

Beteckning _____



”Lasta och åk”

Akutbilens anestesijuksköterskors uppfattningar om
intubation vid traumatiska skallskador

Göran Gabrielsson
Maj 2009

Examensarbete, 15 poäng, D-nivå
Vårdvetenskap

Specialistsjuksköterskeprogrammet- inriktning anestesijukvård 60 hp
Examinator/Handledare Annika Nilsson/Eva Boström

SAMMANFATTNING

Studier har visat att tidig intubation på skallskadade patienter kan gynna deras tillstånd och därigenom utgången. Men prehospital intubation är ett riskfyllt moment som kan försätta patienten i ett mycket ogynnsamt tillstånd. Är avståndet långt till sjukhus krävs ofta åtgärder som kan ge en säker luftväg hos de traumatiska skallskadade patienterna. Men hur är det när avståndet till sjukhus är kort? Är det bättre att ”lasta och åka” för att snabbt komma till sjukhus där intubation kan ske under helt andra förutsättningar? Hur uppfattar akutbilens anestesijuksköterskor konflikten mellan prehospital intubation och ”lasta och åk” gällande traumatiska skallskador? Denna studie bygger på intervjuer gjorda med nio anestesijuksköterskor på akutbil i Stockholm. Syftet med studien är att beskriva hur prehospital anestesipersonal uppfattar konflikten mellan prehospital intubation och ”lasta och åka” vid traumatiska skallskador och då det är nära till sjukhuset. I studien har en kvalitativ metod med fenomenografisk ansats använts. Resultatet visar att intubation undviks om avståndet till sjukhus är kort och bedömningen av luftväg och andning visar att patienten klarar transporten in till sjukhus. Är avståndet till sjukhus långt eller om patientens luftväg och andning kräver åtgärder överväger anestesijuksköterskorna intubation.

Nyckelord: Intubation, traumatiska skallskador, ”lasta och åk”, prehospital anestesijuksköterska

ABSTRACT

Studies have shown that an early intubation on patients with head injuries can have a positive effect on their condition and therefore also the outcome of the injury. However, the pre-hospitalized intubation is a risky procedure which can affect the outcome of the patient's condition very negatively. If there is a great distance to the hospital certain procedures might be necessary in order to establish airflow for patients suffering from head trauma. But is this really necessary with patients only traveling short distances to the hospital? Is it better to "load and go" to quickly get to the hospital where intubation can be made under different circumstances? How does the anesthesia nurses of the emergency vehicle handle the conflict between the pre-hospitalized intubation and "load and go" regarding traumatic head injuries? This study was conducted by interviewing nine anesthetic nurses working in emergency vehicle around the Stockholm area. The purpose of the study was to describe and define how pre-hospitalized anesthesia personnel experiences the conflict between pre-hospitalized intubation and "load and go" regarding head traumas and the closer distances to the hospital. Furthermore, this study has used a qualitative method of phenomenographic procedure. The result shows that intubation can be avoided if there is a short distance to the hospital, and that there has been an assessment of the patient's airways which concludes that the patient will survive the transportation to the hospital without further complications. However, if the distance to the hospital is longer and the patient's airways and respiratory system requires immediate attention then the anesthetic nurses will consider intubation.

Keywords: intubation, TBI, load and go, prehospital anesthesia nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Traumatiska skallskador	1
Ambulanssjukvården/prehospital omhändertagande	2
Akutbilen	2
”Lasta och åk”	2
Traumatiska skallskador och prehospital intubation	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
FRÅGESTÄLLNING	5
METOD	5
Design	6
Urval och Undersökningsgruppen	6
Datainsamling	7
Tillvägagångssätt	8
Dataanalys	8
Forskningsetiskt övervägande	9
RESULTAT	10
Studien outcome space	10
En korrekt bedömning av patientens tillstånd	10
Kunna fatta beslut om riskfyllda åtgärder trots svårbedömda situationer	12
Nå fram till en optimalt omhändertagande i den situation som råder	17

DISKUSSION	22
Huvudresultat	22
Resultatdiskussion	22
Metoddiskussion	24
Allmän diskussion	27
Studiens betydelse	28
REFERENSER	29
BILAGOR	
Bilaga 1: Intervjuguide	33
Bilaga 2: Missivbrev	34
Bilaga 3: Brev till verksamhetschef	35

INTRODUKTION

Traumatiska skallskador

Bestående hjärnskador kan uppkomma redan efter fyra minuter vid otillfredsställd cerebral cirkulation. Därav är åtgärder mot hypotension av yttersta vikt. För att syre ska komma till hjärnan krävs fungerande lungor, fri luftväg och tillfredsställd cirkulation. Vid ett trauma är det ett eller flera av dessa som sviktar. Patienter med inadekvat luftväg, aspiration, lungkontusioner eller pneumothorax är orsaker som påverkar ventilationsförmågan så syre inte kommer fram till vävnaderna. Blödning är vanligt vid trauma och det resulterar inte bara i chock utan även förlust av hemoglobin dvs. syrgastransportörer (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007; Hovind, 2005).

Traumatiska skallskador kan delas i två grupper- *primära* och *sekundära*. Primära skallskador är direkt trauma mot hjärnvävnaden och/eller skador på omgivande kärlsystemet i själva skadeögonblicket. Nervvävnad som blivit skadat vid en primär skallskada får ofta bestående skador p.g.a. att nervvävnad inte återskapas bra. Sekundära skallskador omfattar den pågående skadeprocessen som orsakas av den primära skadan. I själva skadeögonblicket sker en skada som påverkar hjärnan, men efter timmar, dagar och veckor sker patologiska processer som fortsätter att skada hjärnan. (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007).

Vid prehospitalt omhändertagande av dessa patienter skall fokuseringen ligga på att identifiera och begränsa eller stoppa dessa sekundära skademekanismer. Med att identifiera denna patientgrupp menas att känna igen de patienter som har hög risk för inklämning genom masseffekt (Davis, Peay, Sise, Vilke, Kennedy, Eastman, Velky & Hoyst, 2005)

Snabb CT-undersökning möjliggör snabb identifiering och behandling. Prehospitalt finns det inga möjligheter till CT och behandling, därav snabb transport till sjukhus. Men det finns andra mekanismer som fortsätter att skada hjärnan. Det kan t ex vara *hypoxi*- otillräcklig syrgastransport till den skadade hjärnan orsakat av ventilation- eller cirkulationssvikt (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007).

Efter en skallskada påverkas ofta nivån på medvetandet negativt. Dessa patienter kan ha svårigheter att hålla fria luftvägar. Samtidigt med skallskadan kan patienten även ha andra skador som förvärrar tillståndet gällande luftvägarna. Det kan vara ansiktsskador som medför blödningar och ödem som förhindrar en fri luftväg. Både oral och nasal luftväg kan täppas till (Halldin & Lindahl, 2005).

Det finns olika sätt att säkerställa en fri luftväg. Det kan vara genom att svalg/nasofaryngealtub, larynxmask, kombitub eller oral/nasal endotracheal intubering. Dessa ger en fri luft väg men det är endast oral och nasal endotracheal intubation som ger en säker fri luftväg. Dock kan traumatiska skallskador vara så pass "vakna" att de inte tål en svalgtub. Då krävs antingen farmaka för att sedera dem vid en eventuell intubation eller så ges assisterad andning med mask och andningsblåsa. Assisterad andning med mask och andningsblåsa kan trycka ned luft i ventrikeln och detta kan föranleda till kräkningar och ge aspirationer (Halldin & Lindahl, 2005; Hovind, 2005).

Ambulanssjukvården/prehospitala omhändertagandet

Akutbil

Är ofta ett mindre fordon som inte är avsett för att transportera patienten utan är en kompletterande specialresurs. Personalen som bemannar dessa bilar är ofta en ambulanssjukvårdare samt en specialistutbildad sjuksköterska (ofta anestesijukssköterska) eller en läkare. De larmas ut tillsammans med ambulansen, visar det sig sen att deras hjälp eller kompetens inte behövs är de omedelbart tillgängliga för nya uppdrag (Halldin & Lindahl, 2005).

"Lasta och åk"

Inom traumatologin har begreppet "The Golden Hour" myntats. Denna benämning kommer av att det upptäckts att patienter som når slutenvård, det vill säga sjukhus med omedelbara kirurgiska möjligheter att stoppa inre blödningar etc., inom en timme från olyckstillfället har en mycket högre frekvens av överlevnad jämfört med patienter som kommer senare till slutenvård. För att hinna in till sjukhus inom en timme efter olyckstillfället används begreppet load and go (lasta och åk), med detta menas att onödigt behandling inte kommer att påbörjas ute på skadeplatsen, utan det är bättre att endast påbörja livsuppehållande åtgärder på plats och sedan åka (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007).

Traumatiska skallskador och prehospitalt intubation

Nationellt idag finns det inte många studier som har denna konflikt som centralt del i studien. Stor del av tidigare studier och forskningar som används till denna studie är ursprungligen från USA, där är frekvensen av traumatiska skador mycket högre än i Sverige. Davis et al (2005) skriver att intubation prehospitalt på traumatiska skallskador har högre dödlighet än de som inte intuberas. Författarna skriver vidare att de patienter som intuberas hade högre grad av svårare skador och att utgången för dessa patienter kanske inte skulle ha förändrats om de inte intuberas. En viktig sak poängterades och det var att de patienter som drabbats av mycket svåra traumatiska skallskador, där kan överlevnaden öka om intubation sker. Svårigheten är att veta vilka patienter det gäller prehospitalt. Även Wang, Peitzman, Cassidy, Adelson och Yealy (2004) skriver att de patienter med traumatiska skallskador som intuberas prehospitalt hade tre gånger så hög dödlighet jämfört med de patienter med traumatiska skallskador som intuberas på akutmottagningen. Dock hade de patienter som intuberas prehospitalt mer livshotande skador än de som intuberas på akutmottagningen.

