



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SPECIALISTSJUKSKÖTERSORS STRESSHANTERING I SAMBAND MED INTERHOSPITALA TRANSPORTER

En kvalitativ intervjustudie

Annafrida Mark

Martin Millborg

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi- och intensivsjukvård.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Axel Wolf
Examinator:	Helen Elden

Sammanfattning

Titel:	Specialistsjuksköterskors stresshantering i samband med interhospitala transporter: En kvalitativ intervjustudie
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi- och intensivsjukvård 60 hp.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2014 – Vt 2015
Handledare:	Axel Wolf
Examinator:	Helen Elden
Nyckelord:	Anestesisjuksköterska, intensivvårdssjuksköterska, interhospitala transporter, stress, stresshantering, patientsäkerhet, intensivvårdskrävande patient

Bakgrund: Tidigare forskning har visat brister inom de interhospitala transporterna av patienter, samtidigt som antalet transporter kommit att öka i Sverige på grund av den rikssjukvård som bedrivs. Dels föreligger det tekniska risker i vården av patienterna under transporterna, dels upplever medföljande personal ofta stress och oros känslor i samband med dessa.

Syfte: Syftet med denna studie är att undersöka vilka strategier specialistsjuksköterskor använder sig av för att hantera sin stress i samband med interhospitala transporter.

Metod: Studien är kvalitativ och grundar sig på åtta semistrukturerade intervjuer av specialistsjuksköterskor, vilka analyserats enligt en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen kom att visa 15 subkategorier, fördelat på fyra kategorier, som speglar specialistsjuksköterskornas stresshanteringsstrategier. Kategorierna delades in i: reflektera i den akuta situationen, vara trygg i sig själv, skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö samt förbereda inför transport. Sjuksköterskorna betonade vikten av socialt stöd och ett nära samarbete med kollegor.

Slutsats: Specialistsjuksköterskorna har stor förmåga att hantera stress som kan uppstå i samband med interhospitala transporter. Genom att vidareförmedla kunskap angående stresshantering, kan mindre erfarna kollegor få insikt i hur de kan arbeta systematiskt och fokuserat även under pressande förhållanden, vilket kan öka patientsäkerheten.

Abstract

Titel: Specialist nurses' ability to cope with stress associated with interhospital transports

Keywords: Adaptation, critical care nurse, critical illness, nurse Anesthetists, patient safety, psychological, stress, transportation of patients

Background: Previous studies have shown deficiencies during interhospital transports, at the same time as these transports are increasing in Sweden. The deficiencies are derived from technical flaws concerning the equipment, and from the accompanying nurse specialist who experience stress and feelings of inadequacy.

Objective: The aim of this study is to examine what strategies the nurse specialists use when they experience stress during interhospital transports.

Design: A qualitative interview study.

Method: Semi structured interviews, with eight Nurse Anesthetics and Critical Care Nurses, analyzed with qualitative content analysis.

Results: The analysis revealed four categories describing how the specialist nurses cope with stressful situations during interhospital transports. The categories were divided into: reflecting in the emergency situation, raising ones self-esteem, establishing an optimal work environment in the ambulance and follow up with appropriate preparations. The nurses emphasized the importance of social support and close cooperation with colleagues.

Conclusion: Nurse specialist have good ability to cope in stressful situations associated with interhospital transports. When giving knowledge about problem focused strategies and emotional focused strategies to less experienced colleagues, they obtain insight in their own ability to work systematically and focused during interhospital transports.

Förord

Vi vill ta tillfället i akt att rikta ett stort tack till deltagare som medverkat och möjliggjort denna uppsats. Den vänlighet och förståelse ni visat oss studenter gör att vi båda känner stolthet över att i framtiden få bli era kollegor. Vi hoppas att våra intervjuer varit lika givande för er som de har varit för oss. Även stort tack till verksamhetschefer, vårdenhetschefer och övriga personer som bidragit med hjälp och information inför och under uppsatsens gång.

Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare Axel Wolf, som stöttat oss med kunskap, tankar och idéer samt bidragit med positiv inspiration när vi stött på motgång.

Slutligen vill vi även rikta ett tack till våra nära och kära. Vårt humör har inte alltid varit på topp under detta halvår men ni har alltid stöttat oss i både med- och motvind.

Martin Millborg & Annafrida Mark

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Interhospitala transporter	1
Historik	1
Orsaker till interhospitala transporter	1
Intensivvårdskrävande patient	2
Val av transportmedel	2
Interhospitala transportteamet.....	3
Vårdmiljön i ambulanser.....	3
Riskfaktorer under interhospital transport	4
Intensiv- och anestesijuksköterskan.....	4
Teoretisk ram	5
Patientsäkerhet	5
Tidigare forskning	7
Problemformulering.....	7
Syfte	7
Metod	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Etiskt övervägande	10
Resultat	10
Att skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö.....	12
Att förbereda inför transport.....	13
Att reflektera i den akuta situationen.....	14
Att vara trygg i sig själv	14
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	18
Att skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö.....	18
Att förbereda inför transport.....	19
Att reflektera i den akuta situationen.....	20
Att vara trygg i sig själv	20

Konklusion	21
Klinisk tillämpning och implikation	21
Referenslista	23
Bilaga 1	26
Bilaga 2	28
Bilaga 3	29

Inledning

Patienttransporter mellan sjukhus, även kallat interhospitala transporter, har mer än fördubblats i Sverige de senaste sex åren. Statistik från 2013 visar att 1.63 procent av Sveriges intensivvårdspatienter stod i behov av en interhospital transport under vårdtiden. Anledningen till denna ökning är på grund av den rikssjukvård som bedrivs i Sverige. Interhospitala transporter av intensivvårdspatienter är förenat med stora risker för patienterna och är en källa till oro hos medföljande specialistsjuksköterskor. Specialistutbildad personal arbetar i krävande miljöer med kritiskt sjuka, vilket kan innebära en lägre grad av patientsäkerhet, eftersom tempo och tidspress har visat sig vara uttalade riskfaktorer. Internationellt har det skett ett ökat intresse av interhospitala transporter och tidigare studier tyder på att många länders sjukvårdssystem uppvisar stora brister i patientsäkerheten vad gäller omvårdnaden i sina transporter. Bristerna har lett till en pågående multinationell studie av European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) som syftar till att kartlägga teamets upplevelser av patientsäkerhet kring interhospitala transporter.

Bakgrund

Interhospitala transporter

Historik

De ursprungliga patienttransporterna ägde rum redan under 1800-talets krig då en man vid namn Dominique Jean Larrey som insåg värdet av triagering och snabb transport av skadade soldater till medicinska anläggningar. Under Korea- och Vietnamkrigen fick helikoptertransporterna sitt genombrott då skadade soldater i stor utsträckning behövde evakueras (Blakeman & Branson, 2013). Sedan Vietnamkriget har det inte skett några större innovationer kring transportmedel, utan fokus har istället legat på innovationer vad gäller omvårdnad och patientsäkerhet. I mitten av 1970-talet togs nya behandlingsmetoder fram kring den mekaniska ventileringen av patienter. PEEP (Positive end-expiratory pressure) som motverkar lungkollaps i samband med respiratorvård, kom att revolutionera säkerheten bland patienterna och banade väg för att kunna vårda kritiskt sjuka patienter under luftburen och markburen transport. United States Military Health System kom att bli pionjärer inom intradisciplinära team och standardvårdplaner då de i början av 1980-talet kom att lägga allt mer fokus på hur patienter skulle kunna göras mer mobila (Carlton Jr & Jenkins, 2008).

Orsaker till interhospitala transporter

Rikssjukvårdsnämnden har, på uppdrag av regeringen, till uppgift att utse vilka sjukhus som ska bedriva rikssjukvård i Sverige. Med rikssjukvård menas att ett sjukhus bedriver en högspecialiserad sjukvård med hela riket som upptagningsområde. Högspecialiserad sjukvård kännetecknas av att sjukhuset har en framskjuten position inom ett specifikt medicinskt område och syftar till att ge en effektiv sjukvård med hög kvalitet (Socialstyrelsen, 2011). I

takt med att vården i Sverige blivit alltmer specialiserad har även antalet ambulanstransporter mellan sjukhusen kommit att öka. Svårt sjuka patienter kan komma att förflyttas mellan sjukhus då de är i behov av specialiserad vård som inte kan ges på det ursprungliga sjukhuset (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund, 2010; van Lieshout, de Vos, Binnekade, de Haan, Schultz & Vroom, 2008).

Intensivvårdskrävande patient

Intensivvård definieras som en icke sällan livshotande situation där patientens tillstånd kräver en kontinuerlig och noggrann övervakning samt att med hjälp av teknisk apparatur och regelbunden medicinering upprätthålla normal kroppsfunction (Intensive Care Society [ICS], 2015). I Sverige ses intensivvård som en vårdnivå och inte som en vårdplats vilket innebär att en patient som vårdas på en intensivvårdsavdelning, exempelvis postoperativt, inte nödvändigtvis uppfyller kriterierna som intensivvårdspatient (SIR, 2014).

