



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ALLTID REDO

– INTENSIVÅRDSJUKSKÖTERS KANS ERFARENHET AV FÖRBEREDELSE INFÖR INTERHOSPITAL TRANSPORT AV KRITISKT SJUK PATIENT

Sofie Svensson
Frida Westerlund

Examensarbete:	15 HP
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård OM5330Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Linda Berg
Examinator:	Margareta Mollberg

Sammanfattning

Titel	ALLTID REDO - Intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av förberedelse inför interhospital transport av kritisk sjuk patient
Title	BE READY - Intensive care nurse experiences during preparation of inter-hospital transport of critical ill patient
Examensarbete:	15 HP
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård OM5330Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2015
Handledare:	Linda Berg
Examinator:	Margareta Mollberg
Nyckelord:	Interhospital transport, Intensivvårdssjuksköterskan, patientsäkerhet, Intensivvård

Bakgrund: I samband med utvecklingen av specialistinriktningen intensivvård har interhospital transport av kritisk sjuk patient ökat, d.v.s. transport mellan sjukhus. Det finns ett samband mellan ökad dödlighet och patienter som genomgått interhospital transport men det är oklart vilka ytterligare faktorer som påverkar detta. **Syfte:** Syfte är att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av förberedelser inför interhospital transport av kritisk sjuk patient. **Metod:** En kvalitativ metod med induktiv ansats. Datainsamling utfördes genom enskilda semistrukturerade intervjuer. Totalt intervjuades sex sjuksköterskor inom specialiteten intensivvård. Insamlad data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Arbetsmiljön ställer krav på intensivvårdssjuksköterskan som ansvarar för patientens säkerhet. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att vårdarbetet sker under tidspress och eftersom patienten är kritiskt sjuk patient leder det till upplevelse av stress. En känsla av otrygghet skapas om arbetsmiljön är främmande, det inträffar när intensivvårdssjuksköterskan ansvarar för vården i ambulansen. Vid tidspress under förberedelse av interhospital transport är teamkänsla och patientsäkerhet beroende av samarbete och kommunikation mellan vårdpersonal och anhöriga, för att involvera dem i patientens omvårdnad. Det är intensivvårdssjuksköterskans egna och teamets samlade kompetens som lägger grunden för att interhospital transport sker på ett säkert sätt för patienten. Styrkan i förberedelsen inför interhospital transport består främst av intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet. Att både praktiskt och mentalt förbereda och planera för att agera vid oförutsedda händelser är intensivvårdssjuksköterskans sätt att ligga steget före och alltid vara redo. Resultatet visar att det inte finns utbildning i ämnet interhospital transport. Istället sker utbildning för intensivvårdssjuksköterskor genom kompetensutveckling och utbyte av erfarenheter och klinisk skicklighet vilket Benner kallar från expert till novis. **Slutsats:** Att vara steget före och därmed vara alltid redo innebär att förbereda både praktiskt

och mentalt. Klinisk skicklighet hos intensivvårdssjuksköterskor grundar sig i erfarenheter, kompetensutveckling sker under interhospital transport och mellan från expert till novis i vårdteamet. Fortsatt förbättringsarbete krävs för att optimera patientsäkerheten i samband med interhospital.

Abstract

Background: In conjunction with the development of the intensive care specialization, the inter-hospital transport of critical ill patient has increased, i.e. transport between hospitals. There is a correlation between increased mortality and patients who have undergone inter-hospital transport. What additional factors affecting this are unclear. But whatever the reason for the increase in mortality, it is interesting to follow the issue forward. **Aim:** To highlight the critical care nurses' experiences of preparation for inter-hospital transport of critical ill patient. **Method:** A qualitative method of inductive approach. Data collection was performed through individual semi-structured interviews, a total of six critical care nurses were interviewed. The collected data were analyzed using content analysis. **Results:** The work environment requires critical care nurse to take charge of patient safety. They describe the work done under time pressure and with a critically ill patient leads to perception of stress. A sense of insecurity is created if the work environment is unfamiliar, this occurs when the critical care nurse is responsible for the patient care in the ambulance. Time pressure during the preparation of inter-hospital transport the team-spirit, and thereby patient safety depends on cooperation and communication between health professionals and family, to involve them in the patient's care. It is the critical care nurses own and the team's clinical skills that lay the foundation for patient safe inter-hospital transport. The strength in preparation for inter-hospital transport consists of the critical care nurse experience. Both practically and mentally preparation, and plan for actions due to unexpected events, this is the critical care nurse ways to stay ahead and always be ready. The result shows that there is no education for inter-hospital transport. Instead, there is critical care nurses' professional development through the exchange of experience and clinical skills between what Benner calls the novice and the expert, and it takes place in the context of inter-hospital transport. **Conclusion:** To stay ahead and to be ready means preparing both practically and mentally. Intensive care nurse's clinical skill is based on experience, the development of competence takes place during the inter-hospital transport and between expert and novice. Further improvement is required to optimize patient safety.

Keywords: Inter Hospital Transport, intensive care nurse, patient, intensive care

Förord

Tack Linda Berg för ett fint handledarskap och värdefulla synpunkter.

Varmaste tack till samtliga undersökta intensivvårdsavdelningar vilka har möjliggjort denna studie. Vi vill framföra ett särskilt stort tack till Josefine Svensson, vi är otroligt tacksamma för ditt stöd under processen. Utan Er hade studien inte varit genomförbar.

Tack till våra vänner och familj som har stöttat och uppmuntrat oss under det senaste året.

Ett sista tack till de medstudenter som närvarade vid biomedicinska universitetsbiblioteket och bjöd på trevligt lunchsällskap, roliga samtalsämnen och god fika.

”De längsta resorna görs i vårt eget inre”

Göteborg Maj 2015

Sofie Svensson

Frida Westerlund

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Intensivvård	2
Interhospital transport.....	2
Intensivvårdssjuksköterskan vid transport.....	3
Teoretisk referensram - kunskap och erfarenheter	3
Patientsäkerhet.....	5
Patienten och anhöriga.....	6
Tidigare forskning	6
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Urval	8
Undersökningsgrupp	9
Datainsamling	9
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat.....	12
Arbetsmiljön ställer krav	12
Ansvar för patientens säkerhet.....	12
Uppleva stress	13
Känna otrygghet under IHT	13
Teamkänsla främjar patientsäkerheten	14
Samarbete är en förutsättning och kommunikation är central	14
Anhöriga involveras i vården av patienten	14
Praktiskt iordningsställa och mentalt förbereda inför IHT	15
Klinisk skicklighet förvärvas genom erfarenhet och kompetensutveckling.....	15
Klinisk erfarenhet är en styrka.....	16
Kompetensutveckling sker med hjälp av medarbetare	16
Diskussion	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	19
Slutsats.....	24

Referenser..... 25

Bilagor

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3

Inledning

I samband med utvecklingen av intensivvården har frekvensen av transporter av kritisk sjuka patienter mellan sjukhus eskalerat, så kallad interhospital transport (IHT). Detta på grund av den ökade komplexiteten av hälsovård och koncentrationen av kunskap och specialisering på större enheter. Denna situation med resurser som koncentrerats på olika vårdenheter leder till svårighet att ta emot och ge omvårdnad som står i paritet med patientens omvårdnadsbehov. Enligt Droogh et al. (2012) medför IHT större risk för medicinska problem och tekniska svårigheter som innebär ett allvarligt hot mot patientsäkerheten. Kännedom om de konsekvenser som kan uppstå vid IHT ger intensivvårdssjuksköterskan verktyg för att hantera dessa oväntade händelser. Martin (2007) menar att omvårdnad av kritiskt sjuka patienter är en stor utmaning, och en lyckad transport förutsätter detaljerad planering, förberedelse, erfarenhet, kunskap och teamwork. Målet är att bedriva vård under själva transporten av liknande kvalité som en intensivvårdsavdelning trots begränsade resurser. Det är transportteamets ansvar att genom noggrann planering och förberedelser att åstadkomma detta. Svenska Intensivvårdsregistret (2013) presenterade i sin årsrapport att under de senaste sex åren har transport till annan intensivvårdsavdelning, kopplad till resursbrist, mer än fördubblats i Sverige. Rapporten beskriver ett samband mellan ökad dödlighet för patienter som genomgått IHT. Vilka ytterligare faktorer som påverkar detta är oklart. Men oavsett orsak till ökning av dödlighet, är det intressant att följa problemet framöver. Transport av patient relaterad till resursbrist är inte önskvärt om den till synes är associerad till förlängd vårdtid och ökad dödlighet. Enligt Warren, Fromm, Orr, Rotello och Horst (2004) bör den förväntade nyttan av transporten överstiga risken för mortalitet. Risken för oförutsedda händelser, komplikationer och ökad mortalitet kan minskas genom goda förberedelser.

I denna vårdsituation är det intressant att undersöka intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av förberedelsen inför IHT, vilket förmodas kunna bidra till kunskap om problemområdet och därmed främja patientsäkerheten.

Bakgrund

Intensivvård

Enligt Soini och Stiernström (2012) är specialinriktningen intensivvård ung, det var på 50-talet i samband med polioepidemierna som intensivvården fick sin start, framför allt i Europa och Nordamerika. Nu har den medicinska kunskapen utvecklats och i dag bedrivs en mycket avancerad och högteknologisk sjukvård. Intensivvården består av diagnos, monitorering, behandling och vård av patient med potentiell reversibel svikt i ett eller flera organ. För att ge effektiv vård krävs gott samarbete mellan välutbildad personal inom olika discipliner. Enligt Lundberg (2012) är målet i intensivvården att optimera patientens tillstånd i förhoppning om att återfå hälsan och återgå till ett liv med acceptabel livskvalité. Rättvisepincipen syftar till att alla patienter med intensivvårdsbehov har rätt till sådan vård. Enligt nyttoprincipen skall intensivvårdsinsatsen se till patientens förutsättningar att bli bättre av behandlingen.

