



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Ambulanssjuusköterskornas arbetsmiljö vid pre-hospital HLR.

- En kvalitativ intervjustudie

Felicia Blomqvist och Jonas Mattsson

2012

Examensarbete, Grundnivå, 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Eva Hellström-Hyson
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon

Sammanfattning

Syftet med studien var att utifrån ambulanssjuksköterskors berättelser redogöra för upplevelsen av arbetet med HLR vid ett pre-hospitalt omhändertagande och hur fysiska och psykosociala omständigheter kan påverka deras arbetsmiljö samt att undersöka om det automatiska HLR-systemet LUCAS har påverkat arbetssituationen. En kvalitativ intervjustudie med deskriptiv design har genomförts.

Undersökningsgruppen bestod av sex ambulanssjuksköterskor på en ambulansstation i Mellansverige. Intervjuerna genomfördes med semistrukturerade frågor och insamlat material analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Utifrån analysen framkom tre kategorier samt temat ”Att känna stöd på arbetsplatsen trots brister i arbetsmiljön”. Resultatet visade att ambulanssjuksköterskorna upplevde arbetsutrymmet i somliga ambulanser så begränsande att det försvårade deras möjlighet att utföra adekvata vårdåtgärder, de upplevde sig vara beroende av LUCAS för att kunna utföra HLR. De upplevde ett svagt stöd från cheferna i frågan om inköp av ambulanser. Vidare framkom att samarbetet med räddningstjänsten var ett viktigt stöd vid HLR samt att en god stämning på arbetsplatsen främjade välbefinnandet. De riktlinjer som ambulanssjuksköterskorna hade att rätta sig efter upplevdes också som ett stöd, samt att det nya HLR-systemet LUCAS till stor del upplevdes avlastande i arbetet med HLR. Författarnas slutsats är att det finns både positiva och negativa upplevelser kring arbetsmiljön bland ambulanssjuksköterskorna och att det behövs mer forskning för att kunna förbättra ambulanssjuksköterskornas arbetsmiljö.

Nyckelord: ambulanssjuksköterska, arbetsmiljö, hjärt-lungräddning.

Abstract

The aim of the study was to describe the ambulance nurses' own experiences of working with pre-hospital CPR and how the physical and psychosocial factors effected their working environment. To investigate if the automatic CPR-system LUCAS have had any impact on their work situation. This study is based on qualitative interviews with a descriptive design.

The study group consisted of six nurses who worked at an ambulance station in the central part of Sweden. The interviews were conducted with semi structured questions and the collected data was analyzed through a qualitative content analysis. The analysis resulted in three categories and a theme. The result showed that the ambulance nurses experienced that the space in some of the ambulances was too limited to be able to provide necessary care for their patients, they experienced being dependent to the LUCAS-device to be able to perform CPR. The ambulance nurses also felt a weak support from the head management when deciding on which ambulance to purchase. Furthermore, it appeared that the cooperation with the emergency services was of a great support when performing CPR as well as creating a good atmosphere between co-workers was of importance for the employee's wellbeing. The guidelines for the ambulance nurses were also seen as a support as were the new automatic CPR-system LUCAS, which perceived as minimizing the workload on the ambulance personnel during CPR. The authors' conclusion is that both positive and negative experiences were found in the ambulance personnel's work environment and that more studies are required in order to improve the ambulance personnel's work milieu.

Keyword: ambulance nurses, work environment, cardiopulmonary resuscitation.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
<i>HJÄRT-LUNGRÄDDNING</i>	1
<i>LUCAS</i>	1
<i>SÄKERHET I AMBULANSEN</i>	2
<i>AMBULANSSJUKSKÖTERS KANS UPPLEVELSER OM SIN ARBETSMILJÖ</i>	2
<i>KASAM</i>	4
<i>PROBLEMOMRÅDE</i>	5
<i>SYFTE</i>	6
METOD	6
<i>DESIGN</i>	6
<i>URVALSMETOD</i>	6
<i>UNDERSÖKNINGSGRUPP</i>	6
<i>DATAINSAMLINGSMETOD</i>	7
<i>TILLVÄGAGÅNGSSÄTT</i>	7
<i>DATAANALYS</i>	8
<i>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</i>	9
RESULTAT	9
<i>STÖD OCH BRIST PÅ STÖD</i>	10
<i>INDIVIDENS UPPLEVELSER KRING HLR</i>	13
<i>BRIST PÅ SÄKERHET I AMBULANSEN OCH DÅLIG ARBETSMILJÖ</i>	15
DISKUSSION	17
<i>HUVUDRESULTAT</i>	17
<i>RESULTATDISKUSSION</i>	17
<i>Stöd och brist på stöd</i>	17
<i>Individens upplevelser kring HLR</i>	20
<i>Brist på säkerhet i ambulansen och dålig arbetsmiljö</i>	21
<i>METODDISKUSSION</i>	21
<i>ALLMÄNDISKUSSION</i>	23
<i>SLUTSATS</i>	24
REFERENSER	25

Introduktion

Hjärt-lungräddning

Enligt Hjärt- lungfonden (2009) är det idag ca.10 000 personer per år i Sverige som drabbas av plötsligt hjärtstopp utanför sjukhus (pre-hospitalt). Hos ca.4 000 av dessa startas behandling med hjärt- lungräddning (HLR), av dessa är det endast ca.300 som går att rädda. HLR används som ett sätt att syresätta blodet och hålla igång cirkulationen för att hålla kroppens organ vid liv. HLR består av mun-mot-mun metoden som syresätter blodet via lungorna, samt kompressioner som får det syresatta blodet att cirkulera i kroppen. I detta arbete kommer manuell HLR (M-HLR) innebära att bröstkompressionerna utförs av en person. Både nationella och internationella riktlinjer rekommenderar att HLR påbörjas inom en minut efter hjärtstopp samt att hjärtstartare (defibrillator) används inom fem minuter. Om detta uppfylls så kan livet räddas i upp till 75 procent av fallen.

LUCAS

Lund University Cardiopulmonary Assist System (LUCAS) är ett typ av automatiskt hjärt- lungräddningssystem utvecklat under ledning av Dr. Steen vid Lunds Universitet. Sedan år 2002 har LUCAS successivt implementerats i ambulanssjukvården i Sverige och vidare ut i världen (Quiming 2011). LUCAS skapades i syfte att öka kvalitén på HLR för på så sätt öka chanserna att återfå en spontan cirkulation samt öka hjärtminutvolymen (Smekal *et al.* 2011). Förutom en ökad överlevnad bland patienter som drabbas av pre-hospitala hjärtstopp skulle LUCAS också kunna ge en möjlighet till fler organtransplantationer från de patienter som aldrig återfår cirkulationen (Maule 2007).

LUCAS finns i två modeller, en luft-/gasdriven (pneumatisk) (LUCAS1) och en elektronisk (LUCAS2). LUCAS-enheten fixeras med sina två ben i ryggplattan som placeras under patients bröstkorg. Kompressionerna görs med hjälp av en sugkopp i silikon som skapar ett vakuum för en maximerad dekompression av bröstkorgen vilket ger ökad återfyllnaden av förmaken i hjärtat (Jolife AB 2011), med frekvensen 100 kompressioner per minut (Steen *et al.* 2002). Enligt Steen (2002, 2005) är några

av de tydliga fördelarna med LUCAS att kompressionsdjupet alltid är konstant och håller rätt djup (maximalt 52 mm), att defibrillation kan ske under pågående kompressioner och att ambulanspersonalen kan fokusera på att stabilisera patienten med läkemedel och assisterad andning. En experimentell studie av Rubertsson och Karlsten (2004) har visat att blodflödet till hjärnbarken ökar under mekanisk HLR med LUCAS jämfört med manuell HLR. Detta ger en ökad chans för patienter som återfår cirkulation att även återfå full neurologisk funktion.

