



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Intensivvård på väg

Erfarenheter av att vårda intensivvårdspatienter interhospitalt

Intensive care on the road

Experience of caring for ICU-patients interhospitally

Författare: Jesper Dunerfeldt & Isabell Schultz

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats  
Våren 2023

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

## Abstrakt

**Bakgrund:** Interhospitala transporter av intensivvårdspatienter är under förändring då antalet transporter ständigt ökar samt att intensivvården blir alltmer komplicerad och utmanande. Följden blir att även vården av IVA-patienter under interhospitala transporter blir alltmer komplex och krävande.

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa vårdpersonals erfarenheter av att vårda intensivvårdspatienter under interhospitala transporter.

**Metod:** Individuella semistrukturerade kvalitativa intervjuer genomfördes med nio deltagare. Dessa bestod av specialistsjuksköterskor inom IVA och / eller anestesi samt anestesiläkare. För att analysera materialet gjordes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats inspirerad av Burnard (1991).

**Resultat:** Resultatet består av tre huvudkategorier samt 11 underkategorier. Huvudkategorin "En känsla av utsatthet" beskriver vårdpersonalens erfarenheter av att känna sig utsatta under interhospitala transporter, bland annat pga. en svår arbetsmiljön full av risker och en omorganisation av transportverksamheten. Här framkommer även en känsla av ensamhet och maktlöshet. Kategorin "Vikten av att skapa kontroll" beskriver de strategier vårdpersonal har för att hantera uppdragen. Dessa strategier kan bestå av mentala och praktiska förberedelser, att vara lösningsorienterad samt att reflektera och lära inför framtiden. Den sista kategorin "Att ha patientens välbefinnande i fokus" beskriver det kroppsliga och själsliga lidande vårdpersonalen upplever att patienten utsätts för under transporten samt vad personalen gör för att lindra detta lidande. Man tar även upp patientsäkerheten i relation till dessa transporter.

**Konklusion och implikation:** Studiens resultat visar att såväl vårdpersonal som patienter hamnar i en utsatt situation under interhospitala transporter. Denna utsatthet kan lindras dels genom vårdpersonalens egna strategier men även genom bättre anpassade fordon och utrustning, förbättrade rutiner samt mer och specialistutbildad personal.

## Nyckelord

Interhospital transport, Intensivvård, Vårdpersonal, Erfarenheter, Kvalitativ metod

# Innehållsförteckning

Problemområde.....	5
Bakgrund .....	6
Perspektiv och utgångspunkter .....	6
Kolcaba's Comfort Theory .....	6
Intensivvård .....	8
Intensivvårdspatienten .....	8
Vårdpersonal på interhospitala transporter.....	9
Interhospital transport .....	10
Metod.....	12
Förförståelse .....	12
Urval.....	13
Intervju .....	14
Datainsamling .....	14
Analys av data.....	15
Forskningsetiska avvägningar.....	18
Resultat .....	19
En känsla av utsatthet.....	19
En stressfylld och svår arbetsmiljö.....	19
Att uppleva rädsla och risker.....	20
Att bli ifrågasatt .....	20
Att vara ensam och maktlös .....	21
Organisatoriska förändringar påverkar.....	22
Vikten av att skapa kontroll .....	22
Praktiska och mentala förberedelser.....	22
Att vara lösningsorienterad och att samarbeta.....	23
Att reflektera och lära för framtiden.....	24
Att ha patientens välbefinnande i fokus .....	24
Att uppmärksamma kroppsligt och själsligt lidande.....	24
Att skapa komfort och trygghet.....	25
Patientsäkerhet och vårdnivå.....	26
Diskussion .....	27

Metoddiskussion .....	27
Trovärdighet .....	27
Pålitlighet.....	28
Bekräftelsebarhet .....	29
Överförbarhet.....	30
Resultatdiskussion .....	31
Konklusion och implikationer.....	34
Referenser.....	36
Bilaga 1 (1).....	40

## Problemområde

Patienter med sviktande funktion i ett eller flera olika organ kan få avancerad medicinsk behandling på en intensivvårdsavdelning. Där finns de resurser som krävs för att kunna bedriva allmän intensivvård dygnet runt (Svensk förening för Anestesi och Intensivvård, 2015). Intensivvårdssjuksköterskan ska kunna vårda den kritiskt sjuka patienten på ett personcentrerat, evidensbaserat, respektfullt och patientsäkert sätt, i samverkan med patient, närstående och övriga i vårdteamet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2020).

I de fall då allmän intensivvård inte räcker till måste patienten förflyttas till ett sjukhus med än mer specialiserad vård. Dessutom kan det bli aktuellt med förflyttning på grund av resursbrist. Denna förflyttning sker med vägambulans, ambulansflyg eller helikopter. I Svenska intensivvårdsregistret visade statistiken för 2021 att andelen vårdtillfällen med överflyttning av patient till annan intensivvårdsavdelning på grund av platsbrist var 3,76% (1494 vårdtillfällen). Målvärdet är att antalet överflyttningar på grund platsbrist skall ligga under 2% (Svenska intensivvårdsregistret, 2021b). Statistiken visar på en ökning jämfört med tidigare år, även innan pandemin (Svenska intensivvårdsregistret, 2021a).

Intensivvårdssjuksköterskan skall ges förutsättningar att kunna vårda patienten med bibehållen patientsäkerhet även vid förflyttningar till annan enhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

Området interhospitala transporter av IVA-patienter är under förändring då antalet transporter ständigt ökar samt då IVA-vården blir alltmer komplex och krävande. Följden blir att vården av IVA-patienter mellan sjukhus även den blir alltmer komplex och krävande. Det finns tidigare studier inom området men majoriteten av dessa kommer från andra länder än Sverige. Det finns dessutom få studier av vårdpersonalens erfarenheter av vårdsituationen under interhospitala transporter. En djupare inblick av vården under interhospitala transporter sett från vårdpersonalens perspektiv kan leda till ökad kunskap och förståelse för att kunna stärka såväl patientsäkerheten som personalens trygghet under genomförandet av dessa transporter.

# Bakgrund

## *Perspektiv och utgångspunkter*

Patientsäkerhet är en av specialistsjuksköterskans kärnkompetenser och enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) skall all vårdverksamhet bedrivas så att kraven för god och säker vård uppfylls. Detta innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet, patientens behov av trygghet skall tillgodoses och det ska ske på ett patientsäkert sätt med personal och utrustning för att kunna uppfylla dessa krav (HSL, 2017). Vårdgivaren har också krav på sig att vidta åtgärder för att inte patienten skall drabbas av vårdskada (Patientsäkerhetslag, 2010). Att arbeta förebyggande med patientsäkerheten i fokus är en av grundpelarna för säker intensivvård (SFAI, 2015). Intensivvård är en högriskmiljö där många av behandlingarna innefattar invasiva ingrepp, administration av potenta läkemedel och behandling med avancerad medicinteknisk utrustning, vilket utgör potentiella riskmoment vid handhavande av utrustningen. Därav de höga krav på kunnig och utbildad personal (SFAI, 2015).

Feazel et al. (2015) fann i sin studie flera riskfaktorer som patientförflyttning mellan olika sjukhus kan innebära, bland annat bristande överrapportering mellan sjukhus, att ambulansen kan hamna i trafikförseningar eller i en trafikolycka. Det framkom även att det fanns en begränsad tillgång i ambulansen avseende läkemedel, batteritid på infusionspumpar samt syrgas (Feazel et al., 2015). Att utföra säkra interhospitala transporter kan försvåras av att vårdmiljön förflyttas utanför sjukhuset och kan därmed beskrivas som potentiellt osäker för både patient och personal (Eiding et al., 2019).

## *Kolcaba's Comfort Theory*

Holistisk komfort definieras av Kolcaba i *A theory of holistic comfort for nursing*, att som människa stärkas genom att få sina behov av lättnad (relief), lindrande (ease) och transcendens (trancendence) tillgodosedda inom de fyra dimensionerna fysiskt, psyko spirituellt, sociokulturellt och miljömässigt (Kolcaba, 1994).

Det handlar om att hjälpa patienten att uppnå tillfredsställelse och välbefinnande genom att tillgodose patientens behov när dennes egna resurser inte förmår detta i en vårdkontext. Då patienten drabbas av sjukdom eller utsätts för olika ingrepp och behandlingar i vården skapar detta en obalans i välbefinnandet och obehag infinner sig. Balansen mellan patientens möjligheter att påverka situationen för att uppnå välbefinnande och vilka hinder som finns för

att åstadkomma detta förskjuts i en negativ riktning vilket minskar komforten. Sjuksköterskan kan vidta åtgärder för att på olika vis lindra och lätta på detta obehag eller lidande i syfte att återställa komforten för patienten och på så vis förskjuta obalansen i en positiv riktning som kan öka välbefinnandet för patienten (Kolcaba, 1994). Sjuksköterskans olika strategier kan exempelvis innebära att ge smärtlindring om patienten har ont för att *lätta* på smärtan. En annan åtgärd kan vara att hålla i handen och lyssna på patienten eller att ge information för att *lindra* en orolig patient med ångest. Det kan också vara att stötta patienten att uppnå sådan grad av komfort att denne kan uppleva välbefinnande trots svårigheter och utmaningarna denne utsätts för, *transcendens* (Kolcaba, 1994). Om sjuksköterskan arbetar utifrån vetenskapen om de tre olika behovsområden som Kolcaba beskriver, och att var och en av dessa kan utgå från de fyra olika dimensionerna kring patienten får man ett brett spektrum där åtgärder kan sättas in för att öka patientens komfort.

Patientens komfort ska ses ur ett holistiskt perspektiv (Kolcaba, 1994). Patientens upplevelse av komfort påverkas av de fyra dimensionerna där den fysiska delen består av den kroppsliga känslan vilket kan påverkas av sjukdom och smärta. Den psyko spirituella dimensionen handlar om patientens inre upplevelsen av sig själv som människa och eventuell spirituell tro. Dimensionen sociokultur syftar på patientens relationer med närstående och kulturell kontext, men kan även innefatta patientens behov av information. Den sista dimensionen som påverkar patientens upplevelse av komfort och välbefinnande är miljön kring patienten. Vilket kan påverkas av bland annat ljud, ljus, medicinteknisk apparatur, temperatur och atmosfär (Kolcaba, 1994).

