



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för vårdvetenskap

Anestesisjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransport

En kvalitativ studie

Johanna Adielsson
Carl Persson

2019

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning anestesisjukvård
Examensarbete inom anestesisjuksköterskans kunskapsområde

Handledare: Kati Knudsen
Examinator: Annika Nilsson

Sammanfattning

Bakgrund: Anestesisjuksköterskan har omvårdnadsansvaret för patienter under sekundärtransport i Sverige och har därför en viktig roll. Nuvarande forskning beskriver att anestesisjuksköterskor upplever bristande kommunikation och svårigheter med att vårda i ambulans. Forskning som belyser just anestesisjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransport är sparsam och därmed önskvärd.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva anestesisjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransport.

Metod: Studien genomfördes med en beskrivande design och kvalitativ ansats. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med tio anestesisjuksköterskor på två sjukhus i Mellansverige. En kvalitativ innehållsanalys tillämpades för att transkribera och analysera intervjuerna.

Resultat: Studiens resultat delades in i fyra olika kategorier, *Att vara steget före, Yrkesroll och ansvarsförhållanden, Att vårda under specifika omständigheter och Teamarbete* samt åtta underkategorier. Dessa underkategorier var; *Att ha en handlingsplan, Att vara förberedd, Ansvar och personlig utveckling, Yrkeserfarenhet och kompetens, Att vårda unga patienter, Att vårda i ambulans, Stöd från kollegor samt Kommunikation och information.*

Slutsats: Att ha en handlingsplan, tidigare yrkeserfarenhet, kommunikation samt stöd från kollegor var faktorer som påverkade anestesisjuksköterskornas upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransport. Dessa faktorer var avgörande för om anestesisjuksköterskorna upplevde vårdandet som positivt eller negativt. Studiens resultat tyder på behov av tydliga rutiner samt gemensamma utbildningstillfällen för alla involverade yrkesgrupper.

Nyckelord: anestesisjuksköterska, sekundärtransport, upplevelser

Abstract

Background: The nurse anesthetist is responsible for the patient care during interhospital transport in Sweden and therefore has an important role. Current research describes how nurse anesthetists' often experience difficulties in their work, in the forms of inadequate communication and the challenges of out-of-hospital patient care. When it comes to nurse anesthetists' experiences of patient care, however, there is a lack of research in the area of interhospital transport, which thus deserves further attention.

Purpose: The purpose of the study was to describe nurse anesthetists' experiences of caring for patients during interhospital transports.

Method: The study was conducted according to a descriptive design using a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with ten nurse anesthetists' at two hospitals located in the middle part of Sweden to collect data. A qualitative content analysis was used to transcribe and analyze the interviews.

Result: The study results were divided into four categories: *To be one step ahead, Profession and responsibility, Patient care during specific circumstances* and *Teamwork* with eight subcategories. These subcategories were; *To have a plan of action, To be prepared, Responsibility and personal development, Work experience and competence, To care for young patients, Patient care in ambulance, Support from colleagues* and *Communication and information*.

Conclusion: To have a plan of action, previous work experience, communication and support from colleagues were factors that affected the nurse anesthetists' experiences of caring for patients during interhospital transport. These factors were decisive for whether the nurse anesthetists' experienced caring as positive or negative. The study results indicate that there is a need for clear routines as well as team-based training sessions for every professional involved within interhospital transport.

Keywords: experiences, interhospital transport, nurse anesthetist

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Anestesisjuksköterskans roll	1
1.2 Vård under sekundärtransport	2
1.3 Teoretisk referensram	4
1.4 Problemformulering	4
1.5 Syfte	5
2. Metod	5
2.1 Design	5
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	5
2.3 Datainsamlingsmetod	6
2.4 Tillvägagångssätt	7
2.5 Dataanalys	7
2.6 Forskningsetiska överväganden	8
3. Resultat	9
3.1 Att vara steget före	10
3.1.1 Att ha en handlingsplan	10
3.1.2 Att vara förberedd	11
3.2 Yrkesroll och ansvarsförhållanden	12
3.2.1 Ansvar och personlig utveckling	12
3.2.2 Yrkeserfarenheter och kompetens	13
3.3 Att vårda under specifika omständigheter	14
3.3.1 Att vårda unga patienter	14
3.3.2 Att vårda i ambulans	15
3.4 Teamarbete	16
3.4.1 Stöd från kollegor	16
3.4.2 Kommunikation och information	17
4. Diskussion	18
4.1 Huvudresultat	18
4.2 Resultatdiskussion	19
4.2.1 Att vara steget före	19
4.2.2 Yrkesroll och ansvarsförhållanden	20
4.2.3 Att vårda under specifika omständigheter	21
4.2.4 Teamarbete	23
4.3 Metoddiskussion	24
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad	26
4.5 Förslag till vidare forskning	27
4.6 Slutsats	27
5. Referenser	28

1. Introduktion

1.1 Anestesisjuksköterskans roll

Utbildningen till anestesisjuksköterska (eng; *nurse anesthetist*) i Sverige startade år 1954 i Göteborg. Den innehöll både praktiska och teoretiska moment vilket den gör än idag. En anestesisjuksköterska utövar generell anestesi samt regional anestesi efter ordination från anestesiläkare med grund i anesthesiologisk omvårdnad (Nilsson & Jaensson 2016; Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (RFAI & SSF) 2012). Anestesisjuksköterskan ska inneha handlingsberedskap för att kunna hantera oväntade och väntade händelser vid akuta patienttillstånd. En anestesisjuksköterska kan verka inom en mängd olika verksamheter både inom och utanför sjukhuset. Verksamheter inom sjukhuset är främst operationsavdelningar men även smärtenheter och akutmottagningar (Gran Bruun 2016; RFAI & SSF 2012). Verksamheter utanför sjukhuset kan vara civil och militär utlandstjänst, den prehospitala vården och sekundärtransport. Ansvar för omvårdnaden av patienter under sekundärtransporterna ligger hos specialistsjuksköterskor, ofta inom anestesi- eller intensivvård (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund 2010). Oavsett arbetsplats vårdar och ansvarar anestesisjuksköterskan för svårt sjuka och ofta medvetslösa patienter i en högteknologisk miljö (RFAI & SSF 2012; Sundqvist & Carlsson 2014).

Nilsson och Jaensson (2016) definierar anestesisjuksköterskans omvårdnad i tre olika delar. *Keeping in touch with the patient* handlar om att anestesisjuksköterskan arbetar personcentrerat vilket innebär att anestesisjuksköterskan ser människan bakom patienten med dennes vilja, känslor och behov i fokus. Anestesisjuksköterskan utvärderar kontinuerligt patientens stressnivå, sårbarhet och rädsla i syfte att uppmuntra, förklara eller bara finnas där vid behov. Anestesisjuksköterskan har också i uppgift att vara närvarande för den medvetslösa patienten genom beröring samt att upprätthålla integritet och att arbeta skadepreventivt (Nilsson & Jaensson 2016).

Watching over the patient betyder att anestesisjuksköterskan uppnår patientsäkerhet och god omvårdnad genom att observera, monitorera, dokumentera och följa upp patientens vitala parametrar, ventilation, cirkulation samt anestesisdjup.

Being one step ahead innebär att anestesijuksköterskan ska vara väl insatt i fysiologi och farmakologi, inneha evidensbaserad kunskap samt vara säker på att utrustning och apparatur finns och fungerar (Nilsson & Jaensson 2016). Dessa förberedelser tillsammans med god planerings- och prioriteringsförmåga är grundförutsättningar för att kunna vårda patienter i olika akuta situationer i anestesijuksköterskans dagliga arbete, till exempel under sekundärtransport.

Nuvarande forskning om vårdpersonalens (ambulanssjuksköterskor, läkare, anestesijuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor) upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransporter visar att upplevelser av oro framkom då de inte kände kontroll och då de inte behärskade situationen de befann sig i. Oro kring sin egen och patienternas säkerhet under transport har även uttryckts. Flera studier visar att en upplevd brist i kommunikation och information inför transport kunde bli en risk för patientsäkerheten (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund 2010; Mueller, Shannon, Dalal, Schnipper & Dykes 2018; Svensson & Fridlund 2008). I svenska studier fann man att faktorer som att besitta erfarenhet, vara påläst och att vara väl förberedd bidrog till att minska oro och öka tryggheten för anestesijuksköterskor samt ambulanspersonal vid sekundärtransporter (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund 2010; Svensson & Fridlund 2008).