Säkerhet i ambulansen

Petzäll (2008) har i sin forskningsrapport beskrivit säkerheten i ambulansen och kommit fram till att det fanns stora risker för både ambulanspersonalen och patienterna. Ambulansen visade sig t.ex. inte vara utrustad eller utformad för det arbete som skall utföras i den. Aaasa *et al.* (2005) visar i sin studie att ambulanspersonal (sjuksköterskor och sjukvårdare) ofta tvingades utföra sitt arbete på ett sätt som var fysiskt påfrestande och slitsamt för kroppen. De betonar vikten av en korrekt och ändamålsenlig design på ambulansen för att personalen skall kunna utföra fysiskt krävande uppgifter.

Enligt Petzäll (2008) var en av de största riskerna i ambulansen att ambulanspersonalen var bältade alldeles för sällan och upplevde under prio. 1-larm (högst prioriterade) att de inte kunde utföra adekvata vårdåtgärder om de satt fastspända. Under dessa transporter kördes ambulansen ofta i hög hastighet med sirener, många i ambulanspersonalen upplevde dessa körningar som osäkra och skrämmande. I de olyckor då personskada skett i ambulans har personalen inte suttit fastspänd och ambulanspersonalen kände vid dessa tillfällen att de var tvungna att ge avkall på sin egen säkerhet till förmån för patienten.

Ambulanssjuksköterskans upplevelser om sin arbetsmiljö

Enligt Sterud *et al.* (2008) så är arbetet som ambulanssjuksköterska ovisst och kräver anpassning till rådande förhållanden. Det är förhållanden i arbetsmiljön som de sällan själv kan välja eller påverka när de är ute på uppdrag och detta försämrade deras arbetsförhållanden och försvårade det arbete de var där för att utföra. Utöver detta så

ingår också i rollen som ambulanssjuksköterska ett stort ansvar över bl.a. patienter som är allvarligt sjuka eller skadade. Enligt Svensson och Fridlund (2008) var känslan att sakna erfarenhet en av de vanligaste orsakerna till oro och ambulanssjuksköterskorna menade att påfrestande situationer blev lättare att hantera då de har fått en större erfarenhet av yrket. Ambulanssjuksköterskorna i studien trodde att den oro som de känner kunde lindras genom mer övning och klinisk erfarenhet från andra sjukhusavdelningar. Vidare menar Svensson och Fridlund (2008) att ambulanssjuksköterskor oroar sig mycket över situationer som de inte kan kontrollera, framför allt situationer som upplevs som hotfulla. Enligt studien så ökar antalet hot mot ambulanspersonalen, vilka kämpar för att cheferna ska komma till insikt om behovet av att de bör utbildas i självförsvar och utrusta dem med personliga överfallsalarm.

I en artikel av Svensson och Fridlund (2008) har det visat sig att det inte är de traumatiska upplevelserna i arbetet, utan sympatikänslorna för patienterna och deras anhöriga som leder till stress och oro. Enligt Langeland och Sørli (2011) så upplevde sjuksköterskor inom akutsjukvården det som särskilt etiskt utmanade att möta svårt sjuka eller döda barn och van der Ploeg och Kleber (2003) konstaterar att ambulanssjuksköterskorna upplever olyckor som innefattar barn och tröstlösa föräldrar som de mest stressande situationerna i arbetet. Det framkom av Langeland och Sørli (2011) att sjuksköterskor inom akutsjukvården hade höga krav på sig själva och att detta också upplevdes från de patienter de mötte, vilket ofta lede till etiska utmaningar i arbetet. Bland annat uppstod dilemman för akutsjuksköterskorna då det kände medlidande med föräldrar och anhöriga men upplevde att det skulle vara oprofessionellt att visa detta öppet.

Enligt Svensson och Fridlund (2008) samt Van der Ploeg och Kleber (2003) bidrar en icke tillfredsställande arbetsmiljö bl.a. till en känslomässig utmattning hos ambulanssjuksköterskorna och det finns en risk att utveckla posttraumatiskt stress syndrom (PTSD). Med PTSD menas att en händelse av traumatisk karaktär gör sig känslomässigt påmind och orsakar obehag på ett sådant sätt att den drabbade undviker tankar eller händelser som kan påminna om traumat (Egidius 2005). Van der Ploeg

och Kleber (2003) skriver i sin studie att människor inte alltid behöver utsättas för ett allvarligt trauma, utan att en frekvent eller konstant exponering av mindre allvarliga händelser kan räcka för att riskera hälsa och välmående hos ambulanssjuusköterskor. Studien visar även att om personalen var väl förberedd på vad de skulle möta i arbetet och att de efter en allvarlig händelse fick prata med och ta stöd av kollegor hade bättre förutsättningar för att förebygga negativa hälsosymtom och undvika skadliga resultat efter dessa händelser.

Van der Ploeg och Kleber (2003) visar på att ambulanssjuusköterskorna uppskattar sitt yrke och att det leder till att de lättare kan hantera de negativa aspekterna av arbetet. De upplevde det som särskilt belönande och tillfredsställande att ta hand om patienterna. Att förbättra det sociala klimatet samt att få bekräftelse och stöd av chef och kollegor samt att få känna sig delaktig och välinformerad ansågs vara en viktigare faktor än att få hög ekonomisk ersättning för att förbättra arbetsförhållandena och förebygga negativa hälsosymtom. Detta styrks av AML (SFS, 1994:579) som i kap. 3, § 1 beskriver att arbetsgivare och arbetstagare skall arbeta tillsammans för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Där står även skrivet att arbetsgivaren skall vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. § 4 visar på arbetstagarens skyldighet att medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i de åtgärder som behövs för att få en god arbetsmiljö. Denne skall även följa föreskrifter och använda de skyddsanordningar och iaktta den försiktighet i övrigt som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall.

KASAM

Antonovsky (2009) har myntat begreppet *Känsla av sammanhang* (KASAM) för att förklara varför vissa personer motstår problem och motgångar bättre än andra. Begreppet KASAM omfattar tre delkomponenter. En första komponent är *begriplighet* som innebär att individer måste känna att det som sker i och utanför dem är förutsägbart, begripligt och strukturerat samt att man ser sammanhang och logik i dessa händelser. En annan komponent är *hanterbarhet* som innebär att individen skall känna att de resurser som krävs för att hantera olika situationer finns antingen hos individen själv eller hos personer i dess närhet som den litar på, t.ex. hos familj,

vänner, kollegor eller chef. Den tredje komponenten för att ha en hög KASAM är *meningsfullhet* som innebär att individen känner att utmaningar i livet är värda att engagera sig i och att dessa utmaningar är av betydelse snarare än en börda.

Problemområde

Det finns studier (van der Ploeg & Kleber 2003, Sterud *et al.* 2006, Svensson & Fridlund 2008, Langeland & Sørлие 2011) som beskriver ambulanspersonalens upplevelse av sin arbetsmiljö ur ett psykosocialt perspektiv och relationen mellan krävande arbetsuppgifter och symtom på PTSD. Endast två funna artiklar (Aasa *et al.* 2005, Sterud *et al.* 2008) belyser den fysiska arbetsmiljön för ambulanssjuksköterskorna vid pre-hospital HLR samt deras upplevelse av detta. Kring LUCAS finns studier (Steen *et al.* 2002, Rubertsson & Karlsten 2004, Maule 2007, Mateos-Rodríguez *et al.* 2010, Smekal *et al.* 2011) om vad som händer fysiologiskt i kroppen efter behandling med LUCAS. Utöver dessa finns artiklar som beskriver effektiviteten med M-HLR (Wik *et al.* 2005). En forskningsrapport av Petzäll (2008) visar på säkerheten i ambulansen samt att van der Ploeg och Kleber (2003) övergripande beskriver hur ambulanssjuksköterskorna upplever stödet från ledningen och hur detta påverkar deras arbetssituation. Endast två av tidigare nämnda artiklar har varit av kvalitativ ansats (Svensson & Fridlund 2008, Langeland & Sørлие 2011).