Denna teoretiska ram för komfort anses som en relevant utgångspunkt i denna studie då patientens välbefinnande är en prioriterad del av personcentrerad vård, vilket är en av kärnkompetenserna för intensivvårdssjuksköterskan (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Vid interhospitala transporter av dessa patienter förändras förutsättningarna för att optimera komforten. I ambulansen kan det bli skakigt, kallt, ljud och ljus förändras och patienten spänns fast vilket skapar begränsningar i möjligheten att påverka de fyra dimensionerna i Kolcaba's teori. Möjligheten att exempelvis ha det stillsamt, tyst och lugnt för att lindra patientens oro eller att vända patienten på britten för att minska patientens smärta finns inte på samma sätt i ambulansen som på en intensivvårdssal. Vårdpersonalens mål med transporten är en säker transport med så god komfort för patienten som möjligt. Den fördjupade tanken kring det teoretiska ramverket är att få en rikare förståelse för

vårdpersonalens erfarenheter kring möjligheterna att ge en god vård och åstadkomma bästa möjliga komfort för intensivvårdspatienten under interhospitala transporter.

### ***Intensivvård***

Svensk förening för Anestesi och Intensivvård definerar intensivvård enligt följande:

“Intensivvård är att förebygga och behandla svikt i ett eller flera organsystem så att fortsatt liv kan bli meningsfullt ur patientens synvinkel” (SFAI, 2015). Vidare framgår det att inom intensivvården omfattar detta övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med allvarliga och ofta livshotande sjukdomar eller skador. Slutligen ska vården grundas på vetenskaplig evidens, beprövad erfarenhet och befintliga riktlinjer, där både medicinska och etiska aspekter beaktas (SFAI, 2015).

### ***Intensivvårdspatienten***

En patient är den som lider av sjukdom eller kroppsskada och knyts till begreppen sjukdom, diagnos och behandling. Att se patienten som en egen person, med erfarenheter, upplevelser, tankar, förmågor och egen vilja och att inte reducera denne till sin enbart sin diagnos som ska behandlas är kärnan för personcentrerad vård (Ekman et al., 2011).

Intensivvårdspatienten som behandlas för svår sjukdom och organsvikt utsätts för krävande medicinsk behandling för att överleva och återfå hälsan. Detta kan innebära att bli sövd, intuberad och att helt gå miste om sin förmåga att uttrycka sin önskan eller delta i vården och kunna säga sin mening. Detta lämnar patienten sårbar i en mycket utsatt situation där denne kan förlora sin autonomi och är helt beroende av andra för sitt välbefinnande (Forsberg, 2021). I intensivvårdsmiljön som kan upplevas som främmande och ibland skrämmande för patienten, har vårdaren möjlighet att genom medkänsla, mellanmänsklig värme och vänlighet skapa trygghet och lugn i atmosfären kring patienten (Ylikangas, 2012).

Karlsson (2021) menar att patienten under interhospitala transporter riskerar att objektifieras då vårdpersonalen inte har samma fokus på patienten som på sjukhus och att denna vård då karaktäriseras av avhumanisering. Patientens kropp är i konstant rörelse vilket kan skapa olika kroppssensationer utan egentlig mening vilket i sin tur kan skapa skrämmande minnen (Karlsson, 2019). Det är vanligt förekommande att intensivvårdspatienter får påverkan på respiration eller cirkulation under transport, särskilt hypotoni, och påverkan på syresättningen är vanligt förekommande (Bjurström & Hallqvist, 2018; Droogh et al., 2015). Har



vårdpersonalen inte tillgång till läkemedel i en sådan situation riskerar patienten att försämrans och patientsäkerheten äventyras. Forskning visar även att det finns ökad risk för mortalitet efter förflyttning när den interhospitala transporten av intensivvårdspatienten är relaterad till platsbrist inom intensivvården (Parenmark & Walther, 2019). Även Svenska Intensivvårdsregistret (2021b) menar att det finns ett antal faktorer vid överflyttningar som anses kunna påverka patientsäkerheten negativt. De konstaterar liksom ovan nämnda studier att det finns en risk för att patientens tillstånd försämrans under transporten samt att detta riskerar att förlänga vårdtiden på IVA. Vidare finns det en patientsäkerhetsrisk vid informationsöverföring mellan IVA- avdelningar, där det riskerar att missas viktig information vid överflyttningen (Feazel et al., 2015). Överflyttningen kan orsaka ökad psykisk belastning hos såväl patient, närstående som personal (Svenska Intensivvårdsregistret, 2021b).

### ***Vårdpersonal på interhospitala transporter***

Kompetenskriterier som skall uppfyllas för att vårda intensivvårdspatienter ser olika ut i olika organisationer. I Sverige är det vårdgivarens skyldighet att bedriva systematisk patientsäker vård (Patientsäkerhetslag, 2010). Detta innebär att vårdgivaren måste se till att den vårdpersonal som vårdar en patient har rätt kompetens för arbetet.

Att vårda intensivvårdspatienter kräver hög medicinsk kompetens samt kunskaper inom fysiologi, farmakologi, immunologi, och medicinteknisk utrustning för att kunna tillgodose bästa möjliga behandling för patienten (SFAI, 2015). Vårdpersonalen bör även ha kunskap om och beakta patientens utsatthet. Att ge god omvårdnad och värna om patientens värdighet, välbefinnande och att respektfullt kunna bemöta patienten som en unik människa är något som ställer krav på vårdpersonalens kompetens och intuitiva känsla för situationen (Ekman et al., 2011; Söderlund, 2012). God omvårdnad kan även beskrivas som en förmåga hos vårdpersonalen att vara här och nu med patienten och inge lugn och trygghet även i den högteknologiska miljön som omger patienten (Söderlund, 2012). Droogh et al. (2012) konstaterar att interhospitala transporter av IVA-patienter bör ses som en expedition och att man därför bör välja ut vårdpersonal noggrant, att denna bör vara väl utbildad för det specifika ändamålet, att förberedelserna bör vara mycket noggranna samt att man bör vara förberedd på de överraskningar som kan uppstå. Slutligen betonas att det faktum att en viss individ är en enastående intensivist på en IVA-avdelning inte innebär att man är detsamma under en interhospital överflyttning (Droogh et al., 2012). En svensk studie av Karlsson et al.

(2020) som beskriver vårdpersonalens upplevelse av interhospitala överflyttningar av IVA-patienter belyser riskerna med dessa transporter ur ett omvårdnadsperspektiv och menar att det finns risk för avsaknad av omvårdnad. Intensivvårdssjuksköterskan spelar en viktig roll för att skydda patienten från skada samt att tillgodose en värdig vård i denna situation (Karlsson et al., 2020).

Att utföra en överflyttning av en intensivvårdspatient kan ses som en längre process som inte enbart består av den faktiska, konkreta vården av patienten. Denna process har enligt Larsson, et al., (2020) tre faser- *före*, *under* samt *efter* transport. Den anses starta redan då vårdpersonalen blir tilldelad uppdraget och utför mentala och praktiska förberedelser. Till dessa räknas bland annat bedömning av patientnytta och risker, tidsåtgång samt planering kring medföljande medicinsk kompetens samt utrustning. Processen fortsätter därefter med konkreta vårdåtgärder då patienten befinner sig bredvid vårdpersonalen. Avslutningsvis sker en reflektion och ett lärande efter att patienten lämnats av och är överrapporterad till mottagande sjukhus (Larsson et al., 2020).

Begreppet vårdpersonal kommer i denna uppsats framöver att syfta på den personal som i respektive verksamhet är godkänd att vårda intensivvårdspatienten interhospitalt. Detta kan således innefatta sjuksköterskor och läkare med specialisering inom intensivvård och / eller anestesi. Den gemensamma nämnaren blir att de alla har erfarenheter och upplevelser av att vårda intensivvårdspatienter under interhospitala transporter.

### ***Interhospital transport***

Definitionen av termen interhospital transport (IHT) är transport av patient mellan sjukhus. Det är viktigt att skilja från närliggande begreppet intrahospital transport vilket avser transport inom sjukhusets väggar. Vilka patienter som blir aktuella för transport kan se olika ut beroende på situation och orsak till förflyttningen. Patienten kan vara i behov av ventilatorstöd under transporten eller att snabbt transporteras till en IVA-avdelning med högspecialiserad vård på grund av kritisk sjukdom som snabbt behöver åtgärdas (Waydhas, 1999). Men det kan även handla om förflyttning av relativt välmående, stabil patient som förflyttas på grund av platsbrist. Detta är en bidragande faktor till att erfarenheterna kring dessa typer av transporter kan se olika ut.

Svensk förening för anestesi och intensivvård (2015) har tydliga kriterier för hur intensivvård skall bedrivas avseende exempelvis bemanning, kompetens, ansvar samt lokal och utrustning.

De beskriver även hur denna vård skall kunna bedrivas under IHT. Även under transporten skall vården vara säker vilket tillgodoses med rätt kompetens hos medföljande personal, rätt utrustning och läkemedel (Murata et al., 2022). Dessutom skall möjliga komplikationer och behandlingsbehov beaktas samt förändringar i patientens tillstånd omedelbart och adekvat åtgärdas. Slutligen tydliggörs ansvarsfrågan där det i regel är patientens läkare på avsändande IVA som har det medicinska ansvaret för patienten under transporten (SFAI, 2015).

Med vilken typ av fordon patienten transporteras skiljer sig åt beroende på land och även inom länder. IHT kan ske med vägambulans, ambulansflyg eller helikopter. Hur pass väl anpassade respektive fordon är för just intensivvård skiljer sig åt mellan olika regioner.

I denna studie är majoriteten av informanterna helt eller delvis yrkesverksamma i Region Skåne. År 2021 genomfördes där en organisationsförändring rörande IHT som innebar att regionens enda intensivvårdsambulans försvann. Denna ambulans var specialbyggd för syftet och bemannades med specialistutbildad IVA- eller anestesipersonal från den prehospitla organisationen. Regionen valde att ersätta denna resurs med strategin att alla ambulanser i Region Skåne ska ha möjlighet att utföra IHT samt att sjukhusen själva ska ombesörja behörig personal och adekvat utrustning för uppdraget (Ambulans Skåne, 2022).

Tydligt är att förekomsten av IHT ökar i takt med ökande resursbrist i vården samt högre specialisering (Svenska Intensivvårdsregistret, 2021a). Detta innebär att vi i allt större omfattning flyttar patient och personal från den trygga vårdmiljön på intensivvårdssalen till olika fordon som i varierande grad skiljer sig åt från intensivvårdsmiljön på sjukhuset och som dessutom är i rörelse. IHT av IVA-patienter är ett riskfyllt moment och kan medföra negativa effekter på patientens hälsa (Bjurström & Hallqvist, 2018; Droogh et al., 2015; Parenmark & Walther, 2019).