Intensive Care Society (2015) delar upp vård i fyra nivåer. Dokumentet där detta beskrivs är under uppdatering men gäller fortsatt som riktlinje. Vårdnivå noll innebär att patientens vårdbehov uppnås på en sedvanlig vårdavdelning. Första nivån innebär att patienten riskerar att försämras och kan behöva stöttning av ett mobilt intensivvårdsteam. Andra nivån omfattar mer avancerad omvårdnad och kan innebära vård av patienter som behöver optimeras inför en operation. Cirkulation, njurar och lungfunktion stabiliseras och patientens vitalparametrar övervakas med hjälp av avancerad monitorering. Patienter hos vilka det föreligger risk för postoperativa komplikationer eller de som måste reopereras befinner sig även de på vårdnivå två. Vidare inkluderas patienter som vårdas för svikt i ett enskilt organ eller erhåller en lägstanivå av ventilatorbehandling med till exempel CPAP (kontinuerlig övertrycksbehandling), eller som intuberats för att säkra luftväg men som andas utan att få hjälp av mekanisk ventilation. Tredje nivån innebär behov av invasivt mekanisk respiratorvård samt att patienten behöver stöttning att upprätthålla funktionen i minst två organ på grund av svikt i dem. Nivå två och tre uppfyller kriterierna för intensivvård.

Val av transportmedel

Ambulanstransporter delas in i tre kategorier: primära, sekundära och intrahospitala. Primära transporter kallas även för prehospitla transporter, då patienten transporteras från olycksplats till sjukhus. Sekundära transporter omfattar de interhospitala transporterna, då patienten förflyttas mellan sjukhus medan de intrahospitala transporterna innebär att patienten förflyttas mellan verksamheter inom samma sjukhus (Mackintosh, 2006).

I Sverige kan en interhospital transport ske genom vägburen ambulans, helikopter eller flygplan. Baserat på kostnader rekommenderas vägburen transport upp till 250 kilometer (Brändström, Winsö, Lindholm & Haney, 2014). Innan en interhospital transport genomförs bör fördelarna med en förflyttning till annan vårdinstans noga vägas mot de potentiella risker som en transport medför. Anses patienten kunna erhålla en likvärdig vård oavsett sjukhus bör en interhospital transport ifrågasättas då varje enskild transport medför stora risker (Warren et

al., 2004; Ligtenberg, Arnold, Stienstra, van der Werf, Meertens, Tulleken & Zijlstra; 2005; van Lieshout et al., 2008; Blakeman & Branson, 2013).

Interhospitala transportteamet

En interhospital transport av en intensivvårdskrävande patient ska alltid bestå av ett transportteam på minst tre personer, varav två ska sitta bak hos patienten (Warren et al., 2004; Gustafsson et al., 2010; Blakeman & Branson, 2013). Strukturen på teamet kan dock variera nationellt och internationellt. Vanligen består transportteamet av ambulanssjuusköterskor tillsammans med en anestesijuusköterska eller en intensivvårdssjuusköterska och ibland kan även en läkare medfölja på transporterna (Blakeman & Branson, 2013; Gustafsson et al., 2010; Mackintosh, 2006; Warren et al., 2004). Anledningen till att en specialistsjuusköterska inom anestesi eller intensivvård åker med, utöver ordinarie ambulanspersonal, är bland annat på grund av deras omvårdnadskompetens inom avancerad luftvägshantering och kännedom om avancerad monitorering och medicinska åtgärder (Warren et al., 2004; Blakeman & Branson, 2013).

Enligt Intensive Care Society (2011) finns det studier som visar att speciellt utformade interhospitala transportteam medför en högre patientsäkerhet vid transport av intensivvårdskrävande patient. Intensive Care Society (2011) menar att oerfarna specialistteam, som sätts samman inför varje enskild transport, löper större risk att begå misstag vid kritiska situationer. Enligt Socialstyrelsens författningssamling [SOSFS] (2009:10) är det vårdgivarens ansvar att sjukvårdspersonalen har rätt kompetens för att kunna genomföra ett säkert ambulansuppdrag. Vid interhospitala transporter är det den medicinskt ansvariga läkaren från det avsändande sjukhuset som bär ansvaret tills patienten är framme vid den nya vårdenheten. Inför transporten ska den medicinskt ansvariga läkaren ha gett skriftliga ordinationer beträffande medicin och behandling som patienten ska erhålla om det medicinska läget förändras (SOSFS 2009:10). Det skall även finnas tydliga direktiv kring vilken läkare personalen ska kontakta om medicinska problem uppstår under pågående transport (Warren et al., 2004).

Vårdmiljön i ambulanser

En ambulans skall vid en interhospital transport innehålla likvärdig monitorering som vårdenheten där patienten transporteras från (ICS, 2011). Warren et al. (2004) har i sina riktlinjer beskrivit vilken grundläggande utrustning och läkemedel som ska tillhandahållas i en ambulans för att optimera patientsäkerheten under en interhospital transport. Tonvikt ligger på utrustning för luftväg och syresättning samt medicinering för att upprätthålla ordinerade målvärden på vitalparametrar. I Socialstyrelsens författningssamling beskrivs vilka situationer en svensk vägburen ambulans skall vara utrustad för, men någon djupare beskrivning kring exakt utrustning finns inte. Vårdutrymmet ska vara dimensionerat så att patientens omvårdnadsbehov kan tillgodoses (SOSFS 2009:10). Detta ställer krav på transportteamet då

utrustningen måste minimeras på grund av det begränsade vikt- och vårdutrymmet (Gustafsson et al., 2010).

Risikfaktorer under interhospital transport

Mackintosh (2006) fastslår att vårdmiljön under en interhospital transport inte kan jämföras med den trygghet som återfinns på en intensivvårdsavdelning, varken för patient eller personal. Detta illustreras i Gustafssons et al. (2010) studie där begreppet säkerhetsbrister, beträffande vårdmiljön under interhospitala transporter, återkom vid upprepade tillfällen under 30 intervjuer. Oron hos medföljande personal berörde både trafiksäkerhet, patientens säkerhet samt deras egen säkerhet. Dessa tre begrepp belyses även i en kvantitativ studie gjord av Droogh, Smit, Hut, de Vos, Ligtenberg och Zijlstra (2012) som visade att 55 tekniska problem uppstod under 353 transporter. Problemen som uppstod kunde i huvudsak härledas till ström- och gasförsörjning med påföljande ventilatorproblem, samt trafiksäkerhet. Studien synliggjorde brister i samband med interhospitala transporter vilka kunde utgöra ett direkt hot mot både patientsäkerheten och personalsäkerheten.

Bristerna i patientsäkerheten återspeglar sig även i Ligtenbergs et al. (2005) studie som visade att 37 procent av patienterna som genomgick en interhospital transport uppvisade försämringar i sina mätvärden när de anlände till det nya sjukhuset. Det mest anmärkningsvärda med artikeln är att upp emot 70 procent av incidenterna under transporter kunde ha undvikits genom noggrannare planering av medföljande personal, bättre kommunikation mellan sjukhusen och att striktare följa de lokala riktlinjerna. Gustafsson et al. (2010) belyser hur specialistsjuksköterskor upplevde frustration beträffande dålig kommunikation mellan sjukhusen samt mellan transportteamet och läkaren. Även förberedelserna inför transporten visade sig vara undermåliga då det framkom att riktlinjer var bristfälliga och arbetsuppgifterna för respektive medföljande sjuksköterska var otydliga.

Intensiv- och anestesijuksköterskan

Specialistsjuksköterska med inriktning mot anestesijukvård eller mot intensivjukvård är skyddade yrkesbeteckningar sedan 2001. Det innebär att en legitimerad sjuksköterska har genomgått en specialistutbildning och avlagt en magisterexamen. Mellan intensivvårdssjuksköterskor och anestesijuksköterskor finns likheter vad gäller vilka arbetsplatser som kan vara aktuella. En anestesijuksköterska är vanligtvis anställd på en operationsavdelning och en intensivvårdssjuksköterska på en intensivvårdsavdelning, men i övrigt kan kompetenserna återfinnas inom bland annat prehospitalet vård, skade- och katastrofplatser, akutmottagningar, pre- och postoperativa avdelningar samt internationella humanitära hjälporganisationer (Riksföreningen för anestesi och intensivvård [RFAI], 2012a, 2012b).

Enligt anestesi- och intensivvårdssjuksköterskors kompetensbeskrivning omfattas deras kompetensområde av avancerad omvårdnad och de behöver kunna bemöta kris- och

sorgereaktioner hos både patient och anhöriga. En stor del av arbetet innebär att monitorera och hantera medicinteknisk utrustning på ett korrekt sätt, samt att utföra kontroller av apparaturen och kunna åtgärda enklare felkällor (RFAI, 2012a, 2012b).

Kompetensbeskrivningen påtalar även att en anesthesi- och intensivsjuksköterska måste kunna arbeta problemlösande, ta initiativ, samt kunna organisera ett förändrat scenario.

Anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskan skall ha handlingsberedskap för förändringar i patientens tillstånd och kunna upprätthålla fri luftväg samt vid behov kunna handventilera patienten. Hanteringen och administrationen av potenta läkemedel skall dels kunna genomföras på egen hand utifrån generella ordinationer eller utifrån specifika ordinationer från ansvarig läkare. Ledarskap är en given del av specialistsjuksköterskans arbete. Är det så att akuta försämringar tillstötter vad gäller patientens tillstånd skall specialistsjuksköterskan kunna prioritera och snabbt besluta om åtgärd. Detta innebär att hen måste kunna delta och organisera teamarbetet kring patienten, vilket i sin tur innebär att en specialistsjuksköterska behöver kunna systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna vårdarbetet inom sitt yrkesområde (RFAI, 2012a, 2012b).

Teoretisk ram

Litteratur visar att interhospital transport av intensivvårdskrävande patient ofta är en källa till stress för medföljande specialistsjuksköterska. Kärnkompetensen som utkristalliserat sig under arbetets gång är patientsäkerhet, vilken kan försämrars då vårdpersonal arbetar under stress (Berland et al., 2007). Följande studie kommer att undersöka sambandet mellan begreppen patientsäkerhet, stress och specialistsjuksköterskors stresshantering.

