

**AMBULANSSJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV SÄKER
OMVÅRDNAD UNDER PATIENTTRANSPORT**

- En intervjustudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2018-11-20
Kurs: Ht 11

Författare:
Niklas Källman Beskow

Handledare:
Emelie Bjällfalk

Examinator:
Anders Rüter

SAMMANFATTNING

Ambulanssjuusköterskan ska i sin profession kunna bedöma, vårda och transportera på ett korrekt och patientsäkert sätt in till sjukhus. Den prehospitalt specialiserade sjuusköterskan förväntas bemästra en rad uppgifter vilket inkluderar en ökad säkerhetsmedvetenhet både för sig själv och för sin patient. En ambulans skiljer sig från övriga utryckningsfordon i trafiken då den förväntas klara av att transportera akut sjuka patienter med avancerat omvårdnadsbehov, dagens ambulansfordon är större i storlek och innehåller mer medicinskteknisk utrustning än sina föregångare. Vårdutrymmet är ambulanssjuusköterskans huvudsakliga arbetsmiljö som ibland delas med extra specialistpersonal eller närstående till patienten. I tidigare studier har ambulanspersonalens egna tankar och upplevelser inte beskrivits i någon större utsträckning, utan fokus har legat på i vilken omfattning ambulansrelaterade skadehändelser skett i trafiken och vilka yttre omständigheter som figurerat samt vårdutrymmets utformning.

Syftet med studien var att belysa ambulanssjuusköterskans upplevelser av patientsäkerhet vid omvårdnadsåtgärder under patienttransport.

Metoden som användes var en intervjustudie med deskriptiv design. Datainsamling skedde genom sju semistrukturerade intervjuer från verksamma ambulanssjuusköterskor i Mellansverige. Intervjuerna analyserades därefter enligt en manifest innehållsanalys.

Fyra huvudkategorier framkom i resultatet; begränsande och hindrande vårdutrymme, preventiva transportåtgärder, riskfylld och risktagande omvårdnad samt hinder i lastsäkring. Utformningen av vårdutrymmet visade sig från vårdarstolen sett begränsa åtkomst till både patient och utrustning samt att vissa åtgärder var omöjliga att genomföra med bilbälte på. Preventiva transportåtgärder i den mån det var möjligt samt samverkan inom ambulansbesättningen och med övriga medföljande ansågs allmänt öka säkerheten ombord. En form av risktagande omvårdnad bedrevs om patientens status var instabil eller kritisk; återkommande exempel av detta var vid illamående patienter eller vid hjärt- och lungräddning [HLR] under transport. Samtliga ambulanssjuusköterskor var eniga om att just dessa situationer medförde obältat arbete. Avsaknad av adekvat lastsäkring av utrustning medförde improviserade förankringar och ibland lösa föremål. Flertalet ambulanssjuusköterskor angav att intensivvårdstransporter var särskilt oroande. Slutligen underströks även att delar av ambulansens befintliga utrustning inte var anpassade efter patienter med avvikande små eller stora kroppsstorlekar vilket medförde inadekvat fixering och förankring.

Slutsatsen var att patientsäkerhet under transport utgick från vårdutrymmets utformning samt ambulanssjuusköterskans fysiska förmåga att utföra ergonomiska såväl som obekväma uppgifter. Vidare var arbetslivserfarenhet och kompetens av vikt för att interventioner skulle vara möjliga och att de genomfördes vid rätt tidpunkt. Klinisk erfarenhet och kompetensnivå var en förutsättning för säker vård och essentiellt för det prehospitala utvecklingsarbetet. Ambulansens utrustning var i flera avseenden inte modulär och genom den bristande graden av anpassningsbarhet förekom ett kalkylerande risktagande hos den prehospitala personalen. Genom ett självupppoffrande beteende hos ambulanssjuusköterskan ansågs vårdkvalitén öka i vissa avseenden samtidigt minska i andra. Det övergripande synsättet som beskrevs var en inställning att lösa prehospitala utmaningar med till hands tillgängliga medel och utifrån det altruistiska synsättet att sätta patienten i första rum.

Nyckelord: ambulanssjuusköterska, vårdutrymme, prehospitala omvårdnadsåtgärder, patientsäkerhet, ambulansrelaterad skadehändelse i trafiken.

ABSTRACT

The ambulance nurses must in their professional role know how to assess, treat and transport patients in a correct and safe manner to the hospital. The prehospital specialist nurse is expected to master several tasks which include an increased safety awareness both for themselves and for their patient. An ambulance differs from other emergency vehicles in traffic as it is expected to be capable of transporting acutely sick or ill patient in need of advanced medical care. Today's ambulance vehicles are larger in size and contain more medical equipment than their predecessors. The care space is the ambulance nurses' main workplace which sometimes is shared with additional specialist staff or related kin to the patient. In previous studies the ambulance staff's own thoughts and experiences are not described in any great extent, the focus has been towards ambulance-related injury events occurred in traffic and what external factors that were present.

The aim was to illustrate the ambulance nurses' experiences of nursing interventions in the ambulance care space during patient transport.

The method used was an interview study with a descriptive design. Data collection took place through seven semi-structured interviews from ambulance nurses in central Sweden. The interviews were then analyzed according to a manifest content analysis.

Four main categories emerged in the result; restrictive and preventive care space, preventative transport measures, risky and risk-taking care and barriers to securing cargo. The design of the ambulance care space showed that the provider seat limited access to patient and equipment and that certain procedures were impossible to carry out while wearing seatbelt. Preventative transport measures, cooperation within the ambulance crew and that with others accompanying were considered to increase the general safety onboard. A form of risk-taking care was undertaken if the patient's status was unstable or critical; a recurrent example of this were in nauseated patients or during cardiopulmonary resuscitation while in transport. All ambulance nurses agreed that these situations in particular led to managing the patient while unbelted. The lack of adequate cargo securing methods resulted in improvised anchoring and sometimes loose objects in the ambulance care space. Particularly worrying was the intensive care transports according to the majority of the ambulance nurses. It was also emphasized that part of the ambulance's existing equipment was not adapted to patients with divergent small or large body sizes which resulted in inadequate fixation and anchoring.

The conclusion was that patient safety emanated from the care space design and the ambulance nurse's physical ability to perform ergonomic as well as uncomfortable tasks during transport. Furthermore, work experience and competence were important for interventions to be possible and that they were implemented at the right time. Clinical experience and skill level were a prerequisite for safe care and essential for prehospital development work. The ambulance equipment was in many respects not modular and, due to the lack of degree of adaptability, there was a calculating risk-taking behavior by the prehospital staff. Through a self-sacrificing behavior of the ambulance nurse, the care quality was considered to increase in some respects while decreasing in others. The overall approach described was that prehospital challenges was to be solved with whatever means available and on the basis of the altruistic approach to put patients' needs first.

Keywords: ambulance nurse, care space, prehospital nursing interventions, patient safety, emergency medical vehicle collisions.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Ambulanssjukvård.....	2
Vårdutrymmets utformning.....	3
Prehospitala omvårdnadsåtgärder	5
Patientsäkerhet i vårdutrymmet.....	6
Ambulansrelaterade skadehändelser i trafiken	7
Teoretisk utgångspunkt	8
Problemformulering.....	9
SYFTE	9
METOD	9
Ansats	9
Design	10
Urval	10
Datainsamling	11
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska överväganden.....	13
RESULTAT	15
Begränsande och hindrande vårdutrymme	16
Preventiva transportåtgärder	17
Riskfylld och risktagande omvårdnad	19
Hinder i lastsäkring.....	20
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion.....	28
Slutsats.....	36
Klinisk tillämpbarhet.....	36
REFERENSER	38

BILAGA A - Informationsbrev till informanter

BILAGA B - Samtyckesformulär från informanter

BILAGA C - Intervjuguide

INLEDNING

Författaren är verksam i ambulanssjukvården i Mellansverige inom ett landsting där standardambulansen för majoriteten av ambulansstationerna utgörs av en ombyggd skåpbil tillika lätt lastbil. Ambulanssjukvård är ett område som innefattar utmaningar för ambulanspersonalen på flertalet olika nivåer där omvårdnad av patient under transport är en av dessa. Det förekommer i det dagliga arbetet stunder då ambulanspersonalen under patienttransport behöver ta enkla såväl som livsavgörande medicinska beslut. Detta inte bara utifrån ambulanspersonalens medicinska kompetens utan även utifrån från ett trafiksäkerhetsperspektiv som innefattar framförandet av tunga fordon på skiftande väglag året om. Kompetensutvecklingen inom ambulanssjukvården har allt sedan det författningsreglerades att enbart legitimerade hälso-och sjukvårdspersonal fick hantera läkemedel medfört en ökning av sjuksköterskor. Den stigande kompetensen har inneburit att det idag finns flertalet sjuksköterskor med vidareutbildning inom ambulanssjukvård. Då dessa i större utsträckning befinner sig i ambulansens vårdutrymme under ambulanstransport är denna yrkeskategori intressant när patientsäkerhet i ambulansens vårdutrymme önskar undersökas. Vidare är den legitimerade sjuksköterskan med vidareutbildning inom ambulanssjukvård en kompetens i ambulanssjukvården som inte återfinns i liknande omfattning internationellt. Ambulanser har internationellt liksom nationellt drabbats av trafikskadehändelser där samtliga ombordvarande på något sätt drabbats och/eller skadats. Det föreligger således ett intresse att undersöka ambulanssjuksköterskors erfarenheter av patientsäkerhet vid omvårdnadsåtgärder under patienttransport. Förhoppningen är att denna uppsats ska komplettera framför allt tidigare kvantitativa forskning och bidra till att ambulanssjuksköterskors tankar kring sin huvudsakliga arbetsmiljö, ambulansens vårdutrymme, framhävs vilket kan bidra till ökad patientsäkerhet.

BAKGRUND

Ambulanssjukvård

Ambulanssjukvård är en specialitet med komplexa utmaningar på olika nivåer varav omvårdnad av patient under transport är ett av dessa. Den prehospitla miljön varierar och ambulanspersonalen träffar en bredd av patienter i olika åldrar, kön samt med olika allvarlighetsgrader av fysiska och psykiska sjukdomar (Suserud, 2005). I Socialstyrelsens föreskrift om ambulanssjukvård m.m. går det att läsa hur ambulanssjukvård innefattar vård och transport av en patient till lämplig sjukvårdsinrättning. Dessa transporter ska ske på ett säkert sätt för ambulansbesättning, patient och övriga medpassagerare (SOSFS 2009:10, kap 3, 8§).

Ambulanspersonals kompetens internationellt

Internationellt ser utbildningen för ambulanspersonal annorlunda ut jämfört med i Sverige där ett exempel är USA vars prehospitla systemen bygger på att det finns fyra nivåer av ambulanspersonal. Den kortare utbildningen på sju till tio veckor kallas för emergency medical technician [EMT] och den längre yrkeshögskoleutbildningen på ett till två år för paramedic vilken är mer förekommande internationellt samt är den högsta utbildning prehospitalt som ambulanspersonal kan erhålla i USA. En paramedic har utökade läkemedelsadministreringsmöjligheter och är utbildad för att hantera svårare medicinska fall och luftvägar jämfört med en EMT (Brooks, Sayre, Spencer & Archer, 2016).

Ambulanspersonalens kompetens i Europa varierar och utgår inte från något sammanbindande direktiv från EU. Allmänsjuksköterskor förekommer prehospitalt i flertalet europeiska länder t ex Storbritannien, Polen och Nederländerna då oftast i besättningar med en ambulansförare och/eller ambulanssjukvårdare vilket motsvarar utbildningsnivån för en amerikansk EMT. Enstaka länder t ex Estland, Litauen och Turkiet har även specialiserade sjuksköterskor inom ambulanssjukvård. Förekomsten av paramedics var år 2010 mer utbredd jämfört med sjuksköterskor (Ambulanzorg Nederland, 2010: Ambulanzorg Nederland, 2015).

Ambulanssjuksköterskans kompetens nationellt

Behovet av vårdutbildad ambulanspersonal har växt i takt med framsteg inom akutsjukvård och medicinska behandlingar. En stadig ökning av antalet skadade i biltrafiken under 1950-talet ledde till utvecklandet av en mer organiserad ambulanssjukvård (Suserud, Wallman-C:son & Haljamäe, 1998). I slutet av 1960-talet beslutades det författningsmässigt att personal som bemannade sjuktransporter var sjukvårdshuvudmännens ansvar vilket resulterade i en av de första sjukvårdsutbildning för ambulanspersonal nationellt. Utvecklandet av den svenska ambulansverksamheten skedde dock som mest under 1980-talet med förändringar i form av satsningar på ambulanspersonalens utbildning, fordon och utrustning (Gårdelöv, 2016a). Sjuksköterskans del i ambulanssjukvården blev år 2005 permanent i och med att Socialstyrelsen skärpte reglerna kring läkemedelshantering. Tidigare hade ambulanssjukvårdare varit undantagna kravet att endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal fick administrera läkemedel. När denna reservation togs bort blev följden att minst en i ambulansbesättningen var tvungen att vara sjuksköterska om en patient behövde läkemedelsbehandling (SOSFS 2005:24).

Nuvarande styrning av hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens i ambulansen utgår från sjuksköterskans behörighet att förbereda och administrerar läkemedel utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37, kap 7-9).

Införandet av sjuksköterskor i ambulanssjukvården påverkade kvalitén av den vård och omvårdnad som gavs till patienterna. Det framstod också att arbetet i en ambulans utgjorde en speciell inriktning med högre krav än vad en allmänutbildad sjuksköterska kunde erbjuda. Prehospitalt verksamma sjuksköterskor behövde en bred kunskapsbas och praktisk erfarenhet för att kunna samla information, bedöma och behandla patienter på ett adekvat sätt (Suserud, 2005). Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård i Sverige består idag av ett påbyggnadsprogram på 60 högskolepoäng som återfinns på 11 lärosäten. För behörighet krävs tidigare godkänd sjuksköterskeexamen och för majoriteten av högskolor samt universitet ett halvår upptill ett års heltidsarbete som allmänsjuksköterska (Universitets- och högskolerådet, 2018). En kompetensbeskrivning har i samarbete med Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor [RAS] och Svensk Sjuksköterskeförening [SSF] utarbetats för legitimerade sjuksköterskor med en specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård. I denna tydliggörs att ambulanssjuksköterskan i sin profession förväntas kunna förflytta och transportera patienter på ett trafik- och patientsäkert sätt (SSF, 2012).

Vårdutrymmets utformning

Modern säkerhetsutrustning

Bilbältet har identifierats som en av de viktigaste säkerhetsdetaljerna för samtliga ombordvarande i såväl fram- som bakdel av fordon. Förutom bältesanvändning spelar även ett fordonets hastighet in i utkomsten vid en trafikskadehändelse genom att dels förändra skadepanoramats och dels risken att en olycka ska inträffa (Trafikverket, 2010; Zhu, Cummings, Chu & Cook, 2007). Användandet av bilbälte lyder idag under Trafikförordningen där det har fastslagits att alla som åker i ett fordon där bilbälte finns installerat ska använda det (SFS, 1998:1276, 4 kap, 10§). Under år 2016 uppmättes bilbältesanvändningen av förare till 97,5 procent för personbilar i Sverige. En modern ambulans kategoriseras dock inte som personbil utan som ett skåpbilsliknande fordon tillika liten lastbil. För bältesanvändningen år 2016 för denna kategori uppmättes bilbältesanvändningen av förare till 92 procent i Sverige (Trafikverket, 2016).

Förekommande typer av bilbälten i ambulanser generellt utgörs primärt av två typer nämligen tvåpunktsbältet och trepunktsbältet. Trepunktsbältet är ett bilbälte med ett diagonalband och ett höftband fäst i minst tre punkter i fordonet. Tvåpunktsbältet även kallad för höftbälte är ett bilbälte som löper över höften fäst i minst två punkter av fordonet (VVFS 2003:22). Höftbältet förhindrar effektivt innehavaren att slungas iväg och skada sig själv eller andra vid en eventuell inbromsning eller kollision (Green et al., 2010). Riskerna med denna typ av bälte är att vid för hög placering ovanför bäckenet kan den orsaka skada i buk och ländrygg. Till skillnad från ett trepunktsbälte bromsas inte heller överkroppen upp av höftbältet vilket vid en frontalkollision kastar innehavaren framåt i en fällknivsliknande rörelse. Vid sidokollisioner finns även risk för nack- och ryggskador då tvåpunktsbältet fångar upp sidokrafter sämre (National Association of Emergency Medical Technicians [NAEMT], 2015).

Till följd av variationer på ambulansbåtar förekommer olika typer av bälteslösningar till dessa. Den vanligast förekommande typen av ambulansbår i Sverige är dock Allfabåren vilket är en av gummi, plast och aluminium konstruerad patientbår med fyrpunktsbälte. Konstruktionen har en vikt på ca 30 kg och klarar av att bära patienter upp till 300 kg. Säkerhetsbältena för denna bår består av ett fyrpunktsbälte och två separat tvärgående bälten för de nedre extremiteterna (Ferno Norden, 2011).

Vid transporter med barn finns ytterligare tillägg till trafikförordningen där barnets längd avgör om särskild bilbarnstol, bälteskudde eller annan skyddsanordning ska nyttjas. För att i ambulansen kunna transportera barn på ett trafiksäkert sätt finns därför speciella bilbälten som spänns fast över befintlig bår. Ett av dessa är Pedimate vilket klarar av barn som väger mellan 4,5 kg till 18 kg (Ferno Norden, 2011). För spädbarn som väger mellan 1,8 kg till 5 kg finns även en specifikt utvecklad säkerhetssele kallad Kangoofix (Ferno Norden, 2016).

Utformning av ambulanser internationellt

Amerikanska ambulanser har traditionellt innan år 2008 utrustats med enbart tvåpunktsbälten vid den primära arbetsdelen, en sidovänd sittbänk, intill vardera sida av ambulansbåren. Till följd av att höftbältet har ambulanspersonalens arbetsvinkel blivit för snäv och flertalet uppmärksammat att bilbältet varit i vägen vid omhändertagande av patienten (Green et al., 2010). I senare studier är trepunktsbälten mer förekommande men placering tillika problematiken med räckvidd från den primära arbetsplatsen eller sittbänken återstår (Lee, Kibira, Barnard Feeney & Marshall, 2013). Under senare år har ambulanser med vårdutrymmen liknande svenska förhållanden introducerats på den amerikanska marknaden (Sagarra, 2015). I en studie uppger ambulanspersonal att de tvingats anpassa sina arbetssätt när de byter mellan ambulanser med olika utformning av vårdutrymmet. Sammanfattningsvis är den traditionella sidovända sittbänken fortsatt kvar men trepunktsbälte har ersatt tvåpunktsbältet och enstaka ambulanser är nu av mer europeisk standard med dedikerade vårdarstolar vända i färdriktningen (Corman, 2018).