## **Syfte**

Syftet med studien var att belysa vårdpersonals erfarenheter av att vårda intensivvårdspatienter under interhospitala transporter.

## **Metod**

För att inhämta kunskap kring vårdpersonalens erfarenheter av att vårda intensivvårdspatienter under IHT bedömdes en kvalitativ studie med induktiv ansats som en passande metod. Detta överensstämmer med anvisningar från Polit och Beck (2018) vilka beskriver den induktiva ansatsen som att i analysprocessen resonera utifrån specifika till mer generella antaganden kring ett fenomen. Polit och Beck (2018) menar att, för att studera människors erfarenheter och upplevelser av ett specifikt fenomen, är kvalitativa intervjustudier ett lämpligt tillvägagångssätt då man strävar efter en fördjupad förståelse av upplevelsen. I intervjuerna gavs utrymme för informanterna att själva sätta ord på sina erfarenheter, detta speglat genom deras egna livserfarenheter och deras tolkning av situationen. Själva analysen har i denna studie skett med inspiration av Burnard's (1991) metod för kvalitativ innehållsanalys.

### ***Förförståelse***

Författarna till denna uppsats anser sig ha viss förförståelse inom ämnet. Författare ett har arbetat prehospitalt som sjuksköterska med specialisering inom ambulanssjukvård och har därmed deltagit i interhospitala överflyttningar av intensivvårdspatienter. Dock ej som patientansvarig då dessa transporter krävt intensivvårds- eller anesthesi-kompetens.

Arbetsuppgiften under dessa transporter har därför bestått i att framföra fordon eller sitta bak hos patienten som assistent åt personal med rätt kompetens. Författare två har varit med vid mottagande av intensivvårdspatienter som transporterades mellan sjukhus, samt hospiterat på ambulansen för att få en rikare förförståelse kring ambulanstransporter och miljön i ambulansen. Båda författarna är legitimerade sjuksköterskor och har innan studien varit med och vårdat intensivvårdspatienter i sitt yrke. Förförståelse beskrivs av Priebe och Landström (2012) som kunskap, upplevelser och erfarenheter som man bär med sig sedan tidigare inom ett ämne, vilket gör att det redan innan studiens början finns viss kunskap om det fenomen som skall studeras.

## *Urval*

Målet i denna studie var att inkludera ett urval om minst åtta stycken och högst tio stycken deltagare. Enligt Polit och Beck (2018) är ett mindre antal studiedeltagare relevant vid kvalitativa intervjustudier eftersom resultatet syftar till att skapa en fördjupad förståelse av deltagarnas erfarenheter vilket svarar mot syftet med uppsatsen. De nio informanter som slutligen inkluderades bestod av vårdpersonal som hade erfarenhet av att vårda intensivvårdspatienter interhospitalt vid flertalet tillfällen. Urvalet bestod vidare av deltagare yrkesverksamma i Region Skåne då författarna studerar vid Lunds universitet och bedömde det svårt att kunna erbjuda intervju på plats för eventuella intervjudeltagare längre bort. En deltagare från Hallands region inkluderades dock. För att samla studiedeltagare använde sig författarna av nyckelpersoner, så kallade "gatekeepers" kopplade till Lunds universitet, vilkas kontaktnät infiltrerade den interhospitala IVA-verksamheten i regionen, vilket ledde till fyra deltagare. Snöbollseffekten ledde till ytterligare tre deltagare. En allmän förfrågan skickades även ut till regionens enhetschefer, verksamhetschefer och kliniska lärare inom områdena prehospital verksamhet, anestesi, operation och intensivvård vilket resulterade i kontakt med två intervjudeltagare.

Deltagare med olika yrkestitlar inkluderades och bestod av intensivvårds- eller anestesijuksköterskor samt läkare med motsvarande specialisering. Önskvärt var ett urval bestående av olika åldrar samt olika lång erfarenhet av IHT av intensivvårdspatienter. Detta för att urvalsgruppen skulle bli mer heterogen. Detta kan enligt Polit och Beck (2018) ses som en fördel i kvalitativ forskning då syftet eftersträvar olika personers upplevelser av samma fenomen. Informanternas erfarenheter skulle vara aktuella och kriteriet för detta var att deltagaren i fråga utfört denna typ av uppdrag någon gång under det senaste året. Urvalet bestod av personal med erfarenhet av transporter med vägambulans och inte helikopter eller flygplan då vägambulans var det klart dominerande transportsättet i den region där intervjudeltagarna var verksamma. Då det i vissa fall framkom material kring andra typer av färdmedel än vägambulans uteslöts detta material för att ge en mer samlad bild. Detta för att flyg- samt helikoptertransporter av författarna ansågs vara ett unikt område som skiljer sig från vägtransporter. Vårdpersonal med huvudsaklig erfarenhet av neonatal- eller kuvösvårdade intensivvårdstransporter av små barn exkluderades då det ansågs av författarna mer högspecialiserat och skiljer sig från annan intensivvård. Om intervjudeltagaren hade erfarenhet av interhospitala transporter, men ej specifikt av transporter med

intensivvårdspatienter, exkluderades dessa då de ej svarade mot syftet.

Informanterna bestod slutligen av totalt 9 informanter, 4 kvinnor och 5 män. Av dessa var 1 intensivvårdssjuksköterska, 2 anestesijuksköterskor, 2 sjuksköterskor med vidareutbildning inom både intensivvård och anestesi samt 4 anestesiläkare. Åldersspannet på informanterna var mellan 42 och 58 år. Antal år i befintlig yrkesroll var mellan 7 och 30 år. Det uppskattade antalet IHT de medverkat vid varierade mellan 5 och 100 stycken.

### ***Intervju***

Semistrukturerade intervjuer innebär att man har öppna frågor där personen som intervjuas själv får berätta och sätta ord på sina erfarenheter, men där vissa bestämda frågor finns som håller intervjun inom ett visst ämne (Polit & Beck, 2018).

Under intervjuerna användes en intervjuguide (se Bilaga 1) som stöd för att hålla en viss struktur under intervjun och för att täcka det intresseområde som uppsatsen syftade till att undersöka. Frågorna bestämdes av författarna efter genomgång av litteratur inom ämnet men baserades även på egna erfarenheter kring IHT av IVA-patienter. Intervjuerna inleddes med demografiska frågor kring yrkestitel och mängd transporter. Intervjun påbörjades därefter med en inledande större fråga- "Berätta om hur det är att vårda intensivvårdspatienter interhospitalt". Därefter följde uppföljande fördjupningsfrågor eller uppmaningar såsom "Ge ett exempel på en interhospital transport". Vidare innefattade intervjuguiden uppföljande frågor med teman som miljö, patientens välbefinnande och liknande, exempelvis "Hur gör du för att lindra obehag och lidande hos patienten under transporten?" Dessa frågor tillkom utifrån det omvårdnadsteoretiska ramverket för uppsatsen där Kolcaba's "Comfort theory" (1994) varit primär litteraturkälla. I vissa intervjuer behövdes inte alla fördjupningsfrågor eller uppföljande frågor eftersom informanten redan självant pratat om ämnet utifrån första frågan. I andra fall ställdes alla fördjupningsfrågor och uppföljande temafrågor under intervjun för att informanten skulle komma in på samt tala fritt inom ett specifikt ämne eller för att mer ingående förklara och beskriva sina erfarenheter.

### ***Datinsamling***

Data samlades in genom individuella intervjuer med vårdpersonal. Informanterna erbjöds att genomföra intervjun digitalt via zoom om detta önskades. Önskade informanten att istället träffas och genomföra en fysisk intervju tillgodosågs detta. Fem intervjuer genomfördes via zoom och fyra genomfördes på informanternas respektive arbetsplatser. Intervjuns längd

varierade mellan 28 minuter till 65 minuter, med en mediantid på 46 minuter. Intervjuerna spelades in som en ljudfil i applikationen "röstinspelning" på författarnas mobiltelefoner. Vid intervjun ställdes den telefon som användes in på flygplansläge. Efter inspelning överfördes ljudfilen via dator till två separata USB-minnen som förvarades utom räckhåll för obehöriga i ett låst skåp hos respektive författare. Ljudfilen transkriberades därefter ordagrant till textformat. I detta skede fick författarna hjälp att transkribera tre av de anonymiserade intervjuerna av en medicinsk sekreterare. Resterande transkriberade författarna själva. Transkriptionsmaterialet förvarades på författarnas privata datorer vilka hade individuella pin koder, även datorerna förvarades oåtkomligt i låst skåp i författarnas bostäder. Transkriptionerna användes därefter i analysen.

Inledningsvis genomfördes en pilotintervju där båda studieförfattarna deltog. Detta gav möjlighet att pröva intervjuform samt frågorna i intervjuguiden (Polit & Beck, 2018). Här gavs även möjlighet att testa teknik och ljudinspelningsutrustning och ljudkvalité. Efter genomförd pilotintervju justerades intervjuguiden och frågorna efter behov i samråd med handledaren. Detta i syfte att optimera förutsättningarna att genomföra resterande intervjuer och att frågorna svarade mot studiens syfte. De resterande intervjuerna genomfördes även de med båda författarna närvarande antingen på plats eller via zoom. Efter en bedömning inkluderades även pilotintervjun i resultatet då den ansågs svara mot syftet.

## *Analys av data*

Allt transkriptionsmaterial analyserades med inspiration från Burnard's (1991) metod för innehållsanalys. Denna innehållsanalys är ett strukturerat tillvägagångssätt där man i 14 steg analyserar data från de transkriberade intervjuerna (Burnard, 1991). Avsteg gjordes dock från steg 11 då tidsramen för uppsatsen inte gav utrymme för detta steg. Steg 6 och 14 genomfördes delvis. Hur analysprocessen följdes beskrivs stegvis nedan.

Steg 1. Efter varje intervju gjordes anteckningar om ämnen som diskuterats.

Steg 2. Transkriptionerna lästes igenom och generella teman som framkom noterades i kanten av transkriptet. Syftet här var att fördjupa sig i datan och att förstå informanternas livsvärld och referensram med målet att uppnå ett djupare perspektiv på materialet.

Steg 3. Efter att transkriptionerna lästes igenom ännu en gång skrevs det ner så många rubriker som behövdes för att beskriva alla aspekter av innehållet, med undantag för oanvändbara utfyllnadsord eller så kallat "dross". Dessa rubriker eller kategorisystem täckte nästan allt innehåll i intervjudatan. Under denna "öppna kodningsfas" skapades kategorier fritt. För att förstå vad som uttrycktes i vissa delar av texten analyserade författarna mindre delar av texterna så kallat öppen kodning, exempel på detta kan ses i Tabell 1.