Graham och Meyer (1997) presenterade att den vanligaste orsaken till intubation hos traumapatienter är inadekvat ventilation (85 %) samt skallskador (85 %). En stor del av patienterna i underlaget var multipelt skadade vilket orsakar överlappning mellan patienternas tillstånd.

I en studie gjorde av Wichell och Hoyt (1997) från San Diego, USA, med 1 092 patienter som utsatts för våld mot skallen och hade ett sänkt medvetande under åtta på Glasgow Coma Scale (GCS), intuberas patienterna av "vägburen" ambulanspersonal, framför allt paramedics. Mortaliteten i hela gruppen av patienter som intuberas prehospitalt, var 1.6 gånger lägre än hos de patienter som inte intuberas. Hos gruppen patienter som hade en isolerad skallskada och som intuberas prehospitalt av vägburen ambulanspersonal, ökade den goda prognosen med tre gånger jämfört med de som inte intuberas.

Det förefaller som att den prehospitala fasen i patientomhändertagandet vid traumatiska skallskador, är det som ytterst påverkar utgången för patienten. Prehospital hypoxi och hypotension är associerad med ökad mortalitet hos patienter med allvarlig traumatisk skallskada (Ochs et al, 2002).

Den tid som cellerna lider av hypoxi är den tid som också påverkar risken för en ökad mortalitet. Studier från bland annat Murray et al (2000) visar på olika resultat av överlevnad om patient intuberas prehospitalt eller vid ankomst till sjukhuset. De vinster som görs om man kan säkra luftvägen prehospitalt är odelat det bästa för patienten. Förutsättningen är att intubationen och ventilationen utförs på ett sådant sätt att inte patientens tillstånd förvärras. Själva intubationen kan förvärra patientens tillstånd på grund av den stimuli som laryngoskoperingen ger, framför allt hos skallskadade patienter (Murray et al. 2000; Ochs et al. 2002; Bochicchio, Ilahi, Joshi, Bochicchio, K. & Scalea (2003); Davis et al. 2003).

Problemformulering

I Stockholm finns idag anestesijuksköterskor både i akutbilen och i "vanliga" ambulanser. De som arbetar i akutbilen har fler läkemedelsordinationer och de har ofta en lång arbetslivserfarenhet. Alla anestesijuksköterskor i akutbilen ska ha gått Pre-Hospital Trauma Lift support (PHTLS) utbildning, enligt dessa riktlinjer skall anestesipersonalen överväga prehospital intubation vid svåra skallskador (GCS mindre än eller lika med åtta). Denna konflikt mellan att intubera prehospitalt eller "lasta och åk" är ett fenomen som kan uppträda när avståndet till sjukhus är kort. Är avståndet långt till sjukhus existerar inte denna konflikt. Intubation sker för att etablera en säker luftväg samt för att minska de sekundära hjärnskadorna. Intubation prehospitalt sker inte riskfritt, det finns inte samma resurser avseende material och personal. Arbetsmiljön kan även den försvåra arbetet och intubation är ofta tidskrävande vid traumatiska skallskador då patienten kan befinna sig i ett tillstånd så att en intubation inte kan göras utan risker samt att det är tidskrävande. Är det bättre att "lasta och åka" till sjukhus snabbt, där kan intubationen ske mer säkert? Eller, är det bättre att stanna på plats och etablera en säker luftväg trots att det tar några extra minuter? Det saknas studier, både i Skandinavien och utomlands som beskriver hur prehospital personal uppfattar denna konflikt.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva hur prehospital anestesipersonal uppfattar konflikten mellan prehospital intubation och "lasta och åk" vid traumatiska skallskador då det är nära till sjukhuset.

Frågeställning

Hur uppfattar anestesijuksköterskorna, som arbetar i en akutbil i Stockholm, konflikten mellan att ”lasta och åka” och prehospitat intubation när det gäller patienter med traumatiska skallskador?

METOD

Författaren till detta arbete har valt att använda en fenomenografisk ansats som metod för att beskriva fenomenet: hur prehospitat anestesipersonal uppfattar konflikten mellan intubation prehospitat vid traumatiska skallskador eller att ”lasta och åk”.

Fenomenografisk metod har utformats av en grupp forskare vid Göteborgs Universitet under 1970-talet. Ordet fenomenografi kan delas upp i fenomen och grafia. Fenomen kan fritt översättas till det som visar sig och kommer från grekiskan. Grafia har betydelsen beskriva i ord eller bild (Uljen, 1989). Denna metod bygger på att belysa skillnader och variationer gällande uppfattningar av ett visst fenomen. Att se och ringa in människors olika uppfattningar av ett visst fenomen inom deras omvärld. Att använda sig av en fenomenografisk metod är en passande metod inom vården för att belysa vissa fenomen. Alla människor ser fenomen från olika vinklar, har olika uppfattningar och tycker olika om vissa fenomen, genom fenomenografin kan sjuksköterskan i sin kliniska verksamhet ge grund till en omvårdnad som är anpassad till individen (Granskär & Höglund, 2008; Sjöström & Dahlgren, 2002).

Inom fenomenografin delas uppfattningar upp i första och andra ordningens perspektiv. Den första ordningens perspektiv kan beskrivas som fakta sett utifrån. Det är forskaren själv som beskriver företeelsen i sig, beskriver hur det ser ut. Andra ordningens perspektiv beskriver hur andra människor uppfattar en företeelse. Här beskrivs relationen omvärld och människa. Det forskaren vill få fram är en människas oreflekterade uppfattning av en företeelse. Inom fenomenografin beskrivs inte saker som de är utan människors uppfattningar av vissa fenomen (Uljen, 1989; Granskär & Höglund, 2008).

Olsson och Sörensen (2001) skriver att i kvalitativa metoder söker man efter kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst kan beskriva ett fenomen eller sammanhang i omvärlden eller en individs livsvärld

Design

Studien har en deskriptiv design med kvalitativ ansats.

Urval och undersökningsgrupp

Urvalet av intervjupersoner har skett med hjälp av ett strategiskt urval. Detta gjordes för att få fram så många olika uppfattningar, av det valda fenomenet, som möjligt (Granskär & Höglund, 2008).

Till denna studie tillfrågades tio anestesijuksköterskor som arbetar på akutbil att delta i studien. Nio valde att delta och dessa intervjuades. Åldersspannet på anestesijuksköterskorna var från 37 år till 52 år. Dessa anestesijuksköterskor som intervjuades har arbetat flera år både inom den slutna sjukvården och inom den prehospitla vården. Undersökningsgruppen tillhör den personalgrupp som oftast erfar det valda fenomenet, det är därför den grupp som bäst kan beskriva sina uppfattningar med tanke på frekvensen av tillfällena. De har samma arbetsgivare och arbetsplats. Anestesijuksköterskorna i akutbilen jobbar väldigt sällan tillsammans.

Tabell 1. *Könsfördelning samt antal verksamma år som anestesijuksköterska hos informanterna.*

Informant	Kön	år som anestesijuksköterska
Nr 1	kvinn	20
Nr 2	man	6
Nr 3	man	8
Nr 4	kvinn	20
Nr 5	kvinn	8

Nr 6	man	6
Nr 7	man	24
Nr 8	man	8
Nr 9	man	6

Datainsamling

Datainsamlingsmetoden som användes till denna studie var grundad på intervjuer med anestesijuksköterskor på akutbilen. Ett formulär användes, frågorna till formuläret utarbetades med hjälp av Granskär och Höglund (2008) och Larsson (1986) samt stöd från handledaren. De första frågorna i formuläret var bakgrundsfrågor, där frågades det om ålder och antal yrkesverksamma år som anestesijuksköterska. Grundtanken med utformningen av frågorna var att få intervjupersonen själv att berätta om det valda fenomenet. Detta gjordes för att åstadkomma en spontanare intervjuprocedure samt livligare och beskrivande svar (Granskär & Höglund, 2008). Intervjupersonen själv fick berätta om en situation som de själva varit med om där de intuberade en traumatisk skallskada prehospitalt respektive valde att avstå intubation. När de berättat sin situation ställdes tre grundföljdfrågor;

- När går det bra att besluta huruvida ni skall ”lasta och åka” eller stanna och intubera patienten?
- När är det svårt att besluta huruvida ni skall ”lasta och åka” eller stanna och intubera patienten?
- Vad är viktigast i sammanhanget? Vad är det centrala?

Traditionellt används vad och hur frågor inom fenomenografin (Granskär & Höglund, 2008). Till dessa tre grundföljdfrågor användes ytterligare några följdfrågor som ”Kan du utveckla mer?” och ”Kan du förklara mer?”. Detta för att få ett förtydligande på vissa oklarheter hos forskaren. Under tiden som samtalet pågick hade forskaren det valda fenomenet i minnet så samtalet kom att handla det. Frågorna ställdes på ett enkelt sätt för att uppmuntra informanten till att berätta om sina uppfattningar och erfarenheter.

Tillvägagångssätt

Först skickades ett brev till verksamhetschefen, där en förfrågan om ett tillstånd till att intervjua hans anställda. Efter godkännandet från verksamhetschefen kom ett informationsbrev till intervjupersonerna, där en kort beskrivning av studien kom att göras samt en förfrågan om deltagande. Någon vecka efter det att informationsbrevet gått ut, blev deltagarna uppringda av författaren och frågan om deltagande i studien kom att ställas. Två pilotintervjuer genomfördes för att se om eventuella omformuleringar av frågorna behövdes göras. Detta skedde i dialog med handledaren. För att säkerhetsställa kvalitén på intervjutekniken hos författaren. Intervjuerna inkluderades i studien. Anledning till icke deltagande i studien behövde inte anges. Om respondenterna ej kunde fullfölja studien behövs inte anledningen anges. Efter medgivande om deltagande, bokades tid och plats för intervju. Intervjuerna varade i 30-45 minuter. Platsen var en avskild plats så lugn och ro kunde råda under själv intervjun. Intervjun spelas in på band. Inspelningen skrevs sedan ned ordagrant.

