



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Anestesisjuksköterskans upplevelser av att arbeta med interhospitala transporter

-En kvalitativ intervjustudie

Lars Sundström

2018

Självständigt arbete på avancerad nivå (yrkesexamen) 15hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning anestesisjukvård
Omvårdnad med inriktning mot anestesisjukvård III -
inklusive examensarbete 15hp

Handledare: Maria Randmaa
Examinator: Annika Nilsson

Sammanfattning

Bakgrund: Tidigare studier har visat på risker för patienterna under de interhospitala transporterna samt att kravet på medföljande vårdpersonal är stort. Antalet interhospitala transporter är något som har ökat i antal då patienter måste transporteras till sjukhus med specialiserad diagnostik och specifik behandling, så kallad rikssjukvård.

Syfte: Studiens syfte var att beskriva anestesijuksköterskors upplevelser av arbetet med interhospitala transporter.

Metod: Studien är en kvalitativ studie där åtta anestesijuksköterskor deltog i semistrukturerade intervjuer som sedan analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen gav sex kategorier och fjorton underkategorier som beskriver anestesijuksköterskans upplevelser av att arbeta med interhospitala transporter. Kategorierna är: *Att vara förberedd och få rätt information vid hämtning av patient; Att samarbeta med andra yrkesgrupper; Att ha eller inte ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter; Att arbetet väcker känslor; Att arbeta i en miljö som medför dålig ergonomi och störningar; Anestesijuksköterskans upplevelser av arbetstider och rutiner.* Anestesijuksköterskorna i föreliggande studie upplevde att förberedelserna av patienten innan avtransport påverkades negativt av bristande kommunikation och en rörig miljö.

Slutsats: När svårt sjuka eller kritiskt sjuka patienter hämtas av anestesijuksköterskan för transport till annan behandling på annat sjukhus är det mycket viktigt att förbereda transporten och patienten noga. En väl genomförd förberedelse ansågs av anestesijuksköterskorna ge en lugnare transport och minskar på problem samt ger en bättre patientsäkerhet. Kommunikationen ansågs ibland som bristfällig och den rutin som fanns som stöd fungerade dåligt. Genom att följa befintliga rutiner skulle eventuella brister i förberedelserna kunna lindras för anestesijuksköterskan.

Nyckelord: Anestesijuksköterska, Interhospital transport, Patientförberedelser.

Abstract

Background: Previous studies have shown risks to patients during interhospital transports and that the requirement for accompanying healthcare staff is high. The number of transports is something that has increased in numbers when patients have to be transported to hospitals with specialized diagnosis and specific treatment, so-called national health care.

Aim: The purpose of the study was to describe the anesthesia nurse's experiences of their work with interhospital transports.

Method: The study is a qualitative study in which eight anesthesia nurses participated in semistructured interviews, that was analyzed through a qualitative content analysis.

Results: The analysis provided six categories and fifteen subcategories describing the anesthesia nurse's experience of working with interhospital transports. The categories are: *Being prepared and getting the right information when collecting a patient; To cooperate with other occupational groups; To have or not to have sufficient knowledge and experience; That the work bring up emotions; Working in an environment that causes poor ergonomics and disturbances; Anesthetist nurse's experiences of working hours and routines.* The nurse anesthetists in this study experienced that the preparation of the patient before transport was negatively affected by lack of communication and a strained environment.

Conclusion: When severely ill or critical patients is retrieved by the nurse anesthetist for transportation to another treatment at another hospital, it is very important to prepare the transport and the patient carefully. A well-prepared preparation was considered by the anesthesia nurses to provide a calmer transport and reduce problems and provide better patient safety. Communication was sometimes considered to be inadequate and the routine that was supported did not work well. By following existing procedures, any shortcomings in the preparation could be relieved for the anesthesia nurse.

Keywords: Interhospital transport, Nurse Anesthetist, Patient preparation.

Innehåll

Introduktion	1
Interhospitala transporter	1
Interhospitala transporter i Sverige	2
Samarbete med andra yrkeskategorier	3
Vårdmiljön i ambulansen	3
Kommunikation inom vården	4
Stress i vårdarbetet	5
Intensivvårdspatienten	5
Anestesisjuksköterskans kompetensområde	6
Teoretisk referensram	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod.....	7
Design	7
Urvalsmetod	8
Undersökningsgrupp	8
Beskrivning av transportorganisationen	9
Datainsamlingsmetod	10
Tillvägagångssätt	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	12
Resultat	14
Att vara förberedd och få rätt information vid hämtning av patient	14
Att förbereda transport.....	14
Att få relevant information i en turbulent miljö	15
Att samarbeta med andra yrkesgrupper	16
Att samarbeta med läkare	16
Att samarbeta med ambulanspersonal	16
Att samarbeta med känd och okänd vårdpersonal	17
Att samarbeta med externa aktörer	17
Att ha eller inte ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter	18
Att uppleva att kunskap och erfarenhet räcker till.....	18
Att uppleva att kunskap och erfarenhet inte räcker till.....	18
Att arbetet väcker känslor	19
Att uppleva stress.....	19
Att känna sig utmanad eller utsatt	20
Att arbeta i en vårdmiljö som medför dålig ergonomi och störningar	21
Att ambulanstransporter kan medföra risker för patient och personal.	21
Att se vikten av att ha patientnära utrustning	22
Anestesisjuksköterskans upplevelser av arbetstider och rutiner	22
Att arbetstidens längd har betydelse.....	22
Att uppleva vikten av att rutiner efterlevs	23
Diskussion	23
Huvudresultat	23
Resultatdiskussion	24
Att vara förberedd och få rätt information vid hämtning av patient.....	24
Att samarbeta med känd och okänd personal	26
Att ha eller inte ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter.....	26

Att arbetet väcker känslor.....	27
Att ambulanstransporter kan medföra risker för patient och personal	27
Att uppleva vikten av att rutiner efterlevs	28
Metoddiskussion	28
Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning.....	31
Slutsats.....	31
Referenser.....	32

Introduktion

Interhospitala transporter

Interhospitala transporter (IHT) innebär patientförflyttning mellan sjukhus (Gulbrandsen & Stubberud, 2009). Patienterna transporteras vanligen med ambulans med eller utan intensivårstrustning, eller med flyg/helikopter vid längre avstånd. Det finns olika patienttransporter beskrivna. Dessa kategoriseras i en studie av Bourn, Wijesingha och Nordmann (2017) som akuta, brådskande eller rutintransporter. Transporterna sker utifrån patientens kliniska tillstånd eller pga. platsbrist. Beroende på längden på transporten kallas de intrahospital, interhospital eller internationell transport. Patienttransporter delas in i tre kategorier: primära, sekundära och intrahospitala (inom sjukhuset). De primära transporterna innebär att patienten hämtas utanför vårdinrättning och till sjukhus eller annan vårdinrättning, t ex. på allmän plats eller i hemmet. De sekundära transporterna omfattar bl. a. IHT, då patienten förflyttas mellan sjukhus (Mackintosh, 2006; Bourn, Wijesingha, & Nordmann, 2017). Om en IHT inte kan motiveras av en bättre vård för patienten på annat sjukhus bör transporten inte genomföras pga. riskerna transporten medför (Blakeman & Branson, 2013; Bourn, Wijesingha, & Nordmann, 2017; Ligtenberg et al., 2005; Warren et al., 2004). Antalet transporter med patienter mellan sjukhus ökar i hela Europa till följd av att mycket av specialistvården finns centrerade till vissa sjukhus (Beckmann et al. 2004). Trots en ökning med mobil undersökningsutrustning och bättre behandlingar så behövs fortfarande IHT för att nå optimal terapi (Kahn et al. 2006; Butler et al. 1998). Hur transporten påverkar patienten beror i stor utsträckning på tekniken och kompetensen hos personalen som är verksamma i IHT-organisationen (Warren et al. 2004). En studie av Lyphout et al. (2017) visade att transporter av sjuka eller svårt sjuka patienter skiljer sig åt geografiskt, vilket beror på att vårdande personalkategorier och fordon som används under IHT varierar. I Warren et al. (2004) studie som är ifrån Belgien använde de sig av en speciellt utrustad intensivvårdsambulans, som hade personal bestående av narkosläkare och sjuksköterska som vårdade patienten. I Strauch et al. (2017) studie som genomfördes på två större sjukhus, ett i Holland och ett i Tyskland, visade bakgrundsdata att transportorganisationerna skiljde sig beträffande upplägg på fordon och utbildningsnivån hos personalen. Dessa olikheter fanns inte bara mellan länderna utan också inom respektive lands gränser. Almandou och Brokalaki (2014) beskrev att

det var av stor vikt av att det fanns någon form av riktlinje för hur transporten skulle genomföras. Riktlinjerna skulle beskriva vad som ska medfölja under transporten.

Interhospitala transporter i Sverige

I Sverige har en ekonomisk gräns på 250 km satts för vägburen ambulans att transportera patienter oavsett patientkategori. Vid längre avstånd sker transporterna med ambulansflyg eller helikoptertransport (Brändström et al. 2014). En anledning till att det genomförs patienttransporter mellan sjukhus i Sverige beror på ett beslut av Rikssjukvårdsnämnden (Socialstyrelsen, 2011). På uppdrag av Sveriges regering utsåg Rikssjukvårdsnämnden vilka sjukhus i landet som ska bedriva rikssjukvård. Rikssjukvård definieras som högspecialiserade sjukhus vilka erbjuder mer specialiserad medicinsk vård. Syftet med att koncentrera viss hälso- och sjukvård så att den bedrivs som rikssjukvård, var att höja vårdens kvalitet och att använda vårdens resurser mer effektivt. Sjukhusen har ett stort upptagningsområde där omgivande regioner/landsting transporterar sina patienter till vid behov (Socialstyrelsen, 2011). I och med detta beslut så genomförs det ett stort antal patienttransporter mellan sjukhusen, för att ge patienterna högspecialiserad vård som de inte kan erbjudas på hemsjukhuset (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund, 2010).

Svensk förening för anestesi och intensivvård [SFAI] har satt följande krav på vad en transport med intensivvårdspatient ska erbjuda: ”För säker transport av intensivvårdskrävande patient till annan enhet, inom eller utom sjukhuset, ska medföljande personals kompetens, övervakningsutrustning, läkemedel och annan nödvändig utrustning samt möjliga uppkommande behandlingsbehov beaktas. Förändringar i patientens tillstånd ska omedelbart och adekvat kunna åtgärdas” (SFAI, 2015 s. 10). Det är ansvarig läkare vid avsändande intensivvårdsenhet som ansvarar för att erforderlig mobil utrustning och personalresurser anpassade efter patientens behov medföljer under transporten (SFAI, 2015). Innan transport ska den medicinskt ansvariga läkaren ge rapport och eventuella skriftliga ordinationer som gäller behandling och läkemedel lämnas över. Ordinationer ska också innefatta eventuella förändringar i det medicinska läget hos patienten (SOSFS 2009:10). Kontaktinformation till ansvarig läkare ska finnas dokumenterad ifall patientens tillstånd förändras under transporten (Warren et al., 2004).