Steg 4. Efter att ha skapat en lista med alla rubriker gick författarna igenom dem och grupperade dem under bredare rubriker, så kallat kategorier. Detta för att minska antalet kategorier genom att sammanföra liknande kategorier (underkategorier) under bredare kategorier (huvudkategorier).

Steg 5. Den nya listan med kategorier och underkategorier arbetades igenom och repetitiva eller mycket liknande rubriker eller kategorier togs bort för att skapa en slutgiltig lista med kategorier och underkategorier.

Steg 6. Under en workshop/seminarium om *analys av empirisk data* som hölls i skolan granskades och diskuterades analysprocessen med två studiekamrater. Där deltog även en forskare med erfarenhet av kvalitativ analysmetod.

Steg 7. Efter att ha skapat den slutgiltiga listan med kategorier och underkategorier, lästes transkriptionerna igenom igen för att säkerställa att alla aspekter av intervjuerna täcktes av kategorierna. Vissa justeringar gjordes här efter behov.

Steg 8. Varje transkript bearbetades igen utifrån listan över kategorier och underkategorier och "kodades" enligt denna lista. Här användes färgkodning för att särskilja de delar av transkriptet som tilldelats varje kategori och underkategori.

Steg 9, 10 och 12. Varje intervjutranskript fick ett kodnummer och de färgkodade sektionerna av transkriptet erhöll samma kodnummer. Detta för att veta vilken intervju varje urklipp textsektion tillhörde. De färgkodade avsnitten klipptes sedan ut ur transkriptet och samlades ihop i separata dokument tillhörande respektive kategori och underkategori. Kopior av originalversionen av transkripten sparades i sin helhet i separata dokument. Detta för att



kunna gå tillbaka och säkerställa att kontexten i de kodade sektionerna som klippts ut bibehölls. Om något verkade otydligt under skriv fasen i analysen, gick författarna alltså tillbaka till originaltranskriptet eller ljudinspelningen från intervjun och kontrollerade vad som faktiskt sades av informanter i sin helhet.

Steg 13. Efter att alla sektioner sammanställts i olika kategorier och underkategorier började skrivprocessen. Författarna delade upp arbetet och läste igenom alla texter som sorterats in i en kategori eller underkategori och skrev sedan en text som sammanlänkade exemplen.

Författarna läste sedan varandras texter och diskuterade om något behövde läggas till eller justeras för att texten skulle illustrera alla text sektioner som kategorin innehöll.

14. Den beskrivande texten för varje kategori och underkategori accentuerades med utvalda citat från transkripten.

Tabell 1. Utdrag ur kodningsschema.

Kod nummer	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Underkategori
1	<i>“Det första jag tänkte på när jag kom in där var ju liksom att de som körde nästan alltid frågade: “Är det ok om jag sitter fram?”. Och det är det ju inte riktigt, för att jag hittar ju inte någonting. Jag har ingen aning om vad där finns för grejer och sen så är det ju också det att jag kanske behöver två händer till.” (1)</i>	De som kör frågade nästan alltid om de får sitta fram. Det är det inte riktigt för jag hittar inte någonting. Jag har ingen aning om vad det finns för grejer och sen så kanske jag behöver två händer till.	En känsla av utsatthet och ensamhet i en ovan miljö.	En känsla av utsatthet	Att vara ensam och maktlös
5	<i>“Sen i de flesta transporter är ju ofta ganska tråkiga och innehållslösa. Det är ju för att man lägger mycket fokus på förberedelser och liksom rutiner och man är försiktig” (5)</i>	De flesta transporter är tråkiga och innehållslösa och det är för att man lägger mycket tid på förberedelser och rutiner och är försiktig.	Att förbereda sig väl kan leda till lugna och stabila transporter.	Vikten av att skapa kontroll	Praktiska och mentala förberedelser
4	<i>“...dom har legat i en säng och varit helt stilla och sen så ska dom köras fram och tillbaka i ett sjukhus, in i en ambulanshall, upp på</i>	Dom har legat i en säng helt stilla och sen körs dom fram och tillbaka i ett sjukhus, in i en ambulanshall och	Patienten påverkas negativt av flertalet fysiska faktorer under transporten.	Att ha patientens välbefinnande i fokus	Att uppmärksamma kroppsligt och själsligt lidande

	<i>en ambulans, stänga dörrar, skaka till hit och dit och sen så accelerationen då och bromsningar och kurvor... sådana saker. Jag tror att dom känner av det där liksom..." (4)</i>	en ambulans. Stängda dörrar, skakigt, acceleration, inbromsningar och kurvor. Jag tror att dom känner av det.			
--	--	---	--	--	--

### ***Forskningsetiska avvägningar***

Före intervjun inhämtades samtycke från alla deltagare. Skriftligt medgivande tillstånd inhämtades även från varje informants verksamhetschef. Samtliga informanter informerades om att det var frivilligt att delta och att de närsomhelst hade rätt att avbryta intervjun utan att uppge anledning. All data behandlades konfidentiellt. Redovisningen av resultatet skedde genom kodning så att ingen individ eller arbetsplats kunde identifieras. Intervjuerna spelades in som ljudfiler vilka raderades efter att studien färdigställts, likaså transkriptionerna. En medicinsk sekreterare fick tillgång till tre av de anonymiserade inspelningarna för transkription. Utöver detta var det endast författarna till studien som hade tillgång till det inspelade materialet och transkriptionerna under projektets gång. Projektplanen skickades till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) som prövade och gav rådgivande yttranden för studien. Detta efter att studiens handledare läst projektplanen samt att den blivit godkänd av examinatorn.

## Resultat

Syftet var att beskriva vårdpersonals erfarenheter av att vårda intensivvårdspatienter under interhospitala transporter och analysen resulterade i tre kategorier och elva underkategorier. Dessa presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier

<b>En känsla av utsatthet</b>	<b>Vikten av att skapa kontroll</b>	<b>Att ha patientens välbefinnande i fokus</b>
En stressfylld och svår arbetsmiljö	Praktiska och mentala förberedelser	Att uppmärksamma kroppsligt och själsligt lidande
Att uppleva rädsla och risker	Att vara lösningsorienterad och att samarbeta	Att skapa komfort och trygghet
Att bli ifrågasatt	Att reflektera och lära för framtiden	Patientsäkerhet och vårdnivå
Att vara ensam och maktlös		
Organisatoriska förändringar påverkar		

### **En känsla av utsatthet**

En utmärkande erfarenhet hos informanterna var känslan av utsatthet. Denna känsla kunde bero på att arbetsmiljön under transporten upplevdes som svår och riskfylld. Bidragande till känslan av utsatthet var även förekomsten av ifrågasättande hos mottagande sjukhus. Känslan av utsatthet kunde leda till en känsla av ensamhet och maktlöshet. Organisatoriska och region-specifika problem kunde ytterligare addera till dessa negativa känslor.

#### ***En stressfylld och svår arbetsmiljö***

Informanterna beskrev den interhospitala arbetsmiljön som utmanande och svår. Arbetsmiljön kunde innebära att personalen blev åksjuk och trött. Faktorer som bidrog till detta kunde vara att fordonet var i rörelse och krängde, att det var bullrigt samt att belysningen var dålig. Vidare beskrevs svårigheter att få överblick och kontroll över patienten då ambulanserna var begränsade platsmässigt samt att vårdaren satt fastspänd under färd vilket innebar svårigheter att komma åt hela patienten. Det förekom även svårigheter att

hitta samt hantera medicinteknisk utrustning eftersom man var ovan vid miljön i en ambulans.

*“ . . . det är ju en tuff arbetsmiljö att jobba i, det kräver att man inte mår illa, det kräver att man har bra balans och något cool och inte gör för mycket onödigt i ambulansen. Så att det är en tuffare arbetsmiljö, helt säkert och det är fler risker involverade i transporter. Så att helt klart en mer belastande arbetsmiljö.” (4)*

### ***Att uppleva rädsla och risker***

Informanternas erfarenhet var att IHT involverade ett flertal rädslor och risker. Att sitta i en ambulans som under vissa uppdrag färdades i högre hastigheter innebar en risk som kunde resultera i obehag för vårdpersonalen. Det beskrevs även en rädsla för att patienten skulle försämrans under färd eftersom vårdaren då ibland tvingades lösgöra sig från sitt säkerhetsbälte vilket innebar en ökad risk att denne skadade sig om ambulansen behövde bromsa in hastigt eller i värsta fall krocka. Vårdpersonalen kunde därmed tvingas göra avkall på sin egen säkerhet för att kunna vårda patienten. Det framgick även svårigheter att förankra medicinteknisk utrustning på ett säkert sätt vilket innebar en risk att dessa förflyttades eller lossnade under färd.

*“Svårt att helt och hållet skapa en säker miljö inne i ambulansen med att förankra saker på rätt sätt och hade det varit så att vi hade behövt bromsa in kraftigt eller i värsta fall krockat så hade det inte gått speciellt bra för vare sig patient eller för mig . . . ” (3)*

### ***Att bli ifrågasatt***

Attityd och kultur hos mottagande sjukhus upplevdes som varierande. Det förekom att den personal som vårdat patienten kunde bli ifrågasatt. Detta ifrågasättande kunde handla om hur patienten hade behandlats medicinskt under färd, exempelvis om patienten varit vaken eller sederad och intuberad.

*“Vi har gjort efter vår förmåga och de rutiner vi har och då är det nästan att man ser hur de suckar, ”Varför har ni gjort så, varför har ni intuberat den här patienten?” Det blir en kulturkrock.”(8)*

Det förekom i detta ifrågasättande även ett generaliserande om att mindre sjukhus inte kunde hantera denna patientkategori på ett adekvat sätt. Yrkeskategorin sjuksköterskor kunde uppleva att hela uppdraget blev ifrågasatt av mottagande sjukhus när de vårdade patienten utan medföljande läkare. Känslan blev då att de tvingades stå till svars för ett beslut om att flytta patienten som hade tagits på en högre kompetensnivå.

*“När jag kom upp till XXX-stad med patienten så blev den IVA-läkaren väldigt... “Alltså VARFÖR har DU åkt med denna patienten?” “Men, har jag gjort någonting fel liksom...kunde jag gjort någonting annorlunda??” “Nej du har gjort ett jättebra jobb men det är inte du som ska ha detta ansvaret.” (6)*

### ***Att vara ensam och maktlös***

Informanterna beskrev en känsla av ensamhet då de satt bak i ambulansen och vårdade. Under transporten var vårdaren utelämnad och kunde inte få hjälp av fler eller mer erfarna kollegor då man rent fysiskt befann sig långt ifrån tryggheten på sjukhuset.

