



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Vård av barn i ambulans

En studie om sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad till barn i ambulanssjukvården

- En intervjustudie

Författare: My Tärnberg och Olivia Bergström

Handledare: Erna Törnqvist

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Vård av barn i ambulans

En studie om sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad till barn i ambulanssjukvården

- En intervjustudie

Författare: My Tärnberg och Olivia Bergström

Handledare: Erna Törnqvist

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

Abstrakt

Bakgrund: Statistik visar att cirka 10% av ambulansens sjukvårdens larm gäller barn. Tidigare forskning påvisar att när dessa larm inkommer upplever många sjuksköterskor en stark oro och stress. **Syfte:** Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad till barn, under sex år, inom ambulanssjukvården. **Metod:** Tio sjuksköterskor intervjuades genom semistrukturerade intervjuer och materialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i tre kategorier och åtta underkategorier som svarade till studiens syfte. **Resultat:** Okunskapen gällande barn i största allmänhet skapade oro och stress hos sjuksköterskorna. När sjuksköterskan, föräldrarna och barnet inte kan kommunicera på ett gemensamt språk blir förmedling av information lidande. Barnanpassade utrustningar har tillkommit men det finns brister i dem som försvårar omvårdnaden av barnet. **Konklusion:** För att minska oron och stressen bland sjuksköterskorna behövs det mer barnutbildningar och mer tillgång till användbar utrustning. Detta skulle innebära en säkrare och mer förbättrad vård som är i enlighet med barnets mänskliga rättigheter.

Nyckelord

Ambulanssjukvård, barn, kvalitativ intervjustudie, omvårdnad, osäkerhet, sjuksköterska

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Introduktion.....	3
Problemområde.....	3
Bakgrund	3
Barn.....	3
Sjuksköterska	4
Ambulanssjukvård	6
Tidigare forskning.....	7
Perspektiv och utgångspunkter	9
Hendersons omvårdnadsteori.....	9
Familjecentrerad vård	10
Syfte	11
Metod	11
Urval	11
Instrument	12
Datainsamling.....	13
Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar.....	15
Förförståelse.....	16
Resultat	16
Okunskap om barn i allmänhet skapar stress och oro	17
Barnens olika referensramar skapar osäkerhet.....	17
Tidigare erfarenheter av barn ger säkrare vård.....	19
Barnutbildning skapar trygghet hos sjuksköterskorna	20
Betydelsen av samspel och kommunikation med barnet och föräldrar	21
God kontakt med föräldrar förbättrar omvårdnaden av barnet	21
Att kommunicera med barnet	22
Svårigheter med svenska språket försämrar omvårdnaden av barnet.....	23
Betydelsen av utrustning och riktlinjer	23
Barnanpassade hjälpmedel underlättar omvårdnaden.....	23
Urustning som inte är barnanpassad riskerar patientsäkerheten	24
Diskussion	25
Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion.....	27
Konklusion och implikationer	31
Referenser.....	33
<i>Bilaga 1 (3)</i>	37

Introduktion

Till stor del är det de vuxna som har behov av ambulansvård. Av alla patienter som behöver och får ambulanssjukvård är cirka 10% barn (Drayna, Brown, Guse, Brousseau & Lerner, 2015; Nordén, Hult & Engström, 2013).

Problemområde

Vid utryckning med ambulans där barn är inblandade är personalens kompetens en viktig faktor för omhändertagandet av barnet (Hansen, Meckler, Dickinson, Dickenson, Jui, Lambert & Guise 2015). Det är betydelsefullt att sjuksköterskan snabbt kan bygga upp ett förtroende med barnet men det är också viktigt att sjuksköterskan har kunskap om barnets fysiologi och psykologi (Nordén, Hult & Engström, 2013). Sjuksköterskor har beskrivit att mer utbildning är önskvärt vid omhändertagandet av det akut sjuka barnet och att de upplevde ångest när de vårdade akut sjuka barn i samband med ambulanssjukvård (Hansen, Meckler, Dickinson, Dickenson, Jui, Lambert & Guise 2015). Socialstyrelsen skriver att en ambulans alltid skall förses med sjukvårdspersonal som har behörighet att administrera läkemedel, det vill säga en legitimerad sjuksköterska (SOF 2000:10). Det ställs dock inga krav på att en sjuksköterska inom ambulans skall ha en specialistutbildning. Således innebär det att sjuksköterskor inom ambulanssjukvård inte alltid har speciell utbildning i att vårda barn. Det är därför viktigt att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda små barn i ambulans.

Bakgrund

Barn

FN:s konvention om barns rättigheter (2009) beskriver att varje människa under 18 år räknas som barn. Definitionen ska gälla i alla samhällen, oavsett kultur, religion eller andra särdrag.

Barn kan skilja sig mycket från sitt sätt att vara utvecklingsmässigt beroende på om barnet är ett spädbarn eller om ett barn exempelvis är fyra år gammalt. Under barnets tidiga levnadsår

händer det mycket i barnets psykomotoriska och motoriska utveckling. När barnet exempelvis är 6-8 veckor så kan hen hålla upp huvudet, öppna händer och ge svarsleende. Vid 18 månader kan barnet gå med steg och ofta prata 8-10 ord. Senare vid fyra års ålder kan barnet förstå och ta emot instruktioner kring vad som ska göras och vid sex års ålder kan barnet lyssna och förstå samt själv prata begripligt, det vill säga att ge svar på var det gör ont eller vad som hänt. Det är viktigt att kunna möta barnet på bästa möjliga sätt på deras utvecklingsnivå. Det ses många gånger som en utmaning just på grund av barnens flera och olika utvecklingsnivåer (Rikshandboken Barnhälsovård, 2017).

Sjuksköterska

En sjuksköterska har ett yrke med stort ansvar (Finnström, 2010). Den professionella sjuksköterskan måste ha förståelse, kunskap, förmåga och färdigheter. Hen ska även ha ett förhållningssätt som är relevant för att i sin tur kunna utöva yrket på bästa möjliga sätt som leder till en god patientsäker vård. Med den höga kompetens som yrket kräver ska sjuksköterskan reflektera över sitt arbete och möten med olika patienter för att hela tiden kunna förbättra patientens omvårdnad (ibid.). Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde och specifika kompetens (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I den ingår vetenskaplig kunskap och ett patientnära arbete som ska vara baserat på en humanistisk människosyn. Det är därför betydelsefullt för sjuksköterskan att ha kunskap om patientens ålder, kön, socioekonomi, kulturtillhörighet och miljö är för att kunna ge möjlighet till en jämlik vård.

Professionen kräver att sjuksköterskans kunskaper och kompetens i omvårdnad sammanlänkas med andra kunskaper inom medicinsk vetenskap och folkhälsovetenskap. Kompetensbeskrivningen tar också upp att sjuksköterskan ska kunna arbeta självständigt såväl som i samverkan i team. Arbetet skall utgå ifrån gällande lagar, författningar och styrdokument som berör hälso- och sjukvårdspersonal. Sjuksköterskan ansvarar personligen för sin yrkesutövning. Det innebär att hen förväntas följa med i utvecklingen gällande den professionella kompetensen utifrån forskning och ett kritiskt reflekterande förhållningssätt (ibid.). Vidare skriver Flensner (2010) att kärnan i omvårdnad innebär att visa omsorg och att bry sig om. Detta gäller alla vårdare oavsett yrkesinriktning som exempelvis, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor eller kuratorer. Omvårdandets fokus ligger i patienten som

person. Patientens tillstånd och upplevelser skall tas i beaktning vid omvårdandet. För att kunna ge korrekt omvårdnad krävs det att sjuksköterskan har kunskaper för att kunna upptäcka patienters ohälsa eller sjukdom. Med kunskaper om detta kan sjuksköterskan då förebygga eller lindra patientens situation. Syftet med omvårdnaden är på så vis att främja hälsa och läkande, förebygga sjukdom och vid eventuell bortgång bidra till en värdig död. Omvårdnad är ett samspel mellan sjuksköterskan, patienten och dess närstående (ibid.). Att handla utifrån en god etik är också en av hörnstenarna i professionen som sjuksköterska, ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2012) har utformat en etisk kod som professionen är skyldiga att utgå ifrån. Koden beskriver sjuksköterskors grundläggande ansvarsområde som att förebygga sjukdom, främja hälsa, lindra lidande och återställa hälsa. Det ställs höga krav på sjuksköterskan i dagsläget, hen ska kunna svara upp mot verksamheten, samhället samt det patienterna efterfrågar (ibid.).

Sjuksköterskan har ett ansvar för att evidensbaserad vård och omvårdnad utförs (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Den evidensbaserade vården innebär att garantera patienten vård efter det bästa kunskap som finns till hands och att hälso- och sjukvårdens resurser används på ett effektivt sätt. Genom att sjuksköterskan praktiserar evidensbaserad vård kan patienten få en omvårdnad enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Kunskapsområdet inom omvårdnad och medicin är under snabb utveckling och detta medför en stor utmaning. Det krävs därför goda vetenskapliga kunskaper för att kunna följa med i kunskapsutvecklingen och arbeta på ett evidensbaserat sätt. På grund av det behövs en ökning av antalet specialistutbildade sjuksköterskor i vården. Enligt Nordegren och Almerud Östberg (2014) infördes år 2000 specialistsjuksköterskeexamen och denna hade som syfte att ge en skyddad yrkestitel och ska regleras av Högskoleförordningen (SFS 1993:100).

