



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Examensarbete

Användning av säkerhetsbälte i vårdutrymmet i ambulansen

Ur sjuksköterskans synvinkel



Författare: Ann-Sofie Andersson

Författare: Louise Blixt

Handledare: Anna Ekwall

Examinator: Sylvi Persson

Termin: VT16

*Ämne: Vårdvetenskap med
inriktning ambulanssjukvård*

Nivå: Magister

Kurskod: 4VÅ10E

Abstrakt

I Sverige finns ca 700 ambulanser som varje år genomför ca 1 000 000 resor. Under 2010-2015 rapporterades det i Sverige in 57 vägtrafikolyckor där ambulanser var inblandade, vilket ledde till personskador på 93 individer. Forskning visar att ambulansbesättningar som transporterar allvarligt sjuka patienter bryr sig mindre om sin egen säkerhet än vad de brukar göra, ju sjukare patienten är och ju fortare ambulansen kör desto mindre använder de bälte. Vårdarna var ofta tvungna att knäppa loss sig för att nå adekvat utrustning. Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskans uppfattning om användandet av säkerhetsbälte i ambulansen, både gällande sig själv och patienten. En kvalitativ intervjustudie genomfördes med enskilda intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes som analysmetod. Resultatet av studien sammanfattas i det övergripande temat "Anpassa sig efter situationen" och består av fyra subteman: "Patientens tillstånd och säkerhet", "Kollegans körsätt och kommunikation", "Personliga attityder" och "Känsla av falsk säkerhet". Sjuksköterskorna valde ibland bort att använda sitt eget säkerhetsbälte för att kunna ge patienten en god vård. De motiverade detta val med att de ansåg att de prioriterade patientsäkerheten framför sin egen säkerhet. Detta kan dock leda till en ökad risk för skada både på sjuksköterskan och patienten i vårdutrymmet. För att öka följsamheten gällande säkerhetsbältesanvändning är det viktigt att flera studier utöver denna genomförs utifrån olika synvinklar, exempelvis patientens upplevelse av transporten.

Nyckelord

Ambulanssjukvård, arbetsmiljö, intervjustudie, patientsäkerhet, prehospital vård, trafiksäkerhet

Innehåll

1 Inledning	1
2 Bakgrund	1
2.1 Ambulanssjukvård	1
2.2 Ambulansolyckor	1
2.3 Säkerheten i ambulansen	2
2.4 Användning av säkerhetsbälten i ambulanser	2
3 Teoretisk referensram	3
4 Problemformulering	3
5 Syfte	4
5.1 Frågeställningar	4
6 Metod	4
6.1 Kvalitativ intervjustudie	4
6.2 Urval och informanter	4
6.3 Datainsamling	5
6.4 Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats	5
6.5 Etiska aspekter	7
6.6 Förförståelse	7
7 Resultat	7
7.1 Patientens tillstånd och säkerhet	8
7.2 Kollegans körsätt och kommunikation	10
7.3 Personliga attityder	11
7.4 Känsla av falsk säkerhet	11
8 Diskussion	12
8.1 Metoddiskussion	12
8.1.1 Urval och informanter	12
8.1.2 Datainsamling	12
8.1.3 Kvalitativ innehållsanalys	13
8.2 Resultatdiskussion	13
9 Slutsats	15
10 Referenser	16
Bilaga 1 Intervjufrågor	
Bilaga 2 Verksamhetschefen	
Bilaga 3 Verksamhetschefens godkännande	
Bilaga 4 Information till enhetscheferna	
Bilaga 5 Förfrågan om medverkan	
Bilaga 6 Information- och samtyckesformulär	
Bilaga 7 Etisk egengranskning	

1 Inledning

I Sverige omkom 270 personer i trafiken under år 2014, vilket är en liten ökning från 2013 (Trafikanalys, 2015). Säkerhetsbältet är den viktigaste säkerhetsaspekten i bilen och minskar risken att omkomma eller skadas svårt vid en olycka med 50-70 % (NTF, u.å.). Enligt Trafikförordningen (SFS 1998:1276) skall man använda bälte i fordon om man sitter på en plats som är utrustad med säkerhetsbälte.