Utformning av ambulansers vårdutrymmen i Europa varierar utifrån ambulansmodell och land. I en fransk studie där besättningens och patientens säkerhet undersöktes i vanliga akutambulanser samt intensivvårdsambulanser förekommer flera olikheter mellan de olika ambulansmodellerna. Variationer med vårdarstolar placerad i färdriktningen i kombinationer mot färdriktningen samt sidovända sittbänkar. Både tvåpunktsbälten och trepunktsbälten förekom (Fournier et al., 2013).

Utformning av ambulanser nationellt

En orsak till varför dagens ambulanser utgörs av större vårdutrymmen jämfört med sina föregångare berodde på den ökning av prehospitalt verksamma läkare och sjuksköterskor under början av 2000-talet ledde till att mer medicinsk utrustning tillfördes ambulansernas vårdutrymmen (Gårdelöv, 1998). Utvecklingen gick från ambulansfordon i form av ombyggda kombivagnar till internationellt mer använda fordon av minibusstyp. Större vårdutrymmen behövdes för att förbättra arbetsmiljöproblem med lastning och möjlighet att nå patienter under transport (Gårdelöv, 2016b).

Den nationella standardorganisationen Swedish Standards Institute [SIS] har publicerat ett antal standarder om vad för kravspecifikationer som finns på bilbälten, båtar och fastsättning av utrustning i vårdutrymmet av ambulanser (SIS, 2014). Socialstyrelsen har vidare tydliggjort att ambulansfordon ska vara konstruerade så att vård kan bedrivas på ett säkert och effektivt sätt under transport.

Ambulanstillverkarna har krav på sig att antingen följa SIS normer eller de krav som Socialstyrelsen ställer på utformning gällande märkning, utrustning och utformning (SOSFS 2009:10 kap 3, 4-10§§, 12-13§§). Antalet sittplatser med bilbälten i ambulanserna skiljer sig beroende på modell och tillverkare. Majoriteten av ambulansfordonen har en till två bältade vårdarplatser bak i ambulansens vårdutrymme vid sidan av ambulansbåren i fordonets färdriktning. Dessa kan vara placerade i färdriktningen medan andra ambulansleverantörer har en i färdriktningen och den andra vänd mot den primära vårdarstolen. I vissa ambulansmodeller finns en sittyta bakom bårens huvudända vilken i regel inte utrustats med bilbälte. Bältestyperna består antingen helt av trepunktsbälten eller kombinationer av trepunkts- och tvåpunktsbälten. Samtliga ambulanstillverkare tillhandahåller en bårplats där ambulansbåren rullas in på en bårsläde som det i slutet på sitter en låsmekanism. Denna lösning motverkar rörelse i färdriktning och i sidled samt säkrar båren i vårdutrymmets golv (Ambulansproduktion AB, 2011, Euro-Lans Nordic Vehicle, 2012 & Nilsson Special Vehicles, 2011).

Prehospitala omvårdnadsåtgärder

Den fysiska närheten vid omhändertagande av patienter med livshotande eller potentiellt livshotande tillstånd är tvåfaldigt. För ambulanspersonalen är det viktigt att befinna sig på ett tillräckligt nära avstånd för att kunna identifiera förändringar i patientens fysiska tillstånd och sätta in nödvändiga åtgärder därefter. Kroppsspråk, ögonkontakt och kroppsberöring från ambulanspersonalen verifierar samtidigt för patienten att denne är sedd och inbjuder till vidare dialog (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2011). I en svensk studie där ambulanssjuksköterskor intervjuats framkom att den fysiska närheten till patienten om än så enkelt att hålla handen upplevdes som en essentiell omvårdnadsaspekt för att bygga upp relationen och tilliten mellan vårdgivare och vårdtagare (Poljak, Tveith & Ragneskog, 2006).

Dagens ambulanser innehåller utrustning som möjliggör avancerad sjukvård vid såväl hämtplats som under transport (Gårdelöv, 2016a). Socialstyrelsen har reglerat vilka insatser som ambulanspersonal förväntas kunna genomföra under en transport. Basala insatser består av att etablera och upprätthålla en fri luftväg, assistera andning, stoppa yttre blödning, immobilisera frakturer samt utföra HLR. Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. fastslår att ambulanspersonal ska ges möjlighet att medicinera, dokumentera, övervaka samt förflytta patienter på ett för ändamålet så säkert sätt som möjligt (SOSFS 2009:10 kap 3, 3§). Socialstyrelsens krav på åtgärder återfinns även internationellt i Advanced Life Support [ALS] konceptet. De inbegriper en rad invasiva tekniker och behandlingsprinciper vars syfte är att stabilisera en respiratoriskt och/eller cirkulatoriskt sviktande patient. Alla patienter oavsett ålder som utsatts för trauma där det föreligger misstanke för skada på nacke- och kotpelare bör enligt ALS principerna helkroppsimmobiliseras. Detta görs genom att patienten spänns fast med nackkrage på en ryggbräda även kallad spineboard som sedan säkras på ambulansbåren (NAEMT, 2015). För flertalet ambulanspersonal i Sverige är delar av ALS konceptet integrerat med de medicinska behandlingsriktlinjerna (Sveriges medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan [SLAS], 2017).

De vanligaste omvårdnadsåtgärderna som ambulanspersonal utförde i vårdutrymmet under transport var att dokumentera patientens sjukdomshistoria samt att övervaka dennes tillstånd med hjälp av diverse medicinskt teknisk utrustning.

Elektronisk övervakning skedde dels med pulsoximetri och dels genom att elektroder för hjärtmonitorering eller med defibrilleringsplattor placerades ut på bröstkorgen (Petzäll, 2008). En annan förekommande omvårdnadsåtgärd som ambulanspersonal ägnade sig åt var att understödja patientens andning antingen med olika sorters syrgasmasker eller med andningsblåsa (Lee et al., 2013).

Om andningssvårigheter uppstod under transport ansåg ambulanspersonal att sittytan framför ambulansbåren huvudända, bakom patientens huvud, var bäst lämpad för assisterad andning. Från denna position var ambulanspersonal eller medföljande vårdpersonal med specialistkompetens obältade (Petzäll, 2008). Internationellt finns dock andra alternativ med en dedikerad vårdarplats bakom ambulansbårens huvudända med variationer av både tvåpunkt och trepunktsbälten (Green et al., 2010; Sagarra, 2015).

Manuellt genomförda bröstkompressioner i vårdutrymmet har visat sig fysiskt krävande för ambulanspersonal. En studie belyser att kvalitén av kompressioner vid HLR genomförd under patienttransport var av lägre kvalitet jämfört med på hämtplats.

Bröstkompressionerna var ytligare och frekvensen långsammare vilket föreslås bero på uttrötad personal till följd av minskad tillgång till byten vid analyspauserna (Russi et al., 2016). Tidigare studier beskriver återkommande hur ambulanspersonal hindras att effektivt utföra bröstkompressioner av befintliga bilbälten vid vårdarplatsen (Corman, 2018; Lee et al., 2013; Petzäll, 2008; Suserud, Jonsson, Johansson & Petzäll, 2013). Samtidigt finns det idag flertalet olika mekaniska bröstkompressionssystem tillgängliga för prehospitalt bruk (Jolife AB, 2017; Zoll, 2018). Fördelen med mekaniska hjälpmedel vid HLR är dels att bröstkompressioner kan pågå effektivt och kontinuerligt med minimering av avbrott mellan förflyttning samt dels att ambulanspersonal kan förbli bältade under transport (Larsson & Engström, 2013).

Patientsäkerhet i vårdutrymmet

Ambulansens vårdutrymme beskrivs i en studie som särskilt utsatt med risk för skador för både patient och ambulanspersonal. Detta oavsett ambulansärendets prioritet eller ambulanstransportens hastighet (Brice et al., 2012). Patientsäkerheten påverkas utifrån vårdutrymmet fysiska förutsättningar, design, vilket i sin tur medför i vilken grad ambulanspersonal kan förbli bältade men ändå omhändertar patienter under transport (Suserud et al., 2013). Patientsäkerhet i vårdutrymmet berör därav dels risken att skadas av obältad ambulanspersonal som far omkring under transport samt dels av omvårdnadsåtgärder som försämras eller uteblir till följd av inskränkande bilbälten (Corman, 2018; Maguire 2011).

Arbetsmiljö

Frånsett hämtplats är ambulansens vårdutrymme ambulanspersonalens huvudsakliga arbetsmiljö. Arbete i vårdutrymmet tillika ambulanspersonalens arbetsmiljö är en utmaning dels i att identifiera och utföra omvårdnadsåtgärder som stillastående eller inne på sjukhusinrättning hade varit enkla att utföra. Samtidigt som detta måste ske ska även hänsyn tas säkerhetsfrågor som i många fall är unika och inte förekommer på annat sätt än att under transport i ett sedan tidigare konstaterat skadedrabbat utrymme bedriva akutsjukvård (Bigham et al., 2011). I en amerikansk studie framträder hur ambulanspersonal alternerar att arbeta i skiftande vårdutrymmen i äldre traditionella och nyare modernare ambulansmodeller.

Ambulanspersonalens förmåga till anpassning mellan dessa fordon varierade men återkommande var hur vårdutrymmet och arbetssättet anpassades utifrån rådande förutsättningar fram till en kvalificerad och säker vård (Corman, 2018). Ambulanspersonal i Sverige har arbetsmiljöförordningen att stödja sig på som tydligt klargör att en arbetsmiljö organiseras och iordningställas så att arbete kan ske i en hälsosam och säker miljö. Arbetslokalen ska utformas och inredas så att arbetsmiljön gynnas positivt (SFS, 1977:1166)

Patientsäkerhet

Socialstyrelsen har fastslagit att en ambulans vårdutrymme ska vara utformat och iordningsställt så att en god och säker vård kan ges till patienten oavsett om fordonet är stillastående eller i rörelse (SOSFS 2009:10, kap 3, 8§). I Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659, kap 3, 3§) går att läsa hur all hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra och upprätthålla en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdskada uppkommer hos patient. I en amerikansk studie undersöks hur ambulanspersonal arbetar i och utanför ambulansens vårdutrymme samt hur de får vårdkvalité och säkerhet att gå ihop. Genom att skapa en förståelse för ambulanspersonalens arbetar i fält identifieras dels hur utformning av vårdutrymmen kan förbättras samt dels hur en säker och högkvalitativ vård kan uppnås. Detta leder till säkrare vård och ökad trygghet för både patient och ambulanspersonal (Corman, 2018).

Ambulansrelaterade skadehändelser i trafiken

Internationellt

Internationellt sett sker trafikrelaterade skador och dödsolyckor för ambulanspersonal mer frekvent jämfört med i Sverige (Arbetsmiljöverket, 2016; Maguire, 2011; Reichard, Marsh, & Moore, 2011). Samtidigt är inte svensk ambulanspersonal undkommen helt och hållet utan anses även de har en ökad risk att skadas i trafiken. Den nationella statistiken för detta är dock bristfällig (Albertsson & Bylund, 2009). Termen Emergency Medical Vehicle Collisions [EMVC] definieras som en ambulansrelaterad skadehändelse i trafiken där en ambulans involverats och där skada uppstått hos ambulansbesättning, patient eller hos andra medtrafikanter (Bui et al., 2017). Återkommande i flertal studier var att ambulansrelaterade skadehändelser i trafiken inträffade mer frekvent under transporter då ljus- och ljudsignaler användes för att påkalla av fri väg. Vidare inträffade dessa i stadsmiljö, dagtid, på torrt underlag och i korsningar eller i anslutning till en sådan (Lundälv 2006; Sanddal, Sanddal, Ward & Stanley, 2010). Ambulansärendets prioritering har dock varit omdiskuterat och enstaka studier har visat att ambulansrelaterade skadehändelser i trafiken kan ske även vid ambulanstransporter utan ljus- och ljudsignaler och att ambulanspersonal vid dessa tillfällen varit obältade en betydande del av transporten (Brice et al., 2012). Internationellt var antalet skadade vid ambulansrelaterade skadehändelser var generellt sett också högre än vid trafikskadehändelser med icke utryckningsfordon (Ray & Kupas, 2005). Antalet drabbade vid dessa händelser berodde dels på vilken typ av skadehändelse det rörde sig om och dels hur pass noggrann ambulanspersonalen varit med att säkra sig själva, patienten, utrustning och eventuellt övriga medföljande i vårdutrymmet (Lundälv, 2006).

Ambulanser är konstruerade för att kunna lasta tunga laster vilket inkluderar patient och ambulanspersonal men även utrustning. Framkomlighet för utryckningsfordon i stadsmiljö skiljer sig i jämförelse med på landsbygd.

Längre avstånd mellan hjulparen hos vissa typer av ambulanser har resulterat i låg markgång och risk att fastna vid passerande av farthinder. Krängningar var ett ytterligare problem framför allt när ambulanser i hög fart åkte igenom cirkulationsplatser (Trafikverket, 2011). Vid omhändertagande av patienter i vårdutrymmet var risken även större att lösa föremål kunde slungas iväg och skada passagerare vid en snabb inbromsning av ambulansfordonet (Corman, 2018; Petzäll, 2008). Tidigare studier har visat att en övervägande del av de som omkom vid ambulansrelaterade skadehändelser befann sig i vårdutrymmet och att de antingen var delvis eller helt obältade (Maguire, 2011; Sanddal et al., 2010).

Nationellt

Sverige saknar en organisation som registrerar, utreder och sammanställer rapporter efter trafikskadehändelser med ambulanser. Andra länder däribland Norge har sedan år 2009 en dedikerad analysgrupp med målet att förebygga ambulansolyckor. Till följd av detta är det svårt att avgöra hur många ambulansrelaterade trafikskadehändelser som skett i närtid nationellt. Den senaste tillgängliga statistiken från Transportstyrelsen indikerar ett 50-tal trafikolyckor med ambulanser i olika allvarlighetsgrad mellan åren 2010-2015 (Björkman, 2015, 30 april). Arbetsmiljöverket har under åren 2011-2015 sammanställt bakomliggande orsaker till sjukfrånvaro inom blåljusbranscherna. Data utifrån anmälda arbetsskador till försäkringskassan ligger till grund för statistiken där ambulanssjukvården uppgav att det i åtta procent av fallen orsakades av att ambulanspersonal förlorat kontrollen över ambulansen (Arbetsmiljöverket, 2016).

Teoretisk utgångspunkt

Denna studies teoretiska utgångspunkt utgår från ett vårdvetenskapligt perspektiv där ett flertal begrepp framkommit efter genomgång av tidigare relevant forskning inom kunskapsområdet patientsäkerhet och ambulansrelaterad patienttransport. Nedan följer definitioner av dessa tillskrivna centrala begrepp.

Ambulanssjuksköterska

En ambulanssjuksköterska är en legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård (SSF, 2012). Det förekommer att allmänsjuksköterskor eller sjuksköterskor med annan specialistutbildning attribueras ambulanssjuksköterskor vilket inte är korrekt då ambulanssjuksköterska är ett reglerat yrke med skyddad arbetstitel (SFS, 2001:319; SFS 2010:659).

Vårdutrymme

Ett vårdutrymme är det iordningsställda och fysiskt planerade och organiserade patientutrymme i vanligtvis den bakre delen av en ambulans avsedd för vård och transport av patienter (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström, 2016).

Prehospitala omvårdnadsåtgärder

Omvårdnad är ett brett begrepp och de prehospitala omvårdnadsåtgärderna även unika i många aspekter (Poljak et al., 2006). Prehospitalt förekommer dagliga likväl akuta omvårdnadsåtgärder med medicinskteknisk utrustning för behandling och övervakning samt tillgång till potenta läkemedel, vid hämtplats såväl som under patienttransport (Petzäll, 2008).

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet innefattar dels ambulanssjuksköterskans förmåga att upprätthålla en god och säker vård under transport och dels patientens fysiska välbefinnande ur ett trafiksäkerhetsperspektiv. Patienten ska erhålla adekvat vård under transport och transporten ska ske utan risk för personskada. Enligt RAS åligger det ambulanssjuksköterskan att aktivt identifiera risker i arbetsmiljön och skapa säkra vårdrum samt utifrån nödvändigt tempo utföra och granska den vård och behandling som ges under transport (SSF, 2012).

Ambulansrelaterad skadehändelse i trafiken

En ambulansrelaterad skadehändelse i trafiken är en internationellt vedertagen term som innefattar ambulanser involverade i en kollision eller krasch (Lundälv, 2006; Murray & Kue, 2017; Petzäll, 2008; Bui et al., 2017). Detta inkluderar även personskador som uppkommer vid normalt framförande av ambulans till följd av fordonets rörelser (Lee et al., 2013). Sammantaget utgör dessa normalförhållanden även en skaderisk för både ambulanspersonalen själva och för patienten som transporteras.

Problemformulering

Kompetensen i ambulanssjukvården är i Sverige unik då det tillskrivs en legitimerad sjuksköterska att ordinera och administrera läkemedel, uppgifter som internationellt utförs av icke legitimerad ambulanspersonal. Det utbildas även nationellt specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård vilket innebär en påbyggnadsutbildning på ett år på högskola eller universitet. Ambulanssjuksköterskans primära arbetsmiljö är ambulansens vårdutrymme i vilket denne förväntas utföra patientsäker och kvalificerad vård. Prehospitala omvårdnadsåtgärder är i vissa avseenden unika för verksamheten och återfinns inte i andra vårdmiljöer. Ambulanssjukvården är även drabbad av ambulansrelaterade skadehändelser i trafiken vilket utifrån vårdutrymmets utformning i relation till det arbete som utförs där kan leda till skada hos både ambulanspersonal och patient. Internationellt förekommer flertalet artiklar mestadels kvantitativa och då med ambulanspersonal med annan kompetens. Skillnader i arbetssätt och utformning av ambulansers vårdutrymmen föreligger även internationellt jämfört med nationellt. Få kvalitativa studier har av författaren identifierats som undersöker den patientansvariga ambulanssjuksköterskans upplevelser av dessa tidigare nämnda begrepp varpå denna studie tar fasta i att undersöka just detta.

SYFTE

Syftet var att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av patientsäkerhet vid omvårdnadsåtgärder under patienttransport.