Patientsäkerhet

Som begrepp innefattar patientsäkerhet ett flertal aspekter. Idag rymmer begreppet dels ett eget kunskapsområde där involverade strävar efter att uppnå tillförlitliga system och dels ses det som en egenskap inom hälso- och sjukvård. Säkert arbete med patient går inte att isolera till den enskilda individen som utför vårdhandlingen, utan handlar också om att se hur samverkan mellan styrande instanser kan få konsekvenser på till exempel avdelningsnivå (Ödegård, 2013). Föreliggande studie kommer att fokusera på individens handlingar, då de svarar närmast mot studiens syfte.

De vanligaste tillbudena då patientsäkerheten äventyras handlar om felaktig läkemedelshantering där bristande kommunikation och den mänskliga faktorn ses vara huvudorsakerna (Fyhr & Hiselius, 2013). Risken ökar i akuta situationer där det är viktigt att arbeta snabbt och personalen utsätts för tidspress (Berland, Natvig & Gundersen, 2007), där tydliga riktlinjer och att individen känner ett kollegialt stöd är säkrande faktorer. En avdelningskultur där personal inte vågar fråga av risk att bli kallad för okunnig kan få förödande konsekvenser (Fyhr & Hiselius, 2013).

När en sjuksköterska skall fatta ett beslut tar hen antingen medvetet eller omedvetet med i beräkningen vilka resurser som krävs i situationen. Beslutets karaktär, mål och tid vägs mot tillgängliga resurser vilka kan vara fakta, kunskaper och tillgänglig mängd tid. Upplever sjuksköterskan i fråga att det föreligger brist på någon av faktorerna, till exempel tidspress, sker en anpassning till situationen. Vid tidsbrist kan detta innebära att fatta beslut utan att väga in alla fakta eller att försöka arbeta snabbare för att hinna med (Svensson & Edland, 2013). Forskare har sett en koppling mellan stressande arbetsituationer och lägre grad av patientsäkerhet, där specialistsjuksköterskor nämner risker som att inte hinna kontrollera utrustning ordentligt eller att inte hinna förbereda läkemedel så noggrant som de skulle behöva (Berland et al., 2007).

Begreppet stress kan sägas innehålla tre områden enligt Almén (2007): Utlösande stressorer, stressresponser och stresssymptom. I vilken utsträckning personen som utsatts för stressorer utlöser stressresponser och sedermera utvecklar stresssymptom beror på personens individuella resurser. Individens resurser delas enligt Karlsson (2007) grovt in i kunskaper, inre resurser och socialt stöd. Kunskap har i studier visat sig ha god inverkan på människors självbild och individer stärks av känslan att man kan förklara och förstå sin omvärld. Inre resurser beskrivs som den uppsättning och kombination av bland annat antaganden, känslor och tankar, som är typiska för var enskild individ. Socialt stöd visar sig genom att individen erhåller omtanke och förtroende, praktisk hjälp och råd av kollegor, vänner och familj (Karlsson, 2007). Ett kollegialt stöd som stresshanteringsmetod påtalas av specialistsjuksköterskor i ett flertal studier, där det kan handla om att mindre rutinerad personal söker stöd i erfarna kollegor (Berland et al., 2007), eller att stressade situationer anstränga sig extra mycket för att stötta varandra (Moszczyński & Haney, 2002).

Lazarus och Folkman (1984) sammanställde aktuell forskning på 1980-talet. Teorin de formulerade kom att bli nyskapande och är fortsatt relevant inom psykologin. De ansåg att personer som utsätts för stress, kommer att svara på stressorn beroende på hur de uppfattar och tänker kring den. Initial reaktion kommer att avgöra vilken slags stresshantering personen i fråga kommer att använda sig av för att klara av situationen. De har ringat in följande strategier som metoder för stresshantering:

En problemfokuserad strategi innebär; att skapa en handlingsplan, att be om hjälp och aktivt försöka förändra den stressfulla situationen.

En känslufokuserad strategi innebär; att kunna påverka sitt känslomässiga gensvar genom att omvärdera situationen, ta emot kollegialt mentalt stöd samt att söka stöd i religion och på så sätt känna sig tryggare i sig själv.

Både problemfokuserad och känslufokuserad strategi återfinns hos specialistsjuksköterskor inom vården, vilket bland annat visas i studien av Moszczyński och Haney (2002) där de beskriver hur de hanterade stressen de upplevde vid vård av traumapatienter.

Anestesisjuksköterskor i Virginia, USA, nämner stressorer som till exempel ledningsorganisation, personalbrist, arbetsmiljö, oväntat förlopp med patienter och

administrativt arbete. Sjuksköterskorna använde både problemfokuserade och känslufokuserade stresshanteringstrategier som till exempel att diskutera situationen med kollegor eller att vända sig till sin tro (Perry, 2005).

Tidigare forskning

Tidigare forskning beträffande stresshantering i samband med interhospitala transporter förefaller vara mycket begränsad och nationella riktlinjer för interhospitala transporter inom Sverige förekommer inte. Även Gustafsson et al. (2010) har efterfrågat tydligare riktlinjer beträffande interhospitala transporter. En riktlinjersanknuten studie som författarna funnit var Warrens et al. (2004) studie, som i sitt resultat påtalar att patientsäkerheten under interhospitala transporter hänger nära samman med hur välorganiserad förflyttningen är gällande personal och utrustning. Intensive Care Societys (2011) riktlinjer beträffande interhospitala transporter förefaller dock vara återkommande i tidigare studier (Blakeman & Branson, 2013; Gustafsson et al., 2010 & Mackintosh, 2006).

Forskning har påvisat stress hos medföljande personal samt säkerhetsbrister för både personal och patient. Vidare har forskare påpekat att det kan finnas ett samband mellan stress och lägre grad av patientsäkerhet (Berland et al. 2007). Bristen på forskning inom interhospitala transporter har lett fram till en pågående multinationell studie, vars syfte är att synliggöra kritiska incidenter i samband med interhospitala transporter som kan leda till en tryggare transport för både personal och patient (ESICM, 2014).

Problemformulering

Interhospitala transporter i Sverige har mer än fördubblats de senaste sex åren och forskningen kring dessa transporter är begränsad. Tidigare studie har påvisat att sjuksköterskor har förmåga att använda sig av strategier för att kunna hantera krävande situationer. Dessa strategier synliggörs även hos ambulanspersonal i deras prehospitala arbete. Ambulanstransporter i sig kan således antas vara förenat med hög stress och transportererna medför risk för försämrad patientsäkerhet. Flera studier framhäver att oron hos medföljande personal under ambulanstransporter är ett område som borde belysas mer.

På grund av de stressande uppdrag en interhospital transport ter sig vara är det relevant att undersöka hur erfarna specialistsjuksköterskor hanterar stress i samband med interhospitala transporter, och om strategierna de använder kan sammankopplas med tidigare beskriven forskning inom stresshantering.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka vilka strategier specialistsjuksköterskor använder sig av för att hantera stress i samband med interhospitala transporter.

Metod

Design

Specialistsjuksköterskors sätt att hantera stress under interhospitala transporter beskrivs genom en kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats. Genom en kvalitativ intervjustudie kan mänskliga beteenden lättare studeras och analyseras utifrån forskningspersonernas subjektiva upplevelser. Induktiv ansats innebär att fenomen kommer att undersökas förutsättningslöst (Polit & Beck, 2012).

Urval

Följande studie har genomförts på två sjukhus inom västra Sverige. Kontakt togs med samtliga sjukhus inom vald region för att närmare undersöka hur upplägget såg ut kring deras interhospitala transporter vad gällde medföljande personal samt val av transportmedel.

Efter att två sjukhus valts ut användes ett strategiskt urval av intervjupersoner. därmed kunde en större variation av upplevelser av fenomenet beskrivas utifrån en spridning i kön och yrkeserfarenhet (Polit & Beck, 2012). Polit och Beck (2012) menar att det är svårt i kvalitativa studier att förutse vilken storlek på urvalet som krävs men omfattningen av syftet ska användas som en vägledning. Tio specialistsjuksköterskor, jämt fördelade mellan anestesi och intensivvård, ansågs vara ett tillräckligt antal. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha en specialistutbildning inom intensivvård eller anestesi och ha medverkat under minst två vägburna transporter. Deltagare som hade en pågående tjänstgöring inom ambulans exkluderades, då författarna ansåg att deras förförståelse kunde påverka resultatet. Först efter att respektive verksamhetschef och vårdenhetschef informerats kring studien och därefter gett sitt samtycke (se bilaga 2) kunde de välja ut lämpliga intervjukandidater.

Verksamhetscheferna kom därmed att bli något som Polit & Beck (2012) definierar som ”gate-keeper”. Därefter skickades Forskningspersoninformation (FPI) (Se bilaga 1) ut till intresserade specialistsjuksköterskor där information kring studiens syfte och genomförande presenterades. Om personerna därefter fortfarande var intresserade ombads dessa att kontakta författarna via e-post eller telefon.

Datainsamling

För att säkerställa att den kvalitativa datainsamlingen genererade rikligt med data om fenomenet valdes semistrukturerade intervjuer, vilka genomfördes med hjälp av en intervjuguide. Semistrukturerade intervjuer beskrivs enligt Polit och Beck (2012) som en genomarbetad intervjumall där intervjuaren kan säkerställa att huvudfrågorna ställs i samtliga intervjuer. Intervjuguiden innehöll tio frågor (se bilaga 3) och följdfrågor ställdes för att förtydliga svaren. Innan intervjuerna påbörjades genomfördes två testintervjuer med två specialistsjuksköterskor för att pröva relevansen av huvudfrågorna. Inför varje intervju presenterade sig intervjuarna som sjuksköterskor under pågående magisterutbildning.