Dataanalys

Enligt Larsson (1986) är en fenomenografisk analys ett sätt att beskriva vilka olika uppfattningar som personer har om ett fenomen. Detta beskriver inte hur något är utan hur det uppfattades av personen. Analysen består i att beskriva dessa tolkningar. Nedan följer en beskrivning av hur analysen till denna studie genomfördes.

Dataanalysen började med att hela intervjutexten lästes i sin helhet för att få fram ett helhetsintryck. Texten lästes och analyserades och låg till grund för resultatet. Skott (2004) skriver att det är bra att läsa igenom berättelsen ett flertal gånger för att få en helhet.

Ur denna läsning framkom sedan huvudbudskapet som både sammanför och delar upp de olika berättelserna. Kännetecknen på huvudbudskap är att berättaren återkommande kommer till samma ämne. Under denna del av analysen vill forskaren "lära känna" innehållet i intervjutexterna. Sedan lästes intervjuerna mer detaljerat och meningsbärande stycken valdes ut, det vill säga meningar som beskrev hur det valda fenomenet uppfattades av informanten. Analysen skedde i två steg. I den första skapades sk vad-kategorier som besvarar frågan: Vad säger informanten om det studerade fenomenet? Därefter jämfördes de utvalda styckena för att se om det fanns likheter och skillnader. Efter denna analys skapades kategorier av vad informanten sagt. Vad-kategorierna är grunden för den fortsatta analysen och i det nästkommande steget analyserades "hur informanterna beskrivit vad". En uppfattning utgörs av syntesen av vad informanten sagt om fenomenet och hur denne uttryckt detta. I analysen

ska forskaren inte nöja sig med det resultat som först framträder, utan fortsätta reflektera och analysera. På så sätt kan en djupare förståelse för texten framträda under hela studien (Larsson, 1986).

Forskningsetiska överväganden

Ett informationsbrev gick ut till alla utvalda anestesijuksköterskor, i brevet informerades det om att deltagandet i studie var frivilligt. Avhopp från studien kunde göras när som helst och anledning till avhoppet behövde inte anges. Allt material kom att behandlas konfidentiellt. Med det menas att allt material avidentifieras, inget i texten kommer att kunna spåras till en specifik person eller arbetsplats. Till denna studie krävdes det inget godkännande från etisk kommitté enligt lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor.

RESULTAT

Analysen av materialet visade tre olika uppfattningar hos de prehospitalt arbetande anestesijuksköterskornas förståelse av konflikten mellan ”prehospital intubation vid skullskador ”eller lasta och åk”. Samtliga informanter beskrev alla tre uppfattningarna och det var en hög grad av överensstämmelse i deras sätt att beskriva konflikten.

Tabell 2. Studiens vad och hur kategorier

VAD aspekt	Hur aspekt
Patientens tillstånd i relation till transportavståndet	<ul style="list-style-type: none">• vad behöver åtgärdas och vad kan avvakta• komplicerande faktorer som drogpåverkan
Lämplig åtgärd	<ul style="list-style-type: none">• värdera alla avgörande faktorer och därifrån överväga alternativen
Optimalt omhändertagande	<ul style="list-style-type: none">• det optimala resultatet är riskfritt• ej ensam om beslutet• god arbetsmiljö

Studiens outcome space

Informanterna hade tre olika uppfattningar av konflikten

Ett prehospitalt omhändertagande av svårt skullskadade patienter handlar om:

- En korrekt bedömning av patientens tillstånd
- Kunna fatta beslut om riskfyllda åtgärder, trots svårbedömda situationer
- Nå fram till ett optimalt omhändertagande i den situation som råder.

En korrekt bedömning av patientens tillstånd

I citaten nedan anges respektive informant inom parantes och enligt tabell 2.

En bedömning av patientens skador visade sig vara svår. Det fanns få diagnostiska hjälpmedel prehospitalt, den kliniska blicken samt erfarenhet spelar en stor roll för att kunna göra en korrekt bedömning.

Citat

”Gäller att tänka igenom saken och väga sakerna mot varandra innan beslut tas. Erfarenhet samt en tro på sig själv är saker som behövs och kan underlätta hanteringen av dessa problematiska situationer” (4).

Omhändertagandet av en mycket svårt skadad patient, som skallskadade patienter är, kräver ofta snabba beslut. Dessa beslut kan ha betydelse för utgången för patienten. Att kunna på några få ögonblick göra en bedömning som styr ditt handläggande kräver erfarenhet, kunskap och en klinisk blick. Detta poängterade flera anestesijuksköterskor att bedömningen i sig var svår gällande de patienter som låg i gråzonen. Det vill säga de patienter som uppfyllde kriterier för intubation prehospitalt men det finns vissa oklarheter som kan äventyra patientens status som gör intubationen riskabel. De ”klockrena” patientfallen var inte beslutfattningen om prehospital intubation svår. Med ”klockren” menas patienter som har en skallskada, det är långt till sjukhus samt luftvägen är hotad. Två anestesijuksköterskor påvisade att själva intubationen i sig inte räddar liv. Utan det är bedömningen av luftvägen som kan vara avgörande för att optimera patientens omhändertagande.

Citat

”Intuberingen i sig räddar kanske inte liv i den akuta fasen, men i det långa loppet gynnar det nog patienten”(7).

” Tuben i sig räddar inga liv. Väldigt situationsberoende, även om det står ett GCS värde i riktlinjerna och det är en patient med mycket besvärlig luftväg, en förväntad svår luftväg och denna patient andas bra. Inte håller jag då på och petar i luftvägen. Då måste man titta på alla faktorer. Andas dom bra? De måste få i sig syrgas samt ventiler ut koldioxiden. Slangen i sig är ingen livräddare”(2).

När den skallskadade patienten visade tecken på hotad luftväg eller otillfredsställande andning var alla informanter överens om att åtgärder var tvungna att göras. Då var inte avståndet till sjukhuset avgörande, utan då var den hotande luftvägen det primära. Var patientens status så pass dåligt att han/hon var medvetandepåverkad och hade hotande luftvägar behövdes inte alltid läkemedel ges. Om läkemedel inte krävdes för att intubera minskade riskerna med själva intubationen. De patienter som var vakna eller i ett tillstånd som krävde läkemedel för att intubera var de patienter som förknippades med stort risker. Det vill säga största risken att anestesijuksköterskan satte patienten i ett ogynnsamt tillstånd vid intubationen.

Citat:

”Är det nära till sjukhus kan intubering vara aktuell om andningen är hotad och patienten har inte fri luftvägar, då måste det göras något.. De första åtgärderna med fri luftväg och syrgas inte ger resultat måste något göras. Då är det inget snack om saken. Då måste jag få ned en tub. Helt klart! Då har avståndet ingen betydelse, Då får det hellre ta den tid för det kan vara avgörande för outcome för den här patienten. Men är patienten så pass dålig behövs oftast inte ges läkemedel för att få in tuben (3).

I vissa fall beskrev anestesijuksköterskorna åtgärder som inte innebar intubation. De hanterade luftvägen med andra hjälpmedel som t ex svalgtub och syrgasmask. Dessa andra metoder som inte innebar intubation gav fri luftväg. Dock för att ge en säker luftväg krävs intubation. Detta poängterade flera stycken att ge fri luftväg utan intubation endast kunde göras när det var ”nära” till sjukhus.

Citat

”Det var för lång transport utan en säker luftväg” (1).

En anestesijuksköterska uttryckte även att statusen hos patienten kunde avgöra beslutet. Var det ”endast” en skallskada och ingen multitrauma där det finns risk för cirkulatorisk påverkan, då var beslut om intubation lättare för att riskerna med intubationen var mindre. Det beskrevs som:

Citat:

”Själva beslutet är inte svårt om de är riktigt sjuka eller skadade. Klarar de inte hålla sina luftvägar eller luftvägen är hotat måste något göras. Då har man inget att förlora, görs inget dör patienten. Beslutet är då ej svårt att ta” (4).

”Det är lätt att besluta om intubation där det är en patienten med en isolerad skallskada och det inte är multitrauma och cirkulatoriskt påverkade” (8).

Kunna fatta beslut om riskfyllda åtgärder, trots svårbedömda situationer

Besluten om åtgärd var väldigt situationsbundna. Främst påverkade faktorer som luftvägens status, andningförmåga, avståndet och hur pass allvarlig skallskadad patienten var.

Citat:

”Det är många faktorer som spelar in om intubation prehospitalt ska ske eller inte. Kriterier som ligger till grund för intubation är luftvägen, får de i sig syrgas och kan de ventilera ut koldioxiden, avståndet, hotad luftväg, andas patienten” (2).

Anestesijuksköterskorna uttryckte sig olika men faktorerna som avgjorde prehospitall intubation var den samma.

Citat:

”Intubation prehospitalt vid traumatiska skullskador sker om luftvägen är hotad, patienten kan inte upprätthålla en adekvat syremättnad i blodet, taskigt andningsfrekvens och har stigande CO₂ (1)”.

Skulle avståndet till sjukhus vara långt fick beslutet om ”lasta och åk” eller prehospital intubation en helt annan karaktär. Där kan inte denna tidsvinst utvinnas. Skulle det vara långt till sjukhus var det ingen av anestesijuksköterskorna som skulle tveka om intubation. Detta grundar dem sig på ”outcome” hos denna patientgrupp, tidig intubation gynnar patienten.