METOD

Ansats

För att kunna svara på studiens syfte valdes en kvalitativ ansats. Om syftet med en studie är att undersöka en populations erfarenheter och upplevelser kring ett specifikt område lämpar sig kvalitativ ansats väl (Curry, Nembhard & Bradley, 2009). Författaren valde vidare att utgå utifrån en induktiv ansats.

Enligt Trost (2010) är nyttjande av induktiv ansats att insamlad data exempelvis genom intervjuer analyseras i förhoppning att mönster ska framträda varpå slutsatser kan dras.

Design

Studien var en empirisk kvalitativ studie som genomfördes genom sju fysiska intervjuer och innehöll åtta öppna frågor som var avsedda att öka djupet av det som studien undersökte (Bilaga C).

Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är en kvalitativ metod där data samlas in genom intervjuer lämplig om målet med studien var att få en ökad förståelse av informanternas livsvärld. Data utifrån de semistrukturerade intervjuerna samlades in och materialet analyserades i form av en manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Den professionella forskningsintervjun bygger enligt Dahlberg (1997) i sin tur på ett samtal där kunskap erhålls i den interaktion som uppstår mellan forskare och dess informanter.

Urval

Två samtidiga urval skedde, dels genom ett strategiskt urval av informanter och dels genom ett bekvämlighetsurval från vilken ambulansleverantör dessa skulle komma ifrån. Informanter till studien identifierades och valdes ut genom en modell som Polit och Beck (2011) beskriver som ett generellt förfarande för urval i kvalitativa studier. De steg som följde utgick från fyra distinkta faser; identifiering av en population, specificering av urvalskriterier, specificering av en urvalsplan och slutligen rekrytering av de kommande informanterna.

Identifiering av en population

Författaren identifierade att sjuksköterskor med specialistutbildning inom ambulanssjukvård var en lämplig population att undersöka detta utifrån studiens syfte. Vidare identifierades att en ambulansleverantör som var operativt verksam i Mellansverige var ett lämpligt val att eftersöka informanter hos.

Specificering av en urvalskriterier

Inklusionskriterier för informanter var; legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning i ambulanssjukvård och minst ett års prehospital arbetslivserfarenhet. Exklusionskriterie var informanter som författaren själv haft kontakt med under sitt tidigare yrkesutförande som allmänsjuksköterska på en akutmottagning i regionen. Beträffande inklusionskriterier för ambulansleverantör var samarbete med landstinget det enda egentliga kravet.

Specificering av urvalsplan

Strategiskt urval användes som urvalsplan för studiens informanter som valdes utifrån klart definierade kriterier; formell kompetens samt prehospital arbetslivserfarenhet. Ett strategiskt urval är att föredra vid kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2011). Antalet nödvändiga informanter sattes i proportion till studiens syfte där ökad förståelsen av ambulanssjuksköterskornas livsvärld stod i fokus. Enligt Trost (2010) är det klokt att begränsa storleken på urvalet till ett mindre antal på fyra till åtta informanter vid intervjustudier till följd av att fler än så kan generera ett ohanterligt intervjumaterial (Trost, 2010).

Det uppskattade behovet av informanter hamnade slutligen på sju till åtta informanter vilket jämfört med tidigare intervjustudier på magisternivå överensstämmer väl. Vidare ansåg författaren att ett bekvämlighetsurval av ambulansleverantör lämpade sig bäst då studien bedrevs på liten skala, författaren arbetade ensam samt att de förelåg begränsningar ekonomiskt och tidsmässigt. Skillnader i fordonstyper mellan olika ambulansentreprenörer var även det en bakomliggande orsak till att informanter enbart valdes från ett och samma ambulansföretag och inte flera.

Rekrytering av de kommande informanterna

Inledningsvis tog författaren telefonkontakt med den verksamhetsansvarige chefen inom ambulansföretaget. En kort presentation om författaren och om studien gavs vilket kompletterades med ett skriftligt informationsbrev. Den skriftliga informationen utgjordes av ett brev innehållande; ett svarskuvert, ett samtyckesformulär och en kort sammanfattning av studien där bakgrund, syfte, metod samt urvalskriterier tydliggjordes. Samtyckesformuläret fastslog att författaren fick godkänt att genomföra kvalitativa intervjuer av företagets anställda under tidsperioden februari-april år 2013.

Därefter kontaktades samtliga stationschefer inom ambulansföretaget och gavs samma information om studien som det skickad till den verksamhetsansvarige chefen. Författaren efterfrågade därefter kontaktuppgifter i form av e-postadresser till respektive ambulansstations samtliga ambulanssjusköterskor. Denna form av mellanhand ledde till en ca fem veckors väntetid innan återkoppling skett från samtliga stationschefer. Efter ca fyra veckors väntan skickade författaren ut en påminnelse till respektive stationschef för att påminna om studien och att kontaktuppgifter behövdes. Slutligen erhöles kontaktuppgifter och författaren inledde då rekrytering av de kommande informanterna. Efter ca två veckors väntan hade sju ambulanssjusköterskor svarat fördelat på två ambulansstationer (dessa kom att inkluderas fortlöpande). Författaren tog telefonkontakt med respektive informant och bokade en tid för intervju. Informanterna erhöles skriftlig information via e-post innehållande forskningspersonsinformation (Bilaga A). För att säkerhetsställa att varje informant gavs tid att reflektera om vad deltagande i studien innebar tillsåg författaren att skicka ut forskningspersonsinformation två till fyra veckor innan den planerade intervjun. I denna skriftliga information ingick även ett avsnitt om informerat samtycke (Bilaga B) som vid själva intervjutillfället behandlades muntligt en sista gång innan underskrift erhöles liknande en mall av Polit och Beck (2011).

Datainsamling

En pilotintervju genomfördes initialt i syfte att utvärdera frågeguidens kvalitet och relevans. Intervjuerna genomfördes på informanternas respektive ambulansstation mellan den 26/2 t om 7/3 år 2013. För att skapa en lugn och öppen stämning tog författaren som vana att samtala över en kopp kaffe tillsammans med varje informant innan datainsamling påbörjades. Innan pilotintervjun genomfördes gavs författaren även en rundtur på ambulansstationen och presenterades hur vårdutrymmet i en ambulans var utformat, denna visade det sig sen även utgöra standardmodellen för det valda ambulansföretaget. Intervjuerna genomfördes i ett avskilt utrymme och med båda parter sittandes ner. För att komplettera den tidigare lämnade forskningspersonsinformation (Bilaga A) förklarade författaren i korta drag studiens syfte, vad deltagande innebar samt att informanten när som helst under intervjun framtill studiens färdigställande kunde avbryta sitt deltagande. Författaren intog sedan en avslappnad kroppshållning vänd mot informanten innan inspelningsutrustning startades.

Intervjuerna utgick från en på förhand konstruerad intervjuguide (Bilaga C) vars användbarhet testades i den första intervjun vilken kom att fungera som pilotintervju. Författaren stämde fortlöpande av intervjuernas kvalitet utifrån kvalitetskriterier för en intervju i enlighet med Kvale och Brinkmann (2014). Varje intervju inleddes med att författaren skriftligt delade ut en intervjuguide ut till informanten. Författaren använde fortlöpande under datainsamlingen sig av både sonderande- och uppföljningsfrågor i syfte att verifiera och fördjupa det informanterna beskrev. För att informanten skulle känna sig hörd och i avsikt att få ett vidare innehåll användes även subtilt kroppsspråk i form av nickningar med huvudet och/eller bekräftande korta ord som ”mm” eller ”okej”. Parafrasering av betydelsefulla ord användes även för att uppmuntra till vidare utläggning i en huvudfråga.

Sonderande frågor var en ytterligare sorts uppföljningsfrågor som användes: Kan du beskriva detta ytterligare? Kan du mer detaljerat beskriva vad som hände? Användandet av denna form av intervjuteknik stämmer väl överens med Kvale och Brinkman (2014). För att säkerställa en ordagrann datainsamling spelades varje intervju in med digital inspelningsutrustning vilket är ett rekommenderat tillvägagångssätt för att inte viktiga delar ska falla bort på grund av slarvigt förda anteckningar (Polit & Beck, 2011). Intervjuerna spelades in elektroniskt med en diktafon och säkerhetskopierades sedan över till en lösenordskyddad extern hårddisk.

Dataanalys

Samtliga sju intervjuer transkriberades innan dataanalys påbörjades. I takt med att varje intervju transkriberats färdigt raderades ljudupptagning från den elektroniska diktafonen. Intervjuinspelningen fanns dock fortsatt kvar men då enbart på den externa hårddisken. De transkriberade intervjuerna tilldelades ett löpnummer istället för informanternas namn enligt en särskilt upprättad namnlista. Transkribering skedde ordagrant och i enlighet med Kvale och Brinkman (2014) lät författaren även informanternas ljud i form av skratt, suckar och pauser skrivas ut. Författaren lyssnade igenom respektive intervjuinspelning flertalet gånger under transkriberingsarbetet och avslutade med att göra en sista genomlysning av respektive intervjutranskript. Detta förfarande bidrog till att skapa en rik insikt av det insamlade materialet och kom även senare att underlätta identifieringen av meningsbärande enheter under dataanalysen.

Intervjuerna analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys med en manifest ansats. Den manifesta ansatsen beskriver det synliga och uppenbara i texterna utan att tolka det latenta innehållet det vill säga vad texterna menar eller syftar till (Kondracki, Wellman & Amundson, 2002). Dataanalysen skedde genom ett systematiskt analyserande av datamaterialet i olika steg eller analysenheter. Dessa analysenheter bröts sedan metodiskt ner till mindre delar för att svara på studien syfte. Författaren valde att bearbeta det insamlade datamaterialet i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) metodbeskrivning av en manifest innehållsanalys.

Det första steget bestod av upprepad genomläsning av intervjutranskript för att finna textstycken som kunde kopplas till studiens syfte. Dessa textstycken utgjorde meningsbärande enheter av intervjumaterialet vilka var mindre stycken i textmaterialet som genom sitt innehåll och sammanhang hörde ihop och utgjorde grundstommen av analysen. Under det andra steget kondenserades de meningsbärande enheterna ner till kortare meningar där kärnan från de meningsbärande enheterna fortfarande förblev intakt.

Därefter följde tredje steget i vilket dessa förkortades ytterligare till mindre delar utan att essensen av innehållet gick förlorat. Denna process eller kodning kan liknas till etikettering av det kondenserade textstyckena. I det fjärde steget kom ett mindre antal koder att kombineras vilket mynnade ut i underkategorier och slutligen i det femte steget ledde dessa fram till kategorier. Innehållsanalysen resulterade efter bearbetning i fyra stycken kategorier där exempel på en av dessa ses nedan i tabell 1.

Tabell 1: Matris över analysprocess efter Graneheim och Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vid hjärtstopp får man bestämma sig för om man ska göra ordentlig HLR under färd... då får man åsidosätta sin egen säkerhet genom att vara obältad (1).	Ställningstagande om den egna säkerheten skulle försummas i syfte att utföra effektivare omvårdnadsåtgärder.	<ul style="list-style-type: none"> • Obältat arbete. • Livshotande tillstånd. • Förbise egen säkerhet. 	Patienten i första hand.	Riskfylld och risktagande omvårdnad
Sen kan det ju vara så att det händer grejer så att man behöver koppla loss sig, jag tänker på om det skulle hända något med patienten och man behöver göra andra saker än vad man hade planerat (3).	Oförväntade omvårdnadsåtgärder vid förändring av patientens status kan kräva obältade insatser.	<ul style="list-style-type: none"> • Obältat arbete. • Bristande förberedelse. • Förbise egen säkerhet. 	Hantering av det oförutsedda.	

Forskningsetiska överväganden

Denna studie har inte ansökt om etikprövning av forskning som avser människor då detta enligt lagen (SFS 2008:460) inte är nödvändigt för studier som genomförs under en högskoleutbildning på avancerad nivå. På inget sätt har de etiska kraven således helt förbisetts. Istället har författaren återkommande under studiens gång beaktat Vetenskapsrådets Forskningsetiska Principer (2017) vilka är; informations-, samtycke-, konfidentialitets- och nyttjandekrav.

Information

Författaren har genomgående strävat efter att förbli transparent i sin information och kommunikation. I samband med inhämtande av godkännande av datainsamling inom företaget informerades högre chefer om studiens syfte och förutsättningar. Initialt utskickad forskningspersonsinformation och inhämtande av skriftligt samtycke till potentiella informanter kompletterades även med intervjuguide (Bilaga C).

Författaren valde att använda sig av de mallar som tillhandahölls på etikprövningsnämndens hemsida vid utformning av studiens forskningspersonsinformation (Centrala etikprövningsnämnden, 2013).

Samtycke

Studien innebar inhämtande av flertal godkännanden av datainsamling. Inledningsvis ställt mot den verksamhetsansvarige chefen för det valda ambulansföretaget och därefter gentemot respektive utvald informant (Bilaga B). Samtliga samtycken gavs skriftligt och författaren uppvisade även ett dokument för respektive informant om att deras högsta chef godkänt att datainsamling fick ske. Det fastslogs även att deltagande i studien byggde på frivillighet och att informanter när helst de önskade kunde återkalla sitt deltagande i studien utan att för den delen behöva ange orsak.

Konfidentialitet

Informanterna försäkrades även att deltagande i studien skulle ske konfidentiellt. Information som framkom behandlades så att det inte var möjligt att identifiera informanter. En särskild kodlista upprättades dels för att avidentifiera insamlad data och dels för att möjliggöra om någon informant velat återkalla sitt deltagande. All data har omsorgsfullt sammanställts och vid användande, dataanalys, hanterats. När arbete ej pågått med insamlad data har den förvarats utom räckhåll för obehöriga i ett låst utrymme hemma hos författaren.

Nyttjande

Insamlad data kom ej att användas till något annat än till just denna specifika studie. Transkriberingar och digitala inspelningar kom att förstöras vid avslutande av denna studie. Informanter upplystes dock om att vid studiens fastställande skulle arbetet laddas upp i studentportalen Digitala Vetenskapliga Arkivet [DiVA].

RESULTAT

Initialt uppskattades ett behov av åtta informanter för att uppnå mättnad i resultat men efter flertalet uttömmande intervjuer inkluderades enbart sju i studien. Fem av studiens deltagare var kvinnor och övriga två var män. Demografiska data går att utläsa i tabell 2 avseende informanternas ålder, arbetserfarenhet och utbildningsfördelning.

Tabell 2: Demografiska data.

	Intervall	Medel	Median
Ålder	28-51 år	42 år	43 år
Antal år inom ambulanssjukvården	2-28 år	17 år	23 år
Antal år som allmänsjuksköterska	6-22 år	12 år	11 år
Antal år som ambulansjuksköterska	1-6 år	4 år	4 år

Redovisningen av resultatet utgår från de fyra kategorier som framtagits ur den manifesta innehållsanalysen vilka samtliga belyser ambulansjuksköterskans upplevelser kring patientsäkerhet under transport. Dessa är: begränsande och hindrande vårdutrymme, preventiva transportåtgärder, riskfylld och risktagande omvårdnad samt hinder i lastsäkring. En översikt av underkategorier och kategorier redovisas i tabell 3.

Tabell 3: Redovisning av underkategorier och kategorier.

Underkategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none">○ Fysisk access○ Säkerhetsbältets användning○ Arbete från vårdarstol○ Vårdutrymmets utformning	Begränsande och hindrande vårdutrymme
<ul style="list-style-type: none">○ Riskanalys inför transport○ Förberedande arbete○ Samverkan under färd	Preventiva transportåtgärder
<ul style="list-style-type: none">○ Hantering av det oförutsedda○ Vårdrum i rörelse○ Patienten i första hand	Riskfylld och risktagande omvårdnad
<ul style="list-style-type: none">○ Transportförhållanden○ Anpassningsgrad av utrustning	Hinder i lastsäkring

I resultatdelen förekommer det siffror inom parentes efter respektive citat. Dessa har angetts för att läsaren ska kunna se vilken informant som angett vad.

Begränsande och hindrande vårdutrymme

Gällande upplevelser av omvårdnadsåtgärder i ambulansens vårdutrymme så uttryckte samtliga informanter att det ur trafik- och patientsäkerhetsperspektiv gick att se begränsningar och hinder under patienttransport.

Informanterna uttryckte att åtkomsten till ambulansbåren inte var optimal under transport. Detta kunde medföra obältat arbete antingen i syfte att etablera intravenös access, kontroll av patientens vitala parametrar eller andra interventioner som krävde åtkomst till framför allt patientens högra kroppshalva, ben och huvud. Kroppsdelar som alla befann sig avlägset från vårdarstolens räckvidd. Detta hörde ihop med en upplevelse av begränsad åtkomst till patienten där flertalet uttryckte att vårdarstolens placering inte var optimal för det arbete som behövde utföras för att bedriva så bra omvårdnad som möjligt under ambulanstransporten. En informant uttryckte:

Om vi nu har en situation där vi behöver komma runt patienten så är det från vårdarstolen inskränkt idag, i våra ambulanser. Alltså vi kommer väldigt lätt åt ena sidan, vi kan ju inte ta ett kliv och komma åt andra sidan. Patienten är ju inte i mitten i vårdutrymmet (1).

Informanterna upplevde det ofta inskränkande med bilbälte under ambulanstransport relaterat till begränsad åtkomst till patient men också till placeringen av vårdarstolen och ambulansbåren samt vårdutrymmets utformning generellt. Detta ledde ofta till att ambulanssjusköterskan valde att koppla loss bilbältet för att detta utgjorde en begränsning i att kunna nå väsentlig utrusning och för att kunna genomföra de prehospitala omvårdnadsåtgärder som var önskvärda eller direkt nödvändiga. En informant menade att det gick bra att vara fastspänd så länge som det var enklare omvårdnadsåtgärder som behövde göras och att det då även gick att vidta förberedelser. Men så fort en patient var livshotande dålig t ex vid svårare trauman, där ambulanssjusköterskan arbetar efter principen att lasta och åka så fort det går, så hindrades denne av bilbältet. Två informanter uttryckte:

Jag har ju fördelen att jag är lång jag tänkte på det när vi åkte in här nu att syrgasuttaget sitter högt uppe i taket, jag klarar att få dit det utan att behöva knäppa loss det men jag kan tänka mig att kollegor som är lite mindre än vad jag är får det svårare för det var precis på gränsen att man klarade det utan att knäppa loss bältet (3).

Jag når sugen, jag når syrgas men jag når inte att koppla upp syrgasslangen i uttaget i taket utan att resa mig upp och koppla loss (7).