Ur ett omvårdnadsperspektiv är det av intresse att tydliggöra vad ambulanssjuksköterskorna upplever som negativt i sin fysiska och som psykosociala arbetsmiljö samt vad som kan förbättras för att förebygga ohälsa hos personalen. Denna studie ska knyta samman ambulanssjuksköterskans upplevelser med den psykosociala och den fysiska arbetsmiljön kring pre-hospital HLR. Den utforskar även om det nya hjälpmedlet LUCAS har haft någon inverkan på ambulanssjuksköterskornas arbetssituation.

Syfte

Syftet var att beskriva hur ambulanssjuksköterskor upplever arbetet med HLR vid ett pre-hospitalt omhändertagande och hur psykiska och fysiska omständigheter kan påverka deras arbetsmiljö. Syftet var vidare att undersöka om det nya automatiska HLR-systemet LUCAS har påverkat ambulanssjuksköterskornas arbetssituation.

Metod

Design

Deskriptiv design med kvalitativ ansats enligt Polit och Beck (2008).

Urvalsmetod

Ambulanssjuksköterskorna som deltog i intervjuerna valdes enligt ett bekvämlighetsurval vilket enligt Polit och Beck (2008) innebär att de som väljs ut är deltagare som finns tillgängliga vid tillfället för undersökningen samt ställde sig villiga till att delta. Inklusionskriterierna för att delta i studien var att personen i fråga skulle vara legitimerad sjuksköterska, arbeta vid ambulansen samt har utfört HLR både manuellt och med LUCAS. Exklusionskriterierna var att sakna erfarenhet av att använda LUCAS.

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av sex legitimerade sjuksköterskor vid en av studieorterna i Sverige för LUCAS. Antalet deltagare valdes efter Polit och Becks (2008) uppfattning om att sex till åtta deltagare är ett lämpligt antal vid en kvalitativ studie. Av de sex deltagarna var 2 män och 4 kvinnor. De hade varit färdigutbildade sjuksköterskor minst fyra år och upp till ca.35 år. Deltagarna hade arbetat inom ambulanssjukvården minst fem år och som mest sjutton år som sjuksköterska och/eller undersköterska. Endast en av deltagarna hade vidareutbildat sig (anestesisjuksköterska). Deltagarna var mellan 30 och 58 år gamla, medelåldern i gruppen var 41,2 år.

Datainsamlingsmetod

Insamling av data har skett genom semistrukturerade intervjuer vilket enligt Forsberg och Wengström (2008) innebär att man ställer frågor utifrån en friare struktur, där formuleringen och ordningen av frågorna bestäms under intervjuens gång. En testintervju hölls i enlighet med Polit och Becks (2008) råd för förberedelser, med en sjuksköterska på en annan ambulansstation än den tidigare nämnda. Intervjun inkluderades inte i studien men ledde till att intervjuguiden reviderades. Intervjuerna inleddes med bakgrundsfrågor om kön, ålder, när de examinerade som sjuksköterskor och hur länge de arbetat inom ambulanssjukvården. Därefter följde sex stycken öppna frågor om deras upplevelse av att arbeta med M-HLR och LUCAS samt hur de upplevde sin arbetsmiljö. För att räta ut eventuella frågetecken har författarna använt sig av probing, vilket enligt Polit och Beck (2008) innebär att intervjuerna ställer följdfrågor som; ”hur känns det då?”, ”menade du...?” med flera. Vid intervjuerna närvarade endast författarna samt intervjupersonen. Intervjuerna spelades in med hjälp av en mobiltelefon.

Tillvägagångssätt

Tillstånd att genomföra studien ansöktes hos etiska rådet vid Högskolan i Gävle. Efter erhållet tillstånd från etiska rådet skickades en skriftlig ansökan till verksamhetschefen vid den valda ambulansstationen för studien, under januari 2012. Tillsammans med ansökan till verksamhetschefen bifogades ett missivbrev innehållande information angående studiens syfte och genomförande, att intervjuerna skulle komma att spela in och att deltagandet var frivilligt och när som helst under studien kunde avbrytas. Då tillstånd erhållits från verksamhetschefen och denne delgett sin personal information om studien, bokades två dagar i februari 2012 då författarna skulle finnas tillgängliga på stationen. Vid tillfället för besöket informerades personalen muntligt av författarna själva om studiens syfte, genomförande, konfidentialitet samt inklusionskriterier. De i personalen som ställde sig positiva till att delta i studien fick vid tillfälle uppsöka författarna i anvisad lokal.

Lokalen låg avskilt i anslutning till ambulansstationen. Intervjuerna spelades in på författarnas mobiltelefoner. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer. Den

ena ställde bakgrundsfrågorna och de tre första intervjufrågorna. Den andra författaren ställde sedan de sista tre intervjufrågorna. Den av författarna som inte ställde intervjufrågorna kompletterade med följdfrågor vid behov av förtydligande.

Den första dagen intervjuades fyra sjuksköterskor och den andra dagen intervjuades två sjuksköterskor, intervjuerna tog mellan åtta och sjutton minuter. Därpå transkriberades intervjuerna ordagrant av författarna.

Dataanalys

För att bearbeta och analysera det insamlade materialet har en kvalitativ innehållsanalys använts. En kvalitativ innehållsanalys innebär enligt Graneheim och Lundman (2004) att författarna bearbetar insamlat intervjumaterial utefter rubrikerna *Meningsenhet*, *Kondens*, *Kod*, *Underkategorier* samt *Kategorier* enligt tabell 1. Materialet transkriberades och skrevs ut ordagrant efter hand som intervjuerna blev klara. De transkriberade intervjuerna färgkodades varpå färgkoden följde med i hela analysprocessen för att kunna identifiera vilken intervju de meningsbärande enheterna hörde till. Därefter strök båda författarna under meningsbärande enheter var och en för sig i samtliga intervjuer. De understrukna meningarna jämfördes, diskuterades och valdes sedan utifrån syftet gemensamt av författarna. Det manifesta innehållet kondenserades och kodades för att göra dem mer lättöverskådliga men utan att ändra dess innebörd. Koderna jämfördes utifrån likheter och olikheter och utformades till preliminära underkategorier och kategorier. De preliminära kategorierna diskuterades sedan gemensamt av författarna och koderna sorterades slutligen in under slutliga kategorier som författarna enades om. Det latenta innehållet, dvs. de underliggande meningarna i kategorierna tolkades sedan och resulterade i ett gemensamt tema för innehållet. Båda författarna har närvarat i hela analysprocessen för att minska vinklingen av tolkningarna. Analysprocessen har diskuterats med handledare kontinuerligt under arbetets gång.