Citat:

”Beslutet intubera på plats eller lasta och åk är ett ställningstagande som inte alltid är lätt. Avgörande faktorer är avståndet och tillståndet hos patienten. Är avståndet långt från sjukhus är beslutet lättare att ta.”(8).

”Det man stödjer sig mest på är att det är nära till sjukhus här i Stockholm, i regel. Skillnad om man hade 7-8 mil att åka. Då kanske man hade behövt tänka om där.”(9).

De faktorer som spelar in när det går bra att besluta om intubation är hotad luftväg, otillfredsställd andning, tiden och om patienten är långt från sjukhus. Avståndet är hela tiden med i tankarna när beslut ska tas om intubation. Flera anestesijuksköterskor beskrev att avståndet var med i den primära bedömningen.

Citat:

”Avståndet bör beaktas med i beräkningen och beslutsfattningen. Är avståndet långt blir kriterierna för prehospital intubation mer vida” (2).

”Primärt är det avståndet som avgör om jag ska intubera eller inte. Tidsaspekten in till sjukhuset. Och att de kan upprätthålla en adekvat luftväg. Det är dem två punkterna som väger tyngst. Sen kommer anatomin och fysiologin och allt det andra man väger in i beslutet. Men avståndet är det som jag tittar mest på, kommer den här patienten att överleva transporten in till sjukhus utan en säker luftväg eller inte ”(4).

Informanterna var rörande överens om att intubation kunde ske även om de befann sig i närheten av sjukhus. Dock poängterades det att patienterna då var så pass ”dåliga” att sövningen var avgörande om patienten skulle överleva.

Citat:

”Men får inte patienten i sig syrgas och har ingen fri luftväg så skulle jag intubera patienten i sjukhusgaraget om det så behövdes” (2).

Var det en patient som uppvisade symtom på en skullskada, men höll sina luftvägar fria och andningen var tillfredställd. Med tillfredställd andning menas att patienten kan upprätthålla en adekvat saturation under rådande omständigheter. Då avstod de från intubation om inte avståndet från sjukhus var långt. När olyckor sker i Stockholmsområdet är avståndet till sjukhus oftast inte långt. Men vissa områden i Stockholmsregionen har långa avstånd till sjukhus, men folkmängden där är relativt liten i jämförelse med resten av Stockholm. Orsaken till att inte intubera grundar sig på att den tid det tar för en prehospitall intubation att ske, är den tid det tar för att patienten kan vara inne på sjukhus.

Citat:

”Är det nära till sjukhus kan det vara bättre att lasta och åka. Ingen vinst i att stanna och intubera”(1).

Prehospitall intubation är mer riskabel och du kan försätta patienten i ett mycket ogynnsamt tillstånd. Var gränsen går mellan tidsvinst och tidsförlust gällande ”lasta och åk” eller intubation, var svårt att avgöra. Men några anestesijuksköterskor uppskattade att tiden låg runt femton till tjugo minuter, dock är det väldigt situationsbundet. Det vill säga sker det en olycka och en patient drabbas av en traumatisk skullskada. Bör avståndet vara så pass långt att det tar mer än femton till tjugo minuter att åka till sjukhus, för att en intubation ska ske prehospitallt. Dock är det svårt att dra en tydlig gräns då det är många faktorer som spelar in.

Citat:

”För att intubation på en skullskadad patient ska ske prehospitallt ska andningen vara instabil och avståndet till sjukhuset ska var långt”(6).

”Det tar ju tid att dra upp och blanda läkemedel, plocka upp alla grejorna. Då förlorar man tid, hela tiden tidsvinsten mot tidsförlust. Den tid det tar att göra alla olika moment innan patienten är intuberad är man inne på sjukhuset, då är det mycket osäker om man ska överväga intubering. Här har vi så korta avstånd, men visst kan vi få tillbud där det är ca 30 minuter till sjukhus. Då är scenariot ett annat” (5).

Många informanter tyckte det var svårt att säga generellt hur de skulle göra gällande beslutfattandet av intubation eller inte gällande traumatiska skallskador. Det är många faktorer som spelar in i beslutet, väldigt situationsbundet. Anestesisjuksköterskorna är väl insatta i vikten av relationen optimal ventilation och skallskada. En faktor som talade för beslut om "lasta och åk" var riskerna som medföljer vid intubation. Intubation är säkrare inne på sjukhus än prehospitalt. Är avståndet mycket nära till sjukhus och den skallskadade patientens andning och luftväg var under kontroll, var anestesisjuksköterskorna sjungande överens om beslut av "lasta och åk" var det som gällde.

Citat:

"Går det bra att ventilera dem så att de har en bra saturation. Då är ju frågan om man ska riskera att förvärra situationen genom att utföra en halvtaskig sövning ute på plats?" (3).

Att intubera prehospitalt är en stor risk för patienten. Dock är patienten svårt skadad eller sjuk om ställningstagande om intubation uppkommer. Men anestesisjuksköterskorna ville inte förvärra patientens tillstånd. Denna risk för att förvärra tillståndet är överhängande när läkemedel behövs ges för intubation. En anestesisjuksköterska berättade:

Citat:

"Vid beslut om load and go istället för prehospital intubation är bedömningen av luftvägen avgörande. Håller de saturationen, ej hotad luftväg, adekvat andningsfrekvens, bedömning av säker intubation ej kan göras samt att avståndet till sjukhus är kort. Då är beslut om "load and go" lätt. Görs bedömningen att intubation inte kan göras riskfritt avstår jag så länge han håller fria luftvägar och saturationen. Just med tanke på vad man kan ställa till med. Då är det svårt att försvara om något går snett med tanke på det att han håller fria luftvägar samt saturationen" (4).

Vissa anestesisjuksköterskor tog upp exempel från verkligheten där patienten varit med om ett trauma och ådragit sig många svåra skador. Var patienten medvetandepåverkad var beslut om intubation ej lika komplicerat som om patienten var vaken, hade en stor pågående blödning samt en förmodad skallskada. Att söva en så pass skadad patient är komplicerat p.g.a. cirkulationen och skallskadan. Det finns många saker som kan fallera.

Citat:

"Svårt om du har ett multitrauma där du har taskigt blodtryck redan från början och de är takycarda, blek och kall perifert. Och sen så kan de ha en skallskada också. Då är man ute på lite tunn is och börja söva där. Vill inte förvärra patienten tillstånd, det är risken om man gör en RSI på en kritiskt sjuk eller skadad patient" (8).

”Ökar risktagandet när du ger läkemedel och patienten går från vaket tillstånd till sömn, du försätter patienten i ett tillstånd som kräver att du kan hantera deras luftväg” (1).

Att komma till en skadeplats och du ska göra din första bedömning. Du får inga direkta svar av den drabbade. Som pratar osammanhängande, luktar etyl och har en sårskada i huvudet. Det är en av alla situationer som kan uppstå där beslut om intubation prehospitalt kan vara svår.

Citat:

”Alla situationer är inte klockrena. Kraftigt berusad, slagit i huvudet och är dåligt kontaktbar. Man vet inte vad som beror på vad. Är dom medvetslösa piga att dom är fulla eller är dom medvetslösa piga att dom har en skallskada? Och då väljer jag nog hellre att INTE intubera. Det är enklare i de här solklara fallen. En isolerad skallskada och allt annat är otänkbart”(3).

Beslutet om intubation eller ”lasta och åk” ställs på sin spets då avståndet till sjukhuset är kort. I behandlingsriktlinjerna som anesthesisjuksköterskorna har står det överväg intubation. Gällande riktlinjerna var det vissa som gillade det som stod och ville inte ha tydligare riktlinjer. Deras resonemang var att om tydligare riktlinje skrevs skulle det inte förändra deras omhändertagande och beslut om intubation prehospitalt. För det är för många faktorer som spelar in i beslutet om intubation:

Citat:

”visst kan tydligare riktlinjer hjälpa i vissa fall men det är ingen lagbok. Har du en riktlinje som är tydlig blir den för allmänt skriven, har du en riktlinje som tar med allting då kommer den vara svår att tillämpa ibland”(2).

En annan informant beskrev riktlinjernas utformning som att det var meningen att de skulle vara öppna för att det skulle finnas möjligheter som anesthesisjuksköterska att göra den bedömningen. För strikta riktlinjer kan inte den möjligheten finnas. Anesthesisjuksköterskans egna ord:

Citat:

”Riktlinjerna är utförda så för att det ska finnas utrymmen. Tycker om hur de är utformade. Ger möjligheter till fritt tänkande. Det står överväg, har man sedan gjort det kan de inte komma sedan och ifråga sätta ditt beslut” (6).

Intubering prehospitalt kräver förberedelser. Det finns inte samma förutsättningar prehospitalt och vissa moment tar längre tid. Men förberedelserna måste göras för att kunna ge en säker och optimal intubation. Patienten kanske ligger ute i ogynnsammiljö samt att det är mörkt ute. Patienten måste då först in i ambulansen där det finns ljus, möjligheter till monitorering, anestesijuksköterskan kan dra upp läkemedel samt begära assistans från sina arbetskamrater. All denna förberedelse tar tid, men det är tid som inte kan kortas ned avsevärt med tanke på de viktiga momenten som görs. Är avståndet kort till sjukhus väljs "lasta och åk" istället för intubation. Det kunde beskrivas på följande sätt:

Citat:

" Befinner man sig i city och det är någon som har blivit påkörd, då brottas man med tanken ska jag "lasta och åka" eller ska jag börja dra upp alla läkemedel som tar en viss tid. Starta "flushdropp" och göra alla dom här momenten som förbereder en intubation, jämfört att vara på sjukhus på samma tid. Då är det nog lätt att man istället lastar och åker"(3).