Studiens syfte och intervjuens upplägg presenterades muntligt och eventuella frågor från specialistsjuksköterskan besvarades. Intervjuerna genomfördes under avskilda förhållanden på deras egen arbetsplats. De informerades om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. I samtliga intervjuer ställdes frågorna i en förutbestämd ordning enligt den framställda intervjuguiden (bilaga 3). Intervjuerna började med att intervjuaren bad specialistsjuksköterskan att återberätta en situation som hen upplevde stressande, varpå samtalen belyste fenomenet ur olika infallsvinklar. Insamlingsmetoden hade därmed influenser från critical incident tekniken (CIT) men till skillnad från CIT där fokus handlar om antalet incidenter (Schluter, Seaton & Chaboyer, 2007) belyste intervjun en incident. Samtliga intervjuer ljudinspelades för att därefter, snarast efter varje enskild intervju, transkriberas.

Dataanalys

Datamaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). I en dataanalys kan fokus ligga på det manifesta eller latent innehåll. Med manifest innehåll hamnar fokus på det som informanten uttrycker, det vill säga det uppenbara i innehållet. Latent innehåll flyttar fokus från det uppenbara till det mer abstrakta och därmed görs en djupare tolkning av det som uttrycks. Oavsett angreppssätt kommer en viss tolkning av olika djup behöva göras vilket kommer att speglas i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Datamaterialet lästes igenom av båda författarna upprepade gånger tills en djupare förståelse uppnås. Därefter skedde en genomgripande analys av innehållet. Först identifierades meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte. För att finna dessa meningsbärande enheter togs hela intervjun i beaktande, vilket innebär att intervjun måste vara tillräckligt stor för att kunna ses som en helhet men samtidigt tillräckligt koncentrerad för att inte förlora sitt sammanhang. Citaten kondenserades därefter till lättöverskådliga enheter utan att kärnan i innehållet förlorades. Genom att göra denna kondensering underlättades kodningen, vilket innebar en kort beskrivning av den meningsbärande enhetens innebörd. Koderna kan ses som en textnära tolkning av vad som faktiskt uttrycks i intervjun. Efter detta jämfördes koderna utifrån likheter och olikheter för att därefter grupperas i subkategorier och kategorier. Kategorier kan ses som kodernas sammanhängande tråd och ger en deskriptiv syn på dess innebörd och uttrycks som det manifesta innehållet i studien. Denna kategoriseringsprocess präglades av reflektion och diskussion mellan författarna tills en enhällighet mellan dem uppnåddes. Slutligen kan teman formuleras utefter kategorierna. Teman kan ses som den underliggande mening som präglats genom samtalen och uttrycks som det latent innehåll ur texten (Graneheim & Lundman, 2004). Med hänseende till studiens omfattning utelämnades den latent tolkningen och analysprocessen ledde fram till kategorier. Exempel på analysen anges i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på studiens analysmetod av intervjuerna

Meningsbärande enhet	Kondenserande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
...för jag kände att om jag fokuserar på tekniken som är mitt område, så tar du ett blodtryck.	Om jag fokuserar på mitt område, så tar du ett blodtryck.	Ansvarsfördelning	Sjuksköterskan hanterar stress genom att upprätta tydliga ansvarsområden	Att skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö

Etiskt övervägande

Helsingforsdeklarationen sammanställdes 1964, och är det första grundläggande dokumentet som klargör forskarens skyldigheter inom biomedicinsk forskning där människor ingår (Codex, 2014). Sveriges Etikprövningslag (SFS 2003:460) specificerar ytterligare riktlinjer som skall följas vid forskning som avser människor, där Europarådets konvention för skydd av mänskliga rättigheter beaktas. Lagen säger att deltagare skall erhålla fullständig information om studien, de skall ge sitt samtycke och de medverkar frivilligt. Inga personuppgifter får röjas och det skall inte vara möjligt att identifiera deltagare då sammanställt material publiceras. Deltagare får när de vill och utan att behöva ange orsak avsluta sitt deltagande. Studiens resultat får endast användas till det som angavs i dess syfte. En viktig lag att ta hänsyn till i all forskning är personuppgiftslagen, som definierar hantering och behandling av individers personuppgifter (SFS 1998:204).

Verksamhetschef på aktuella arbetsplatser har tillfrågats och informerats skriftligt om vår intervjustudie. Deltagarna har informerats skriftligt och muntligt om studiens syfte och metod, samt hur dess data kommer att analyseras (Se FPI, bilaga 1). De har gett sitt medgivande att delta i studien och är informerade om sin möjlighet att när som helst avbryta deltagandet. Etikprövningslagen (SFS 2003:460) påtalar att forskning inom högskoleutbildning på avancerad nivå inte omfattas av dess regler, varför tillstånd av etikprövningsnämnd ej behövs sökas. I den här situationen är det istället handledaren som kontrollerar detta. Nyttan med studien bedöms överväga eventuella risker. En risk kan vara att specialistsjuksköterskor kan uppleva det obehagligt att berätta om sina eventuella stresshanteringsbrister, men en beskriven fördjupad kunskap inom specialistsjuksköterskors stresshantering kan medföra att andra specialistsjuksköterskor kan hantera sin stress i samband med interhospitala transporter bättre. Även annan vårdpersonal kan ha nytta av kunskaperna i stressande vårdssituationer både på vårdavdelningar och akutvårdsavdelningar

Resultat

Resultatet baseras på åtta intervjuer. Två intervjuer kom att exkluderas då de inte uppfyllde inklusionskriterium om antal genomförda interhospitala transporter. Respondenterna bestod av fem anestesijuksköterskor och tre intensivvårdssjuksköterskor. Två var män och sex

stycken var kvinnor. Antal år de varit verksamma som specialistsjuksköterskor varierade mellan 3-16 år och antalet transporter de vårdat patienter varierade från <5-20.. För karakteristika av informanterna, se tabell 2.

Tabell 2. Demografisk data över deltagare i studien. K = kvinna, M = man.

	Anestesi	IVA	Anestesi	IVA	Anestesi	Anestesi	Anestesi	IVA
År inom anestesi/IVA	7	4	16	8	8	6	3	15
Antal transporter	10-15	10-15	>20	<5	15-20	10-15	5-10	>20
Kön	M	K	K	K	K	M	K	K

Innehållsanalysen av intervjumaterialet resulterade i 15 subkategorier fördelat på fyra kategorier. Kategorierna är: att reflektera i den akuta situationen, att vara trygg i sig själv, att skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö samt att förbereda inför transport. Resultatet i sin helhet presenteras i tabell 3. Kategorierna kommer att presenteras var för sig och illustreras med hjälp av citat från intervjupersonerna.

Tabell 3.

Subkategori	Kategori	
Sjuksköterskan hanterar stress genom att skapa struktur	Att skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö	
Sjuksköterskan hanterar stress genom att upprätta tydliga ansvarsområden		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att optimera patienten inför transport	Att förbereda inför transport	
Sjuksköterskan hanterar stress genom att använda bekant utrustning		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att praktiskt förbereda sig		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att säkerställa möjlig kontakt med läkare		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att föreställa sig potentiella riskscenarior		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att agera med eftertanke		Att reflektera i den akuta situationen
Sjuksköterskan hanterar stress genom att fatta beslut och agerar därefter		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att avdramatisera situationen		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att tänka rationellt		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att fokusera på det genomförbara		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att fokusera på sin arbetsroll i aktuell situation	Att vara trygg i sig själv	
Sjuksköterskan hanterar stress genom att ha självinsikt		
Sjuksköterskan hanterar stress genom att känna stöd från kollegor och anhöriga		

Att skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö

För att uppnå en god arbetssituation i en stressfylld och ovan miljö påpekade specialistsjuksköterskor att de kunde minska stress genom att skapa en struktur och ordning i sin nya omgivning. Det handlade om att hitta fasta punkter som att veta var material fanns och att de såg till att det fanns tillräckligt med utrymme för att möjliggöra medicinska åtgärder.

...försöka skapa någon form utav ordning där man har kontroll.

Ytterligare en aspekt kring arbetsmiljön i ambulansen var att fördela ansvaret tydligt. Det framkom att det var viktigt med tydliga ansvarsområden redan inför transporten. Genom en dialog försäkrade sig specialistsjuksköterskor om att alla var införstådda i patientens situation och därmed strävade mot ett gemensamt mål.

Så det hade ju vart en kvalitetssäkring i själva transporten att veta att det här är mitt ansvarsområde och det här är ditt ansvarsområde och händer det någonting här så kan jag hjälpa dig med det här.

Vinsten med den tydliga ansvarsfördelningen blev att specialistsjuksköterskan inte behövde ta på sig mer ansvar än nödvändigt i den akuta situationen och att hen därmed kunde fokusera på sin uppgift.

Jag behöver inte ta på mig mer än vad jag ska. Jag kan mina pumpar och det jag har med mig, resten kan de. Det är jag jättetrygg med.

Att förbereda inför transport

Ett återkommande ämne under intervjuerna var att förbereda sig både praktiskt och mentalt inför transporterna och därmed undvika eller lättare hantera stress som kunde uppkomma i givna situationer. Flertalet av specialistsjuksköterskorna redogjorde hur de gick igenom tänkbara situationer som kunde uppstå, ibland själv och ibland med inblandade kollegor, för att därmed lättare kunna lösa de potentiella problemen.