Specialistsjuksköterskan har samma kompetens som en grundutbildad sjuksköterska men utöver det har specialistsjuksköterskan även spetskompetens i en vald specialitet. Den mer avancerade vården som utförs idag kräver att specialistsjuksköterskan tar ansvar för utveckling av ett evidensbaserat arbetssätt och en mer kunskapsbaserad omvårdnad i den kliniska verksamheten. Sammanfattningsvis ska en specialistsjuksköterska utveckla riktlinjer för omvårdnad avseende särskilda problemområde, kunna ge kvalificerad vård till patienter och närstående, ansvara för personal och patientutbildningar samt självständigt kunna driva mottagningar för patienter med särskilda problem. Skillnaden från grundnivån ses som hög då en specialistsjuksköterska ska kunna bedriva vård på en mer avancerad nivå. Omvårdnad på

avancerad nivå inkluderar allt från hälsofrämjande vård till palliativa insatser (Nordegren och Almerud Östberg, 2014) .

Ambulanssjukvård

Ambulanssjukvården utgör frontlinjen för samhällets hälsovårdstjänster. Det är ambulanspersonalen som vårdar de akutsjuka och skadade personerna prehospitalt och transporterar till mottagande sjukvårdsenheter. Världshälsoorganisationen (WHO) anser att ambulanssjukvården ska vara en viktig och fungerande del av hälso- och sjukvårdssystemet. (Sanders, Lewis, Quick & Mc Kenna, 2012). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård (SOSFS 2009:10) är ambulans ett transportmedel som är avsett för att kunna transportera sjuka och skadade. Ambulanssjukvård bedrivs i eller i anslutning till ambulans. Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (RAS, 2009) beskriver att i omvårdnaden i ambulans ska sjuksköterskan kunna känna igen symtom och tecken på ohälsa utifrån vad patienten har berättat. Många gånger arbetar sjuksköterskan under tidspress och utsatthet och skall därför även anpassa omvårdnaden efter plötsliga förändrade livsförhållanden och tillstånd. Sjuksköterskan ska kunna skapa och bevara fri luftväg, ge assisterad andning, administrera läkemedel, övervaka och registrera vitala parametrar, immobilisera och stabilisera benbrott, ge avancerad hjärt- och lungräddning, stoppa blödningar, förflytta patienter på ett säkert sätt och även överföra medicinsk data till mottagande enhet. Till alla dessa uppgifter behövs det därför att en ambulans ska vara försedd med utrustning som gör denna vård möjlig. Varje landsting ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonalen i ambulans har den kompetens som behövs för att kunna genomföra prehospital sjukvård (ibid.). Ambulansen skall bemannas med legitimerade sjuksköterskor. Det är således inget krav på en särskild specialistutbildning för att arbeta inom ambulans vilket innebär att det idag arbetar både grundutbildade sjuksköterskor såväl som specialistutbildade sjuksköterskor (SOSFS 2009:10) .

Statistiken för antal vårduppdrag i Skåne län 2018- 01 till 2018- 09 visar totalt 114 014 vårduppdrag (Region Skåne, 2018). Då en hjälpsökande är i behov av vård under transport till sjukhusinrättning kallas detta för ett vårduppdrag och utförs i till exempel en ambulans. Statistiken visar inte enbart innanför Region Skånes gränser utan inkluderar även uppdrag utanför Skånes län där resurser varit aktiva från Region Skåne. Det finns fyra ambulansdistrikt i Skåne där det finns två typer av ambulansresurser. Dessa ambulansresurser

inkluderar akutambulans och transportambulans. Kompetensen i ambulanssteamet är det som skiljer dessa resurser åt. I akutambulansen krävs det att en av de vårdande har en specialistutbildning medan i transportambulansen räcker det med en grundutbildad sjuksköterska som högsta medicinska kompetens, detta enligt Region Skånes riktlinjer. Den andra personen i transportambulansen ska lägst ha en utbildning som ambulanssjukvårdare. När det gäller den medicinska utrustningen är den identisk i de båda ambulansresurserna.

Då ambulansresurser även nyttjas av barnpatienter är ambulanserna adekvat utrustade för behandling av barn. Det finns numera även transportanordningar som är barnanpassade. Tidigare har små sjuka barn, 0-3 år ofta suttit i föräldrarnas knä placerade i en så kallad vårdarstol. Detta skriver Region Skåne anses inte längre acceptabelt och rekommendationen är att barn skall transporteras i säkra transportanordningar (ibid.).

Tidigare forskning

I en studie visades att ambulanspersonal är först på plats och därför är barnkompetensen avgörande för att öka chansen att kunna rädda liv på barn (Hansen, Meckler, Dickinson, Dickenson, Jui, Lambert och Guise, 2015). Samma studie visade att i USA dör ett barn i timmen relaterat till skada i form av exempelvis trafikolycka, kvävning, drunkning, förgiftning, brännskada eller fall som anses vara den absolut vanligaste dödsorsaken. Informanterna i studien påtalade att brist på erfarenhet gällande att skapa fria luftvägar hos barn fanns och att detta kan vara den absolut viktigaste kunskapen att ha för att kunna rädda liv. Strax därefter kom känslan av ångest relaterat till att vårda barn. Mer utbildning krävs just gällande barns luftvägar, att våga ta beslut samt att minska ångest och oro när det kommer till att vårda barn i ambulans (ibid.).

Den stora majoriteten av patienter som behöver ambulanssjukvård är vuxna (Drayna, Brown, Guse, Brousseau och Lerner, 2015; Nordén, Hult och Engström, 2013). Statistiken visar att av de som behöver ambulanssjukvård är cirka tio procent barn. Det är således inte så vanligt, dock händer det och då krävs en god kunskap och trygghet hos sjuksköterskorna som arbetar med det (ibid.). Vikt ligger i att snabbt få ett förtroende hos den drabbade (Nordén, Hult & Engström, 2013). Detta är en enorm utmaning när det gäller barn. Sjuksköterskans kunskap om barns fysiologi och psykologi är också betydelsefull då det skiljer sig mycket från de vuxna, om dessa kunskaper finns så kan dödsfall hos barn minskas. Gällande instrument som

används i ambulans är det av vikt att kunna hantera dessa, och välja instrument efter barnets storlek för att få korrekta värden. Det tar tid att anpassa vården efter ett barns behov och det är inte alltid denna tiden finns i den akuta situationen och detta är något som sjuksköterskor i ambulansen påpekat som en utmaning. Rutiner är svåra att bygga upp gällande barnlarm då de så sällan inkommer (ibid.).

Hjärtstopp samt luftvägshinder hos barn gav en känsla av stress och oro hos ambulanspersonal medan ett larm gällande feber eller krupp hos ett mindre barn var överkomligt att hantera (Nordén, Hult & Engström, 2013). Eniga var dock alla informanter i studien om att barnlarm överlag gav mest oro och stress i jämförelse med vuxenlarm. Den största patientsäkerhetsrisken som framkom i studien var att barn sällan eller aldrig fick någon behandling i ambulansen då för lite kunskap och stor rädsla att göra fel fanns. Detta i sin tur ledde till att barnet på mottagarenhet i vissa fall kunde vara ännu sjukare än initialt. Ambulanspersonal kände en oerhörd lättnad efter att ha lämnat över barnet med dess förälder/närstående på mottagande enhet. Personal förklarade att mer träning och utbildning behövs gällande att hantera situationen i ambulans i vården av barnet. Då det tar lång tid att bygga upp ett förtroende och trygghet hos ett barn och dess familj krävs mer utbildning kring hur barn fungerar och hur ett familjecentrerat perspektiv kan tas in som en betydande hörnsten för god vård. Önskemål som framkom i studien var att öka kunskapen av vård av barn för att i sin tur kunna öka säkerheten och minska den mentala bördan som kommer av negativ stress (ibid.).

Barnlarm var en stor utmaning för sjuksköterskorna för att de kände ännu mer än med vuxna patienter att allt måste gå rätt (Svensson & Fridlund, 2007). Detta för att de ansåg att barn har hela sitt liv framför sig, deras liv har precis startat till skillnad från en äldre människas liv.

Sjuksköterskorna upplevde en stor press från föräldrarna när deras barn vårdades. De kände även hjälplöshet när de vårdade barn då barn många gånger inte kunde uttrycka vad de kände, ville och visste och därav var det svårt att få en korrekt anamnes (ibid.). Det är problematiskt att vårda barn i ambulans skriver Cushman et al. (2013). Omhändertagandet av ett sjukt eller skadat barn framkallade emotionella känslor. Informanterna i studien berättade att ingen tyckte om att se barn riktigt sjuka, att många blev nervösa av att se ett barn svårt sjukt samt att barn är så olika gentemot den vuxna patienten. På grund av den stora känslomässiga reaktionen som fanns hos personalen så gav den i sin tur obehag, ångest och stress i

rapporterna över till mottagande enhet vilket i sin tur ledde till minskad patientsäkerhet av barnet då informationen var otillräcklig (ibid.).

Perspektiv och utgångspunkter

Hendersons omvårdnadsteori

Människan är en biologisk, sociologisk, psykologisk och spirituellt varelse enligt Hendersson (1991, refererad i Kirkevold, 2000). Denna varelse har grundläggande behov som måste tillfredsställas för att den ska kunna må bra och överleva. De grundläggande behoven och tillfredställelsen av dem skiljer sig från människa till människa. Detta beror på att människor har olika social och kulturell bakgrund samt individuella faktorer som spelar roll, till exempel ålder, sjukdomstillstånd och kognitiv tillstånd. Olikheterna hos varje person skall alltid beaktas vilket gör att Hendersons omvårdnadsteori har ett personcentrerat perspektiv (ibid.).

