendet. Informationen som erhålls kan vara sparsmakad. Därför beskriver ambulanssjuksköterskan att detta kan skapa utrymme för att själv föreställa sig vad ärendet handlar om. Potentiellt kan detta innebära att ambulanssjuksköterskan föreställer sig värsta tänkbara scenario. Jonsson och Segesten (2003) beskriver att ambulanssjuksköterskan skapar sig en bild av scenariot med hjälp av sin kunskap och sina tidigare erfarenheter i kombination med den givna informationen av SOS. Detta ger författarna en möjlighet att reflektera över potentiella svårigheter som kan infinna sig när en ambulanssjuksköterska med ringa erfarenhet av allvarligt skadade eller svårt sjuka barn, helt plötsligt ska förbereda sig mentalt inför ett uppdrag som denne har relativt liten eller ingen erfarenhet utav.

Flera ambulanssjuksköterskor beskrev att erfarenheten skapade trygghet även när det gäller omhändertagandet av barn. Då många av ambulanssjuksköterskorna upplevde att de hade bristfällig utbildning i omhändertagandet av barn förlitade de istället sig på tidigare erfarenheter med barn. Dock är det svårt att få en ”erfarenhetsbank” när det gäller barn då det så sällan är svårt sjuka eller allvarligt skadade barn. Ambulanssjuksköterskor som sedan tidigare hade omhändertagit dåliga barn upplevde speciellt förberedelsefasen som lugnare då de visste att de klarat av liknande larm tidigare. I likhet med Nordén et al. (2014) uttrycker ambulanssjuksköterskor att de saknar tillräcklig utbildning i omhändertagandet av barn. Gunnarsson och Stomberg (2009) menar i likhet med ambulanssjuksköterskorna i denna studie att tidigare erfarenheter med barn skapar trygghet för ambulanssjuksköterskan. Då ambulanssjuksköterskan har varit i liknande situationer tidigare och reflekterat över dessa finns vetskap om vad som har varit lyckat och mindre lyckat i situationer med allvarligt skadade eller svårt sjuka barn.

Som ambulanssjuusköterska var upplevelsen att egna barn skapar en extra stress. Detta eftersom flera ambulanssjuusköterskor kunde sätta sig in i situationen att det var ens eget barn som var allvarligt skadat eller svårt sjukt. Detta gjorde att de blev mer berörda och kunde leva sig in i föräldrarnas stress på ett annorlunda sätt gentemot tiden innan de fick barn. Gunnarsson och Stomberg (2009) beskriver att ambulanssjuusköterskor som omhändertagit barn i ungefär samma ålder som sina egna barn upplever detta som extra traumatiskt, då vetskapen om att ens eget barn kan drabbas på liknade sätt. Nordén et al. (2014) finner i sin studie att ambulanssjuusköterskor som har egna barn kan sätta sig in i föräldrarnas situation och upplever då det som extra jobbigt eftersom det kan vara svårt att hinna stötta föräldern då barnet kräver all uppmärksamhet av sjuusköterskan.

Ambulanssjuusköterskor beskrev vikten av att ha bra kollegor då detta skapade ett lugnt för ambulanssjuusköterskan eftersom denne kunde lägga över ansvar på kollegan och inte behövde känna all press på sig själv. Genom att ha jobbat tidigare med samma kollega visste ambulanssjuusköterskan vad kollegan kunde och därigenom litade på sin kollega. Stress och oro upplevdes då ambulanssjuusköterskor jobbade med kollegor som denne inte litade på. Detta för att alla tillgängliga resurser behövs då ett barn är svårt sjukt eller allvarligt skadat. Assisterande enheter larmades för att ambulanssjuusköterskan skulle känna att hen kunde få det stödet som behövdes.

Bohström et al. (2016) visar i sin studie att ambulanssjuusköterskan känner ett lugn inför arbetspass och larm då de har en kollega som de litade på. De kände sig inte lika ensamma och utelämnade i den svåra och stressfulla situationen med en kollega som ambulanssjuusköterskan kan lita på. Svensson och Fridlund (2008) styrker detta påstående då de i sin studie visar att det är en stor oro för ambulanssjuusköterskan att jobba med kollegor där de inte litar på att denne skall klara de uppkomna situationerna. Nordén et al. (2014) beskriver att ambulanssjuusköterskan känner sig tryggare när en till ambulanssjuusköterska omhändertar barnet, detta för att de då vet att kollegan innehar lika stort kunnande samt att de kan diskutera behandlingsstrategier.