Samarbete med andra yrkeskategorier

IHT sker ofta med elektiva patienter men ibland uppstår det situationer där dessa transporter nyttjas till akuta uppdrag mellan sjukhusen. Socialstyrelsen beslutade enligt SOSFS, 2005:24 att det i varje ambulans ska vara en sjuksköterska som är tränad för arbetsuppgiften. Specialistsjuksköterskan inom anestesi är vanligen inte tränad för arbetet i ambulansmiljö och därför kan miljön betraktas som ovan. Därför krävs det samarbete mellan specialistsjuksköterska och ambulanssjuksköterska under IHT (Giardino, Giardino, & Burns. 1998). Den IHT av intensivvårdspatienten ska alltid bestå av minst tre personer varav två som vårdar patienten (Blakeman & Branson, 2013; Warren et al., 2004). Vilken yrkeskategori som utför patientvården kan variera. Det vanliga är att ambulanssjuksköterskan bistår anestesijuksköterskan eller intensivvårdssjuksköterskan i patientvården. Ibland medföljer en läkare under transporten. (Blakeman & Branson, 2013; Mackintosh, 2006; Warren et al., 2004). Att anestesijuksköterskan ofta åker med under IHT beror på deras omvårdnadskompetens inom luftvägsvård och det medicinska kunnandet (Warren et al., 2004). Om det finns IHT-organisationer som är tränade för ändamålet så ökar patientsäkerheten vid transport av intensivvårdspatienten enligt studier, likaså minskar patientsäkerheten om oerfaren personal sätts samman (Intensive Care Society, 2011).

Vårdmiljön i ambulansen

Enligt Lyphout et al. (2017) studie, som omfattade 688 IHT-transporter, påvisades ambulansmiljön som ett problemområde som påverkade patientsäkerheten. De största problemen i ambulansen var strömförsörjning och gastillförsel, som relaterades till tekniska incidenter och kunde påverka patientsäkerheten.

En ambulans ska enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2009:10) vara utrustad för olika situationer men inga mer konkreta utrustningskrav finns. Vårdutrymmet ska tillgodose patientens omvårdnadsbehov. Enligt Intensive Care Society (2011) ska en IHT ha likvärdig monitorering som den avdelningen patienten transporteras ifrån. Pga. av att lastvikter måste hållas låga i ambulansen samt det begränsade utrymmet får endast nödvändig utrustning tas med (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund, 2010). Utrustning som ska vara med under transporten är för luftvägsvård och syresättning samt läkemedel för att behålla ordinerade målvärden av vitalparametrar. Brister det i vårdmiljön eller i den patientnära utrustningen så påverkas patienten negativt (Warren et al. 2004). I

Ligtenbergs et al. (2005) studie påvisades att 70% av alla vårdincidenter under transporter kunde ha undvikits om det hade varit noggrannare förberedelser, om rätt personalkategori medföljt under transporten, samt att det varit bättre kommunikation mellan sjukhus och bättre följsamhet till riktlinjer. Beckmann et al. (2004) påtalade att de flesta problem som uppstår under transporten kunde förebyggas genom att kontrollera utrusningen och patienten före avresa och att följa protokoll under transporten. De rekommenderade att checklistor innan avtransport ska användas rutinmässigt för att säkerställa att nödvändiga förberedelser är gjorda. I en studie av Caruana och Culp (1998) framkom det att det är sjuksköterskans ansvar att se till att patienten har den övervakning som är adekvat för patienten och att all apparatur fungerar och kommer att fungera så länge transporten varar.

Kommunikation inom vården

Förberedelser av dokumentation ska inte fördröja avtransporten om det är bråttom. När det är som mest kritiskt ges bara den absolut viktigaste informationen muntligt (Warren et al. 2004). Warren et al. (2004) förespråkade att det ska finnas riktlinjer som styr hur transportdokumentation och kommunikation sköts under transporten.

Idag finns det ett utvecklat verktyg för att säkerställa kommunikationen i högrisksituationer i vården som kallas SBAR. Det utvecklades av Joint Commission (2008) i USA och är idag implementerad i vården för att underlätta och skapa säkrare och tydligare kommunikation. SBAR står för: Situation: Kortfattad information om problemet; Bakgrund: Den relevantaste patienthistoriken; Aktuell bedömning: Aktuell situation med vitalstatus enligt ABCDE. Vilka åtgärder som vidtagits och om de hjälpt; Rekommendation: En formulering om vad som önskas av mottagaren. SBAR ger struktur åt informationen vilket minskar risken för missförstånd och medicinska misstag och ökar patientsäkerheten. SBAR kan användas av alla och i alla situationer inom vården. (Erichsen & Haddleton, 2012). Randmaa, Mårtensson, Leo Swenne och Engström (2015) drog slutsatsen att dålig struktur och lång tid av verbal information gjorde att mottagaren kom ihåg mindre information än om informationen var kort och strukturerad.

Stress i vårdarbetet

Hur vi reagerar på stress spelar en viktig roll för alla människor, både fysiskt och psykiskt, eftersom det är en naturlig reaktion på krav som ställs på individen. Alla situationer som skapar emotionell påverkan som överstiger individens förmågor till stresshantering, kan ge både oro och ångest hos den normalt balanserade individen (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003). Den plötsligt påkomna situationen av att behöva åka iväg på ett akut uppdrag är bara ett av många tillfällen som kan leda till stress hos specialistsjuksköterskan (Crommett, McCabe, & Holocomb, 2003). En studie av Perry (2005) visade att 14 av 20 anestesijuksköterskor förhöll sig lugna när de hamnade i en stressande situation på sin arbetsplats. De ansåg att stress var en del av jobbet och att de förväntades klara av den. Denna förmåga att kunna hålla sig objektiv påtalades i en studie av Burgess, Irvine och Wallymahmed (2010), där forskarna drog slutsatsen att specialistsjuksköterskors personlighet har ett samband med hur de hanterar svåra patientsituationer. De fann att specialistsjuksköterskor som hade en öppen och utåtriktad personlighet kunde hantera situationen som orsakade stress på ett mer direkt sätt, och på så sätt förändra situationen till det bättre. I Berland, Natvig och Gundersens (2007) studie framkom det att patientsäkerheten blir påverkad av en stressande vårdmiljö. Sjuksköterskan blev ofta avbruten i sitt arbete vilket innebar större risk för att begå fel, och deltagarna ansåg att de själva påverkades negativt av att arbeta med kollegor som stressade eller var stressade.

Intensivvårdspatienten

För att vårdas på en intensivvårdsavdelning skall patienten uppfylla följande kriterier enligt Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, SFAI (2015). ”Patienten ska ha hotande eller manifest akut svikt i en eller flera vitala organfunktioner. Tillståndet ska vara potentiellt reversibelt eller åtgärdbart (t ex genom transplantation) och vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses på lägre vårdnivå. Undantag från dessa kriterier kan i enskilda fall medges för specifika indikationer eller för vård med förutbestämmd behandlingsstrategi i form av begränsning av definierad behandling” (SFAI 2015 s. 6). Intensive Care Society (2015) definierar intensivvård som att patienten ofta har en livshotande situation och behöver kontinuerlig övervakning och hjälp med regelbunden läkemedels-behandling för att upprätthålla normal kroppsfunction.

Anestesisjuksköterskans kompetensområde

Enligt Riksföreningen för anestesi och intensivvård (2008) är anestesisjuksköterskans kompetensområde beskrivet. Hen innehar en legitimation som sjuksköterska och har en påbyggnad med specialistutbildning mot anestesisjukvård. Enligt kompetensbeskrivningen ska anestesisjuksköterskan utföra anestesiologisk omvårdnad som utgår från den enskilde patientens resurser och behov. Kunskapen som beskrivs i kompetensbeskrivningen ses i kategorier: -anestesiologisk omvårdnad, -säkerhet och miljö, -etik och värdegrund, ledarskap och forskning, utbildning och utveckling. Anestesisjuksköterskan ska inge patienten lugn, trygghet och förvisning om att hen får professionell omvårdnad och på ordination av anestesiolog, planera och självständigt genomföra generell anestesi vid friska till lindrigt sjuka patienter. Vid mer kritiskt sjuka patienter och akuta fall ska hen samarbeta med anestesiolog samt söka, analysera och kritiskt granska relevant kunskap inom området (Riksföreningen för anestesi och intensivvård. ANIVA, 2008).

Inom huvudområdet omvårdnad finns det enligt Dahlberg och Segesten (2010) fyra centralt bärande begrepp: vårdande, hälsa, människa, och miljö. I föreliggande studie syftar vårdande till den omvårdnad som anestesisjuksköterskorna utför, hälsa till patienternas hälsa, människa syftar till anestesisjuksköterskorna och miljö till anestesisjuksköterskornas arbetsmiljö både på intensivvårdsavdelningen och i ambulansmiljön under transport. Föreliggande studie kan teoretiskt knyta an till det bärande begreppet vårdande där anestesisjuksköterskorna utför omvårdnadsarbete och upprätthåller patientens vitala status normaliserad. Miljön försvårar utförande av omvårdnadsåtgärder och anestesisjuksköterskorna strävar efter att normalisera patientens behov och ge trygghet som är viktigt inom begreppet hälsa.

Teoretisk referensram

Faye Glenn Abdellah, USA, (1919 - 2017) var en pionjär inom sjuksköterskeforskningen. Hon bidrog genom sin forskning, att påverka dåtida forskning att bli mer personcentrerad. Mycket av forskningen hade tidigare sin grund från själva sjukdomstillståndet. Abdellah tog fram en modell med 21 specifika problemområden inom omvårdnad för sjuksköterskor. Sjuksköterskan ska enligt henne bibehålla god hygien, främja god oxygenering till kroppens celler, identifiera och acceptera positiva och negativa uttryck, känslor och reaktioner osv. Utifrån dessa 21 problemområden skapade hon sin omvårdnadsteori för sjuksköterskor och en guide för att identifiera och

lösa patientproblem. Sjuksköterskan skulle inte längre bara vara snäll och omvårdande, utan också intelligent, kompetent och tekniskt förberedd. Abdellah ansåg att fokuset skulle flyttas från sjuksköterskeproblem till patientproblem. Detta skulle ge sjuksköterskan verktyg att genom sin profession hjälpa patienter och deras familjer med både öppna och dolda problem. Hon berörde även den personcentrerade patientvården, något som är aktuellt även i dagens omvårdnad. Den problemlösande delen beskriver Abdellah som att sjuksköterskan ska bedriva en process beskriven som: - problemidentifiering, -datainsamling, -formulera, -testa och omvärdera hypotesen. Sammanfattningsvis så ansåg Abdellah att sjuksköterskeyrket är en hjälpande profession. Patienter är personer med fysiska, emotionella och sociala behov. Hälsa är något som är absolut skilt från sjukdom eller när patienten inte har några behov som kan anses vara obemötta. Miljön är något som både patient och sjuksköterskan möts i och det är viktigt att sjuksköterska antingen skapar eller bibehåller en terapeutisk miljö. (Mariner, 1998).

Problemformulering

I begreppet arbetsmiljö finns det en hel del faktorer som skulle kunna påverka anestesijuksköterskans yrkesutövande och ge positiva eller negativa yttringar. De funna studierna beskriver intensivvårdssjuksköterskan och ambulanssjuksköterskans upplevelser och endast en studie funnen av författaren till föreliggande studie, beskriver anestesijuksköterskan där hen presenteras som specialistsjuksköterska. Det finns ingen funnen studie som endast beskriver anestesijuksköterskans upplevelser av sitt arbete i kontexten med IHT. Författaren hoppas med denna studie kunna beskriva vilka upplevelser anestesijuksköterskan har av att arbeta med IHT inom en region i Mellansverige.

Syfte

Studiens syfte var att beskriva anestesijuksköterskors upplevelser av arbetet med interhospitala transporter.