Tabell 1. Illustration av analyschemat

Meningsenhet	Kondens	Kod	Underkategorier	Kategori	Tema
... och vi har chefer bakom oss som liksom ringer in personal och	Cheferna stöttar oss och ringer ut personal om det behövs.	Cheferna stöttar.	Stöd från chef/ledning	Stöd och brist på stöd	Att känna stöd på arbetsplatsen trots brister i

så där...					arbetsmiljön
Vi har ju kämpat jätte mycket för att inte få små bilar... Vi har väldigt trånga bilar och man kan inte ens stå och göra HLR i dem på ett vettigt sätt, tyvärr.	Vi har kämpat för att inte få små bilar. Vi har väldigt trånga bilar och kan inte göra M-HLR i dem på ett bra sätt.	Små utrymme n leder till sämre M-HLR.	Arbetsmiljö i ambulansen	Brist på säkerhet i ambulansen och dålig arbetsmiljö.	

Forskningsetiska överväganden

Eftersom ämnet HLR och arbetsmiljö kunde anses som känsligt då det kan innefatta kritik mot chefer och kollegor söktes tillstånd för studien hos etiska rådet vid Högskolan i Gävle i december 2011. Studien har granskats och godkänts av både etiska rådet vid Högskolan i Gävle samt från verksamhetschefen på orten. I enlighet med Helsingforsdeklarationen (2008) så informeras deltagarna skriftligen i form av ett misivbrev, att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst, att datainsamling sker via inspelade intervjuer och att materialet behandlas konfidentiellt, det vill säga att intervjuerna färgkodas och avpersonifieras. Materialet från intervjuerna har förvarats inlåst. Muntligt samtycke till deltagande inhämtas från varje deltagare.

I övrigt utformades frågorna i intervjuguiden så att deltagaren själv fick avgöra hur mycket denne ville delge. Deltagarna informerades vid intervjustart att de själva fick avgöra hur mycket eller lite de ville berätta.

Resultat

Nedan kommer en redovisning av resultatet att ske i löpande text. Resultatet kommer att styrkas med citat från intervjuerna, efter intervjuerna kommer en siffra att stå inom parentes, siffran motsvarar från vilken intervju citatet är taget. Vid behov har parenteser infogats i citaten för att förtydliga ur vilket sammanhang de är tagna. Viss

censurering har också gjorts i citaten för att säkerställa det konfidentiella deltagandet. Utifrån de olika ämnesområden som belysts i intervjuerna så kommer resultatet att delas in i de tre kategorierna ”Stöd och brist på stöd”, ”Ambulanssjuusköterskans reflektioner kring HLR” och ”Brist på säkerhet i ambulans och dålig arbetsmiljö”. Utifrån kategorierna framkom temat ” Att känna stöd på arbetsplatsen trots brister i arbetsmiljön”.

Tabell 2. Kategorier och tema

Kategori	Tema
Stöd och brist på stöd	Att känna stöd på arbetsplatsen trots brister i arbetsmiljön.
Ambulanssjuusköterskans reflektioner kring HLR	
Brist på säkerhet i ambulansen och dålig arbetsmiljö.	

Att känna stöd på arbetsplatsen trots brister i arbetsmiljön

Temat för studien sammanfattas av författarna med ”Att känna stöd på arbetsplatsen trots brister i arbetsmiljön”. Temat speglar innehållet i samtliga intervjuer och är författarnas tolkning av materialet. Kärnan i intervjuerna är att känna stöd på flera olika plan och att känna sammanhang trots brister och ett missnöje kring arbetsmiljön och arbetsmiljöfrågor. Detta beskrivs närmare i resultatet utifrån kategorierna.

Stöd och brist på stöd

Innehållet i denna kategori beskriver hur ambulanssjuusköterskorna kände stöd av bland annat andra yrkesgrupper, chefer, kollegor, LUCAS och riktlinjer. Här beskrivs även hur de ibland också kunde uppleva brist på stöd.

Samtliga ambulanssjuusköterskor upplevde andra yrkesgrupper, framför allt räddningstjänsten, som ett stöd i arbetet med HLR. Räddningstjänstens personal visade sig ha utbildning i HLR och sågs därmed som en resurs då de ofta var först på plats vid hjärtstopp som skedde långt utanför stadskärnan. De upplevde att extra

händer underlättade arbetet och de hade generellt ett stort förtroende till dem. Ambulanssjuksköterskorna såg även räddningstjänstpersonalens goda fysik som en resurs vid M-HLR, vilket är fysiskt krävande. En ambulanssjuksköterska betonade dock att det var av stor vikt att ha förtroende för personerna som arbetar på olycksplatsen.

”Ja de (andra yrkesgrupperna) bidrar ju positivt naturligtvis! Får man en hand eller två händer extra som kan hjälpa till...” (intervju 5)

”... såvida det inte är en person på plats som jag känner vet vad den sysslar med, annars tar jag över och för befälet.” (intervju 1)

”... de har ju både HLR-utbildning och deff (defibrillator) och grejor, och dem har vi ju jättemycket hjälp av.” (intervju 3)

Stödet från ledningen delades i två tydliga åsikter. Den första var ett bristande stöd bl.a. i fråga om vilken typ av ambulans som skulle köpas in och användas. Det fanns också en uppfattning om att ambulansen enligt gällande regler inte var en erkänd del av arbetsmiljön trots att ambulanssjuksköterskorna var samstämmiga i sin uppfattning om att den borde vara det. Det var också tydligt att ekonomiska argument försvårade personalens arbete för att få de ambulanser de önskade för en adekvat arbetsmiljö.

”... de hänvisar ju till ekonomi hela tiden... bilen som vi önskar kostar ju lite mer, men och andra sidan: den är säkrare för oss, den är säkrare för patienten, bättre.” (intervju 3)

”... vi har försökt att påverka. Vi skriver avvikelser... vi gör tester i bilarna, vi har fotograferat när man gör med en SimMan-docka t.ex.” (intervju 2)

Den andra tydliga åsikten var att de fanns ett stöd från chefen, ambulanssjuksköterskorna upplevde att cheferna hade en viss förståelse för personalens

arbetssituation. Detta beroende på hur länge anställningen hade varat eller på hur den specifika situationen såg ut. Ambulanssjuksköterskorna visade också en förståelse för att en stor organisation kan försvåra och att den närmsta chefen i vissa frågor kunde vara handlingsbegränsad. En av ambulanssjuksköterskorna beskrev också hur denne kände stöd från chefen efter t.ex. en psykiskt påfrestande körning och ambulanssjuksköterskan önskade avbryta sitt arbetspass, varpå chefen utan problem ringde in ny personal. Samma ambulanssjuksköterska upplevde i dessa situationer även stöd från sina kolleger, då denne menade att kollegorna ställde upp för varandra och hoppade in om så behövdes. Samtliga ambulanssjuksköterskor betonade också vikten av och förekomsten av trygghet och lojalitet bland kollegor. Ambulanssjuksköterskorna upplevde sina kollegor som en resurs vid bearbetning av traumatiska händelser eller etiskt utmanande uppdrag. De upplevde också stor förståelse bland sina kollegor när det kom till att avbryta passet på grund av en tidigare psykiskt påfrestande körning.

”... och vi har chefer bakom oss som ringer in personal och så där... jag har också blivit ut ringd mitt i natten om jag ska upp och jobba på morgonen. Det är klart man kommer, man tvekar inte...” (intervju 6)

”Vi har till och med tagit hit en SimMan-dock där vi kört HLR i just denna bilmodell och där arbetsgivare har varit med och fotat och sett hur vår miljö ser ut, och de tycker ju inte att den är bra.” (intervju 1)

”... min närmaste chef har ju ändå jobbat med det här också så (denna) har väl ganska stor inblick i hur det faktiskt är...” (intervju 4)

Generellt så såg ambulanssjuksköterskorna riktlinjerna kring HLR som ett stöd och en trygghet. Det fanns en uppfattning att om de höll sig inom riktlinjerna så hade de ”ryggen fri” och behövde på så sätt inte bli personligt ansvarig för negativa händelser. De kunde även använda riktlinjerna som stöd vid diskussioner med anhöriga, om dessa ifrågasatte vårdåtgärderna hänvisade ambulanssjuksköterskorna till riktlinjerna. Det framkom dock i intervjuerna att det i vissa situationer underlättade eller till och

med krävdes att ambulanssjuksköterskorna frångick riktlinjerna för att kunna utföra arbetet på ett tillfredsställande sätt eller för att behandlingsplanen enligt riktlinjerna inte fungerade på den berörda patienten. Flera av ambulanssjuksköterskorna betonade vikten av att dokumentera vid de tillfällen som riktlinjerna överskreds.