Samtliga informanter belyste hur fysisk närhet eller tillträde till bårplacerade patienter var en viktig i den prehospitala omvårdnaden. Informanter beskrev även hur vårdarstolens statiska placering medförde att de inte kom tillräckligt nära patienten. En informant uttryckte:

Att ge vård till patienter idag handlar om att man måste ha nära kontakt till patienten och visst sitter vi nära patienten, men vi sitter inte bra. I vissa fall skulle det ha varit önskvärt att man i de här stora bilarna [ambulanserna] hade haft en vårdarstol på andra sidan av ambulansbåren eller kunnat vrida in dom på något sett (1).

Det var inte bara arbetet från den primära vårdarstolen som beskrevs problematiskt utan flera informanter uttalade svårigheter med att nå patienten från den alternativa vårdarplatsen placerad mitt emot den primära. En informant beskrev:

Jo, jag...innan den här intervju hade vi ett jobb där jag assisterande kollegorna som åkt på en medvetandepåverkad patient. När vi sedan var på väg in mot sjukhus kände vi ... ehh kände att vi behövde kolla blodsocker på patienten. Nu åkte vi ju två sjuksköterskor där bak ju. Jag satt och åkte baklänges alltså på stolen mitt emot och erbjöd mig kolla det men ja ... det gick inte då bältet tog emot (4).

Åsikterna gick isär kring vårdutrymmets storlek då ambulanssjuksköterskans egen kroppslängd inverkade i vilken grad denne kunde utföra specifika prehospitala omvårdnadsåtgärder avseende räckvidd mellan vårdarstol och utrustning. Informanterna upplevde för det mesta att vårdutrymmets storlek var för stort för att kunna utföra omvårdnadsåtgärder på ett optimalt sätt. En av dessa informanter uttryckte:

Vårdutrymmet är så pass stort att man inte når patienten det är det som man kommer tillbaka till hela tiden (7).

Informanterna upplevde vidare att vissa ambulansers vårdutrymmen, förekommande hos andra ambulansleverantörer i regionen, var för stora för att arbeta i. Storleken på dessa medförde inte bara svårigheter för ambulanssjuksköterskan att nå utrustning och utföra omvårdnadsåtgärder utan innebar också ett hinder vid kommunikation med förardelen av ambulansen. En informant beskrev:

Man behöver prata med chauffören. Denne får man inte kontakt med, det är så stort utrymme nu så det går inte bara att ropa emellan. Man behöver påtala någonting för chauffören och ibland är det att man måste lyssna på anhöriga som sitter fram om det är någonting. Ja... och så knäpper man loss sig (6).

Preventiva transportåtgärder

Samtliga informanter hade förslag på preventiva transportåtgärder som höjde säkerheten både för personal, patient och eventuella övrig medåkande under ambulanstransporten. Informanterna upplevde att de försökte ha en riskmedvetenhet genom att planera och ta fram utrustning som kunde komma att behövas under färd redan innan transporten påbörjades, för att undvika att hamna i situationer där de behövde koppla loss bilbältet för att nå viss utrustning.

Jo jag försöker förbereda så mycket som möjligt och när man inte behöver ha akutväskan plockar jag fram blodtrycksmanschett och saturationsmätaren och sånt innan jag åker. Sen sätter jag fast akutväskan på stolen med säkerhetsbälte så att det inte kan komma farandes någonstans (2).

Likaså av samma anledning som ovan försökte informanterna genomföra omvårdnadsinterventioner innan transport. Informanterna beskrev en rad moment och prehospitala omvårdnadsåtgärder som genomfördes antingen på hämtplats eller i vårdutrymmet men då i en stillastående ambulans. Några exempel av detta var; kontroll av patientens vitalparametrar, riktad- eller fullständig helkroppsundersökning, etablering av intravenös access samt administrering av läkemedel alternativt infusion innan ambulanstransporten påbörjades. Utförandet av dessa prehospitala omvårdnadsåtgärder innebar att ambulanssjuksköterskan i större utsträckning kunde förbli bältad under transporten.

Informanterna upplevde att patientsäkerheten och deras egen säkerhet stärktes genom att i förväg vidta åtgärder och på så sätt slippa hamna i en situation där ambulanssjuksköterskan behövde arbeta obältad. Informanterna upplevde att detta även hängde ihop med erhållen kunskap och arbetslivserfarenhet. Ambulanssjuksköterskan kunde genom att tänka flera steg framåt i sitt omhändertagande vidta åtgärder för att optimera ett så patient- och trafiksäkert omhändertagande som möjligt. En informant uttryckte:

Annars försöker man ju planera och fixa och ordna så att allting ska vara klart så att man ska kunna sitta fastspänd och säkert i bilen när man väl kör in patienten till sjukhus (3).

Informanterna försökte fixera så väl utrustning som patient på ett säkert sätt innan transport, men det var inte alltid som detta gick att genomföra på ett tillfredsställande sätt, vilket var återkommande under kategorin ”Hinder i lastsäkring under ambulanstransport”. En informant uttryckte:

Saturationsmätaren tänker jag på nu den ligger ju oftast löst. Jag brukar spänna den under bältet i och för sig, vid benremmen där brukar jag skjuta under den. Så har jag liksom bara siffrorna så jag ser den då så den brukar jag försöka säkra (4).

Informanterna upplevde även att de hade ett informationsansvar gentemot patient, anhöriga och andra medåkande i ambulansen exempelvis gällande vikten av att använda bilbälte och underströk att kommunikation och samarbete var av högsta vikt för en säker transport. Informanterna uttryckte att god kommunikation var särskilt viktigt inom ambulansbesättning vid de tillfällen då ambulanssjuksköterskan behövde koppla loss bältet för att sträcka sig efter utrustning, så att föraren kunde anpassa hastighet och körsätt. Uppmärksamhet och kommunikation inom ambulansbesättning gällde även föraren som behövde ge ambulanssjuksköterskan möjlighet till förberedelse innan avtransport likväl under färd känna av om ambulansen behövde stannas till följd av utveckling i vårdutrymmet. En informant uttryckte:

Där tycker jag man måste ha ett samspel sen är det viktigt också att föraren tittar in i backspegeln och ser vad man håller på med bak. Jag själv gör, försöker göra det i alla fall när jag ser att nu börjar det hända saker och ting då får man sänka hastigheten...ordentligt (2).

Informanterna upplevde att korrekt handhavande av bilbälten eller fästen hängde ihop med att arbeta preventivt då korrekt lastsäkring till exempel minimerade riskerna för omkringflygande föremål i ambulansen vilket reducerade risken för vårdskada och en säkrare arbetsmiljö. Även körteknik upplevdes som en viktig del för att preventivt undvika potentiella skador och/eller olyckor. Där var det av stor vikt att föraren anpassade hastighet och körning efter vad för moment ambulanssjusköterskan utförde eller utifrån vilken arbetsställning denne befann sig i.

Riskfylld och risktagande omvårdnad

Flera informanter beskrev situationer där de medvetet satte patientens vårdbehov före sin egen säkerhet vilket för de mesta innebar att obältad utföra riskfylld omvårdnad under ambulanstransport.

Informanterna beskrev hur viljan att genomföra så goda prehospitalla omvårdnadsåtgärder som möjligt övervann tankarna på de säkerhetsrisker som detta medförde. Informanterna gjorde skillnad på riskfylld och risktagande omvårdnad under ambulanstransport. Den riskfyllda omvårdnaden var kopplad till åtgärder som genomfördes omedvetet men som oundvikligen utgjorde en säkerhetsrisk medan risktagande refererades till medvetna säkerhetsrisker som genomfördes för att syftet övervann den potentiella risken som medvetet togs.

Medvetna säkerhetsrisker under HLR var ett återkommande tema hos informanterna som upplevde att de inte hade något val under dessa situationer än att koppla loss bilbältet för att själva kunna genomföra hjärtkompressioner och ventilering. En del informanter utförde hjärtkompressioner med två händer och enstaka utförde detta med enhandsteknik medan den andra handen höll tag i vårdutrymmets interiör i syfte att parera fordonsrörelser. HLR upplevdes sammantaget omöjligt att från vårdarstolen utföra fastspänd med bilbälte. Informanter uttryckte:

Under pågående HLR inne i bilen åsidosätter jag säkerhetstänkandet och vi har så långa resor så vi kan hålla på upptill 30 minuter ibland, inne i bilen och då är man ju helt obältad (6).

...Då måste man påbörja HLR och då blir det ju att man ja, åsidosätter sin egen säkerhet för att kunna hjälpa patienten och det är ju det att vi måste stå och utföra HLR så får man försöka stanna bilen om man ska deffa [defibrillering vid hjärtstopp] och så, det blir ju svårt (5).

Informanterna upplevde att bristande förberedelser kunde leda till riskfylld omvårdnad, att det genom planering gick att undvika att koppla loss bilbältet genom att till exempel plocka fram nödvändig utrustning innan transport.

Ambulans i rörelse upplevdes vidare som en risk då ambulansen både vid normalt framförande och utryckningskörning kunde kränga och röra sig ryckigt på vägarna.

Några informanter menade att fordonrörelser utgjorde en risk för att både personal och föremål som inte var ordentligt fastspända kunde slungas omkring och skada samtliga vistanter i vårdutrymmet. En informant uttryckte:

Att deffa [defibrillering vid hjärtstopp] under färd är ju hur farligt som helst för att säg att bilen kränger till då står vi och råkar luta oss mot patienten eller båren och då får ju vi också en stöt. Så det är mycket riskfyllt att göra HLR egentligen under fart (5).

Informanterna upplevde särskilt att oförutsedda livshotande tillstånd under transport där inga förebyggande åtgärder eller arbete vidtagits innebar skaderisk för samtliga ombordvarande i vårdutrymmet. För att undanröja potentiellt eller faktiskt livshot hos patient behövde ambulanssjuksköterskan koppla loss sitt bilbälte i syfte att kunna verka. Informanterna redogjorde även mer vardagliga incidenter där akut obältad intervention också blev nödvändigt. Ett exempel på detta var om illamående uppkom eller tilltog under färd. Något som medförde att ambulanssjuksköterskan behövde koppla loss bilbältet för att hämta läkemedel i form av antiemetika eller förbli startklar utifall patienten låg immobiliserad på en ryggbräda och var illamående. Det sistnämnda för att kunna vrida upp patienten i sidled så att eventuell kräkning inte skulle leda till aspiration.

Informanterna uppgav att de frekvent på grund av oförutsedda situationer försummade sin egen säkerhet för patientens skull. En informant uttryckte:

För ja, generellt så tycker jag man knäpper upp det här bältet ganska många gånger i början om det är en patient som är dålig och är dom jättedåliga så sitter man inte fastspänd alls. För det är ju så här att vi ska tänka på patientens bästa ja men då blir det ju att vi tar bort vår säkerhet tyvärr (5).

Hinder i lastsäkring

Angående hinder i lastsäkring under patienttransport framkom det att samtliga informanter hade en misstro till att de befintliga lastsäkringarna i ambulansens vårdutrymme var tillräckliga. Det framkom även att det saknades lastsäkringar för essentiell utrustning samt att den utrustning som fanns inte alltid var anpassad för patienters olika kroppsstorlekar. Informanterna underströk att lastsäkring var ett återkommande problem och ett orosmoment under ambulanstransport. Allt ifrån utrustning som inte gick att fixera på ett säkert sätt till utrustning som behövde vara tillgänglig under ambulanstransporten och på grund av det inte kunde fixeras. Även extern utrustning till exempel vid intensivvårdstransporter var svåra att fixera på ett tillfredsställande och säkert sätt. Två informanter uttryckte:

Vi har väskor som sitter högt upp, dom är mjuka och så där ... så det är egentligen inga tunga apparater som kan fara runt. Vår defibrillator ligger nere i en behållare så att säga... men det är ju klart om en bil [ambulans] rullar runt så vet jag inte, utan allting kan nog slungas runt (1).

Ja, och det har vi ibland när vi transporterar riktigt svårt sjuka kritiska patienter från sjukhuset här till ett större sjukhus då har man mycket apparater, infusionspumpar och övervakningsinstrument och grejer som inte alltid går att förankra på ett bra sätt. Då är det en riktigt stor säkerhetsrisk både för oss och för patienten (2).

Informanterna upplevde att en betydande del av den befintliga utrustningen i ambulansen inte var anpassad efter variationer i patientstorlek. Ett återkommande exempel på detta var att dedikerad immobiliseringsutrustning saknades till pediatrika patienter vilket var ett problem då denna patientgrupp inte kunde fixeras på korrekt sätt då utrustningen var anpassad utifrån en vuxen patients kroppsstorlek. Resultat blev improviserade lösningar eller att befintlig utrustning helt enkelt inte gick att fixera fullt ut. Likväl ansågs samma säkerhetsproblem föreligga vid transport hos storvuxna eller obesitas patienter då spännen och bälten för fixation och immobilisering inte var tillräckligt anpassningsbara. En informant uttryckte:

För patienten själv så krävs det att man tänker till när man, alltså speciellt om dom ligger på spineboarden för att om man bara lägger den på båren och sen bara sätter midjebältet på båren då kan dom ju ändå förflyttas, alltså vid en tvär inbromsning om man smäller i hög hastighet så ligger spineboarden då egentligen löst på båren. Så fäster man ju spineboarden oftast bara med midjebältet och då är ju den, spineboarden rörlig i längdleders. Den kan ju förflytta sig då (3).

DISKUSSION

Denna studie syftade till att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av patientsäkerhet vid omvårdnadsåtgärder under patienttransport. Intervjuerna gav ett rikt material som utmynnade i fyra kategorier och tillhörande underkategorier. Detta diskussionskapitel utgörs av två delar med en metod- och en resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Metoddiskussionen är indelad i motsvarande delar som de under metodavsnittet; ansats, design, urval, datainsamling, dataanalys och forskningsetiska överväganden.

Ansats

Författaren använde sig av en induktiv ansats vilket ansågs passa väl för denna studie då materialet förutsättningslöst kunde åskådliggöras och konkluderas. Användandet av deduktiv ansats övervägdes men då denna utgår från en i förväg definierad teori eller premiss för att nå konklusion övergavs detta val.

Design

Studiens syfte var vad som styrde valet av metod och undersökning. En deskriptiv design med kvalitativ induktiv ansats ansågs lämpligast då studien fokuserade på att redogöra en specifik yrkesgrupps upplevelser (Polit & Beck, 2016).

Det övervägdes om en kvantitativ metod bättre skulle passat studiens syfte men då detta var att undersöka upplevelser med ett större djup ansågs inte denna metod lämplig då den bättre beskriver generaliserbara data.

Möjligen skulle en enkätundersökning inneburit att data från en större population kunnat samlas in men det skulle samtidigt inneburit att det fysiska mötet beskrivet av Dahlberg (1997) uteblivit. Tidigare forskning utifrån studiens centrala begrepp utgjordes även av övervägande del kvantitativa studier vilket ytterligare inverkade i beslutet av att väja en kvalitativ metod.

Urval

Samtliga informanter var ambulanssjusköterskor och uppfyllde ställda urvalskriterier. Under pilotintervjun framkom det att förutom att vara utbildad ambulanssjusköterska fanns möjligheten att informanter kunde ha tillförskaffat sig övriga specialistutbildningar. Författaren valde inte att exkludera dessa men kontrollerade dock (via stationschef) att informanterna faktiskt var anställda som ambulanssjusköterskor. Informanterna i denna studie hade vida olika arbetslivserfarenhet och ett fåtal hade fler utbildningar än ambulanssjukvård. Det är genom utbildning och arbetslivserfarenhet som en sjuksköterskas kompetensutveckling påverkas (Benner, Tanner & Chelsa, 2009). En möjlig svaghet med inklusionskriterierna som identifierades var att en nyexaminerad ambulanssjusköterska efter ett års prehospital arbetslivserfarenhet inte nödvändigtvis upplevt de mest förekommande typerna av uppdrag då verksamheten är så pass mångfacetterad. Samtidigt kan en ambulanssjusköterska med ett års arbetslivserfarenhet ha en annan ifrågasättande syn på verksamheten jämfört med ambulanssjusköterska med tio års arbetslivserfarenhet.

Författaren har även kontemplerat kring om antalet informanter var tillräckligt. En rekommendation utifrån Kvale och Brinkmann (2014) var att antalet informanter inte underskrider tio stycken för en kvalitativ forskningsintervju. I denna studie framträdde dock en svarsräddnad tydligt efter sju informanter och insamlad data var omfattande. Återkommande mönster framträdde vilket konkretiserades till kategorier som låg till grund för denna studies resultat.

Däremot kan en svaghet ses då rekrytering av informanter inte var representativ ur ett könsperspektiv. Resultatet var en snedfördelning i demografiska data beträffande kön där kvinnor var överrepresenterade med fem informanter jämfört med två manliga informanter. Samtidigt fanns det ingen ambition att informanterna skulle vara jämnt fördelade mellan män och kvinnor utan essensen var hela tiden att uppnå en mångfald i upplevelser kring studiens syfte. Däremot har det i resultatet beskrivits hur informanternas påverkat dem i deras arbete i vårdutrymmet. Vikten av denna demografiska data framkom dock efter att datainsamling genomförts och utgjorde således inte en av bakgrundsfrågorna. Kroppslängden bland denna studies informanter har utifrån författarens uppskattning varierat mellan 165-195 cm.

I regionen där studien genomfördes förelåg skillnader i vilka ambulanstyper som användes av respektive ambulansentreprenörer. Ingen av studiens tillfrågade informanter hade tidigare träffat författaren vare sig privat eller i sitt tidigare arbete som allmänsjuksköterska på en akutmottagning i Mellansverige. Det föreligger risker om en författare haft en tidigare yrkesmässig relation med sina informanter i form av påtvingat deltagande och/eller genom att de direkt eller indirekt undanhåller information relevant för studien (McDermid, Peters, Jackson & Daly 2014). Ambulansföretaget som slutligen valdes bedrev verksamhet i en av författaren okänd del av regionen.