Trots att Hendersons omvårdnadsteori inte är specifikt inriktat mot barn kan den vara applicerbar på vård av barn då den har ett personcentrerat perspektiv. Den personcentrerade omvårdnaden innebär att man utgår från personen som vårdas (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Föreliggande studie har fokus på sjuksköterskans erfarenheter av att vårda barn och det är således det teoretiska perspektivet studien utgår ifrån. Omvårdnadsteorin enligt Hendersson (1991, refererad i Kirkevold, 2000) består av 14 punkter som sjuksköterskan skall eftersträva att tillfredsställa. Dessa punkter representerar människans grundläggande behov. De tar bland annat upp vikten av andning, cirkulation, nutrition och hudkostym. När patienten är ett barn som inte själv är kapabelt att tillgodose dessa skall sjuksköterskan se till att det genomförs. Målet med punkterna är att främja hälsa och tillfrisknande och att det helst ska utgå från barnets önskemål. Sjuksköterskans roll är att hjälpa barnet och dess familj att uppnå det hen upplever som hälsa, välbefinnande eller eventuellt en fridfull död (ibid.). Vidare skriver Kirkevold (2000) att Hendersons omvårdnadsmetod innebär att sjuksköterskan ska kunna sätta sig in i patientens situation för att kunna bedöma omvårdnadsbehovet. Detta gäller även när barn är patienter. Om sjuksköterskan lyckas med det kan hen skapa förutsättningar för en så god vård som möjligt. Detta betyder att sjuksköterskan ska ha empati, sympati och vara professionell i sitt bemötande med barnet. Utöver det ska hen ha kliniska kunskaper, vara

expert inom omvårdnad samt utföra medicinska ordinationer med hänsyn till barnets behov (ibid.).

Den främsta uppgiften en sjuksköterska i ambulanssjukvården har är att tillgodose och eftersträva barnets grundläggande behov för att hjälpa barnet att må bättre och i vissa fall ge barnet möjligheten att överleva. Henderson omvårdnadsteori vilar just på tillgodoseendet av människans grundläggande behov och därför har författarna valt att utgå från denna teoretiska referensram.

Familjecentrerad vård

Örtenstrand (2015) förklarar att en viktig ståndpunkt i den familjecentrerade vården är att barnets hälsa ska optimeras och detta ska göras i samverkan med föräldrar. Föräldrarna ska vara delaktiga både emotionellt och praktiskt och detta med hjälp och stöd från vårdpersonal. Idag beskrivs den familjecentrerade vården utifrån två grundprinciper som är den personcentrerade vården och samverkan i team. Den personcentrerade vården har till syfte att se patienten före sjukdomen och att arbetet runt patienten bygger på en god relation mellan patient, närstående och vårdpersonal. För att denna personcentrerade vård ska vara så effektiv som möjligt krävs den andra principen som är att arbeta i team. I detta team ska då även föräldrarna ingå som en viktig resurs (ibid.).

Författarna har även valt att utgå från begreppet familjecentrerad vård då barnet är en del av en familj och sjuksköterskans uppgift blir då att inkludera hela familjen i omvårdnaden för att den ska bli så bra som möjlig utifrån barnets behov.

I Hälso- och sjukvårdslagen kapitel 3 § 1 och 2 (SFS 2017:30) står det att ”målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Det gäller oavsett vad patienten har för kön, könsidentitet, könsuttryck, ålder, funktionalitet, etnicitet, språk, sexualitet, religion eller trosuppfattning, utbildning eller social status”. ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (SFS 2017:30). I Patientlagen (SFS 2014:821) betonas att patienten har rätt att få information beträffande dess vård. När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få tillgång till den informationen (SFS 2014:821). I konventionen om barns rättigheter står det att barn

ska ha möjligheten att uttrycka sin åsikt (Unicef, 2018). Är barnet litet kan det ske tillsammans med barnets vårdnadshavare, men ju äldre barnet är desto viktigare är det att barnet får vara delaktig i sin vård. För att kunna vara aktiv i vården och ta beslut är det viktigt att även barnet förstår informationen (ibid.).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad till barn, 0- 6 år, inom ambulanssjukvård.

Metod

Studien har genomförts med en kvalitativ metod med en induktiv ansats för att besvara dess syfte. En metod med induktiv ansats avser att studera människors erfarenheter och upplevelser av olika fenomen (Lundman & Graneheim, 2013; Trost, 2014). För att lättare förstå personliga upplevelser anses intervjuer vara ett bra sätt att nå fram till informanterna (Danielson, 2012). Intervjuerna gör det möjligt att förstå informanternas upplevelser och erfarenheter genom att de berättar om olika händelser som de varit med om (ibid.).

Urval

Informanterna i studien valdes ut strategiskt, detta för att få ett så informationsrikt material som möjligt som svarar mot studiens syfte (Henricson & Billhult, 2014). Urvalet bestod av legitimerade sjuksköterskor som arbetar i ambulanssjukvården oberoende av arbetslivserfarenheter sedan tidigare. Det var allt från allmänsjuksköterskor till specialiserade sjuksköterskor av olika slag och med många års erfarenhet till mindre erfarenhet som intervjuades. Urvalet rekryterades ifrån de stora ambulansenheterna i Skåne; Malmö, Lund, Helsingborg och Kristianstad för att få information från så många sjuksköterskor som möjligt med olika typer av erfarenheter gällande barn.

Inklusionskriterier för att ingå i studien var att hen någon gång under sin tid inom ambulanssjukvården hade gett omvårdnad till ett barn mellan 0-6 år samt förstå och göra sig förstådd i det svenska språket.

Informanterna bestod av tio sjuksköterskor, sex män och fyra kvinnor mellan åldrarna 30- 51 år. De har varit verksamma som sjuksköterskor mellan 6- 20 år och arbetat inom ambulanssjukvården mellan 2-10 år. Informanterna hade olika slags utbildning från enbart grundutbildning till specialistutbildning varpå vissa hade dubbelspecialister. Två av sjuksköterskorna hade specialistutbildning inom intensivvård, fyra inom anestesi, en inom barnsjukvård, fyra inom ambulanssjukvård och en sjuksköterska var allmänsjuksköterska. Tre av informanterna hade tidigare arbetat med barn. Majoriteten av informanterna hade egna barn.

Instrument

Semistrukturerad intervju är en metod som är lämpad att användas när forskarna har förutbestämda områden som ska beröras under intervjuerna menar Kvale och Birkmann (2014). Vidare skriver de att för att få djup i intervjuerna bör intervjuerna inledas med en öppen fråga, som är förankrad i det aktuella ämnet, och sedan fördjupas ytterligare med följdfrågor. (ibid.). Författarna använde sig av en intervjuguide som var utformat efter Kvale och Birkmanns (2014) rekommendationer. Intervjuguiden togs fram för att säkerställa att alla områden inom valt område svarade till syftet som författarna ämnade undersöka.

Informanterna uppmanades att tala fritt om de upplevelser de hade varit med om gällande omvårdnad av barn (se bilaga 1). Enligt Kvale och Birkmann (2014) ställs öppna frågor för att ge informanten utrymme att tala fritt och för att ge författarna en möjlighet att ställa kompletterande frågor för att få ytterligare detaljer som skulle täcka hela ämnesområdet.

Första intervjun var en pilotintervju. En pilotintervju utförs enligt Polit och Beck (2013) för att kontrollera att intervjuguiden håller god kvalitet. Intervjuguidens upplägg testades för att undersöka tidsåtgång, om frågorna svarar mot syftet och att intervjutekniken säkerställs (ibid.). Efter transkribering av pilotintervjun reviderades intervjuguiden med fler följdfrågor som förtydligades för att få såväl vidare som djupare information från informanterna. Pilotintervjun togs med i analysen då det fanns relevant information i den.

Datainsamling

Insamling av material skedde i form av intervjuer med informanter. För att rekrytera informanter skickades informationsbrev ut till ambulansenheter i Malmö, Lund, Helsingborg och Kristianstad där information kring kommande studie förklarades. Efter samtycke från enhetschefer skickades informationsbrev ut till sjuksköterskorna på vardera enhet som kunde tänkas intervjuas. Efter det att intresse lämnats bokades tid och plats in för intervju där en samtyckesblankett fylldes i av sjuksköterskan innan intervjun startade. Tio sjuksköterskor valde att delta i studien. Intervjuerna tog cirka 30-40 minuter vardera med vissa undantag där de blev något kortare. Före varje intervju efterfrågades om sjuksköterskans bakgrund; kön, ålder och arbetserfarenheter gällande barn samt om sjuksköterskan hade någon/några specialistutbildningar sedan tidigare. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades därefter ordagrant av författarna.

Analys av data

För analys användes en kvalitativ innehållsanalys med fokus på texttolkning. Denna innehållsanalys utgår från att finna olikheter och likheter i texten och sedan utifrån detta kondensera och skapa kategorier (Lundman & Graneheim, 2013). Processen i denna analysmetod går ut på att bryta ner texten genom att först göra meningsbärande enheter av det transkriberade materialet och därefter kondenserades dessa till mindre meningar. Slutligen skapades kategorier och underkategorier för att bilda resultatet (ibid.).

Intervjuerna transkriberades i direkt anslutning till att intervjuerna var genomförda. När alla intervjuer var transkriberade lästes de var för sig av författarna för att få en överblick av vad som kommit fram. Därefter tog författarna fram meningsbärande enheter. För att lättare få fram kategorier och underkategorier som skulle svara till syftet använde sig författarna av understrykningspennor i olika färger. Upplevelser och känslor som framträdde färglades i transkriberingarna. De upplevelserna och känslorna som sedan hade samma betydelse färglades med samma färg. På så vis kunde författarna se ett mönster i resultatanalysen och kunde utifrån detta bilda kategorier och underkategorier. Författarna har under hela analysprocessen haft studiens syfte i åtanke för att tydligt kunna koppla upplevelser och

erfarenheter till studiens syfte. Slutligen resulterade resultatet i tre huvudkategorier och åtta underkategorier som författarna var eniga om och som svarade mot studiens syfte (se tabell 1).