I Sverige finns det ca 700 ambulanser och år 2013 larmades det ut cirka 2700 ambulansresor varje dygn, vilket motsvarar ca 1 000 000 resor varje år (SOS Alarm, u.å.). Ambulanser var under 2003-2008 inblandade i 110 trafikolyckor, fyra personer omkom varav en var ambulansförare och tre färdades i de fordon som ambulansen kolliderade med (Albertsson & Bylund, 2009). Enligt J. Hedlund (personlig kommunikation, 15 januari 2016) inrapporterades det under 2010-2015 av polisen i Sverige 57 vägtrafikolyckor där ambulanser var inblandade, och som ledde till personskador på 93 individer.

Nollvisionen är en framtidsbild där inga människor dödas eller skadas för livet i trafiken. Beslut har tagits i riksdagen som lett till att ändringar har skett i trafiksäkerhetspolitiken och arbeten genomförs för att få ett säkert vägtransportsystem. Vägar, gator och fordon håller på att anpassas till människans förutsättningar för att undvika att olyckor som kräver liv inträffar (Trafikverket, 2014).

2 Bakgrund

2.1 Ambulanssjukvård

Ambulanssjukvård innebär hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till en ambulans (SOSFS 2009:10). Vårdgivare definieras som statlig myndighet, landsting, kommun eller privat vårdgivare (SOSFS 2009:10). Det är vårdgivarna som har ansvar för att alla ambulanser med tillhörande utrustning som används har sådana egenskaper att patienten kan transporteras, vårdas och behandlas på ett ändamålsenligt och säkert sätt. Vidare skall vårdgivaren ansvara för att vårdutrymmet i en ambulans är dimensionerat och inrett på ett sådant sätt att en god och säker vård kan ges och vårdutrymmet ska så långt det är möjligt vara utformat på ett sådant sätt att prehospital akutsjukvård kan ges under transport. Patientsäkerhet innebär enligt Öhrn (2014) att skydda patienten mot vårdskada, vilket innebär att patienten inte skall drabbas av en undvikbar skada vid vård eller behandling. En undvikbar skada är en skada som inte skulle ha uppkommit om rätt riktlinjer och rutiner följts, om evidensbaserade metoder och tekniker använts samt om patienten omhändertagits och vårdats med rätt kompetens. Att vården är patientsäker är alla medarbetares ansvar oavsett inom vilken vårdform de arbetar. Patienter, deras närstående och vårdpersonal skall känna säkerhet och trygghet då systematiska och korrekta arbetssätt används i en riskmedveten organisation.

2.2 Ambulansolyckor

Sjukvårdspersonal som arbetar i ambulanserna drabbas oftare än normalbefolkningen av arbetsolyckor samt olyckor med dödlig utgång, de flesta olyckorna inträffar i trafiken (Sterud, Ekeberg & Hem, 2006). Lundälv (2005) påvisar dilemman och risker med bristande statistik i området, undermålig förarutbildning och även bristande förståelse

för ambulanspersonalens alltmer utsatta arbetsförhållanden där hot, våld, stress och avancerade trafikmiljöer utsätter dem själva men även deras patienter för stora risker. Ambulansolyckor är ett känsligt och svårt ämne att tala om, de förblir ibland tysta skadehändelser, de kommuniceras inte i någon större utsträckning och är svåra att studera på grund av att den statistik som finns är bristande. Det är viktigt att skaderegistreringen sker på ett adekvat sätt. Han menar även på att ambulansolyckor kan förutses och möjligheten finns att undvika dem genom att aktivt arbeta med skadeprevention i form av exempelvis förarutbildning. Ambulansolyckor består av tre delar: trafiksäkerhet, patientsäkerhet och säker arbetsmiljö, de är ett förhållandevis nytt folkhälsoproblem som medför konsekvenser i form av både fysiska och psykiska skador för de drabbade.