Interhospital transport

Chaboyer och Greal (2012) menar att flytta patienten till en annan sjukhusinrättning kallas för IHT. Noggrann och eftertänksam förberedelse vid flytt av patient mellan sjukhus är viktigt, därför bör transporten planeras och inte utföras i all hast. Vid beslut om IHT ska en värdering av läget och stabilisering av patienten ske innan förflyttning genomförs för att säkerställa patientsäkerheten. Patientens anamnes och status tillsammans med aktuell medicinsk historia, undersökningar och labprover skall kopieras för att överlämnas till det mottagande sjukhuset.

Enligt Gulbrandsen (2009) kan anledningen till IHT av patient vara att patientens tillstånd eller komplikationer som uppstått kräver specifik kompetens eller utrustning som endast förekommer på ett sjukhus på annan ort. I förberedelsen av transporten ingår att stabilisera patienten både cirkulatoriskt och respiratoriskt, samt att iordningställa lämplig medicinsk utrustning och läkemedel till IHT. Liknande förberedelser sker inför transport inom sjukhuset, så kallad intrahospital transport. Men vid en IHT är transportvägen längre, patienten är akut sjuk och riskerar att försämrats. IHT sker under tidsbrist vilket ökar risken för oförutsedda händelser. Narkosläkare ger ordinationshandling inför IHT som innefattar riktvärden för visuella parametrar, ventilationstyp, ventilatorinställningar, infusioner och läkemedel. Beslut ska även tas om vilken personal som ska ansvara för vården vid IHT. IHT är vanligast med ambulans, men sker även via helikopter eller flygplan. För att patienten ska transporteras med

flyg- eller helikopterambulans måste patientens skada eller sjukdom vara i behov av snabb medicinsk behandling, och att transportera patienten på mark med ambulans skulle innebära fara för patientens liv. Vid ambulanstransport bör även hänsyn till väder vind och trafikförhållande tas. Transportmetoden avgör tidsramen för intensivvårdssjuksköterskornas förberedelse.

Intensivvårdssjuksköterskan vid transport

Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård och Svensk Sjuksköterskeförening (2012) redovisar i sin kompetensbeskrivning att mer komplicerade metoder för behandling och alltmer medicinsk teknisk utrustning ökar kravet på kunskap och kompetens inom medicin, behandlingsteknik och omvårdnad. I intensivvårdssjuksköterskans arbete ingår att upprätthålla personcentrerad och patientsäker vård och se till patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Intensivvården handlar om att behandla och framförallt förebygga uppkomsten av svikt, d.v.s. att vara steget före och skapa handlingsplaner för oväntade situationer.

Chaboyer och Grealy (2012) betonar att IHT innebär en stor risk för komplikationer för patienten. Patientsäker IHT ställer krav på intensivvårdssjuksköterskans kunskaper och erfarenheter av planering och stabilisering inför transport. En intensivvårdssjuksköterska ställs ofta inför situationer som fordrar att fatta snabba beslut. Det gäller att utifrån klinisk erfarenhet, praktiskt genomförande och teori kunna identifiera problematiken. Det vill säga att vid oförutsedda vårdhändelser kunna handla utifrån teoretisk kunskap och tillämpa den i praktiken. Enligt Gustafsson, Wennerholm och Fridlund (2010) innebär en transport att flytta patienten från en säker och trygg miljö, vilket kan orsaka stress och oro om patienten är vaken och vid medvetande. Syftet med omvårdnaden vid transporten är att förhindra lidande och skapa välbefinnande och främja hälsa och att skapa en trygghet för patienten och anhöriga.

Teoretisk referensram - kunskap och erfarenheter

Att utvecklas från novis till expert beskrivs av Dreyfys och Dreyfys (1999). Deras teori bygger på en modell som belyser kunskapsutvecklingen i fem olika stadier: nybörjare, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. I de tre första stadierna utvecklas sjuksköterskans kompetens ständigt. I dessa stadier saknas kunskap om vilka komponenter i en situation som är relevanta. I de två sista stadierna har sjuksköterskan kunskap, erfarenhet och en djup förståelse för olika situationer. Enligt Uhrenfeldt (2012) är kunskap om den enskilda patienten bestående av flera delar som skapar en helhet. Dessa delar innefattar

personligt engagemang, kulturell prägning, samhällspåverkan, och det övergripande behandlingsmålet. En erfaren sjuksköterska skall ha förmåga att kunna urskilja vad som är väsentlig och oväsentlig information i en situation, oberoende av hur situationen framstår. Detta utmärker den skickliga sjuksköterskan. Enligt Benner, Tanner, Chesla, Rooke och Larsson-Wentz (1999) innebär erfarenhet en förmåga att ändra föreställningar och förändra förutfattade meningar eller perspektiv på situationen. Erfarenhet skapas i situationer där den egna förståelsen av situationen förändras, d.v.s. handlingar skapar erfarenhet.

Anderson och Willson (2009) menar att de flesta handlingar inom omvårdnad baseras på kunskap. Studien presenterar Benners beskrivning av omvårdnads kunskap som praktisk erfarenhet och evidensbaserad kunskap, som med tiden kan utvecklas till klinisk skicklighet. Dessa skicklighetkunskaper är dynamiska och utvecklas hos intensivvårdssjuksköterskan som är novis, expanderas hos den kompetenta och den kliniskt skickliga, samt utförs och uppdateras av intensivvårdssjuksköterska som är expert. Praktiska kunskaper och evidensbaserad kunskap bildar tillsammans kunskap om omvårdnad som definierar sjuksköterskans profession. Uttrycklig kunskap är sådan kunskap som kan skrivas ner och karaktäriseras som formell kunskap som finns i exempelvis dokument, databaser, riktlinjer och rutiner. Taktisk kunskap är personbunden och grundar sig i tro, förståelse, kunskap samt praxis och kan vara svår att beskriva. Detta är den förvärvade kunskapen som människor bär med sig och får genom lärande och erfarenheter och ger klinisk skicklighet. Att hantera tillgången på kunskap bidrar till förbättringar och ökar kvalitén i att utföra omvårdnad, i arbetsprocessen och i resultat av omvårdnaden. Kunskap kan hanteras, påverkas, mobiliseras, delas, överförs, fångas, fås tillgång till och skapas. I en organisation finns både uttrycklig kunskap och taktisk kunskap. Organisationens kunskap finns i rutiner, processer, metoder och hos vårdpersonalen. Att dela kunskap innebär att kunskap i någon form ges vidare från en individ till en annan och kan ske i grupp eller personligt i samband med handledning, undervisning och lärande. Enligt Benner, Hooper-Kyriajidis och Stannard (2011) sker utvecklingen av andra mindre erfarna genom att experten överför sin kliniska kunskap och det är centralt inom omvårdnad. Detta säkerställer en bevaring och fortsatt utveckling av gott kliniskt utförande. De beskriver begreppet lokaliserad inläring som ett lärande som innebär att använda sin kunskap genom att tänka och att handla i den föränderliga situationen.

Patientsäkerhet

Enligt Öhrn (2013) är god patientsäkerhet vårdorganisationens gemensamma ansvar att upprätthålla. Säkerhet innebär att skapa trygghet för patienten, anhöriga och för vårdpersonalen. En negativ händelse som drabbar patienten vid en vårdsituation kan beskrivas som undvikbar eller icke undvikbar situation. En undvikbar händelse kan undvikas genom att följa riktlinjer eller att tillämpa tekniskt utrustning på ett korrekt sätt.

Patientsäkerhetslagen innebär att hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård ska upprätthållas. I Lagen kapitel 6 Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal 4§ *Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (Svensk Författningssamling, 2010).*

Socialstyrelsen (2012) definierar vårdskada som en skada eller en händelse som inträffar i kontakt med sjukvårdsinrättning, och denna skulle kunna undvikas. Patientsäkerhet syftar att förhindra vårdskada och att minska lidande, kroppslig eller psykisk skada, dödsfall och sjukdom. Ett förslag på nationell strategi har skapats för att öka patientsäkerheten. Målet är nollvision på vårdskador hos patienten. För att uppnå målet har fem stycken specifika patientfokuserade mål arbetats fram. Dessa innefattar god säkerhetskultur i vården, ökad kunskap om effektiva insatser, att patienten är delaktig i sin vård och behandling. Att minska antal frekventa eller allvarliga vårdskador och använda sig av rätt kompetens vid rätt tillfälle. I förslaget presenteras den vanligaste orsaken till allvarlig vårdskada i den somatiska vården som är bristande rutiner och riktlinjer, eller på grund av brister i kommunikation och information. Den vanligaste orsaken är brister i utbildning och kompetens. Vilket tyder på otillräcklig kunskap om vissa sjukdomar eller brister i introduktion och handledning.

Enligt Andrews, Catlin, Lamb och Christensen (2008) innebär en IHT ett hot mot säkerheten för både patienten och vårdpersonalen som utför transporten om kvalitén, planeringen och erfarenheten är bristfällig. I artikeln Siemsen et al. (2012) finns brister vid överföring och mottagande vid IHT. Bakomliggande orsaker kan vara brist på information, kommunikation, utbildning och teamkänsla mellan vårdtagarna. Det skapar en otrygg arbetsmiljö för vårdpersonalen vilket blir ett hot för patienten.