Innan ambulansen ankommer hos det svårt sjuka eller allvarligt skadade barnet förberedde sig ambulanssjuusköterskorna så gott de kunde. Detta genom att föra en dialog med kollegan, hur de skulle gå tillväga på platsen samt vilken utrustning som skulle tas från ambulansen och in till barnet. Ambulanssjuusköterskorna försökte även uppskatta en ungefärlig vikt på barnet och genom detta räkna ut läkemedelsdoser. Detta gjorde ambulanssjuusköterskorna för att skapa lugn och förbereda det som går att förbereda. Trots att ambulanssjuusköterskorna många gånger har mycket knapphändig information. Genom att samtala med kollegan om flera olika scenarion kunde ambulanssjuusköterskan ha ett öppet sinne när det ankom till barnet. Det är inte sällan någonting helt annat som är problemet när ambulansen ankommer till platsen varför ambulanssjuusköterskan behöver ha ett öppet sinne när denne ankommer till platsen.

Nordén et al. (2014) beskriver hur ambulanssjuusköterskan på vägen ut till barnet, går igenom läkemedelsdoser, upprepar normala vitala parametrar hos åldersgruppen som barnet tillhör. Att de även går igenom behandlingsriktlinjer och vilken utrustning som ska medfölja in till patienten. Enligt Wireklint-Sundström och Dahlberg (2012) är en av ambulanssjuusköterskornas viktigaste uppgifter att vara förberedd på det oförberedda, detta genom att ha ett dynamiskt och öppet förhållningssätt trots liten mängd information och varierande förutsättningar. Wireklint-Sundström och Dahlberg (2012) menar vidare att det är vanligt att ambulanspersonalen får larm som inte alls stämmer när de väl kommer på plats, detta medför att ambulanspersonalen måste gå in i situationen utan förutfattade och

förutbestämda tankar. Varför det är viktigt för ambulanspersonalen att aktivt vara medveten om detta och förbereda sig på en bredare bas än vad som uppges i larmet.

Slutsats

I enlighet med ambulanssjuksköterskornas upplevelser, inkluderade studier och litteraturen, behövdes ytterligare utbildning inom specifikt det akuta omhändertagandet av barn. Även fler resurser ansågs nödvändiga vid larm om barn. Detta för tillsammans med ytterligare utbildning och erfarenhet - ge ambulanssjuksköterskan möjligheten att bli tryggare i sina förberedelser samt i sitt omhändertagande av barn och dennes anhöriga.

Klinisk tillämpbarhet

Denna studie ger ökad kunskap och insikt i hur ambulanssjuksköterskan upplever förberedelsefasen på väg till ett allvarligt skadat eller svårt sjukt barn. Genom detta har författarna förhoppningar att ambulansverksamheter som tar del av denna studie kan få mer utbildning gällande svårt sjuka och allvarligt skadade barn. Då studien även påvisar ett behov av fler resurser i samband med omhändertagande av ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn är författarnas förhoppning att det ska leda till att ambulansverksamheter väljer att tilldela larm med barn fler resurser omgående i samband med utlarmingen.

Resultatet visar på att ambulanssjuksköterskor behöver teamträning med fall om svårt sjuka eller allvarligt skadade barn. Genom att aktivt ha teamträningar kan ambulanspersonalen jobba sig samspelta och ambulanssjuksköterskan kan genom detta känna sig tryggare då det riktiga larmet om ett allvarligt skadat eller svårt sjukt barn kommer.

I resultatdiskussionen nämnde författarna PEPP som ett alternativ till specifik utbildning av ambulanssjuksköterskor för ändamålet barn. Inga evidensbaserade studier på effekten av PEPP hittas av författarna, varför detta skulle vara intressant att studera. Förslag på ny forskning är kvantitativa studier som jämför omhändertagandet av barn mellan ambulanssjuksköterskor som gått PEPP utbildning samt ambulanssjuksköterskor som inte utfört utbildningen. Det skulle även vara intressant att se kvalitativ forskning om PEPP skulle öka tryggheten för ambulanssjuksköterskor. Studien visade att det drabbade barnets föräldrar var relevanta för omhändertagandet, varför en kvalitativ studie som belyser det drabbade barnets föräldrars perspektiv i samband med det prehospitala omhändertagandet av barnet skulle kunna vara intressant.