1.2 Vård under sekundärtransport

Transport av svårt sjuka patienter från en plats till en annan kommer ursprungligen från det militära. För att kunna ge de sårade en bättre och mer specialiserad vård behövde de flyttas från slagfältet till en högre vårdinstans (Blakeman & Branson 2013; Kiss, Bolke & Spieth 2017). Sekundärtransporter definieras främst som transporter med uppgift att flytta svårt sjuka patienter mellan olika sjukhus. Detta oftast med syfte att nå en högre vårdinstans men också vid till exempel platsbrist på intensivvårdsavdelningen eller när opererade patienter ska flyttas till sina hemsjukhus (Eiding, Kongsgaard & Braarud 2019). Sekundärtransport är idag ett frekvent inslag inom sjukvården som ökar i världen och även i Sverige. Ökningen har skett till följd av att vården blivit allt mer centraliserad då specialistsjukvården flyttas till de sjukhusen med störst antal patienter (Droogh et al. 2012; Lyphout et al. 2018; Rosen, Persson, Rantala & Behm 2018; van Lieshout et al. 2016). Sekundärtransport ska kunna tillhandahålla specialistvård året runt och när som helst på dygnet.

De är logistiskt utmanande, kostsamma och riskfyllda samtidigt som patienterna ofta är svårt sjuka vilket förutsätter att anestesijuksköterskan innehar god kompetens och är ödmjuk inför uppgiften (Eiding, Kongsgaard & Braarud 2019; Gustafsson, Wennerholm & Fridlund 2010). Patienterna transporteras från väl utrustade och bemannade sjukhusavdelningar och vårdas under de premisser som existerar i ambulansen. Det vill säga begränsade resurser vad gäller monitorering och färre personal. Sekundärtransporterna är krävande för verksamheterna de berör, främst mindre sjukhus men också större. Detta då det kräver väl fungerande kommunikation mellan enheterna, tillgänglig specialistutbildad personal som kan vårda patienten samt goda förberedelser såsom att optimera patienterna inför transport (Bosk, Veinot & Iwashyna 2011; Gustafsson, Wennerholm & Fridlund 2010; Mueller et al. 2018; Wiegersma, Droogh, Zijlstra, Fokkema & Ligtenberg 2011). Transporterna är ofta akuta och kräver därför noggranna förberedelser för att upprätthålla patientsäkerheten (Eiding, Koonsgard & Braarud 2019; Gustafsson, Wennerholm & Fridlund 2010). Noggranna förberedelser är dock tidskrävande och tid är en bristvara i akuta situationer (Ringdal, Chaboyer & Warrén Stomberg 2016).

Sekundärtransporterna bemannas ofta av en specialistsjuksköterska inom anesthesi- eller intensivvård samt ambulanspersonal (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund 2010). Ökningen av antalet transporter kan leda till ett ökat behov av specialistsjuksköterskor som kan vårda patienterna. Högre kompetens hos vårdpersonalen inom sekundärtransport betyder att sjukare patienter kan förflyttas (van Lieshout et al. 2008). Anestesisjuksköterskans arbetsuppgifter under sekundärtransport innefattar monitorering och vård av patienten kontinuerligt under hela transporten (Kiss, Bolke & Spieth 2017). Förflyttning av en svårt sjuk patient innebär att patienten utsätts för risker vilka bör vägas mot patientens individuella behov för att fatta beslut om transporten ska genomföras eller inte (van Lieshout et al. 2016). Det finns beskrivna metoder för att minimera riskerna och öka överlevnaden för patienterna. Dessa inkluderar bland annat användandet av specialistutbildad personal, kontinuerliga kontroller av patient och utrustning samt korrekt tillämpning av rutiner och riktlinjer. Det är även av stor vikt att rätt färdmedel för situationen används (Belway, Henderson, Keenan, Levy & Dodek 2006; Parmentier-Decrucq et al. 2013). I alla situationer där vård av en svårt sjuk patient ingår är en strukturerad och korrekt överrapportering en förutsättning för att upprätthålla patientsäkerheten, så även vid operationer och sekundärtransporter (Kalkman 2010).

Om patienten är vaken och talbar så är det viktigt att den ansvariga ambulanspersonalen och anestesijuksköterskan, precis som inom all form av vård, ser patienten som en individ och en hel människa. Detta bygger förtroende och hindrar objektifiering av patienten (Holmberg, Forslund, Wahlberg & Fagerberg 2014). I en kvalitativ studie av Mueller et al. (2018) beskrivs att patienterna var nöjda med omvårdnaden under transporten då vårdpersonal satt bredvid dem och att samtal utgick från patientens villkor. Patienterna uppgav även att de förstod varför en transport till annat sjukhus var nödvändig.

1.3 Teoretisk referensram

Anestesisjuksköterskan vårdar ofta medvetandesänkta patienter och patienter med svikt av vitala funktioner, även under sekundärtransport. Det ökar patientens behov av god vård och en tillfällig ställföreträdare, en roll som anestesisjuksköterskan måste uppfylla. Trygghet, delaktighet samt vikten av en öppen dialog är centrala begrepp i sammanhanget och bör eftersträvas för att för att upprätthålla och stärka patientsäkerheten (Martinsen 1998; Gran Bruun 2016; Sundqvist & Carlsson 2014). Kari Martinsen (1998) beskriver i sin omvårdnadsteori att vårdpersonalens, i detta fall anestesisjuksköterskans, uppgift är att vara patientens ställföreträdare fram till dess att patienten kan återta sin egen roll. Omvårdnadsteorin grundar sig i tre förutsättningar som handlar om engagemang, vårt ansvar för den svaga samt hur deltagande vi väljer att vara (Martinsen 2003). Detta kan relateras till hur anestesisjuksköterskan möter och vårdar den sjuka människan i sin yrkesroll.

1.4 Problemformulering

Att vårda patienter under sekundärtransport är idag av ökande förekomst då sjukvården blivit alltmer specialiserad och centraliserad med tiden. Detta kan medföra att behovet av fler anestesisjuksköterskor inom sekundärtransport kan öka i framtiden. Under sekundärtransporten övertar anestesisjuksköterskan vårdansvaret för patienten och har därför en viktig roll. Nuvarande forskning visar att anestesisjuksköterskor upplever svårigheter med att vårda patienter i ambulans samt bristande kommunikation och information i samband med sekundärtransporter. Det finns även forskning kring olika sätt att hantera oro i samband med sekundärtransporter.

Ytterligare utrymme finns för utökad forskning kring anestesijuksköterskornas egna upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransport. Detta i syfte att belysa omvårdnadsaspekten av sekundärtransport och få en helhetsbild av vårdandets olika aspekter idag vilket kan bidra till det fortsatta förbättrings- och utvecklingsarbetet kring sekundärtransporter.

1.5 Syfte

Syftet med studien var att beskriva anestesijuksköterskors upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransport.

2. Metod

2.1 Design

Studien genomfördes med beskrivande design och kvalitativ ansats (Polit & Beck 2016).

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Ett bekvämlighetsurval användes för att inkludera informanter som hade erfarenhet av att vårda patienter under sekundärtransport (Polit & Beck 2016). Studien genomfördes på två sjukhus i Mellansverige, ett länssjukhus och ett länsdelssjukhus. Totalt 15 anestesijuksköterskor arbetade med sekundärtransport på dessa sjukhus vid tiden för studien. Sekundärtransporterna bemannas av en anestesijuksköterska som arbetar dygnsvis vid ungefär två tillfällen i månaden. Vid larm får anestesijuksköterskan med taxi ta sig till det sjukhus i länet där patienten som ska transporteras befinner sig. Sedan sker sekundärtransporten därifrån. Under övrig tid då anestesijuksköterskan inte är ute på sekundärtransport, finns denne tillgänglig som en resurs på operations- eller intensivvårdsavdelningen. Antal sekundärtransporter som genomfördes i länet var 112 under 2017 och 121 under 2018. Inklusionskriterier var anestesijuksköterskor, både kvinnor och män med varierande yrkeserfarenhet, minst ett år på anesthesiavdelning, kliniskt aktiva inom sekundärtransport och som hade medverkat vid minst en sekundärtransport. Exklusionskriterier var anestesijuksköterskor som enbart arbetade inom ambulanssjukvården och med administrativa arbetsuppgifter.

De första tio som frivilligt valde att delta inkluderades i studien. Demografiska data över de inkluderade informanterna finns presenterat i Tabell 1. Ingen av de tio tillfrågade avböjde att delta.