Patienten och anhöriga

Engström (2009) beskriver att när en människa drabbas av en kritisk sjukdom förloras känslan av frihet, kropp, integritet och identitet. Det påverkar patientens upplevelse av välbefinnande, värdighet och hälsa. Att bli vårdad på en intensivvårdsavdelning kan upplevas som skrämmande, med känslor som avstängdhet och utlämnande av sin kropp. Det är viktigt som intensivvårdssjuksköterska att upprätthålla patientens värdighet och undvika situationer som kan upplevas som kränkande. Mål för intensivvårdssjuksköterskan är att med sitt engagemang upprätthålla patientens värdighet genom kommunikation och att ge tid till patienten för att se patientens behov.

Johnson (1999) menar att möta behoven hos den kritiskt sjuke patienten, samt hos anhöriga är ett krav för att upprätthålla omvårdnad som är essensen i intensivvårdssjuksköterskans profession. Omvårdnad kan inte enbart fokusera på fysiologisk stabilisering och transport proceduren utan att se den kritiskt sjuke patienten. Precis som anhöriga är de i behov av besked och information, både före och under och efter transporten. Enlig Engström (2009) har anhöriga en central roll i vården av patienten. Anhöriga kan ge en speciell trygghet och omtänksamhet som kan ge patienten den trygghet och kärlek som gör att patienten återfår styrka att kämpa vidare. Burr (2001) visar hur viktigt det är med att anhöriga är med i vården hos patienten. När anhöriga fick vara delaktiga i planeringen av patienten ansåg de att deras behov blev uppmärksammade. Anhöriga berörs även utav miljön på en intensivvårdsavdelning och samtidigt se sin anhörig lida i en svår skada eller sjukdomstillstånd.

Tidigare forskning

För att undersöka aktuellt forskning- och kunskapsläge av IHT, har en sökning i databaserna PubMed, CINAHL, Scopus med sökord som interhospital transport, intensive care, transportation of patients, nurse attitudes osv. Författarna gjorde sökningen både enskilt och tillsammans. Artiklar inom pediatrik, intrahospital transport eller som handlade om transporten i ambulans/helikopter, samt skrevs på annat språk än engelska eller svenska exkluderades. Från litteratursökningen inkluderades 13 stycken artiklar som ansågs vara relaterade till studiens syfte.

Enligt Droogh et al. (2012) studie från Nederländerna är en intra- eller IHT en del av intensivvårdsarbetet. Det sker en ökning av IHT internationellt, detta är relaterat till

centralisering av specialistkompetens och att patienter kräver högre vårdnivå. Vilket också bekräftas i studier från England och USA av Swickard, Swickard, Reimer, Lindell och Winkelman (2014), Blakeman och Branson (2013) och Martin (2007). Tidigare forskning som genomförts av Markakis et al. (2006), Siemsen et al. (2012). Blakeman och Branson (2013) menar att transport av intensivvårdspatient är riskfylld, och en övervägning mellan risk och nytta bör genomföras för att motivera en transport. Om det brister i planering och förberedelser inför IHT äventyrar det patient- och personalsäkerheten. Gustafsson et al. (2010) och Siemsen et al. (2012) relaterar kommunikation- och samarbetssvårighet samt brister i arbetsmiljö till nedsatt säkerhet, för både vårdpersonal och patient. Det krävs att utifrån sin kompetens och kunskap kunna förbereda patienten för transport, att arbeta som team och då förebygga oväntade händelser och komplikationer. Enligt Ligtenberg et al. (2005) bör IHT inte utsätta patienten för ytterligare fara och pekar på betydelsen av säkerhet. Studiens resultat visar att sjuttio procent av de oväntade händelserna som inträffade under IHT kunde undvikas genom mer noggrann förberedelse. I Warren et al. (2004) amerikanska studie konstateras att kritiskt sjuka patienter löper större risk för mortalitet vid och under en transport. Studien uppmärksammar planering, rätt utrustning och personal som avgörande för patientsäkerheten. Utfallet är beroende av teknisk- och klinisk expertis, och rekommenderas därför utföras av speciellt utbildad personal. Ett flertal studier Warren et al. (2004), Gustafsson et al. (2010), Ligtenberg et al. (2005), Lee, Lum, Beehan och Hillman (1996) rekommenderar att checklistor och rutiner införs och följs för att öka patientsäkerheten. Behovet av tydliga riktlinjer efterfrågas regionalt och nationellt och bör utfärdas av ett speciellt team inom olika professioner som ger bred kompetens. En övervägande del av tillgänglig forskning kartlägger specialiserade medicinska transportteam och flygmedicinsk transport av kritiskt sjuka patienter (Lee et al., 1996). Olika specialiteter och erfarenheter representeras av vårdpersonalen som är inblandade i att organisera IHT. Det är dock inte känt hur vårdpersonalen fattar beslut och vilka erfarenheter som ligger bakom dem.

Problemformulering

Tidigare forskning tyder på risker med IHT som uppmärksammats både nationellt och internationellt. IHT kan inträffa dygnet runt, sker under svår tidsbrist och är resurskrävande vad gäller medicinsk utrustning och skicklighet. Idag förekommer IHT mer frekvent och i intensivvårdssjuksköterskans profession ingår det att förbereda, utföra och utvärdera den medicinska ordinationen samt tillgodose omvårdnad för att skapa säkerhet i specifik vårdmiljö. Transporten ställer höga krav på förberedelser som genomförs av intensivvårdssjuksköterskan, där kunskaper och erfarenheter tillsammans med team och arbetsmiljön är avgörande för patientsäkerheten. I dagsläget har ännu ingen omfattande forskning utförts i Sverige på intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av detta fenomen. Det finns ett behov av att undersöka den svenska intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av förberedelse inför IHT av kritisk sjuka patienter, vilket motiverar genomförande av denna studie.

Syfte

Att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av förberedelser inför interhospital transport av kritisk sjuk patient.

Metod

Design

Enligt Polit och Beck (2012) syftar den kvalitativa metoden att förklara och ge en djupare förståelse av en specifik erfarenhet. Därmed är det relevant utifrån studiens syfte att använda kvalitativ metod eftersom studiens avsikt är att få en djupare förståelse av intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av IHT. Datasamling har skett via enskilda intervjuer. Induktiv ansats innebär tolkning av berättelser om en specifik upplevelse och att sammanställa en slutsats.

Urval

För variation gjordes ett strategiskt urval av intensivvårdssjuksköterskor som arbetar på två regionsjukhus, i norr kontra söder. Författarna kontaktade vårdavdelningscheferna på respektive sjukhus som fick informationsbrevet (Bil.1) angående studiens syfte och önskan om samtycke mailat till sig. Vårdavdelningschefen fungerade som mellanhand och informerade anställda om studien muntligt och skriftligt via informationsbrevet.

Inklusionskriterier i studien var sjuksköterska med specialistutbildning i intensivvård, med erfarenhet av IHT och minst fem års arbetslivserfarenhet. Exklusionskriterie för studien var nyanställda intensivvårdssjuksköterskor på avdelningen. Intensivvårdssjuksköterskor som anmälde sitt intresse kontaktades via telefon eller mail av författarna och erhöll skriftlig information i form av forskningspersonsinformation (FPI) (Bil. 2), och kunde därmed lämna informerat samtycke till deltagande i studien. Tid och lokal bestämdes för intervju på deltagarnas premisser. För att minska risken för bortfall tog författarna återigen kontakt med deltagarna per telefon eller mail dagen innan mötet som en påminnelse.

Undersökningsgrupp

Totalt genomfördes sex separata intervjuer med specialistsjuksköterskor inom intensivvård, varav av en var även utbildad narkossjuksköterska. Deltagarna var fyra kvinnor och två män i åldrarna 42-62 år med arbetslivserfarenhet som intensivvårdssjuksköterska på mellan 6-28 år. Alla arbetade på en allmän IVA. Studien inriktade sig på erfarenhet av förberedelse inför IHT på intensivvårdsavdelningen, men av de sex informanterna var det tre av dem som ibland följde med under själva transporten. Det förekom inget bortfall av deltagarna.

Datainsamling

Individuella semistrukturerade forskningsintervjuer utfördes för insamling av data. Enligt Polit och Beck (2012) innebär semistrukturerade intervjuer när författaren vet vad de ska fråga men kan inte förutsäga vad svaren kommer att bli. I denna metod använder intervjupersonen en intervjuguide som innehåller en lista med teman som innefattar frågor som ställs till varje deltagare. Intervjuguiden innehåller olika teman som ska täckas under intervjun och förslag till frågor. Intervjupersonens uppgift är att uppmuntra informanten att prata fritt att berätta sina egna tankar och få oväntade svar. Artikelns författare utvecklade en intervjuguide (Bil. 3) som motsvarade studiens syfte. Den omfattade frågor om demografi, arbetslivserfarenhet som allmänsjuksköterska, utbildning och arbetslivserfarenhet som intensivvårdssjuksköterska. Intervjuerna följde intervjuguidens struktur och följdfrågor ställdes för att förtydliga och stimulera berättandet. Intervjuerna genomfördes avskilt på intensivvårdsavdelningen enligt uppgörelse mellan författarna och informant. Fyra intervjuer utfördes på intensivvårdsavdelningen, medan två stycken intensivvårdssjuksköterskor intervjuades i deras bostad. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av elektronisk utrustning och pågick mellan 15-40 min. Författarna arbetade enskilt med att transkriberade intervjuerna ordagrant.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades utifrån en kvalitativ analysmetod. En kvalitativ analysmetod innebär enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) att identifiera skillnader och likheter som uppmärksammas i intervjuerna. Utifrån skillnader och likheter i materialet från intervjuerna kunde olika kategorier och underkategorier skapas. De transkriberade texterna har ett manifest innehåll och ett latent budskap. Manifest är uppenbart innehåll i texten, medan latent är underliggande budskap, vilket beskrivs genom tolkning av kategorier. Kategorier sammanfogar det latent budskapet i olika underkategorier (Tabell 1.1). Intervjuerna lästes igenom som helhet flera gånger av författarna, för att skapa en känsla och uppfattning av innehållet. Delar av texten med samma innebörd urskildes, dessa meningsenheter kondenserades och kodades. Skillnader och likheter mellan koderna identifierades och sorterades till olika kategorier och underkategorier. Citat från datainsamlingen presenteras för att styrka resultatets trovärdighet.