Metod

Design

Studien hade en beskrivande design med kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2012).

Urvalsmetod

Studien genomfördes på två sjukhus i Mellansverige och informanter som var med i studien var verksamma inom samma region. Efter godkännandet av verksamhetschefen utsågs urvalet av åtta informanter till studien av enhetscheferna på de två sjukhusen. Enhetscheferna blev ”gate keepers” som enligt Polit och Beck (2012) är personal i ledande- och/eller administrativ ställning vilka blir författarens inledande kontaktperson mot undersökningsgruppen. Totalt åtta informanter tillfrågades och alla tillfrågade deltog i studien. Informationsbrevet, förfrågan om att delta i studie, innehöll bl. a. studiens syfte och information om konfidentialitet och rätten för informanterna att när som helst utan motivering avsluta sin medverkan i studien. I studien var urvalet av informanter ett ändamålsurval, så en större variation av upplevelser kunde beskrivas utifrån erfarenhet (Polit & Beck, 2012).

Undersökningsgrupp

Enligt Polit och Beck (2012) är det svårt att avgöra vilken storlek urvalet ska ha, men syftets omfattning ska ligga till grund för urvalets storlek. Åtta anestesijuksköterskor ansågs vara ett tillräckligt antal informanter då författaren hade kort tid att slutföra studien. Anestesisjuksköterskorna som kom att inkluderas i studien var alla specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning mot anestesi och arbetade aktivt inom sekundärtransportorganisationen och på centraloperationen på respektive ort i samma region. De arbetade aktivt inom IHT-organisationen och hade minst ett års erfarenhet av IHT. Tre av anestesijuksköterskorna hade delad tjänstgöring mot ambulans eller intensivvårdsavdelning, vilket sågs som en fördel för studien och dessa inkluderades därför för att öka studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). För att få arbeta inom organisationen skulle anestesijuksköterskorna vara bedömda som erfarna enligt uppsatta riktlinjer. Exklusionskriterierna i studien var de anestesijuksköterskor som inte arbetat minst ett år och därmed inte hunnit få de upplevelser och reflektioner som svarar på studiens syfte. Ingen anestesijuksköterska blev exkluderad från studien. Anestesisjuksköterskorna i studien arbetade på två separata sjukhus inom regionen men inom samma verksamhet, de bestod av fem män och tre kvinnor där åldersspridningen var mellan 36 år och 57 år med en medianålder på 42 år (se tabell 1). Antal år de hade arbetat som specialistsjuksköterskor inom anestesi var mellan 5 år och 31 år med en median på 10 år. Antal år anestesijuksköterskorna arbetat inom IHT-organisationen var 1 till 9 år, som är den tid IHT-organisationen

funnits. Medianen för antal år inom IHT-organisationen var 4 år. Antalet uppdrag deltagarna i studien ansågs sig ha haft under den tid de arbetat gavs med stor osäkerhet av anestesijuksköterskorna och betraktas som ungefärligt mellan 20 till 200 uppdrag. Lägsta utbildningsnivå var specialistutbildad sjuksköterska mot anestesi. Två av anestesijuksköterskorna hade även specialistutbildning mot intensivvård.

Tabell 1. Bakgrundinformation om deltagarna

Ålder	År som anesthesijuksköterska	Antal år inom IHT-organisationen	Uppskattat antal uppdrag totalt
42	11	4	40
37	5	2	10
51	17	9	100
36	7	3	30
42	9	4	25
51	20	9	200
57	31	9	200
41	5	1	20

Beskrivning av transportorganisationen

Arbetet på IHT-organisationen var uppdelat mellan de två orterna. En ort ansvarade för att ombesörja transporter under arbetstiden på 24 timmar och sedan växlades ort. Vid personalbrist eller sjukdom så hjälptes de båda orterna att ersätta med personal, för att trygga täckning för IHT-organisationen. Under de timmar som inte täcktes av transporter fanns det protokoll på vad som skulle göras. Det var bland annat att kontrollera utrustning, serva annan personal på operation eller vara på intensivvårdsavdelningarna för att lära sig om de patienter som ofta handläggs under IHT.

Anesthesijuksköterskorna deltog normalt i ordinarie verksamhet på operationsavdelningen men genomför inte sövningar under arbetspassen. På en av operationsavdelningarna hade anesthesijuksköterskorna i uppgift att lösa av annan personal för lunchuppehåll.

Under transporter användes en speciell transportbår kallad IVA-båren. Båren är i grunden en ambulansbår som kallas alfabår, som är vanligt förekommande i Sverige. Vid bårens fotända finns en påbyggd del där all medicinsk utrustning finns fastsatt. Den är utrustad med övervakningsutrustning, ventilator och tre sprutpumpar. Två av dessa bårar är utplacerade på regionens sjukhus samt en på ett privat sjukhus som regionen samverkar med. Som samarbetspartner räknas här även taxi in då anesthesijuksköterskan

nyttjar dem för att ta sig till patienterna på regionens sjukhus. Under taxiresan förbereder sig anesthesisjuksköterskan genom att kontakta patientansvarig sjuksköterska och eventuellt även bereda läkemedel. IHT-organisationens anesthesisjuksköterskor åker taxi till patienterna för att minska tiden som akutambulanser är upptagna med sekundärtransporter.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer vilket används när författaren vet vad den vill fråga men har svårt att förutse svaren (Polit & Beck, 2012). För att säkerställa att intervjuerna genererade tillräckligt med data om fenomenet användes en intervjuguide (Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden innehöll frågor som relaterade till syftet och de berörde områden som fysisk och psykisk arbetsmiljö, samarbete, kunskapsgrund och upplevelser. Under respektive områden pratade anesthesisjuksköterskorna fritt och de följdes upp med följdfrågor som till exempel: ”Vad hände senare”, ”Hur kändes det” och ”Berätta mer”. Intervjuguide beskrivs enligt Polit och Beck (2012) som en genomarbetad intervjumall där intervjuaren kan säkerställa att huvudfrågorna ställs i samtliga intervjuer. Intervjuguiden i föreliggande studie innehöll åtta frågor och ett antal frågor som berörde bakgrunds-data. Bakgrundsdata innehöll frågor om ålder, antal år som specialistutbildad inom anesthesi, om deltagarna tjänstgjorde inom andra discipliner, antal genomförda uppdrag, antal år som de arbetat inom IHT-organisationen och varför de hade börjat inom IHT-organisationen.

Tillvägagångssätt

Verksamhetschefen vid berörd klinik kontaktades via informationsbrev för godkännande av studien. Efter godkännandet skickades brev till informanterna via vårdenhetscheferna på respektive ort. I informationsbrevet presenterades studiens syfte och genomförande. Skriftlig information gavs om att deltagandet var frivilligt och att deltagandet när som helst kunde avbrytas. De som blev kontaktade via informationsbrevet ombads kontakta författaren via telefon eller e-post. En pilotintervju genomfördes med en anesthesisjuksköterska som arbetat inom IHT-organisationen sedan den startades. Där testades att inspelningstekniken fungerade samt om frågeställningarna var lätta att förstå. Intervjuguiden fungerade tillfredställande och en del av transkriptionen samt tillhörande ljudfil skickades till handledaren för bedömning. Efter bedömning fick författaren godkänt att fortsätta med resterande intervjuer vilket

stärker studiens giltighet. Samma intervjuguide har använts vid alla åtta intervjuer som utfördes under en tre veckors period. Anestesisjuksköterskorna intervjuades var för sig i en för dem trygg miljö. Viktigt var att miljön var så störningsfri som möjligt under intervjuerna. Intervjuerna var alltid enskilda och genomfördes både i anestesisjuksköterskornas hemmiljö eller i lämplig lokal i anslutning till arbetsplatsen. Det var alltid anestesisjuksköterskornas egna önskemål som avgjorde intervjulokalen. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon och direkt efter avslutade intervjuer transkriberades de ordagrant (Polit & Beck, 2012). Genomförandet av intervjuerna skedde under veckorna 9, 10 och 11, 2018. En studies giltighet stärks där datainsamlings perioden är kort (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna tog mellan 30 och 51 minuter att genomföra med mediantid på 38 minuter. Intervjuerna startades alltid med genomgång av informationsbrevet för att åter igen förklara studiens syfte samt vilka rättigheter anestesisjuksköterskorna hade och att materialet skulle komma att hanteras konfidentiellt. Information gavs om hur forskningsläget såg ut vid tidpunkten för studien och att anestesisjuksköterskorna erbjöds att ställa frågor. Intervjuguiden presenterades i stora drag utifrån innehållet och i relation till syftet för att se om anestesisjuksköterskorna förstod vad som frågades efter. Resultatet av det blev att informanterna hade lätt att följa intervjuguiden och frågorna behövdes inte förklaras ytterligare under intervjuerna. Anestesisjuksköterskorna talade sedan fritt med egna ord utifrån frågeställningarna inom varje frågeområde, enligt Polit och Beck (2012) är en intervjuarens uppgift att uppmuntra informanten att tala fritt kring ämnena i intervjuguiden. Efter informationen men innan intervjuinspelningen startades upp, skrev alla informanter under att de godkände att delta i studien.

Dataanalys

Transkriptionen av intervjuerna och analysen av dessa utfördes av författaren till denna studie. Analysprocessen diskuterades och kritiserades under gruppsammankomster med handledare och andra studerande, vilket ökat trovärdigheten i studien (Polit & Beck, 2012). Datamaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys beskrivet av Graneheim och Lundman (2004). Ett grundläggande problem när kvalitativ innehållsanalys genomförs är om analysen ska fokusera på manifest eller latent innehåll i data. Den manifesta analysen innebär att fokuset hamnar på det synliga, uppenbara som informanten uttrycker medan det latent är mer djupanalyserande, mer abstrakta tolkningar av uttrycken. (Graneheim & Lundman, 2004). Datamaterialet lästes av

författaren upprepade gånger, tills en djupare förståelse uppnås. Därefter identifierades meningsbärande enheter som svarade mot syftet. De funna meningsbärande enheterna kom att kondenseras till enheter men utan att information förlorades. Detta underlättade kodningen, som låg till grund för grupperingen av subkategorier och kategorier. Kategoriseringsprocessen kom i och med att författaren skrev studien ensam, att diskuteras mellan fler studenter och handledare för att ytterligare stärka trovärdigheten. Denna process av diskussion och reflektion pågick tills gruppen var enig. Analysprocessen presenteras nedan i tabellform (tabell 2). Denna process stärker studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 2. Exempel från analysprocessen.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Det kan vara ganska stressigt och framför allt när man ska lasta. För när man kommer till ett sjukhus, även det här sjukhuset, när man ska lasta	Stressigt när man ska lasta patienter på sjukhusen	Stressigt vid lastning av patient	Att uppleva stress	Att arbetet väcker känslor
Ja man är ju väldigt själv och ensam så man måste ju vara ganska trygg i sig själv och i sin kunskapsnivå	Väldigt ensam i arbetet och man måste känna sig trygg i sig själv och ha en bra kunskapsnivå	Viktigt att ha en god kunskap och trygghet i det självständiga arbetet	Att uppleva att kunskapen och erfarenhet räcker till	Att ha eller inte ha tillräckliga kunskaper och färdigheter
Jag åker inte iväg utan att tagit reda på det jag vill veta, det känner jag... det är bara dumdristigt	Åker inte utan att tagit reda på det jag vill veta	Kräver bra information innan avresa	Att få relevant information i en turbulent miljö	Att vara förberedd och få rätt information vid hämtning av patient