Tabell 1 – Demografiska data över de inkluderade informanterna (N=10)

Kön (kvinnor/män)	7/3	
Tidigare erfarenhet av ambulanssjukvård (ja/nej)	6/4	
Antal år	Min - Max	Median
Ålder	30 - 64	49
Arbetslivserfarenhet som sjuksköterska	7 - 39	20,5
Arbetslivserfarenhet som anestesijuksköterska	5 - 29	13,5
Antal år inom sekundärtransport	3 mån - 10	6

2.3 Datainsamlingsmetod

Datansamlingen genomfördes med hjälp av semistrukturerade individuella intervjuer (Polit & Beck 2016) och författarna utformade en intervjuguide i samråd med ansvarig handledare. Intervjuguiden säkerställde att samma frågor ställdes till alla informanter (Polit & Beck 2016) i syfte att stärka *pålitlighet* och *giltighet* (Graneheim & Lundman 2004). Intervjuerna inleddes med demografiska frågor om ålder, kön och antal år som sjuksköterska respektive anestesijuksköterska. Därefter följde tre öppna frågor gällande anestesijuksköterskors upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransport. Dessa tre öppna frågor var *"Berätta om dina upplevelser från ett tillfälle då du vårdade en patient under en sekundärtransport?"*, *"Berätta om dina upplevelser kring en sekundärtransport som kändes bra respektive mindre bra"* och *"Hur upplevde du att vara den med högst medicinsk kompetens på plats?"*. Följdfrågor ställdes i syfte att fördjupa och utveckla svaren. Exempel på följdfrågor var *"Hur kände du då?"*, *"Hur menar du?"* och *"Kan du berätta mer?"* Vid sex av intervjuerna närvarade båda författarna. Resterande fyra utfördes av en författare.

2.4 Tillvägagångssätt

Verksamhetschefen för de berörda enheterna kontaktades angående tillstånd att få genomföra studien. Författarna vidarebefordrade studiens syfte och övrig information till respektive vårdenhetschef på de två sjukhusen via e-post för att få kontaktuppgifter till potentiella informanter. Anestesisjuksköterskorna fick skriftlig information om studien samt tillfrågan om deltagande via e-post. Efter samtycke till att medverka planerades intervjudatum och tid via e-post. För att säkra fler informanter skickades totalt två påminnelser via e-post. Intervjuerna genomfördes mellan december 2018 och februari 2019 och genomfördes på en tid och plats som bestämdes i samråd med varje informant. Några av informanterna intervjuades därför på jourtid. Intervjuerna spelades in med diktafon samt mobiltelefon och varierade mellan 20 och 40 minuter, medianlängd 25 minuter. Innan intervjuerna påbörjades genomfördes en pilotintervju för att säkerställa att frågorna i intervjuguiden svarade mot studiens syfte och beräkna ungefärlig tidsåtgång. Under pilotintervjun adderades ytterligare en fråga gällande erfarenhet från ambulanssjukvård. Då pilotintervjun svarade mot studiens syfte inkluderades den i studien. Intervjuerna ägde rum i ett avskilt rum i anslutning till arbetsplatsen för att de som intervjuades skulle känna sig trygga och ostörda (Polit & Beck 2016).

2.5 Dataanalys

I syfte att analysera materialet objektivt användes Graneheim och Lundmans modell för kvalitativ innehållsanalys (2004). De inspelade intervjuerna lyssnades först igenom för att sedan transkriberas ordagrant. Av praktiska skäl transkriberade författarna fem intervjuer var med hjälp av transkriberingsprogrammet, *Digital Speech Standard Player* (DSS Player). De transkriberade intervjuerna lästes igenom ett flertal gånger av båda författarna för att få en förståelse för materialets helhet (Graneheim & Lundman 2004). Meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte identifierades i samtliga intervjuer och sedan kondenserades innehållet systematiskt utan att tappa meningarnas innebörd. Därefter kodades det kondenserade materialet med intervjuernas kärnbudskap som grund. Vidare samlades koderna i underkategorier och kategorier med liknande innehåll för att visa på det manifesta innehållet utifrån möjligheter och hinder. I analysprocessen sorterades innehållet utan förutbestämda underkategorier och kategorier, de framträdde under dataanalysens gång (Graneheim & Lundman 2004). Citat från respektive informant har använts för att stärka studiens resultat.

Hela analysprocessen genomfördes av båda författarna och diskuterades i samråd med studiegruppen för att nå samsyn kring uppkomna kategorier. Exempel på analysprocessen presenteras i Tabell 2.

Tabell 2 – Exempel på analysprocessen från meningsbärande enhet till kategori.

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Underkategori	Kategori
Men sen är det ju också att förbereda sig bra inför transporten då, så pass att man gör så lite som möjligt under transporten. Att det liksom är så stabilt som möjligt när man åker (Informant 3).	Att förbereda sig bra inför transport så man gör så lite som möjligt under transporten. Det ska vara så stabilt som möjligt när man åker.	Att vara förberedd inför transport	Att ha en handlingsplan	Att vara steget före
Nämen det är sådant där som jag tycker man måste tänka på. Att man inte är själv utan vi är ett team. Då kan alla bidra med någonting (Informant 8).	Man måste tänka på att man inte är själv utan ett team, då kan alla bidra med någonting.	Att arbeta i ett team där alla bidrar.	Stöd från kollegor.	Teamarbete

2.6 Forskningsetiska överväganden

Tillstånd att få genomföra studien erhöles från verksamhetschefen på de berörda enheterna. Någon ansökan till högskolans forskningsetiska råd (FER) behövde inte skickas in då frågor om informanternas hälsa inte ställdes. Deltagande var helt frivilligt och det var viktigt för författarna att informanterna kände sig trygga både under intervjuerna och efteråt när arbetet med studien fortskred. Informanterna fick därför signera en samtyckesblankett i två exemplar i anslutning till intervjutillfället. Författarna och informanten fick varsitt exemplar. För att främja informanternas självbestämmande fick de information om att de när som helst kunde avbryta intervjun eller sin medverkan i studien utan närmare förklaring. Intervjuerna avidentifierades med hjälp av ett koddokument så att endast författarna kunde identifiera vilken informant som hörde till vilken intervju och för att inga obehöriga skulle få tillgång till materialet.

Det inspelade materialet överfördes från diktafon till ett USB-minne som tillsammans med koddokumentet och samtyckesblanketterna förvarades i ett säkerhetsklassat kassaskåp vilket enbart författarna till studien hade tillgång till. Alla informanter behandlades lika enligt rättvis principen vilket betyder att alla potentiella informanter som önskade fick medverka (CODEX 2016). Författarnas kontaktuppgifter fanns tillgängliga för informanterna under hela studien (Northern Nurses Federation 2003; Polit & Beck 2016). Studiens resultat presenterades på gruppnivå i löpande text och genom avidentifierade citat för att undvika att någon informant skulle känna sig utpekad. Materialet destruerades efter publicering i *Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVA)*.

3. Resultat

Fyra kategorier framkom under analysprocessens gång: *Att vara steget före*, *Yrkesroll och ansvarsförhållanden*, *Att vårda under specifika omständigheter* samt *Teamarbete* och åtta underkategorier (se Tabell 3). Kategorier och tillhörande underkategorier presenteras i löpande text med citat i kursivt, numrerade efter informant.

Tabell 3 – Presentation av uppkomna kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
<i>Att vara steget före</i>	Att ha en handlingsplan Att vara förberedd
<i>Yrkesroll och ansvarsförhållanden</i>	Ansvar och personlig utveckling Yrkeserfarenheter och kompetens
<i>Att vårda under specifika omständigheter</i>	Att vårda unga patienter Att vårda i ambulans
<i>Teamarbete</i>	Stöd från kollegor Kommunikation och information

3.1 Att vara steget före

Kategorin *Att vara steget före* resulterade i två underkategorier, *Att ha en handlingsplan* samt *Att vara förberedd*.

3.1.1 Att ha en handlingsplan

Att ha en handlingsplan upplevde anestesijuksköterskorna som tillfredsställande. Det innefattade att vara beredd på förutsedda och oförutsedda händelser, att vara alert på atypiska symtom samt att vara förberedd på förändringar. Att ha bildat sig en egen uppfattning om patienten samt att ha löst eventuella problem innan transport sågs som lika viktigt. Ständig fokus på patienten och utrustningen för att i största möjliga mån hålla en patient stabil och undvika att behöva åtgärda saker under transporten, beskrev anestesijuksköterskorna som betydelsefullt. Även att ha goda förutsättningar för att lösa problem och att kunna improvisera var centralt. Alla dessa faktorer kring beredskap och planering ledde fram till en positiv känsla av trygghet och minskade risken för att bli överraskad om något oförutsett skulle hända. Att ha utformat en handlingsplan tillsammans med jouren och ambulanspersonalen bidrog till att anestesijuksköterskorna kände sig mer bekväma i situationen och minskade deras oro inför transport. En handlingsplan ansågs även behjälplig för att identifiera tänkbara scenarier och förväntningar på teamet. På så vis uppstod en samstämmig bild av patienten och situationen. Anestesijuksköterskorna kände sig då tryggare med att agera själva i akuta situationer om de inte hann kontakta anestesiläkare. Att ha god kännedom och överblick över situationen och känna att man behärskar det man ska göra gav ett lugn.

”... ju mer förberedd du är för varje transport du har... att du tänker vad som kan hända så du är ett steg före hela tiden.” (Informant 6)

Anestesijuksköterskorna beskrev att det ibland fanns en oro, frustration och rädsla för att orsaka skada hos patienten under sekundärtransporterna. Förväntningarna motsvarade ibland inte heller verkligheten, vilket kunde ge en känsla av otrygghet. Att vara oförberedd eller inte helt behärska sin uppgift beskrevs som bland det värsta som kunde inträffa då det kunde leda till överraskningar och panik.