Tabell 1.1

Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter beskrivna från meningsbärande enhet till kategori

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Nu har jag ju varit där uppe så många gånger så man ser man vet ju hur miljön ser ut och så vidare det är ju enklare	Man vet hur miljön ser ut det är ju enklare.	Känna till arbetsmiljön	Ansvara för patientens säkerhet	Arbetsmiljön ställer krav
Sen blir det ju bra om man har bra relation med alla dom aktörerna som alltså teamet runt patienten från det man beslutar om transport egentligen tills det att vårt uppdrag är över och det handlar ju dom att man har flera olika yrkeskategorier som arbetar runt patienten att man kan ha en bra dialog och en bra kommunikation	Bra relation med olika aktörer det som ingår i teamet kring patienten. Att det finns under hela transporten från beslut till avslut. Att ha bra dialog och kommunikation.	Bra relation och dialog.	Samarbete är en förutsättning och kommunikation är central	Teamkänsla främjar patient-säkerheten

Forskningsetiska överväganden

Lagen om etikprövning innebär att forskning som utförs på människor i Sverige ska forskaren enligt lag ansöka om etisk prövning. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan

och respektera människovärdet i forskningen. Enligt 2§ innefattar det inte forskning som utförs inom högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå (Svensk Författningssamling, 2003). Även om lagen inte innefattar den forskningsnivå i denna studie är det en vägledning för att upprätthålla etisk förhållningsätt i studien. Det vill säga att inte skada eller avidentifiera en deltagare i studien.

Enligt Vetenskapsrådet (2009) ingår det fyra huvudkrav i forskning för att uppfylla individskyddskravet. Individskyddskravet är utgångspunkten i det forskningsetiska övervägandet i en studie. Dessa innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och även nyttjandekravet. För att uppfylla kraven i studien har intensivvårdssjuksköterskorna tilldelats information muntligt och skriftligt i form av forskningspersonsinformation (Bil. 2). Informationen redogör för deltagarnas uppgift i studien och information om forskningen. Samtyckeskravet har uppfyllts genom att intensivvårdssjuksköterskorna har lämnat samtycke till att delta i studien. Samt att de tilldelats information om rätten att själva bestämma sin medverkan och möjligheten att kunna avbryta studien när som helst, utan att det ska få negativa konsekvenser. Forskningsmaterialet från intervjuerna kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Vilket innebär att det kommer förvaras på ett sådant sätt så det blir omöjligt för utomstående att ta del av informationen. Även att informanterna avidentifieras i resultatet för att inte kunna härleda till enskild person. Nyttjandekravet uppfylls genom att informera intensivvårdssjuksköterskorna att materialet endast kommer att användas i den aktuella studien. I studien har författarna strävat efter att återge insamlad data så uppriktigt som möjligt. Eventuella risker för informanterna att delta i studien anser författarna som låg på deltagarnas goda fysiska och psykiska hälsa. Men att det finns en risk att uppleva situationen känslös på grund av frågor angående sin yrkesroll och situationer som specialist sjuksköterska inom intensivvård. Nyttan med studien är genom det resultat som kommer fram i studien ger en ökad kunskap och bidrar till ökad patientsäkerhet.

Resultat

Resultatet belyser intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av förberedelser inför IHT av kritiskt sjuk patient. Resultatet av intervjuerna redovisas i tabellform med tre kategorier och åtta underkategorier (Tabell 1.2). Kategorierna och underkategorierna beskrivs och styrks med hjälp av citat.

Tabell 1.2

Intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter beskrivna utifrån kategorier

Kategori	Underkategori
Arbetsmiljön ställer krav	Ansvar för patientens säkerhet Uppleva stress Känna otrygghet under IHT
Teamkänsla främjar patientsäkerheten	Samarbete är en förutsättning och kommunikation är central Anhöriga involveras i vården av patienten Praktiskt iordningställa och mentalt förbereda inför IHT
Klinisk skicklighet förvärvas genom erfarenhet och kompetensutveckling	Klinisk erfarenhet är en styrka Kompetensutveckling sker med hjälp av medarbetare

Arbetsmiljön ställer krav

Arbetsmiljön, med allt vad det innebär som tidspress och begränsat utrymme, ställer krav på intensivvårdssjuksköterskans som upplever stress och att ansvara för patientens säkerhet. Arbetsmiljön visade sig vara av stor betydelse under förberedelserna av IHT, och kunde ibland ge en känsla av otrygghet då den var främmande. Riktlinjer gav struktur.

Ansvar för patientens säkerhet

Intensivvårdssjuksköterskorna betonar vikten av att känna till miljön och den teknik som krävs. Att ha kunskap om den utrustning som finns, gör det möjligt att vara mer beredd på oförutsägbara händelser, och därmed ökar patientsäkerheten. IHT är beroende av arbetsmiljöförhållandena.

Men det är ju att jag kan utrustningen det är ju det hänger på, kan ja den så. Man vet ju aldrig vad som händer men då får jag ju ringa och fråga, vad ska jag göra? Informant 1

Lokalt utrymme är ofta ett problem både på avdelningen och i kommande miljön i ambulansen. Trångt utrymme gör det svårt att arbeta och patientens integritet och sekretess blir lidande. Brist på personal och många patienter på en yta beskriver intensivvårdssjuksköterskorna som

komplex. Väder och vind påverkar vilken typ av transport som är möjlig, men kan även ge dåliga förutsättningar för IHT. Riktlinjer, checklistor och ordinationsblad upplevs skapa säkerhet i sättet att arbeta på generellt, men upplevs ibland vara otydliga.

Utrymme! Det blir dålig arbetsmiljö, svårt att arbeta ergonomiskt, det blir dålig sekretess, för många runt om kring. Informant 4

Uppleva stress

Vid tidspress och akut besked om IHT upplever intensivvårdssjuksköterskorna stress. Att uppleva stress gör att väntan på ambulanspersonal kan kännas längre och risken för att begå misstag ökar. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde stress då det exempelvis fick oklara ordinationer av läkemedel och andra medicinska åtgärder. Eller att läkare var ovana vid vårdsituationen och att de inte kunde ge rätt ordinationer, läkemedel eller åtgärd, vid rätt tillfälle. Exempelvis har hyrläkare anställda vid bemanningsföretag inte alltid kännedom om de rutiner som gäller inom intensivvård på det aktuella sjukhuset inför IHT.

Intensivvårdssjuksköterskorna upplever även stress om någon annan av personalen i teamet saknade adekvat kompetens.

Å det ju inslag av stress att man måste kapa tid nånstans, ja när man hamnar i tidsnöd. Tidsnöd är aldrig bra. När man har ja mänskliga faktor slarv, att man inte har tänkt, man har missat något i förberedelsefasen. Informant 3

Känna otrygghet under IHT

Efter förberedelserna inför IHT, ansvarade några intensivvårdssjuksköterskor även för vården under transporten, vilket de beskrev som en känsla av otrygghet. Det grundar sig först och främst på bristen av kontinuitet med att utföra vårdarbete i en ambulans och därför kändes miljön främmande för dem. Vidare beskrevs att transportmiljön i ambulansen är trång, skakig och har hög ljudnivå. Beslutet om IHT av patient sker hastigt, och även fastställandet om vem i personalstyrkan som skall vara ansvarig under transporten och en känsla av otrygghet kan uppstå när det saknas läkare under IHT.

Den är trång, den är skakig hmm, du är ju inte i din vanliga hemmamiljö, det är du ju inte. Det gäller att du har koll på dina grejor, framförallt en viktig grej du måste vara fastspänd. Informant 1

Teamkänsla främjar patientsäkerheten

Teamkänsla främjar patientsäkerheten i förberedelserna inför IHT. Samarbete är en förutsättning och kommunikation har en central roll mellan medarbetare och även anhöriga, för att kunna involvera dem i vården av patienten. IHT kräver av intensivvårdssjuksköterskan att vederbörande alltid vara redo, vilket innebär att fysiskt iordningsställa utrustning och material som behövs i den individuella vårdsituationen. Men även den mentala förberedelsen med att planera i tanken så att intensivvårdssjuksköterskan är redo att handla vid väntade och oväntade vårdhändelser, är minst lika viktig.

Samarbete är en förutsättning och kommunikation är central

I en vårdsituation under tuff tidspress är det en fördel om personalen känner varandra sedan tidigare och därmed har vetskap om varandras kompetens och vilka styrkor och svagheter som finns. Det är viktigt att inte känna sig ensam i den aktuella vårdsituationen utan kunna arbeta i team som tillsammans involverar intensivvårdssjuksköterskor, läkare, undersköterskor samt ambulanspersonal.

... det är mycket som ska göras på kort tid. Och allt måste flyta på. Och, så är man ju beroende av varandra, att det funkar. Informant 4

En viktig del för teamkänsla är kommunikation mellan medarbetare. Med det menar intensivvårdssjuksköterskorna klara och tydliga ordinationer från läkare, samt möjligheten att rapportera till ambulanspersonal, sjuksköterska eller läkare på mottagande sjukhus. Är patienten vaken försöker de även informera denne om vad som kommer att ske och varför.

Det är också viktigt med dialog, kommunikation av olika aktörer då, och att man får tid på sig att ge den där rapporten. Informant 3

Anhöriga involveras i vården av patienten

I vårdsituationen med en kritiskt sjuk patient och förberedelse av interhospital transport är det viktigt att inte glömma bort och informera anhöriga. Ofta behöver ansvarig intensivvårdssjuksköterska eller läkare ringa och informera anhöriga om de inte finns till hands på sjukhuset.