*“För det första när man åker så är man väldigt utlämnad, man är ju alltid väldigt, väldigt ensam.” (2)*

Det framkom att ambulanspersonal kunde uttrycka en ovilja att sitta bak hos patienten tillsammans med informanterna vilket bidrog till känslan av att vara ensam och utelämnad. Likväl konstaterades att även om ambulanspersonalen satt bak tillsammans med informanten så kunde ändå en känsla av ensamhet infinna sig då ambulanspersonalen inte alltid hade vidareutbildning eller stor erfarenhet av dessa uppdrag. Att känna sig ensam och att vårda i en svår och ovan arbetsmiljö kunde resultera i en känsla av maktlöshet. Mer specifikt handlade detta om att man inte alltid kunde påverka utgången för patienten på samma sätt som inne på sjukhuset. Detta på grund av avsaknad av fler kollegor med rätt kompetens samt avsaknad av de medicinska resurser som finns på sjukhuset.

*“Ja du kan ju inte ringa en kollega liksom...eller du kan ringa en kollega och konsultera men du kan inte få in den kollegan i ambulansen - du är utlämnad. Du kan inte få hjälp som du kan få inne på en IVA-sal. Du är utlämnad till dig själv... så det är klart det är en otrygghet där i det.” (3)*

### ***Organisatoriska förändringar påverkar***

Informanternas erfarenheter av att vårda patienter under IHT påverkades av att man relativt nyligen tagit bort den enda intensivvårdsambulansen i regionen där intervjuerna till största del genomfördes. Det beskrevs som ett svårare och besvärligare moment att genomföra transporterna efter denna omorganisation. Man menade att patientsäkerheten blivit sämre bland annat på grund av att ansvaret för att bemanna dessa transporter nu lagts på sjukhuset. Detta hade inneburit att personal tas från annan verksamhet vilket i sin tur medfört problem att hålla verksamheten igång inne på sjukhuset.

*“Vi fick känna på nu när man drog in IVA-ambulansen och vi från scratch skulle bygga en helt ny transportorganisation inom både befintlig personalresurs men också få igång en utrustning som inte fanns med allt vad det innebar. Så det är mycket den här logistikkedjan som är problematisk.” (5)*

Vidare menade man att en del av den personal som åker på transporter hade mindre erfarenhet då det blivit en sällan-händelse, vilket innebar att man var mindre van vid arbetsuppgiften och utrustningen. Detta skapade stress och kunde påverka patientsäkerheten negativt. Innan hade man dedikerad personal som arbetade kontinuerligt med dessa uppdrag vilket resulterade i en större vana att hantera transporterna.

### **Vikten av att skapa kontroll**

För att hantera de utmaningar som uppstod under IHT skapade informanterna en känsla av kontroll genom att förbereda sig praktiskt och mentalt. Under själva transporten skapade man kontroll över situationen genom att vara lösningsorienterad och genom att samarbeta med annan vårdpersonal. Slutligen reflekterade informanterna över den genomförda transporten för att lära sig för framtiden vilket kunde resultera i en större känsla av kontroll vid nästa uppdrag.

### ***Praktiska och mentala förberedelser***

Att genomföra noggranna förberedelser inför transporten beskrevs vara av stor betydelse eftersom det styrde förutsättningarna att jobba i ambulansen. De mentala förberedelserna kunde bestå av att systematiskt tänka igenom möjliga scenarion under transporten och att ha en beredskapsplan för dessa.

*“Men du ska ju så långt som det är möjligt förutse vad som skulle kunna gå åt helvete och lösa det INNAN det händer. För i ambulansen under vägen, det är liksom inget bra ställe att akut-lösa problem.” (7)*

Praktiska förberedelser kunde bestå av att ta med sig tillräckligt med läkemedel, beräkna syrgasbehovet samt ta höjd för eventuella situationer som kunde försena transporten. Informanterna beskrev även hur man var noggrann med att säkra utrustningen i fordonet för att det skulle bli så transportsäkert som möjligt samt hur man orienterade sig i ambulansen för att veta vart utrustningen fanns. Informanterna tryckte på betydelsen av att säkra patientens alla infarter och eventuella endotrakealtub noggrant samt att ge extra sedering till patienten för att bibehålla en säker luftväg under färden. Man beskrev att man använde sig av checklistor som ett hjälpmedel.

*“... det är mycket utrustning som ska med, väldigt mycket som ska på plats, det går liksom inte att glömma vissa läkemedel, i fall att de skulle ta slut under färden, om patienten är väldigt beroende av Noradrenalin så finns det ju liksom ingen ursäkt för att inte ha tillräckligt mycket extra med sig, det ska räcka hela vägen.” (3)*

#### ***Att vara lösningsorienterad och att samarbeta***

Informanterna beskrev att transportererna kunde se väldigt olika ut. Exempelvis beskrevs de stora skillnaderna i att ha en relativt välmående patient som skulle flyttas till sitt hemortslasarett jämfört med en dålig patient som var i behov av urakut transport till högspecialiserad vård och att detta påverkade hur själva transporten blev. Informanterna beskrev oförutsedda händelser samt hur man fick finna lösningar på dessa med de förutsättningarna man hade för stunden. Detta kunde handla om att prioritera patientens infusionspumpar eller hur man kunde behöva använda ambulansens enklare övervakning för att monitorera patienten på grund av tekniska problem. Man beskrev hur ambulanspersonalen sågs som en tillgång då deras specifika kunskap om fordonet ansågs vara värdefull. Vidare beskrev man hur ambulanspersonalen kunde stötta och delta i vårdarbetet om de satt kvar bak i ambulansen under transporten. Detta beskrevs som ett teamarbete som gav en ökad känsla av kontroll och trygghet och säkerhet.

*“... och sen så även ambulanspersonalen, att man inkluderar dom...att hela det teamet inkluderas. Även om jag sitter där och är IVA-doktor så har dom ju jättestor kunskap om ambulansens förmågor, utrustning, begränsningar och så.”(4)*

### ***Att reflektera och lära för framtiden***

I intervjuerna framkom det att man reflekterade efter utförd transport. Att informanterna gjorde denna reflektion ledde då till en större erfarenhetsbank att använda sig av vid nästa uppdrag vilket gav en ökad kunskap och kontroll. Informanterna menade att transporten var ett riskmoment med många svårigheter och att man ofta kände sig lättad när man lämnat över patienten till mottagande sjukhus. Man kände sig nöjd ifall patienten var lika stabil vid avlämnandet som vid början av transporten. Om transporten var händelselös kunde det ses som en tråkig arbetsuppgift av vissa medan andra såg det som ett kvitto på att man gjort bra förberedelser.

*“ . . . när det är till en högre vårdnivå så känns det som man gjort någonting viktigt, som att det är tillfredsställande. Men det är alltid en lättnad när uppdraget är över.”(3)*

### **Att ha patientens välbefinnande i fokus**

Vårdpersonalens erfarenheter var att patienten under IHT kunde ge uttryck för såväl kroppsligt som själsligt lidande. Man beskrev olika åtgärder och strategier för att skapa välbefinnande och komfort för patienten. Det kunde handla om att öka sedering och smärtlindring under transporten eller om att informera och samtala med patienten. Informanterna upplevde att IHT i vissa fall kunde medföra en sänkning av vårdnivån och reflekterade över hur detta kunde påverka patienten i slutändan.

### ***Att uppmärksamma kroppsligt och själsligt lidande***

Informanterna beskrev hur patienterna flyttades från sin varma IVA-säng till en hård och kall ambulansbår, hur de spändes fast, färden genom sjukhuset till fordonet, och sedan själva resan med inbromsningar, accelerationer och skakningar och hur detta upplevdes ha en ogynnsam och stressande effekt på patienten. Personalen upplevde att patienterna kunde få påverkan på puls och blodtryck, få hosta, må illa och kräkas samt ge uttryck för ökad smärta. Vidare beskrevs hur transporten kunde medföra obehagliga sinnesintryck för patienten med exempelvis ljudet från sirener och en kall temperatur i fordonet. Man beskrev även att patientens integritet var svårare att bevara utanför IVA-salen på väg till eller från fordonet där man förflyttade patienten genom mer allmänna utrymmen som sjukhuskorridorer, flygfält och ambulanshall. Informanterna beskrev även att en del av de patienter som var vakna kunde uttrycka ett själsligt lidande med rädsla, oro och ångest under transporten, vilket de beskrev



kunde bero på en osäkerhet hos patienten kring om de skulle överleva sitt tillstånd eller vad som skulle hända med dem när de kom fram.

*“ Jag tänker på det här existentiella det är ju att man är rädd att man ska dö, för att man ska åka till ett annat sjukhus. Eller att man känner att det är någonting allvarligt fel på mig. Och den är svår att lindra.”(6)*

### **Att skapa komfort och trygghet**

Transporterna kunde bestå av både sövda och vakna patienter, samt urakuta eller planerade transporter. Detta kunde påverka hur man arbetade för att lindra lidandet för patienterna. Informanterna menade att man ofta ökade sederingen för att lindra obehaget av att bli förflyttad. Man kunde ge extra analgesi utöver detta för att minska patientens smärta. Informanterna pratade också om att ge antiemetika innan avfärd. Bidragande till komforten under transporten var noggrannhet i hur man positionerade patienten på britsen samt användandet av vadderade kuddar runt patienten samt att justera bältet så det inte skavde mot patientens hud eller att lägga på en extra filt för att inte patienten skulle frysa. Vidare beskrevs hur man försökte hålla en lugn atmosfär kring patienten och exempelvis släcka ner i ambulansen och inte ha sirenerna igång i onödan för att dämpa stressande sinnesintryck. Själva körningen kunde utföras lugnt för att minska onödiga påfrestande rörelser för patienten i de fall då transporten inte var urakut.

*“Att köra skyndsamt men undvika blåljus är alltid bättre. Släcka ner i hytten. Det blir lugnt. Försöka dämpa. Hålla lägre ljudnivå, man behöver inte sitta och prata, gapa och skrika. Inte vara så stressad (...) Jobba med sedering, analgesi, ljudnivå, se till att det är skönt och behagligt ljus och temperatur. Det finns många aspekter att jobba på.” (5)*

Det beskrevs även hur man försökte hålla patienten så skyld som möjligt för att bevara patientens integritet när man var utanför IVA-salen eller ambulansen. Informanterna menade även att det själsliga lidandet kunde minskas genom att prata med och informera patienten. Man kunde lindra rädsla och ångest genom att bara vara nära och att finnas till, ibland gjordes detta med beröring, genom att till exempel hålla patienten i handen. Att kommunicera på olika sätt med patienten upplevdes viktigt oavsett sederingsgrad.