REFERENSER

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

Alexander, D. A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76-81. Hämtad från <http://www.ospedalesicuro.eu/storia/materiali/doc/ambulance%20personnel%20and%20critical%20incidents.pdf>

American Academy of Pediatrics Pediatric Education for Prehospital Professionals (Program) (2016). *Pediatric Education for Prehospital Professionals*. (Rev. 3. ed.) Burlington, Mass.: Jones & Bartlett Learning.

Bohström, D., Carlström, E., & Sjöström, N. (2016). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*. DOI: doi:10.1016/j.ienj.2016.08.004

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.

Finnström, B., Käck, B. M., & Söderhamn, O. (2011). Fingertoppskänsla och finger färdighet—Föräldrars uppfattningar om faktorer som inverkar på barnets upplevelse av perifer venpunktion. *Nordic Journal of Nursing Research*, 31(2), 40-44. Doi: <https://doi.org/10.1177/010740831103100208>

Grahn, M., Olsson, E., & Manosson, M, E. (2015). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of pediatric nursing*, (319), 284-292. doi: 10.1016/j.pedn.2015.11.016

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gunnarsson, B. M., & Stomberg, M. W. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*, 17(2), 83-89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.10.004>

Gunnarsson, S., & Tegnér, H. (2009). "*Barn är speciella*": *Ambulanssjuksköterskors upplevelser av att vårda sjuka och skadade barn*. Examensarbete, Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Omvårdnad. Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:220407/FULLTEXT01.pdf>

Gårdelöv, B. (2016). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I B-O. Suserud & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (2. uppl., ss. 40-48). Stockholm: Liber AB.

Hagiwara, M., & Wireklint-Sundström, B. (2009). Vård och bedömning. I B-O. Suserud & L. Svensson (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (s. 117-149). Stockholm: Liber AB

Holmquist, R. (2012). *Ambulanssjuksköterskors upplevelse av att vårda svårt sjuka barn: En litteraturstudie*. Magisteravhandling, Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Omvårdnad. Hämtad från <http://www.divaportal.org/smash/get/diva2:534105/FULLTEXT01.pdf>

Jewkes, F. (2001). Prehospital emergency care for children. *Archives of disease in childhood*, 84(2), 103-105. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.84.2.103>

Johansson, A. (2007). Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (ss. 353-372). Lund: Studentlitteratur.

Jonsson, A., & Segesten, K. (2003). The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 11(3), 141-52. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(02\)00217-5](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(02)00217-5)

Kendorf, G. (2016). Prehospitalt omhändertagande av barn. I B-O. Suserud, & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (2. Uppl., ss. 507-526) Stockholm: Liber.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lindberg, S., & von Post, I. (2005). Den perioperativa dialogen ur barn med särskilda behovs perspektiv. *Nordic Journal of Nursing Research*, 25(2), 48-52. Doi: <https://doi.org/10.1177/010740830502500211>

Nordby, H., & Nøhr, Ø. (2008). Communication and empathy in an emergency setting involving persons in crisis. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 16(1), 5. Doi: <https://doi.org/10.1186/1757-7241-16-5>

Nordén, C., Hult, K., & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 22(2), ss. 75-80. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.04.003>

Nyström, M., & Herlitz, J. (2009). Möte mellan två kunskapsområden. I B-O. Suserud, & L.Svensson, (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3 th ed.). London: SAGE

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pribe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 31-52). Lund: Studentlitteratur.

Riksföreningen för Ambulanssjusköterskor och Svensk Sjuksköterskeförening, (2012). *kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/aktuellt-och-press-svensk-sjukskoterskeforening/ambulans.kompbeskr.webb.pdf>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=1982:763>

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 27 okt, 2017 från, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om dödsorsaker 2016* (2017-9-10). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20668/2017-9-10.pdf>

SOSFS 2009:10 *Ambulanssjukvård m.m.* Hämtad 30 sep, 2017 från, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>

Suserud, B., & Svensson, L. (2009). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber.

Svensk sjuksköterskeförening, (2014). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensson, A., & Fridlund, B. (2008). Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: a critical incident study. *International Emergency Nursing*, 16(1), 35-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2007.10.002>

Söderbäck, M. (2010). Barnperspektiv och barns perspektiv. I M. Söderbäck (Red.) *Barn och ungas rätt i vården*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Kendorf, G. (2016). Prehospitalt omhändertagande av barn. I B-O. Suserud, & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (2. Uppl., ss. 507-526) Stockholm: Liber.

Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of evaluation*, 27(2), 237-246. Doi: 10.1177/1098214005283748

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

UNICEF. (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barns rättigheter*. Stockholm: UNICEF. Hämtad från <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen>

Van Der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and environmental medicine*, 60(suppl 1), i40-i46. Doi: http://dx.doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i40

Vetenskapsrådet, (2003). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. Uppsala: Almqvist & Wiksell. Hämtad från https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf

Winberg, H., & Hagander, L. (2017). Barntrauma: Initialt omhändertagande. I Internetmedicin. Hämtad 2 oktober 2017 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5720>

Wireklint-Sundström, B., & Dahlberg, K. (2012). Being prepared for the unprepared: a phenomenology field study of Swedish prehospital care. *Journal of emergency nursing*, 38(6), 571-577. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.09.003>

Öberg, M., Vicente, V., & Wahlberg, A. (2014). The Emergency Medical Service personnel's perception of the transportation of young children. *International EmergencyNursing*, 23, 133- 137. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.192>

Brev till verksamhetschef

Till verksamhetschef

XXXX

XXXX

Vi heter Johan Bergman och Joakim Sandqvist och är sjuksköterskor. Vi studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård vid Sophiahemmet Högskola. I vårt självständiga arbete, omfattande 15 högskolepoäng, har vi valt att studera: Syftet är att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av förberedelsefasen - från utlarmning till ankomst hos ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn.

Vi är därför intresserad av få genomföra studien vid XXXX

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är vi tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill vi gärna att Du anger detta.

Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer vi gärna och presenterar mina resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

Umeå 2017-11-09

Med vänliga hälsningar

Johan Bergman
Student vid Sophiahemmet högskola
Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning mot ambulanssjukvård.

Joakim Sandqvist
Student vid Sophiahemmet högskola
Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning mot ambulanssjukvård.

Fredrik Blixt
Handledare

Studiens preliminära titel: Ambulanssjuusköterskans upplevelser – på väg ut till ett allvarligt skadat eller svårt sjukt barn.

Syftet är att belysa ambulanssjuusköterskans upplevelser av förberedelsefasen - från utlarmning till ankomst hos ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn.

Problem: Flertalet studier beskriver ambulanspersonalens upplevelser att vårda ett barn och omhändertaga akut sjuka eller allvarligt skadade barn. Däremot saknas tidigare studier på ambulanssjuusköterskans upplevelser från larm till ankomst hos ett allvarligt skadat eller sjukt barn. Barn förekommer heller inte lika ofta i ambulanssjukvården som andra grupper, vilket kan göra arbetet än mer utmanande. För att vården och omvårdnaden av barnet ska bli den bästa möjliga vill författarna undersöka ambulanssjuusköterskans upplevelser från larm till ankomst hos ett allvarligt sjukt eller skadat barn. Författarna ämnar därigenom att belysa ett betydelsefullt delmoment och möjligt problemområde som i enlighet med författarnas efterforskningar tidigare inte har utforskats på detta sätt. Detta för att se vilka faktorer som påverkar ambulanssjuusköterskans upplevelser av förberedelsefasen - från larm till ankomst hos ett allvarligt sjukt eller skadat barn. I denna studie kommer författarna låta ambulanssjuusköterskan själv bestämma vad de anser att ett allvarligt sjukt eller skadat barn är. Detta eftersom det är en subjektiv upplevelse samt att författarna inte vill styra informanterna.

Metoden för det planerade arbetet är kvalitativa intervjuer av ambulanssjuusköterskor.

Önskemål från Din verksamhet: Vi önskar kunna intervju 1-5 sjuusköterskor på Din enhet. Intervjuerna, som beräknas ta 30-60 min önskar vi genomföra i lokaler på Din klinik och i anslutning till de intervjuades arbetspass. Det är även ett önskemål att intervjuerna kan ske på arbetstid. Intervjuerna kommer att ljudupptas. Vi planerar att genomföra intervjuerna under december 2017 och januari 2018. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Samtycke:

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....
.....
Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum Namn

Namnförtydligande

Enhet

Brev till Informanter

Vi heter Johan Bergman och Joakim Sandqvist, är sjuksköterskor och studerar till specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård vid Sophiahemmets Högskola. Vårt syfte med studien är att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av förberedelsefasen - från utlarmning till ankomst hos ett svårt sjukt eller allvarligt skadat barn. Vi har sett att det finns ett flertal studier hur ambulanssjuksköterskor reagerar i efterförloppet när de har omhändertagit ett allvarligt sjukt eller skadat barn. Men vi har inte funnit några studier på ambulanssjuksköterskans upplevelser från larm till ankomst, varför vi vill göra en intervjustudie för att undersöka förberedelsefasen hos ambulanssjuksköterskor. Vi söker specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård som vid minst ett tillfälle fått ett larm om ett allvarligt skadat eller sjukt barn. Det ska framgå på utalarmeringen att barnet är allvarligt skadat eller sjukt.