Tabell 1. Exempel på tillvägagångssätt i analysprocessen

Meningsenheter	Kondensering	Underkategori	Kategori
Vad är deras normalvärden? Hur brukar dom vara i vanliga fall? Våldigt svårt att bedöma dom liksom. Dom är svåra att läsa av gentemot vuxna. Man har sig själv som referensram. Man vet själv hur vuxna betar sig när dom är bra eller dåliga. Barn är svårare att läsa av. Det tycker jag. För det är ganska nytt. Jag har ju aldrig jobbat med barn. Så det är svårare liksom.	Vad är barnens normalvärden och hur fungerar dom i vanliga fall? Barnen är svårare att läsa av jämfört med vuxna och om man inte jobbat med barn tidigare.	Barnens olika referensramar skapar osäkerhet	Okunskap om barn i allmänhet skapar stress och oro
Ja, om man lyckas få kontakt med barnet så är det guld värt.. i den här situationen tyckte jag det var skönt att vi fick bra kontakt. Hon var ju svullen och kunde inte göra sig hörd men hon lyssnade ju på mig. Jag förklarade lugnt och försiktigt vad jag skulle göra.. det kändes som om hon lät mig få göra det jag skulle för det kändes som om hon förstod att något måste göras för att svullnaden skulle gå ner.. ja, hon var klok. Det är verkligen mycket lättare när barn förstår vad man säger.	Kontakt med barn är guld värt. Hon lyssnade på mig. Hon förstod att något måste göras åt svullnaden. Lättare när barn förstår vad man säger.	Att kommunicera med barnet	Betydelsen av samspel och kommunikation med barnet och föräldrar
Ja, jo det känns som om ambulansen är mer byggd för det vuxna från början. Ska man ha barn på båren får man nästan bygga om den lite. Det tar också tid och i en stressad situation så	Man får bygga om båren vid barnlarm. Det tar tid och vid stressad situation lägger man det på	Utrustning som inte är barnanpassad riskerar patient-säkerheten	Betydelsen av utrustning och riktlinjer

hinner man inte det utan då lägger man det på vuxenbåren och så spänner vi så gott det går. Så säkerhetsmässigt där blir det ju inte så bra. Det känns inte så jättebra	vuxenbåren och spänner så gott det går.		
---	---	--	--

Forskningsetiska avvägningar

Studien hade för avsikt att intervjua sjuksköterskor som arbetar inom ambulanssjukvården. Sveriges Riksdag (2018) skriver att lagar om hur personuppgifter får användas för forskningsändamål skall anpassas efter EU:s nya dataskyddsförordning (SFS 2018:218). I den lagen står det att informanterna skall informeras om syftet med forskningen samt vem det är som ämnar att utföra studien. De skall även informeras om hur forskningen skall gå tillväga, det vill säga vilka metoder som skall användas, följder och risker som forskningen kan medföra. I lagen står det även att informantens fri- och rättigheter skall skyddas oavsett om detta behandlas av offentliga eller privata forskare. Att delta i forskningen var frivilligt och informanterna hade rätt till att avbryta sin medverkan när som helst under processen. Forskningen genomfördes efter att information givits till sjuksköterskorna och att samtliga har lämnat skriftligt samtycke. För att kunna genomföra studien skickades en ansökan om etikprövning till etikprövningsnämnden, VEN (Sveriges Riksdag, 2018).

Rörande informanternas konfidentialitet skriver Kvale och Birkmann (2014) att det innebär inom forskning att privat data som kan identifiera informanterna inte ska redovisas. Det hanterades konfidentiellt vilket innebär att inga uppgifter kunde kopplas till enskild person. Efter att intervjuerna transkriberades raderades det inspelade materialet så att återkoppling till informanter blev omöjlig. För att även skydda informanternas personliga data valde författarna att ge intervjuerna och informanterna var sin kod. Varje transkriberad intervju fick en siffra från 1-10 och informanterna fick varsin bokstav som benämning. Sedan skapades en lista där författarna skrev vilken informant som tillhörde vilken intervju. Listan och de transkriberade intervjuerna förvarades på separata datorer med lösenord som endast författarna hade tillgång till. De utskrivna intervjuerna förvarades inlåsta i en förvaringsbox som enbart författarna hade tillgång till. Efter genomförd examensarbete kommer all data att raderas.

Förförståelse

Förförståelse betyder att forskarna kan ha en viss förutbestämd bild gällande ämnet som ska studeras (Lundman & Graneheim, 2013). Det kan innefatta tidigare erfarenheter eller teoretiska kunskaper som författarna har rörande området. Risken som finns med förförståelse kan då vara att författarna har svårare att ta till sig ny information och då begränsa resultatet. Därav är det av vikt att ständigt påminnas om sin förförståelse och vara medveten om denna under hela processen (ibid.). Författarna i denna studien arbetar båda sedan tre år tillbaka med barn och har där en viss bild av vad detta kan innebära. Den ena författaren arbetar dessutom på en barnakutmottagning och träffar nästintill dagligen personal från ambulansen och har därmed en viss uppfattning om upplevelser ambulanspersonal känner gällande att ge omvårdnad till det lilla barnet. En ständig diskussion har förekommit under hela processen där båda författarna varit väl medvetna och reflekterat över sin förförståelse så att denna inte ska ha kunnat snedvrída resultatet.

Resultat

I tabell 2 redovisas analysprocessen som resulterade i tre kategorier med tillhörande subkategorier som utgjorde totalt åtta stycken. Resultatet genomsyrades av sjuksköterskans önskan att få mer kunskap och utbildning om barn för att känna sig mindre osäker vid omvårdnaden av det. Resultatet visade även att föräldrarnas närvaro och reaktion gentemot sitt sjuka barn hade en stor påverkan på sjuksköterskans upplevelse av att vårda barnet.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Okunskap om barn i allmänhet skapar stress och oro	Barnens olika referensramar skapar osäkerhet
	Tidigare erfarenhet av barn ger säkrare vård
	Barnutbildning skapar trygghet hos sjuksköterskorna
Betydelsen av samspel och kommunikation med föräldrar och barnet	God kontakt med föräldrar förbättrar omvårdnaden av barnet
	Att kommunicera med barnet
	Svårigheter med svenska språket försämrar omvårdnaden av barnet
Betydelsen av utrustning och riktlinjer	Barnanpassade hjälpmedel underlättar omvårdnaden
	Utrustning som inte är barnanpassad riskerar patientsäkerheten

Okunskap om barn i allmänhet skapar stress och oro

I första kategorin, *Okunskap om barn i största allmänhet skapar stress och oro*, beskrivs sjuksköterskans upplevelse av att åka på barnlarm. Deras upplevelse av att vårda barn var olika beroende på deras kunskap och tidigare erfarenheter av barn. Sjuksköterskorna som intervjuades uttryckte att om de hade haft mer kunskap hade omvårdnaden kunnat förbättras desto mer. De hade även känt sig lugnare att åka ut på barnlarm.

Barnens olika referensramar skapar osäkerhet

Att ge omvårdnad till barn skapar mer oro och stress, detta då barnens referensramar är annorlunda. Sjuksköterskorna uttryckte också att till skillnad från barn så var vuxenlarm enklare då de på så vis kunde utgå från sig själva som referensram. Barn är helt enkelt svårare att bedöma tyckte de.

”Vad är deras normalvärden? Hur brukar dom vara i vanliga fall? Väldigt svårt att bedöma dom liksom. Dom är svåra att läsa av gentemot vuxna. Man har sig själv som referensram. Man vet själv hur vuxna beter sig när dom är bra eller dåliga. Barn är svårare att läsa av. Det tycker jag. För det är ganska nytt. Jag har ju aldrig jobbat med barn. Så det är svårare liksom.” (Intervju 5)

Sjuksköterskorna som tidigare arbetat med barn och hade specialistutbildning inom barn beskrev att de var mer bekväma att ta barnlarm. Sjuksköterskorna upplevde att stressen och oron skapades eftersom barn beroende på ålder har olika referensramar: Deras reserver är också mindre vilket lättare gör att barn snabbt kan gå från ett stabilt läge till ett ostabilt sådant förklarade sjuksköterskorna. Vidare uttryckte sjuksköterskorna också att det krävdes mer förberedelse innan man möter barnet så som att läsa på vad som är en adekvat medicindos för just den vikten barnet har, vilken syrgasmask som kan passa den åldern som är aktuell samt vad som är normalvärden för just den åldern man är på väg till. Det som också framkom var att barns symtom är svårare att tolka och speciellt då det lilla barnet. Det lilla barnet kan inte uttrycka med ord vad som är fel utan där måste man som sjuksköterska använda sin kliniska blick vilket många av sjuksköterskorna upplevde var en utmaning. Den kliniska blicken sviktade hos många av sjuksköterskorna då dom så sällan möter barn ute i

ambulanssjukvården men också för att den varierar mycket från barn till barn, det ena barnet är inte det andra likt.

”Det är väl alltid ett större spann av värden att hålla reda på, man måste förbereda sig mer, det är svårt om man inte jobbar med barn varje dag. Att just komma ihåg det specifika, vad som är normalvärde på barn är inte detsamma för en ettåring som för en sexåring.” (Intervju

7)

Ett mönster kunde ses bland sjuksköterskorna att det skapade mer press att behandla barn, de förklarade det som att man är *”mer på spänn”* då det verkligen inte får gå fel, just för att ett barn är ett barn. Vidare förklarade sjuksköterskorna att det är svårt att veta hur sjukt ett barn faktiskt är, detta då deras referensramar skiljer sig oerhört mycket från ålder till ålder. En del av sjuksköterskorna nämner exempelvis att ett tyst barn är ett sjukt barn och att detta är något de lärt sig efterhand som de haft hand om barn. Sjuksköterskorna upplevde att det krävdes mer av dem då det gällde att vårda ett barn och detta då på grund av att barn är barn och barn har hela livet framför sig.