”... då säger man det: i våra liksom riktlinjer, vad vi får och inte får göra, då ryms det här. Man tar död på många diskussioner. Har ni synpunkter på det här då får ni vända er till min chef...” (intervju 6)

”Däremot så har det väl hänt att jag har avvikit från dem för att det inte fungerat på just den här patienten... man har frångått det och skrivit en avvikelse då... och skriver en förklaring till varför man gjort så...” (intervju 2)

Åsikterna kring LUCAS inverkan på ambulanssjuksköterskornas arbetsmiljö var positiva, tydliga och enhälliga. Samtliga ambulanssjuksköterskor upplevde ett stöd av att de kunde ge en bättre vård till patienten när de blev befriade från uppgiften att utföra bröstkompressionerna under M-HLR. Stressen upplevdes även som lägre när LUCAS används. Samtliga poängterade också att arbetet i ambulansen under färd underlättades betydligt med LUCAS. De uttryckte också att LUCAS var ett säkrare alternativ för patienten då den utför HLR med korrekt kompressionsdjup, dekompressioner och i rätt takt.

”Jag kan sitta fastbältad något så när, det kan jag ju absolut inte i vanliga fall.” (intervju 5)

”Det finns ingen människa som kan utföra hjärtkompressioner som LUCAS eftersom du har både dekompressioner och kompressioner...” (intervju 1)

Ambulanssjuksköterskans reflektioner kring HLR

Under denna kategori framkom det att ambulanssjuksköterskorna hade två tydliga åsikter kring att ha anhöriga eller andra personer närvarande vid pre-hospital HLR.

Dels så upplevde ambulanssjuksköterskorna det som positivt då anhöriga närvarande, då de blev tydligt för dem vad som gjordes under HLR, de hade också många frågor efteråt som de kunde få svar på. För det andra upplevde de att anhöriga eller andra personer kring en olycksplats kunde utgöra ett störande moment under arbetet.

”Jag tycker det är bra att de (anhöriga) sitter bredvid, för då ser de vad vi gör. De har många frågor efteråt... och då kan man förklara det” (intervju 1)

”... när jag jobbar så försöker jag i alla fall att vi får jobba i lugn och ro, man kanske börjar HLR, men lyfta in i bilen och göra där inne och dra för rullgardingen så att folk inte slipper se.” (intervju 3)

Även om ambulanssjuksköterskorna hade många positiva upplevelser med användandet av LUCAS så kunde de se att den för t.ex. anhöriga kunde upplevas som skrämmande eller obehaglig. De reflekterade då kring att M-HLR kanske uppfattas som mindre skrämmande och att de vid användande av LUCAS måste förklara mer om vad de gör. En ambulanssjuksköterska tyckte även att det var positivt att hon under M-HLR fick kontakt med patienten.

”Det som är positivt (med M-HLR), det är väl kanske känslan att du håller i patienten, man känner djup och sådär. Med händerna får du ju känna direkt om patienten är varm eller inte.” (intervju 2)

”... sen kan man kanske tycka att det (LUCAS) kan nästan se lite makabert ut för anhöriga...” (intervju 6)

Det framkom även en del etiska funderingar i intervjuerna. De rörde framför allt HLR på barn och unga, samt att det på väldigt gamla patienter kunde kännas oetisk att överhuvudtaget utföra HLR. Flera av ambulanssjuksköterskorna sa även att själva utförandet av HLR i sig inte var svårt. Det var något som gick på rutin och ofta var det inte förknippat med några särskilda känslor.

”Är det en ung person, ett barn eller en ungdom så känns det liksom mer det här: ”det här måste gå bra!”, medan är det en som är 80 år då är det naturligt att livet börjar ta slut...” (intervju 1)

Även om ambulanssjuksköterskorna generellt såg LUCAS som ett viktigt och effektivt hjälpmedel så betonade också några av dem vikten av att ha en god kompetens i M-HLR för att inte bli beroende av den. De uttalade att det finns patienter som inte passade i LUCAS, men det finns även en problematik med att den skulle kunna sluta fungera. De ansåg också att erfarenhet av att praktiskt utföra M-HLR på människor gav en trygghet i arbetet. De talade också om att ökad erfarenhet kring användandet av LUCAS var nödvändig för att kunna utveckla lämpliga rutiner för arbetet.

”Det är ju jätteviktigt att kunna M-HLR, för tänk om den är trasig... man får se den som ett hjälpmedel...” (intervju 6)

”Det är ju en väldig skillnad även om man tränar på dockan. Jag menar; det är ju en kolossal skillnad att göra på en människa ändå...” (intervju 5)

Brist på säkerhet i ambulansen och dålig arbetsmiljö

Denna kategori berör säkerheten i ambulansen och hur arbetsmiljön påverkar ambulanssjuksköterskornas arbetssituation.

I samtliga intervjuer visade sig frågan om den bristande arbetsmiljön i ambulansen vara av stor betydelse. Ambulanssjuksköterskorna upplevde att ambulansen var för liten i storlek vilket ofta ledde till att de inte kunde utföra M-HLR på ett adekvat sätt. Några av ambulanssjuksköterskorna upplevde det nästan som omöjligt att utföra M-HLR i ambulansen, dels på grund av att den var för liten, men också för att bilen krängde så pass mycket under färd att det var svårt att stå upp.

”... men bilen är vår arbetsmiljö och i den måste vi kunna göra det vi ska göra. Idag har vi bilar som man inte kan utföra korrekt HLR i, och det är rent vansinnigt tycker jag, för det är det vi är till för. Men det är svårt för vi får inte plats i bilarna.” (intervju 2)

”Vi har ju kämpat jättemycket för att inte få små bilar... Vi har väldigt trånga bilar och man kan inte ens stå och göra HLR i den på ett vettigt sätt tyvärr.”
(intervju 4)

Sjuksköterskorna berättade också om deras upplevelser av de svårigheter de möter i arbetet vad gäller yttre faktorer som till exempel trånga utrymmen, dåliga väderförhållanden och faror i trafiken. Utöver det upplevde de även bekymmer av att vara observerad av eller till och med hotad av personer runt arbetsplatsen t.ex. då anhöriga var berusade och kanske inte förstod att ambulanssjuksköterskan var där för att hjälpa till.

”... på vissa ställen kan det ju vara hotfullt... där människorna omkring inte är nyktra...” (intervju 4)

”... sedan så ser ju arbetssituationerna helt olika ut beroende på vilken plats du är på, om du är intryckt uppe i en säng, inne i en liten toalett...” (intervju 1)

Trots att ambulanssjuksköterskorna berättade om situationer i deras arbete med mer eller mindre besvärliga arbetsförhållanden och ofta oförutsägbara miljöer, så visades en förståelse och ödmjukhet samt en vilja att acceptera och anpassa sig till dessa. De försökte ofta så gott som möjligt underlätta för sig själva men poängterade att de i t.ex. patienters hemmiljö också var gäster och då var tvungna att anpassa sig.