Anhöriga kan vara oroliga och befinna sig i chock efter den akuta vårdssituationen där är patienten är svårt sjuk och resursbrist kräver IHT och därmed har många frågor. De kan också bli informerade om att åka i sin egen bil till det mottagande sjukhuset.

Under tiden man förbereder den här patienten, så måste man ju gå ut och prata, huvudsaken man går ut korta stunder, och talar om liksom att nu håller vi på med det här, ni ska snart få komma in till eran anhörig. Informant 4

Praktiskt iordningsställa och mentalt förbereda inför IHT

Inför IHT uppger informanterna vikten av att kontrollera medicinsk teknik som ventilator och pumpar. Att dra upp läkemedel och blanda dem, beräkna hur mycket läkemedel som behövs nu och som kommer att behövas till patienten under transporten. Innan förflyttning och transport kontrolleras att infarter och eventuell tub sitter ordentligt fasttejpade, så att de sitter kvar trots att patientens läge flyttas.

Se till att allt är förankrat och väl- tejpade och suturerat. De livsviktigaste pumparna, bort med allt annat, så lite som möjligt. Att ha tillgång till infarter och läkemedel nära till hands.

Informant 4

Alla intensivvårdssjuksköterskor beskriver att de förbereder sig mentalt, lägger upp en plan och utför den. Men hela tiden finns i deras tankar också hur de ska handla om något akut inträffar. I tankarna ligger intensivvårdssjuksköterskan före, skapar förutsättningar och förbereder för att handla i oväntade vårdssituationer.

Men ibland händer det ju något oförväntat och det går jag ju nog också igenom mentalt. Att japp, detta är ju det förväntade scenariot och hur hanterar jag det om eller det, eller det händer. Har jag beredskap för det? Informant 3

Klinisk skicklighet förvärvas genom erfarenhet och kompetensutveckling

Den egna och medarbetarnas erfarenhet är en styrka, och det tillsammans med kompetensutveckling förvärvas klinisk skicklighet som är grundläggande för IHT.

Klinisk erfarenhet är en styrka

Kunskaper och färdigheter erhålls genom erfarenhet enligt alla intensivvårdssjuksköterskor.

Det var viktigt för sjuksköterskorna att delta och ansvara för förberedelserna inför IHT och genom det lära känna vårdmiljön och på så sätt hitta sitt eget sätt att arbeta på. . Var fokus riktas är beroende av erfarenhet. För det handlar om att förbereda praktiskt och mentalt och förebygga oförutsedda händelser, vilket är svårt för intensivvårdssjuksköterskor som är nyanställda inom intensivvård.

Det är klart det är skillnad, jag har jobbat så länge och åkt på så mycket transporter, är man helt ny färdig så är det ju en helt annan sak, det är klart det är svårare... Bara man förbereder sig väl så fungerar det ju, det handlar om att vara förberedd. Informant 2

Kompetensutveckling sker med hjälp av medarbetare

Samtliga intensivvårdssjuksköterskor uppgav att det inte finns någon specifik utbildning för

IHT. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att nya ovana intensivvårdssjuksköterskor

utvecklar sina kliniska skickligheter i samband med IHT, där erfarna

intensivvårdssjuksköterskor får tillfälle att förmedla sin kunskap och erfarenhet. En del

intensivvårdssjuksköterskor tyckte att det skulle vara bra med någon form av IHT-utbildning

framförallt för nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor. Som övning eller simulering för

att träna inför IHT. De menade att de genomgår många andra utbildningar för att lära sig

hantera olika slags akuta vårdssituationer eller medicinsk utrustning, och kunde inte förklara

varför det inte fanns någon IHT-utbildning. Men några intensivvårdssjuksköterskor ansåg att

det skulle räcka med feedback eller briefing för att diskutera och utvärdera vad som fungerat

under IHT.

Nej det är nog äldre som lär upp yngre. Ja, när du säger det så. Vi har ju utbildningar på det mesta annat så. Informant 6

Men för dom som kommer nya så tro jag absolut att det skulle behövas någon form av

utbildning, för det är ju svårt... Informant 1

Man skulle, vi har ju simuleringsövningar en gång om året, det är ju egentligen en ska man

skulle kunna simulera... Informant 3

Diskussion

Metoddiskussion

Studien avsåg att belysa intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av förberedelserna inför IHT vilket motiverar valet av kvalitativ metod och datainsamling med semistrukturerade intervjuer. I början av planeringsprocessen fanns en tanke att genomföra en enkätstudie som metod och för att studera en större population. Efter diskussion om studiens syfte ansågs den metodformen inte relevant för att få övergripande förståelse av erfarenheterna och syftet hade blivit obesvarat. Även tiden för genomförandet av studien var för kort för att genomföra en optimal enkätstudie. En alternativ metod hade varit att intervju med intensivvårdssjuksköterskor i fokusgrupp, för att skapa en diskussion om olika erfarenheter vid IHT. Detta skulle bli komplicerat eftersom studien genomfördes på två olika sjukhus i Sverige och att ingen av författarna hade kunskaper om att vara moderator.

Enligt Polit och Beck (2012) finns det inga bestämda regler på antalet deltagare i studien. Om det blir ett för lågt antal intensivvårdssjuksköterskor i studien kan det påverka resultatet då det blir färre skildringar av fenomenet. I studien tillfrågades sex stycken intensivvårdssjuksköterskor. Det kan anses vara ett lågt antal deltagande för att få ökad bredd av olika erfarenheter. På grund av tidsplanen för studien skulle det blivit svårt med att genomföra ytterligare intervjuer. Intensivvårdssjuksköterskorna hade omfattande arbetslivserfarenhet och hade god förmåga att reflektera och kommunicera. Av den anledningen känns datainsamlingen relevant för att kunna besvara syftet, och ge ett representativt resultat. En nackdel med urvalet i studien är att majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna hade en lång erfarenhet. Medan en fördel med olika lång erfarenhet ger större variation, olika synvinklar och uppfattningar. Graneheim och Lundman (2004) anser att vid kvalitativ innehålls analys bör urvalet vara varierat avseende kön, ålder och erfarenhet avseende i detta fall IHT, för att besvara forskningsfrågan från olika perspektiv. För att öka bredden på urvalet och fånga olika perspektiv valdes två mindre regionsjukhus. Det strategiska urvalet motiveras också av att mindre sjukhus med begränsade resurser har en högre förekomst av IHT och därmed intensivvårdssjuksköterskor med lång erfarenhet. Valet av att endast inkludera intensivvårdssjuksköterskor med minst fem års arbetslivserfarenhet på avdelningen motiverades kan anses vara mer erfarna vad gäller IHT. Två mindre regionsjukhus utsågs i relation till hög förekomst av IHT och tillgång till intensivvårdssjuksköterskor med erfarenheter. För att hitta relevanta deltagare till studien

gjordes urvalet tillsammans med vårdavdelningschefen. Vårdavdelningschefen tilldelade författarna förslag på intensivvårdssjuksköterskor som passade studiens inklusionskriterier, vilket gjorde det svårt att påverka spridning avseende ålder, kön och erfarenhet.

Vårdavdelningschefens urval kan vara en nackdel då intensivvårdssjuksköterskor med intresse av att delta inte blivit erbjudna. Urvalet innebär en etisk risk då de som blev tillfrågade kunde uppleva en känsla av tvång att delta. Men enligt Fridlund och Hildingh (2000) stärks tillförlitligheten när det som undersöks har betydelse för samtliga som intervjuats.

Trots skriftlig och muntlig information inför intervju, uppstod missförstånd gällande vilken transport som avsågs att studera. Förtydligande över att det gällde IHT krävdes under intervjun. Den tilldelade informationen skulle därmed varit mer tydligare för att minska risken för otydligheter leda till en mer fokuserad intervju, samt öka tillförlitligheten i datainsamlingen.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskriver att förförståelse innebär att skapa sig en bild av det fenomen som studeras. Det innefattar den samlande kunskapen författarna har utifrån teori, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar. Förförståelsen hos författarna kan påverka resultatet av datainsamlingen, då det finns risk för riktade följdfrågor och intensivvårdssjuksköterskornas egna ord och tankar kan gå förlorade. Författarnas förförståelse för studiens resultat anses ha en låg påverkan eftersom tidigare forskning är begränsad, egna erfarenheter är minimala och författarna strävar medvetet efter att vara öppna för nya möjligheter söker en djupare förståelse. En fördel med förförståelsen är att författarna är sen tidigare legitimerade sjuksköterskor och har i liten grad erfarenhet av intensivvården. Förförståelsen av det medicinska språket var en fördel då intensivvårdssjuksköterskorna kunde tala fritt, och inte bli avbrutna under tiden för att förklara innebörden av olika begrepp.