”Oavsett hur liten patientgrupp det är .. får du ett dåligt barn .. så är det ju ändå, jag hade haft väldigt svårt att se mig själv i ögonen om jag inte gjort vad jag kunnat och då tycker jag vi ska ges möjligheten att kunna göra vårt bästa och det tycker inte jag att vi får.”

(Intervju 2)

Ett annat mönster som kunde ses bland sjuksköterskorna var att det fanns osäkerhet beträffande att smärtlindra barn. Detta förklarade en del av sjuksköterskorna kunde bero på rädsla gällande att överdosera barnet. Många av sjuksköterskorna upplevde ett missnöje med vården när dom inte gjort tillräckligt eller har valt att inte ge den nödvändiga vården för att dom känt sig osäkra.

” Man är rädd att överdosera och att göra fel ja. Och är rädd att för att ge för mycket helt enkelt med dom biverkningar som finns.” (Intervju 6)

Sjuksköterskorna kände också att man många gånger väljer att istället för att ge adekvat behandling prehospitalt åker in till akuten då de tyckte att personalen där har mer kunskap. Detta i sin tur gjorde att barn många gånger kunde komma in till sjukhuset underbehandlade.

”Det blir stressigt då.. när man är osäker.. och då.. ja då kanske man hellre väljer att inte göra det.. för då tar det längre tid. Då kör man hellre in.. ja.. då kanske barnet inte får det den behöver för just den stunden.” (Intervju 2)

Tidigare erfarenheter av barn ger säkrare vård

De som tidigare arbetat med barn upplevde inte att barnlarm skapade så mycket mer oro och stress. De förklarar det som att de är vana vid barn och dess föräldrar och har lärt sig bemöta och ta hand om hela familjen på ett så adekvat sätt som möjligt. Dock märker de av att oron finns bland kollegor när det gäller omvårdnaden av barnet och att många gånger kanske de blir tillfrågade om de istället kan ta barnlarmet som inkommer då de är mer vana vid det.

”Eftersom dom vet att jag jobbat mycket med barn får jag alltid ta barnlarmen ..” (Intervju 1)

Oron och stressen som uppkommer vid ett barnlarm tros bero på att rutiner brister och att erfarenheter sviktar. Det är så pass sällan som ambulansen får barnlarm så när det väl händer så blir personal osäkra på hur de ska handskas med uppgiften.

”Det kommer så pass sällan att, att det är nytt varje gång ...” (Intervju 3)

Sjuksköterskorna som hade barn nämnde att detta gav en ökad trygghet och förståelse i omvårdnaden av barnet. De förklarade att då de hade egna barn så kunde de lättare se och förstå om ett barn är sjukt och de upplevde även att det var lättare att kommunicera med barnet. Dock ska det tilläggas att de tyckte det var en oerhörd stor skillnad gällande att ta hand om ett barn arbetsrelaterat gentemot sitt egna barn.

” Ja helt säkert, det hade varit omöjligt för mig att jobba med barn om jag inte själv hade barn. Jag hade inte kunnat prata med föräldrar om vad jag tyckte osv om jag inte själv kände att jag har varit igenom det.” (Intervju 9)

Barnutbildning skapar trygghet hos sjuksköterskorna

Samtliga sjuksköterskor som intervjuades i studien var eniga i att det skulle behövas mer utbildningar inom barn för att skapa större trygghet i att vårda dem. Sjuksköterskorna nämner att det inte finns tillräckligt med möjligheter att få utbildningar gällande barn inom ambulansen. Det är inget som ingår i deras basprogram helt enkelt. Barn HLR ingår och det görs cirka en gång per år, ibland två vilket många upplevde var bra men att det självklart skulle finnas mer. Ett mönster kunde ses bland sjuksköterskorna att det hade varit önskvärt att ha utbildningar i hur man vårdar ett barn då detta skiljer sig mycket från en vuxen patient. Kunskap om hur vården av det lilla spädbarnet gentemot det lite äldre barnet på 4-5 år skiljer sig åt efterfrågades för att skapa en bättre och tryggare omvårdnad av barnet.

”Jag tycker att utbildningar är bra och hade man kunnat få mer utbildningar i att vårda barn så hade det hjälpt oss jättemycket .. ja då vi inte får den rutinen på barn genom att vårda de dagligen utan det kommer kanske var tredje månad. Så utbildningar tror jag kan hjälpa oss otroligt mycket. ” (Intervju 4)

Vidare föreslås att hospitering på en barnavdelning eller barnakut hade kunnat vara ett sätt att lära sig hur man vårdar ett barn på bästa sätt. Om möjlighet hade getts till att hospitera så hade många velat göra detta.

Pressen som medför oro och stress hade kunnat minskas om det funnits utbildningar som var obligatoriska uttryckte informanterna. Även om barn är en liten patientgrupp ute i ambulanssjukvården så är det likväl en grupp och det händer att barnlarm kommer och då är det otroligt viktigt att kunskap finns till att kunna ge en så god omvårdnad som möjligt till barnet upplever sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna som hade specialistutbildning i ambulanssjukvård nämnde att de hade önskat mer barnfokus redan under den utbildningen men att detta tyvärr inte fanns mer än någon dag. Möjligheten till barndagar ges dock varje år men många tycker att detta inte är nog.

” Det hade varit bra om barnutbildningar hade varit obligatoriska. Det hade fått folk att verkligen gå. Det är en liten patientkategori så det hade inte skadat om man hade fått öva mer och fått mer utbildning om barn så att man är uppdaterad.. ” (Intervju 10)

Betydelsen av samspel och kommunikation med barnet och föräldrar

I andra kategorin, *Betydelsen av samspel och kommunikation*, betonas vikten av att få god kontakt och information från föräldrarna men även från barnet för att omvårdnaden ska vara så bra och adekvat som möjligt.

God kontakt med föräldrar förbättrar omvårdnaden av barnet

Samtliga sjuksköterskor berättade att föräldrarna var viktiga att inkludera och att få med vid omvårdnaden av barnet. Föräldrarna var den stora tryggheten. Deras sätt att vara när barnet insjuknar påverkade barnets beteende. Sjuksköterskorna upplevde att om föräldrarna var lugna blev barnet också det och det underlättade omvårdnaden.

”...de är ju barnens närmsta. Barnen får trygghet genom dem ju, och därför är det viktigt med lugna föräldrar. När de är lugna kan man lättare närma sig barnen.” (Intervju 6)

Sjuksköterskorna upplevde att en av de stora utmaningarna vid barnlarm är mötet med föräldrarna. Oftast möttes de av oroliga och stressade föräldrar. Sjuksköterskorna tyckte då att det var viktigt att lugna och få god kontakt med dem. Detta för att föräldrarna skulle kunna ge så adekvat information som möjligt om barnet och om händelseförloppet. Att få information och ge information var betydelsefullt för sjuksköterskan.

”Det är.. ja, det är jobbigt då. Speciellt om barnet är sjuk. Ja, då vill du gärna ha så mycket information som möjligt så du kan arbeta mer effektivt. Är föräldrarna uppstressade kan jag ibland känna mig påverkad av det... och om barnet är mycket sjukt blir det ännu mer stressande.” (Intervju 3)

På samma sätt som lugna föräldrar är nyckeln till att kunna ge god omvårdnad till barnet upplevde sjuksköterskorna att stressade föräldrar ibland kunde försvåra vården. När föräldrarna var stressade ökades stressen hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna upplevde att fokus först och främst låg på att lugna föräldrarna och att det i sin tur ledde till att barnet kunde hamna i skymundan. När föräldrarna stressade kunde det resultera i att det missades att göra nödvändiga åtgärder.

” Föräldrarna var säkert upprörda för att dom säkert hade dåligt samvete för att dom inte var uppmärksamma.. ja.. det kan ju gå ut över en då.. mitt i allt tumult och till det att vi körde in till akuten.. ja, då hade jag missat att ge barnet smärtstillning.. så ja, absolut så kan föräldrars beteende påverka omvårdnaden.. ” (Intervju 5)

Att kommunicera med barnet

Sjuksköterskorna kände att det var viktigt att komma till att undersöka barnet för att kunna göra en adekvat bedömning och ge korrekt vård. För att kunna göra det innebar det för sjuksköterskan att kunna få närma sig barnet. Barnen som kände tillit och var lugna var mer benägna att tillåta det. Barn som var två till sex år, kunde vara svåra att närma sig och det krävdes att föräldrarna hjälpte till att skapa förtroende mellan barnet och sjuksköterskan.

” De större barnen kan man ju prata mer med, och det är bra.. de kan förstå vad man säger. Men samtidigt kan det ju också vara att de är svårare att jobba med eftersom de har egen vilja och många gånger är de rädda och de vill inte samarbeta. De vill bara vara nära deras mamma och pappa. De måste man jobba mer med.” (Intervju 7)

Att bemöta barnet på ett lugnt sätt på deras nivå samt kunna kommunicera med barnet och få deras förtroende ansågs betydelsefullt. Sjuksköterskorna kände sig extra nöjda med omvårdnaden av barnet när de lyckades skapa ett band med dem, om än bara för en kort stund.