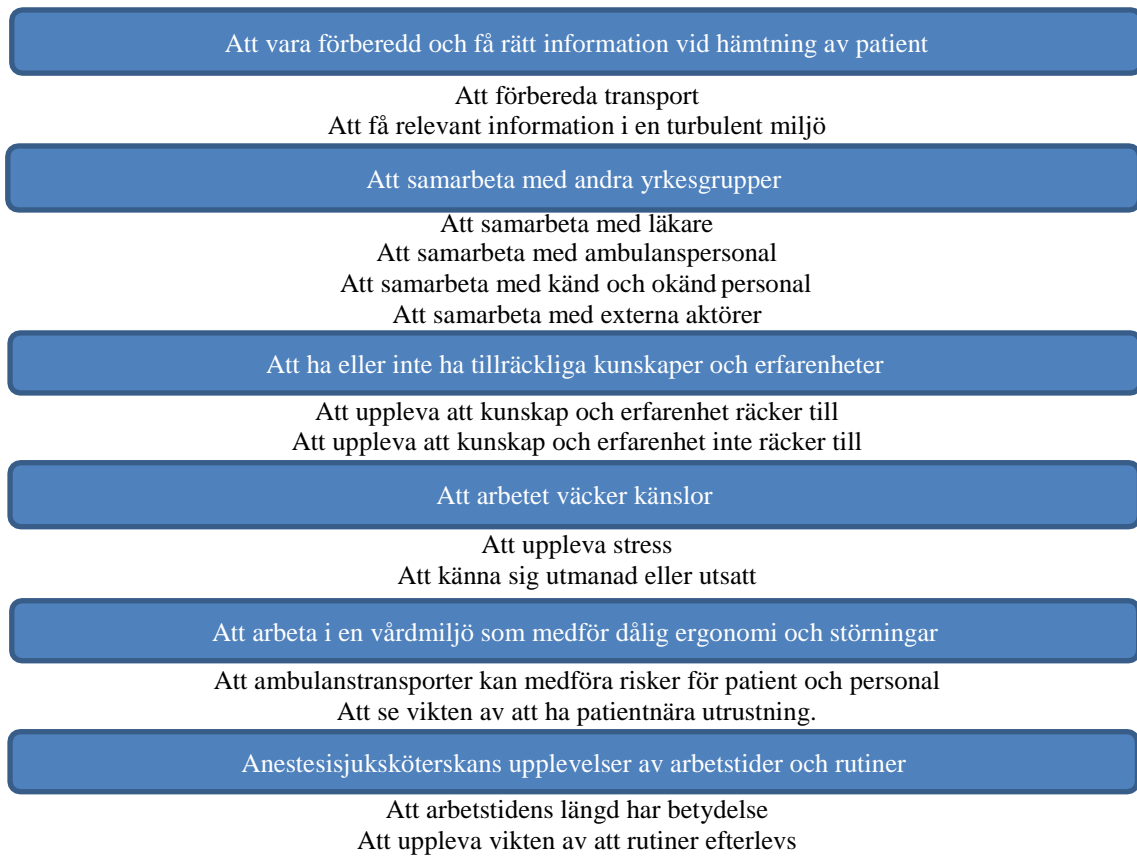
Forskningsetiska överväganden

I föreliggande studien hanterades inte personuppgifter eller kränkande och känsligt material, därför behövde den enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) inte godkännas av forskningsetisk kommitté. I enlighet med Vetenskapliga rådet (2017), CODEX (2017), Helsingforsdeklarationen (2013), Nürnbergkoden (1947), och Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) fick anestesisyksköterskorna skriftlig information om studien inför intervjuerna. De uppmanades att ta kontakt med författaren eller studiens handledare vid frågor som berörde deras medverkan. Enligt Vetenskapliga rådet (2017) finns det fyra

grundläggande forskningsetiska principer eller krav: samtyckeskravet, informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. I samtyckeskravet fick de tänkta informanterna information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan motivering. Informationskravet får anses uppfyllt då de fick informationsbrevet i god tid innan som beskrev studien. Innan varje intervju frågade författaren om de läst och förstått informationsbrevet och de hade några frågor. Konfidentialitetskravet förklarades för anestesijuksköterskorna utifrån hur data från intervjuerna skulle skyddas. Allt material från studien förstördes/raderades i samband med arbetet avslutades enligt nyttjandekravet vilket innebär att ingen data från studien fick användas till annan forskning.

Resultat

Analysen av anestesijuksköterskors upplevelser av arbetet med interhospitala transporter resulterade i sex kategorier och fjorton underkategorier (figur.1). Fynden presenteras nedan och citeras från intervjutexten. Citeringarna efterföljs av anestesijuksköterska och kod på vilken informant som är citerad.



Figur 1. Översikt av kategorier och subkategorier.

Att vara förberedd och få rätt information vid hämtning av patient

Patientförberedelser ansågs viktiga men de påverkades av tidspress och bristande kommunikation. Subkategorier: *Att förbereda transport; Att få relevant information i en turbulent miljö.*

Att förbereda transport

Samtliga anestesisjuksköterskor i föreliggande studie ansåg att förberedelserna inför transporterna var viktiga för patientsäkerheten, utgången av transporten och det var inget som de slarvade med. Det framkom att det gällde att planera och förutse problem innan varje körning, att förbereda allt. Den bästa transporten ansågs vara när allt var förberett innan avresa och transporten bara handlade om att övervaka patienten.

” Att man är så förberedd som möjligt innan, man gör så mycket så möjligt innan. Så under transporten behöver man bara övervaka och underhålla” (anestesisjuksköterska 6).

Anestesisjuksköterskorna ansåg att planering för eventuella händelser under transporten var viktig, och det var hens uppgift att ansvara för säkring av patientnära material. Trots viljan och målet med att få förberedelserna så bra som möjligt blev det inte alltid så enligt anestesisjuksköterskan. Det framkom att det var vanligt att det brast i förberedelserna, medan andra anestesisjuksköterskor var mer nöjda och upplevde att det endast var i undantagsfall som förberedelserna påverkades negativt. Bristfälliga förberedelser uppkom enligt anestesisjuksköterskan främst i situationen runt kritiska patienter som skulle iväg snabbt.

Att få relevant information i en turbulent miljö

Anestesisjuksköterskorna uppgav att det vara svårt att hantera all information på hämtplatsen och att det var för mycket att tänka på samt att information och kontroller missades. Anestesisjuksköterskorna upplevde att de gjorde sitt bästa men att ibland var det inte tillräckligt. De berättade att ibland åkte de iväg med patienten oförberedd pga. brådskan, och det medförde att anestesisjuksköterskan inte var välinformerad om patientens tillstånd eller medicinering. Anestesisjuksköterskan berättade att det ibland var det svårt att träffa ansvarig anestesiläkare eller annan specialist, speciellt vid hämtning av patient från annan region då transporter ofta genomfördes efter jourtid och läkarna ofta slutat för dagen, vilket upplevdes påverka informationen negativt. Att informationen kom löpande under patientens överflyttning till IVA-båren gjorde att den upplevdes ostrukturerad. Lösningen ansåg anestesisjuksköterskorna vara att stå på sig och kräva en bra överrapportering samt påminna om att dokument och ordinationer skulle vara skrivna innan avresa. Upplevelsen hos anestesisjuksköterska var att det blev säkrare transporter med bra stöd och ordinationer och osäkerhet i transporten vid oklara ordinationer.

" Och här kommer jag och ska lasta över och jag har väl inte riktigt förstått vad det är som... vad ska han sova?... Vad är... det för ordinationer egentligen?" (anestesisjuksköterska 5).

Det upplevdes negativt med tidspressad rapport och det var svårt att argumentera i situationen, speciellt då anhöriga var närvarande. Ibland hindrades kommunikationen helt pga. den omgivande miljön och de frågor som anestesisjuksköterskorna hade fick vänta. Läkaren kunde ge rapport över patientens huvud pga. att det var bråttom. Att vänta med att ställa frågor blev patientosäkert, upplevde anestesisjuksköterskorna. De upplevde att alla ville komma till tals och det blev för mycket information samtidigt.

Tid för reflektion av informationen var viktig för anestesijuksköterskan. Ibland upplevde anestesijuksköterskorna att det kändes som de bara vill bli av med patienten under förberedelsen.

Oftast fungerade kommunikation mellan anestesijuksköterska och ambulanspersonalen bra, men det fanns tillfällen då den fallerat. Det var främst då de två personalkategorierna felaktigt förutsatte att de hade samma information om uppdraget. ”Så att, det var att jag tog för givet att dom visste, och det gjorde dom inte. Så det har man ju också fått en erfarenhet utav. Man måste vara på samma bana...” (anestesijuksköterska 4).

Att samarbeta med andra yrkesgrupper

I studien framkom att anestesijuksköterskorna arbetar tillsammans med olika yrkesprofessioner vilket upplevdes som ett gott samarbete men även att det fanns brister.

Subkategorier: *Att samarbeta med läkare; Att samarbeta med ambulanspersonal; Att samarbeta med känd och okänd personal; Att samarbeta med externa aktörer.*

Att samarbeta med läkare

Studiens resultat visade att anestesijuksköterskorna upplevde att de hade både bra och dåliga upplevelser från samarbetet med anestesiläkarna. Anestesijuksköterskorna beskrev att kunde vara svårt att få kontakt med anestesiläkarna och att läkarstödet ibland inte fungerat tillfredsställande. Att sakna läkarstöd vid hämtning av patient skapade en osäkerhet hos anestesijuksköterskorna vilket beskrevs som negativt. Anestesijuksköterskorna berättade om tillfällen då de inte varit överens med anestesiläkaren om patientens pågående behandling och att de var nöjda när avsändande läkare var närvarande och gav ordinationer. I situationen runt den kritiska patienten samverkade ofta flera läkare och att det ibland var oklart vem som hade patientansvaret. Det ansågs av anestesijuksköterskan att vara viktigt för patientsäkerheten att vara överens med läkaren om behandlingen. Diskussion om behandlingsstrategier hade förekommit när anestesijuksköterskorna och anestesiläkarna var oense men samtidigt upplevde de sig också ofta lyssnad på.

”Det är ändå vi som är bäst på att åka med patienten och kan organisationen och vad som blir bäst. Så nog tycker jag att dom lyssnar på oss” (anestesijuksköterska 3).

Att samarbeta med ambulanspersonal

Samarbetet med ambulanspersonalen beskrevs av anestesijuksköterskan som övervägande positivt. Enligt anestesijuksköterskan hjälpte ambulanspersonalen gärna till med det de kunde. Om intubering blev aktuellt under transporter, uttryckte

anestesisjuksköterskorna att de upplevde sig ensam och att de önskade att ambulanspersonalen skulle ha mer kunskap om intubation men ansåg samtidigt att det var resurskrävande att genomföra utbildning för all ambulanspersonal. Det upplevdes också viktigt att ambulanspersonalen var välinformerade om vad som var planerat och att ambulanspersonalen fick information om hur de kunde hjälpa till. Trots planeringen upplevde anestesisjuksköterskorna att arbetsflödet vid intubationen var förlängt och under själva intubationen var det viktigt att handleda med korta och enkla kommandon för att få intubationsproceduren med läkemedel och intubering att flyta på.