Semistrukturerad intervjumetod är den mest lämpade intervjumetoden för fenomenet. Enligt Polit och Beck (2012) är semistrukturerade intervjuer när författaren vet vad som efterfrågas men kan inte förutsäga svaren. En intervjuguide användes för att få struktur i intervjun och täcka in specifika teman. Användande av intervjuguide säkerställde att samtliga intensivvårdssjuksköterskor fick besvara samma frågor. En svaghet är att författarna inte genomfört intervjuer tidigare, vilket kan ha försvårat möjligheten till en relevant datainsamling med tanke på studiens syfte. Enligt Kvale och Torhell (1997) kommer erfarenhet av att utföra intervjuer. Litterär kunskap, att både läsa och lyssna på intervjuer förbättrar intervjuens kvalitet. Författarna har sparsam erfarenhet av att utföra intervjuer vilket

var en svaghet. Det kunde varit en fördel om författarna genomförde intervjuerna tillsammans och kunde dra nytta av varandra under intervjun. Men enskilda intervjuer kan ses som en styrka då intensivvårdssjuksköterskorna inte upplever sig vara i underläge och leder till en öppen och tillåtande atmosfär. Pålitligheten stärks av att samma person utfört och transkriberat sina intervjuer, medan medförfattaren fungerat som granskare, och vice versa. Hur frågor ställs och formuleras har betydelse och det är relevant att prova intervjuguiden i förväg. På grund av tidsbrist fanns det inte möjlighet att tillämpa en pilotintervju, vilket kan påverka datainsamlingen negativt då intervjuguiden inte är beprövad.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) ökar tillförlitligheten i studien genom att analysera arbetet tillsammans. Diskussion och reflektion med utgångspunkt ur olika tolkningar medför det att koder och teman blir mer noggranna. I omvårdnadsforskning används kvalitativ innehållsanalys som metod för att tolka texter från exempelvis intervjuer. Den kvalitativa innehållsanalysen användes för att analysera insamlad data vilket är relevant till studiens syfte. Genom att utföra analysen tillsammans skapades diskussion och reflektioner kring datainsamlingen, i och med det stärks tillförlitligheten och minskar risken för enskild prägling av resultatet. Transkriberingen av intervjuerna genomfördes enskilt på grund av den begränsade tiden för uppsatsen beslutades att transkriberingen sker enskilt och sedan lästes de transkriberande texterna igenom tillsammans. Det faktum att det finns en överensstämmelse och sannolikhet i resultatet talar för denna kvalitativa studies rimlighet.

Resultatdiskussion

Studien belyser intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter vid förberedelser av kritisk sjuk patient inför IHT. Resultatet visar att arbetsmiljön ställer krav på intensivvårdssjuksköterskan att prioritera och eftersträva patientens säkerhet. De beskriver att arbetet sker under tidspress och med en mycket kritiskt sjuk patient vilket leder till upplevelse av stress. En känsla av otrygghet skapas när vårdmiljön är främmande. Detta inträffar när intensivvårdssjuksköterskan ansvarar för vården av patienten under IHT i ambulans. Vilket sker hastigt men sällan och gör det svårt att få kontinuitet och därmed erfarenhet i att arbeta i ambulans. Resultatet visar hur teamkänsla främjar patientsäkerheten där samarbete är en utgångspunkt. Där kommunikation är centralt mellan medarbetare, men också för att involvera anhöriga i patientens omvårdnad. Att både praktiskt och mentalt förbereda och planera för att agera vid oförutsedda händelser är intensivvårdssjuksköterskans sätt att ligga steget före och därmed vara alltid redo. Klinisk skicklighet förvärvas genom erfarenhet och kompetensutveckling.

Styrkan i förberedelsen inför IHT består av intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet. Att utbildning för IHT är obefintlig bekräftas av samtliga intensivvårdssjuksköterskor. Istället sker kompetensutveckling genom utbyte av kunskaper och skicklighet mellan novis och expert, och oftast i samband med IHT.

I resultatet framkom att säkerhet var intensivvårdssjuksköterskornas första prioritet. En viktig del var att arbeta i en familjär arbetsmiljö, där de känner till den utrustning som finns och fordras i den specifika situationen. Intensivvårdssjuksköterskornas kunskap och kännedom om miljön de arbetade i och den utrustning som vårdssituationen krävde, gjorde det enligt dem möjligt att planera, förebygga och vara beredda på oförutsedda händelser i samband med IHT. Gustafsson et al. (2010) studie beskriver att sjuksköterskor uttryckte oro och osäkerhet över att använda okänd utrustning, och att inte vistas i den väl kända vårdmiljön på intensivvårdsavdelningen. Flabouris och Seppelt (2001) bekräftar att för oerfarna intensivvårdssjuksköterskor kan transportmiljön upplevas som mer oförutsägbar och vara mer stressande. Att intensivvårdssjuksköterskan har kunskaper om, och känner sig bekväm i transportmiljön är betydelsefullt.

I resultatet framstår intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att riktlinjer, checklistor, ordinationsblad skapar ett strukturerat och säkerhet i sättet att arbeta. Men många intensivvårdssjuksköterskor ansåg att riktlinjerna inte följdes eller att de var otydliga. Gustafsson et al. (2010) beskriver att intensivvårdssjuksköterskor upplevde oro vid oklara rutiner i samband med IHT, och menar att riktlinjer är viktiga för patientsäkerheten. Warren et al. (2004) skriver att i en ideal värld är IHT utförd av ett speciellt utbildad team. Men eftersom det inte ser ut så i verkligheten bör en lokal beredskapsplan med rutiner formuleras. Martin (2007) redovisar en lista med minimumkrav som bör vara uppfyllda inför en IHT. I studien nämns till exempel tydliga riktlinjer, utbildning av personal, god kommunikation och regelbunden granskning av rutinerna som en del i att förebygga incidenter. Resultatet av Lee et al. (1996) prospektiva studie bekräftar att riktlinjer underlättar intensivvårdssjuksköterskornas arbete. Ligtenberg et al. (2005) presenterade att strikt följsamhet, till checklistor och riktlinjer, rekommenderas för att öka kvalitén vid transport.

I resultatet betonas att intensivvårdssjuksköterskorna beskrev tidspressen, oklara ordinationer och bristande kliniska skickligheter i teamet, som tillfällen då de upplevde stress. Tidspressen under förberedelsen av IHT medför att teamkänslan och därmed patientsäkerheten är beroende av samarbete och kommunikation mellan vårdpersonalen. Det innefattar klara och

tydliga ordinationer vad gäller läkemedel och medicinska åtgärder, information till patienten samt rapport till mottagande sjukhus. Vid IHT var det en stor fördel att känna till varandra sedan tidigare, och därmed veta teamets samlade styrkor och svagheter. Gustafsson et al. (2010) beskriver att vid plötsliga omställningar, från en vårdsituation till en annan, kan intensivvårdssjuksköterskan uppleva stress och oro. Dessa tillfällen utmanar intensivvårdssjuksköterskan som behöver ha kontroll över vårdsituationen och det blir därmed svårare att kunna ge optimal omvårdnad. Det var möjligt att minska på stressen när intensivvårdssjuksköterskan utifrån tidigare erfarenheter kunde förbereda IHT både praktiskt och mentalt. Warren et al. (2004) och Blakeman och Branson (2013) menar att ett team inte bara bör ha kunskaper om transport utan nämner också vikten av antalet personal, alltså tillgången till resurser.

Enligt Manser (2009) finns ett samband mellan teamarbete och patientsäkerhet. Teamkänslan har en viktig roll i uppkomsten och förebyggandet av oförutsedda vårdhändelser. Studien belyser vikten av samordning och att ha en strategi för att öka teamprestation, vilket kräver kunskap om arbetsroller och procedurer. Det blir extra tydligt i främmande och akuta vårdsituationer. Stephens, Beehan och Hillman (1995) betonar vikten av kommunikation mellan de olika arbetsteamerna i transportkedjan. Gustafsson et al. (2010) beskriver att intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att kommunikationen var bristfällig under transportkedjans alla faser. I studien framkommer det att tydlig kommunikation i teamet och instruktioner från ansvarig läkare minskar den upplevda stressen vid IHT.

Resultatet i studien påvisar en svårighet i att involvera anhöriga i samband med IHT. Johnson (1999) beskriver att patientens familj har en viktig roll som stöd för patienten, vilket fordrar att sjuksköterskan involverar familjen när det är möjligt och är även medveten om deras behov. Gustafsson et al. (2010) menar att upplevelse av stress kunde uppstå vid otillräcklighet vid vård av patient och anhöriga.

Som en del i den praktiska förberedelsen nämns kontrollering av medicinsk teknik att iordningställa läkemedel och säkerställa infarter och luftväg. Stephens et al. (1995) menar att, förbereda en patient för transport förutsätter goda kunskaper om patientens status och troliga komplikationer. Målet med förberedelsen inför transport är att stabilisera patienten tillräckligt för att tillåta transport i normal fart och eventuellt i en lång sträcka. Att ha en förståelse för de praktiska problem som kan uppstå i samband med en transport och känna till att handlingsstrategier kan öka kvalitén i arbetet. Studier gjorda av Ligtenberg et al. (2005) och

Martin (2007) belyser vikten av planering och förberedelser i samband med IHT för minska risken för oförutsedda händelser

I resultatet visas att den mentala förberedelsen betyder att de tänker vilka handlingar som krävs, planerar och hela tiden försöker ligga steget före. Vilket också bekräftas i Gustafsson et al. (2010) studie där sjuksköterskans expertis och förmåga att tänka igenom situationen och förbereda sig själv och iordningställa utrustning minskar stress och oro. Detta gör att de snabbt kan åtgärda en oförutsedd händelse.

I resultatet uppger intensivvårdssjuksköterskorna att den kunskap och skicklighet de har används av att aktivt i förberedelserna av IHT, alltså genom erfarenhet. Enligt Benner et al. (2011) är erfarenheter när en situation uppstår på ett sådant sätt som får ens förståelse för situationen att förändras eller nyanseras. Benner beskriver också begreppet lokaliserad inläring som lärande under en pågående situation, att använda sin kunskap, tänka och att handla under den föränderliga situationen. Enligt Anderson och Willson (2009) är förvärvad kunskap den kunskap som människor bär med sig och får genom lärande och erfarenheter, vilket ger dem skicklighet.