Jag förbereder mig nu på ett annat sätt och försöker tänka ut vad som kan hända. Vad behöver jag då och vad gör jag då? Jag försöker tänka ut strategier i förväg om något händer.

Specialistsjuksköterskorna tog upp vikten av att optimera patienten inför transport, att det är av största vikt att hinna skapa sig en överblick och på det sättet kunna göra en riskbedömning. Förelåg det riskfaktorer såg de till att åtgärda dem i största möjliga mån för att kunna minska risken för komplikationer under färden.

Kan man se riskerna för intubation under transport, då intuberar man före.

För att förbereda sig optimalt ingick det även att samarbete med läkare.

Specialistsjuksköterskorna menade att det var en trygghet att redan innan, i lugn och ro, kunna gå igenom doser av respektive läkemedel som kunde komma att användas på den specifika patienten.

Vi hade också gjort upp en plan, angående vilka läkemedel och ungefär vilka doser om jag behövde söva och intubera, så det var klart innan.

Specialistsjuksköterskorna pratade om en förlust av kontroll då de arbetade med utrustning som var obekant för dem. För dem handlade det om att känna sig bekväm med utrustningen vilket gav dem en känsla av trygghet. På deras avdelning fanns en färdigpackad väska vilket de såg till att utnyttja, då de upplevde att de inte visste vad de hade tillgång till i ambulansen.

...när ambulanssjuksköterskan försökte koppla upp deras övervak och jag sa "nej, jag ska ha mitt". Det låter kanske otrevligt men i slutändan så är det jag som ansvarar för patienten, jag vill gärna ha... kontroll.

Att reflektera i den akuta situationen

Under intervjuerna beskrev specialistsjuksköterskorna att de medvetet stannade upp för att få överblick i den akuta situationen. Det framkom att de genom detta tillvägagångssätt lättare kunde fokusera och därmed fatta färre oöverlagda beslut. Under den stund som specialistsjuksköterskorna stannade upp, upplevdes sekunderna som långa men med erfarenhet kunde de se värdet med denna strategi.

Man vinner alltid på att stanna till och tänka efter, om det så bara är 30 sekunder.

Avsaknaden av en plan eller genom att överväga sina möjliga åtgärder utan att kunna fatta ett beslut upplevdes av några informanter som en tydlig stressfaktor. Specialistsjuksköterskorna beskrev att oavsett om beslutet ansågs vara optimalt eller inte kändes det många gånger lugnande att kunna agera efter att ett beslut var taget.

Det är klart man fortfarande har höga stressnivåer men då gör man någonting med kroppen och det brukar kännas bättre, att man gör någonting man känner igen, som man kan.

Återkommande var att förlorad kontroll i den akuta situationen orsakade stress och några specialistsjuksköterskor menade att de strävade efter att återfå denna kontroll. Flertalet tog upp att de medvetet arbetade lugnt och metodiskt för att kunna skjuta undan stressen och på detta sätt fokusera på de åtgärder som de i stunden hade förmåga att genomföra och därmed återfå en känsla av kontroll.

...oavsett hur stressande situationen är, så får man försöka skjuta undan det och analysera situationen och försöka tänka vilken som är bästa utvägen.

I intervjuerna framkom det att specialistsjuksköterskorna kunde föra ett resonemang med sig själva för att hantera stressen i den miljö de nu befann sig i. När de förde dessa resonemang med sig själva agerade de mer systematiskt och kunde därmed lättare tillvarata sin kunskap.

...nu hade jag ju min långa erfarenhet bakom mig så att jag kunde "nä, nu tar vi det lugnt, nu får vi inte panik här utan nu felsöker vi. Vad ska jag göra för något för jag vill ju få tillbaka mitt blodtryck. Hur ska jag gå tillväga?" Och då kunde jag ju sakta och säkert göra det här momenten som jag faktiskt då har kunskap om...

Att vara trygg i sig själv

Utifrån intervjuerna framkom det att självinsikt är en värdefull strategi för att hantera stress. Genom självinsikt kunde specialistsjuksköterskorna tydligare formulera för sig själva vad de

kunde och inte kunde genomföra och därmed tog de inte på sig svårare uppgifter än vad de kände att de kunde klara av.

Ju längre man jobbar desto mer saker har man vart med om och man kan liksom vara lugn i det. Jag vet vad jag kan och vad jag inte kan göra i givna situationer.

Specialistsjuksköterskorna pratade om att ha tillit till sina kollegors förmåga i den akuta situationen. Oavsett om medföljande ambulanspersonal var bekant för dem påtalade de att genom att lita på personalen i ambulansen kunde de även känna större trygghet i sig själva och i deras roll under transporten. En specialistsjuksköterska menade att ett gott samarbete med medföljande ambulanspersonal hade inverkan på den upplevda stressen under transportererna. Specialistsjuksköterskorna påtalade att de lär sig av varandra inom respektive yrkeskategori vilket fick dem att uppleva en större trygghet i sig själva och på arbetsplatsen.

...man har ju med sig ambulanspersonalen som är vana att sitta i ambulansen och hitta allting. Jag litar ju på dem, de hjälper mig om det är någonting.

Genom att fokusera på sin specifika arbetsuppgift och undvika att ta på sig ansvar som sträcker sig utanför sitt arbetsområde kunde några av specialistsjuksköterskorna göra problemen mer hanterbara. De påminde sig själva om att de åker med på respektive transport av en anledning, att de besitter specifik kunskap inom ett område som övrig medföljande personal saknar. Detta gjorde att de kunde smalna av situationen och fokusera på det hanterbara.

...skulle man börja fundera på massa saker runt omkring, då blir problemet orimligt. Då kan jag inte lösa det. Jag måste bara fokusera på "vad är det jag ska göra? Jo, jag ska hålla en fri luftväg." Då får jag hålla mig till det.

Metoddiskussion

Syftet med att undersöka vilka strategier som specialistsjuksköterskor använder sig av för att hantera stress i samband med interhospitala transporter har här undersökts ur ett induktivt perspektiv, vilket enligt Polit och Beck (2012) innebär att fenomenet undersöks förutsättningslöst. Med hjälp av en induktiv hypotes, som grundar sig i antagandet att stress och oro är förekommande i samband med interhospitala transporter, kunde specialistsjuksköterskornas stresshantering undersökas. En förutsättning för att kunna förstå specialistsjuksköterskornas erfarenhet av stresshantering är att författarna kan föreställa sig och sätta sig in i deras livsvärld (Polit & Beck, 2012).

Målet under forskningsprocesser är att behålla ett textnära innehåll och därmed vara trovärdigt. I och med att kvalitativa studier grundar sig på intervjuer och observationer kommer alltid en tolkning att ligga till grund för studiens resultat. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kommer den tolkande processen därmed att påverka trovärdigheten i en kvalitativ studie oavsett hur textnära författaren arbetar. För att upprätthålla en hög

trovärdighet inom kvalitativ forskning anser Graneheim och Lundman (2004) att författarna måste ta begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet i beaktande under hela processen med studien. Giltighet fokuserar på de mest relevanta i intervjuernas innehåll och hur det har tolkats och beskrivits i relation till studiens syfte. En studie med hög giltighet kännetecknas av att experter inom ämnet ska kunna läsa materialet och därefter bekräfta resultatet. Tillförlitlighet syftar enligt Graneheim och Lundman (2004) på hur konsekventa författare varit i sitt arbete med datainsamlingen och dataanalysen. Tillförlitligheten stärks genom att analysarbetet beskrivs noggrant. Enligt Polit och Beck (2012) är studiens tillförlitlighet en förutsättning för att uppnå giltighet. Överförbarhet handlar om hur studiens resultat kan överföras till andra grupper eller situationer. För att öka överförbarheten är det viktigt att författarna tydligt redogör urvalet, datainsamlingen och analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004).

Föreliggande studies urval baseras på tio intervjuer av fem anestesijuksköterskor och fem intensivvårdssjuksköterskor. Två av intensivvårdssjuksköterskorna data kom senare att exkluderas då deras erfarenheter inom interhospitala transporter inte uppfyllde inklusionskriterierna och kunde ha påverkat studiens trovärdighet. Enligt Polit och Beck (2012) finns inget exakt rekommenderat antal deltagare då en kvalitativ studie ska genomföras. Storleken på urvalet bör baseras på omfattningen av det studerade fenomenet. En grundregel är att säkerställa tillräckligt många intervjuer tills mönster, kategorier och olika dimensioner av det studerade fenomenet kan uppvisas. Ett berikat resultat uppnås oftast genom ett större urval men detta kan också uppnås med ett mindre urval men då genom längre och mer djupgående intervjuer (Polit och Beck, 2012). Att båda författarna saknar erfarenhet från att intervjua har sannolikt haft inverkan resultatet. Om intervjuerfarenhet saknas menar Polit och Beck (2012) att ett större urval bör efterfrågas för att säkerställa att fenomenet belyses utifrån alla dimensioner. Baserat på författarnas låga grad av erfarenhet kan åtta intervjuer vara för få för att beskriva fenomenet. Storleken på urvalet kan ur denna aspekt sänka giltigheten av resultatet. Det insamlade materialet kom visserligen att uppvisa en viss analysmättnad men anledningen till denna analysmättnad kan bero på flera faktorer. Bristande intervjuteknik, för litet urval eller att urvalet trots allt var av rimlig proportion.