” Och dom hade ju ingen som helst koll på vad grejerna var så att man verkligen fick ta det på basic liksom. Ta den, ta den, ta den. Ge mig den, ge det, gör det. Men vi tuba och det gick jättefint och vi fixade det” (anestesisjuksköterska 7).

Att samarbeta med känd och okänd vårdpersonal

Anestesisjuksköterskorna upplevde samarbetet annorlunda om vårdpersonalen var känd eller okänd. Att arbeta med vårdpersonal som var okänd gjorde anestesisjuksköterskan mer osäker och att samarbetet upplevdes svårare. Anestesisjuksköterskan upplevde mer oro och otrygghet i samverkanssituationer med ny personal och upplevde att okänd personal hade lättare att överlämna ofärdiga arbetsuppgifter. Att arbeta med känd personal var en mycket mer tillfredsställande situation ansåg anestesisjuksköterskorna eftersom förståelsen för varandra var bättre och kommunikationen underlättades därmed. Anestesisjuksköterskorna uppgav också att det kändes stimulerande och spännande med ny personal.

” Det är otroligt olika men i grunden är det bara stimulerande tycker jag. Det är ju spännande med ny personal.” (anestesisjuksköterska 3).

Att samarbeta med externa aktörer

Alla anestesisjuksköterskor i studien var mycket nöjda med SOS AB som extern aktör. De upplevde att de hade ett bra samarbete där SOS utför ett mycket bra arbete och löser problem som förhindrar felaktiga beställningar och hänvisar beställarna av transporter på rätt sätt.

”SOS, det brukar aldrig vara några problem med dom. Dom brukar alltid vara glada och trevliga och vill hjälpa till” (anestesisjuksköterska 2).

Samarbetet med taxi lyftes också och anestesisjuksköterskorna ansåg att samarbetet var gott men att det kunde vara besvärligt att åka taxi mellan sjukhusen då bl.a. läkemedel och annat förbereddes.

”Lite besvärligt tycker jag att man måste åka taxi till xxxx eller vart som helst. Sitter mycket hellre i en ambulans och kan prata lite med och kan förbereda i lugn och ro, läsa på lite om patienten och sådana saker. Det går mycket bättre och enklare i en ambulans än i en taxi” (anestesisjuksköterska 1).

Att ha eller inte ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter

I studien framkom att kunskap var viktigt för anestesisjuksköterskorna och att de hade önskemål om mer kunskap samt att brist på kunskap och erfarenhet upplevdes negativt av anestesisjuksköterskan. Subkategorier: *Att uppleva att kunskap och erfarenhet räcker till; Att uppleva att kunskap och erfarenhet inte räcker till.*

Att uppleva att kunskap och erfarenhet räcker till

Anestesisjuksköterskorna uttryckte att de var trygga och litade på sin kunskap men det fanns också upplevelser av att den inte var tillräcklig. Om kunskapen upplevdes tillräcklig eller inte berodde på vilka patienter som de vårdade. Vid rutintransporter med stabil patient så upplevde alla anestesisjuksköterskor att den egna kunskapen var tillräcklig. Anestesisjuksköterskorna ansåg att de behövde arbeta för sin kunskap, det var viktigt att vara uppdaterad och att själv ta ansvar för sitt eget lärande och kunskap upplevdes som en färskvara som behövde uppdateras. Kunskapen ansågs anestesisjuksköterskan ligga till grund för hur de klarade av svåra situationer och en förutsättning för upplevelsen av trygghet i det självständiga arbetet.

” Ja man är ju väldigt själv och ensam så man måste ju vara ganska trygg i sig själv och i sin kunskapsnivå” (anestesisjuksköterska 5).

Anestesisjuksköterskorna ansåg att de improviserade mer när de hade mycket kunskap. De behövde ofta improvisera för att rutinerna inte gick att efterleva i alla situationer och att det var mycket mer improvisation i en ambulans än på operationssalen.

Att uppleva att kunskap och erfarenhet inte räcker till

Vissa av anestesisjuksköterskorna beskrev ett behov av mer utbildning inom vissa patientkategorier. De upplevde att kunskap om patientgruppen barn var begränsad och svår luftväg var något som upplevdes som problematiskt för anestesisjuksköterskorna. De upplevde sig för oerfarna av svår luftvägshantering då det var normalt att anestesiläkarna eller ST-läkarna tog hand om patienter med svår luftväg. Att ha en patient med svår luftväg under transporten och behöva intubera densamma var något som anestesisjuksköterskorna helst undvek.

” Så det är ju lite rädslan om man skulle behöva intubera patienten på vägen och det är en svår luftväg” (anestesisjuksköterska 6).

Arbetet inom IHT-organisationen påverkades positivt av ökande erfarenhet ansåg anestesijuksköterskorna. Fördelarna som anestesijuksköterskorna upplevde var att kommunikationen förbättrades och att det var lättare att få en uppfattning om situationen och förmågan att planera förbättrades. Att arbeta eller att ha erfarenhet från andra discipliner sågs som positivt och anestesijuksköterskorna hade stor nytta av tidigare erfarenheter i arbetet med svårt sjuka patienter. Alla anestesijuksköterskor upplevde att de hade mycket bra kännedom om vad de klarade eller inte klarade av. De uttryckte att de klarade av att säga nej om de uppfattade att patientens sjukdomstillstånd var för svårt att klara av utifrån kompetens. Det framkom att det var viktigt att säga nej om de upplevde att uppdraget krävde högre medicinsk kompetens, vilket det fanns stöd för i rutinerna. Den mest förekommande transporten för IHT-organisationen var enligt anestesijuksköterskorna en intensivvårdspatient som skulle förflyttas mellan sjukhus till annan intensivvårdsavdelning. Kunskapen om intensivvårdspatienter upplevdes begränsad för de anestesijuksköterskor som inte hade specialistutbildning mot intensivvård. De uppgav att det skiljde sig mycket åt mellan hur de behandlade patienter på operationsavdelningen jämfört med intensivvårdsavdelningen. Det fanns en rutin som innebar att de som inte var utbildade intensivvårdssjuksköterskor skulle vara på intensivvårdsavdelningen när möjlighet erbjöds, för att utveckla sina kunskaper om vården av intensivvårdspatienter. De anestesijuksköterskor som också hade specialistutbildning mot intensivvård upplevde att de hade stor nytta av sina kunskaper under transportererna.

” Jag tycker att jag har stor nytta utav min IVA erfarenhet. Jag kan tänka mig att dom som inte har IVA erfarenheten ser på det här på ett helt annat sätt än vad vi som har den... gör” (anestesijuksköterska 4).

Att arbetet väcker känslor

Arbetet inom IHT upplevdes stressande och utmanade anestesijuksköterskan. Dåligt bemötande av annan vårdpersonal samt känslan av att vara missnöjd med den egna arbetsinsatsen utmanade anestesijuksköterskorna. Subkategorier: *Att uppleva stress; Att känna sig utmanad eller utsatt.*

Att uppleva stress

Det framkom att stress var mer eller mindre närvarande hos alla anestesijuksköterskor under arbetet med IHT-transporterna eller under beredskapen på sjukhuset. Mest stressande var det i omvårdnadssituationen med svårt sjuka patienter. Stabila patienter

gav mindre stress och det upplevdes som psykiskt stressande att vara med nya kollegor i stressiga situationer. Anestesisjuksköterskorna gav exempel på vad som ledde till stress, det kunde vara: samverkanspartners, ansvar, beredskap, ensamhet, okänd personal, eller om ansvarig personal inte närvarade vid lastning av patient, samt den begränsade medicinska utrustningen i ambulansen. Stressen ansåg ha negativ påverkan på anestesisjuksköterskorna men kunde upplevas positivt om anestesisjuksköterskorna kontrollerade situationen trots resursbrist och stress. Mängdträning, att ha en bra plan och att vara förberedd, var mycket effektivt mot stress ansåg anestesisjuksköterskorna. Stressen visade sig på olika sätt hos varje individ. Stress ansågs orsaka missar i vårdarbetet vilket gav anestesisjuksköterskorna en upplevelse av att vara dåligt förberedd.

"för det är liksom så väldigt snabbt och helt plötsligt sitter man i ambulansen med någon patient som man inte har någon aning om hur det är med" (anestesisjuksköterska 4).

Att känna sig utmanad eller utsatt

Arbetet på operationssal blev efter några år rutin och då upplevde anestesisjuksköterskorna att spänningen sjönk och de sökte då något som utmanade mer än de vanliga arbetsuppgifterna. Utmaningen beskrevs lite som att de behövde använda sin tankeförmåga mer och hela tiden förutse problem som kunde dyka upp under transporterna. De upplevde också att de blev stärkta av den psykiska utmaningen och att svåra transporter var mer en tjusning än förskräckelse. Anestesisjuksköterskorna beskrev att de befann sig utanför sin komfortzon och det upplevdes positivt och spännande.

"Men man är "out of the comfort zone" så man kan bara lita på ambulanskollegorna men de har inte samma kunskap" (anestesisjuksköterska 8).

Dåligt bemötande från annan vårdpersonal utmanade anestesisjuksköterskan men det generaliserades inte till att vara det normala, utan kopplades till enskilda individers personlighet. Dåligt bemötande upplevdes bl. a. när mottagande vårdpersonal upplevde att omvårdnaden brustit under transporten. Ibland upplevde anestesisjuksköterskan att hen blev en barriär mellan avsändande och mottagande klinik och att de fick stå till svars för den avsändande klinikens oenigheter. Vårdpersonal som visade ointresse för patienten och transporten gav en tråkig känsla hos anestesisjuksköterskorna.

Arbetet inom IHT-organisationen kunde upplevas påfrestande och kunde skapa negativa tankar och missnöjsamhet över det utförda arbetet. Att inte känna sig tillräcklig och

upplevelsen av maktlöshet när inget hjälper i patientvården, upplevdes negativt. Anestesisjuksköterskorna beskrev att om de klarade av svåra situationer, så stärktes deras självbild. Det krävdes en hel del ödmjukhet och självinsikt inför uppgifterna, speciellt som ny. Under transporter så förekom det dödsfall som oftast beskrevs som väntade till följd av patientens sjukdomsbild. Dödsfall gjorde att anestesisjuksköterskan rannsakade sig själv och kände sig olycklig men samtidigt var det en del av vardagen och det fanns stöd att få.

Att arbeta i en vårdmiljö som medför dålig ergonomi och störningar

Arbetsmiljön utmanade patientvården under transporterna samt att det upplevdes viktigt för anestesisjuksköterskan att vara noga med den patientnära utrustningen.

Subkategorier: *Att ambulanstransporter kan medföra risker för patient och personal;*
Att se vikten av att ha patientnära utrustning.

Att ambulanstransporter kan medföra risker för patient och personal.