”Det värsta som kan inträffa, det är ju att... man känner att man inte behärskar det som man ställs inför. Alltså att du är oförberedd.” (Informant 5)

3.1.2 Att vara förberedd

Anestesisjuksköterskorna uppgav vikten av att vara väl förberedd genom att ha bildat sig en uppfattning om patientens situation i förväg. Detta genom att ha säkerställt att patienten var tillräckligt stabil för transport och att ha kontrollerat att ordinationer fanns. Att ha optimerat patienten innan transport och kontrollerat att all utrustning fanns med i ambulansen, ansågs vara en bra metod för att eliminera risker. Detta ingav en känsla av lugn innan transport. En stabil patient betydde ofta att transporten var händelselös och enkel. Detta sammanfattade anestesisjuksköterskorna som ”en bra transport” karakteriserad av en känsla av tillfredsställelse vid avlämning. Att transportera en sövd patient med säkrad luftväg, upplevdes av anestesisjuksköterskorna som relativt tryggt. Anestesisjuksköterskorna ansåg att bristen på förberedelser var ett hinder för en positiv vårdupplevelse. All utrustning måste kontrolleras innan transport för att undvika komplikationer.

”... och intubationsberedskap kan vi ju åka med en del, och då kan man ju känna det att det kan vara någon som man tror är väldigt svårintuberad, då kanske man ska söva den innan för säkerhets skull, ... så får de väl väcka där... bara så att man har en säker luftväg under tiden.” (Informant 9)

Anestesisjuksköterskorna gav exempel på obehagliga upplevelser som att behöva stanna på vägen och intubera, vilket kunde bli nödvändigt om patientens luftväg inte var säkrad innan avfärd. En anestesisjuksköterska beskrev ett tillfälle då sugen inte var på i ambulansen vilket försvårade situationen. Att åka från akutmottagning beskrevs ofta som problematiskt då patienten ibland varken hade artärnål eller kateter. De upplevde att ansvarig läkare på akuten inte alltid tänkt igenom om patienten verkligen behövde sekundärtransport. I vissa fall saknades även ordinationslistor.

”Grejen är att nere på akuten, de patienterna är ju inte så roliga att hämta. De har inga artärnålar oftast, de har ingen kateter och det ska man ju egentligen tänka till på... alltså det läggs mycket på mig.” (Informant 1)

3.2 Yrkesroll och ansvarsförhållanden

I kategorin *Yrkesroll och ansvarsförhållanden* framkom två underkategorier: *Ansvar och personlig utveckling* och *Yrkeserfarenheter*.

3.2.1 Ansvar och personlig utveckling

Anestesisjuksköterskorna upplevde känslan av ansvar och att vara självständig som något roligt, spännande och stimulerande. De kände ett stort ansvar för patienten och inför att ta rätt beslut. En välmående, nöjd och tacksam patient tillsammans med en genomtänkt transport som kommit iväg och gått bra för båda parter fick anestesisjuksköterskorna att känna lättnad, att de gjort skillnad och var uppskattade. En anestesisjuksköterska beskrev även vikten av att kunna känna sig nöjd med sitt arbete trots att situationen i sig var allvarlig. Att ha gjort sitt bästa även vid stora skador som inte gick att göra något åt gav tillfredsställelse. Att trots ansvarstyngd växa i självförtroende genom att utmana sig själv upplevdes som någonting positivt. Anestesisjuksköterskorna var ödmjuka inför det faktum att de har det yttersta ansvaret under transporterna. Anestesisjuksköterskorna uppgav vikten av att inse sina begränsningar och i de fallen hellre backa. De kände ett stort ansvar för att öka sin egen trygghet och förmåga att hantera svårt sjuka patienter ensam genom att ständigt underhålla och uppdatera sina kunskaper för att utvecklas i sin yrkesroll. Att utvecklas i sin yrkesroll upplevdes motiverande. En del i anestesisjuksköterskornas egen utveckling ansågs vara att få uppföljning och att gå igenom saker efteråt för att få bekräftelse på om de gjort rätt.

”... och sen är det väl en morot också att lära sig ännu mer och bli ännu säkrare i sin profession.” (Informant 3)

Vad det gäller ansvarsförhållanden återkom anestesisjuksköterskorna ofta till en större känsla av anspänning vid sekundärtransporterna, än när de vårdade patienter på operation. Det framkom att känslan av ansvarstyngd var vanligt förekommande under sekundärtransport. Att behöva ta avgörande beslut kändes påfrestande. Att ha höga förväntningar på sig själv och vara rädd för att åsamka skada eller att patienten skulle avlida var alla faktorer som bidrog till en känsla av ansvarstyngd, exempelvis vid vård av palliativa patienter. Några av anestesisjuksköterskorna upplevde en känsla av ovisshet och stress när utgången för patienten var oklar.

Stress och trötthet beskrevs också när anestesijuksköterskorna tvingades transportera ännu en patient direkt efter den första utan att ha haft tid att ställa om. Vid dessa tillfällen, kunde anestesijuksköterskorna känna att de inte ville åka med men åkte ändå. Några anestesijuksköterskor upplevde att det aldrig kändes bra att transportera kritiskt sjuka patienter, att det var stressigt när patienten blev akut försämrad under transporten och att tvingas ta snabba beslut. En anestesijuksköterska beskrev hur en transport behövde avbrytas på grund av ohållbara förhållanden. I det fallet fanns redan innan en känsla, hos anestesijuksköterskan, att transporten inte skulle falla väl ut. Viktigt att framhålla var att även om en transport avlöpte väl, behövde det inte ha varit en bra upplevelse för anestesijuksköterskan. Då anestesijuksköterskorna hade patientansvaret upplevde de en känsla av uppgivenhet när det inte gått bra för patienten.

”Man har extrakompetens helt plötsligt fast jag är samma människa. Jag kan ju lika mycket i dag som jag kunde i fredags. Det känns som att det förväntas mer av en när man jobbar som sekundär tycker jag. Alltså i början var det lite jobbigt... för att jag kan ju inte mer än vad jag kunde innan, alltså från den ena dagen till den andra...” (Informant 2)

3.2.2 Yrkeserfarenheter och kompetens

Gällande yrkeserfarenheter och kompetens beskrev anestesijuksköterskorna vikten av att kunna lita på sin intuition, stå på sig och välja att sitta själv bak i ambulansen om hjälp inte behövdes. Att ha ytterligare specialistkompetens och erfarenhet, som till exempel inom intensivvård eller ambulans ansåg flera anestesijuksköterskor vara av stor vikt för att känna sig säkrare och tryggare under transporterna. De berättade att det kändes tryggare att åka med intensivvårdspatienter när de hade erfarenhet från den typen av vård, att de genom sin erfarenhet vet vad de åker med och därmed kan anpassa vården efter patientens behov. Anestesijuksköterskorna ansåg det vara av stor vikt att genom sin yrkeserfarenhet och kompetens känna en trygghet och ett ansvar. Att ha den högsta medicinska kompetensen på plats under transporterna fick anestesijuksköterskorna att känna sig privilegierade och speciella.

”Jag känner en väldig trygghet i att jag är IVA-sköterska också eftersom vi åker mycket med IVA-patienter för det mesta. Och det är ju en stor fördel eftersom man känner till både droger, lägen, sedering och saker runtomkring med IVA-patienter. Så det tycker jag känns bra.” (Informant 9)

Trots lång yrkeserfarenhet av anestesiverksamhet uppstod känslan av att vara ny och ensam hos anestesijuksköterskorna när de började arbeta inom sekundärtransport. En anestesijuksköterska beskrev känslan av att ha högst kompetens som skräckblandad förtjusning.

”... man var ju ny och... eller ny... jag hade ju jobbat som narkossyrra i tio år i alla fall men alltså... man är väldigt ensam...” (Informant 1)

3.3 Att vårda under specifika omständigheter

Kategorin *Att vårda under specifika omständigheter* resulterade i två underkategorier. *Att vårda unga patienter* och *Att vårda i ambulans*.

3.3.1 Att vårda unga patienter

Att vårda stabila unga patienter under sekundärtransport upplevdes av anestesijuksköterskorna som enklare än vuxna. De beskrev att de ansträngde sig mer när unga patienter transporterades. Anestesijuksköterskorna berättade att de ville göra de yngre patienterna och deras anhöriga så trygga som möjligt, att medföljande anhöriga ofta ökade tryggheten hos barnen och att det kändes kul att undervisa föräldrar. Det upplevdes som en skön och kul känsla när anhöriga visade förtroende, lättnad och tacksamhet.