Vi har tagit kontakt med din verksamhetschef och fått godkänt att lämna detta brev på din arbetsplats och informera dig om vår studie. Skulle det finnas intresse att delta i studien önskar vi att du kontaktar XXXXX. Vill du delta i studien kommer en tid att bokas med XXXXX. Intervjun kan äga rum på din arbetsplats i samband med ett arbetspass. Det går även bra att göra intervjun på överenskommen plats utanför arbetsplatsen. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Det är två stycken författare av studien men endast XXXXX kommer att träffa dig. Detta eftersom författarna bor i olika delar av landet. Intervjuerna kommer att spelas in med ljudupptagning från en mobiltelefon. Detta för att ingenting ska missas under intervjun. Författarna kommer att lyssna enskilt och transkribera materialet som de själva har spelat in. Detta för att öka konfidentialiteten. Ingen annan mer än den som intervjuat dig kommer att ha tillgång till inspelningen. I samband med transkriberingen kommer allt material att avidentifieras och de intervjuerna kommer att numreras. I resultatredovisningen kommer allt som kan härledas till landsting eller individ att avidentifieras. Du kan när som helst utan att uppge anledning välja att avsluta deltagandet i studien, detta fram tills dess att studien är publicerad. Har du frågor eller vill avsluta ditt deltagande kan du kontakta Johan Bergman eller Joakim Sandqvist, kontaktinformation finns nedan. När studien är godkänd kommer studien att publiceras i DiVA, vilket är en gemensam portal för studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att tillämpas strikt. Finns intresse av att läsa studien alternativt att vi ska komma och redovisa vår studie på din arbetsplats är du välkommen att kontakta Johan eller Joakim.

Umeå 2017-11-09

Med vänliga hälsningar

Johan Bergman
Student vid Sophiahemmet högskola
Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning mot ambulanssjukvård.

Joakim Sandqvist
Student vid Sophiahemmet högskola
Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning mot ambulanssjukvård.

Fredrik Blixt
Handledare

Jag samtycker till deltagande i studien.

Underskrift

Namnförtydligande

Ort

Datum

Frågeguide

Börja med intervjun och tacka för att informanten deltar. Beskriv syftet med studien. Berätta att intervjun är frivillig och informanten får avbryta det när som helst utan att ange orsak. Berätta att vi tänkt spela in intervjun med mobiltelefonen för att kunna lyssna aktivt på informanten och inte behöva sitta och ta anteckningar, är det okej?

Bakgrundsfrågor

Ålder?

Har du egna barn?

Hur många år har du jobbat som inom ambulanssjukvården?

Antalet år verksam som specialistsjuksköterska i ambulanssjukvård?

Hur många allvarligt skadade eller svårt sjuka barn har du varit med om under din tid på ambulansen?

Börja med att välja ut ett allvarligt skadat eller sjukt barn och berätta om det larmet?

Vad tänkte du när du fick larmet?

Vilka förberedelser gör du från att du fått larmet till att du sätter dig i ambulansen?

När du satt dig i ambulansen och till framkomst hos barnet vad gör du under den tiden?

Vilka tankar har du under uttryckningen?

Vad tänker du kring närvarande vuxna/föräldrar på väg ut?

Hur upplever du dina kunskaper kring omhändertagandet av barn?

Vilka faktorer gjorde dig lugnare/mer stressad?

Finns det någonting som du vill ta upp innan vi avslutar intervjun?

Sonderande frågor

Kan du ge exempel?

Kan du berätta/beskriva mer om?

Hur menar du då?

Vad tänkte du då?

Vad kände du då?

Avsluta intervjun, fråga hur det kändes? Har det rört upp känslor? Beskriv vad vi kommer att göra med det inspelade materialet och att konfidentialitet kommer att upprätthållas.

Tacka så mycket att intervjun har fått utföras.