Anestesisjuksköterskorna upplevde ambulansmiljön trång, skakig, bullrig och inte en optimal miljö att vårda i. Anestesisjuksköterskorna upplevde att det är svårt att nå utrustning och att undersöka patienten. Barriärvård var nästan inte möjlig att bedriva under transporter ansåg de. Omvårdnadsåtgärder tog längre tid och är svårare att utföra, speciellt som ny, vilket anestesisjuksköterskorna måste tänka på och planera för. Anestesisjuksköterskor med erfarenhet från ambulansarbete upplevde miljön som mycket mindre påfrestande, andra beskrev den som charmfull och utmanande. IVA-bårens utformning och funktioner lämnade mer att önska upplevde anestesisjuksköterskorna. När IVA-båren var i ambulansmiljön blev det en dålig ergonomisk ställning för anestesisjuksköterskan när de skulle ha kontroll på vitalvärden, läkemedelsinfusioner och ventilator. Patienterna låg endast i ryggläge på ett smalt och begränsat utrymme och var patienten orolig eller mycket stor och svårhanterlig, kunde det innebära problem under transporten. Den försvårande miljön i ambulansen gjorde att anestesisjuksköterskorna ibland inte hann utföra alla åtgärder under transporten, eller att vissa omvårdnadshandlingar näst intill blev omöjliga att utföra. Det fanns heller inte mycket personalresurser att tillgå och vissa moment i omvårdnaden var det bara anestesisjuksköterskan som kunde. Anestesisjuksköterskornas upplevelser av arbetsmiljön varierade och upplevelsen påverkades positivt av ökad erfarenhet.

Ambulanstransporter innebar ett riskmoment i arbetet för anestesisjuksköterskorna eftersom vissa omvårdnadsmoment inte kunde genomföras om inte den som vårdade var

obältad. Viljan var att bilbältet skulle vara på men för att nå patient och vårdutrustning var det omöjligt att vara bältad.

”Det är ju säkerhetsrisk för mig om jag inte är bältad tex. Man åker på akutkörningar. Man har hög hastighet emellanåt. Och det finns ju risk också... och det är ju vinterväglag och... Ja, man utsätter sig för mer risker än att åka...” (anestesisjuksköterska 6).

Att se vikten av att ha patientnära utrustning

Den patientnära utrustningen uppgavs vara viktig och en förutsättning för en bra omvårdnad. Det som ofta framkom som ett problem var dåliga perifera intravenösa infarter på patienten. All medicinering under transporten skedde genom infusion och blev det ocklusion eller att infarten slutade att fungera, riskerade patienten att vakna om den var sövd, eller tappa blodtrycket om den inte längre fick läkemedel. Det gällde att säkra de venösa infarterna eller använda central ven kateter (CVK) till de mest potenta läkemedlen. Anestesisjuksköterskorna uppgav också att de säkrade all utrustning som riskerade att lossa under transporten. De uppgav också att ambulansens rörelser kunde orsaka störningar i övervakningsutrustning och infusionspumpar.

” har säkra infarter och luftväg och så, så att man under transporten... hm... har en stabil patient under transporten. Då känns det ju lugnt och tryggt och så” (anestesisjuksköterska 2).

Anestesisjuksköterskans upplevelser av arbetstider och rutiner

Långa arbetspass belastar anestesisjuksköterskorna och bra rutiner inom IHT-organisationen upplevdes vara viktigt för som stöd i arbetet för anestesisjuksköterskorna. Subkategorier: *Att arbetstidens längd har betydelse; Att uppleva vikten av att rutiner efterlevs.*

Att arbetstidens längd har betydelse

Alla studiens anestesisjuksköterskor ansåg att arbetspassens längd på 24 timmar kändes långa och det upplevdes slitsamt att alltid vara beredd på uppdrag under passet. När transporten larmades ut blev anestesisjuksköterskorna ofta borta under lång tid. Anestesisjuksköterskorna tyckte att det var både psykiskt och fysiskt krävande att arbeta under de långa passen. Även få pass över tid, innebar att inget gick på rutin och de var tvungna att ha hög koncentration hela tiden vilket gav dem mental trötthet. Om det var mycket arbete på operationsavdelningen under dagen blev det extra arbetsamt om det kom uppdrag på kväll- och nattid.

” Det börjar bli tufft att jobba 24 timmar i stöten, det känns lite jobbigt att man är instängd i 24 timmar” (anestesisjuksköterska 4).

Att vara utvilad var något som ansågs viktigt, samt att kunna ge god vårdkvalitet hela dygnet. Trots trötthet så upplevde sig anestesijuksköterskorna alltid alert vid patienten. En av fördelarna med att arbeta ett helt dygn var att arbetet på IHT lättade upp i schemat så att det uppstod en mer sammanhängande ledighet.

Att uppleva vikten av att rutiner efterlevs

Rutiner och riktlinjer upplevdes vara bra och välarbetade. Ett kontinuerligt förbättringsarbete av rutiner pågick för att förbättra delar som behövde utvecklas. Anestesijuksköterskorna ansåg att det var viktigt att rutiner efterlevdes men också att rutinerna gick att efterleva. Rutiner hade utvecklats och ansågs fungera mycket bra. Beställningar fungerade korrekt och beslut om transport togs oftast på rätt nivå av ansvarig anesthesiolog. Tidigare var rutiner mer otydliga inom IHT-organisationen, och okunskap samt brister gällande följsamheten förekom. När det blev fel i beställningen så ansåg anesthesi-sjuksköterskan att det var anestesiläkaren som inte alltid hade kunskap om rutiner eller att det var inhyrda stafettläkare som beställde transport på felaktiga grunder. Felaktiga beställningar ledde till diskussioner mellan beställande anestesijuksköterska och beställande patientansvarig läkare. Vid felaktiga beställningar hänvisade anesthesi-sjuksköterska beställande enhet till ansvarig anestesiläkare så bedömning kunde ske korrekt.

” Skulle de följa alla rutiner då upptäcker dom tidigt att det här kan inte bli någon sekundärtransport. Eller att man måste ringa narkosläkare först innan, och sådana saker. Och det görs inte så bra. De följer inte alla rutiner tycker jag”. (anesthesijuksköterska 8).

En rutin som ofta fallerade var timeout-förfarandet, vilket beskrevs som en avstämning av omvårdnaden för patienten precis innan transporten lämnade hämtplatsen. Under timeout så sammanfattades informationen en sista gång. Varför rutinen fallerade beskrevs som att avlämnande personal inte kände till den eller att timeout inte ansågs viktig. Anesthesijuksköterskan ansågs även ha ett eget ansvar att kräva att den genomfördes.

Diskussion

Huvudresultat

Analysen utmynnade i sex kategorier och fjorton underkategorier som beskriver anesthesijuksköterskans upplevelser av att arbeta med interhospitala transporter. Kategorierna var: *Att vara förberedd och få rätt information vid hämtning av patient;*

Att samarbeta med andra yrkesgrupper; Att ha eller inte ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter; Att arbetet väcker känslor; Att arbeta i en miljö som medför dålig ergonomi och störningar; Anestesisjuksköterskans upplevelser av arbetstider och rutiner. Anestesisjuksköterskan i föreliggande studie upplevde att förberedelserna av patienten innan avtransport påverkades negativt pga. bristande kommunikation och rörig miljö.

Resultatdiskussion

Att vara förberedd och få rätt information vid hämtning av patient

I föreliggande studie ansåg samtliga anestesisjuksköterskor att förberedelserna inför transporterna var viktiga för patientsäkerheten och inget de slarvade med. Vissa av anestesisjuksköterskorna upplevde att det var vanligt med dåliga förberedelser. Vikten av bra förberedelse stöds i Gustafsson, Wennerholm och Fridlund (2010) studie där 30 specialistsjuksköterskor inom anestesi-, intensiv- och ambulanssjukvård beskrev att de förberedde sig väl inför transporterna, för att optimera patienten inför transport samt att minska den egna oron. Intentionen hos alla anestesisjuksköterskorna föreliggande studie var att vara så noga i förberedelserna att det inte uppstod problem. Detta framkom även i Gustafsson, Wennerholm och Fridlunds (2010) studie. I föreliggande studie var det enighet om att förberedelserna innan transport var avgörande om hur transporten skulle bli. I föreliggande studie framkom situationen runt den kritiskt sjuke patienten som den största orsaken till att förberedelserna inte blev optimala. Transportens akuta karaktär ledde ibland till att anestesisjuksköterskorna avtransporterade patienten utan att ha all information. Ett frekvent problem när patienten hämtades var bristande kommunikation, speciellt i situationen när det var bråttom. Allt hände på en gång. Informationen gavs utan struktur och alla ville dela det som var viktigt för dem. Författaren till föreliggande studie anser att bra information är viktig vilket stöds av Randmaa, Mårtensson, Leo Swenne och Engström (2014) som drog slutsatsen att implementering av SBAR i den anestetiska vården kan förbättra kommunikationen mellan professioner, öka säkerhetsklimatet och minska incidenter som beror på kommunikationsmissar. I föreliggande studie beskrevs kommunikationen i den akuta situationen försvårande då anhöriga var närvarande vid patienten sida. Enligt Abdellahs teori så skulle sjuksköterskan ha förmåga att lösa problem för att kunna ge professionell omvårdnad och förhindra säkerhetsrisker genom förbyggande åtgärder (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2009). Kommunikation och samarbetsproblem har visat sig vara den starkaste

orsaken till vårdrelaterade skador enligt Lingard, Espin, och Whyte (2004). Bourn, Wijesingha och Nordmann (2017) beskrev i sin studie hur bristfällig information kan resultera i patientskador, och att bra och rätt information lugnar ned transporten samt att informationen vid överlämningsprocessen ska vara formaliserad. Gustavsson, Wennerholm och Fridlund (2010) fann i sin studie att specialistsjuksköterskor som transporterade patienter mellan sjukhus upplevde att det var problem med kommunikationen mellan sjukhusen och inom transportteamet. Trots viljan att förbereda så bra som möjligt uppgav anestesijuksköterskorna att detta inte alltid är möjligt. Ett viktigt moment innan avtransporten var att patienten var korrekt läkarbedömd och stabiliserad innan avresa (Droogh et al. 2015; Whiteley, Macartney, Mark, Baratt, & Binks, 2011). Enligt Abdellahs teori ska sjuksköterskan försöka bibehålla effektiv verbal och icke verbal kommunikation i omvårdnadsarbetet genom att främja och utveckla kommunikationen med kollegor och patienter (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2009).

När patienter hämtades i någon annan region var det ofta på jourtid och de patientansvariga läkarna hade gått hem för dagen. Detta var något som besvärade anestesijuksköterskorna i föreliggande studie och enligt författaren kunde detta ha undvikits genom att planera genomförandet av transporter till dagtid, vilket styrks av Bourn, Wijesingha och Nordmann (2017). De ansåg att patienter som inte transporteras akut kunde med fördel transporteras under dagtid, då det fanns mer patientansvarig personal på plats och patientsäkerheten var högre.

Att det var viktigt att förbereda transporten framkom tydligt i resultatet i föreliggande studie. När det brister i förberedelserna så brister det i patientsäkerheten och det återspeglar sig även i Ligtenbergs et al. (2005) studie, som visade att 37 procent av patienterna som genomgick IHT uppvisade försämringar av vitalparametrar när de anlände till det nya sjukhuset. Det mest anmärkningsvärda med studien är att upp emot 70 procent av incidenter under transporter kunde ha undvikits genom noggrannare planering av medföljande personal, bättre kommunikation mellan sjukhusen och att striktare följa de lokala riktlinjerna. I en studie av Bérubé et al. (2012) genomfördes en prospektiv pre- och postinterventions studie där författarna observerade varje patient som krävde transport från intensivvårdsavdelningen till ett annat sjukhus före interventionen. Därefter infördes ett förbättringsverktyg och nya mätningar gjordes.

Resultatet visade att införandet och användande av rutinmässiga checklistor reducerades incidenserna för tekniska problem med 25% och totala antalet incidenser med 20% mellan de två mätillfällena. Förberedelser är viktiga för patientsäkerheten anser författaren till föreliggande studie och de rutiner som finns bör följas för att minska risken för incidenser under transporten.