Det tar tid att förbereda en intubation. Är den tiden försvarbar jämfört med den tid det skulle ha tagit att bara "lasta och åk"? Kan patienten klara tiden utanför sjukhus? Den tid det tar till att förbereda ska räknas in i transporttiden d v s ytterligare tid som patienten är utanför sjukhuset och behandling.

Citat:

"Det tar tid att förbereda en säker intubation. Denna tid som det tar att förbereda måste inkluderas in i tiden som patienten är utanför sjukhus. Vinner jag något om jag sover och intuberar? Ett övervägande som måste göras vid varje tillfälle. Vore det långt från sjukhus visst då vore det inget problem. Tid och avstånd är med i övervägandet"(1).

"Den tid det tar att förbereda allt inför sövningen med monitorering samt uppdragning av läkemedel, den tid det tar att göra det tar lika lång tid som att åka in till sjukhus. Där intubationen kan ske på samtidigt som röntgen, diagnos och behandling påbörjas. Det är ett övervägande "(6).

Nå fram till ett optimalt omhändertagande i den situation som råder

Den som ska utföra en intubation prehospitalt måste räkna med alla tänkbara saker som kan komplicera intubationen. Behöver ha ett säkerhetstänkande utöver det vanliga. Kommer att försätta patienten i ett tillstånd som kräver att DU kan hantera deras luftväg. För ofta finns ingen annan på plats som har anestesikompetens. Alla tänkbara komplikationer måste tas med i riskbedömningen.

Citat:

”Dock måste det finnas ett säkerhetstänkande som minimerar riskerna. Kan inte chansa när du står där själv med en svårtsjuk patient. Har inte samma förutsättningar som på sjukhuset. Mycket sämre arbetsmiljö samt beslutet som ska göras kan bara du avgöra många gånger. Finns det risker övervägs alternativen en och två gånger innan slutgiltigt beslut tas.” (9).

Till detta säkerhetstänkande krävs en färdighet att bedöma och förutse patientens luftväg. Kommer denna patient vara svår intuberad eller svår ventilerad? Att kunna göra denna bedömning och sedan styra sitt beslut efter det måste kunna göras snabbt.

Citat:

”Störta risken gällande omhändertagandet med dessa patienter är att vid läkemedeladministreringen försätts patienten i en situation som kan försämra tillståndet. Det kan vara svårigheter att få ned själva tuben, eller så har du kraftig hypotension som kan vara förödande för patienten”(5).

Det finns väldigt få hjälpmedel och tiden är knapp till att göra denna bedömning. Luftvägsbedömningen samt möjligheterna till intubation kan komma att bestämma utgången av intubation prehospitalt eller inte.

Citat:

”Säkerhetstänkande och risker ska hela tiden vara med i beslutfattarens huvud. Att ge läkemedel och försätta patienten i ett tillstånd så deras andning slås ut och upptäcka att det inte går att ventileras eller intuberas, det räddar inga liv. Bedöma luftvägen innan du manipulerar luftvägen. Svalgtub och sen ventileras kan vara säkrare i vissa fall. Men vad åstadkommer jag med intuberingen eller intuberingsförsöken och vad händer när jag ger droger så de blir slappa och inte andas och sen får jag inte i patienten luft. Det gäller att inte hamna i det läget. Hur långt kommer jag med intubationen? Ser jag ned till carina är det inga problem, men ser jag knappt ned till främre tandraden är det problematiskt” (8).

”Bedömning av luftvägen. Hur ser luftvägen ut, kan jag ventileras patienten? För att utföra en säker intubation prehospitalt krävs ett visst säkerhetstänkande. Med det menas att inte utsätta patienten för något som kan försämra resultatet. Risken att inte få ned syrgas i patienten måste finnas i bakhuvudet hela tiden” (4).

Att jobba prehospitalt är inte som att jobba inne på sjukhus. Den rådande arbetsmiljön kan försvåra samt fördröja omhändertagandet.

Citat:

”På de patienter som är mycket kritisk skadade eller sjuka som man bara försöker snabbt få in i bilen för att bedöma tillståndet då arbetsmiljön kräver det eller dyligt. Det tar ju en stund innan man fått in dem i bilen och fått in dem i ljuset. Och man tittar hur det verkligen är ställt, gör en primär bedömning. Vad kan jag, törs jag? Eller hur nära är vi? Och då har man hunnit en bra bit” (5).

Det finns många svårigheter, det kan vara t.ex. solljus, stökigt på plats och en motoriskt orolig patient som gör den svåra situationen ännu mer komplicerad. Det är viktigt att göra handlingar som ger rätt förutsättningar till ett korrekt omhändertagande. Dessa handlingar kan vara att lyfta in patienten i ambulansen där det finns ljus, värme samt att det kan hindra störande moment som kan påverka beslutfattningen.

Citat:

”Ohanterbara patienter, är patienten mycket motoriskt orolig och skriker måste något göras så situationen går att hantera. Måste kunna göra en ordentlig undersökning för att utesluta svåra skador. Här kan sedering behövas bli tillämpad” (2).

”Arbetsmiljön kan försvåra hanteringen av luftvägen samt bedömningen. Bättre att lyfta in i ambulansen där finns det bra belysning samt sug o s v.” (4).

Anestesisjuksköterskorna på akutbil jobbar oftast med en ambulanssjukvårdare. Kommer de till en plats där de identifierar en skallskada och anestesisjuksköterskan bedömer att intubation ska ske. Enligt riktlinjerna ska ytterligare en enhet dras för att få dit ytterligare en person med anestesi-kompetens. Dock ser verkligheten lite annorlunda ut än på papper. Flera anestesisjuksköterskor beskrev att avstånden samt tiden som kan gå förlorad till att vänta på den andra enheten gör att anestesisjuksköterskan oftast står där själv med anestesi-kompetens. Visst förekommer det att helikoptern/läkarbilen är tillkallad till olyckan som akutbilen åker på. Flera anestesisjuksköterskor beskrev en ensamhet i beslutet om intubation eller inte.

Citat:

”Underlättar om fler enheter kommer till platsen. Framför allt helikoptern där anestesikompetens finns. Fler personer bakom beslutet. Kan bolla och reflektera fram besluten”(3).

Många gånger finns det ingen som kan hjälpa dem i sitt beslut. Visst kan samtal till läkare göras med det är fortfarande bara du som anestesisyjuksköterska som har patienten framför dig. Läkaren i luren har en hopplös situation att kunna bedöma tillståndet via telefon.

Citat:

”Som sagt det är ett övervägande. Visst ska man tillkalla andra enheter, men ofta behövs snabba beslut tas. Ofta hinner man inte vänta på dessa andra enheter, då står man ganska själv med besluten. Viktigt att ha en fungerande dialog med ambulansläkarna så att man kan ta upp saker så ett optimalt omhändertagande kan ske vid dessa svåra situationer” (7).

”Ej samma förutsättningar som på sjukhuset. Ute kan du vara ensam med anesthesiutbildning, det är mörkt, stökigt på plats medan de på sjukhus kan var fyra med anesthesiutbildning och bra arbetsmiljö och diverse hjälpmedel. Då måste man tänka igenom saken innan du utsätter patienten för det här. Känner sig ensam ibland vid beslutet. Det finns ingen som kan fatta beslutet. Går det fel så är det inte många som kommer att backa upp en, man är ganska ensam vid beslutet och dess konsekvenser som kan följa” (1).

Det gick inte att dra några slutsatser gällande utformningen av riktlinjerna då åsikterna gick isär. Orsaken till att åsikterna gick isär har med individerna att göra. Alla jobbar vi olika, som en av mina handledare på en praktikplats brukade säga:

”anestesiyrket är ett konstverk, alla jobbar vi olika men alla vägar bär till Rom”

Citat:

”Riktlinjerna är mer som ramar som man jobbar ganska fritt efter. Så att den ska skydda oss alla, även de som ger ut riktlinjerna och oss själva. Så det är alltid svårt att säga vad man kan förbättra. Utan mycket av den här verksamheten är sunt förnuft. Våra riktlinjer är utformade av personen som har jobbat länge och vet hur det ser ut. De vet vilka problem man ställas inför. Vi jobbar ofta i den här gråzonen. Vad man ska enligt ett papper och verkligheten ser olika ut” (5).

”Beslutet är väldigt fritt här i Stockholm och mycket ligger på eget ansvar. Tydligare behandlingsriktlinjer skulle hjälpa beslutfattaren, dock skulle de i vissa fall vara negativt, då kanske man inte vågar utföra vissa handlingar när det skulle behövas. Bättre och tydligare behandlingsunderlag är önskvärt, för att underlätta beslutet om intubering”(3).

När själva beslutet är taget om intubation, finns det ingen rädsla. Patienten är så pass dålig att det krävs en aktiv handling för att han/hon ska överleva. Den största risken med prehospitall intubation av traumatiska skallskador som anestesijusköterskorna ser det är när läkemedel har givits och andningen har slagits ut, och du får inte ned en tub och svårigheter att ventilera patienten.

Citat:

”Det är ingen inom anestesin som vill vara med om det. Det är det absolut det värsta, givetvis” (7).

Den primära bedömningen hinner flera gånger ändras, inget är bestående. Det som framförallt påverkar en omförhandling gällande beslut om intubation är om luftvägen är hotad och transporten är för lång. Klinisk blick och erfarenhet att bedöma tillståndet är av stor betydelse.