I resultatet framkommer att intensivvårdssjuksköterskorna anser att deras erfarenhet är mycket viktig, det är genom att delta i IHT som de lär sig. De är eniga om att det kan vara svårare för de intensivvårdssjuksköterskor, med liten eller ingen erfarenhet, att förbereda och förebygga risker. Samtliga intensivvårdssjuksköterskor berättar att i nuläget finns det ingen specifik utbildning för IHT på någon utav intensivvårdsavdelningarna. Kompetensutveckling sker genom utbyte av kunskap och skicklighet i samband med IHT. Enligt Benner et al. (2011) sker kompetensutveckling genom att experten överför sin kliniska kunskap och det är centralt inom omvårdnad. Detta sker dagligen i praktiken genom att expert sjuksköterskan orienterar nya sjuksköterskor bland rutiner, processer och handhavande därtill lär ut sina erfarenheter och sitt sätt att arbeta. Vilket säkerställer att bevara och utveckla gott kliniskt utförande. Andrews et al. (2008) beskriver att en IHT kräver att personalen är väl utbildade och kompetenta för att utföra en transport säkert.

Intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av IHT påverkar kvalitén av transporten och därmed risken för mortalitet hos patienten. Men formell utbildning saknades och större delen av inläring skedde under handledning och det praktiska arbetet. Flabouris och Seppelt (2001) beskriver att skicklighet upprätthålls genom att exponeras för transporter, kliniska övningar

som simulering och handledning under transporter. Martin (2007) menar att god förberedelse börjar med utbildning för personal. Det fanns de intensivvårdssjuksköterskor som kände sig trygga i sitt sätt att arbeta. Dessa efterfrågade istället ett verktyg som diskussionsforum efter utförd IHT, för att få återkoppling och därmed utveckla kompetensen. I Manser (2009) litteratur studie beskrivs team-briefing som ett verktyg för bättre kommunikation och därmed ökad patientsäkerhet.

I resultatet framkom det faktum att det inte finns någon utbildning för kompetensutveckling inom IHT. Annan intern utbildning, som övning och simulering inför hantering av akuta situationer och utrustning skedde rutinmässigt. Många ansåg att utbildning eller övning för att lära sig förbereda inför IHT skulle vara ett bra sätt att utveckla deras skicklighet. Droogh et al. (2012) anser att oförutsedda händelser kan uppstå, de flesta är förutsägbara eller förväntade, vilket betyder att de kan förebyggas genom övning. Att simuleringsövningar uppnår skicklighet är välkänt sedan tidigare. Utbildning menar Lee et al. (1996) förser en novis intensivvårdssjuksköterska med ökad kunskap och därmed möjlighet fatta adekvata beslut, vilket bidrar till ökad patientsäkerhet.

Denna studie undersökte intensivvårdssjuksköterskornas erfarenheter av förberedelser inför IHT av kritiskt sjuk patient. Resultatet betonar risken med IHT, belyser vikten av förberedelse inför IHT, samt framhäver svagheten i utbildning för kompetensutveckling. Det implicerar behov av framtida forskning av mer djupgående karaktär kring intensivvårdssjuksköterskans arbete vid IHT. Fortsatta studier som belyser nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor perspektiv på IHT och undersöker behovet av utbildning och kompetensutveckling behövs. Likaså forskning kring utveckling av riktlinjer och forskning ur patient- och anhörigperspektiv.

Slutsats

Studien visar intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter vid förberedelser inför IHT av kritisk sjuk patient. I den kravfyllda arbetsmiljön ansvarar intensivvårdssjuksköterskan för patientens säkerhet. Upplevelsen av stress är relaterad till tidspress och den kritiskt sjuka patienten. En främmande vårdmiljö skapar känsla av otrygghet. Resultatet visar att teamkänsla främjar patientsäkerheten och är beroende av samarbete och kommunikation mellan vårdpersonal och anhöriga. Att vara steget före och därmed vara alltid redo, innebär både praktisk och mental förberedelse. Intensivvårdssjuksköterskornas kliniska skicklighet förvärvas genom erfarenhet. Det föreligger ingen utbildning inom IHT och kompetensutveckling sker mellan, vad Benner kallar, expert till novis. Resultatets innebörd belyser brister i professionens teoriutveckling och utbildning, vilket har inverkan på det praktiska omvårdnadsarbetet.

Referenser

- Anderson, J. A., & Willson, P. (2009). Knowledge management: organizing nursing care knowledge. *Critical Care Nursing Quarterly Journal*, 32(1), 1-9. doi: 10.1097/01.cnq.0000343127.04448.13
- Andrews, S., Catlin, S., Lamb, N., & Christensen, M. (2008). A dedicated retrieval and transfer service: the QUARTS Project. *Nursing Critical Care*, 13(3), 162-168. doi: 10.1111/j.1478-5153.2008.00272.x
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. L., & Stannard, D. (2011). 12. The skilled know-how of clinical and moral leadership and the coaching and mentoring of others *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (ss. 449-523). New York: Springer.
- Benner, P., Tanner, C. A., Chesla, C. A., Rooke, L., & Larsson-Wentz, K. (1999). 9 Omvårdnadens suveränitet och erfarenhetens, berättelsens och gruppens roll i kliniskt och etiskt expertkunnande *Expertkunnande i omvårdnad: omsorg, klinisk bedömning och etik* (ss. 282-309). Lund: Studentlitteratur.
- Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care Journal*, 58(6), 1008-1023. doi: 10.4187/respcare.02404
- Burr, G. (2001). Tidigare forskning IG. Burr (Red.), *Reaktioner och relationer i intensivvård: närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven* (ss. 17-28). Lund: Studentlitteratur.
- Chaboyer, W., & Greal, B. (2012). Essential nursing care of the critically ill patient 6. I D. Elliott, L. Aitken, W. Chaboyer & N. Australian College of Critical Care (Red.), *ACCCN's critical care nursing* (ss. 105-132). Chatswood, N.S.W: Elsevier.
- Dreyfys, H. L., & Dreyfys, S. E. (1999). 2 Förhållandet mellan teori och praktik i förvärvandet av färdigheter. I P. Benner, C. A. Tanner, C. A. Chesla, L. Rooke & K. Larsson-Wentz (Red.), *Expertkunnande i omvårdnad: omsorg, klinisk bedömning och etik* (ss. 59-80). Lund: Studentlitteratur.
- Droogh, J. M., Smit, M., Hut, J., de Vos, R., Ligtenberg, J. J., & Zijlstra, J. G. (2012). Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Critical Care (London, England)*, 16(1), R26. doi: 10.1186/cc11191
- Engström, Å. (2009). 4 Upplevelser vid akut, svår sjukdom. I S. Söderberg (Red.), *Att leva med sjukdom* (ss. 51-66). Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- Flabouris, A., & Seppelt, I. (2001). Optimal Interhospital Transport Systems for the Critically Ill. I J.-L. Vincent (Red.), *Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine 2001* (ss. 647-660): Springer Berlin Heidelberg.
- Fridlund, B., & Hildingh, C. (2000). *Qualitative research methods in the service of health*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gulbrandsen, T. (2009). Kapitel 11 Transport av intensivvårdspatienten. I D.-G. Stubberud, T. Gulbrandsen, A. Langdalen, K. C. Toverud & L. Westvig (Red.), *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling* (ss. 169-171). Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, M., Wennerholm, S., & Fridlund, B. (2010). Worries and concerns experienced by nurse specialists during inter-hospital transports of critically ill patients: a critical incident study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 138-145. doi: 10.1016/j.iccn.2010.01.002
- Johnson, P. (1999). Rural people's experience of critical illness involving inter-hospital transportation: a qualitative study. *Australian Critical Care*, 12(1), 12-16.

- Kvale, S., & Torhell, S.-E. (1997). 8 Intervjuns kvalitet *Den kvalitativa forskningsintervjun* (ss. 134-145). Lund: Studentlitteratur.
- Lee, A., Lum, M. E., Beehan, S. J., & Hillman, K. M. (1996). Interhospital transfers: decision-making in critical care areas. *Critical Care Medicine*, 24(4), 618-622.
- Ligtenberg, J. J., Arnold, L. G., Stienstra, Y., van der Werf, T. S., Meertens, J. H., Tulleken, J. E., & Zijlstra, J. G. (2005). Quality of interhospital transport of critically ill patients: a prospective audit. *Critical Care (London, England)*, 9(4), R446-451. doi: 10.1186/cc3749
- Lundberg, D. (2012). 2 Intensivårdsetik. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (ss. 18-26). Stockholm: Liber.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kapitel 11 Kvalitative innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x
- Markakis, C., Dalezios, M., Chatzicostas, C., Chalkiadaki, A., Politi, K., & Agouridakis, P. J. (2006). Evaluation of a risk score for interhospital transport of critically ill patients. *Emergency Medicine Journal*, 23(4), 313-317. doi: 10.1136/emj.2005.026435
- Martin, T. (2007). Transporting the critically ill patient. *Surgery (Oxford)*, 25(3), 122-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2007.03.001>
- 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, & Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Hämtad 2014-12-26, 2012, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Sjukskoterska-med-specialistsjukskoterskeexamen-med-inriktning-mot-intensivvard/>
- Siemsen, I. M., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, A. V., Andersen, H. B., & Ostergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 439-448. doi: 10.1177/1403494812453889
- Socialstyrelsen. (2012). Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet. Hämtad 2015-01-13, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>
- Soini, K., & Stiernström, H. (2012). 1 Organisation av en intensivvårdsavdelning. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (ss. 13-17). Stockholm: Liber.
- Stephens, C., Beehan, S., & Hillman, K. (1995). Preparation of the critically ill for transfer in metropolitan Sydney. *Australian Critical Care*, 8(4), 14-18.
- Svensk Författningssamling. (2003). Lag (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor Hämtad 2015-01-11, 2003, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- Svensk Författningssamling. (2010). Patientsäkerhetslagen 2010:659. Hämtad 2015-05-08, 2010, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- Svenska Intensivvårdsregistret. (2013). Sammanfattning, analys och reflektioner Hämtad 2015-03-30, 2013, från

http://www.icuregswe.org/Documents/Annual%20reports/2013/Analyserande_2013.pdf

- Swickard, S., Swickard, W., Reimer, A., Lindell, D., & Winkelman, C. (2014). Adaptation of the AACN Synergy Model for Patient Care to critical care transport. *Critical Care Nurse*, 34(1), 16-28; quiz 29. doi: 10.4037/ccn2014573
- Uhrenfeldt, L. (2012). Kapitel 8 Patricia Benners teori som referensram i en undersökning av skickliga sjuksköterskor. I B. Bidstrup Jørgensen & V. Ö. Steinfeldt (Red.), *Omvårdnadsteori som referensram: i forskning och utveckling* (ss. 158-178). Stockholm: Liber.
- Warren, J., Fromm, R. E., Jr., Orr, R. A., Rotello, L. C., & Horst, H. M. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 32(1), 256-262. doi: 10.1097/01.ccm.0000104917.39204.0a
- Vetenskapsrådet. (2009). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2015-01-11, 2009, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Öhrn, A. (2013). 5. Säker vård. I A.-K. Edberg (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 181-211). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Informationsbrev till ansvarig Vårdenhetschef Förfrågan om samtycke om att genomföra en intervjustudie på er avdelningen