Att samarbeta med känd och okänd personal

Att samarbeta med känd vårdpersonal var något som uppskattades av alla anestesijuksköterskor i föreliggande studie, men åsikterna varierade inom gruppen. Vissa hade större behov av att kollegor skulle vara kända, andra tyckte det utmanade i kontakten med okänd vårdpersonal men tyckte ändå att samarbetet var bra. I en studie av Trousserald et al. (2015) beskrev att anestesijuksköterskan kan uppleva stress när miljön var okänd eller kollegorna var nya. Orsaken till detta ansågs kunna vara att de inte upplevde sig ha kontroll på situationen. Det var något som också uttrycktes i föreliggande studie. Enligt Abdellahs teori var ett av de 21 problemområden som identifierats för sjuksköterskan, att sjuksköterskan ska förespråka utvecklig av produktiv interpersonell relation för att bland annat förbättra kommunikationen (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2009). Resultatet stöds även av informanterna i en studie av Gustafsson, Wennerholm och Fridlund (2010), som också upplevde ökad osäkerhet och mer stress när kollegorna var okända. Att arbeta med ny eller ovan personal var något som utmanade anestesijuksköterskorna i förekommande studie. Att arbeta med ny personal och ovan personal är något som ställer stora krav på sjuksköterskans kompetens och samarbete enligt Warren et al. (2004).

Att ha eller inte ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter

För den vanliga rutintransporten av den stabiliserade patienten upplevde alla anestesijuksköterskor att kunskapsbasen var tillräcklig men även att de önskade mer kunskap. Läkarledda undervisningstillfällen var sällsynta och trots att anestesijuksköterskorna upplevde behov av mer kunskap var nästan alla trygga med den egna kunskapsbasen. Med ökad erfarenhet och med sin kunskap blev förmågan till att improvisera under transporter större. Att improvisera under transporten var viktigt för att kunna lösa situationer i ambulansmiljön. Exakt vad anestesijuksköterskorna improviserade med framkom inte under intervjuerna. I Gustafssons et al. (2010) studie uttryckte specialistsjuksköterskorna hur erfarenhet underlättade deras förmåga att hantera situationer genom att återkoppla till tidigare händelser de upplevt.

Att arbetet väcker känslor

I föreliggande studie upplevde alla anestesijuksköterskor stress vid olika tillfällen.

Vissa anestesijuksköterskor hade en konstant upplevelse av stress och andra upplevde sig sällan stressad. Stressen ansågs som negativ och ansågs vara en anledning till att det blev missar i vårdarbetet. Anestesijuksköterskor minskade stressupplevelsen genom att ha en bra plan för transporten och de ansåg också att de få antal uppdrag de hade när de arbetade, gjorde att mängdträningen och erfarenheten tog tid att utveckla. Ingen anestesijuksköterska i föreliggande studie framförde att själva ambulansmiljön var speciellt stressande. Den var som de hade förväntat sig att den skulle vara. Det resultatet skiljde sig ifrån Gustafsson, Wennerholm, och Fridlund (2010) där specialistsjuksköterskorna upplevde arbetsmiljön i ambulansen som okänd och otrygg och var en tydlig orsak till stress. Något som anestesijuksköterskan fann mer stressande i föreliggande studie var att befinna sig ute på vägen med ett stort ansvar och på långt avstånd till hjälp. Detta återspeglades också i Gustafsson, Wennerholm, och Fridlunds (2010) studie där specialistsjuksköterskorna upplevde en otrygghet när de arbetade i en okänd vårdmiljö långt ifrån sjukhuset.

Att ambulanstransporter kan medföra risker för patient och personal

I föreliggande studie ansåg anestesijuksköterskorna att allt är svårare och tar längre tid i en ambulans och syftade på patientvården i ambulansen under rörelse. Det ansågs inte som en optimal arbetsmiljö och ergonomin kunde förbättras. Arbetet i ambulansen innebar att anestesijuksköterskorna var tvungna att frigöra sig från sitt bälte när hen inte kan genomföra alla omvårdnadsåtgärder bältad. I en studie av Mackintosh (2006) fanns det risker under IHT och vårdmiljön kan inte jämföras med vårdmiljön på intensivvårdsavdelningen eller på operationsavdelningen. Dessa risker beskrevs gälla för både patient och vårdare. Vårdare måste pga. placering av monitorering och andra omvårdnadsåtgärder knäppa loss bilbältet under färd vilket är en risk (Gustafsson, Wennerholm, & Fridlund, 2010). Enligt Abdellahs teori är det viktigt att skapa eller bibehålla en terapeutisk miljö för att kunna ge god omvårdnad och förebygga skada hos patienten. Obältad personal under transport medför risker för både patient och vårdare anser författaren till föreliggande studie, vilket stöds av Lyphout et al. (2017) studie som påvisade problemområden som påverkar patientsäkerheten. Där omnämndes ambulansmiljön som ett problemområde där bl. a. patientnära utrustning var tvungen att säkras noga och speciellt patientens venösa infarter ansågs som en risk. Säkerhetsbrister i vårdmiljön under interhospitala transporter var vanligt återkommande bland de 30

deltagarna i Gustafsson, Wennerholm och Fridlunds (2010) studie.

Specialistsjuksköterskorna uttryckte oro över både trafiksäkerhet, patientens säkerhet och deras egen säkerhet. Den tekniska utrustningen har rapporterats som en patientsäkerhetsrisk när de inte fungerar optimalt, eller helt slutar att fungera under transporten och patientnära utrustning som venösa infarter där läkemedlet går subkutant (Ringdal, Chaboyer, & Warrén Strömberg, 2015; Gillman et. al. 2006).

Att uppleva vikten av att rutiner efterlevs

Anestesisjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att följa rutiner men ibland blev det frånsteg för att rutinerna inte passade in i omvårdnadssituationen. Tidigare upplevdes rutinerna mer oklara i sin utformning och det var mer felbeställningar med obefogade transporter som följde enligt anestesisjuksköterskorna. Felbeställningar förekom fortsättningsvis, men de fångades upp bättre och blev mer bedömda på ett korrekt sätt. Förutom rutinen om patientkategorier så var det rutinen timeout som följdes sämst. En slutsats författarna Gustafsson, Wennerholm och Fridlund (2010) drog utifrån sitt resultat var att det ska finnas klara riktlinjer. Enligt Bérubé et al. (2012) kan en checklista användas rutinmässigt för att minska patientriskerna innan och under transporten. I Ligtenbergs et al. (2005) studie påvisades att 70% av alla vårdincidenter under transporter kunde ha undvikits om det hade varit noggrannare förberedelser och om det hade varit bättre kommunikation mellan sjukhus och bättre följsamhet till riktlinjer. Beckmann et al. (2004) påtalade att de flesta problem som uppstår under transporten kan förebyggas genom att kontrollera utrustningen och patienten före avresa och att följa protokoll under transporten.

Metoddiskussion

Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2012) och passar därför väl till studiens syfte anser författaren.

I studien var urvalet av intervjupersoner ett ändamålsurval så att en större variation av upplevelser kunde beskrivas utifrån erfarenhet (Polit & Beck, 2012). Alla skulle aktivt arbeta inom IHT-organisationen, vara anestesisjuksköterskor och ha minst ett års erfarenhet av IHT. Det sistnämnda kriteriet kan ha inneburit att information som skulle ha styrkt upplevelsen av att vara ny inom organisationen, gått förlorad. När studien fick klartecken från verksamhetschefen för organisationen tog författaren till föreliggande studie kontakt med respektive vårdenhetschef och gav information om studien. Urvalet

av åtta informanter till studien utsågs av enhetscheferna på de två sjukhusen, de blev så kallade "gate keepers" enligt Polit och Beck (2012). Av de 15 anestesijuksköterskorna som arbetade på IHT-organisationen utsåg närmaste chef på respektive ort ut fyra anestesijuksköterskor. Studiens urval representerar mer än hälften (8 av 15) av de yrkesverksamma inom regionens IHT-organisation. Att mer än hälften av personalen är med i studien anser författaren i föreliggande studie, stärker studien giltighet. Enligt Polit och Beck (2012) är det svårt att avgöra vilken storlek urvalet ska ha men syftets omfattning ska ligga till grund. Intentionen var att få åtta informanter att delta i studien. Dessa åtta intervjuades samt att en testintervju genomfördes. Intervjuerna hade en mediantid på 38 minuter vilket får anses som en tillräcklig intervjutid och som gav fylligt med data till studien. En intervjuguide användes för att försöka täcka in eventuella problemområden som tidigare forskning visat. Intervjuguidens frågor presenterades övergripande. T ex. frågan om: Hur upplever du din fysiska arbetsmiljö? presenterades kort som fysisk arbetsmiljö. Liknande genomgång genomfördes med övriga frågor vilket gjorde att informanterna hade mycket lätt att följa intervjuguiden, anser författare till föreliggande studie. Intervjuguidens frågor var av öppen karaktär och allt som oftast förstod anestesijuksköterskorna dem men ibland fick författaren utveckla utan att försöka leda frågan åt något håll. Att använda en intervjuguide stärker studiens tillförlitlighet (Polit & Beck, 2012).

Bakgrundsdata samlades in i början av intervjuerna där kön, ålder, antal år som anestesijuksköterska, antal år inom IHT-organisationen och en mer allmän fråga om varför de hade valt att börja inom IHT-organisationen. Gällande ålder, antal år som anestesijuksköterska, antal år inom IHT-organisationen gavs spridningen. På frågan om antal uppdrag fanns det en stor osäkerhet och svaren kändes grovt uppskattade. Det fanns personal som arbetade inom ambulansorganisationen parallellt med operation, på intensivvårdsavdelningen och IHT, vilket sågs som en fördel för studien och inkluderades därför för att öka studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). Ingen informant blev exkluderad från studien. I resultatet lämnas citeringar direkt från informanterna under respektive kategori eller underkategori. Det styrker studiens pålitlighet enligt Graneheim och Lundman (2004). Studiens trovärdighet påverkades av om den är överförbar till andra liknande transportteam som IHT-organisationen är. Författaren till föreliggande studie anser att det finns en möjlighet till att överföra resultatet med tanke på att ålder, erfarenhet och

utbildningsnivå är beskrivet. Organisationen finns i Mellansverige och geografiskt så tror författaren att den är överförbar till andra geografiska miljöer i Sverige. För att höja studiens trovärdighet är det enligt Graneheim och Lundman (2004) viktigt att välja den mest passande metoden för insamlandet av datainsamling och mängden data är också avgörande.

Efter att fått klartecken från organisationens chef (VC) kontaktades skickades information ut till de tänkta informanterna. Enligt informationen så var det informanterna som skulle ta kontakt med författaren till studien. Det blev istället så att författaren uppmanades att själv kontakta de utsedda informanterna av studiens två ”gate keepers”. Alla åtta informanter var intresserade att delta i studien. Författaren gav information om informanterna hade rätt att bryta deltagandet i studien när de ville under studien. Det var viktigt att miljön för intervjun blev så störningsfri som möjligt och att informanterna, som hade bäst kunskap om lokaler på arbetsplatsen, fick utse lämplig plats. Alla intervjuer utom en var inom sjukhusets lokaler. En intervju genomfördes i anestesijukssköterskans hemmiljö.

Datamaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys beskrivet av Graneheim och Lundman (2004). Analysen genomfördes först på egen hand av författaren för att sedan diskuteras i grupp av övriga studenter och handledare. Att genomföra analysprocessen i grupp är något Polit och Beck (2012) ansåg höja trovärdigheten i en studie. Författaren har efter bästa förmåga försökt förhindra att förlust av att data skulle försvinna under analysprocessen, vilket är av vikt enligt Graneheim och Lundman (2004). Under analysprocessen försökte författaren i föreliggande studie att inte lägga in egna värderingar vilket var en risk då författaren har egen erfarenhet från IHT-transporter. För att behålla trovärdigheten enligt Graneheim och Lundman (2004) är det viktigt beakta begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet under hela studiens process. Begreppet giltighet fokuserar på de mest relevanta data ur intervjuerna har tolkats och beskrivits utifrån studiens syfte. Tillförlitligheten stärks genom att analysprocessen har beskrivits noggrant. Överförbarheten stärks av att urvalet, datainsamlingen och analysprocessen är tydligt redogjort (Graneheim & Lundman, 2004).

Författaren till föreliggande studie har till anestesijuksköterskorna givit information om informerat samtycke, informerat om konfidentialitet angående data och att deltagande i studien var frivilligt. Informanterna har själva tackat ja till att delta i studien. Vidare så har data kodats innan det presenterats för studiekamrater och handledare under analysprocessen samt att resultatet presenteras på gruppnivå för att data inte ska kunna härledas till någon person (Polit & Beck, 2012).

Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning

Resultatet visar att anestesijuksköterskan upplever att arbetet inom IHT-organisationen är intressant och stimulerande men det finns problemområden. Ett problematiskt område som beskrevs, var när de skulle hämta patienten på avdelningarna. Den situationen upplevdes mer eller mindre rörig och besvärade men mest besvärande var det när det var bråttom. För att minska på anestesijuksköterskans negativa upplevelser vid hämningssituationen kan det vara av fördel att se över rutiner runt kommunikation och arbetsuppgifter. En rekommendation från författaren är att alltid använda den befintliga rutinen med timeout innan avtransport. Kanske en teamledare skulle kunna hjälpa i situationen runt den akute patienten. Det finns många studier gjorda på vilka problem som kan uppstå för vårdare och patient under IHT, men lite finns beskrivet utifrån anestesijuksköterskans synvinkel. Mer forskning behövs för att förbättra arbetsförhållanden för denna yrkesgrupp samt för att förbättra patientsäkerheten under IHT transporter.

Slutsats

Resultatet stämmer överens med vad tidigare forskning har visat om hur specialistsjuksköterskor upplever arbetet med IHT, förutom upplevelsen av ambulansmiljön. I föreliggande studie skapade den inte otrygghet och upplevdes inte lika stressande som andra studier visade. Huvudresultatet visade på att det var viktigt att förbereda patienten väl innan avtransport för att få en mindre problemfylld transport med bättre patientsäkerhet. Kommunikationen var ett av hindren och trots rutiner och checklistor så upplevdes den som bristfällig, speciellt i situationen runt den kritiskt sjuke patienten. Situationen upplevdes rörig vid vissa tillfällen vilket gav upplevelser som stress och negativa känslor av eget utfört arbete. Genom att följa de riktlinjer som finns så förbättras kommunikationen och genom att ha en bra struktur i det patientnära arbetet skulle anestesijuksköterskan kunna uppleva att förberedelsen innan transport förbättras.

Referenser

Alamandou, D.G. & Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 8(1), 166-178.

Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. (2004). Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident. *Monitoring Study in Intensive Care. Intensive Care Medicine*. 2004;30:1579–1585. doi: 10.1007/s00134-004-2177-9

Berland, A., Natvig, G. K., Gundersen, D. (2007). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 24, 90-97. doi: 10.1016/j.iccn.2007.11.001

Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. R., Albert, M. (2012). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 29, 9-19. doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.001

Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care*, 58(6), 1008-1023. doi:10.4187/respcare.02404

Bourn, S., Wijesingha, S. & Nordmann, G. (2018). Transfer of the critically ill adult patient. *British Journal of Anaesthesia Education*, 18(3): 63-68. doi.org/10.1016/j.bjae.2017.11.008

Brändström, H., Winsö, O., Lindholm, L., & Haney, M. (2014). Regional intensive care transports: a prospective analysis of distance, time and cost for road, helicopter and fixed-wing ambulances. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, 22(1), 36-36. doi.org/10.1186/1757-7241-22-36

Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-140. doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x

Butler, W.E., Piaggio, C.M., Constantinou, C., Niklason, L., Gonzalez, R.G., Cosgrove, G.R. (1998). A mobile computed tomographic scanner with intraoperative and intensive care unit applications. *Neurosurgery* 42: 1304– 1311 doi.org/10.1097/00006123-199806000-00064.

Caine, R. M., Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early identification and management of critical incident stress. *Critical Care Nursing* 23:59-65

Caruana, M., & Culp, K. (1998). Intrahospital Transport of the critically ill adult: a research review and implications. *Dimension of critical care nursing*, 17(3), 146-156.

Codex. (2017). Regler och riktlinjer för forskning. Hämtad 171222 från: <http://codex.vr.se/>

Crommett, J. W., McCabe, D., Holocomb, J. B. (2002). Training for the transport of mechanically ventilated patients. *Respiratory Care Clinics of North America*, 2002;8:105-18 doi: 10.1016/S1078-5337(02)00019-9

Droogh, J. M., Smit, M., Hut, J., de Vos, R., Ligtenberg, J. J. M., & Zijlstra, J. G. (2012). Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Critical Care*, 16(1), R26-R26. doi.org/10.1186/cc11191

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). Hälsa och vårdande: I teori och praxis. Stockholm: Natur och Kultur

Erichsen, S. & Haddleton, E. (2012). Tidig upptäckt och behandling: för vuxna och barn. (2. uppl.) Uppsala: Landstinget i Uppsala län.

Giardino, E.R., Giardino, A.P., Burns, K.M. (1998). The nurse's experience on transport: training, evaluation and role. *Neonatal Intensive Care*. 11, 20-27

Gillman, L., Leslie, G., Williams, T., Fawcett, K., Bell, R. & McGibbon, V. (2006). Adverse events experienced while transferring the critically ill patient from the

emergency department to the intensive care unit. *Emergency Medicine Journal*, 23(11), 858-861. doi: 10.1136/emj.2006.037697

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

Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (2009). Intensivvård: Transport av intensivvårdspatienter. *Lund: Studentlitteratur*.

Gustafsson, M., Wennerholm, S., & Fridlund, B. (2010). Worries and concerns experienced by nurse specialists during inter-hospital transports of critically ill patients: a critical incident study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(3), 138-145. doi: 10.1016/j.iccn.2010.01.002.

Intensive Care Society [ICS], (2009). Levels of Critical Care for Adult Patients. Hämtad 180320 från <http://www.ics.ac.uk/AsiCommon/Controls/BSA/Downloader.aspx?iDocumentStorageKey=74ca75c6-67c4-4400-96a2-4e7e14b8d9a3&iFileTypeCode=PDF&iFileName=Levels of Critical Care for Adult Patients>

Intensive Care Society [ICS], (2011). Guidelines for the transport of the critically ill adult (3rd Edition). Hämtad 180315 från <http://www.ics.ac.uk/AsiCommon/Controls/BSA/Downloader.aspx?iDocumentStorageKey=79bdff30-7676-46dd-856d-b47e4d667568&iFileTypeCode=PDF&iFileName=Transport of the Critically Ill Adult>

Kahn, J.M., Goss, C.H., Heagerty, P.J., Kramer, A.A., O'Brien, C.R., Rubenfeld, G.D. (2006). Hospital volume and the outcomes of mechanical ventilation. *The New England Journal of Medicine*. 355:41–50. doi: 10.1056/NEJMsa053993

Kue, R., Brown, P., Ness, C., Scheulen, J. (2011). Adverse Clinical Events During Intrahospital Transport by a Specialized Team: A Preliminary Report. *American Journal of Critical Care*, Volume 20, No. 2. doi: 10.4037/ajcc2011478.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. (3) Lund: Studentlitteratur. Översättning: Sven-Erik Torhell

Ligtenberg, J. J. M., Arnold, L. G., Stienstra, Y., van der Werf, Tjip S, Meertens, John H J M, Tulleken, J. E., & Zijlstra, J. G. (2005). Quality of interhospital transport of critically ill patients: A prospective audit. *Critical Care*, 9(4), 446-451. doi: 10.1186/cc3749

Lingard, L., Espin, S., Whyte, S. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*. 13:330-4. doi: 10.1136/qhc.13.5.330

Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., Bronselaer, K. (2017). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*. doi: 10.1016/j.ienj.2017.07.008.

Mackintosh, M. (2006). Transporting critically ill patients: new opportunities for nurses. *Nursing Standard*, 20(36), 46-48. doi: 10.7748/ns2006.05.20.36.46.c4153

Mariner Tomey, A., Alligood, R.M. (1998). Nursing theorists and their work. 4th ed. *Mosby-Year Book, Inc.*

Perry, T.R. (2005) The Certified Registered Nurse Anesthetist: Occupational Responsibilities, Percieved Stressors, Coping Strategies, And Work Relationships. *American Association of Nurse Anesthetist Journal*, 73(5), 351-356

Polit, D.F. & Beck, C.H. (2012). Nursing Research. Principles and Methods. 7th ed. *Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.*

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C. & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *British Medical Journal Open*. 21;4(1):e004268. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C. & Engström, M. (2015). An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 30(2):105-15. doi: 10.1016/j.jopan.2014.01.012.

Raile Alligood, M. & Marriner Tomey, A. (2009). *Nursing Theorists and Their Work*. Seventh Edition, Mosby.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård. ANIVA (2008). Kompetensbeskrivning anestesisyjuksköterska. Hämtad 171218 från:

www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/komp-beskrivning-anestesi.pdf

Ringdal, M., Chaboyer, W., & Warrén Strömberg, M. (2015). Intrahospital transport of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. *British Association of Critical Care Nurses*. 21(3), 178-184. doi: 10.1111/nicc.12229

SFAI, (2015) Riktlinjer för svensk intensivvård. Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet. Hämtad 180327 från https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivvård_-rev-2015.pdf

Socialstyrelsen. (2011). Plattform till rikssjukvård. Hämtad 2018-03-26 från <http://www.socialstyrelsen.se/sitecollectiondocuments/plattform-for-rikssjukvard.pdf>

Strauch, U., Bergmans, D.C.J.J., Habers, Jansen, J., Winkens, B., Veldman, D.J., Roekaerts, P.M.H.J., Beckers, S.K. (2017). QUIT EMR trial: a prospective, observational, multicentre study to evaluate quality and 24 hours post-transport morbidity of interhospital transportation of critically ill patients: study protocol. *British Medical Journal Open*. 7(3)e012861. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012861

Trousserald, M., Dutheil, F., Naughton, G., Cosserant, S., Amadon, S., Duale, C., & Schoeffler, P. (2016). Stress among nurses working in emergency, anesthesiology and intensive care units depends on qualification: a Job Demand-Control survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(2), 221-229. doi: 10.1007/s00420-015-1065-7.

Warren, J., Fromm, J., Robert E, Orr, R. A., Rotello, L. C., & Horst, H. M. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 32(1), 256-262. doi: 10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A

Whiteley, S., Macartney, I., Mark, J., Baratt, H., Binks, R. (2011). Guidelines for the transport of the critically ill adult. *Intensive care society* 2011. Hämtad: 180325 från <https://www.ics.ac.uk>.