Vårdenhetschefen på respektive arbetsplats hjälpte till att välja ut deltagare som var villiga att delta i studien. Enligt Polit och Beck (2012) anses detta snarare vara ett bekvämlighetsurval snarare än ett strategiskt urval, vilket eftersträvades. Det kan även föreligga en möjlighet att vårdenhetscheferna omedvetet valt ut specialistsjuksköterskor som hen ansåg vara speciellt duktiga i stresshantering. Detta bekvämlighetsurval kan ha påverkat resultatet, och minskat trovärdigheten. Deltagande specialistsjuksköterskor kom dock att ha olika egenskaper vad gällde antal verksamma år i yrket och antal genomförda interhospitala transporter, vilket ses som en styrka i studiens överförbarhet. För att beskriva fenomenet, och därmed ge giltighet av resultatet, var det nödvändigt att deltagarna hade upplevt stress under sina interhospitala transporter. Huruvida sjuksköterskorna, som valts ut för intervjuer, skulle visa sig ha låg eller hög förmåga att hantera stress går inte att förutse då detta är individuellt och subjektivt.

Deltagarna fick börja med att återberätta en specifik situation som de upplevde som stressande, varpå följdfrågorna bland annat kom att handla om hur de hanterade upplevelsen, vad de skulle gjort annorlunda och vad de lärt sig av den. Genom att återberätta en specifik situation innebär detta att studiens insamlingsmetod har influenser av CIT. Huruvida resultatet hade skiljt sig åt om CIT hade implementerats fullt ut är oklart men fenomenet stress hade med hjälp av en CIT-metod kunnat belysas utifrån fler händelser.

Författarna övervägde om intervjuerna skulle utföras tillsammans eller åtskilt. För att undvika att deltagarna skulle känna sig i underläge beslutades att intervjuerna delades upp mellan författarna. Denna strategi anses leda till en rikare data och därmed som resultat en djupare förståelse av fenomenet. Därmed kan den ses som en styrka i studiens giltighet.

Tillförlitligheten kan med hänsyn till vald insamlingsmetod ses innehålla både styrkor och svagheter. Med hjälp av semistrukturerade frågor kunde författarna se till att nyckelfrågorna blev besvarade vilket kan stärka tillförlitligheten. Men det var omöjligt för intervjuerna att ställa samma följdfrågor vilket kan ses som en svaghet. En annan omständighet som kan ha påverkat datamaterialets är att hälften av specialistsjuksköterskorna intervjuades under arbetstid, vilket kan ha medfört stress som kan ha påverkat deras berättelser.

Omständigheterna var dock sådana att ett annat upplägg var otänkbart.

För att säkerställa kvaliteten i intervjuerna är det enligt Polit och Beck (2012) viktigt att författarna kan se situationen från deltagarens perspektiv. Att båda författarna är sjuksköterskor varav en av författarna har erfarenhet från ambulansverksamhet kan betraktas som både en fördel och nackdel. Fördelen är att författarna lättare kan sätta sig in i specialistsjuksköterskornas berättelse, samtidigt som det föreligger en risk att författarnas egna upplevelser vävs in i tolkningsprocessen.

Data har analyserats med hjälp av en innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Graneheims och Lundmans (2004) grundläggande antagande är att verkligheten är en subjektiv tolkning och studiens resultat är därmed en produkt som personifierats av författarna. De båda författarna har haft ett nära samarbete under hela analysprocessen och därmed utmanat varandra i tolkningsprocessen tills konsensus mellan dem båda uppnåts. Denna strävan efter samstämmighet kan ses som en styrka i studiens giltighet då en analys av en person inte utmanas i samma utsträckning som när två personer är med i analysprocessen. Att som författare värdera analysresultatets giltighet förefaller vara svårt. Resultatet baseras på en tolkning och att hävda en låg eller hög giltighet är detsamma som att författarna ger uttryck av tvivel på sin egen tolkning eller att de har en övertro på den. Däremot är det av stor vikt att författarna utför studien på ett sätt som förbättrar trovärdigheten för resultatet. Genom att i resultatet synliggöra citat som ligger till grund för tolkningen kan läsarna själva bedöma analysresultatets giltighet

Resultatdiskussion

Analysen resulterade i fyra kategorier och kommer att diskuteras i följande ordning; att skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö, att förbereda inför transport, att reflektera i den akuta situationen och att vara trygg i sig själv. I resultatet anser sig författarna kunna se kopplingar till Lazarus och Folkmans (1984) teorier om problemfokuserad och känslfokuserad stresshantering. En problemfokuserad stresshantering kännetecknas av att situationen som ger upphov till stress åtgärdas helt eller delvis (Lazarus & Folkman, 1984), vilket kan ses i kategorierna att skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö och att förbereda inför transport. I dessa två kategorier beskriver specialistsjuksköterskan hur hen praktiskt åtgärdar problemen som ger upphov till stress. Känslfokuserad stresshantering innebär att stresspåslaget kan reduceras genom att personen påverkar sina tankar om situationen och därmed sitt känslomässiga gensvar (Lazarus och Folkman, 1984), vilket kan ses i kategorierna att reflektera i den akuta situationen och att vara trygg i sig själv. Dessa två kategorier beskriver hur specialistsjuksköterskor använder sina inre resurser för att lättare kunna hantera den upplevda stressen.

Att skapa förutsättningar för en optimal arbetsmiljö

Att arbeta i en okänd vårdmiljö och för dem otrygg arbetsmiljö framstod hos flera specialistsjuksköterskor som en tydlig orsak till stress. Detta återspeglas också i Gustafssons et al. (2010) studie där specialistsjuksköterskorna upplevde en otrygghet när de arbetade i en okänd vårdmiljö långt ifrån sjukhuset. Att skapa struktur i en ovan vårdmiljö handlar i detta avseende mer om att finna ett sätt att hantera den nya miljön och det material som finns att tillgå, genom att orientera sig i sin nya omgivning och finna fasta punkter.

Att fördela ansvaret återfinns i Gustafssons et al. (2010) studie som visar att specialistsjuksköterskan delegerade uppgifter som låg utanför hens kompetensområde i syfte att hantera situationen. Berland et al. (2007) menar vidare att stress hos sjuksköterskor ökar i takt med att deras inflytande och kontroll minskar samtidigt som större krav från omgivningen leder till ett ökat kontrollbehov. Perry (2005) menar att det är mer stressframkallande för anestesijuksköterskor om deras kollegor misslyckas med sin uppgift, än att själv vara den som misslyckas. Berlands et al. (2007) och Perrys (2005) forskning motsäger studiens resultat, där specialistsjuksköterskor menar att ansvarsfördelning handlar om att överlåta kontroll till en kollega. Specialistsjuksköterskorna framhäver vikten av tydlig ansvarsfördelning samtidigt som Berlands et al. (2007) studie tyder på att denna strategi kan vara svår att tillämpa. Att upprätta tydliga ansvarsområden kanske mer handlar om att våga överlåta kontroll till kollegor för att få större kontroll över den egna specifika arbetsituationen. Resultatet visar dock inte om specialistsjuksköterskornas vilja att överlåta kontroll till ambulanspersonalen beror på huruvida ambulanspersonalen har en vidareutbildning inom akutsjukvård eller inte. Riksföreningen för anestesi och intensivvård (2012a, 2012b) säger att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskan måste kunna leda,

prioritera, fördela och samordna kring vårdarbetet, vilket innebär att specialistsjuksköterskan använder en del av sitt kompetensområde som en strategi för att hantera stress.

Att förbereda inför transport

Specialistsjuksköterskor tog upp hur de på olika sätt såg till att skapa optimala förutsättningar för en säker transport. Det handlade bland annat om att optimera patienten, att känna sig bekant med aktuell utrustning, att veta vem som var ansvarig läkare och att ligga steget före genom att föreställa sig risksituationer och hur man skulle lösa dem om de uppstod. Att förbereda sig praktiskt innebar bland annat att noggrant följa de lokala riktlinjerna som skapats för interhospitala transporter, vilket Lightenberg (2005) menar är ett relevant arbetssätt för att höja patientsäkerheten. En riktlinje kan i sig själv inte anses vara en strategi, men att specialistsjuksköterskan medvetet väljer att följa befintliga checklistor kan ses som en aktiv åtgärd för att minska risken att oväntad situation uppstår. Stabilisering och optimering av patient inför transporten, som intervjupersoner i föreliggande studie nämner som en konkret åtgärd de utför i syfte att höja patientsäkerheten, påtalas i studien av Warren et al. (2004) som en viktig säkerhetsfaktor. Detta kan tolkas som att specialistsjuksköterskan har en hög säkerhetsmedvetenhet. De är medvetna och har kunskap om riskerna med en transport, vilket gör att de kan prioritera korrekta åtgärder för att kunna utföra en patientsäker omvårdnad under transporten.

För att minska risken för stress ville specialistsjuksköterskorna i största möjliga mån använda övervakningsutrustning och material de kände igen från sin avdelning. Detta påtalas av Intensive Care Society (2011) som en säkerställande faktor, och det ingår i den interhospitala transporten att personal tar med övervakningsutrustning som är likvärdigt med det som finns på den avdelning patienten lämnar. Till saken hör dock att till exempel transportventilatorn som hör till respektive avdelning i vissa fall har ett annat utseende än den som används till vardags. Visserligen får personalen adekvat genomgång av den medicinska tekniken med regelbundet intervall, men det kan gå lång tid mellan gångerna som de praktiskt behöver använda den under en akut transport. Det är alltså upp till enskild specialistsjuksköterska som arbetar på avdelningen att hålla sina kunskaper aktuella. Specialistsjuksköterskan skulle möjligen kunna känna sig mer bekväm med transportmaterialet om hen med jämna intervaller använder utrustningen i den dagliga verksamheten. En specialistsjuksköterska i studien beskriver tydligt hur hen upplevde lägre grad av kontroll då det föreslogs att ambulansens övervakningsutrustning skulle användas. Lägre grad av kontroll kan innebära lägre grad av patientsäkerhet, varför transportmaterial i största möjliga mån bör likna den som används till vardags i vården.