Datainsamling

I samband med pilotintervjun fick författarens en rundtur av standardambulansen i ambulansföretaget. Ambulansen i fråga var framhjulsdreven och fick framföras med B-körkort. Vårdutrymmet inhyste en ambulansbår, en vårdarplats med bilbälte och en extra sittplats med bilbälte. Den huvudsakliga vårdarplatsen var lokaliserad till höger av ambulansbåren i ambulansens färdriktning. Den extra sittplats som även beskrevs som en alternativ vårdarplats fanns mitt emot den huvudsakliga vårdarplatsen och var vänd motsatt i färdriktningen. Framför ambulansbårens huvuddel fanns ett sittutrymme utan bilbälte vilken utifrån sitt utseende givits benämningen bönpallen. Presentationen av informanternas arbetsmiljö motsvarande patienternas vådrum bidrog till att stärka insikten i det insamlade datamaterialet. När informanterna sedan använde sig av yrkesjargong kunde författaren lättare klargöra innebörden när frågor om vårdutrymmet avhandlades. Detta förfarande diskuteras av Polit och Beck (2016) som menar att forskare och informanter måste ha en gemensam vokabulär. Författaren valde således att vidta åtgärder innan datainsamlingen i syfte att förstå undersökningsgruppens slang och terminologi.

Resultatet av pilotintervjun föll väl ut. Syftet med denna var att kontrollera och vid behov revidera aktuell intervjuguide. Huvudfrågorna såväl som följdfrågor förblev oförändrade. En bakgrundsfråga av demografisk karaktär lades till beträffande antal år som verksam allmänsjuksköterska i syfte att skapa ett större demografiskt underlag av informanterna vilket presenterades i tabell 1. Efter avslutad genomlysning av ljudupptagning ansåg författaren att pilotintervjun kunde inkluderas i studien då den höll en fullt acceptabel kvalitet. Författaren bedömde detta utifrån de förutbestämda kvalitetskriterier för en intervju i enlighet med Kvale och Brinkmann (2014) vilka efterföljts fortlöpande under studiens gång. En annan aspekt med att inleda intervjuerna med enklare bakgrundsfrågor av demografiska karaktär var att få informanterna att slappna av inför själva intervjusituationen. Under intervjutillfällena intog författaren en avslappnad kroppshållning. Med detta kroppsspråk öppnar den som intervjuar upp för ett samtal som förmedlar både intresse och önskan om kontakt (Eide & Eide, 1997). Ingen av informanter vare sig uttryckte eller föreföll besvärade av inspelningsutrustningen. Enligt Dahlberg (1997) är det under den första inledande sekvensen av en intervju som samtalets intervjuämne och förhållningsregler definieras. Den första frågan bör därför vara konstruerad så att den är tillräckligt allmän och naturlig för att informanten ska börja reflektera över sin livsvärld (Dahlberg, 1997). Till varje huvudfråga fanns följdfrågor som användes vid behov. Dessa var utarbetade för att föra en huvudfråga vidare antingen genom att fånga upp essensen eller finna nyanseringar i det som informanten berättade. Under samtliga intervjuer förblev ordningsföljden för huvudfrågorna densamma som i intervjuguiden (Bilaga C).

Intervjuerna ägde rum i avskilda delar vid informanternas respektive arbetsplatser antingen under eller direkt före arbetspass. Detta beslut var förankrat hos stationscheferna och även från flertalet av informanterna föreslaget. Medvetenhet fanns att intervjuerna kunde bli tvungen att avbrytas om informanten erhöll jobb från prioritering- och dirigeringscentralen vilket endast skedde vid två tillfällen. Samtidigt kan informantens arbetsplats betraktas som en välbekant och trygg miljö vilket skapar goda förutsättningar till att bedriva en intervju (Polit & Beck, 2016). Under transkriberingsarbetet framkom dock att dessa yttre störningar skett vid brytpunkter mellan två huvudfrågor och att måttningen i resultat mellan en oavbruten intervju och en sammanhållen jämförelsevis var lika. Författarens begärde innan datainsamlingen att intervjuerna skulle ske före eller efter arbetspass men förutsättningar från ambulansföretagets verksamhetschef blev att intervjuerna skulle ske

under arbetstid. Det förelåg således en potentiell risk att studien gått miste om mer uttömmande svar till följd av att informanterna känt sig stressade av att de när som helst under intervjuerna kunde erhålla uppdrag från prioritering- och dirigeringscentralen. Vid de tillfällen som detta faktiskt skedde kvarstannade författaren på ambulansstationen och väntade in informanterna. När dessa sedan kom tillbaka stämde författaren av läget för att säkerställa att intervjun kunde återupptas. Intervjuerna genomsyrades av en känsla av ömsesidig tydlighet, öppenhet och klargöranden vilket torde stärka studiens tillförlitlighet (Kvale & Brinkmann, 2014).

Dataanalys

Arbetet med dataanalysen organiserades med hjälp av pappersutskrift och ordbehandlingsprogram i dator där ett dokument med respektives intervjuer meningsbärande enheter upprättades i tabellform. Analogt användes överstrykningspennor och digital överstrykningsfunktion för text där varje enskild färg motsvarade ett nedbrytningssteg; kondensering, kodning, underkategori och kategori. Endast en intervju i taget analyserades för att undvika att datamaterial från två intervjuer blandas ihop. Efter avslutad datainsamling hade totalt 269 minuter inspelade intervjuer samlats in. Varje intervju varade mellan 35-49 minuter i längd vilket genererade en stor mängd transkriberad data. Det framgick tydligt en mättnad av information i samtliga intervjuer och i enstaka fall sågs att informanter gjorde utsävningar från studiens syfte varpå författaren lett tillbaka informanterna till huvudfrågorna.

Samtliga intervjuer transkriberades av författaren själv vilket var en tidskrävande men givande process i den meningen att det stärkte författarens insikt om själva genomförandet. Det var uteslutande transkriberingen som tog längst tid under dataanalysen men i gengäld anser författaren att detta medfört en högre grad av noggrannhet av innehållsanalysens precision och framställning. Författaren valde att genomföra en ordagrann och systematisk återgivning av intervjuerna vilket kom att inkludera utfyllnadsord, pauser, hostningar till den grad att det transkriberade materialet skulle kunna ha använts till språklig analys (Kvale & Brinkman, 2014). Innehållsanalys valdes för att det är en lämplig analysmetod att använda när kvalitativ data ska extraheras från intervjuer. Då denna studies fokus genomgående har varit att fokusera på informanternas upplevelser ansågs den manifesta innehållsanalysen som mest lämpad. Författaren återgick återkommande till studiens syfte och kontrollerade att innehållsanalysen inte övergick till latent. Enligt Graneheim och Lundman (2004) finns det en viss risk för att manifest innehållsanalys övergår till latent men detta har noga kontrollerats under arbetets gång och viss tolkning har förekommit men i enlighet med Graneheim och Lundmans modell för manifest innehållsanalys.

Forskningsetiska överväganden

De etiska överväganden som gjordes under och efter datainsamling bedöms vara tillräckliga och uppfyller likt tidigare; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2017). Författaren är av uppfattningen att informanternas delaktighet i denna studie inte medfört negativa konsekvenser på ett personligt plan. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) åligger det författaren ett ansvar att kontinuerligt under intervjustudier överväga om t ex stress och förändrad självuppfattning riskerar drabba informanterna.

Informanterna i denna studie erhöll upprepade gånger information om studiens syfte, innehåll och genomförande. Orsaken till detta beror på att det under rekryteringsfasen förflöt en tid mellan identifiering av population och bekräftelse till deltagande.

Författaren bedömde då det förflutna tidsspännet som skäl att åter skicka ut det inledningsvis skickade informationsbrevet. I samband med datainsamlingen kom även informationsbrevet att gemensamt läsas igenom med respektive informant i syfte att försäkra att information om studien gått fram och fanns aktuellt i minnet innan intervjuer påbörjades.

Samtliga informanter samtyckte till deltagande i studien och ingen valde att strykas från det insamlade forskningsmaterialet. Ingen av studiens informanter efterfrågade heller kopia av transkriberad intervju. Den namnlista med löpnummer som överensstämde med respektive transkriberad intervju nyttjades aldrig.

All insamlad data har hanterats och förvarats utan möjlighet att obehöriga kunnat få tillgång till vare sig transkriberingar och/eller ljudupptagningar. Endast författaren själv samt dennes handledare har haft tillgång till datamaterialet. Ljudupptagningar har funnits sparade digitalt men enbart på extern hårddisk utan internetuppkoppling och kom tillsammans med transkriberingar att förstöras vid färdigställande av studien. Under resultatsammanställning har författaren avsiktligt undvikit att beskriva ambulansfordons bilmärke och typ samt aidentifierat de destinationer som informanterna beskrev att de åkt mot. Detta har gjorts omsorgsfullt och i syfte att värna om informanternas konfidentialitet.

Ingen utomstående person, företag och/eller organisation tog del av det transkriberade materialet. I samband med att författaren undersökte vilka ambulansstandarder som gällde i Sverige skedde dock telefonkontakt med SIS vilka uttryckte intresse att få ta del av studien. Författaren meddelade att detta ej var möjligt och hänvisade till forskningsetiska principer men meddelade samtidigt att studien i sin helhet efter färdigställande publiceras i studentportalen DiVA.

Trovärdighet

Denna studie påbörjades under år 2013 vilket skulle kunna påverka dess giltighet då det utifrån de centrala begreppen skett framsteg inom såväl forskning som tekniska lösningar. Författaren valde till följd av detta att noggrant läsa in sig i arbetet vid återupptagande samt att uppdatera bakgrund utifrån senaste forskning inom ämnet. Författaren uppmärksammade att förbättringsåtgärder skett inom enstaka områden däribland ny lastsäkringsutrustning för spädbarn och hållare för specifik utrustning i vårdutrymme (Euro Lans Nordic Vehicle, 2016; Ferno Norden, 2016). Ny forskning hade delvist tillförts ämnet men få studier fanns fortsatt där ambulanssjuksköterskan undersöktes och än färre ur ett nationellt perspektiv. Studien duration har inte bedömts påverka resultatet negativt då dess syfte aldrig var att generalisera informanternas upplevelser utan enbart åskådliggöra dessa.

Enligt Malterud (2011) kan förförståelse liknas vid arbetslivserfarenhet, förmodanden och perspektiv. Författaren hade vid studiens början ingen utbredd förförståelse kring ambulanssjukvård annat än den tillförskaffade teoretiska utbildning samt verksamhetsförlagda utbildning som erhållits via lärosättet. Den egna förförståelsen kring denna studiens centrala begrepp kan dock inte uteslutas men genom att författaren utformade intervjuguiden med öppna frågor gavs informanterna möjligheten att fritt prata om sina tankar och upplevelser. Författaren fick under intervjuerna ibland parafasera eller på annat sätt be informanterna att förtydliga saker vilket ytterligare tyder på att de, åtminstone inte initialt, betraktade författaren som oförstående. Efter hand föreföll informanterna bli införstådda i att författaren saknade just förförståelse för det prehospitala arbetet vilket ledde till att intervjuaren blev mer förklarande i karaktär.

Senare under dataanalysen och resultat hade författaren blivit verksam inom ambulanssjukvården vilket då upplevdes som en fördel i analysarbetet och att resultatet stärktes av en djupare förståelse. Enligt Malterud (2011) kan författarens förståelse, om än en begränsad, gynna analysarbetet då dataanalys alltid på någon nivå innebär att tolkning sker.

Författaren valde att under intervjutillfällena samla in demografiska data om sina informanter genom inledande bakgrundsfrågor. Data som behandlar huvudkaraktäristisk hos en aktuell studies undersökningspopulation stärker tillförlitligheten (Polit & Beck, 2016). Det som framkom var att majoriteten av informanterna hade lång prehospital erfarenhet men desto kortare som allmänsjuksköterskor. Medel- och medianåldern blev fyra år som ambulanssjuksköterskor vilket torde styrka studiens trovärdighet då arbetsrutiner, körerfarenhet och samlad arbetslivserfarenhet talar för en intervjugrupp med stor bredd av upplevelser. Genom att informanter, så som i denna studie, samlat har lång prehospital erfarenhet kan de lättare exemplifiera situationer (Benner et al., 2009). Då författaren ämnade få en mångfald i upplevelser kan därför studiens tillförlitlighet anses stärkas då informanternas arbetslivserfarenhet som ambulanssjuksköterskor respektive verksamma inom ambulanssjukvården varierade från kort till lång.

Studiens intervjuer utgick från en i förväg utformad intervjuguide med semistrukturerade frågor. Användandet av en intervjuguide var en självklarhet då det genom en sådan försäkrades att samtliga informanter delgavs samma underlag vilket stärker studiens tillförlitlighet. Intervjuguiden hade författaren själv konstruerat med hjälp av litteratur och gav alla informanter möjligheten till att svara på samma frågor (Ejlersson, 2014). Optimalt vore om studiens resultat byggd på data insamlad från en redan färdigkonstruerad och validerad intervjuguide. Författaren beslut att nyttja en egenkonstruerad intervjuguide utgick delvis utifrån svårigheter att finna en applicerbar till studiens syfte och delvis till följd av att datainsamling var planerad att påbörjas vid ett givet datum. Medvetenhet finns om att studiens tillförlitlighet minskar genom att inte ha använt sig av sådan. Samtidigt så åligger det forskaren att utforma en intervjuguide så att studiens centrala ämnen täcks in och att dess frågor till informanterna genererar detaljerade svar (Polit & Beck, 2016).

Då studiens syfte var att undersöka upplevelser, fanns en medvetenhet om att studien ändå inte skulle kunna bli fullt repeterbar och därav ansågs den egenkonstruerade intervjuguide fungera väl för studien. Intervjuguiden kompletterades även med följdfrågor vilka gav informanterna möjlighet att vidareutveckla sina svar. Användandet av följdfrågorna var inte konsekvent och användes endast då erhållna svar behövde klargöras för att informanternas tankar och upplevelser kunde fångas upp (Kvale & Brinkmann, 2014). Författaren är medveten om att intervjuguiden, trots att den i största möjliga mån utformades så neutralt det gick, inte kan utesluta att enstaka frågor möjligtvis uppfattats som ledande då de ej var av öppen karaktär.

Ljudupptagning vid kvalitativa intervjuer har för- och nackdelar. Fördelar är en ökad exakthet i vad som sagts och att intervjuaren slipper fokusera på att föra anteckningar utan istället kan fokusera på frågor och svar. Nackdelar med ljudupptagning är dock att informanterna kan uppleva obehag av att bli inspelade och således hämmas i sina svar (Trost, 2010). I denna studie användades digital diktafon avslappnat och ingen av informanterna upplevdes besvärade av utrustningen. Innan varje intervju funktionstestades utrustningen för att optimera volym och avstånd till informanten.

Genom att använda sig av diktafon för inspelning kunde författaren säkerställa att all information kom med ordagrant vilket ökar tillförlitligheten. Författaren arbetade metodiskt och genomgående för att stärka studiens tillförlitlighet genom att jämföra inspelningarna och transkriberingarna upprepade gånger (Polit & Beck, 2016). För att vidare öka studiens trovärdighet exemplifierades innehållsanalysen i tabell 3. Resultatet har sedan presenterats så transparent som möjligt genom att utvalda beskrivande citat valts ut från samtliga intervjuer vilket enligt Polit och Beck (2016) ytterligare stärker en studies tillförlitlighet.

Beslutet att arbeta både digitalt och analogt under dataanalysen togs vid utformandet av metodavsnittet och baserade sig sonika på hur tidigare studenter vid författarens lärosäte hanterat den mängd utskrifter som uppkommit till följd av databearbetning av intervjuer. Det textmaterial som efter transkribering av ljudupptagning uppkommer kan enligt Trost (2010) redan vid ett tiotal en timmes intervjuer uppnå så mycket som 200-300 sidor i utskrift. Denna studies textmaterial omfattade dock inte så stora mängder utan uppgick till ca 100 sidor i utskrift vilket överensstämmer väl då antalet informanter i relation till intervjuernas tidsåtgång var mindre. Dataanalysen genomfördes alltid först digitalt med färgmarkerings funktion i ordbehandlingsprogram men avslutades alltid analogt vilket medförde att författaren fick en bättre överblick och kunde effektivisera arbetet jämfört med vad som kunde ske framför en datorskärm.

Återkommande under dataanalysen fick författaren avgöra omfattningen i de meningsbärande enheter som identifierades. Under den första genomläsningen av intervjutranskript var det generellt så att dessa markerades större än vad de egentligen var. Under resterande genomläsningar uppmärksammades dock detta men att reducera omfattningen av de meningsbärande enheterna förblev en av de svårare delarna av innehållsanalysen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är detta en av faktorerna som inverkar på studiens tillförlitlighet.

Vid för utförliga meningsbärande enheter så kan de bli svårhanterade till följd av de innehåller flera ”meningar” och vid för ofullständiga meningsbärande enheter kan kondensering av ett enstaka ord orsaka analysen orsaka för stor sönderdelning. Författaren har utförligt och transparent beskrivit studiens genomförande detta för att ge läsaren möjlighet till bedömning om studien skulle kunna återskapas och genomföras igen. Detta förfarande anses enligt Polit och Beck (2016) öka studiens överförbarhet genom att överlåta bedömning om dess kontext är reproducerbart. Överförbarheten till andra undersökningspopulationer inom ambulanssjukvården motiveras med att inga större förändringar av behandlingsriktlinjer aktuella för regionen där studien genomfördes har inträtt. Vidare har standardstorleken på ett ambulansfordon generellt i regionen inte förändrats. Det handlar fortsatt om ett skåpbilsliknande fordon tillika lätt lastbil. Viss utveckling inom medicinteknik, ergonomi, utformning och design samt trafiksäkerhet har skett men övervägande del av det som informanterna beskrivit består och är fortsatt aktuellt. Möjliga faktor till skillnad vid reproducering finns dock. Ett exempel av dessa antas utgöras av informanternas längd vilket i denna studie varierade. En annan faktor kan vara informanternas formella kompetens som i denna studie förutom specialistutbildning inom ambulanssjukvård av enskilda kompletterades med anestesi- och intensivvårds specialistutbildningar.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen utgår från de fyra uppkomna kategorierna: begränsande och hindrande vårdutrymme, preventiva transportåtgärder, riskfylld och risktagande omvårdnad samt hinder i lastsäkring. Det är ambulanssjuksköterskans upplevelser kring patientsäkerhet av de prehospitla omvårdnadsåtgärderna i vårdutrymmet som belyses i denna efterföljande resultatdiskussion. Informanternas upplevelser var av blandad art men gemensamma och tydliga konsensus områden kunde identifieras och säkerhetsaspekter både för ambulanssjuksköterskan och för patienten framkom.