”Ja, om man lyckas få kontakt med barnet så är det guld värt.. i den här situationen tyckte jag det var skönt att vi fick bra kontakt. Hon var ju svullen och kunde inte göra sig hörd men hon lyssnade ju på mig. Jag förklarade lugnt och försiktigt vad jag skulle göra.. det kändes som om hon lät mig få göra det jag skulle för det kändes som om hon förstod att något måste göras för att svullnaden skulle gå ner.. ja, hon var klok. Det är verkligen mycket lättare när barn förstår vad man säger.. ” (Intervju 5)

Barn kunde heller inte förmedla sig verbalt och att de även var symtomvässigt svårare att bedöma gjorde att detta spädde på stressen hos sjuksköterskorna. Däremot var de riktigt små barnen lättare att handskas med och lättare att komma till och undersöka eftersom de inte

förstod vad som hände och kunde heller inte på samma sätt på grund av deras fysik värja sig från att bli undersökta.

” Många tycker nog att just spädbarnet är en utmaning då.. ehh.. ja här är det kanske ännu svårare att läsa av signaler. Spädbarn säger ju inte direkt var det gör ont. Dom kan inte ens peka och många gånger uttrycker dom ganska diffusa symtom som att kanske gnälla lite, ligga stilla eller att dom slutat äta så ja det kan nog många uppfatta som svårt..” (Intervju 9)

Svårigheter med svenska språket försämrar omvårdnaden av barnet

Att inte kunna göra sig förstådda genom det svenska språket upplevdes av sjuksköterskorna som ett hinder för att kunna ge snabb och adekvat vård. De berättade att oförmåga att göra sig förstådda försvårade kommunikationen mellan sjuksköterskan och föräldrarna. Detta ledde till att viktig information inte kunde förmedlas mellan dem. Sjuksköterskorna upplevde att det var besvärligt att inte kunna lugna föräldrarna och de i sin tur kunde känna frustration från föräldrarna då de inte förstod vad som skedde runt deras barn och vad som gjordes med dem.

”Det blir svårt att få korrekt information på en gång.. när föräldrar eller anhörig.. ja, när de inte förstår eller pratar. När vi inte kan prata samma språk blir det hattigt i början. Det kan ta en stund innan de får fram viktig information till oss. Det kan fördröja vården.. ja.. och vissa gånger kan det ju vara att ett par sekunder spelar roll ju..” (Intervju 7)

Betydelsen av utrustning och riktlinjer

Sjuksköterskorna beskrev att ambulansen har ett begränsat utrymme och bilen är inte gjord för de små barnen. Utrustningarna i bilarna har i första hand varit för dom vuxna men på senare år har det även tillkommit utrustning som är mer anpassade för barn. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att ha tillgång till barnanpassade utrustningar och bra lättanvända riktlinjer eftersom det förenklade omhändertagandet av barnet.

Barnanpassade hjälpmedel underlättar omvårdnaden

Sjuksköterskorna var generellt nöjda med de utrustningar och riktlinjer som finns i ambulansen gällande barn. Speciellt de som jobbat i ambulansen länge har sett förändringar och förbättringar.

” ..på den tiden hade vi ju intraossiöst.. BIC hette det. Det var en sån grej man sköt in i benet. Men på den tiden var det inte lämpad för barn. Det fanns inte nålar som var anpassat till barnets storlek. Men idag har vi ju så vi kan borra så vi kan få in en infart där och ge vätska och medicin. Och idag är vi nog.. ja det är ju ännu fler års erfarenhet och så har vi också annan sorts utrustning också som är mer lämplig för barnet. Och vi har tränat mer idag, med barntrauma och det ena med det andra.” (Intervju 3)

Sjuksköterskorna uttryckte att riktlinjerna för barn var bra och användbara och att de kände ett stöd i att dessa fanns. Med hjälp av riktlinjerna kunde sjuksköterskorna förbereda sig mer inför barnlarmet. Att åtminstone vara förberedd med att dra upp mediciner och ha kontroll på barnets normala parametrar gav någon form av trygghet och lugn. Manualerna kunde dock förenklas så att det blev lättare att slå i dem upplevde några av sjuksköterskorna.

” Ooh ja, vi har ju vår bok vi kan kolla i. Där det står doser och ja vad man ska tänka på och sådär. Det är ju någonting som vi planerar redan på vägen ut om vi får ett larm säg på en två åring. Då tar vi reda på vissa saker om den två åringen, som hur mycket väger den för att kunna räkna ut doser och så vidare. Så att det är förberett tills vi kommer fram. Det är ett sätt för oss att förbereda oss lite.” (Intervju 4)

Utrustning som inte är barnanpassad riskerar patientsäkerheten

För sjuksköterskorna var säkerheten för barnet viktigt men i akuta skeenden kunde patientsäkerheten helt och hållet inte garanteras. Sjuksköterskorna berättade att det numera finns möjlighet att fästa de små barnen bättre i bilarna vid transport. Men att spänna fast de små barnen var komplicerat och det gjorde inte saken bättre att barlarmen kunde gå långt mellan gångerna. Sjuksköterskorna kände sig obekväma med den komplicerade anordningen och kände även att de blev sinkade i sitt arbete och valde då att inte arbeta helt patientsäkert.

”Ja, jo det känns som om ambulansen är mer byggd för det vuxna från början. Ska man ha barn på baren får man nästan bygga om den lite. Det tar också tid och i en stressad situation så hinner man inte det utan då lägger man det på vuxenbaren och så spänner vi så gott det går. Så säkerhetsmässigt där blir det ju inte så bra. Det känns inte så jättebra.” (Intervju 5)

En annan brist som visade sig i studien var problemet med immobilisering av barnet. Gällande detta upplevde också sjuksköterskorna att det inte var helt barnanpassat vilket riskerade patientsäkerheten.

” ..ehh ja det är ju till exempel om man ska immobilisera barn så är det gjort för vuxna människor. Det är inte alltid de här halskragarna passar barnen och det är stora bräddor och kedvästen som vi använder är gjord till vuxna..” (Intervju 6)

Några av sjuksköterskorna berättade om den nytilkomna barnväskan som innehöll medicinteknisk utrustning som var anpassade till barn. De var positivt inställda till den och kände att det var bra att all utrustning för barnen var samlade och organiserade.

” På det sättet är det bra att vi har fått nya väskor med barnutrustning där det finns stetoskop för barn och blodtrycksmanschetter... innan hade vi inte det.. utan då fick man försöka använda vuxengrejerna. Eventuellt hade man blodtrycksmanschetter för barn i bilen men nu har man allt samlat i den väskan.” (Intervju 2)

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna till studien valde att utgå från en kvalitativ metod då denna belyser människors upplevelser. Tio intervjuer gjordes med sjuksköterskor som arbetar inom ambulanssjukvård för att undersöka deras upplevelser kring att vårda barn. De tio informanterna hade olika erfarenheter av barn. De var allt från grundutbildade till specialistutbildade vilket gjorde att deras olika erfarenheter påverkade upplevelsen av att vårda barnet. Målet med en kvalitativ studie är enligt Trost (2014) att öka förståelsen för hur en grupp människor som i detta fall hur ambulanssjuksköterskor upplever ett visst fenomen. De tio intervjuerna gav ett fylligt och informationsrikt material vilket stärker resultatet. Resultatet stärktes när informanterna uppgav snarlika upplevelser och känslor som i slutändan bildade mönster. Resultatet stärks även av att de intervjuade sjuksköterskorna hade olika bakgrund och erfarenheter både vad gäller utbildning och erfarenheter av att vårda barn.

Informationsbrev skickades ut till olika enheter i Skåne, dessa enheter anmälde olika stort intresse kring att delta i studien. Att skicka ut informationsbrev där sedan personer själva får anmäla sitt intresse kring att delta i studien anser Olsson och Sörensen (2011) som en bra metod då det skapar ett samarbetsvilligt klimat för att få fram så bra information som möjligt. Något annat som gjordes för att skapa trygghet var att låta informanterna själva välja tid och plats för utförandet av intervjuerna och detta styrker också Olsson och Sörensen (2011) teori om samarbetsvillighet. De olika intervjuerna utfördes både på informanternas arbetsplats men också på allmän plats. Fyra enheter var delaktiga i studien och olika många informanter från de olika enheterna. I analysen framkom att sjuksköterskorna oberoende av enhet hade snarlika känslor och upplevelser kring att ge omvårdnad till barn. Majoriteten av sjuksköterskor som intervjuades var män men kvinnor var också inkluderade. Män ses idag mer inom ambulanssjukvården och detta beror på att fler män väljer ambulansen som arbetsplats. Åldern på informanterna varierade från 30 till 51 år. Endast två av de som intervjuades var under 35 år, detta kan ha påverkat resultatet då de yngre sjuksköterskorna inte hade så lång arbetserfarenhet som sjuksköterska och inte heller arbetat med barn sedan tidigare. De äldre sjuksköterskorna hade en helt annan erfarenhet gällande omvårdnad men dock kunde osäkerhet ses i just vården av barnet. De äldre sjuksköterskorna hade också barn själva vilket gjorde att de kände sig något mer trygga i att möta barn i sin yrkesroll. Av de som intervjuades hade tre tidigare arbetat med barn varav en hade specialistutbildning inom barn. Dessa sjuksköterskor upplevde en större trygghet i att möta och ge omvårdnad till det lilla barnet.

Innan intervjuerna startade gjordes en pilotstudie för att optimera intervjutekniken och kvalitén på intervjuerna, detta är något att föredra enligt Polit och Beck (2013). Pilotstudien genererade i att författarna fördjupade intervjuguiden och dess följdfrågor till nästa intervju och att studien i sin tur fick mer fylliga svar där känslor och upplevelser förklarades. Efter ett par intervjuer var författarna mer bekväma i att ställa efterfrågor och intervjuerna blev då mer informationsrika vilket var en fördel. Semistrukturerade intervjuer användes i studien då detta är att föredra när man vill att respondenterna ska uttrycka sig med egna ord kring ett specifikt ämne (Danielson, 2012). Samtliga informanter fick samma frågor med viss skillnad på följdfrågor beroende på hur svaren såg ut.