”... vi åker på vägen och det är svårt att parera, det kan vi aldrig göra någonting åt. Vi måste in till sjukhuset på ett eller annat sätt... så det är ju någonting man får lära sig leva med.”(intervju 2)

Diskussion

Huvudresultat

Från de sex intervjuerna framkom att ambulanssjuksköterskorna upplevde samarbetet med räddningstjänsten var ett stöd i arbetet med HLR. Det var också tydligt vilken betydelse stödet och förtroendet från chef och kollegor hade för ambulanssjuksköterskornas välbefinnande på arbetsplatsen. De berättade om hur de ställde upp för varandra efter känsliga händelser på arbetet. De kände däremot ett svagare stöd från chef och ledning när det gällde inköp av ambulanser, då de kände att de inte hade någon möjlighet att påverka besluten. Ambulanssjuksköterskorna berättade om hur de kunde uppleva de anhörigas närvaro som positivt för deras egen del, så att de kunde se vad som hände under HLR och ställa frågor. Men de anhöriga kunde även upplevas som ett störande moment och ibland kunde hotfulla situationer uppstå kopplat till anhöriga och åskådare. Ambulanssjuksköterskorna berättade om många yttre faktorer så som väderförhållanden, trafik etc. som försvårade deras arbete. De visade samtidigt en förståelse för många av dessa förhållanden och accepterade dem som en naturlig del av arbetet. Det framkom tydliga åsikter om det begränsade utrymmet i ambulanserna och hur det kraftigt försvårade ambulanssjuksköterskornas möjlighet att utföra adekvata vårdåtgärder i utrymmet under färd. Arbetsutrymmet i de flesta ambulanserna var så begränsande att de upplevde sig vara helt beroende av LUCAS för att kunna utföra HLR. LUCAS gav också ambulanssjuksköterskorna möjlighet att använda bilbälte och samtidigt arbeta med patienten.

Resultatdiskussion

Stöd och brist på stöd

Flertalet av ambulanssjuksköterskorna i studien talade om den brist på stöd de upplevde från cheferna vad gällde inköp av ambulanser till arbetsplatsen. De hade också uppfattningen att cheferna inte såg ambulansen som en prioriterad och erkänd del av arbetsmiljön. Detta bekräftas till viss del av verksamhetschefen för studien som

låt it förklara att ambulansen inte finns med på checklistan vid skyddsronderna. Författarna tolkar arbetsmiljölagen till ambulanssjuksköterskornas fördel. Enligt arbetsmiljölagen (AML) (SFS, 1977:1160) kap. 2, § 2-4 så skall arbetslokalen vara utformad och inredd så att den är lämplig från arbetsmiljösynpunkt och de arbetshygieniska förhållandena när det gäller luft, ljud, ljus, vibrationer och liknande skall vara tillfredsställande. Även socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård (SOSFS, 2009:10) kap. 4, § 8 beskriver enligt författarna på ett tydligt sätt att ambulansen skall vara anpassad och inredd så att en säker och god vård kan ges pre-hospitalt under transport. Det är vårdgivarens ansvar att se till att dessa föreskrifter följs. Enligt van der Ploeg och Kleber (2003), Sterud *et.al.* (2011) är det också missnöje med och brist på stöd från chefer som är den största orsaken till ohälsa på arbetet för ambulanssjuksköterskor. Antonovsky (2008) menar att personer har lättare att hantera motgångar och svårigheter om de har tillräckligt med egna resurser eller stöd från t.ex. kollegor och chefer. För ambulanssjuksköterskorna i studien innebär detta att de som känner att de har stöd och förtroende hos kollegor och chefer klarar en större mängd motgångar och stress innan de blir negativt påverkade av dem.

Därför menar författarna att det är särskilt viktigt att chefer och personal har en nära ömsesidig kommunikation för att skapa förtroende och teamkänsla. I intervjuerna framkom att ett sådant förhållande finns på vissa punkter, t.ex. vid inkallande av personal då någon behövde lämna arbetspasset. Författarna anser dock att det är viktigt för ambulanssjuksköterskorna att alltid känna stöd från sina chefer även när de inte kan bemöta deras behov. En del av ambulanssjuksköterskorna kände enligt resultatet även förståelse för att de närmsta cheferna inte själva fattar alla beslut utan är bundna att följa de direktiv som beslutats på högre instanser.

En annan viktig faktor vad gäller stöd för ambulanssjuksköterskorna var att det fanns en lojalitet kollegor emellan. Något som också visat sig vara av stor vikt för att inte bli utbränd, utveckla PTSD eller fatigue (van der Ploeg & Kleber 2003, Sterud *et.al.* 2006, Sterud *et.al.* 2011). Ambulanssjuksköterskorna i denna studie upplevde ett bra stöd från sina kollegor men författarna är väl medvetna om att detta är något som kan variera kraftigt beroende på arbetsplats.

Riktlinjerna sågs av samtliga ambulanssjuksköterskor i studien som ett stöd. Men det framkom också att de ibland var tvungna att frånga dem när de helt enkelt inte motsvarade förväntningarna för vissa patienter. Det finns lite tidigare forskning kring hur ambulanssjuksköterskorna upplever de riktlinjer de är bundna att följa. Tydligt är från denna studie att de såg många fördelar och få nackdelar med riktlinjerna. Men det finns en del forskning på gång inom området, Ågård *et al.* (IN PRESS) vill i sin studie ta reda på om tydligare riktlinjer kan minska stressen på ambulans-sjuksköterskorna när det gäller att ta egna beslut av etisk karaktär. Att de ofta tar egna beslut framkom i resultatet för denna studie men det var inget som problematiserades av deltagarna. Författarna misstänker att det kan ha att göra med att egna beslut tas i så stor utsträckning att det blir en vana och något som tillhör vardagen och därför negligeras.

Antonovsky (2008) förklarar hur personer som ser en logik och förutsägbarhet i sin omgivning lättare hanterar bl.a. motgångar och stress. I denna studie framkom hur ambulanssjuksköterskorna upplevde de riktlinjer som finns i yrket som en trygghet och något som visade hur de skulle arbeta och vad de hade att rätta sig efter.

Samtliga ambulanssjuksköterskorna i denna studie berättade om hur LUCAS underlättade deras arbete och förbättrade deras arbetsmiljö markant. De berättade att de med hjälp av LUCAS fick möjligheten att ge patienterna den vård som var nödvändig, vilket tidigare inte upplevts som möjligt i situationer som med M-HLR. De upplevde LUCAS som en trygghet och kände att patienterna i och med den fick bästa möjliga vård. Med LUCAS så blev omhändertagandet av patienterna till mindre del beroende av ambulanssjuksköterskornas prestation, vilket de upplevde som en lättnad och trygghet. LUCAS gav dem också möjlighet att utföra många andra vårdåtgärder parallellt med att LUCAS utförde HLR, vilket markant minskade stressen i arbetet.

Inga tidigare studier har hittats rörande LUCAS inverkan på ambulans-sjuksköterskornas arbetsmiljö eller angående deras upplevelse av LUCAS som hjälpmedel vid HLR. Troligen är det på grund av att forskningen kring patienternas förväntade fördelar tar över. LUCAS har skapats i syfte att förbättra HLR för patienterna och öka chanserna för överlevnad vid pre-hospitalt hjärtstopp, inte för att underlätta för ambulanssjuksköterskorna. Dock verkar det som att LUCAS har gett dubbel vinning i sammanhanget och skapat fördelar både för patienter och personal.