Begränsande och hindrande vårdutrymme

Det fanns en samstämmighet om att ambulansens vårdutrymme hade begränsningar och hinder som inverkade vid ett antal omvårdnadsåtgärder. Flertalet informanter uttryckte att detta var associerat med vårdarstolens placering i kombination med bältesanvändning vilket medförde att antingen ambulanssjuksköterskan eller patient befann sig utom räckhåll. Andra beskrev hur utrustning antingen var utom räckhåll eller medförde obehaglig arbetsställning för att nås. Att vårdmiljön till viss del begränsar den prehospitla omvårdnaden stärks i en tidigare studie av Lee et al. (2013) identifierade att återkommande obältat arbetet vid ambulansbåren skedde till följd av inskränkning i räckvidd till patient, utrustning och reglage. Det framträdande mönstret är utifrån denna studie att utformningen i vårdutrymmet inte tagit hänsyn till ambulanspersonalens ergonomi och vilken sorts åtgärder och omhändertagande som bedrivs vilket hade en negativ påverkan på vårdkvalitén.

Informanter beskrev vidare att förutom det akuta omhändertagandet med olika nivåer av prehospitla omvårdnadsåtgärder så var fysisk access, ögonkontakt och beröring viktigt. Detta belyses även i tidigare forskning där Poljak et al. (2006) redogör att en av faktorerna för ett gott omhändertagande är just den fysiska närkontakten som uppstår mellan ambulanspersonal och patient. Något förvånande var dock att ingen av denna studies informanter beskrev att kommunikationen med patienten påverkades utan enbart den fysiska kontakten föreföll stå i fokus.

Författaren finner detta intressant då kommunikationsproblem med förarhytten lyftes fram till en av orsakerna till obältad förflyttning. En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara tolkningen av kroppsspråket mellan ambulanssjuksköterskan och patient. Detta påstående stärks delvis i tidigare studie av Wireklint Sundström och Dahlberg (2011) som funnit att fysisk närhet var en viktig faktor i tillitsbyggande mellan vårdgivare och vårdtagare.

Liksom citat från studien visat på så förefaller vårdarstolens placering i relation till ambulansbåren utgöra en av faktorerna som begränsar och hindrar ambulanssjuksköterskans omhändertagande under transport. Enligt Corman (2018) var placering och design av vårdarstolen en framträdande faktorn som föranledde obältat arbete i ambulansens vårdutrymme. Hur vårdarstolen är placerad skiljer sig i denna studie jämfört med tidigare forskning. Standardiseringen för denna studie var att samtliga vårdarstolar var placerade framåtvända i färdriktningen istället för att vara vridna in mot ambulansbåren således åkandes sidledes i färdriktningen. Variationer i arbetsmiljön, tillika vårdarstolens placering och utformning, kan skilja åt vilket torde innebära att informanter i tidigare likväl som denna studie borde ha olika upplevelser på arbetet från denna plats. Tvärtom så beskriver informanterna att inskränktheten från vårdarstolen är den huvudsakliga orsaken till obältat arbete oavsett vårdarstolens egenskaper.

Enstaka informanter redogjorde att de upplevde frustration i att inte kunde utforma sin egen arbetsmiljö. Ambulanssjuksköterskans räckvidd från vårdarstolen vid omhändertagande var ytterligare en faktor som beskrevs av flertalet informanter. Vilka omvårdnadsåtgärder det faktiskt rörde sig om skiljde sig dock åt mellan olika informanter. En förklaring till detta kan bero på skillnader i kroppslängd mellan informanterna. De kortare informanterna beskrev i större utsträckning hur de fick kämpa för att nå upp till syrgasuttag i taket och samtidigt förbli bältade jämfört med sina längre kollegor. Förutom syrgastillförsel under färd var räckvidden till sugutrustning något som samtliga informanter belyste som omöjligt att utföra bältade då det helt enkelt inte gick att nå ens för de med längre kroppslängd. Lee et al. (2013) fann att den vanligaste såväl som mest nödvändigaste utrustningen oftast var utom räckhåll från vårdarplatsen sett. Vad för utrustning och vilka åtgärder som uppfattas inskränkande kan därav antas utgå från ambulanssjuksköterskans fysiska förutsättningar. En lösning till problematiken med variationer i kroppslängd hos ambulanspersonal anser författaren vara att i högre grad utforma vårdutrymmen till att bli mer modulära i utförande. Genom detta skulle ambulanspersonal ges möjlighet att anpassa sin arbetsmiljö dels utifrån sin egen längd och dels utifrån patientkategori och förväntat utrustningsbehov vilket sammantaget minskade obältat arbete. Detta påstående stärks av Sagarra (2015) som fann att säkerheten för samtliga ombordvarande i vårdutrymmet gynnades positivt av en modulbaserad inredning med utrustning greppbar från vårdarstolen.

En återkommande omvårdnadsåtgärd som flertalet informanter beskrev till följd av vårdutrymmets utformning var etablering av venös access under färd. Ingen av informanterna valde dock att vidareutveckla vad de fysiska begränsningar som detta utmynnade i. Författaren kan således ej konkludera om detta innebar ökat antal stickförsök eller att etablering av venös access uteblev helt. Utmaningen med att skapa intravenös access under transport har i tidigare forskning identifierats som en svårutförd omvårdnadsåtgärd vilket t.o.m. bidragit till att ambulanspersonal kvarstannat på hämtplats för att utföra detta än under färd (Corman, 2018; Petzäll, 2008). Ingen av informanterna i denna studie beskrev ett sådant förfarande annat än vid HLR då deras medicinska behandlingsriktlinjer tillät detta.

En förklaring till varför informanterna beskrev denna omvårdnadsåtgärd som svår att utföra kan dock kopplas samman med räckvidd från vårdarstolen samt ambulansbårens placering i vårdutrymmet. Etablering av intravenös access i vänster armen profileras före den högra då åtkomst till denna under färd innebar att ambulanssjuksköterskan oftast var tvungen att luta sig över större delen av patienten för att nå.

Preventiva transportåtgärder

Återkommande i resultatet var att informanterna uttryckte att de kunde reducera obältade interventioner under transport genom att vidta preventiva transportåtgärder. Detta inkluderade beslut om vad som skulle genomföras på hämtplats eller vad som kunde göras under transport samt förberedande av utrustning som var eller kunde bli aktuell. Att ambulanspersonal frångår en standardiserad packplan är enligt Corman (2018) en del av ett förberedande arbete där besättningens tidigare erfarenhet och individualiserande av vårdutrymmet belyses som positivt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Framträdande i denna studie var att de informanter som hade lång prehospitall arbetslivserfarenhet i större utsträckning och i mer detalj beskrev vad för preventiva transportåtgärder som de vidtog jämfört med sina mer oerfarna kollegor.

Tidigare prehospital arbetslivserfarenhet var enligt Petzäll (2008) en faktor som inverkade i vilken utsträckning en ambulansbesättning anpassade och förberedde sig inför åtaganden under patienttransport. Författaren instämmer att arbetslivserfarenhet säkerligen är en faktor som bidrar till preventiva transportåtgärder men det kan samtidigt inte antas att en erfaren kollega agerar mer preventivt jämfört med sin oerfarna kollega. Det är vedertaget känt att vårdpersonal kan drabbas av medkänslotrötthet, compassion fatigue, och författaren hypotiserar att detta även kan drabba ambulanspersonal i form av att vidta förebyggande preventiva transportåtgärder. Detta menas i klartext att en erfaren kollega efter flera år utan en ambulansrelaterad skadehändelse i trafiken förbiser risker eller sonika tar mer risker med att exempelvis obältat arbete.

Kommunikationen mellan ambulansens förare och ambulanssjuksköterskan var en annan aspekt av preventiva transportåtgärder som togs upp av ett flertal av informanterna. Informanterna beskrev denna kommunikation som två-vägs då ambulanssjuksköterskan behövde förmedla information till föraren som i sin tur behövde vara uppmärksam till vad som försiggick i vårdutrymmet. Kommunikationssätten mellan vårdutrymme och förarhytt skiljde sig dock åt. En del informanter beskrev att de nyttjade befintlig radioutrustning i form av RAKEL men den övervägande delen höjde rösten eller skrek för att överrösta eventuellt buller. Det förekom även att informanter förflyttade sig obältade närmare den skiljevägg mellan vårdutrymme och förarhytt för att göra sig hörda. Vikten av att kommunicera inom ambulansbesättningen under transport har förekommit i tidigare forskning och enligt Lee et al. (2013) angavs en av orsakerna till favorisering av verbal kommunikation vara att den inte frångick händerna, till radioapparaten, från vare sig den vårdande ambulanspersonalen eller förarens pågående arbete. Ingen av informanterna beskrev hur det kom sig att de verbalt försökte överrösta bullret i vårdutrymmet vilket skulle kunna förklaras dels av att deras händer var upptagna med annat och dels för att befintlig kommunikationslösning var bristfällig. De monofoner som informanterna använde sig av hade uttag för hörsnäckor men detta var tillbehörsutrustning som, åtminstone hos den valda ambulansleverantören, främst delades ut till ambulanspersonal i ledningsfunktion.

Vidare redogjorde ingen av informanterna för svårigheter med att kommunicera med patienten under färd. Denna kommunikationsaspekt kunde enligt Suserud et al. (2013) försvåras till följd av buller vilket i kombination med att patienten led av nedsatt hörsel medförde att ambulanssjuksköterskan behövde luta sig närmare patientens öra för samtal. Informanternas hörsel och vårdutrymmets akustik antas båda varit av god kvalitet då detta inte belystes som en problematik.

Det framkom även att informanter med prehospital erfarenhet upplevde ett ökat säkerhetsansvar för medåkande närstående såväl som externt tillförd personal. Detta ansvarstagande återspeglades som en preventiv transportåtgärd i form av att patienters tillhörigheter kunde nekas ombord då de utgjorde en skaderisk vid eventuell kollision eller deceleration. Informanterna redogjorde ej i vilken utsträckning detta skedde men enligt Brice et al. (2012) så är detta förekommande och utgör en risk för patient likväl för ambulanspersonal. 2 som detta formulerades och kommunicerades till mottagare skiljde sig dock åt. En del informanter beskrev det som att de använde en uppmuntrande och förklarande ton medan andra ambulanssjuksköterskor var mer fyrkantiga och auktoritära i sitt förmedlande vilket kunde leda till meningsskiljaktigheter.

Skillnader kring hur detta kommunicerades kan förklaras av att ambulanssjuksköterskor haft olika upplevelser av trafiksäkerhet. Uppkomna konflikter kring medhavd utrustning och bagage ledde oftast till kompromisser vilket enligt Eide och Eide (1997) är en viktig del till deskalering av konflikter.

Riskfylld och risktagande omvårdnad

Återkommande i studiens resultat var en oro beträffande säkerheten vid utförandet av HLR då ambulansen var i rörelse. HLR initierades i regel utanför ambulansen och i de flesta fall kunde även ambulanssjuksköterskan avsluta resultatlös HLR utifrån särskilt ställda kriterier. Det förekom dock situationer där patienter med hjärtstopp till följd av särskilda omständigheter skulle transporteras med pågående HLR till sjukhus. Det framkom att ingen av informanterna ansåg att de kunde utföra effektiva manuella hjärtkompressioner från vårdarstolen med bilbälte på. Enstaka informanter som förutom specialistutbildning i ambulanssjukvård även innehade specialistutbildning i anesthesi ansåg att de på den motsatta extra vårdarplatsen, placerad mitt emot vårdarstolen, kunde förbli bältade och ändå ventileras. Denna uppfattning motsägs dock av tidigare forskning där både Corman (2018) samt Larson och Engström (2013) underströk svårigheten med att bältad utföra effektiv ventilation vid hjärtstopp. Enligt de medicinska behandlingsriktlinjerna för ambulanssjukvården i det område studien genomfördes kunde larynxmask eller endotrakealtub, det senare för anestesikompetenta, appliceras för att underlätta ventilering. Då denna uppfattning endast delades av anesthesiutbildade sjuksköterskor kan det diskuteras om detta beror på en högre anestesikompetens i förhållande till ambulanssjuksköterskor. Författaren erhöll inget svar om vad som ansågs vara de bakomliggande omständigheterna kring att just dessa informanter kunde förbli bältade och ventileras patienter men en hypotes är att vid intubering av patienter behöver ambulanspersonal efter etablering av en säker luftväg i direkt inte placera sig anslutning till patientens huvud. Resterande informanter menade dock att bältad ventilering inte var genomförbar med bilbälte och underströk avsaknaden av en adekvat sittplats med bilbälte bakom baren tillika patientens huvud.

Förutom att ventilering behövde en del patienter även erhålla hjärtkompressioner vid HLR under transport. Åsikterna gick något isär beträffande om det gick att förbli bältad i vårdarstolen men samtidigt kunna komprimera patientens bröstorg.

En informant beskrev att genom att använda enhandsteknik var detta möjligt men flertalet andra informanter beskrev hur detta var otänkbart relaterat till räckvidd. Informanten med enhandsteknik medgav att sitt arbetssätt dock upplevdes mer ansträngande och ineffektivt jämfört med än vid normalt utförda kompressioner. Enligt Svenska rådet för HLR (2017) är enhandsteknik en godtagbar kompressionsmetod för barn och ungdomar men ej för vuxna vars bröstorg måste tryckas ner djupare i jämförelse. Författaren är av uppfattningen att detta förfarande är att betrakta som suboptimalt och troligen möjliggjordes av att informanten i fråga var mycket lång. Majoriteten av informanterna beskrev istället hur de på ett eller annat sätt vid utförande av manuella hjärtkompressioner hämmades av vårdutrymmets utformning och att de behövde hålla sig med en hand för att inte fara omkring under färd. Detta stärks av tidigare studier där Corman (2018) beskriver att manuellt utförda hjärtkompressioner under transport försämras till följd av vårdutrymmets storlek. Fordonsrörelsernas inverkan beskrevs vidare av Brice et al. (2012) bidra till sämre kvalitet då ambulanspersonal behövde hålla i sig med en hand för att kompensera ambulansens krängningar. En möjlig förklaring till informanternas obehag vid HLR under patienttransport skulle därför vara svårigheter i att effektivt och säkert utföra bröstkompressioner. En annan aspekt som enstaka informanter nämnt var i vilken omfattning patienten var lastsäkrad på ambulansbaren.

Författaren antar att även detta medför en risk då åtkomst till patientens bröstorg är av vikt vid hjärtstopp och att anbringande av defibrilleringsplattor och korrekt placering av händerna prioriteras före användande av ambulansbårens bröstremmar.

Utifrån arbetsställningen vid hjärtkompressioner fanns en enhällig önskan bland informanterna om att med hjälp av teknisk utrustning kunna utföra mekaniska hjärtkompressioner för att på så sätt förbli sittandes och bältade. Nyttjande av sådan utrustning menar Larsson och Engström (2013) förutom att skapa en säkrare arbetsmiljö att det även frigör ambulanspersonalens händer till andra uppgifter. Ambulanssjuksköterskans förmåga att parera fordonsrörelser och krängningar under pågående HLR försvårades i och med att personalen stod obältade och böjda med båda armarna pumpades över patientens bröstorg. Slattery och Silver (2009) underströk detta arbetsmiljöproblem ytterligare genom att poängtera att sjuksköterskorna förutom att de inte kan ta emot sig med någon ledig hand riskerade att få skullskador då de saknade huvudskydd. Ett mekaniskt bröstkompressionssystem har dock ur ett kortsiktigt perspektiv inte visat sig generera ökad patientöverlevnad jämförelsevis med manuellt utförd HLR (Rubertsson et al., 2013). Det främsta skälet för införandet av mekaniska hjälpmedel vid HLR skulle därav inrikta sig till att förbättra arbetsmiljön för ambulanssjuksköterskan och konsekvent bidra till en ökad patientsäkerhet till följd av att vårdgivaren nu kunde förbli bältad.

Genomförande av defibrillering under transport skiljde sig åt mellan olika informanter. Ett fåtal ansåg att defibrillering gick att utföra förutsatt att det fanns en god kommunikation bland medföljande kollegor och att adekvata åtgärder vidtogs i vårdutrymmet medan andra meddelade föraren att tillfälligt stanna för att efter utförd elchock återuppta transporten. Gemensamt för båda arbetssätten är en säkerhetsmedvetenhet kring denna potentiellt farliga behandling i ett vårdutrymme som ömsom accelererar och decelererar. Tidigare forskning har identifierat att utförandet av hjärtkompressioner under färd är associerat med risk men förvånansvärt lite finns skrivet om vilka risker defibrillering innebär i detta sammanhang. Författaren menar att denna aspekt kan tillskrivas både riskfylld omvårdnad och preventiva transportåtgärder.

Det förefaller vara två läger där den ena sidan försummar arbetsmiljön för att sätta patienten i första rum och således bedriver någon form av kalkylerad risk medan den andra sidan identifierar, kanske utifrån tidigare arbetslivserfarenhet, en risk och vidtar förebyggande åtgärd.

Samtliga informanter angav att viljan att bedriva vård av god kvalitet under transporten var en bakomliggande orsak till obältat arbete.

Detta resultat stärks i tidigare forskning där vårdkvaliteten upplevs förbättras genom avlägsnandet av ett inskränkande bilbälte från vårdarplatsen (Corman, 2018; Suserud et al., 2013). Det fanns en medvetenhet om att detta innebar risker för både ambulanssjuksköterskan själv och för patienten men samtidigt förelåg det en självupppoffrande arbetskultur där det var en självklarhet att göra det yttersta för patienten. Detta åsidosättande av den egna säkerheten för patientnyttan beskrevs av flera informanter; många uttryckte det som att ”vad gör man” eller ”då tänker man inte på sig själv”. Lee et al. (2013) menar att ambulanspersonal har en god riskmedvetenhet men att de till trots väljer att utföra obältade interventioner genom att helt enkelt acceptera det som en försumbar risk av yrket.

Ambulanssjuksköterskan hamnar i en omöjlig sits då denne tvingas att välja mellan att med god kvalité omhänderta patienten obältad eller att förbli bältad vilket resulterar i sämre eller utebliven vård. Informanterna beskrev inte det sistnämnda som ett alternativ. Vårdandet kom i första hand och säkerhetstänkandet i vårdutrymmet under transport i andra hand vilket stärks i tidigare forskning av Brice et al. (2012) som tillskriver detta en form av socialt uppkommen miljöfaktor i vilken ambulanspersonal stoltserar med ett altruistiskt och osjälviskt synsätt. Det förefaller även som att riskmedvetenheten för denna särskilda situation är god och att det således inte är en risk som uppstår till följd av slarv eller oaktsamhet. En möjlig förklaring kan vara att det är ett medvetet och hängivet val från ambulanssjuksköterskan som dessvärre utsätter samtliga ombordvarande i vårdutrymmet för risk.