DISKUSSION

Huvudresultat

De prehospitalt arbetande anestesisyjuksköterskorna hade tre olika uppfattningar av konflikten mellan prehospital intubation eller ”lasta och åk”. Dessa är: 1) En korrekt bedömning av patientens tillstånd, 2) Kunna fatta beslut om riskfyllda åtgärder, trots svårbedömda situationer och 3) Nå fram till ett optimalt omhändertagande i den situation som råder. Överensstämmelsen mellan informanternas förståelse och beskrivning av konflikten var stor. Avgörande faktorer gällande intubation prehospitalt var hotad luftväg, ej tillfredställande andning, långt avstånd till sjukhus och relativt cirkulatoriskt stabil patienten. Avgörande faktorer för ”lasta och åk” var när patienten själv håller fria luftvägar, har en tillfredsställd andning, närheten till sjukhus samt att patientens skador omöjliggör intubation. Dock fanns det tillfällen då indikationerna för intubation eller ”lasta och åk” var svåra att avgöra. Var avståndet långt till sjukhus och patientens luftväg eller andning var hotad utfördes intubationen prehospitalt.

Resultatdiskussion

Det fanns tydliga likheter hos anestesisyjuksköterskornas uppfattningar gällande konflikten mellan intubation eller ”lasta och åk”. Hade den skallskadade patienten fri luftväg samt om saturationen går att upprätthålla med enbart syrgas avstod de flesta från intubation om inte avståndet var långt. Detta beslut grundade sig på de risker som finns med en prehospital intubation och att patienten ska snabbt in till sjukhus. Anestesisyjuksköterskorna valde att intubera patienten prehospitalt när det var en lång transport till sjukhuset, när patienten var oförmögen att upprätthålla fri luftväg eller när den fria luftvägen var hotad samt när patienten hade en relativt stabil cirkulation. Doran et al, 1995 och Nolan, 2001 skriver att det viktigaste inte är huruvida intubation sker eller inte, utan att motverka hypoxi samt säkerhetsställa ventilationen, en uppfattning som även informanterna i denna studie arbetade efter.

Dessvärre är inte alla tillfällen med omhändertagande av skallskadade patienter svart eller vitt. Det fanns flera situationer som försvårade beslutet om intubation. Flera anestesisyjuksköterskor tog upp ämnet om multitrauma där patienten uppvisade symtom på flera olika svåra skador. En intubation där kan vara förödande samt mycket riskabel. Gällande avståndet, var det hela tiden med i beslutsfattningen. Var det nära till sjukhus var det lättare att fatta beslut om ”lasta och åk”, men har de ej fri luftväg eller saturationen var på gränsen till hypoxi då behövdes det

göras något för att stabilisera patienten under transporten. Därav kunde intubation ske mycket nära sjukhus om tillståndet hos patienten krävde det.

Att säkra fri luftväg och ventilation var det som prioriterades högst vid omhändertagandet av svårt sjuka eller skadade patienter. Lyckas man inte förebygga och häva en hypoxi, leder det snabbt till döden (Doran et al. 1995; Pousman 2000; Wang et al; 2001; Nolan 2001; Davis et al. 2002). Var avståndet nära användes i första hand andra hjälpmedel för att upprätthålla en tillfredställd respiration. Det vill säga svalgtub, näskantarell, syrgas, assisterad andning och sidoläge.

Många olika faktorer spelade in i beslutsfattandet. Men när beslut om intubation gjordes fanns det inga betänkligheter. Något måste göras då patienten annars inte klarar transporten in till sjukhus. Ett fast värde i GCS i behandlingsriktlinjerna tyckte vissa anestesijuksköterskor vore bra medan andra tyckte om utrymmet som fanns. Här var en av de punkterna där uppfattningarna gick isär mest. Vissa ville ha en tidsgräns det vill säga, var det mer än 20 minuter till sjukhus skall intubation ske om patienten uppfyllde kriterier för skallskada. Deras resonemang var mer stöd till beslut. Om något gick fel kunde de luta sig mot behandlingsriktlinjen. Medan de som tycker om utrymmet i behandlingsriktlinjen tryckte på det faktum att det är många faktorer som spelar in i beslutet därav är det svårt att utforma behandlingsriktlinjer som möjliggör intubation prehospitalt.

Respekt och säkerhetstänkandet vid intubation var stort. Att ge farmaka som ställer krav på att DU som anestesijuksköterska prehospitalt ska kunna hantera luftvägen var säkerhetstänkandet stort. Detta är nog nödvändigt för att intubation ska ske prehospitalt. Visst ska alltid säkerheten komma först men det ställs på sin spets när du står ensam ute på skadeplatsen. Du har inte samma möjligheter som det finns på sjukhus. Hedges, Dronan Feero, Hawkins, Syverud och Shultz (1988) skriver att maskventilation under förlängd transporttid kan resultera i inadekvat oxygenering samt även öka risken för aspiration. Svårt ställningstagande som anestesijuksköterskorna ibland ställs inför. Alla situationer är unika. Pousman (2000) skriver att intubation prehospitalt krävs vid vissa tillfällen. Dock svårt att identifiera dessa situationer där intubation bör ske kontra avstås.

Några anestesijuksköterskor poängterade att dessa situationer med skallskadade patienter inte händer många gånger per år. Även fast anestesijuksköterskorna är mycket erfarna och har många år som anestesijuksköterskor måste dessa situationer vara extra stresspåverkade. Är

det moment som ej sker alltför ofta blir det en viss osäkerhet. Även litteraturen som användes till introduktionen till denna studie tar upp det att om intubation ska ske prehospitalt ska det göra av van personal samt att det ska göras regelbundet. Vad är regelbundet och finns det personal som gör detta regelbundet i Stockholm? Det som kan hända är väl att riktlinjerna gör det omöjligt för anestesijuksköterskorna på akutbil att intubera prehospitalt. Vad är bäst för patienten? Här är evidensbaserade riktlinjer nödvändiga. Det finns idag för lite studier som kan säga det ena eller det andra. Denna patientgrupp är relativt liten och det är många olika faktorer som spelar in i beslutsfattningen. Det krävs studier som sträcker sig över flera år. Det är svårt att få fram material då behandlingsriktlinjerna är utformade olika från län till län. Samt att de geografiska skillnaderna ställer olika krav på riktlinjerna.

Att omhändertaga patienter prehospitalt skiljer sig mycket från hur det fungerar hospitalt. Som ambulanspersonal arbetar man i en helt annorlunda miljö, vilket gör det mer komplicerat. Det kan till exempel vara mitt på en hårt trafikerad motorväg i hårda väderförhållanden, inne på en restaurang full med människor som tittar på eller till och med försvårar patientomhändertagandet. Det kan även vara söndertrasade bilvrak, brist på ljus, höga ljud från räddningstjänstens utrustning samt begränsat med medicinsk utrustning och monitorering. Vidare kan det vara svårt eller omöjligt att komma åt patienten, för att på ett optimalt sätt skapa fria luftvägar (Caroline 1995; Deakin 1996; Ricard-Hibon, Chollet, Leroy, & Marty 2002; Swanson & Fosnocht 2002).

Skillnader mellan svaren från informanterna kunde inte urskiljas utifrån ålder, kön eller antal år inom den prehospitala vården. Många informanter har snarlik yrkeserfarenhet och utbildning. Men i en relativt liten studie som denna vore det fel att härleda olikheterna i svaren till något annat än till individuella uppfattningar.

Metoddiskussion

Granskär och Höglund (2008) skriver att det ska vara tillräckligt många antal intervjuer tills en mättnad kan utläsas av materialet. Till denna studie intervjuades nio anestesijuksköterskor på akutbil. Men det valda fenomenet i denna studie är väldigt snävt på så sätt att endast en liten del av den valda yrkeskategorin kan resonera kring problematiken. Vilket medför att ytterligare intervjuer sannolikt inte kunnat bidra till ytterligare beskrivning av konflikten. Larsson (1986) skriver att om materialet blir för stort finns det risk för att analysen blir för

ytlig. Innan intervjuernas start fick varje informant ett kort informationsbrev, därigenom hade de chans att reflektera om det valda fenomenet.

Först utfördes två pilotintervjuer för att författaren skulle få möjlighet att ändra intervjuteknik eller utformningen på intervjuguiden i ett tidigt skede. Dessa två pilotintervjuer lästes av handledaren och efter samråd beslutades att dessa kunde ingå i studien då de bedömdes hålla god kvalitet. Intervjuerna har gått bra att genomföra. Till en början var rollen att leda intervjun ovan, men ju fler som utfördes desto mer säker och ökad självkänsla inför denna nya situation fick författaren. Urvalet av informanterna gjordes av personlig kännedom. Detta har sina fördelar, men det kan även finnas mindre fördelaktiga sidor. En positiv sida är att informanten kan ha haft det lättare vid intervjun då de fick samtala med någon de kände. Ö andra sidan kan detta leda till svårigheter och misstolkningar vid intervjun. Då informanten kan ta förgivet och veta författarens förkunskaper och därav inte utvecklar och fördjupar oklarheter. För personer som ej jobbar inom samma yrkeskategori kan vissa saker vara lite oklara. Detta har tagits med i åtanke och vid intervjuerna när dessa situationer uppstod uppmanades informanten att utveckla det hela. Detta gjordes för att minimera författarens förförståelse och inte missvisa informantens upplevelse av fenomenet. Forsberg och Wengström (2004) skriver att när intervjupersoner själva får prata fritt om ett ämne kommer tolkningar från författaren ofrivilligt med. Alla tolkar vi saker olika.

En styrka med denna studie är att pilotstudier gjordes. Skulle det uppstå oklarheter någon stans kunde de ha åtgärdats i ett tidigt skede. En annan styrka är att en mättnad av materialet kunde ses. Därigenom skulle inte ett större antal informanter ändra resultatet och slutsaten. En svaghet med studien var litteraturen som finns är nästan enbart från USA. Det är negativ på så sätt att deras preospitalavård har en helt annan struktur. Det finns inga anestesijuksköterskor i akutbil. Därav svårt att se hur intubation prehospitalt fungerar då det kan göras av så många olika grader av sjukvårdspersonal i USA.