”Barn är nästan enklare. Mer konkret att göra med. Man kan hjälpa dem bättre. I alla fall kan vi hjälpa dem bättre med smärtlindring och så vidare. Få dem att känna sig trygga under transporten. Och de har ju föräldrar med också.” (Informant 4)

Vid transport av barn ökade den emotionella anspänningen hos anestesijuksköterskorna. Att ha vårdat ett barn under en transport som inte fungerat bra kunde upplevas otillfredsställande. Det beskrevs som speciellt mödosamt när yngre inte klarade sig trots att anestesijuksköterskorna gjort allt de kunde. Höga förväntningar från omgivningen var också något som flera anestesijuksköterskor upplevde vid transport av barn. Att transportera yngre patienter upplevde anestesijuksköterskorna som något speciellt och känslösamt.

”... ibland har det ju hänt att man åkt med barn, då har man inte sövt barn på hur länge som helst men då helt plötsligt, då, då har man kompetens till att åka iväg och göra det.”

(Informant 2)

3.3.2 Att vårda i ambulans

Att vårda i ambulans beskrevs av anestesijuksköterskorna som väldigt grundläggande, det vill säga att om man bemästrat grunderna och man var förberedd så gick det oftast bra. Att komma ut från sjukhuset och se lite annat sågs som positivt. Anestesijuksköterskorna som tidigare arbetat inom ambulanssjukvården kände sig trygga i ambulansen. De beskrev att de hade en ökad förmåga att kunna tänka ”prehospitalt”, att det hittade i ambulansen och att de var bekanta med ambulanspersonalen.

”... att man är trygg i den miljön, och man kan tänka lite prehospitalt och lite framåt om det kör ihop sig med saker och ting, så kan man ändå tänka att jag sitter i en ambulans nu, jag är inte inne på operation där jag bara kan ropa efter någonting så kommer sakerna. Det tycker jag är en trygghet för mig i alla fall.” (Informant 8)

Flera anestesijuksköterskor beskrev hur det var att känna sig ensam bak i ambulansen och att inte ha någon att rådfråga. En anestesijuksköterska beskrev att den första transporten var en mardröm. Att vara ensam innebar också att anestesijuksköterskan ibland kände sig utlämnad och själv fick ta konsekvenserna av sina bedömningar vilket kunde leda till stress.

Det framkom också att arbetsmiljön i ambulansen påverkade vårdandet. Det var trångt, svårt att komma åt och det märktes verkligen när ambulansen åkte fort, speciellt vid dåligt väglag och väder. En anestesijuksköterska ansåg att det inte var värt att riskera livet genom att köra för fort då ingen tjänar särskilt mycket på det.

”... i en ambulans är det trångt, det är långt ner till huvudändan. Alltså det är inte riktigt som att stå på op. Nej.” (Informant 1)

3.4 Teamarbete

Kategorin *Teamarbete* resulterade i två underkategorier. *Stöd från kollegor* samt *Kommunikation och information*.

3.4.1 Stöd från kollegor

Att erhålla stöd från kollegor beskrev anestesijuksköterskorna som en av förutsättningarna för att de skulle uppleva vårdtillfället som positivt. Anestesijuksköterskorna ansåg det viktigt att veta att en anestesiläkare godkände transporten. De beskrev även vikten av att alltid kunna kontakta någon för att få stöd i beslut under pågående transport. Att arbeta i ett team där alla bidrog och löste saker tillsammans med de resurser som fanns tillgängliga, ansågs vara en förutsättning för ett väl fungerande samarbete. Stöd från kollegor i ambulansen var av betydelse för att skapa samarbete. Ödmjukhet och förtroende personalen emellan ökade tryggheten under sekundärtransporterna. Ett väl fungerande teamarbete bidrog till att anestesijuksköterskorna kunde be ambulanspersonalen och andra om hjälp, oavsett om de hade frågor eller behövde hjälp. Ett gott samarbete med ambulanspersonal man inte kände gav en känsla av tillfredsställelse.

”... då ska man i sitt ledarskap också bjuda in ambulanspersonalen i det vi håller på med. Alltså presentera patientfallet ordentligt, vad görs nu, hur har vi tänkt att det här ska fortskrida och vad kan jag i värsta fall komma att behöva hjälp med och hur ska vi agera då.”
(Informant 5)

Hinder gällande samarbete upplevde anestesijuksköterskorna när de som patientansvariga behövde kontakta en läkare som inte hade kännedom om patienten. Att ha fått bristande ordinationer från avsändande läkare upplevde flera anestesijuksköterskor som mindre trevligt. Det visade sig också att läkare ibland blivit tillfrågade om att följa med i transporter, då anestesijuksköterskorna behövt stöd, men tackat nej.

”Det flyter inte klockrent alla gånger med ordinationer och sådant där. Det beror på vilken avsändande doktor det är... Oftast är det bra, men inte alla gånger. Det finns lite att jobba på.” (Informant 8)

3.4.2 Kommunikation och information

God kommunikation uppgavs vara en förutsättning för en bra vårdupplevelse för anestesijuksköterskorna under sekundärtransport. Det var viktigt att ha en väl fungerande och öppen dialog med ambulanspersonalen. Till exempel genom att anestesijuksköterskan berättade för dem hur brådskande transporten var, se till att all inblandad personal hade samma bild av situationen och att alla visste sina roller. Det ansågs också vara viktigt att ”bjuda till lite” då det annars fanns risk att upplevas som ”arrogant” och ”bossig” vilket påverkade kommunikationen mellan personalen och i förlängningen patientsäkerheten negativt.

”... och jag såg på den ena ambulansstjejen där, hon hade nog aldrig sett en sådan patient överhuvudtaget, jag tror hon tyckte det var jättestressigt. Hon körde hur fort som helst, så jag var tvungen att säga att, det är lugnt, för det var det ju. Det var lite sivande blödning, men det hann man med att fylla på.” (Informant 9)

Bristande kommunikation och information påverkade vårdupplevelsen negativt, främst förståelsen och förberedelsen hos anestesijuksköterskorna. En bra eller mindre bra rapport kunde vara det som avgjorde om anestesijuksköterskorna kände sig trygga och bekväma eller ensamma under transporten. En bristande överrapportering kunde i vissa fall leda till att transporter som var onödiga och ovärdiga genomfördes. Att ta för givet att alla i teamet hade samma bild kunde öka risken för missförstånd, enligt anestesijuksköterskorna.

Att behöva åka utan att ha fått svar på alla frågor eller fått bristande instruktioner upplevdes som en känsla av ensamhet och uppgivenhet. Likaså om informationen som erhöles om patienten inte stämde överens med verkligheten. Anestesisjuksköterskorna uppgav att ett otrevligt bemötande vid hämtning eller lämning av en patient kändes tråkigt liksom att inte bli betrodd vid kontakt med läkare.

”Klart man är väldigt ensam, man känner sig ibland väldigt ensam och det beror ju också litegrann på hur bra rapport man har fått från sjukhuset där man hämtar patienten och sådant... hur trygg och bekväm man känner sig.” (Informant 7)

4. Diskussion

Syftet med studien var att beskriva anestesisjuksköterskor upplevelse av att vårda patienter under sekundärtransport. I resultatet framkom fyra kategorier: *Att vara steget före, Yrkesroll och ansvarsförhållanden, Att vårda under specifika omständigheter* och *Teamarbete* samt åtta underkategorier.

4.1 Huvudresultat

I resultatet framkom att ha en handlingsplan var något som anestesisjuksköterskorna upplevde som viktigt under sekundärtransport. Att vara steget före, alltså vara förberedd på både förutsedda och oförutsedda händelser, upplevdes som väsentligt för anestesisjuksköterskorna. Anestesisjuksköterskorna beskrev att tidigare yrkeserfarenheter, att utvecklas i yrkesrollen och att vara uppdaterade kunskapsmässigt, var faktorer som spelade roll i vården av patienten. Att ha det yttersta ansvaret beskrevs som utvecklande men också påfrestande i vissa fall. Att vårda under specifika omständigheter, som till exempel att vårda unga patienter, ansåg några av anestesisjuksköterskorna vara både speciellt och känslösamt. Föräldrar och anhöriga upplevdes som en resurs av anestesisjuksköterskorna. Anestesisjuksköterskorna upplevde vissa svårigheter med att vårda i ambulans, främst känslan av att vara utlämnad men även att arbetsmiljön påverkade vårdandet. Att vårda i ambulans beskrevs vara enklare för dem som hade tidigare erfarenhet av det. Flera av anestesisjuksköterskorna beskrev vikten av ett bra teamarbete och stöd från kollegor, något som fick dem att känna en ökad trygghet under sekundärtransporterna. Kommunikation och bra teamarbete minskade risken för missförstånd och ökade tryggheten för anestesisjuksköterskorna.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Att vara steget före

Att vara steget före hade en central betydelse för anestesijuksköterskornas upplevelse av att vårda patienter under sekundärtransport. I studien framkom att ha en handlingsplan och vara förberedd ökade känslan av trygghet. Genom att i förväg ha föreställt sig olika tänkbara scenarier, åtgärder och vilken utrustning de eventuellt behövde, minskade risken för att bli överraskad. Detta resultat stärks av Svensson och Fridlund (2008) samt Sundqvist och Carlsson (2014) som beskriver betydelsen av att vara steget före och vara väl förberedd. Att vara väl förberedd var enligt Svensson och Fridlund (2008) en strategi för att hantera och lindra oro vilket också framkommit i föreliggande studie.