Samtidigt kan det diskuteras om ambulanssjuksköterskans risktagande är en form av plikt känsla gentemot sin patient eller till följd av arbetsmiljön som i detta fall anses utgöras av ett vårdutrymme i behov av utveckling. Viljan till förändring förefaller dock finnas och i en fransk studie med ett vårdutrymme liknande svensk standard var ambulanspersonal villig att förbli bältade om en teknisk lösning till detta problem kunde nås (Fournier et al., 2013). Författaren anser att detta är en viktig del att belysa vid utformandet av nya ambulansers vårdutrymmen. Inkluderingen av kliniskt verksamma ambulanssjuksköterskor vid framtagning av vårdutrymmets design teoriserar kunna motverka uppkomsten av denna negativa kultur och medföra en säkrare arbetsmiljö för samtliga ombord. Detta påstående stärks av tidigare forskning där Suserud et al. (2013) fastslog att det finns en vinst av att låta ambulanspersonal engageras i utformningen av ambulansens vårdutrymme.

En annan aspekt som belystes av en majoritet av informanterna var att patientens tillstånd inverkar på bältesanvändning. Hos patienter med svikt i vitala funktioner eller som varit utsatta för större trauman behövde ambulansbesättning snabbt stabilisera och transportera. En av grundprinciperna inom ambulanssjukvård är just att inte fördröja avtransport hos en instabil patient utan att dessa ska nå definitiv sjukvård inom en timme från tidpunkten för skada eller insjuknande (NAEMT, 2015). Vid de tillfällen skyndsamt transport var nödvändig till följd av patientens status identifierades en ökad skaderisk då vissa behandlingsåtgärder var svåra eller rent av omöjliga att utföra med bilbälte.

Informanterna underströk dock att hos stabila patienter kunde bilbälte användas i större utsträckning oftast till följd av att ambulanssjuksköterskan kunnat vidta preventiva åtgärder innan transport påbörjats. Utifrån detta förefaller ett antal faktorer ligga till grund för risktagande omvårdnad under transport. Patientens status tillika vårdbehov, tidsaspekten eller vårdtempot vilket inverkar i graden av preventiva transportåtgärder samt bilbältets användning hos både ambulanssjuksköterskan och patienten. Ambulanssjuksköterskans inverkan på sin arbetsmiljö utifrån dessa faktorer är dock begränsad än till just bilbältets användning. Författaren menar med detta att patientens status om initial behandling misslyckas eller bakomliggande orsak till ohälsa är av sådan allvarlighetsgrad att den prehospitala vården är otillräcklig samt vårdtempot inte är påverkningsbara faktorer. Detta påstående kan delvis styrkas av tidigare studier där vikten av att ambulanspersonal ska kunna ge ett gott omhändertagande under färd enligt Johnson, Lindholm och Dowd (2006) är så pass essentiell att flertalet personal har beskrivit en ovilja att nyttja befintliga bilbälten då de dessa begränsar och hindrar en effektiv vård. Den ökade skaderisken hos ambulanssjuksköterskan vid transport av instabila patienten påtalas även i en studie av Petzäll (2008) där återigen obältat arbete till följd av oförmåga att utföra adekvat behandling med bilbälte angavs.

Hinder i lastsäkring

Informanter som befann sig obältade vid huvudändan i samband med ventilation eller luftvägsåtgärder hade förutom en rädsla att befinna sig obältade i ett stort vårdutrymme en oro över att ambulansbåren kunde lossna och komma farande mot dem tillika klämma dem mot väggen som delar vårdutrymme och förarhytt. Författaren vill understryka att denna upplevelse inte delades av majoriteten av informanterna. En utbredd rädsla eller misstänksamhet kring ambulansers befintliga lastsäkringar är inget som hittas i tidigare forskning utan snarare är det en avsaknad av förankring till essentiell utrustning som poängterats. Svårigheter med att åtgärda eller behandla patienter med luftväg eller andningsproblem på ett sätt som inte medför obältat arbete är däremot något som beskrivs av Corman (2018). En förklaring till det obehag kring vårdutrymmets lastsäkringsmöjligheter som beskrevs är att det rör sig om en vida spridd riskmedvetenhet hos ambulanssjuksköterskorna. Samtidigt kan författaren inte bekräfta om detta obehag alltid var berättigat eller om det handlade om en kombination med identifierade risker, tidigare arbetslivserfarenhet och fordonsrörelser.

Vid tidpunkten för datainsamlingen saknades det dedikerade fastsättningsanordningar för akutväska, defibrillator och övervakningsutrustning i vårdutrymmet. Informanterna beskrev flertalet improviserade lösningar i hur akutväskan skulle lastsäkras samtidigt som den skulle placeras nåbar från vårdarstolen. Varför just denna utrustning beskrevs omfattande kan förklaras av att det var där i som ambulansens läkemedelsförråd återfanns. Förekomsten av undermåttlig eller avsaknad av dedikerade fastsättningsanordningar återfinns i Fournier et al. (2013) som även understryker att all form av lösa föremål är skadligt för samtliga i vårdutrymmet då de utgör potentiella projektiler. Flera citat i studien har även påvisat ett behov av att lastsäkra ambulansens medicinsktekniska utrustning så att ambulanssjuksköterskan inte behöver förflytta sig obältad för att nå detta under färd. Några rekommendationer för utveckling av vårdutrymmets arbetsmiljö beskriver Lee et al. (2013) är att säkert förvara tillika förankra medicinskutrustning, läkemedel, övervakningsapparater och stickande/skärande avfall samtidig som de för den bältade ambulanspersonalen ska vara lätt greppbara.

Idag har ambulansstillverkare presenterat lösningar till dessa problem genom antingen extern nåbara läkemedelsseter i närheten av vårdarstolen eller att akutväska lastsäkras med antingen regel eller spänne lokaliserat på golvet vid vårdarstolens fotända (Euro-Lans Nordic Vehicle, 2016; Nilsson Special Vehicles, 2018). Enstaka ambulansstillverkare har vidare utformat arbetsmiljön runt den primära vårdarstolen genom att på ett säkert och åtkomstvänligt sätt tillhandahålla essentiell medicinskutrustning och läkemedel med hjälp av utdragbara lådor, måttanpassade hållare, takmonterade hyllor och fack till den grad att ambulanssjuksköterskan inte behöver utföra obältat arbete alls (Ambulansproduktion AB, 2016). Förutom akutväskan beskrev en övervägande del av informanterna att defibrillatorn var ett återkommande löst föremål i vårdutrymmet vid användning. Samtliga informanter ansåg detta som en särskild risk utifrån den bristfälliga förankringen och att defibrillatorn vikt ansågs kunna orsaka stor skada vid en eventuell kollision. Detta stärks i en forskningsrapport av Petzäll (2008) där defibrillatorn angavs vara en av den vanligare utrustningen som ambulanspersonalen skadade sig på under transport. En av de större defibrillatortillverkarna har dock idag utvecklat ett väggfäste som medför en säker förankring och god överblick för övervakning av rytm (Laerdal, 2018).

Trots att den tekniska utvecklingen gått framåt och ambulanser idag generellt utformas med arbetsmiljö där mänskliga faktorer tas med i beräkningen så är den prehospitala omvårdnaden under färd ännu inte helt utan risker. En förklaring är att säkerheten, obältat arbete, i vårdutrymmet dels påverkas av att utrustning ska vara adekvat lastsäkrad och dels av att lastsäkrad utrustning ska kunna vara nåbar och även synlig från vårdarplats.

En majoritet av informanterna upplevde att patienter med avvikande kroppsstorlek, utifrån en icke angiven normalvikt, inverkade negativt vid lastsäkring på ambulansbår, spineboard, vakuummadrass eller i Kendrick Extrication Device [KED] räddningsväst. Barn med kroppsvikt mellan 4,5–18 kg kunde lastsäkras adekvat med särskilt bilbälte för barn, Pedi-Mate, vilket fanns i samtliga ambulanser i länet där denna studie genomfördes (Ferno Norden, 2013). Däremot fanns det inget babyskydd eller liknande till de allra minsta barnen under 4,5kg vid tidpunkten för datainsamlingen. Enligt Johnson et al. (2006) var avsaknad av lämplig fastsäkringsutrustning en orsak till att pediatrika patienter transporterades obältade i föräldrars knä eller famn. Petzäll (2008) identifierade även att en ytterligare orsak till att barn transporterades obältade var på grund bristande kunskap om lastsäkringsmöjligheter hos ambulanspersonalen. Risken att transportera patienter som utifrån normen avvek i kroppsstorlek uppgavs bero på om befintlig lastsäkringsutrustning saknades eller inte var anpassningsbar i tillräckligt hög grad. Detta angavs som främsta orsak till varför ibland pediatrika patienter transporterades med otillräcklig eller helt utebliven lastsäkring. Kunskapsgraden hos informanterna var okänd men ej heller något som efterfrågades under intervjuerna. Författaren erhöll dock detaljer kring maxvikt och fastsättningsmöjligheter vilket indikerade att informanterna föreföll insatta i hur utrustningen skulle användas.

Vid tidpunkten för datainsamlingen var de medicinska behandlingsriktlinjerna för ambulanssjukvården att nyförlösta barn ej skulle avnavlas utan placeras på moderns bröst för att sedan obältat köras in till förlossningen. Idag har de medicinska behandlingsriktlinjerna för ambulanssjukvården uppdaterats och praxis är numera att säkerställa en lika trygg transport för barnet som för modern. En kompletterande säkerhetssele, Kangoofix, för barn med kroppsvikt mellan 1,8-5kg har införts hos samtliga ambulanser i länet och avnavling som åtgärd inskriven i riktlinjerna (Ferno Norden, 2016). Förutom utmaningen med att lastsäkra barn på ambulansbåren uttryckte flertalet informanter svårigheter att adekvat immobilisera dessa.

Återkommande var behovet att polstra i större utsträckning när barn immobiliserades och att ambulanssjuksköterskan fick använda utrustning som från början var tänkt för andra användningsområden. Exempel på detta var helkroppsimmobilisering av spädbarn eller förskolebarn i ambulansens vakuumsplintar avsedda för extremiteter eller nyttjande av KED räddningsväst.

Informanterna beskrev detta som en naturlig del att åtgärda ett problem med de medel man hade till hands vilket enligt Corman (2018) är en återkommande inställning att ambulanspersonal får klara av uppgifter med befintlig utrustning. Framträdande vid transport av patienter med avvikande kroppsstorlek från normen var att små patienter exemplifierades oftare än stora. En förklaring till detta skulle kunna vara att det var lättare att anpassa befintlig utrustning till en för liten kropp med polstring eller omfördelning med remmar än det är att anpassa samma utrustning till en från normen stor kropp.

Beträffande patienter med avvikande kroppsstorlek upplevde flertal informanter också att ambulansbår samt immobiliseringsutrustning inte heller var genomtänkta att passa för patienter med alltför stor kroppsstorlek. För korta bilbälten och svårighet att spänna bälten och remmar beskrevs som särskilt problematiskt. Enstaka informanter uppgav även att de valde spineboard i större utsträckning vid immobilisering av obesitas patienter då det dels var lättare att få in själva ryggbrädan underifrån och dels för att tillhörande remmar var längre jämfört med vakuummadrassen. En annan aspekt var svårigheterna att spänna fast spineboard med ambulansbårens bilbälten hos obesitas patienter. En del informanter uppgav även att de kände sig extra oroliga vid transport av immobiliserade obesitas patienter till följd av aspirationsrisken. De uppgav att de tvivlade på om de hade den fysiska kapacitet som behövdes för att luta exempelvis en spineboard åt sidan om patienten kräcktes. Svårigheten med att få immobiliserade att ligga still har även Fournier et al. (2013) identifierat och beskriver att det oavsett vikt finns en risk för partiell utskjutning från underlag och immobiliseringsutrustning om otillräcklig fastspänning med befintliga bilbälten. Detta styrks även i en studie av Lee et al. (2013) där problematiken med att lastsäkra en överviktig patient på ambulansbåren till följd av för korta bilbälten återkommer. Patienter med stora kroppsstorlekar betraktades generellt av informanterna som svåra att lastsäkra adekvat. Utmaningen bestod av att med bälten och remmar i maximalt utdraget läge tillse att utrustning och bår slöt sig runt patientens kropp. Författaren noterade att de korta informanterna i större utsträckning beskrev sina upplevelser av att transportera och även justera stora patienter i jämförelse med de längre informanterna. En förklaring kring detta var att ambulanssjuksköterskans längd eller snarare fysiska styrka inverkade i deras åsikt kring exempelvis obesitas patienter.

Slutsats

Slutsatsen av denna studie var att patientsäkerhet under transport utgick från vårdutrymmets utformning samt ambulanssjuksköterskans fysiska förmåga att utföra ergonomiska såväl som obekväma uppgifter. Förutom fysiska förutsättningar var arbetslivserfarenhet och kompetens av vikt för att interventioner skulle vara möjliga och att de genomfördes vid rätt tidpunkt. Klinisk erfarenhet och kompetensnivå var en förutsättning för säker vård och essentiellt för det prehospitala utvecklingsarbetet. Ambulansens utrustning var i flera avseenden inte modulär och genom den bristande graden av anpassningsbarhet förekom ett kalkylerande risktagande hos den prehospitala personalen. Genom ett självupppoffrande beteende hos ambulanssjuksköterskan kom vårdkvaliteten öka i vissa avseenden och minska i andra. Det övergripande synsättet som beskrevs var en inställning att lösa prehospitala utmaningar med till hands tillgängliga medel och utifrån det altruistiska synsättet att sätta patienten i första rum.

Klinisk tillämpbarhet

Författaren vill tydliggöra att syftet med studien inte var att skapa ett generaliserbart resultat. De mönster som framkommit står för just en avgränsad population inom ambulanssjukvården som är en omfattande verksamhet och som utifrån respektive region även har vissa skillnader. Resultatet kan dock fylla en funktion genom att åskådliggöra upplevelser av patientsäkerhet i vårdutrymmets design och det vårdrelaterade arbete som där bedrivs.

Tidigare kvalitativ forskning som utgår från ambulanssjusköterskors upplevelser av trafiksäkerhet i ambulansens vårdutrymme var vid studiens början få. Efter att intervjuerna genomförts har detta område uppmärksammats och forskning har delvis utökats. Författaren anser dock att denna studies resultat bidrar till ett område där ambulanspersonalens upplevelser i utförligare omfattning ej skett. Säkerheten i ambulansens vårdutrymme är än idag ett högaktuellt ämne som lett till förändringar ute i verksamheten under denna studies duration. Författaren hävdar att detta stärker relevansen av denna studie och trots att ny forskning bedrivs i detta ämne så kvarstår ett stort forskningsbehov.

Det av författaren mest framträdande för fortsatt forskning anses vara den uppoffrande säkerhetskultur som identifierades som något negativt för säkerheten i vårdutrymmet men som samtidigt insinuerades något ädelt över sig. Det vore även intressant att utföra en jämförande studie hos andra ambulansleverantörer då denna studie enbart fokuserat på en ambulansleverantörs standardambulans. Likväl vore det av vikt att inkludera ambulanssjukvårdare i jämförande studie för att belysa just kommunikation mellan förarhytt och vårdutrymme. Slutligen vore det intressant att se hur nästa generations vårdutrymmen skulle utformas om ambulanssjusköterskor deltog i ambulansstillverkningen.

REFERENSER

Albertsson, P., & Bylund, P.O. (2009). Ambulanskrascher i Sverige: En retrospektiv analys av information från STRADA. *Scandinavian Update Magazine*, 2(4), 23-45.

Ambulansproduktion AB. (2011). *Chevrolet 709 Ambulans*. Sandviken: Ambulansproduktion AB. Hämtad den 20 november, 2011, från: http://www.ambulansproduktion.se/filer/PDF/teknisk_data_709_2010.pdf

Ambulansproduktion AB. (2016). *Chevrolet 709 Ambulans*. Sandviken: Ambulansproduktion AB. Hämtad den 22 december, 2016, från: <http://www.ambulansproduktion.se/chevrolet-ambulans-709>

Ambulanzorg Nederland. (2010). *Ambulance care in Europe*. Hämtad från: [http://www.eena.org/uploads/gallery/files/pdf/report-ambulancecare-in-europe-jan-2010%20\(1\).pdf](http://www.eena.org/uploads/gallery/files/pdf/report-ambulancecare-in-europe-jan-2010%20(1).pdf)

Ambulanzorg Nederland. (2015). *Ambulance care in Europe - Organization and practices of ambulance services in 14 European countries*. Hämtad från: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_ambulance_care_europe.pdf

Andersson Hagiwara, M., & Wireklint Sundström, B. (2016). Vårdande och systematisk bedömning. I B.O. Suserud & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (2a. uppl., ss. 196). Stockholm: Liber AB.

Arbetsmiljöverket. (2016). *Blåljusbranscher - korta arbetsskadefakta*. Hämtad från <https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljostatistik-blaljusbranscher-korta-arbetskadefakta-4-2016-faktablad.pdf>

Benner, P., Tanner, C. A. & Chelsa, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics*. (2 uppl.). New York: Springer.

Bigham, B.L., Bull, E., Morrison, M., Burgess, B., Maher, J., Brooks, S.C. & Morrison, L.J. (2011). Patient safety in emergency medical services: executive summary and recommendations from the Niagara summit. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 13-18. doi: 10.2310/8000.2011.100232

Björkman, S. (2015, 30 april). Över 50 ambulansolyckor de senaste fem åren. *Vårdfokus*.

Brice, J. H., Studnek, J. R., Bigham, B. L, Martin-Gill, C., Custalow, C. B., Hawkins, E. & Morrison L J. (2012). EMS Provider and Patient Safety during Response and Transport: Proceedings of an Ambulance Safety Conference. *Prehospital Emergency Care*, 16(1), 3-19. doi: 10.3109/10903127.2011.626106

Brooks, I.A., Sayre, M.R., Spencer, C. & Archer, F. L. (2016). An historical examination of the development of emergency medical services education in the us through key reports (1996-2014). *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(1), 90-97. doi: 10.1017/S1049023X15005506

Bui, D.P., Pollack Porter, K., Griffin, S., French, D.D., Jung, A.M., Crothers, S. & Burgess, J.L. (2017). Risk management of emergency service vehicle crashes in the United States fire service: process, outputs, and recommendations. *Biomedcentral Public Health*, 17(885), 1-11. doi: 10.1186/s12889-017-4894-3

Centrala etikprövningsnämnden. (2013). *Personuppgifter i forskningen – vilka regler gäller?* Hämtad från http://www.epn.se/media/1102/personuppgifter_i_forskningen.pdf

Corman, M. K. (2018). Titrating the rig: How Paramedics work in and out on their ambulance. *Quality Health Research*, 28(1), 47-59. doi: 10.1177/1049732317739266

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eide, H., & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning* (I. Almqvist & S. Jeppson, övers). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1996).