*“Det behöver inte vara ett bra minne den här transporten, men jag vill inte att dom ska vara rädda när dom åker. Dom kan vara rädda för att dö. Men dom ska inte vara rädda för att dö i en trafikolycka eller något sånt. Utan jag vill att dom ska känna att... att man har koll och att man tar hand om dom, att... Jag är här och jag ser... ser dina värden, jag ser DIG.” (6)*

### ***Patientsäkerhet och vårdnivå***

Informanterna reflekterade över patientsäkerheten och vårdnivå ur olika perspektiv. Det beskrevs hur man värderade varje situation och diskuterade sig fram till ifall patienten verkligen skulle flyttas till varje pris. Informanterna uttryckte hur de ibland opponerade sig mot en transport ur patientsäkerhetssynpunkt. Andra gånger menade man att man opponerade sig mot att vårda en patient som inte var intuberad innan avfärd. Man reflekterade även över vem som var bäst lämpad att vårda patienten under transporten och menade att det ibland hade varit bättre med en IVA-sköterska än en narkossköterska. Alternativt att det skulle varit en läkare som medföljde patienten i stället för en sjuksköterska för att säkra högre medicinsk kompetens under färd.

*“Sen kan jag tycka att... och det har vi sagt också vi inne på operation att det egentligen borde vara en IVA sköterska som åker med dom för att dom är mer, det sa jag ju innan, mer liksom bekväma med dom läkemedlen.”(6)*

Informanterna reflekterade även över hur vårdnivån påverkades under transporten. Man påtalade att direktiven för dessa typer av transporter sade att vårdnivån inte skulle sänkas på grund av en transport men att det ändå blev så i praktiken. Detta kunde handla om alltifrån en tillfällig sänkning av den medicinska kvalitén på vården men även om ett frånfall av exempelvis mobilisering på grund av att den totala transportkedjan kunde vara i flera timmar.

*“Man säger ju det, att vårdnivån får inte sänkas. Men det är ju helt omöjligt att den inte gör det egentligen. När du lämnar liksom ett sjukhus, där det är varmt och tryggt och där är gott om plats och alla resurser. Och sen så ska du in i en ambulans och vårda någon precis lika bra. Det är klart att det inte händer. Det kan ju inte ske.”(7)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Vid kvalitativa studier är de fyra begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet centrala för att indikera kvaliteten på metoden i studien (Lincon & Guba, 1985; Mårtensson & Fridlund, 2017). Dessa begrepp diskuteras nedan i relation till studiens styrkor och begränsningar. Författarna värderar på det viset om den genererade kunskapen är rimlig och ifall slutsatsen då kan anses som giltig.

#### *Trovärdighet*

Trovärdighet kan kopplas till kontexten och hur deltagarna har valts ut, såväl som till hur analysen har utförts (Mårtensson & Fridlund, 2017). Att genomföra kvantitativ forskning, exempelvis en enkätstudie där man har förutbestämda frågor kan göra det svårt att ta del av personernas alla erfarenheter då det kan begränsa eventuella följdfrågor eller struktureras som ja och nej frågor vilket inte ger utrymme för mer målande eller uttömmande svar (Danielsson, 2017). Därav ansågs det som lämpligt att genomföra en intervjustudie med kvalitativ ansats för att svara mot syftet i denna uppsats. För att samla informanter använde sig författarna till stor del av bekvämlighetsurval via Lunds universitets nätverk med hjälp av gatekeepers. Även snöbollseffekten användes och resulterade i fler informanter. Detta resulterade i att åtta av nio deltagare var verksamma inom Region Skåne och en deltagare från angränsande Region Halland. Denna urvalsprocess kan ha påverkat resultatet då erfarenheterna sannolikt skiljer sig beroende på vilken region man är verksam inom. Att i stort sett enbart ha deltagare från en sjukvårdsregion kan ses som en begränsning. Detta var dock ett medvetet val då tidsbegränsningar för uppsatsen gav små möjligheter att samla studiedeltagare på annat sätt. Många förfrågningar som skickades ut till kliniska lärare, enhetschefer eller verksamhetschefer inom verksamhetsområde prehospital, anestesi, operation och intensivvård besvarades aldrig alternativt ledde inte fram till intresserade studiedeltagare vilket kan ses som en begränsning i uppsatsen. Inget bortfall skedde av studiedeltagare efter att studien börjat vilket ses som en styrka.

Urvalet bestod slutligen av fyra läkare och fem specialistsjuksköterskor som alla vårdat intensivvårdspatienter under IHT. Mängden tillfällen studiedeltagarna utfört denna typ av

uppdrag varierade mellan 5–100 i antal. Henricson och Billhult (2012) betraktar det som en styrka att det finns en erfarenhetsmässig spridning bland deltagarna, samt att både läkare och sjuksköterskor deltog, eftersom detta ger en variation i beskrivningarna. Antalet studiedeltagare kan anses som litet men Henricson och Billhult (2012) hävdar att det är mer betydelsefullt att ha ett begränsat antal personer som har en varierande beskrivning av sina erfarenheter, än att ha en större grupp människor med mindre variation i erfarenheterna. Författarna anser att kvaliteten på intervjuerna och mängden insamlad data var högst tillräckligt och tillfredsställande. Efter den sjunde intervjun framkom inget nytt material och datan uppnådde informationsmättnad, vilket kan ses som en styrka i arbetet.

Informanterna valde själva ifall de ville genomföra intervjun digitalt via zoom eller ifall de ville ses på en tid och plats som de fick bestämma. Att intervjudeltagarna själva ges möjlighet att påverka var och när intervjun ska genomföras är fördelaktigt enligt Polit och Beck (2018). Fem av intervjuerna genomfördes digitalt och fyra genom fysiska möten. Intervjuerna hölls oavsett intervjuform antingen på ett kontor eller i ett samtalsrum på informantens arbetsplats där deltagarna skulle vara frånkopplade från kliniskt arbete för minimal distraktion. Detta menar Polit och Beck (2018) skapar en miljö där intervjudeltagaren ges utrymme att berätta ostört om sina erfarenheter. Intervjuerna kunde genomföras utan tekniska svårigheter och författarna upplevde att ljudkvaliteten på ljudinspelningen inte påverkades beroende på om de genomfördes digitalt eller fysiskt. Däremot är det svårt att säga något om ifall de intervjuer som genomfördes på zoom kontra på plats kan ha påverkat vad informanten valde att prata om. Ett videosamtal kanske inte förmedlar samma förtrolighet i samtalet som ett möte i verkligheten, vilket skulle kunna påverka vad informanterna valde att delge från sina personliga erfarenheter. Urvalet bestod av personal som deltagit i vägburna transporter då detta är det klart dominerande transportsättet i regionen där studien genomfördes. Författarna uppfattade detta som en styrka då det innebar ett tydligare avgränsat resultat samt ämnesområde.

### ***Pålitlighet***

Mårtensson och Fridlund (2017) definierar pålitlighet som en term som inkluderar författarnas beskrivning av egna erfarenheter och hur dessa kan ha påverkat insamlingen av data och analys samt deras förklaring av sin tidigare kunskap och förståelse inom ämnet. Författarna har redovisat sin förförståelse vilket kan ha påverkat hur intervjufrågorna

utformades. Författarna till uppsatsen menar att resultatet kan ha påverkats av utformningen av intervjuguiden då många av frågorna är riktade mot specifika teman som berör svårigheter och omvårdnad av patienter under IHT. Dock ser författarna det som en styrka att frågorna utformats på detta sätt baserat på den kunskap som författarna tillägnat sig genom att studera relevant litteratur innan utformningen av intervjuguiden. En person med mindre kunskap inom området skulle kunna haft svårt att förstå komplexiteten i vårdarbetet när det skall bedrivas i en så specifik miljö som en ambulans.

Författare två hade ingen tidigare erfarenhet av ambulansverksamhet men gjorde initialt en studiedag på en ambulansstation för att få mer kunskap och förståelse inom området. För att inte förförståelsen skulle påverka analysprocessen hade författarna hela tiden en öppen dialog med varandra om vad personen i intervjuerna egentligen menade och arbetade aktivt för att inte lägga in egna värderingar. Enligt Polit och Beck (2018) är det möjligt att minska påverkan av förförståelse på analysen och resultatet genom att vidta de åtgärder som beskrivs ovan. Men trots detta är det omöjligt att helt eliminera förförståelsens påverkan, eftersom den inte alltid är helt tydligt för författarna själva. Analysprocessen har tydliggjorts med stegvis förklaring samt med ett utdrag ur kodningsprocessen. Även citat inkluderades i resultatet för att illustrera hur tolkningen genomförts för att stärka pålitligheten. Mårtensson och Fridlund (2017) menar också att noggrann redovisning av teknisk inspelningsutrustning samt tydliggörande av hur intervjuerna genomfördes ytterligare kan stärka pålitligheten i arbetet. Detta har författarna försökt redovisa så noggrant som möjligt i uppsatsen. Vidare har även transkriptionen beskrivits där en medicinsk sekreterare var delaktig. Att ta in en tredje part för att bistå med transkriptionen kan ses som en svaghet, men detta var en avvägning för att vinna tid enligt författarna. Dock kan en medicinsk sekreterare anses kompetent inom aktuellt område vilket författarna ändå ser som en styrka i uppsatsen.

### ***Bekräftelsebarhet***

Analysen genomfördes med inspiration av Burnard's (1991) metod för innehållsanalys vilket är beskrivet ovan. Analysmodellen beskrivs i 14 steg av vilka författarna genomförde 11 helt. Steg 6 (då två kollegor bjuds in för att se över kategorierna utan att först få se författarnas egna kategorisystem) gjordes till viss del under ett seminarium på universitetet. Detta steg är till för att minska risken för att analysprocessen färgas av författarnas partiskhet (Burnard, 1991). Författarna valde även att göra avsteg från steg 11 i analysen (utvalda informanter tar

del av kategori systemet för att kontrollera lämpligheten av hur man arrangerat kategorierna) då det inte ansågs finnas tid för detta inom tidsramen för uppsatsen. Detta är en begränsning i arbetet då man kan tänka sig att informanterna eventuellt kunde haft andra åsikter om kategoriseringen. Dock har författarna gått tillbaka till transkriptionerna vid flera tillfällen för att säkerställa att man förhållit sig så neutralt som möjligt för att undvika att påverka datan. Bekräftelsebarhet handlar om att presentera data baserat på den information som deltagarna har tillhandahållit och att författarnas egna erfarenheter och värderingar inte skall färga datan (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Genom att involvera flera personer i analysprocessen, vilket var fallet i den aktuella studien, kan bekräftelsebarheten ökas (Mårtensson & Fridlund, 2017). En öppen dialog och diskussion mellan författarna fördes genomgående under hela arbetet. Studiens analys har granskats och diskuterats på ett seminarium där forskare med erfarenhet av kvalitativ innehållsanalys deltog. Under arbetets gång har även handledaren tagit del av studien vid flertalet tillfällen och givit feedback, likaså en annan kollega utanför universitetet, vilket kan ses som en styrka i studien enligt Mårtensson och Fridlund (2017).