I en intervjustudie där sjuksköterskor och ambulanspersonal beskrev sina upplevelser av sekundärtransport, framkom att det var viktigt att ha marginaler för oförutsedda händelser under transporten (Eiding, Kongsgaard & Braarud 2019). Det kunde inkludera allt från att säkerställa infarter till stabilisering av patienten men kunde även innebära byte av behandling inför transport. Studier visar att riskerna med sekundärtransport kan minimeras genom noggrann planering och val av adekvat utrustning (Warren, Fromm, Orr, Rotello och Horst 2004; Flabouris, Runciman och Levings 2006). Att stabilisera patienten före transport ansågs dessutom vara gynnsamt för att öka patientsäkerheten. Anestesijuksköterskorna i föreliggande studie ansåg det vara bättre att patientens luftväg stabiliserades genom intubering före transport, än att det skulle göras akut under transport. Att transportera en intuberad patient med säkrad luftväg upplevde anestesijuksköterskorna i föreliggande studie som relativt säkert.

Kari Martinsens omvårdnadsteori (2003) beskriver att det är patientens individuella situation som avgör hur anestesijuksköterskan kan ställföreträda patienten. Att förbereda sig inför sekundärtransport handlar därför om att först ta reda på patientens behov och hur dessa ska uppfyllas. På det sättet kan anestesijuksköterskan ställföreträda patienten, genom att tillgodose den omvårdnad som de bedömt att patienten behöver. Goda förberedelser inför sekundärtransport är grundläggande för hur framgångsrikt anestesijuksköterskan hanterar arbetsuppgifterna under sekundärtransport.

4.2.2 Yrkesroll och ansvarsförhållanden

Anestesisjuksköterskor behöver i sin yrkesroll ta eget ansvar för att hålla sig uppdaterade i syfte att utveckla och upprätthålla sin kompetens. I föreliggande studie beskrev anestesisjuksköterskorna att de kände motivation och ett stort ansvar för sin egen kompetensutveckling. De beskrev vikten av att ständigt vara uppdaterade i sina kunskaper för att självständigt kunna vårda svårt sjuka patienten. I en studie av Gunnarsson och Warrén Stomberg (2009) framkom att utbildning sågs som en nödvändig förutsättning för att kunna ta korrekt beslut. Besluten berodde alltså på vilken kunskapsnivå sjuksköterskan hade. I en annan studie har det beskrivits att sekundärtransport sågs som ett bra lärandetillfälle då de ”tvingades” att anta utmaningen och därigenom lärde sig att fatta beslut (Eiding, Kongsgaard & Braarud 2019).

Höga förväntningar och en känsla av ansvarstyngd framkom i föreliggande studie som vanligt förekommande under sekundärtransport. Samtidigt upplevde flera anestesisjuksköterskor att stort ansvar var roligt, spännande och stimulerande och att de utvecklades i sin yrkesroll, trots en viss ansvarstyngd. Eiding, Kongsgaard och Braarud (2019) beskrev i sin studie att sekundärtransport av kritiskt sjuka patienter sågs som något roligt som gav personalen ett avbrott från deras vanliga uppgifter. En del uppgav till och med att transporterna var enkla att genomföra och att de inte hade någon anledning att oroa sig. Att vårda patienter under transport beskrevs som en skräckblandad förtjusning vilket överensstämmer med föreliggande studies resultat. I föreliggande studie beskrev anestesisjuksköterskorna att de, trots stöd från anestesiläkare, kände sig ensamma och utlämnade i vissa beslut. Detta överensstämmer med Eiding, Kongsgaard och Braaruds (2019) studie som beskriver upplevelser av stress samt ensamhet i att fatta beslut under sekundärtransport.

Ett sätt att hantera oro och på vis minska stress i samband med sekundärtransport var att använda sig av sina tidigare erfarenheter vilket även beskrivs i studien av Gustafsson, Wennerholm och Fridlund (2010). I den studien framgick att graden av erfarenhet påverkade anestesisjuksköterskornas upplevelse av att vårda kritiskt sjuka patienter under sekundärtransport. I en studie framkom att mängdträning i praktiska färdigheter hade starkt inflytande på kunskapsnivån (Suryanto, Plummer & Boyle 2018).

Att öva praktiska färdigheter ger erfarenhet, vilket överensstämmer med föreliggande studies resultat, där anestesijuksköterskorna med erfarenhet av ambulansverksamhet beskrev att de kände sig mer bekväma med de uppgifterna. De anestesijuksköterskor som var utbildade intensivvårdssjuksköterskor upplevde en relativ trygghet i att åka med intensivvårdspatienter, eftersom de hade vana av att vårda den patienttypen sedan tidigare.

I föreliggande studie framkom upplevelsen av att vara ny inom sekundärtransport trots lång erfarenhet som anestesijuksköterska. Detta stärks i en svensk studie där specialistsjuksköterskor upplevde att deras oro och osäkerhet ökade av att jobba med nya kollegor och i nya miljöer (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund 2010). Med ökad kunskap och erfarenhet minskar oro och osäkerhet, vilket gör att ett större fokus kan läggas på patienten. I enlighet med Martinsen (2003) kan på så sätt ett större engagemang och deltagande tillämpas av anestesijuksköterskan i syfte att tillgodose patientens behov.

4.2.3 Att vårda under specifika omständigheter

Att vårda unga patienter upplevde anestesijuksköterskorna som både speciellt och känslösamt. I två svenska studier beskrev ambulanssjuksköterskor att vid larm, som involverade kritiskt sjuka barn, upplevdes stress och adrenalinpåslag (Nordén, Hult & Engström, 2014); Svensson & Fridlund 2008). I föreliggande studie beskrev anestesijuksköterskorna att de upplevde höga förväntningar från omgivningen när de vårdade unga patienter. Vilket, enligt författarna, gör det möjligt att tro att det var en anledning till att de ansträngde sig mer under de transporter. Liknande resultat framkom i en studie av Nordén, Hult och Engström (2014), där ambulanssjuksköterskorna upplevde att omgivningen, i form av kollegor och föräldrar, hade stora förväntningar och även uppvisade oro. Detta ökade följaktligen stressen hos ambulanssjuksköterskorna.

I föreliggande studie beskrev anestesijuksköterskorna att medföljande anhöriga var något positivt som ofta ökade tryggheten hos barnen. Detta resultat skiljer sig emellertid från Nordén, Hult och Engströms (2014) studie, där ambulanssjuksköterskorna upplevde att föräldrar ibland kunde vara i vägen, särskilt vid vårdande av kritiskt sjuka barn. Samtidigt ansåg de att föräldrarna var en resurs i den bemärkelsen att de hade kunskap om barnets tidigare och nuvarande status.

Föräldrar och vårdnadshavare kan ses som sina barns ställföreträdare. En roll som kan förändras om barnet skulle bli kritiskt sjuk. Föräldrarna kan då, av den anledningen, bli tillfälligt oförmögna att uppfylla sin roll som ställföreträdare (Davidson et al. 2007). Genom omsorg, delaktighet och engagemang måste anestesijuksköterskan tillfälligt stötta eller helt ta över rollen som ställföreträdare, menar Martinsen (2003). Detta, till dess att barnet mår bättre och föräldrarna kan återta sin roll. Denna teori kan sättas samman med föreliggande studies resultat, där anestesijuksköterskorna ansåg det vara tillfredställande att ta hand om och undervisa anhöriga. Handlingen syftade till att öka patientens, alltså barnets, trygghet. För att ytterligare öka det vakna barnets trygghet, och minska eventuell frustration, kan med fördel ett kommunikationsverktyg användas, vilket har beskrivits i en Australiensisk studie. Det framtagna verktyget underlättade kommunikationen mellan personal och patient och visade sig dessutom vara lämpligt på barn (Eadie, Carlyon, Stephens & Wilson 2013).

Att vårda patienter i ambulans kunde medföra utmaningar. I föreliggande studie framkom det att arbetsmiljön i ambulansen kunde påverka vårdandet negativt. Trånga arbetsutrymmen och svårigheter att komma åt patienten bidrog till detta. I en svensk studie av Svensson och Fridlund (2008) beskrev ambulanssjuksköterskor oron de kände inför att utrustningen i ambulansen inte skulle fungera. En annan svensk studie av Bohström, Carlström och Sjöström (2017) beskrev att de resurser som fanns tillgängliga inom ambulanssjukvården, ibland inte var tillräckliga vid vård av kritiskt sjuka patienter. Det blev därmed en bidragande faktor till stress. Liknande resultat framkom i föreliggande studie där anestesijuksköterskorna beskrev en känsla av att vara utlämnade när de vårdade patienter i en ambulans, under sekundärtransport.