Ambulanssjuksköterskans reflektioner kring HLR

Alexander och Klein (2001), van der Ploeg och Kleber (2003), Langeland och Sørлие (2011) beskriver att ambulanssjuksköterskorna upplever situationer med patienter som är barn som de mest kritiska. Likaså berättar några av de intervjuade ambulanssjuksköterskorna i denna studie att de generellt inte har några särskilda känslor kring HLR och beskrev det som en arbetsuppgift bland många andra. Men de situationer där barn var inblandade beskrevs som extra känsllosamma och de kände hur förväntningarna och kraven på dem höjdes i dessa fall. Dels från anhöriga, men också från dem själva. Langeland och Sørлие (2011) bekräftar hur ambulanssjuksköterskor upplever förväntningar och krav från bl.a. anhöriga som en stor stressfaktor och börda i arbetet.

En av de få nackdelarna som ambulanssjuksköterskorna kunde finna med LUCAS var att den enligt dem kunde verka främmande och skrämmande för anhöriga. Det blev ett nytt viktigt pedagogiskt moment för dem som flertalet av ambulanssjuksköterskorna berättade om. Även om några av ambulanssjuksköterskorna i studien kunde se fördelar med att anhöriga närvarade vid HLR så var det många som berättade att de upplevde anhöriga som mer eller mindre besvärande, vilket också Sterud *et al.* (2006) bekräftar i sin studie.

Trots att ambulanssjuksköterskorna såg LUCAS som en trygghet och som ett viktigt hjälpmedel så visade de en förståelse för hur viktig deras kompetens inom M-HLR var för att inte bli beroende av den. De berättade också om hur M-HLR upplevdes som en stressande och svår arbetsuppgift innan de fått praktisk träning och erfarenhet. Alexander och Klein (2001) konstaterar också hur ambulanspersonal med längre erfarenhet har lättare att hantera svåra situationer och stress i jobbet än kollegor med mindre yrkeserfarenhet. Soo *et al.* (1999) har i sin studie funnit att om M-HLR utförs av ambulanspersonal med mer erfarenhet av detta ökar chanserna till överlevnad hos patienten. De har också funnit att enbart träning inte kan förbereda ambulanspersonalen för de uppgifter de möter i jobbet. Även ambulanssjuksköterskorna i denna studie berättar om hur de önskar att träningen i M-HLR skulle vara mer omfattande och konstant.

Brist på säkerhet i ambulansen och dålig arbetsmiljö

Vid intervjuerna framkom tydliga och enhälliga känslor och åsikter kring arbetsmiljön i ambulansen. Framför allt så var vårdutrymmet bak i ambulansen för litet för att personalen skulle kunna genomföra vissa av de vårdåtgärder de önskade för att ge en adekvat vård.

De upplevde även svårigheter med att jobba i ambulansen under färd på grund av dess rörelser, men dessa problem hade de en stor förståelse för och såg det som en naturlig del av arbetet. Aasa *et al.* (2005) bekräftar att det är vanligt förekommande med obekväma och fysiskt ansträngande arbetsställningar i ambulansen och att det finns ett behov av teknisk utveckling och större ambulanser för att förhindra t.ex. nack- och skulderproblem hos personalen.

Ambulanssjuksköterskorna berättade att de ofta upplever en säkerhetsrisk i arbetet i ambulansens vårdutrymme. De är ofta tvungna att arbeta utan bilbälte under färd och Petzäll (2008) bekräftar de säkerhetsbrister som framkom i intervjuerna.

Vad gäller andra yttre faktorer som påverkar arbetsmiljön så visade ambulanssjuksköterskorna i denna studie i huvudsak en stor förståelse för dessa. Exempel på sådana faktorer är t.ex. trånga utrymmen, väderförhållanden och trafik. Författarna tror att detta beror på en hög känsla av sammanhang då oväntade arbetssituationer är en del av jobbet och något som förväntas. Ambulanssjuksköterskorna bör därmed vara väl inställda på vad som kan komma och har således enligt Antonovsky (2008) hög begriplighet.

Metoddiskussion

Valet av deskriptiv design med kvalitativ ansats anser författarna vara den mest lämpliga för att nå studiens syfte. Den kvalitativa ansatsen bygger enligt Polit och Beck (2008) på att data samlas in genom t.ex. intervjuer och samtal med människor, vilken var den tänkta metoden för datainsamling. Den bygger också på att resultatet framställs på ett beskrivande sätt utifrån insamlad data. Deskriptiv design syftar till att beskriva människors upplevelser och känslor.

Författarna har i studien tagit hänsyn till begreppen *dependability*, *credibility*, *confirmability*, *transferability* (Graneheim & Lundman 2004, Polit & Beck 2008) för att hålla en hög vetenskaplig nivå.

En hög *dependability* förutsätter att insamlad data inte förändras över tid, att data samlas in koncist och att författarnas beslut under analysfasen haft en logisk följd.

Analysmetoden har följts enligt Graneheim och Lundman (2004) riktlinjer. En del av det färdigställda analyschemat finns som exempel (tabell 1) i studien. Resultatet är även styrkt med citat från intervjuerna. Författarna har under arbetets gång diskuterat processen mellan varandra och med handledare. Samtliga intervjuer hade samma tillvägagångssätt och genomfördes inom en kort tidsperiod för att minimera eventuella skillnader i genomförandena. Detta sammantaget anser författarna höjer studiens *dependability*.

För att uppnå en hög *credibility* så skall det finnas en överensstämmelse mellan studiens fokus och val av kontext, informanter, datainsamling samt val av meningsbärande enhet. Författarna skall inte heller tagit med innehålla irrelevant, eller uteslutit relevant data i studien. Eftersom en testintervju hölls, på rekommendation av Polit och Beck (2008), höjer detta studiens *credibility* då detta har satt intervjuguiden på prov och där frågornas relevans har utvärderats. Testintervjun ledde även till att intervjuguiden reviderades så att frågorna kunde leda till ett resultat som svara på studiens syfte. Författarna fick också möjlighet att kontrollera att ljudupptagningen höll tillräckligt god kvalitet. Författarna var på förhand medvetna om att ljudupptagning med mobiltelefon kunde uppfattas som besvärande för ambulanssjuksköterskorna. De som deltog blev därför väl informerade om konfidentialiteten i deltagandet och författarna upplevde inte att ljudupptagningen besvärade och begränsade intervjun mer än i något fall under de inledande bakgrundsfrågorna. Ljudupptagningen anses av författarna därmed inte ha sänkt studiens *credibility*. Intervjuerna valdes att genomföras i anslutning till ambulanssjuksköterskornas arbetspass för att författarna ville att de skulle befinna sig i sin yrkesroll och svara på frågorna utifrån den snarare än som privatpersoner. Detta för att frågorna skulle besvaras utifrån studiens syfte och ytterligare höja *credibility*tn.

Transferability innebär att resultatet kan överföras till andra populationer än den som ingår i studien. Det bekvämlighetsurval som använts innebär att de personer som finns

tillgängliga och frivilligt deltar i studien inkluderas (Polit & Beck 2008). Detta kan dock sänka studiens transferability. Författarna anser dock att urvalsgruppen haft en bra spridning vad gäller kön, ålder och yrkeserfarenhet varför författarna anser att bekvämlighetsurvalet i detta fall inte haft någon inverkan på studiens transferability. Genom att presentera urval, datainsamling och process så ges läsaren möjlighet att avgöra överförbarheten.

En hög grad av confirmability innebär att det finns flera källor bekräftar studiens resultat och att presenterat resultat är sanningsenligt och stöds av vetenskapliga referenser. I denna studie finns en hög grad av confirmability då en stor del av det som framkom i intervjuerna inte bara stöds av andra intervjuer, utan också av funnen litteratur. Några exempel på detta är Aasa *et al.* (2005) och Petzäll (2008) som tydligt bekräftar bl.a. den bristande arbetsmiljö som ambulanssjuksköterskorna berättar om i intervjuerna. Ploeg och Kleber (2003), Sterud *et.al.* (2006) och van der Ploeg och Klein (2011) bekräftar betydelsen av det stöd och förtroende mellan kollegor och chef som ambulanssjuksköterskorna betonar betydelsen av.