### ***Överförbarhet***

Överförbarhet definieras som hur överförbart resultatet är till andra kontexter, grupper eller situationer (Granheim & Lundman, 2004; Mårtensson & Fridlund, 2017). Man menar att för att uppnå detta skall resultatet vara tydligt beskrivet i uppsatsen samt att begreppen trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet skall vara "säkrade" (Granheim & Lundman, 2004; Lincon & Guba, 1985). Författarna har försökt uppnå detta genom att strukturera upp resultatet och att tydligt beskriva varje kategori och underkategori. Överförbarheten av resultatet är till vissa delar användbart för liknande verksamheter där det bedrivs IHT av intensivvårdspatienter medan andra delar kan vara mer regionsspecifika och därav inte representativa för andra regioner än Skåne. Likaså kan vissa delar av resultatet appliceras på intensivvårdsavdelningar där det förekommer intrahospitala transporter inne på sjukhuset exempelvis erfarenheterna kring hur förberedelserna genomfördes noggrant var en viktig faktor vid transporter.

## Resultatdiskussion

Resultatet visar att informanternas erfarenheter av IHT beskrivs som en utmanande arbetsuppgift med många svårigheter. I kategorin *En känsla av utsatthet* beskrivs svårigheterna med att byta arbetsmiljö samt negativ inverkan av organisatoriska förändringar i verksamheten. Kategorin *Vikten av att skapa kontroll* beskriver hur informanterna hanterar olika svårigheter de ställs inför samt vikten av noggranna förberedelser. Där uttrycks även hur lärandet pågår fortlöpande och hur nya erfarenheter leder till ökad kunskap. I kategorin *Att ha patientens välbefinnande i fokus* beskriver informanterna hur de uppfattar själva vårdandet och hur de arbetar för att minimera obehag och skapa trygghet för patienten. Där reflekteras även över hur transporter påverkar patientsäkerheten.

Centralt i resultatet var att IHT upplevdes som en riskfylld och komplicerad arbetsuppgift där *en känsla av utsatthet* lätt kunde infinna sig. Under IHT är man mer utelämnad och utsatt än inne på sjukhuset vilket även beskrivits i tidigare forskning (Dabija et al., 2021). I föreliggande studie framkommer det att flera faktorer bidrar till känslan av utsatthet. Att befinna sig i ett fordon i trafiken medför i sig en påverkan på arbets- och vårdmiljö samt i värsta fall en allvarlig risk. Det kan handla om alltifrån farthinder eller plötsliga inbromsningar som påverkar komforten men kan även innefatta risken för faktiska trafikolyckor. Informanterna uppgav att det fanns en rädsla involverad i momentet och att riskerna är omöjliga att helt eliminera. Enligt Sterud et al., (2006) har blåljuspersonal som polis och ambulanspersonal en högre risk för att drabbas av dödsolyckor relaterat till trafikolyckor i arbetet än den allmänna befolkningen. Informanterna menade att man i vissa situationer tvingas lossa säkerhetsbältet under färd för att nå utrustning eller patienten. Detta beskrivs även i en studie av Slattery och Silver (2009) som ett dilemma och en säkerhetsrisk. Att ambulansutrymme är trångt och otillgängligt för ändamålet att bedriva intensivvård menar Hallihan et al. (2019) är problematiskt. Ambulansens utformning kan se olika ut beroende på vilken organisation man arbetar för, men bristen på utrymme att manövrera, svårigheter att kunna övervaka patienten och monitorn med vitalparametrar samt den begränsade möjligheten till bedside-vård beskrivs även av annan litteratur inom ämnet (Alizadeh Sharafi et al., 2021; Slattery & Silver, 2009).

Vissa av informanterna i vår studie uttryckte hur de kunde bli påverkade av den negativa attityd de ibland möttes av på mottagande sjukhus. Det kunde handla om ifrågasättande om

vilka åtgärder som vidtagits eller inte vidtagits innan eller under transporten. Troyer och Brady (2020) menar att negativa eller arroganta attityder hos mottagande sjukhus kan bidra till en osäkerhet och i värsta fall missar i informationsöverföringen gällande patienten vilket kan leda till kostsamma fel och patientskador.

Det framgår tydligt i resultatet att informanterna hade negativa erfarenheter av den omorganisation som genomförts i Region Skåne vilket inneburit att det inte längre finns en dedikerad IVA-ambulans. Det beskrivs en önskan hos informanterna att det återigen skall införas en särskild resurs för IHT med specialutbildad personal samt för ändamålet specifikt utrustade fordon. Bergman et al. (2018) menar att teamarbete, tekniska- samt icke tekniska färdigheter är centrala hos personal som utför transporter av IVA-patienter samt att det är ett organisatoriskt ansvar att tillgodose en stödjande och hållbar miljö för att utföra dessa transporter, allt för att minska antalet transportrelaterade risker. I föreliggande uppsats menade informanterna att omorganisationen skett mycket hastigt och inneburit påfrestningar i logistiken kring dessa transporter vilket i sin tur kunde påverka patientsäkerheten negativt. IHT kan dessutom ses som en längre, tidskrävande vårdprocess som börjar redan då ett beslut tas om att patienten skall flyttas och fortsätter genom förflyttningen och avslutas med reflektion och lärande över uppdraget (Larsson et al., 2020).

Ur ett samhällsligt perspektiv innebär denna omorganisation bland annat att vården inne på sjukhusen riskerar att bli lidande. Detta då omorganisationen bland annat inneburit att avsändande sjukhus skall lösa personalbemanningen under dessa transporter utan att sätta in extra bemanning. I en studie av Timmers et al. (2014) menade man att omorganisationer som innebar påfrestningar på personaltätheten kan ha negativ effekt på intensivvårdsutfallet och förlänga intensivvården för patienterna. Frånvaro av personal kan i värsta fall innebära att en operationssal behöver stängas då det saknas anestesipersonal som istället är ute på IHT-uppdrag. Man kan även tänka sig ett scenario där befolkningen ute i samhället blir lidande då en eller flera ambulanser tilldelas transportuppdrag med IVA-patienter och under den tiden inte kan utföra akuta prehospitala uppdrag. Detta skulle kunna leda till att medborgare med akuta tillstånd inte får hjälp lika fort som de annars skulle om samtliga ambulansresurser funnits tillgängliga för ordinarie uppdrag.

Informanterna beskrev även en risk att IHT sprids på en större personalgrupp och att det då blir en sällan-händelse för den personal som skall delta under transporten. Deltagarna i en



studie av Alizadeh Sharafi et al. (2021) betonade vikten av att utbilda och förbättra kompetensen hos den personal som följer patienten för att förbättra kvaliteten på IHT och stärka patientsäkerheten.

För att hantera den stress och de svårigheter som kunde uppstå under IHT var det tydligt att informanterna hade ett stort behov av att skapa kontroll genom noggranna praktiska och mentala förberedelser. Exempelvis att kontrollera utrustning och säkra infarter samt att tänka igenom och planera för eventuella händelser under transporten och gardera sig för detta menade de var av stor vikt för en säker transport. Detta är något som även stöds av befintlig forskning (Alizadeh Sharafi et al., 2021; Almqvist et al., 2023; Dabija et al., 2021). Att arbeta med denna typ av transporter menade informanterna kunde leda till eget lärande genom att de reflekterade över hur transporten hade gått och tog till sig erfarenheterna inför nästa transport. Enligt Karlsson et al. (2020) kan personalen som ansvarar för patienten under IHT uppleva detta som en utmanande arbetsuppgift, men det kan också vara en möjlighet till professionell utveckling.

Det är tydligt att *patientens välbefinnande* var centralt för informanterna. Även om många IHT i aktuell region är korta tidsmässigt så är det av stor vikt att resan blir så säker och bra som möjligt. Det framgår i resultatet att det inte enbart var för den enskilda patientens skull som detta var så viktigt utan även för vårdarens eller informantens. Genom att uppnå välbefinnande för patienten blir sannolikt resan behagligare och känns säkrare även för vårdaren. Informanterna beskrev bland annat hur de var noga med att informera och prata med patienten i den mån det gick inför och under transporten då osäkerhet och otrygghet kunde skapa obehag och lidande för patienten vilket även tidigare forskning av da Cruz de Castro et al. (2017) visar.

Informanternas erfarenheter av att ha patientens välbefinnande i fokus under IHT färgades av vilka svårigheter de ställdes inför och deras vilja att göra gott för patienten. Transporterna beskrevs som ett riskmoment där många åtgärder vidtogs i förebyggande syfte efter noggrann kalkylering av situationen för att undvika onödigt lidande och skada samt potentiella hot mot patientsäkerheten vilket är i linje med svensk lag (HSL, 2017; Patientsäkerhetslagen, 2010). Det beskrevs att man under en IHT tvingades göra tydliga sänkningar av vårdnivån eftersom man omöjligt kunde upprätthålla samma vård under IHT som inne på IVA-salen. Det framkom även exempel på konkreta etiska dilemman där det exempelvis var svårt att

upprätthålla patientens integritet vid förflyttning genom allmänna utrymmen på sjukhus eller rentav utomhus. Andra tydliga etiska dilemman kunde röra diskussioner om huruvida en specifik patient skulle flyttas eller inte samt prioriteringar kring vilken patient som skulle tvingas flyttas först vid platsbrist.

Att göra en förflyttning av en patient orsakar för stunden ett ökat stresspåslag och lidande, vilket är något förväntat. I denna studie begränsades vårdpersonalens möjligheter att tillämpa Kolcabas teori om holistisk komfort (Kolcaba, 1994) under ambulanstransporter.