Trånga utrymmen i ambulansen kunde göra det besvärligt för anestesijuksköterskan att vara närvarande för patienten. Att vara närvarande ses enligt Martinsen (1998) som en förutsättning till att kunna agera som patientens ställföreträdare, när denne inte kan förmedla sig själv. En viktig roll och uppgift som anestesijuksköterskan inte kan bortse från trots trånga utrymmen.

4.2.4 Teamarbete

Att arbeta som ett team var något som flera anestesijuksköterskor beskrev som viktigt. Det går inte att bortse från att det handlar om teamarbete under sekundärtransport då minst tre personal är med under transporten. Samarbetet i teamet behöver fungera för att transporten ska bli framgångsrik. Det kan dock uppstå svårigheter då teammedlemmarna ofta är obekanta med varandra. I två svenska studier, av Gustafsson, Wennerholm och Fridlund (2010) och Bohström, Carlström och Sjöström (2017), beskrevs att det minskade stress och var lättare att arbeta med personer de tidigare hade arbetat tillsammans med. En anestesijuksköterska i föreliggande studie menade att ett gott samarbete med obekant ambulanspersonal gav tillfredsställelse. Att arbeta i team där alla bidrog och löste problem tillsammans, med hjälp av tillgängliga resurser, ansågs av flera anestesijuksköterskor som viktigt i sammanhanget. Detta överensstämmer med en annan studie inom samma område där de beskrev att ett bra samarbete, där de hjälpte varandra, minskade känslan av oro (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund 2010; Svensson & Fridlund 2008). En förutsättning för ett välfungerande teamarbete ansågs, av anestesijuksköterskorna i föreliggande studie, vara att inkludera ambulanspersonalen i patienten och handlingsplanen. Detta för att öka känslan av delaktighet i teamet samt att alla skulle veta sin uppgift. Tvetydighet kring rollfördelning kunde leda till inkonsekvens och följaktligen osäkerhet kring vad som förväntades av var och en (VanGraafeiland et al. 2019).

Kommunikation och information påverkade anestesijuksköterskornas upplevelse av att vårda patienter under sekundärtransport till stor del. Information kunde i detta sammanhang innebära överrapporteringar såväl som ordinationer från ansvarig anestesiläkare. Om överrapporteringen var tillräcklig eller bristande var avgörande för hur trygga och bekväma anestesijuksköterskorna kände sig under transporten. Bost, Crilly, Patterson och Chaboyer (2012) beskrev att innehållet i överrapporteringarna ständigt varierade, något som ambulans- och akutsjuksköterskorna i studien ansåg vara ett problem. Flera olika överrapporteringsverktyg användes i detta fall. Vilken som användes berodde på situation och vem som rapporterade. Foronda, VanGraafeiland, Quon och Davidson (2016) beskriver att överrapportering kan förbättras genom att använda ett enda strukturerat rapporteringsverktyg. Det skulle optimera kommunikationen och minska risken för att viktig information går förlorad.

Att få bristande ordinationer från läkare upplevde flera anestesijuksköterskor som en källa till oro. Gustafsson, Wennerholm och Fridlund (2010) beskrev i sin studie att en god kommunikation med anestesiläkaren, där man även fick tydliga instruktioner och ordinationer, var ett sätt att förebygga oro. Anestesisjuksköterskorna beskrev att de i vissa fall blivit illa bemötta av kollegor i samband med överrapportering. Detta överensstämmer med VanGraafeiland et al. (2019), som i sin studie beskrev förekommande brister i kommunikation och ibland även en brist på respekt mellan kollegor i olika yrkeskategorier.

I Östergaard Steinfeldts (2012) tolkning av Martinsens omvårdnadsteori framgår att det är patientens situation och behov, som ska utgöra riktlinjer för hur anestesijuksköterskan ska ställföreträda patienten. Därför är det av största vikt att anestesijuksköterskan erhåller korrekt information om patienten och dennes situation. En väl fungerande kommunikation av information mellan berörd personal blir således avgörande för anestesijuksköterskans förståelse av patienten.

4.3 Metoddiskussion

Studien hade en beskrivande design med kvalitativ ansats. Beskrivande design används för att kunna identifiera kategorier och teman utifrån materialet utan att förutbestämma dem.

Kvalitativ ansats är en vanligt förekommande metod för att beskriva upplevelser (Polit & Beck 2016). Denna design lämpade sig väl mot studiens syfte som var att beskriva anestesijuksköterskors upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransport. Vid bearbetning och användning av data inom kvalitativ forskning används ett flertal begrepp för att säkerställa studiens kvalitet och *trovärdighet*. Det är begreppen *giltighet* (credibility) som utvärderar hur väl resultatet representerar en trovärdig tolkning av data, *överförbarhet* (transferability), det vill säga hur väl data kan överföras till andra sammanhang och grupper, *pålitlighet* (dependability) som mäter datas stabilitet och hur konsekvent intervjuaren varit samt *anpassningsbarhet* (confirmability) som utvärderar hur väl studiens resultat stämmer överens med insamlad data (Polit & Beck 2016). En genomtänkt och väl beskriven metod stärker dessa begrepp (Graneheim & Lundman 2004). Tillämpningen av ett bekvämlighetsurval är fördelaktigt då det är enkelt att använda men baserar sig på att författaren har informanterna nära till hands (Polit & Beck 2016). Bredden på kön, ålder och yrkeserfarenhet som anestesijuksköterskorna hade, bidrog med stor variation.

Både män och kvinnor med olika yrkeserfarenheter deltog i studien, något som enligt Graneheim och Lundman (2004) kan öka *giltigheten* genom mer varierade upplevelsebeskrivningar. Antalet informanter var tio då Polit och Beck (2016) anser att det är en lagom mängd för kvalitativa studier. Alla tillfrågade tackade ja till att delta i studien. För att underlätta bedömningen av *överförbarheten* har författarna beskrivit informanterna och kontexten så tydligt som möjligt (Polit & Beck 2016).

För att öka studiens *pålitlighet* och *giltighet* utformades en semistrukturerad intervjuguide som säkerställde att samma frågor ställdes till samtliga informanter samt för att få informanterna att berätta obehindrat med utgångspunkt i frågorna (Graneheim & Lundman 2004). Tre öppna frågor och följdfrågor ställdes för att ge informanterna möjlighet att utveckla sina svar i förmån för studiens syfte, vilket kan ha ökat *pålitligheten* och *giltigheten*. Vid sex av intervjuerna närvarade båda författarna medan fyra genomfördes av en författare, något som kan ha påverkat resultatets *pålitlighet* negativt då författarna kan ha intervjuat på olika sätt.

Informanterna fick information via e-post och intervjuerna planerades efter samtycke enligt informanternas önskemål vilket säkerställde att studien genomfördes på frivillig basis och på deras villkor. Intervjuerna genomfördes mellan december 2018 och februari 2019. Totalt två påminnelser skickades via e-post. Samtliga intervjuer genomfördes av författarna som inte hade någon tidigare erfarenhet av att genomföra kvalitativa intervjustudier, vilket kan ha påverkat intervjusvaren. En pilotintervju genomfördes för att kontrollera att intervjuguiden svarade mot studiens syfte samt för att få erfarenhet i intervjuteknik och beräkna tidsåtgång. En bakgrundsfråga gällande anestesijuksköterskornas ambulanserfarenhet adderades efter pilotintervjun då den bedömdes nödvändig för att erhålla en nyanserad bild av resultatet. Författarna hade inte någon yrkesmässig relation med informanterna vilket kan ha stärkt studiens *trovärdighet* då en sådan relation kan hindra informanter från att svara på vissa frågor eller tvärtom.

Enligt Graneheim och Lundmans modell för kvalitativ innehållsanalys (2004) lyssnades intervjuerna först igenom. Sedan transkriberade författarna fem intervjuer var, författarna läste varandras transkriberingar och diskuterade innehållet tillsammans tills konsensus uppnåddes.

Genom att beskriva analysprocessen utifrån meningsbärande enheter, kondensationer, kodningar och kategorier ökar studiens *trovärdighet* och *anpassningsbarhet*. Metodens datainsamlingsavsnitt och analysprocess har beskrivits detaljerat för att stärka studiens *överförbarhet*. Citat som är representativa för resultatet ger läsaren möjlighet att bedöma om analysen uppvisar *giltighet* i relation till insamlad data (Polit & Beck 2016). Genom en interaktiv process diskuterade författarna med varandra, och inom studiegruppen, koder och kategorier till dess att konsensus uppnåddes, vilket ökade *giltigheten*. Studieresultatets *giltighet* och *anpassningsbarhet* har även stärkts genom granskning av analysprocessen i studiegrupp samt med författarnas handledare, som innehar bred erfarenhet av denna typ av forskning. En tabell som exemplifierade analysprocessen infogades, vilket också det ökat resultatets *giltighet* (se Tabell 2).