För att höja trovärdigheten i resultatet i denna studie så har författarna använt citat, tabeller och vetenskapliga referenser.

Eftersom deltagandet var frivilligt och ingen tillfrågades personligen i förhand finns inget dokumenterat bortfall. De som under sitt arbetspass inte deltog i intervjun har därmed antingen varit upptagna med arbetet på stationen, uttryckning eller alltså medvetet valt att inte delta. Eftersom ingen dokumentation finns kring dessa personer kan inte författarna veta om detta har påverkat resultatet.

Författarna anser att studien kan genomföras (replikerats) av andra genom att använda den design, metod och tillvägagångssätt som använts i denna studie.

Allmädiskussion

Författarna anser att studien har svarat på sitt syfte. Resultatet har till viss del varit möjligt att styrka med överensstämmande litteratur, men det har också framkommit resultat på områden som ingen tidigare undersökt. Författarna anser att denna studie kan tydliggöra behovet av en förbättrad arbetsmiljö inom ambulanssjukvården men också inom vården i övrigt. Det gäller både arbetsmiljöns utformning och tillgång till adekvata hjälpmedel samt stöd och gehör från ledning och chefer ute i verksamheten.

Författarna har förhoppningar om att fler blir intresserade av att forska inom detta område. Ambulanspersonalens arbetsmiljö är på många sätt eftersatt, framförallt när det kommer till ambulansen, men det finns också mycket som visar på en god sammanhållning inom kåren och en positiv attityd till arbetet. Att LUCAS haft en positiv inverkan vad gäller sänkt stressnivå och en bättre arbetsfördelning mellan ambulanssjuksköterskorna är också tydligt. Författarna anser att det behövs mer, framförallt kvalitativ forskning, inom området ambulanssjuksköterskornas arbetsmiljö samt hur LUCAS och andra hjälpmedel kan underlätta deras arbete. Det behövs även studier angående ambulanserna utformning så att de på bästa sätt uppfyller sitt syfte. Ambulansen är enligt författarna och efter vad som framkom av studien också enligt ambulanssjuksköterskorna den viktigaste delen av arbetsmiljön, detta måste enligt författarna sättas i fokus.

Slutsats

Ambulanssjuksköterskorna visade en stor förståelse och acceptans för många av bristerna i arbetsmiljön. Men de visade också på en uppgivenhet över att inte känna sig hörda av ledning och organisation då de inte ser till den arbetsmiljö ambulanssjuksköterskorna tvingas arbeta i. Arbetsmiljön begränsar deras yrkesutövning och deras möjlighet att ge patienterna de möter en tillfredsställande vård. Trots detta finner ambulanssjuksköterskorna stöd och trygghet i varandra och ser mycket positivt på de hjälpmedel som kan underlätta deras arbete, däribland deras riktlinjer, LUCAS och andra yrkesgrupper.

Referenser

Aasa U., Barnekow-Bergkvist M., Ängquist K-L. & Brulin C. (2005) Relationship between Work-related Factors and Disorders in the Neck-shoulder and Low-back Region among Female and Male Ambulance Personnel. *Journal of Occupational Health*. 47, 481-489.

Alexander D.A. & Klein S. (2001) Ambulance personnel and critical incidents. *British Journal of Psychiatry*. 178, 76-81.

Antonovsky A. (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur

Egidius H. (2005) *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur

Forsberg C. & Wengström Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

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.

Hjärt- lungfonden (2009) Plötsligt hjärtstopp: En temaskrift om vad som händer när hjärtat stannar. [Broschyr] Laholm: Trydells Tryckeri AB

Jolife AB (2011) *LUCAS 2 Bröstkompressionssystem: Användarhandbok* [Broschyr] Lund: Jolife AB

Langeland, K. & Sørli, V. (2011) Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of Clinical Nursing* 20, (13), 2064-2070.

Mateos-Rodríguez A., Pardillos-Ferrer L., Navalpotro-Pascual J. M., Barba-Alonso C., Martin-Maldonado M. E. & Andrés-Belmonte A. (2010) Kidney transplant function using organs from non-heart-beating donors maintained by mechanical chest compressions. *Resuscitation*. 81, 904-907.

Maule Y. (2007) Mechanical external chest compression: a new adjuvant technology in cardiopulmonary resuscitation. *Urgences & Accueil*. 7, (29) 4-7.

Petzäll K. (2008) *Trafiksäker transport och vård av patienter i ambulans*. Karlstad University Studies, Forskningsrapport nr. 2008:57, Karlstad: Universitetstryckeriet.

Polit D.F. & Beck C.T. (2008) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.*(9:e uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Quiming L. (2011) LUCAS: *Lund University Cardiopulmonary Assist System.* Doktorsavhandling, Lund Universitet, Institutionen för kardiologisk kirurgi.

Rubertsson S. & Karlsten R. (2004) Increased cortical cerebral blood flow with LUCAS; a new device for mechanical chest compressions compared to standard external compressions during experimental cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation.* 65, 357-363.

SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen.* Stockholm: Riksdagen.

SFS 1994:579. *Arbetsmiljölagen.* Stockholm: Riksdagen.

Smekal D., Johansson J., Huzevka T. & Rubertsson S. (2011) A pilot study of mechanical chest compressions with the LUCAS device in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation.* 82, 702-706.

Soo L.H., Gray D., Young T., Skene A. & Hampton J.R. (1999) influence of ambulance crew's length of experience on the outcome of out-of-hospital cardiac arrest. *European Heart Journal.* 20, 535-540.

SOSFS 2009:10. *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård.* Stockholm: Riksdagen

Steen S., Qiuming L., Pierre L., Paskevicius A. & Sjöberg T. (2002) Evaluation of LUCAS, a new device for automatic mechanical compression and active decompression resuscitation. *Resuscitation.* 55, 285-299.

Steen S., Sjöberg T., Olsson P. & Young M. (2005) Treatment of out-of-hospital cardiac arrest with LUCAS, a new device for automatic mechanical compression and active decompression resuscitation. *Resuscitation.* 67, 25-30.

Sterud S., Ekeberg Ø. & Hem E. (2006) Health status in the ambulance service: a systematic review. *BMC Health Services Research.* 6:82.

Sterud T., Hem E., Ekeberg Ø. & Lau B. (2008) Occupational stressors and its

organizational in individual correlates: A nationwide study of Norwegian ambulance personnel. *BMC Emergency Medicine*. 8:16.

Sterud T., Hem E., Lau B. & Ekeberg Ø. (2011) A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 6:10.

Svensson A. & Fridlund B. (2008) Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A critical incident study. *International Emergency Nursing*. 16, (1) 35-42.

van der Ploeg, E. & Kleber, R.J. (2003) Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and environmental medicine* 60, (1) 40-46.

Wik L., Kramer-Johansen J., Myklebust H., Sørebo H., Svensson L., Fellows B. & Steen P.A. (2005) Quality of Cardiopulmonary Resuscitation During Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Journal of American Medical Association*. 293, (3) 299-304.

World Medical Association (2008) World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtat 29 november, 2011, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Ågård A., Herlitz J., Castrén M., Jonsson L. & Sandman L. (IN PRESS) Guidance for ambulance personnel on decisions and situations related to out-of-hospital CPR. *Resuscitation*. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.07.028