Flera anestesijuksköterskor som ingick i denna studie poängterade att de ställs väldigt sällan inför denna typ av problem om intubation av traumatiska skallskador. Ingen kunde säga ungefär hur många gånger det sker per år, för det varierar väldigt från år till år.

Intervjuerna har skiljt sig åt på vissa punkter. En del informanter kunde direkt komma på exempel ur verkligheten om det valda fenomenet. Medan vissa fick resonera kring det valda

fenomenet. Det är viktigt att författaren inte leder samtalet för mycket och vinklar informanten till delar som de själva inte har tänkt på. Vissa informanter behövde fler följdfrågor och uppmaningar till att kunna prata om det valda fenomenet. Att ställa följdfrågor och uppmana informanten att prata finns det stora risker med. Men författaren till denna studie gick igenom detta innan intervjuerna för att minimera risken att följdfrågorna skulle styra samtalet för mycket. Tolkningar av frågorna var olika hos informanterna. Vissa ville ha förtydligande av frågan medan andra pratade mer fritt.

Granskär och Höglund (2008) betonar vikten av att datainsamlingen sker korrekt samt att analysen görs med omsorg. För att säkerställa detta lästes varje intervju flera gånger för att verkligen få fram vad det är informanten säger om fenomenet. Vad säger texten dig som författare om fenomenet. Sedan klipptes meningsbärande enheter som liknade varandra ut ur intervjutexten. Dessa urklipp sattes sedan ihop med varandra och bearbetades till uppfattningar. Uppfattningarna var svåra att se till en början, det tar tid att få fram tydliga likheter och olikheter. Författaren har inte låst sig fast vid vissa enheter i texten utan de har ändrats under analysens gång.Handledaren har hela tiden varit med under analysen. Kontakten har bestått av mail och fysiska träffar. Det har vart till stor hjälp att ha en erfaren person av analysbearbetning som bollplank. I resultatet har citat tagits med för att stärka och ge exempel på hur informanten uttrycker sig om vissa faktorer.

Val av informanter var strategisk och det var för att få ett så brett och varierat urval som möjligt. Det är forskningsproblemet som ligger som grund, utav valt problem väljs därigenom informanter (Granskär & Höglund, 2008). Val av informanter gjordes som sagt strategiskt, men val av just anestesijuksköterskor på akutbil begrundar sig i att de är den yrkeskategori som stöter på det valda fenomenet oftast prehospitalt. Vid en allvarlig händelse tillkallas oftast en ambulans (oftast den som är närmast), även akutbil tillkallas och dessa har större områden att täcka. Anestesisjuksköterskor på akutbil är personer som jobbat heltid minst tre år som anestesisjuksköterskor på sjukhus. Generellt är anestesisjuksköterskan på akutbilen erfaren inom den prehospitala vården samt inom anestesi. Dock bör påpekas att det finns ett begränsat antal anestesisjuksköterskor på akutbilen. Ambulansverksamheten i Stockholm är uppdelad hos flera olika entreprenader. Informanterna som användes till denna studie jobbar alla för samma företag, men de jobbar väldigt sällan samtidigt och med varandra. Vissa har roterande tjänster, t ex vissa veckor är de schemalagda som anestesisjuksköterska på akutbil för att sedan vissa veckor vara anestesisjuksköterska på ambulans eller på sjukhus.

Allmän diskussion

De sekundära hjärnskadorna som kan uppstå efter en traumatisk skallskada kan förvärras av hypoxi samt hypotension. Att snabbt transportera dem till sjukhus med neurokirurgiskkompetens har minskat dödligheten (Muller, Waterloo, Romner, Wester & Ingebrigtsen, 2003).

Det har visat sig viktigt att bedriva ett omhändertagande som är evidensbaserat och inte ett omhändertagande som baseras på hur det varit historiskt. Bedrivs omhändertagandet av evidensbaserad kunskap kan detta generera minskad dödlighet samt minskade skador hos de överlevande (Muller, Waterloo, Romner, Wester & Ingebrigtsen, 2003).

Idag finns det en kommitté vid namn *Scandinavian Neurotrauma Committee*, det är en förening med ledande neurokirurger i Skandinavien som har arbetat fram riktlinjer som är anpassade efter skandinaviska förhållanden. Med förhållanden menas hur landet ser ut geografiskt dvs hur långt det är mellan de neurokirurgiska enheterna samt hur sjukhussystemen är uppbyggda. *Scandinavian Neurotrauma Committee* har arbetat fram rekommendationer som säger att hypoxi (definieras som saturation under 90%) skall undvikas och åtgärder bör göras omedelbart. Kommittén skriver även att alla skallskadade patienter ska ha syrgas samt artificiell luftväg ska etableras på patienter med ett GCS värde mellan 3-8 och där inte hypoxin kan korrigeras med hjälp av syrgasen samt patienten har ofria luftvägar och transport tiden in till en neurokirurgisk klinik är lång. De skriver även att om intubation ska ske prehospitalt ska det ske av personal som är van att intubera d.v.s. de utför intubering regelbundet. Kommittén betonar även vikten av en fungerande traumaenhet. Det vill säga en fungerande vårdkedja med snabb transport direkt till ett sjukhus där det finns tillgång till datortomografi dygnet runt. På sjukhuset skall det även finnas neurokirurgisk expertis samt möjligheter till monitorering och behandling av intracraniella tryck.

En annan viktig aspekt är att kontrollera att endotrachealtuben ligger rätt. Det är av stor betydelse vid all intubation, men extra viktigt att kontrollera prehospitalt. Till sin hjälp av kontroll av endotrachealtuben skall prehospitala anestesijuksköterskor använda kapnografi. En studie av Grmec och Mally (2004) visar att om kapnografi används kan säkerheten av läget på endotrachealtuben öka till 100%. *Scandinavian Neurotrauma Committee*

rekommenderar även en viss monitorering vid intubationen. Monitoreringen bör omfattas av blodtryck, syresättning samt endtidala koldioxid mätning.

En studie av Bulger, Copass, Sabath, Maier och Jurkovich (2005) visar att om muskelrelaxantia användas till prehospitalet intubationen är det en säker procedur. Två av anestesijuksköterskorna i denna studie uttryckte en oro inför användandet av muskelrelaxerande läkemedel och sedan vara oförmögen att etablera en säker luftväg.

Scandinavian Neurotrauma Committee skriver även att målet som den prehospitalet vården bör ha är att transportera in den skallskadade patienten så snabbt som möjligt till ett sjukhus med neurokirurgisk expertis, samt under transporten upprätthålla patienten respiration och cirkulation. Gällande transporten in till sjukhus kan inte riktlinjer utarbetas då det är så pass stora geografiska skillnader mellan de skandinaviska länderna. Därav bör varje sjukhus och landsting utarbeta en behandlingstrategi gällande transporten som är utarbetad efter deras förhållanden.

Studiens betydelse

Målet med studien var att se hur anestesijuksköterskorna uppfattar konflikten mellan intubation prehospitalet eller ”lasta och åk” gällande traumatiska skallskador. Försöka belysa ämnet och se om konflikten upplevs som ett problematiskt ämne. Eftersom det finns begränsat med studier och forskning inom området nationellt, är denna studie viktig på så sätt att den vill eftersträva en diskussion som kan ge optimalt omhändertagandet av traumatiska skallskadade patienter i framtiden samt underlätta för akutbilens anestesijuksköterskornas beslutfattning gällande intubation eller ”lasta och åk”.

Referenser

Bochicchio, G.V., Ilahi, O., Joshi, M., Bochicchio, K. & Scalea, T.M. (2003). Endotracheal intubation in the field does not improve outcome in trauma patients who present without an acutely lethal traumatic brain injury. *The Journal of Trauma*, 54(2): 307-311.

Bulger, E. M., Copass, M. K., Sabath, D. R., Maier, R. V., Jurkovich, GJ. (2005). The use of neuromuscular blocking agents to facilitate prehospital intubation does not impair outcome after traumatic brain injury. *The Journal of Trauma* 58:718-23.

Caroline, N. L. (1995). *Emergency care in the streets*. 5th Ed. Little Brown and company. Boston. Massachusetts. Kap. 1-3.

Deakin, C.D. (1996). Prehospital management of the traumatized airway. *European Journal of Emergency Medicine*, 3: 233-243.

Davis, B.D., Fowler, R., Kupas, D.F. & Roppolo, L.P. (2002). Role of rapid sequence induction for intubation in the prehospital setting: helpful or harmful? *Current Opinion in Critical Care*, 8: 571-577.

Davis, D. P., Peay, J. Sise, M. J., Vilke, G. M., Kennedy, F. Eastman, B. Velky, T. Hoyt, D. B. (2005). The impact of Prehospital Endotracheal Intubation on Outcome in Moderate to Severe Traumatic Brain Injury. *The Journal of Trauma*, 58(5), 933-939.

Davis, D. P., Idris, A. H., Sise, M. J., Kennedy, F., Eastman, A. B., Velky, T., Vilke, G. M., Hoyt, D. B., (2006). Early ventilation and outcome in patients with moderate to severe traumatic brain injury. *Neurologic Critical Care*. 34(4), 1202-1208.

Davis, D.P., Hoyt, D.B., Ochs, M., Fortlage, D., Holbrook, T., Marshall, L.K. & Rosen, P. (2003). The effect of paramedic rapid sequence intubation on outcome in patients with severe traumatic brain injury. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 54(3): 444-453.

Doran, J.V., Tortella, B.J., Drivet, W.J. & Lavery, R.F. (1995). Factors influencing successful intubation in the prehospital setting. *Prehospital and Disaster Medicine*, 10(4): 259-264.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlittertur.