Mackintosh (2006) tar upp att det optimala skulle vara att använda sig av specialistteam som arbetar med avancerade transporter, men då detta ses som en omöjlighet på grund av begränsningar i ekonomi, personal och ett ökat antal transporter menar författaren att det näst bästa är att medföljande specialistpersonal får utbildning om transport av patient, har tidigare erfarenhet av transporter och är bekant med material som används vid transporten.

Att reflektera i den akuta situationen

Resultatet visar att specialistsjuksköterskorna hanterar stress genom att använda sig av strategier som kan liknas vid de individuella resurser som beskrivs av Almén (2007). Bland annat beskriver de hur de stannar upp för att inte fatta förhastade beslut, de arbetar lugnt och metodiskt och berättar att de kan resonera med sig själva för att inte bli handfallna. Detta skulle kunna ses som att specialistsjuksköterskorna besitter en hög grad av kunskap som stärker deras självkänsla och att de har en förmåga att använda sig av sina inre resurser (Karlsson, 2007). Denna förmåga att kunna hålla sig objektiv påtalas i studien av Burgess et al. (2010) där forskarna drar en slutsats att intensivvårdssjuksköterskors personlighet har ett samband med hur de hanterar svåra patientsituationer. De såg att intensivvårdssjuksköterskor som hade en öppen och utåtriktad personlighet kunde hantera situationen som orsakade stress på ett mer direkt sätt, och på så sätt förändra situationen till det bättre.

Resultatet visar att specialistsjuksköterskor inte tror att sjuksköterskor väljer att arbeta inom anestesi om de inte känner att de har den tryggheten med sig från början. Denna tanke ligger i linje med studien gjord av Perry (2005) som visade att 14 av 20 anestesijuksköterskor förhöll sig lugna när de hamnade i en stressande situation på sin arbetsplats. De ansåg att stress var en del av jobbet och att de förväntades klara av den. Detta väcker frågan om de övriga sex specialistsjuksköterskorna som ingick i studien, upplever att det föreligger brist i någon av resurserna fakta, kunskaper och tillgänglig mängd tid (Svensson och Edland, 2013) som vägs in när specialistsjuksköterskorna fattar beslut. Enligt Svensson och Edland (2013) finns det under tidspress risk att sjuksköterskor fattar förhastade beslut, vilket skulle kunna påverka patientsäkerheten negativt. Specialistsjuksköterskor i en studie av Berland et al. (2007) var medvetna om hur deras beteende kunde påverka gruppdynamiken och kände ett ansvar att behålla sitt lugn trots upplevd stress. De beskrev att om de behöll lugnet bidrog det till lägre stressnivåer hos arbetsgruppen, vilket i sin tur påverkade patientsäkerheten positivt (Berland et al., 2007). Tydligt är att specialistsjuksköterskor som upplever att de kan arbeta lugnt och metodiskt löser arbetsuppgifter lättare och bidrar till att höja patientsäkerheten i den stressade situationen.

Att vara trygg i sig själv

I resultatet framkom det att specialistsjuksköterskor försöker finna sin inre trygghet i syfte att hantera den upplevda stressen de utsätts för. Detta resultat styrks av Karlssons (2007) beskrivning av människans individuella resurser som fokuserar på kunskap, inre resurser och socialt stöd. I Gustafssons et al. (2010) studie uttryckte specialistsjuksköterskorna hur erfarenhet underlättade deras förmåga att hantera olika situationer genom att kopiera kollegors agerande och blicka tillbaka på tidigare händelser de upplevt. I föreliggande studies resultat beskrev specialistsjuksköterskorna erfarenhetens betydelse vid hantering av stress, men då erfarenhet inte kan ses som en strategi kom författarna att fokusera på hur erfarenheten har lärt dem hantera stress. Även tidigare forskning har visat att sjuksköterskor med mindre

erfarenhet upplever mer stress jämfört med mer erfarna sjuksköterskor (Wu, Fox, Stokes & Adam 2012). Wu et al. (2012) visade också ett samband mellan de sjuksköterskor som använde sig av stresshanteringsstrategier, i deras studie kallad för copingstrategier, upplevde mindre stress. Den mest frekventa strategin var att samtala med kollegor och därmed öka sin egen förmåga till stresshantering. Det kollegiala stödet har även visat sig vara en säkrande faktor hos individer i tidspressade situationer (Berland et al., 2007). Samma författare har påvisat att en ökad tidspress även ökar stressen och därmed kan patientsäkerheten äventyras. Resultatet visar att betydelsen av det kollegiala stödet är en av de viktigaste strategierna för att hantera stress och därmed öka patientsäkerheten.

Även om både anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor har många gemensamma yrkesområden, skiljer sig deras akademiska bakgrunder åt. Enligt anesthesisjuksköterskans kompetensbeskrivning återfinns deras specialistkompetens inom anesthesiologisk omvårdnad (RFAI, 2012a) medan intensivvårdssjuksköterskans specialistkompetens handlar om att vårda patienter inom en högteknologisk vårdmiljö (RFAI, 2012b). Orsaken till specialistsjuksköterskornas stressupplevelser kunde härledas till situationer som inte ingick i deras omvårdnadskompetens och då dessa skiljer sig åt fanns även skillnader i vad de upplevde som stressande. En av forskningspersonerna kom att nämna luftvägshanteringen som sin specifika arbetsuppgift och genom att fokusera på sin uppgift kunde personen i fråga även känna sig trygg med det. Att det till viss del finns skillnader mellan anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskornas strategier i att hantera stress kan därmed förankras i deras utbildning snarare än deras personligheter. Dessa skillnader är dock inget författarna valt att belysa och får närmare ses som ett bifynd snarare än ett huvudfynd.

Konklusion

Specialistsjuksköterskor har god förmåga att hantera stress vid interhospitala transporter, vilket de gör på följande sätt: de skapar förutsättningar för en optimal arbetsmiljö, förbereder sig inför transporten, reflekterar i den akuta situationen och är trygga i sig själva. Resultatet visar på vikten av: lokala riktlinjer, information om stress vid interhospitala transporter under utbildningen till specialistsjuksköterska, ett bra samarbete och kollegialt stöd för att hantera stress under interhospitala transporter.

Klinisk tillämpning och implikation

Vården kan vara en stressfylld arbetsmiljö och genom att berätta om specialistsjuksköterskornas strategier kan förhoppningsvis specialistsjuksköterskor stärkas i sin yrkesroll då hen medvetandegörs om sin egen förmåga att hantera stress. I förlängningen kan en god stresshantering upprätthålla en hög personalthälsa, vilket förhoppningsvis leder till att fler väljer att stanna kvar på sin arbetsplats. Kontinuitet bland personalen skapar sannolikt en tryggare arbetsmiljö och kan förhoppningsvis även påverka patientsäkerheten positivt.

Att medvetet använda sig av lokala riktlinjer har haft en positiv effekt på specialistsjuksköterskornas stresshantering. Dagens rikssjukvård medför att fler interhospitala transporter sker över länsgränserna varför införande av nationella riktlinjer eventuellt skulle kunna bidra till en ökad patientsäkerhet och motverka missförstånd när två olika regionala organisationer möts.

Information kring interhospitala transporter under specialistutbildningen är knapphändig. Det ingår i arbetet som specialistsjuksköterska inom intensivvård och anestesi att medfölja under interhospitala transporter, varför information inom detta område under utbildningen kan vara av värde. För att förbereda studenter för sin kommande specialistsjuksköterskeroll bör de få kunskap om de strategier för att kunna hantera stress under dessa transporter som erfarna specialistsjuksköterskor har.

Forskningen inom interhospitala transporter inom Sverige förefaller vara väldigt begränsad och mer forskning skulle behövas för att belysa både riskerna och fördelarna med dem. Denna studie visar på vikten av ett bra samarbete och kollegialt stöd för att hantera stress under interhospitala transporter. Att specifikt undersöka det kollegiala stödets omfattning i samband med interhospitala transporter hade vart en intressant infallsvinkel i framtida forskning. En studie angående det kollegiala stödet skulle tydligare kunna påvisa dess inverkan på arbetsmiljön. Vidare skulle det vara intressant att titta närmre på teamarbetets dynamik i samband med interhospitala transporter och undersöka huruvida detta har en påverkan på patientsäkerheten.