Informanterna stod inför utmaningen att göra avvägningar mellan de åtgärder de kunde påverka och de som dem var tvungna att avstå ifrån medvetet. För att lindra patientens fysiska lidande använde de smärtlindring och sedering, men de mötte hinder när det gällde att genomföra åtgärder som att ändra patientens position på båren. Trots detta försökte de förbättra patientens komfort genom att exempelvis dämpa ljuset i ambulansen eller erbjuda extra filter under transporten. Åtgärder som att lägga på ett värmetycke eller skapa en lugn och fridfull miljö, vilket är vanligt på intensivvårdsavdelningar, var inte genomförbart under transporten. Informanterna betonade vikten av att stötta patienten genom att vara närvarande och bemöta dem på ett bekräftande sätt. Genom att vara med patienten under den potentiellt svåra förflyttningen och genom små omsorger och gester försökte de skapa en känsla av trygghet och tröst för patienten. Dessa insatser bidrog sannolikt till att lindra patientens lidande under transporten. Denna interaktion kan kopplas till Kolcaba's psyko spirituella och sociokulturella dimensioner inom komfortteorin, där patienten bekräftas som individ och stöds genom att tillhandahålla information och närvaro för att förbättra patientens välbefinnande (Kolcaba, 1994).

## **Konklusion och implikationer**

Studiens resultat visar att såväl vårdpersonal som patienter hamnar i en utsatt situation under IHT. Denna utsatthet kan minskas genom att vårdpersonalen tar kontroll över situationen och förbereder sig mentalt och praktiskt. IHT kan påverka hur patienten mår och personalen arbetar för att göra denna så säker, smärtfri och skonsam som möjligt för patienten. Resultatet stämmer överens med tidigare studier i ämnet. I resultatet betonar informanterna hur omorganisationen av IHT påverkat inte bara vården för den enskilde patienten negativt utan även hur hela vårdkedjan har påverkats. Detta då omorganisationen bland annat har skapat

logistiska problem med bemanning på avsändande sjukhus. En specialiserad organisation avsedd för IHT med specialutrustade fordon samt specialutbildad personal och tillräckliga personalresurser för uppdraget finns i vissa andra regioner i Sverige men inte i Region Skåne. Hälso- och sjukvårdslagen (2017) säger följande: “Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Resultatet i denna studie kan tolkas som att så inte är fallet med de regionala skillnader som existerar idag. Eiding et al.(2019) menar att det är nödvändigt med en standardiserad nationell standard kring IHT för att upprätthålla rätt kompetensnivå och patientsäkerhet.

Vidare forskning kring hur avsaknaden av denna typ av resurs påverkar vårdkvaliteten, patientsäkerhet samt arbetsmiljö behövs och skulle exempelvis kunna genomföras som en jämförande studie mellan olika regioner.

## Referenser

Alizadeh Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2021). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nursing in Critical Care*, 26(4), 244–252. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/nicc.12527>

Almqvist, D., Norberg, D., Larsson, F., & Gustafsson, S. R. (2023). Strategies for a safe interhospital transfer with an intubated patient or where readiness for intubation is needed: A critical incidents study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 74, N.PAG. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.iccn.2022.103330>

Ambulans Skåne (25 januari 2022). *Direktiv vägburen IVA-vård*. <https://ambulans-skane.infosynk.se/category/allmant/9XlA9ZqVrtXB3gWhckiA>

Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlström, E., & Ringdal, M. (2020). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>

Bjurström, C., & Hallqvist, H. (2018). *IHT av intensivvårdskrävande patienter - förekomsten av fysiologiska förändringar*. [Examensarbete, Göteborgs Universitet]. Göteborgs Universitetsbibliotek. <http://hdl.handle.net/2077/57472>

Burnard P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461–466. [A method of analyzing interview transcripts in qualitative research - ScienceDirect](https://doi.org/10.1016/0260-6915(91)30003-9)

Dabija, M., Aine, M., & Forsberg, A. (2021). Caring for critically ill patients during interhospital transfers: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 333–340. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/nicc.12598>

da Cruz de Castro, C. M. S. P., & Rebelo Botelho, M. A. (2017). The Experience of the Persons with Critical Condition Hospitalized in an Intensive Care Unit. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(9), 3386–3394. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201709>

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 143-154). Studentlitteratur

Droogh, J.M., Smit, M., Hut, J. *et al.* Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Crit Care* 16, R26 (2012). <https://doi.org/10.1186/cc11191>

Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J. J., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet?. *Critical care (London, England)*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>

Eiding, H., Kongsgaard, U. E., & Braarud, A. C. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian journal of trauma*,

*resuscitation and emergency medicine*, 27(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>

Ekman, I., & Norberg, A. (2021). Personcentrerad vård 1A. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå, kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (2 uppl., s. 49-79). Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjelleberg, K., Lindén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011;10(4):248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Feazel, L., Schlichting, A. B., Bell, G. R., Shane, D. M., Ahmed, A., Faine, B., Nugent, A., & Mohr, N. M. (2015). Achieving regionalization through rural interhospital transfer. *The American journal of emergency medicine*, 33(9), 1288–1296. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.05.032>

Forsberg, A. (2021). Personcentrerad vård 1B. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (2 uppl., s. 81-97). Studentlitteratur.

Granheim, 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hallihan, G., Caird, J. K., Blanchard, I., Wiley, K., Martel, J., Wilkins, M., Thorkelson, B., Plato, M., & Lazarenko, G. (2019). The evaluation of an ambulance rear compartment using patient simulation: Issues of safety and efficiency during the delivery of patient care. *Applied Ergonomics*, 81. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.apergo.2019.06.003>

Henricson, H. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4 uppl., s. 129-137). Studentlitteratur

Henricsson, M (2014) *Vetenskaplig teori och metod*. Studentlitteratur.

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Socialdepartementet. [Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2022:1255 - Riksdagen](#)

Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., & Fridh, I. (2019). The Patient's Situation During Interhospital Intensive Care Unit-to-Unit Transfers: A Hermeneutical Observational Study. *Qualitative Health Research*. 1–12. <https://doi.org/10.1177/1049732319831664>

Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., Schildmeijer, K., & Fridh, I. (2020). Critical care nurses' lived experiences of interhospital intensive care unit-to-unit transfers: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 61:102923. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102923>

Kasén, A. (2012). 'Patient' och 'sjuksköterska' i en vårdande relation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (4 uppl., s. 99-113). Studentlitteratur.

Kolcaba K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 19(6), 1178–1184. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>

Larsson, I-M., Ohlén, D., & Smekal, D. (2020). Transport av intensivvårdspatienter. I S. Rubertsson., A. Larsson., M. Lipcsey & D. Smekal (Red.), *Intensivvård*. (3 uppl., s. 801-807). Liber

Lincon, Y., & Guba, E. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications

Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., Okamori, S., & Okada, Y. (2022). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *The American journal of emergency medicine*, 52, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 421-438). Studentlitteratur

Parenmark, F., & Walther, S. (2019). Increased risk of dying if discharged with inter-hospital transfer due to lack of ICU beds. A nationwide study from the Swedish Intensive Care Registry. *Intensive Care Medicine Experimental*, 7(Supplement 3), 634. <https://doi.org/10.1186/s40635-019-0265-y>

*Patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659). Socialdepartementet. [Patientsäkerhetslag \(2010:659\)](#)  
[Svensk författningssamling 2010:2010:659 t.o.m. SFS 2021:739 - Riksdagen](#)

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4 uppl., s. 31-52). Studentlitteratur

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (9 edition). Philadelphia. Wolters Kluwer Health.

Slattery DE, & Silver A. (2009). The hazards of providing care in emergency vehicles: an opportunity for reform. *Prehospital Emergency Care*, 13(3), 388–397. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/10903120802706104>

Sterud, T., Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 6, 82 . <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-82>

Svensk förening för Anestesi och Intensivvård. (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. ([Microsoft Word - Riktlinjer Svensk Intensivv\345rd\\_rev 2015.doc](#)) ([sfai.se](http://sfai.se))

Svenska Intensivvårdsregistret. (2021a). *Svenska Intensivvårdsregistrets Årsrapport för 2021*. [arsrapport\\_2021.pdf](#) ([icuregswe.org](http://icuregswe.org))

Svenska Intensivvårdsregistret. (2021b). *Överflyttning till annan IVA. pga resursbrist*.

<https://portal.icuregswe.org/utdata/sv/report/qx.q5>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för Legitimerad sjuksköterska..* Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. [kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska 2017.pdf \(swenurse.se\)](#)

Svensk sjuksköterskeförening. (2020). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska inom intensivvård.* Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. [Kompetensbeskrivning Intensivvårdssjuksköterska.pdf \(swenurse.se\)](#)

Söderlund, M. (2012). Vårdande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (4 uppl., s. 115-126). Studentlitteratur.

Timmers, T. K., Hulstaert, P. F., & Leenen, L. P. H. (2014). Patient Outcomes Can Be Associated With Organizational Changes. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(1), 125–134. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1097/cnq.0000000000000011>

Troyer, L., & Brady, W. (2020). Barriers to effective EMS to emergency department information transfer at patient handover: A systematic review. *American Journal of Emergency Medicine*, 38(7), 1494–1503. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ajem.2020.04.036>

Waydhas, C. (1999). Intrahospital transport of critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 3(5), R83–R89. <https://doi.org/10.1186/cc362>.

Ylikangas, C. (2012). Miljö - ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (4 uppl., s. 265-277). Studentlitteratur.

### Intervjuguide

”Intensivvård påväg - Erfarenheter av att vårda intensivvårdspatienter interhospitalt”

Informera om:

- Samtycke till att deltaga samt att intervjun spelas in
- Intervjuform - Semistrukturerad med öppna frågor
- Syftet med studien
- Deltagares anonymitet
- Informant får avböja frågor eller avsluta intervjun när som helst
- Informera om vikten av offentlighets- och sekretesslagen i relation till patientuppgifter

Demografiska frågor

- Ålder
- Antal år i yrket
- Yrkestitel
- Uppskattningsvis hur många interhospitala transporter av IVA-patienter har du genomfört?
- När medverkade du vid denna typ av transport senast?

Berätta om hur det är att vårda intensivvårdspatienter interhospitalt.

- Ge ett exempel på en Interhospital transport.
- Hur förbereder du dig inför transporten?
- Vad är dina erfarenheter kring att främja patientens välbefinnande och komfort under transporten?
- Hur gör du för att lindra obehag och lidande hos patienten under transporten?
- Vad är dina erfarenheter kring hur patienten blir påverkad av dessa typer av transporter?
- Beskriv en vårdssituation som du upplevt svår och hur det påverkade dig.
- (Hur påverkade det patienten?)
- Hur ser du på vårdmiljön under interhospitala transporter?
- Hur ser du på arbetsmiljön under interhospitala transporter?
- Hur känns det när du lämnat över patienten och är klar med transporten?
- Är det någonting du vill tillägga till intervjun?