Vårdenhetscheferna assisterade författarna med att få fram e-postadresser till informanterna. Informanterna fick information om att deltagande i studien var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta intervjun eller sin medverkan i studien utan närmare förklaring. Detta kan ha bidragit positivt till studien ur ett forskningsetiskt perspektiv.

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Utifrån föreliggande studies resultat kan ett antal kliniska implikationer för omvårdnad identifieras. Att ha en handlingsplan och vara väl förberedd var faktorer som ökade känslan av trygghet under sekundärtransport. Med hjälp av regelbundna utbildningstillfällen, både teoretiska och praktiska, kan anestesijuksköterskornas kompetens upprätthållas och utvecklas. För att stärka teamarbetet och kommunikationen mellan yrkesgrupperna inom sekundärtransport, kan utbildningarna med fördel inkludera både ambulanspersonal, anestesijuksköterska och anestesiläkare. Verksamheten kan underlätta för anestesijuksköterskorna ytterligare genom tydliga vårdprogram och rutiner. Även bra möjligheter till hospitering inom ambulanssjukvården kan ge ökad yrkeserfarenhet och insikt i den arbetsmiljön som anestesijuksköterskor arbetar inom under sekundärtransport.

4.5 Förslag till vidare forskning

Fler kvalitativa studier kring samarbetet mellan anestesijuksköterska och ambulanspersonal behövs för att undersöka hur dessa upplever samarbetet idag. Anestesisjuksköterskan sitter ofta själv med patienten och vid försämring av patientens tillstånd kan anestesisjuksköterskan behöva be ambulanspersonal om hjälp. Ambulanspersonalen är därför en viktig resurs som i kritiska situationer kan ha en avgörande roll under sekundärtransport. Ytterligare studier som utgår från patientens perspektiv är också önskvärt. Forskningen kan användas till att utveckla rollfördelningen, optimera samarbetet mellan anestesisjuksköterskan och ambulanspersonalen samt för att ytterligare stärka patientsäkerheten.

4.6 Slutsats

Att ha en handlingsplan, tidigare yrkeserfarenhet, kommunikation samt stöd från kollegor var faktorer som påverkade anestesisjuksköterskornas upplevelser av att vårda patienter under sekundärtransport. Dessa faktorer var avgörande för om anestesisjuksköterskorna upplevde vårdandet som positivt eller negativt. Studiens resultat visar på behov att ha tydliga rutiner samt gemensamma utbildningstillfällen för alla involverade yrkesgrupper.

5. Referenser

Belway, D., Henderson, W., Keenan, S. P., Levy, A. R. & Dodek, P. M. (2006). Do specialist transport personnel improve hospital outcome in critically ill patients transferred to higher centers? A systematic review. *Journal of Critical Care*, 21(1), ss. 8. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2005.12.008>

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

Bohström, D., Carlström, E. & Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*, 32, ss. 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.08.004>

Bosk, E. A., Veinot, T. & Iwashyna, T. J. (2011). Which patients and where: a qualitative study of patient transfers from community hospitals. *Medical Care*, 49(6), ss. 592–598. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820fb71b>

Bost, N., Crilly, J., Patterson, E. & Chaboyer, W. (2012). Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 20(3), ss. 133–141.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.10.002>

CODEX (2016). *Regler och riktlinjer för forskning*. <http://www.codex.vr.se/manniska3.shtml> [2019-04-11].

Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E. & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), ss. 605–622.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>

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), ss. 26. <https://doi.org/10.1186/cc11191>

Eadie, K., Carlyon, M. J., Stephens, J. & Wilson, M. D. (2013). Communicating in the pre-hospital emergency environment. *Australian Health Review*, 37, ss. 140-146. <https://doi.org/10.1071/AH12155>

Eiding, H., Kongsgaard, U. E. & Braarud, A-C. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), ss. 27. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>

Flabouris, A., Runciman, W. B. & Levings, B. (2006). Incidents during out-of-hospital patient transportation. *Anaesthesia and Intensive Care*, 34(2), ss. 228–236. <https://doi.org/10.1177/0310057X0603400216>

Foronda, C., VanGraafeiland, B., Quon, R. & Davidson, P. (2016). Handover and transport of critically ill children: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, ss. 207-225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.020>

Graan Bruun, A-M. (2016). Anestesisjuksköterskans kompetens. I Hovind, I. L. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), ss. 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

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

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), ss. 138–145.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.01.002>

Holmberg, M., Forslund, K., Wahlberg, A. C. & Fagerberg, I. (2014). To surrender in dependence of another: The relationship with the ambulance clinicians as experienced by patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, ss. 544-551.
<https://doi.org/10.1111/scs.12079>

Kalkman, C. J. (2010). Handover in the perioperative care process. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23, ss. 749-753. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e3283405ac8>

Kiss, T., Bolke, A. & Spieth, P. M. (2017). Interhospital transfer of critically ill patients. *Minerva Anestesiologica*, 83(10), ss. 1101–1108.
<https://doi.org/10.23736/S0375-9393.17.11857-2>

Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D. & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, ss. 22–26.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>

Martinsen, K. (1998). *Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighed i sygeplejen*. København. Munksgaard.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta. Universitetsforlaget.

Mueller, S. K., Shannon, E., Dalal, A., Schnipper, J. L. & Dykes, P. (2018). Patient and Physician Experience with Interhospital Transfer: A Qualitative Study. *Journal of Patient Safety*, 00(00), ss. 1-4. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000501>

Nilsson, U. & Jaensson, M. (2016). Anesthetic Nursing: Keep in Touch, Watch Over, and Be One Step Ahead. *Journal of Perianesthesia Nursing : Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 31(6), ss. 550–551.

<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.09.005>

Nordén, C., Hult, K. & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 22, ss. 75-80.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.04.003>

Northern Nurses Federation (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Allservice AS. <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf> [2019-04-11].

Parmentier-Decrucq, E., Poissy, J., Favory, R., Nseir, S., Onimus, T., Guerry, M.-J. & Mathieu, D. (2013). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Annals of Intensive Care*, 3(1), ss. 10.

<https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-10>

Polit, D. & Beck, C. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (RFAI & SSF) (2012). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen mot anestesijukvård*. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf> [2019-04-11].

Ringdal, M., Chaboyer, W. & Warrén Stomberg, M. (2016). Intrahospital transports of critically ill patients: Critical care nurses' perceptions. *Nursing in Critical Care*, 21(3), ss. 178-184. <https://doi.org/10.1111/nicc.12229>

Rosén, H., Persson, J., Rantala, A. & Behm, L. (2018). “A call for a clear assignment” - A focus group study of the ambulance service in Sweden, as experienced by present and former employees. *International Emergency Nursing*, 36, ss. 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.003>

Sundqvist, A. S. & Carlsson, A. A. (2014). Holding the patient’s life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists’ perspective of advocacy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), ss. 281-288. <https://doi.org/10.1111/scs.12057>

Suryanto, Plummer, V. & Boyle, M. (2018). Knowledge, attitude, and practice of ambulance nurses in prehospital care in Malang, Indonesia. *Australasian Emergency Care*, 21, ss. 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2017.12.001>

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

van Lieshout, E. J., Binnekade, J., Reussien, E., Dongelmans, D., Juffermans, N. P., de Haan, R. J. & Vroom, M. B. (2016). Nurses versus physician-led interhospital critical care transport: a randomized non-inferiority trial. *Intensive Care Medicine*, 42(7), ss. 1146–1154. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4355-y>

van Lieshout, E. J., de Vos, R., Binnekade, J. M., de Haan, R., Schultz, M. J. & Vroom, M. B. (2008). Decision making in interhospital transport of critically ill patients: national questionnaire survey among critical care physicians. *Intensive Care Medicine*, 34(7), ss. 1269–1273. <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1023-x>

VanGraafeiland, B., Foronda, C., Vanderwagen, S., Allan, L., Bernier, M., Fische, J. & Jeffers, J. M. (2019). Improving the handover and transport of critically ill pediatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, 28, ss. 56-65. <https://doi.org/10.1111/jocn.14627>

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

Wiegersma, J. S., Droogh, J. M., Zijlstra, J. G., Fokkema, J. & Ligtenberg, J. J. M. (2011). Quality of interhospital transport of the critically ill: impact of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. *Critical Care*, 15(1), ss. 75. <https://doi.org/10.1186/cc10064>

Östergaard Steinfeldt, V. (2012). Kari Martinsens omsorgsfilosofi som referensram. I Bidstrup Jörgensen, B. & Östergaard Steinfeldt, V. (red.) *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling*. Stockholm: Liber.