Euro-Lans Nordic Vehicle. (2012). *Storbilsambulans Mercedes-Benz Sprinter Nidia*. Backaryd: Euro-Lans. Hämtad den 16 december, 2012, från <http://www.eurolans.se/ambulance/large-ambulance-nidia.asp>

Euro-Lans Nordic Vehicle. (2016). *Mercedes Benz Sprinter Nidia*. Backaryd: Euro-Lans. Hämtad den 11 augusti, 2018, från http://www.eurolans.se/media/1254/160822_eurolans_produkblad_mb_sprinter_nidia.pdf

Ferno Norden. (2011). *Allfa Europe Premium*. Trollhättan: Ferno Norden. Hämtad den 16 december, 2012, från <http://www.fernonorden.se/ferno/frontend/mediabank/1662/ALLFA-europa-2011.pdf>

Ferno Norden. (2013). *Pedi-Mate Säkerhetsbälte barn*. Trollhättan: Ferno Norden. Hämtad den 22 december, 2013, från: <http://www.fernonorden.se/productinfo/SE/SE/4062/5003051.pdf>

Ferno Norden. (2016). *Kangoofix*. Trollhättan: Ferno Norden. Hämtad den 11 augusti, 2018, från <http://www.fernonorden.se/file/208fa12e-07ac-40dd-a9c6-2d479c493921/Kangoofix%20User%20Manual%20multilanguage%20version%205%202016.pdf>

Fournier, M., Chenaitia, H., Masson, C., Michelet, P., Behr, M. & Auffray, J.P. (2013). Crew and patient safety in ambulances: results of a personnel survey and experimental side impact crash test. *Prehospital Disaster Medicine*, 28(4), 370-375. doi: 10.1017/S1049023X13003543

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

Green, J.D., Yannaccone, J.R., Current, R.S., Sicher, L.A., Moore, P.H. & Whitman, G.R. (2010). Assessing the performance of various restraints on ambulance patient compartment workers during crash events. *International Journal of Crashworthiness*, 15(5), 517-541. doi: 10.1080/13588265.2010.489402

Curry, L.A., Nembhard, I.M., & Bradley, E.H. (2009). Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation*, 119(10), 1442-1452. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.742775

Gårdelöf, B. (1998). Snabb utveckling av de nya ambulanserna: Från akuta sjuktransporter till mobil akutsjukvård. *Läkartidningen*, 95(1-2), 6-9. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/OldArticlePdf/#!/1998/16873>

Gårdelöv, B. (2016a). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I B.O. Suserud & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (2a. uppl., ss. 41-44). Stockholm: Liber AB.

Gårdelöv, B. (2016b). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I B.O. Suserud & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (2a. uppl., ss. 45). Stockholm: Liber AB.

HSLF-FS 2017:37 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*. Hämtad den 10 oktober, 2018, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/centrala-lagar-och-foreskrifter/hslffs-2017-37>

Johnson, T.D, Lindholm, D. & Dowd, M.D. (2006). Child and provider restraints in ambulances: knowledge, opinions, and behaviors of emergency medical services providers. *Academic Emergency Medicine*, 13(8), 886-892. doi: 10.1197/j.aem.2006.03.562

Jolife AB. (2017). *Lucas 2 bröstkompressionssystem – användarhandbok*. Lund: Jolife AB. Hämtad från https://www.lucas-cpr.com/files/9398026_100901-06_Rev_B_LUCAS2_IFU_SE_LowRes.pdf

Kondracki, N.L., Wellman, N.S., Amundson, D.R., (2002). Content analysis: review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(4), 224-230. doi: 10.1016/S1499-4046(06)60097-3

Kvale, S & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Laerdal. (2018). *Väggmontage HS FR*. Hämtat den 10 oktober, 2018, från <https://www.laerdal.com/se/item/M3857A>

Larsson, R. & Engström, Å. (2013). Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac rest, *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 197-205. doi: 10.1111/ijn.12057.

Lee, Y.T., Kibira, D., Feeney, A.B. & Marshall, J. (2013). Ambulance design survey 2011: A summary report. *Journal of Research of the National Institute of Standards and Technology*, 118, 381-395. doi: 10.6028/2Fjres.118.019

- Lundälv, J. (2006). Akut behov av skaderegistrering efter ambulanskrascher. *Läkartidningen*, 103(6), 372-374. Hämtad från http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/3/3041/LKT0606s372_374.pdf
- Maguire, B. J. (2011). Transportation-related injuries and fatalities among emergency medical technicians and paramedics. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26, 346–352. doi: 10.1017/S1049023X11006601
- Malterud, K. (2011). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion. Lund: Studentlitteratur AB.
- McDermid, F., Peters, K., Jackson, D., & Daly, J. (2014). Conducting qualitative research in the context of pre-existing peer and collegial relationships. *Nurse Researcher*, 21(5), 28–33. doi: 10.7748/nr.21.5.28.e1232
- Murray, B. & Kue, R. (2017). The use of emergency lights and sirens by ambulances and their effect on patient outcomes and public safety: a comprehensive review of the literature. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(2), 209-216. doi: 10.1017/S1049023X16001503
- National Association of Emergency Medical Technicians [NAEMT]. (2015). *PHTLS: Prehospital trauma life support (7th ed., military ed.)*. St. Louis, Missouri: Mosby Jems Elsevier.
- Nilsson Special Vehicles. (2011). *Nilsson V70 Ambulans generation II*. Laholm: Nilsson Special Vehicles. Hämtad den 16 december, 2012, från <http://www.nilsson.se/fileadmin/dokument/Ambulans/Nilsson%20Ambulans%202010.pdf>
- Nilsson Special Vehicles. (2018). *Nilsson Ambulans XC90*. Laholm: Nilsson Special Vehicles. Hämtad den 1 september, 2018, från <http://www.nilsson.se/nilsson-xc90-ambulans/>
- Petzäll, K. (2008). *Trafiksäker transport och vård av patient i ambulans*. (Forskningsrapport, Karlstad Universitet, Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper, Avdelningen för omvårdnad). Hämtad från http://www20.vv.se/fud-resultat/Publikationer_000501_000600/Publikation_000557/Trafiksäker%20transport%20och%20vård%20av%20patient%20i%20ambulans.pdf
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2011). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9thed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Polit, D.F. & Beck, C. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10thed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, cop.
- Poljak, A., Tveith, J. & Ragneskog, H. (2006). *Omvårdnad i ambulans – den första länken i vårdkedjan*, 26(1), 48-51. doi: 10.1177%2F010740830602600110

Ray, A.M., & Kupas, D.F. (2005). Comparison of crashes involving ambulances with those of similar-sized vehicles. *Prehospital Emergency Care*, 9(4), 412-415. doi: 10.1080/10903120500253813

Reichard, A.A., Marsh, S.M. & Moore, P.H. (2011). Fatal and nonfatal injuries among emergency medical technicians and paramedics. *Prehospital Emergency Care*, 15(4), 511-517. doi: 10.3109/10903127.2011.598610

Rubertsson, S., Lindgren, E., Smekal, D., Östlund, O., Silfverstolpe, J., Lichtveld, R.A.,... Karlsten, R. (2013). Mechanical chest compressions and simultaneous defibrillation vs conventional cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest: the LINC randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*, 311(1), 53-61. doi: 10.1001/jama.2013.282538

Russi, C.S., Myers, L.A., Kolb, L.J., Lohse, C.M., Hess, E.P. & White, R.D. (2016). A comparison of chest compression quality delivered during on-scene and ground transport cardiopulmonary resuscitation. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 17(5), 634-639. doi: 10.5811/westjem.2016.6.29949

Sagarra, S.E. (2015). New ambulance design aims to improve safety. *EMS World*, 44(5), 42-44 Hämtad från https://www.osageambulances.com/wp-content/uploads/2015/05/500607-MAY-2015_New-Ambulance-Design.pdf

Sanddal, T.L., Sanddal, N.D., Ward, N., & Stanley, L. (2010). Ambulance crash characteristics in the US defined by the popular press: A retrospective analysis. *Emergency Medicine International*, 2010, 1-7. doi: 10.1155/2010/525979

Slattery, D. E. & Silver, A. (2009). The Hazards of Providing Care in Emergency Vehicles: An Opportunity for Reform. *Prehospital Emergency Care*, 13(3), 388-397. doi: 10.1080/10903120802706104.

SFS 1977:1166. *Arbetsmiljöförordning*. Hämtad den 9 oktober, 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljoforordning-19771166_sfs-1977-1166

SFS 1998:1276. *Trafikförordning: Bestämmelser för trafik med motordrivna fordon*. Hämtad den 8 oktober, 2018 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/trafikforordning-19981276_sfs-1998-1276

SFS 2001:319. Förordning om ändring i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Hämtad från <http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20010319.PDF>

SFS 2008:192. *Lag om ändring i lagen (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad den 8 oktober, 2018 från https://www.lagboken.se/Lagboken/sfs/sfs/2008/100-199/d_181354-sfs-2008_192-lag-om-andring-i-lagen-2003_460-om-etikprovning-av-forskning-som-avser-manniskor

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Hämtad den 8 oktober, 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SOSFS 2005:24. Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Hämtad från <https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/NLS/Socialstyrelsen-1.pdf>

SOSFS 2009:10. *Ambulanssjukvård m.m.* Hämtad 9 september, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>

Suserud, B.O., Wallman-C:son, K.A., Haljamäe, H. (1998). Assessment of the quality improvement of prehospital emergency care in Sweden. *European Journal of Emergency Medicine*, 5(4), 407-414.

Suserud, B.O. (2005). A new profession in the pre-hospital care field – the ambulance nurse. *Nursing in Critical Care*, 10(6), 269-271. doi: 10.1111/j.1362-1017.2005.00129.x

Suserud, B., Jonsson, A., Johansson, A., & Petzäll, K. (2013). Caring for patients at high speed. *Emergency Nurse*, 21(7), 14-18. doi:10.7748/en2013.11.21.7.14.e1213.

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistexamen med inriktning mot ambulanssjukvård.* Hämtad från http://ambssk.se/images/document/ras_komp_beskr_ambssk2012.pdf

Sveriges medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan. (2017). *Behandlingsriktlinjer SLAS 2017-05-21.* Hämtad från file:///C:/Users/nikla_i6v8j5k/Downloads/SLAS%20behandlingsriktlinjer%20Vuxen%20och%20barn%2020170501x.pdf

Swedish standards institute. (2014). *Sjuktransportfordon och utrustning – Vägambulanser.* SS-EN 1789:2007+A2:2014.

Trafikverket. (2010). *Betydelsen av bälte: Analys av omkomna i personbil i Stockholms län mellan 2005–2009* (2010:069). Hämtad från http://www.publikationswebbutik.vv.se/upload/5896/2010_069_betydelsen_av_balte.pdf

Trafikverket. (2011). *Utryckningstrafikens framkomlighet i tätort* (2011:044). Hämtad från http://www.publikationswebbutik.vv.se/upload/6257/2011_044_utryckningstrafikens_framkomlighet_i_tatort.pdf

Trafikverket. (2017). *Rapport - Bilbältesanvändning i Sverige 1988-2016* (2017:131). Hämtad från https://trafikverket.ineko.se/Files/sv-SE/27393/Ineko.Product.RelatedFiles/2017_131_Bilbältesanvandningen_i_Sverige_1988_2016.pdf

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer.* Lund: Studentlitteratur.

Universitets- och högskolerådet. (2018). *Sökresultat specialistsjuksköterskeutbildning*. Hämtad den 16 november, 2018, från Universitets och högskolerådet, <https://www.studera.nu/jamfor-utbildning/?q=&f=1%5bSM10&p=11>

Vetenskapsrådet. (2017). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

VVFS 2003:22. *Vägverkets föreskrifter om bilar och släpvagnar som dras av bilar: Bilbälten*. Hämtad 19 oktober, 2012, från http://www.vt-pool.com/download_publ.asp?Document_ID=33639

Wireklint Sundström, B., & Dahlberg, K. (2011). Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions. *International Emergency Nursing, 19*(3), 113-119. doi: 10.1016/j.ienj.2010.07.005

Zhu, M., Cummings, P., Chu, H., & C, L.J. (2007). Association of rear seat safety belt use with death in a traffic crash: a cohort study. *Injury Prevention: Journal of International Society for Child and Adolescent Injury Prevention, 13*(3), 183-185. doi: 10.1136/ip.2006.012153

Zoll. (2018). *Autopulse Resuscitation System Modell 100 User Guide*. San José: Zoll circulation incorporation. Hämtad från <https://www.zoll.com/-/media/public-site/products/autopulse/zoll-san-jose-upload/12555-001-rev-7-autopulse-system-user-guide.ashx>

INFORMATIONSBREV TILL INFORMANTER

Bakgrund och syfte

Ambulanssjuksköterskan har krav på sig att snabbt kunna ta sig fram till skadade och sjuka patienter. Genom att använda sirener och blåljus kan en ambulans påkalla fri väg. Det är allmänt vedertaget att ett fordon's hastighet har betydelse för hur allvarliga skadorna blir vid en eventuell trafikolycka. Detta gäller för alla sorters fordon inklusive ambulanser. Ambulansens vårdutrymme är en av ambulanssjuksköterskans huvudsakliga arbetsmiljöer som delas av patienter, personal och närstående.

Syftet med studien är att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av patientsäkerhet vid omvårdnadsåtgärder under patienttransport.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas att delta i denna studie eftersom du är verksam ambulanssjuksköterska och för att du har arbetat i ambulanssjukvården i minst ett år. Författaren till denna studie har fått ditt namn från din stationschef som identifierat dig utifrån tidigare nämnda urvalskriterier.

Hur går studien till?

Denna studie bygger på insamlad data från ett antal intervjuer med ambulanssjuksköterskor från ambulansföretaget du är anställd i. Författaren kommer att kontakta dig för att boka en intervjutid som sker före eller efter avslutat arbetspass. Detta möte beräknas ta ca 40 min i anspråk. Datainsamlingen (intervjun) kommer att äga rum på din ambulansstation i ett avskilt rum med möjlighet för ljudupptagning. Ditt deltagande innefattar endast ett intervjutillfälle.

Vilka risker och fördelar finns?

Deltagande är frivilligt och inga uppenbara risker finns. Som informant kommer du få reflektera över din och andras användande av befintlig säkerhetsutrustning i ambulansen. Det är tänkbart att ditt deltagande kan ge ökad kunskap om ambulanssjuksköterskans omvårdnad i prehospitala vårdmiljöer.

Hantering av data och sekretess

Allt datamaterial kommer att behandlas konfidentiellt och förvaras på ett sådant sätt att inga obehöriga kan ta del av det. Personuppgifter kommer att kopplas till en kod motsvarande ett löpnummer så att om du väljer att avbryta studien kan din del identifieras och plockas bort. Endast författaren och eventuellt dennes handledare kommer att ha tillgång till denna kodlista. Under intervjun kommer inspelningsutrustning att användas för att kunna återge det du berättar så ordagrant som möjligt och därefter kommer det inspelade materialet att transkriberas. Efter att din intervju transkriberats kommer den digitala inspelningen att förstöras. Det transkriberade materialet kommer efter att studien gjorts färdig och blivit godkänd även det förstöras.

BILAGA A

Försäkring och ersättning

Ingen särskild försäkring bedöms nödvändig för ditt deltagande. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Frivillighet

Ditt deltagande i denna studie är frivilligt och du kan när som helst utan särskild anledning välja att avbryta din medverkan. Insamlad data från din intervju kommer i så fall att exkluderas från studien och inte redovisas i resultatet.

Ansvariga

Författare för denna studie är Niklas Källman Beskow som är student på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning ambulans vid Sophiahemmet Högskola. Vid eventuella frågor kontakta i första hand författaren via e-post som kontrolleras upprepade gånger dagligen. I andra hand går det bra att ringa författaren under kontorstid.

Författare

Niklas Källman Beskow

Telefon: XXX-XXXXXXX

E-post: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXX.XXX

Handledare

Peter Svensson

Telefon: XXX-XXXXXXX

E-post: XXXX@XXXXXXXX.XXX

SAMTYCKESFORMULÄR FRÅN INFORMANTER

Här med ger jag mitt samtycke till att delta i studien efter att ha fått skriftlig och muntlig information om studien samt dess upplägg. Jag har även erbjudits möjlighet att ställa frågor och i de fall jag ställt dem fått svar. Jag samtycker slutligen till att mina personuppgifter sparas, dock längst till och med studiens avslutande.

Ort, datum

Namnteckning, Informant

Namnförtydligande

INTERVJUGUIDE

Syftet med studien är att belysa ambulanssjuusköterskans upplevelser av patientsäkerhet vid omvårdnadsåtgärder under patienttransport.

Bakgrundsfrågor

Kön?

Ålder?

Antal år inom ambulanssjukvården?

Antal år som legitimerad sjuusköterska?

Antal år som legitimerad ambulanssjuusköterska?

Huvudfrågor

1) Hur upplever du att vårdutrymmets utformning påverkar dina omvårdnadsåtgärder?

Följdfråga: Kan du beskriva detta ytterligare?

2) Hur upplever du att arbeta fastspänd från vårdarstolen?

Följdfråga: Kan du beskriva hur det påverkar de omvårdnadsåtgärder du utför? När du nödvändig utrustning fastspänd?

3) Beskriv en omvårdnadssituation där du var tvungen att åsidosätta din egen säkerhet för att omhänderta patienten.

Följdfråga: Kan du mer detaljerat beskriva vad som hände?

4) Beskriv en omvårdnadsåtgärd som du upplever riskfylld att utföra under transport i hög hastighet.

Följdfråga: Vad är det som får dig att uppleva den som riskfylld?

5) Hur upplever du säkerheten när extra vårdpersonal med specialistkompetens medföljer i vårdutrymmet?

Följdfråga: Kan du beskriva detta ytterligare?

6) Beskriv en omvårdnadssituation då något löst föremål utgjorde en säkerhetsrisk i vårdutrymmet.

Följdfråga: Kan du mer detaljerat beskriva vad som hände?

7) Hur upplever du säkerheten under transporter med helkroppsimmobiliserade patienter?

Följdfråga: Kan du beskriva detta ytterligare? Vilken betydelse har t.ex. patientens kroppsstorlek och ålder i sammanhanget?

8) Har du något du något mer att tillägga som vi inte pratat om?