Intervjuerna skedde i par där båda författarna var delaktiga och aktiva i att ställa frågor och följdfrågor. Detta är något som förespråkas av Trost (2014) då det kan alstra i en större

förståelse men också för att få ut så mycket information som möjligt. Alla de intervjuer som genomfördes upplevde författarna frambringade liknade upplevelser och känslor. Vissa var dock mer innehållsrika än andra.

Efter gjorda intervjuer startade analysprocessen där en kvalitativ innehållsanalys användes inspirerad av Lundman och Graneheim (2013). Att författarna hela tiden under processen diskuterat möjliga kategorier och underkategorier och att man inte utelämnat meningsbärande enheter enbart för att de inte passat under möjlig kategori skapar en stark tillförlitlighet. Diskussioner har skett efter att ha läst transkriberingar om och om igen. Efter läsning har vardera författare föreslagit möjliga kategorier och underkategorier. Slutligen var författarna eniga i vad som passade bäst in i arbetet för att svara till syftet. En god tillförlitlighet skapas också genom att materialet transkriberats ordagrant (ibid.). Författarna läste intervjuerna flera gånger och vid osäkerhet kring vad som skulle bli resultatets kategorier och underkategorier återgick författarna och granska innehållet ytterligare. Genom ett flertal diskussioner och färgläggning av olika upplevelser och känslor som kunde ses som fynd framkom enighet gällande de kategorier och underkategorier som redovisas. I resultatet styrks också validiteten med citat vilket rekommenderas av Lundman och Graneheim (2013).

Resultatdiskussion

Resultatet visade att okunskap om barn i största allmänhet skapade stress och oro. Sjuksköterskorna beskrev att barnen hade olika referensramar beroende på ålder. Detta gjorde att de hade så mycket mer att hålla reda på i förhållande till vård av vuxna patienter. Sjuksköterskorna upplevde att barnlarm var mer stressande än vuxenlarm på grund av att barnlarmen kom mer sällan vilket gjorde att de aldrig fick rutin på att ge omvårdnad till barnet. Osäkerheten kring barns referensramar och kunskapsbrist medförde att sjuksköterskorna ibland avstod från att ge nödvändig vård. I stället förlitade de sig på att mottagande enhet som exempelvis barnakuten skulle utföra åtgärden då de ansåg att personalen där hade bättre kunskap om vård av barn. I tidigare nämnd studie av Drayna et al. (2015) och Nordén, Hult och Engström (2013) visar statistiken att cirka 10 % av ambulanssjukvårdens larm gäller barn. Det är på så vis ganska ovanligt att vårda barn i ambulans vilket leder till att det är svårt för sjuksköterskorna att skapa rutiner (ibid.). I Nordén, Hult och Engströms (2013) studie framgick också att oavsett om barnpatientgruppen är liten är det betydelsefullt för sjuksköterskan att ha god kunskap om barnet för att känna sig

trygga med att ge god omvårdnad. En patientsäkerhetsrisk som tas upp i deras studie som även framkommer i denna studiens resultat är att barn ibland inte fick någon behandling i ambulansen då för lite kunskap och stor rädsla att göra fel fanns hos sjuksköterskorna. Detta medförde att barnet på mottagarenhet i vissa fall kunde vara ännu sjukare än initialt (ibid.).

Resultat i denna studie och Drayna et al. (2015) och Nordén, Hult och Engströms (2013) studier visar således att okunskap och osäkerhet om barnet leder till att barnen riskerar att inte få korrekt vård, eller att de till och med riskerar att bli underbehandlade. Detta strider mot de mänskliga rättigheterna då det står i Barnkonventionen (Unicef, 2018) att alla barn har samma rättigheter och värde, att barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barn och att alla barn har rätt till liv och utveckling. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) står det också att målet med hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Samtliga sjuksköterskor i studien önskade mer barnutbildningar och att de skulle vara frekventa och regelbundna. De upplevde att oron och stressen berodde på okunskap om barnet i allmänhet vilket ledde till patientsäkerhetsrisker. Sjuksköterskorna var övertygade om att barnutbildningar hade hjälpt till att minska detta. Enligt Henderson (1991, refererad i Kirkevold, 2000) ska sjuksköterskan ha kliniska kunskaper, vara expert inom omvårdnad samt utföra medicinska ordinationer med hänsyn till patientens behov. Sjuksköterskan skall även kunna tillgodose barnets grundläggande behov såsom att exempelvis assistera dem med andning, cirkulation och nutrition om inte de är kapabla att tillgodose dessa själva (ibid.). För att sjuksköterskan ska kunna arbeta efter Hendersons omvårdnadsteori krävs det att sjuksköterskan har goda kunskaper och utbildning om barnet som vårdas för att inte orsaka hen skada samt att adekvat omvårdnad ges till barnet.

En patientsäkerhetsrisk som även framkom i resultatet var att en transportutrustningarna i ambulansen var komplicerade att använda. I akuta situationer valde sjuksköterskorna ibland att inte arbeta patientsäkert. Detta följer inte riktlinjerna som tagits fram av Region Skåne (2018) om att barnen skall transporteras säkert i särskilda transportanordningar anpassade för barn och att det inte längre är acceptabelt att sätta de små sjuka barnen i föräldrarnas knä vid transport (ibid.). Även Nordén, Hult och Engström (2013) betonar vikten av att sjuksköterskorna kan hantera instrument och utrustning men att det tar tid att anpassa vården

efter ett barns behov och att det inte alltid denna tiden finns i den akuta situationen. Detta är en utmaning och stressfaktor för sjuksköterskorna (ibid.).

Ur ett samhällsligt ekonomisk aspekt hade det varit bra om sjuksköterskor inom ambulanssjukvård får grundliga utbildningar kring barnet samt de barnanpassade utrustningarna. Detta för att kunna ge barnet korrekt vård på en gång för att inte riskera ytterligare skador som kan belasta de redan ansträngda vårdkostnaderna. Enligt Sveriges kommuner och landstings rapport om skador i vården (SKL, 2018) är den genomsnittliga vårddygnskostnaden för en patient 10 000 kronor. Rapporten visar att en vårdskada leder till en förlängd vårdtid och därmed ökad kostnad. Kostnaden för den extra vårdtid blir närmare 9 miljarder årligen baserad på vårddygnskostnaden på 10 000 kronor. Cirka 15 procent av kostnaderna för sjukhusvård uppstår på grund av brister i patientsäkerheten. Vidare betonar SKL att kostnaderna för det förebyggande arbetet är mycket lägre än kostnaderna för vårdskadorna men att det förebyggande arbetet kan inledningsvis kräva mer resurser. Rapporten pekar dock på att kostnaderna för det förebyggande arbetet väl uppvägs av att antalet vårdskador och de kostnader som medföljer minskar. Det rekommenderas därför ökade investeringar i det förebyggande arbetet (ibid.). Resultatet visade att sjuksköterskorna önskar obligatoriska utbildningar och att de är intresserade av att hospitera på barnavdelningar och på barnakutmottagningar. Utifrån SKL:s rapport som tydligt visar fördelarna med att arbeta förebyggande så borde det läggas resurs på att ge sjuksköterskorna i ambulanssjukvården utökade och kontinuerliga utbildningar på barn i förebyggande syfte.

Att ha föräldrarna inkluderade i omvårdnaden av deras barn upplevdes av sjuksköterskorna som en tillgång. Förutom god samverkan med föräldrarna ansåg sjuksköterskorna att det var viktigt att arbeta utifrån barnets personliga behov med att exempelvis anpassa kommunikationen, omvårdnaden och mötet utefter barnets nivå.

Ovannämnda resultat går i linje med med den personcentrerade vården som Hendersons omvårdnadsteori utgår ifrån (1991, refererad i Kirkevold, 2000) samt familjecentrerad omvårdnad (Örtenstrand, 2015). Sjuksköterskeföreningen (2016) skriver att personcentrerad vård innebär en vård som eftersträvar att synliggöra hela personen och prioriterar tillfredsställande av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. Personcentrerad vård är också något annat än individuell vård eller individfokuserad vård eftersom personen inte endast är en individ utan snarare finns och är

beroende av sitt sociala sammanhang, sina närstående, sin partner eller betydelsefulla andra (ibid.). Den familjecentrerade omvårdnaden går ut på att barnets hälsa optimeras och detta görs i samverkan med föräldrarna (Örtenstrand, 2015). Föräldrarna ska vara så delaktiga som möjligt både emotionellt och praktiskt och detta med hjälp och stöd från vårdpersonal. Detta innebär ett teamarbete där teamet innefattar, barnet, familjen och vårdpersonal (ibid.). Dessa begrepp är enligt Sjuksköterskeförbundet (2016) beprövade och forskning visar att genom att sjuksköterskan arbetar efter dessa begrepp i sin profession ger det god effekt på omvårdnaden (ibid.). De goda effekterna visades också i resultatet på denna studie där sjuksköterskorna berättade att samverkan mellan barnet, föräldrar och sjuksköterskan förbättrades och vården underlättades då de arbetade utifrån dessa begrepp.