Referenslista

- Almén, N. (2007) *Stress- och utmattningsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Berland, A., Natvig, G.K., & Gundersen, D. (2007). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), 90-97.
- Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care*, 58(6), 1008-1023.
- Brändström, H., Winsö, O., Lindholm, L., & Haney, M. (2014). Regional intensive care transports: a prospective analysis of distance, time and cost for road, helicopter and fixed-wing ambulances. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, 22(1), 36-36. doi:10.1186/1757-7241-22-36
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-140. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x
- Carlton Jr, P. K. & Jenkins, D. H. (2008). The mobile patient. *Crit Care Med*, 36(7), 255-257.
- Codex (2015). *Forskning som involverar människan*. Hämtad 2015-05-20 från <http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Droogh, J. M., Smit, M., Hut, J., de Vos, R., Ligtenberg, J. J. M., & Zijlstra, J. G. (2012). Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Critical Care*, 16(1), R26-R26. doi:10.1186/cc11191
- European Society of Intensive Care Medicine [ESICM]. (2014). *Multinational observational study on patient safety during intrahospital transport of intensive care patients*. Hämtad 2015-01-02 från <https://ihtsafety.org/index.php?id=1&L=1>
- Fyhr, A. & Hiselius, A. (2013) Riskfylld läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården. I S. Ödegård (Red.), *Patientsäkerhet Teori och Praktik* (s. 439-441). Stockholm: Liber AB.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- 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 and Critical Care Nursing*, 26(3), 138-145. doi:10.1016/j.iccn.2010.01.002

- Intensive Care Society [ICS]. (2011). *Guidelines for the transport of the critically ill adult (3rd Edition 2011)*. Hämtad 2015-01-02 från <http://www.ics.ac.uk/ics-homepage/guidelines-and-standards/>
- Intensive Care Society [ICS]. (2015). *What is intensive care?* Hämtad 2015-01-03 från www.ics.ac.uk
- Karlsson, L. (2007) *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company
- Ligtenberg, J. J. M., Arnold, L. G., Stienstra, Y., van der Werf, Tjip S, Meertens, John H J M, Tulleken, J. E., & Zijlstra, J. G. (2005). Quality of interhospital transport of critically ill patients: A prospective audit. *Critical Care*, 9(4), 446-451. doi:10.1186/cc3749
- Mackintosh, M. (2006). Transporting critically ill patients: new opportunities for nurses. *Nursing Standard*, 20(36), 46-48
- Moszczyński, A-B. & Haney, C-J. (2002). Stress and coping of Canadian rural nurses caring for trauma patients who are transferred out. *Journal of emergency nursing*, 28(6), 496-504
- Perry, T.R. (2005) The Certified Registered Nurse Anesthetist: Occupational Responsibilities, Percieved Stressors, Coping Strategies, And Work Relationships. *AANA Journal*, 73(5), 351-356
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård [RFAI]. (2012a). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. Hämtad 2014-12-27 från <http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/komp-beskrivning-anestesi.pdf>
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård [RFAI]. (2012b) *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med inriktning mot intensivvård*. Hämtad 2014-12-27 från http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2007). Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 107-114. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x

- Socialstyrelsen. (2011). *Plattform till rikssjukvård*. Hämtad 2014-12-28 från <http://www.socialstyrelsen.se/sitecollectiondocuments/plattform-for-rikssjukvard.pdf>
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Hämtad 15-01-08, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av människor som avser forskning*. Hämtad 15-01-07, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460
- SOSFS 2009:10. *Ambulanssjukvård m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen
- Svenska intensivvårdsregistret (2013). *Årsrapport 2013*. Hämtad 2015-01-02 från http://www.icuregswe.org/Documents/Annual%20reports/2013/Analyserande_2013.pdf
- Svenska intensivvårdsregistret (2014). *Om SIR*. Hämtad 2015-01-02 från <http://www.icuregswe.org/sv/Om-SIR/>
- Svensson, O. & Edland, A. (2013) Tidspress, besluts kvalitet och säkerhet i arbetslivet. Ödegård, S. (Red.), *Patientsäkerhet Teori och praktik* (s. 427-431). Stockholm: Liber AB.
- Svensson, A., & Fridlund, B. (2007). Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A critical incident study. *International Emergency Nursing* 16(1), 35-42. doi:10.1016/j.ienj.2007.10.002
- 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), 1269-1273. doi:10.1007/s00134-008-1023-x
- Warren, J., Fromm, J., Robert E, Orr, R. A., Rotello, L. C., & Horst, H. M. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 32(1), 256-262. doi:10.1097/01.CCM.000
- Wu, T., Fox, D. P., Stokes, C., & Adam, C. (2012; 2011). Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Education Today*, 32(6), 669-674. doi:10.1016/j.nedt.2011.09.002
- Ödegård, S. (Red.). (2013). *Patientsäkerhet Teori och Praktik*. Stockholm: Liber AB.

Bilaga 1.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONINFORMATION

Specialistsjuksköterskors tillvägagångsätt att hantera stress i samband med interhospitala transporter

Bakgrund och syfte

Forskning och tidigare magisteruppsatser har visat att specialistsjuksköterskor som medföljer vid interhospitala transporter av intensivvårdskrävande patienter kan uppleva situationen och miljön som stressande. Tidigare forskning har undersökt hur specialistsjuksköterskor, inom anesthesi- och intensivvårdsavdelningar, hanterar den stressfyllda miljön men inom interhospitala transporter förefaller denna forskning vara mycket begränsad. Vi vill med denna studie undersöka hur specialistsjuksköterskor hanterar stress under en interhospital transport av intensivvårdskrävande patient.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas att delta i studien då du arbetar som specialistsjuksköterska inom intensivvård eller anesthesi och har som arbetsuppgift att vid behov medfölja som vårdare under interhospitala transporter.

Deltagandet är frivilligt och du har när som helst rätt att avbryta ditt deltagande utan att ange orsak.

Studiens genomförande

Vi har fått tillåtelse av din chef att tillfråga dig om du vill medverka i denna studie. Du kommer då att intervjuas på din arbetsplats, eller annan lämplig miljö, av en eller båda författarna till studien. Intervjuerna beräknas ta runt 30 minuter. Intervjun grundar sig i att du kommer att få återberätta en situation som du upplevde stressfylld under en interhospital transport. Författarna kommer därefter att utgå från din specifika upplevelse för att fånga hur du hanterade den situation som uppstod. Intervjun kommer att spelas in för att därefter transkriberas i syfte att analysera citat för att finna likheter och/eller skillnader mellan deltagarnas svar.

Risker och fördelar med att delta

Vi ser inte att studien medför några risker för dig. Informationen du lämnar kommer att läggas fram oidentifierad och det kommer inte vara möjligt att se vad just du berättat i studiens resultat. Att delta i denna studie innebär inga direkta fördelar för dig men författarnas förhoppning är att arbetsgivare samt specialistsjuksköterskor i liknande arbetsituation kommer att få mer insikt och kunskap inom området. Din arbetsgivare har godkänt att intervjun kan genomföras, någon kompensation för deltagande utgår ej.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna som spelats in kommer att oidentifieras, behandlas konfidentiellt och är endast tillgängliga för författarna till studien. När examensarbetet är godkänt kommer det inspelade materialet att förstöras. Vill du ta del av resultatet ber vi dig kontakta författarna av studien.

Frivillighet

Din medverkan till studien är frivillig. Om du väljer att medverka i studien kan du när som helst under intervjuens gång välja att avbryta, utan att behöva uppge förklaring. Insamlad material från vår intervju med dig kommer då att kasseras och kommer inte att återspeglas i studiens resultat.

ANSVARIGA FÖR STUDIEN

Martin Millborg
Leg. Sjuksköterska
0702 903444
gusmillbma@student.gu.se

Annafrida Mark
Leg. Sjuksköterska
0708 489765
gusmarfrb@student.gu.se

HANDLEDARE

Axel Wolf
Universitetslektor
axel.wolf@gu.se

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa
Box 457
405 30 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Bilaga 2.

Studie om specialistsjuksköterskors tillvägagångsätt att hantera stress i samband med interhospitala transporter

Medgivande till studie

Syftet med detta brev är att få tillstånd att genomföra en intervjustudie med anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor inom ert verksamhetsområde.

Interhospitala transporter ökar i antal och blir därigenom ett allt vanligare arbetsmoment för specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvård. Inte sällan upplever medföljande specialistsjuksköterska stress i samband med uppdraget och studier har visat att hen upplever att det är svårt att utöva en säker omvårdnad. Genom att undersöka hur tidigare medföljande specialistsjuksköterskor hanterat stressmoment under interhospitala transporter vill vi fördjupa kunskapen för kommande personal samt berörda verksamhetschefer.

I intervjun kommer specialistsjuksköterskan att få beskriva ett för henne eller honom stressande moment och på vilket sätt hen hanterade detta. Specialistjuksköterskan bör ha medföljt som ansvarig sjuksköterska vid minst tre interhospitala transporter. Intervjun beräknas ta ca 30 min och genomförs på respektive arbetsplats. Intervjun spelas in för att transkriberas och analyseras. Materialet avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Deltagandet är frivilligt och intervjupersonen har möjlighet att närsomhelst avbryta sitt deltagande utan närmre motivering. Studien kommer att genomföras och presenteras i form av en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Göteborgs Universitet 2015-01-26

FÖRFATTARE

Martin Millborg
Leg. Sjuksköterska
gusmillbma@student.gu.se
Annafrida Mark
Leg. Sjuksköterska
gusmarfrb@student.gu.se

HANDLEDARE

Axel Wolf
Universitetslektor
axel.wolf@gu.se

Godkännande till att genomföra studien.

Jag som vårdenhetschef godkänner härmed att studien får genomföras inom mitt verksamhetsområde.

Underskrift

Datum

Ort

Bilaga 3.

Intervjuguide

Beskriv en för dig stressande situation i samband med en interhospital transport av IVA-patient.

Vad tänkte du som stressade dig?

Hur kände du inför, under och efter den stressande situationen?

Vad tänkte du för att lugna dig?

Hur agerade du?

Vad tänker du om ambulansens vårdmiljö?

Hur upplever du samarbetet med ambulanspersonalen?

Vad gjorde du när transporten var klar, pratade du med någon om det?

Hur upplever du stödet runt omkring transporterna?

Om en liknande situation uppstår i framtiden, hur skulle du agera då?