Vi tillfrågar härmed dig om samtycke om att intervjua intensivvårdssjuksköterskor på er intensivvårdsavdelningen. Vi är två sjuksköterskor som läser vår specialistutbildning till intensivvårdssjuksköterska på Göteborgs universitet. Vi har påbörjat vår magisteruppsats som pågår fram till juni 2015.

Interhospital transport är en komplex situation som kan äventyra patientens säkerhet och är därmed riskfylld. Det ställer krav på planering vid förberedelser av interhospitaltransport för att upprätthålla patientens säkerhet. Transport av kritisk sjuka patienter kommer bli en del av en intensivvårdssjuksköterskans dagliga uppgifter men det är förknippat med höga risker och komplikationer för patienten. Vi ser ett behov att undersöka intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av förberedelse inför interhospital transport. Genom att analysera detta område och specialistsjuksköterskor tar del av varandras erfarenheter kan det förbättra transporten och ge en ökad patientsäkerhet. Syftet med studien är att belysa intensivvårdssjuksköterskans förberedelse inför interhospital transport av kritisk sjuka patienter.

Vi kommer att tillfråga att intervjua specialist sjuksköterskor som har en arbetserfarenhet på fem år och har erfarenhet om interhospital transport av kritisk sjuk patient. Totalt kommer en till två intensivvårdssjuksköterskor väljas ut på varje avdelning. Intervjuerna kommer äger rum på arbetsplatsen eller om informant önskar genomföra intervjun på annan plats. Intervjun beräknas ta som högst ca 60 min. Tidpunkt för intervjuerna görs upp i samråd med respektive avdelningschef och sjuksköterska.

Studiens resultat kommer att publiceras som en magisteruppsats för specialistsjuksköterska programmet med inriktning mot intensivvård på Göteborgs universitet. Finns det intresse för att kunna ta del av studiens resultat ta kontakt med ansvariga för studien.

Vi hoppas på ert samtycke till intervjuerna och kommer att kontakta dig via telefon för vidare planering. Om du har några frågor är du välkommen att kontakta någon av nedanstående personer.

Med vänliga hälsningar

Frida Westerlund
Intensivvårdssjuksköterskestudent
Mail: guswestefr@student.gu.se
Telefon: 070-623 95 40

Sofie Svensson
Intensivvårdssjuksköterskestudent
Mail: gussvesoq@student.gu.se
Telefon: 070-573 45 90

Huvudansvarig

Linda Berg

Universitetslektor

Akademisk grad: Docent

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

Mail: linda.berg@fhs.gu.se

Telefon: 031-786 6082



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Intensivvårdssjuksköterskans förberedelse inför interhospital transport av kritisk sjuk patient.

Bakgrund och Syfte

Interhospital transport är en komplex situation som är riskfylld och kan äventyra patientens säkerhet. Planering och prioritering vid förberedelser av interhospitaltransport är grunden för att det ska bli en säker och därmed förbättra patientsäkerheten. Transport av kritisk sjuka patienter är en del av en intensivvårdssjuksköterskans dagliga uppgifter men det förknippas med höga risker och komplikationer för patienten. Vi ser ett behov att undersöka intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av förberedelse inför interhospital transport av kritiskt sjuka patienter. Genom att analysera detta område och att specialistsjuksköterskor tar del av varandras erfarenheter kan det förbättra transporten och ge en ökad patientsäkerhet. Syftet med studien är att belysa intensivvårdssjuksköterskans förberedelse inför interhospital transport, IHT, av kritisk sjuk patient.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i studien eftersom du arbetar som intensivvårdssjuksköterska och har erfarenheter samband med förberedelse inför interhospital transport av kritisk sjuka patienter.

Studien genomförande

Om du bestämmer dig för att delta kommer studien genomföras form av enskild intervju. Intervjun kommer att utformas som semistrukturerad intervjumetod. Intervjun kommer att koncentrera sig på kunskaper, tankar och upplevelser kring förberedelser av kritisk sjuk patient vid interhospital transport. Intervjun kommer att ske i anslutning till din arbetsplats eller så kan du välja en lämplig plats som passar dig. Intervjun beräknas att ta ca 60 minuter och vi kommer att spela in intervjun med elektronisk utrustning för senare analys av materialet. Vi kommer att kontakta dig dagen innan för påminnelse om intervjun.

Hantering av data och sekretess

Materialet kommer att förvaras så ingen obehörig får tillgång till materialet och det kommer att avidentifieras så det inte går att härleda till specifik informant. Även när vi presentera resultatet i studien kommer samtlig data att avidentifieras så det inte finns möjlighet att koppla det till dig. Materialet kommer att sparas under säkra former och kan komma att ingå i framtida forskning.

Hur får jag information om studiens resultat?

Studiens resultat kommer att publiceras som en magisteruppsats för Specialistsjuksköterska programmet med inriktning mot intensivvård på Göteborgs universitet. Du kommer kunna ta del av studiens resultat genom att ta kontakta ansvariga för studien.

Frivillighet

Du deltar frivilligt och har rätt att avbryta ditt deltagande när du vill utan att det ska ha några negativa konsekvenser för dig.

Vilka är riskerna?

Vi bedömer att det är låg risk för dig att delta i studien och att det medför låg risk för din fysiska och psykiska hälsa. Men vi förstår att det är möjligt att uppleva det känsligt att svara på frågor angående din yrkesroll som intensivvårdssjuksköterska.

Vad är fördelarna?

Att delta i denna studie innebär inga direkta fördelar för dig.

Ersättning

För dig som deltar i studien utgår ingen ersättning för förlorad arbetsinkomst, resor eller andra utgifter anslutna till projektet.

Ansvariga för studien ytterligare information

Om du har några frågor är du välkommen att kontakta någon av nedanstående personer.

Frida Westerlund

Intensivvårdssjuksköterskestudent

Mail: guswestefr@student.gu.se

Telefon: 070-623 95 40

Sofie Svensson

Intensivvårdssjuksköterskestudent

Mail: gussvesoq@student.gu.se

Telefon: 070-573 45 90

Huvudansvarig

Linda Berg

Universitetslektor

Akademisk grad: Docent

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

Mail: linda.berg@fhs.gu.se

Telefon: 031-786 6082

Bilaga 3



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

INTERVJUGUIDE

Intensivvårdssjuksköterskans förberedelse inför interhospital transport av kritisk sjuk patient.

Demografiska frågor

- *Hur gammal är du?*
- *Var har du arbetat tidigare?*
- *Vilka utbildningar har du?*
- *Berätta hur länge du arbetat på intensivvårdsavdelningen/inom intensivvård?*

Inledande öppen fråga ”Vill du berätta för mig om när du förbereder dig inför en interhospital transport?”

Interhospital transport

Psykiska Förberedelser

Vill du berätta hur du förbereder dig mentalt?

Följdfrågor:

- Vilka konsekvenser har en transport av en patient haft
- Berätta vad som gör att du känner dig säker och trygg vid en transport
- Kan du berätta om ett transporttillfälle du kommer ihåg speciellt

Fysiska förberedelser

Vill du berätta om vad som gör en transport bra?

Följdfrågor:

- Kan du beskriva hur du genomför en interhospitaltransport
- Hur förbereder du patienten/anhöriga
- Kan du beskriva vad det är som gör en transport dålig

Arbetsmiljö

Berätta om hur du upplever din arbetsmiljö vid en transport?

Följdfrågor:

- Beskriv hur du ser på samarbetet ut med olika instanser som exempelvis läkare, undersköterskor, ambulanspersonal
- Vilka faktorer kan påverka arbetsmiljön vid en transport
- Finns det några specifika riktlinjer på din arbetsplats för interhospital transport

Utbildning

Berätta om utbildningen för transport på er avdelning?

Följdfrågor:

- Upplever du att det saknas utbildning
- Hur underhålls din kompetens avseende transport
- Hur arbetar ni för att förbättra er? Övningar, avvikelser samtal

Till sist, är det något du skulle vilja tilläga?

Utökade följdfrågor:

Kan du berätta mer

Kan du ge ett exempel

Vill du utveckla det mer

Kan du ge en mer detaljerande beskrivning av vad som hände?

Vad är viktigast för dig?

Vad gjorde den transporten speciell? Vad bär du med dig från den transporten?

Kan du beskriva varför det har en påverkan på din arbetsmiljö?