Ett fynd i denna studie som inte framkommer i tidigare forskning var att språkförbristning (när patienten/ föräldern inte pratar det svenska språket) försämrar omvårdnaden av barnet i ambulanssjukvård. Sjuksköterskorna upplevde en frustration hos föräldrarna när de inte förstod vad som gjordes och vad som hände med deras barn när de inte kunde förstå eller tala samma språk. Detta spädde på oro och stress hos föräldrarna. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att dels informera föräldrarna om vad de skulle göra med barnen eller vad de trodde deras barn hade drabbats av. Sjuksköterskorna tyckte även att det var betydelsefullt att kunna kommunicera med föräldrarna för att kunna lugna dem och för att få korrekt anamnes.

Kommunikation och informationen var viktig för att omvårdnaden skulle gå så smidigt som möjligt. Språkförbristningar beskrev sjuksköterskorna skapade hinder för att kunna ge en god, snabb och adekvat vård. Resultat styrks av McCarthy, Cassidy, Graham och Tuohy (2013) som bekräftar i deras studie att det är utmanande för både patient och vårdpersonal när språket inte är samma. De skriver att det är viktigt att information förmedlas trots att patienten inte talar samma språk som vårdpersonalen. Författarna skriver att korrekt information på det språket patienten talar är ett måste för att god vård skall uppnås. Vårdpersonalen och patienten kan med hjälp av tolk göra sig förstådda. Genom tolken kan vårdpersonalen berätta om situationen patienten befinner sig i och informera om exempelvis undersökningar, omvårdnadsprocesser och patienten kan i sin tur ställa frågor kring sin sjukdom och situation (ibid.).

I Patientlagen (SFS 2014:821) kapitel 3 § 1 och 2 står det att patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd, om de metoder som finns för undersökning, vård och

behandling och om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Patienten har även rätt till att få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ (ibid.). I och med att vården inom ambulanssjukvård är akut finns det inte möjlighet att få tillgång till tolk i det akuta skedet om inte patienten pratar det svenska språket. Detta gör att patientens rättighet om att få information åsidosätts. Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde att språkförbristning ledde till misskommunikation sinsemellan sjuksköterskorna och föräldrar vilket i sin tur försämrade omvårdnaden av barnet. Att sjuksköterskorna använder sig av ett översättningsverktyg kan därför vara en möjlig lösning på problemet, Care to translate (2015) är ett exempel på ett översättningsverktyg. Det erbjuder en medicinsk säker kommunikation med verifierade översättningar. Appen kan laddas ner gratis på mobiler och surfplattor. Verktöget är tillgängligt dygnet runt och kan användas i akuta situationer; när något behöver kommuniceras snabbt såväl som i avdelningsarbete och fungerar som komplement till tolkar. Care to translates vision är att alla inom vården och alla patienter ska kunna kommunicera oavsett språk. Verktöget värnar om patientens integritet genom att hjälpa patienten att få reda på vem som vårdar dem vad som ska göras och varför. Care to translate vill minska risken för feldiagnostik, felbehandling och komplikationer genom att erbjuda en säkrare och mer korrekt kommunikation mellan patienter och vårdgivare (Care to translate, 2015). Dock är översättningsverktyget fortfarande så pass nytt framtaget att ingen evidensbaserad forskning finns kring hur pass effektivt verktöget är. Här finns det därför underlag för ny tänkvärd forskning.

Konklusion och implikationer

Sjuksköterskorna i ambulanssjukvården känner en oro och stress över att ge omvårdnad till barn upp till sex år. Detta beror på en osäkerhet och okunskap om barnet. För att sjuksköterskorna ska känna sig mer trygga i att ge omvårdnad till barn och att barnens rättigheter i vården efterföljs behövs det således mer kunskap om barnet. Detta kan uppnås genom barnutbildningar och hospiteringar på barnkliniker. Det är viktigt att sjuksköterskorna har tillgång till barnanpassade utrustningar för att kunna ge säker vård. Numera finns det utrustningar som är anpassade till barnen men det finns fortfarande brister, exempelvis att transportanordningarna är för komplicerade för att kunna användas i akuta lägen. Här behövs det ses över vad som kan förbättras för att underlätta vården och uppnå en större säkerhet. Information om vården är en rättighet som en patient har och en skyldighet för vårdpersonalen att ge. Studien visar att viktig information inte kan ges när sjuksköterskan, barn och föräldrar

inte kan kommunicera på samma språk. Ett förslag är att ge sjuksköterskorna tillgång till utrustning där man kan tillämpa översättningsverktyg.

Om sjuksköterskorna får ökad kunskap och tillgång till utrustningar som underlättar för omvårdnaden av barnet medför detta minskad oro och stress hos dem. För sjukvården innebär det att fler sjuksköterskor är kompetenta i att vårda barn. Detta borde resultera i minskade vårdskador och en kostnadseffektivare vård. Den viktigaste vinsten är emellertid att barnet och dess föräldrar får en bättre och säkrare omvårdnad enligt deras mänskliga rättigheter.

Referenser

Care to translate. (2015). *Om oss*. Hämtad från: <https://www.caretotranslate.com/om-oss/>. 2019-01-01

Cushman, J., Fairbanks, R., O’Gara, K., Crittenden, C., Pennington, E., Wilson, M., Chin, N., & Shah, M. (2013). Ambulance Personnel Perceptions of Near Misses and Adverse Events in Pediatric Patients. *Prehospital Emergency Care*, 14(4), 477-484, doi: 10.3109/10903127.2010.497901

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur

Drayna, P. C., Browne, L. R., Guse, C. E., Brousseau, D. C., & Lerner, E. B. (2015). Prehospital Pediatric Care: Opportunities for Training, Treatment, and Research. *Prehospital Emergency Care*, 19(3), 441-447. doi:10.3109/10903127.2014.995850

Finnström, B. (2010). Den professionella sjuksköterskan i dagens vård. I E. Dahlborg-Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska*. (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur

Flensner, G. (2010). Det vetenskapliga ämnet. I E. Dahlborg-Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska*. (s. 85-107). Författarna och Studentlitteratur

Hansen, M., Meckler, G., Dickinson, C., Dickenson, K., Jui, J., Lambert, W., & Guise, J-M. (2015). Children's Safety Initiative: A National Assessment of Pediatric Educational Needs among Emergency Medical Services Providers. *Prehospital Emergency Care*, 19(2), 287-291. doi: 10.3109/10903127.2014.95922

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev.utg.) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf 2018-11-04

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Lund: Studentlitteratur

Kvale, S. & Birkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2013). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (2004) 24, 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Nordengren, L., & Almerud Österberg, S. (2014). *Att bli specialistsjuksköterska eller barnmorska*. Lund: Studentlitteratur

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur

McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal Of Nursing*, 22(6), 335-339.

Nordén, C., Hult, K., & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing* 22 (2), 75-80. doi: 10. 1016/j.enj.2013.04.003

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

RAS, Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor. (2009). Hämtad från: <https://www.swenurse.se/globalassets/aktuellt-och-press-svensk-sjukskoterskeforening/ambulans.kompbeskr.webb.pdf> 2018-11-02

Region Skåne. (2018). Hämtad från: <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/ambulanssjukvard/> 2018-11-06

Rikshandboken Barnhälsovård. (2017). Hämtad från: [http://www.rikshandboken-bhv.se/Kategori/Barnhälsovårdsprogrammet](http://www.rikshandboken-bhv.se/Kategori/Barnh%C3%A4lsov%C3%A5rdsprogrammet) 2018-11-06

Sanders, M.J. (2012). *Mosby's paramedic textbook*. (4. ed.) St. Louis, Mo: Elsevier Mosby Jems

SKL, Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Skador i vården 2013- första halvåret 2017*. Hämtad från: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-501-1.pdf?issuusl=ignore>. 2019-01-16

SFS 2018:218. *Dataskyddsförordningen*. Stockholm: Justitiedepartementet L6. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218. 2019-01-16

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30. 2019-01-16

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821. 2019-01-16

SOSFS 2009:10. *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10> 2018-11-06

Svensk sjuksköterskeföreningen (2016). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk.sjukskoterskeforening.ssf.om.evidensbasera.vard_2016_2016_webb.pdf 2018-11-06

Svensk sjuksköterskeföreningen (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf> 2018-11-06

Svensk sjuksköterskeföreningen (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad från:
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf.
2019-01-16

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

Sveriges Riksdag (2018). *Behandling av personuppgifter för forskningsändamål*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad från: <https://data.riksdagen.se/fil/2274F2B7-6616-4948-9A51-3A8F743EE34A> 2018-12-28

Trost, J. (2014). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

UNICEF Sverige (2009). Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: UNICEF Sverige. Hämtad från: <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>
2018-11-06

Örtenstrand, A. (2015). Familjecentrerad neonatalvård. I H. Lagercrantz., L. Hellström-Westas., & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (s. 463-466). Lund: Studentlitteratur

Intervjuguide

- Ålder
- Kön
- Antal år som sjuksköterska
- Har du någon specialistutbildning?
- Antal år inom ambulanssjukvården
- Tidigare erfarenheter

Vill du berätta hur du har upplevt att ge omvårdnad till barn 0-6 år inom ambulanssjukvården?

- Vad anser du är betydelsefullt i vården av just barnet?
- Ser du någon skillnad på att ta hand om ett spädbarn gentemot ett barn på 4 år?
- Kan du berätta om ett tillfälle när du vårdade ett barn som du tycker gick speciellt bra?
 - Vad var det som gjorde att du kände dig nöjd?
- Kan du berätta om ett tillfälle när du inte kände dig nöjd med hur du hanterade situationen eller hur situationen blev?
 - Vad var det som gjorde att det inte kändes bra? Kunde du ha gjort något annorlunda som hade gjort situationen bättre?
- Har du upplevt någon gång att du saknat instrument du behövde?
 - Känner du dig bekväm med alla instrument som finns i ambulansen?
- Tycker du det finns något som kan utvecklas eller förbättras i ambulansen när det kommer till att vårda barn