Graham, C. A. & Meyer, A. D. (1997). Prehospital emergency rapid sequence induction of anaesthesia. *Journal of Accidental Emergency Medicine*, Jul;14(4): 219-221.

Halldin, M. & Lindahl, S. (Red.). (2005). *Anestesi*. Stockholm: Liber AB.

Grmec, S & Mally, S. (2004). Prehospital determination of tracheal tube placement in severe head injury. *Emergency Medicine Journal*. 21:518-20.

Halldin, M. & Lindahl, S. (Red.). (2005). *Anestesi*. Stockholm: Liber AB.

Hovind, I.L. (red) (2005). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlittertur.

Hedges, J.R., Dronen, S.C., Feero, S., Hawkins, S., Syverud, S.A. & Shultz, B. (1988). Succinylcholine-assisted intubations in prehospital care. *Annals of Emergency Medicine*, 17 (5): 469-472.

Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys- exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.

Muller, K., Waterloo, K., Romner, B., Wester, K., Ingebrigtsen, T. (2003). Mild head injuries: impact of a national strategy for implementation of management guidelines. *J.Trauma* 55:1029-34.

Murray, J.A., Demetriades, D., Berne, T.V., Stratton, S.J., Cryer, G.H., Bongard, F., Fleming, A. & Gaspard, D. (2000). Prehospital intubation in patients with severe head injury. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 49(6): 1065-1070.

National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). (2007). *PHTLS – Basic and Advanced Pre-Hospital Trauma Life Support*. 6:th Edition. Mosby Lifeline, St Louis, Missouri.

Nolan, J.D. (2001). Prehospital and resuscitative airway care: should the golden standard be reassessed? *Current Opinion in Critical Care*, 7(6): 413-421.

Ochs, M., Davis, D., Hoyt, D., Bailey, D., Marshall, L. & Rosen, P. (2002). Paramedic-performed rapid sequence intubation of patient with severe head injuries. *Annals of Emergency Medicine*, 40(2): 159-167.

Olsson, H & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Falköping: Liber AB.

Pousman, R. (2000). Rapid Sequence Induction for Prehospital Providers. *The Internet Journal of Emergency and Intensive Care Medicine*. Vol 4;1.

Ricard-Hibon, A., Chollet, C., Leroy, C. & Marty, J. (2002). Succinylcholine improves the time performance of a tracheal intubation in prehospital critical care medicine. *European Journal of Anaesthesiology*, 19: 361-367.

Sjöström, B., & Dahlgren, L.O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advance Nursing*, 40, 339-345.

Scandinavian Neurotrauma Committee. Skandinaviska riktlinjer enligt Brain Trauma Foundation. 2008.

<http://www.akartidingen.se/07engine.php?articleId=9696>

Skott, C. (2004). *Berättelsens praktik och teori- narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Sundstrom, T., Sollid, S., Wentzel-Larsen, T., Wester, K. (2007). Head injury mortality in the nordic countries. *J.Neurotrauma* 24:147-53.

Swanson. E.R. & Fosnocht, D.E. (2002). Effect of an airway education program on prehospital intubation. *Air Medical Journal*, 21(4): 28-31.

Uljens, M. (1989). *Fenomenografi-forskningar om uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur.

Wang, H.E., O'Connor, R.E. & Domeier, R.M. (2001). Prehospital rapid sequence intubation. *Prehospital Emergency Care*, 5(1): 40-48.

Wang, H. E., Peitzman, A. B., Cassidy, L. D., Adelson, P. D., Yealy, D. M., Out of Hospital Endotracheal Intubation and outcome After Traumatic Brain Injury. (2004). *Emergency Medical Service*. 44(5), 439-450.

Winchell, R.J. & Hoyt, D.B. (1997). Endotracheal intubation in the field improves survival in patients with severe head injury. *Archives of Surgery*, 132(6): 592-597.

Frågor om bakgrundsfakta

- Hur gammal är du?
- Hur länge har du jobbat som anestesisyjuksköterska?
- Antal verksamma år inom den prehospitala vården?

Huvudfråga

- berätta för mig om en situation då du prehospitalt intuberade en traumatisk skallskadad patient
- berätta för mig om en situation då du valde att "lasta och åk" istället för prehospital intubation gällande traumatisk skallskadade patienter

Följdfrågor

- När går det bra att besluta huruvida ni skall "lasta och åka" eller stanna och intubera?
- När är det svårt att besluta om huruvida ni skall "lasta och åka" eller stanna och intubera?
- Vad är viktigast i sammanhanget?
- Vad kan förbättras?

Hej!

Bilaga 2

Under vintern 2008 och fram till våren 2009 kommer en studie att genomföras. Detta brev är en förfrågan om ditt deltagande i denna studie. Medverkan är frivillig.

Studien har som syfte att beskriva hur prehospital anestesipersonal resonerar angående konflikten mellan intubation prehospitalt och "lasta och åk" vid traumatiska skallskador. Det tycks vara en konflikt mellan att "lasta och åka" och intubation prehospitalt, särskilt här i Stockholm där transportsträckan ofta är kort. I dag finns inga klara direktiv hur denna konflikt skall hanteras vi vet heller inte hur tjänstgörande anestesijuksköterskor förstår situationen.

Efter det att ni fått detta brev, kommer ni att bli uppringda och då kommer Ni bli tillfrågade om ni vill delta i studien. Ni behöver inte ge någon anledning till om ni inte vill vara med. Intervjun kommer att gå till på följande sätt, frågor kommer att ställas från ett förutbestämt formulär med ett antal frågor. Tidsåtgång för intervjun är beräknad till 30-45 minuter. Hela intervjun kommer att spelas in på band, endast undertecknad kommer att ta del av den inspelade intervjun.Handledaren kommer att ta del intervjuerna sedan de av aidentifierats. Intervjuerna kommer att ligga till grund för arbetet. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Med det menas att allt material kommer att aidentifieras, inget i texten kommer att kunna spåras till en specifik person eller arbetsplats.

Studien kommer att genomföras av Göran Gabrielsson. Handledare kommer att vara Eva Boström. Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående projektansvariga

Göran Gabrielsson

Handledare: Eva Boström

Till verksamhetschef

för --- Akutbilen i Sollentuna-----

Härmed anhålles om tillstånd att i uppsatsarbete, som ingår som del i utbildning vid Institutionen för vårdvetenskap och sociologi, Högskolan i Gävle, söka uppgifter enligt den beskrivning som ges nedan.

Kort beskrivning av studiens uppläggning

Introduktion

I Stockholm finns idag anestesijuksköterskor både i akutbilen och i "vanliga" ambulanser. Alla anestesijuksköterskor i akutbilen skall ha Pre-Hospital Trauma Lift support (PHTLS) utbildning. Enligt dessa riktlinjer skall anestesijuksköterskan överväga prehospital intubation vid svåra skallskador (GCS mindre än eller lika med 8). När avståndet till sjukhuset är kort uppstår en konflikt mellan att snabbt "lasta och åka" eller stanna på olycksplatsen och intubera patienten. Intubation prehospitalt sker inte riskfritt. Prehospitalt finns inte samma resurser avseende material och personal som det finns på sjukhuset. Arbetsmiljön kan även den försvåra arbetet, vid traumatiska skallskador kan patienten dessutom befinna sig i ett tillstånd då själva intubationen inte kan göras riskfritt. Intubation är dessutom tidskrävande. Är det bättre att "lasta och åka" snabbt till sjukhus, där kan intubationen ske mer säkert. Eller, är det bättre att stanna på plats och låta det ta lite extra lång tid och etablera en säker luftväg trots att det är mer riskabelt? Hur resonerar akutbilens anestesijuksköterskor?

Frågeställning

Hur uppfattar anestesijuksköterskorna, som arbetar i en akutbil i Stockholm, konflikten mellan att "lasta och åka" och prehospital intubation när det gäller patienter med traumatiska skallskador.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur prehospital anestesipersonal resonerar angående konflikten mellan intubation prehospitalt och ”lasta och åk” vid traumatiska skallskador.

Metod

Om Du accepterar studien skulle jag vilja, under vintern -08 och våren -09, intervjua anesthesjuksköterskor i akutbilen. Jag tänker först informera dem via ett brev och sedan ringa och fråga om de vill delta. Om de medverkar i studien kommer intervjutiden att vara begränsad till en 30-45 minuter. En intervjuguide kommer att användas till intervjun, där uppmanas intervjupersonen själv berätta om det valda fenomenet. I huvudsak kommer tre frågor att ställas i intervjun: När går det bra att besluta huruvida ni skall lasta och åka eller stanna och intubera patienten? När är det svårt att besluta ... ? Vad är viktigast i sammanhanget? Platsen ska vara en avskild plats så lugn och ro kan råda under själv intervjun. Intervjun kommer att spelas in. Inspelningen kommer sedan att skrivas ned ordagrant. Texten kommer sedan att läsas och analyseras och kommer att ligga till grund för resultatet.

Självklart kommer intervjumaterialet vara avidentifierat. Examinationsarbetet kommer att vara klart till sommaren -09, och om ni vill kommer jag gärna och redovisar studien på er enhet.

Urval

Tillsammans med enhetschefen kommer jag att välja ut tio anesthesjuksköterskor som arbetar i akutbilen. Medverkan är frivillig och informanterna kan när som helst avbryta sitt deltagande.

Etiska aspekter

Materialet kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att det endast är författaren till studien som kan identifiera informanterna.Handledaren kommer att ta del av några intervjuutskriften. Det kommer inte att gå att koppla någon specifik person med resultatet av det färdiga arbetet.

Studeraandes namn

Handledares namn

Göran Gabrielsson

Eva Boström

Tillstånd erhålles

Ja

Nej

Ort och datum

Verksamhetschef