2.3 Säkerheten i ambulansen

Enligt Petzälls forskningsrapport (2008) om säkerheten i ambulansen finns det stora risker för både ambulanspersonalen och patienterna. Ambulansen är till exempel inte utrustad eller utformad för det arbete som är avsett att utföras i den. Denna forskningsrapport betonar vikten av en korrekt och ändamålsenlig design på ambulansen för att personalen skall kunna utföra uppgifter utan att ta av sig säkerhetsbältet. En av de största riskerna i ambulansen är att ambulanspersonalen använder säkerhetsbälte för sällan och upplever under prioritet 1-uppdrag att de inte kan utföra adekvata omvårdnadsåtgärder om de har säkerhetsbälte på sig. Under dessa transporter kör ambulansen ofta i hög hastighet med sirener, många i ambulanspersonalen upplever dessa körningar som osäkra och skrämmande. I de olyckor där personskada sker i ambulansen har personalen inte suttit fastspänd och ambulanspersonalen känner vid dessa tillfällen att de är tvungna att bortse från sin egen säkerhet till förmån för patienten. Det finns olika bårsystem som svarar för patientens säkerhet under ambulanstransporter. Ett exempel är Pensibåren som många av ambulanserna i Västra Götalandsregionen använder, den har ett sexpunktsbälte som sitter över patientens höfter, i det fäster man ett bälte från höger axel och ett från vänster axel. Sedan finns ett bälte till att fästa över låren (Pensi, 2016).

2.4 Användning av säkerhetsbälten i ambulanser

Suserud, Jonsson, Johansson & Petzäll (2013) visar i sin studie att ambulansbesättningar som transporterar allvarligt sjuka patienter bryr sig mindre om sin egen säkerhet än vad de brukar göra, ju sjukare patienten är och ju fortare ambulansen kör desto mindre använder de bälte. De är ofta tvungna att lossa säkerhetsbältet för att nå adekvat utrustning. En del berättade att de får planera redan innan vad det är för utrustning som ska komma att behövas under ambulanstransporten och då ta fram det i förväg. Utifrån hur vårdutrymmet i ambulanserna är designat kan de inte alltid sitta bältade när de vårdar sjuka patienter och sätter då patientens säkerhet framför sin egen.

Enligt Trafikförordningen (SFS 1998:1276) får föraren vid utryckningskörning med ambulans i prioritet 1-fall köra fortare än vad hastighetsbestämmelserna säger samt använda larmanordningar i form av blåljus och sirener för att påkalla fri väg. SOSFS 2009:10 definierar att utgående larm med prioritet 1 innebär akuta livshotande symtom eller olycka. Larmon, LeGassick & Schriger (1993) visar på att användandet av säkerhetsbälte under prioritet 1-körningar är störst i framsätet och minst vanligt i vårdutrymmet. Vårdarna anser att säkerhetsbältet hämmar patientarbetet, begränsar rörelserna, är besvärligt eller leder till bristande effektivitet. Johnson, Lindholm &

Dowd (2006) påvisar liknande resultat då hälften av de tillfrågade anser att säkerhetsbältesanvändning stör när de tar hand om patienten. Hela 71 % uppger att de aldrig eller nästan aldrig använder säkerhetsbälte i vårdarstolen medan endast 11,5 % alltid eller nästan alltid använder säkerhetsbälte i vårdarstolen. Enligt Hignett, Crumpton & Coleman (2009) beror skadeincidenterna på avtagande av bälte eller icke användande av bälte på personal, patienter och anhöriga. Problemen uppstår främst vid kraftiga inbromsningar. Becker, Zaloshnja, Levick, Li & Miller (2003) visar på att det är betydligt mindre sannolikt att bältade individer i ambulansen dör eller får allvarliga skador än obältade individer. De som åker i bak i vårdutrymmet har högre sannolikhet att dö än de som sitter i framsätet. Av de olyckor som inte leder till dödsfall är 82 % obältade i vårdutrymmet, i de fall där olyckorna resulterar i dödsfall är 73 % obältade i vårdutrymmet. Flest skadas under ambulansuppdrag som inte är akuta. Däremot rapporterar Albertsson & Bylund (2009) att drygt 2/3 av olyckorna inträffar under prioritet 1-uppdrag, varav de flesta är kollisioner med andra fordon.

3 Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram som ligger till grund för den här studien är systemteori och den har som mål att påvisa förståelse och utveckla ny kunskap om uppfattningen av användandet av säkerhetsbälte i ambulansen. Grundtanken är att vid undersökning av det valda fenomenet se det som delar i en helhet. Delarnas relationer till varandra är av stor och ofta avgörande betydelse för helhetens sätt att fungera och hantera förändringar. Hur komponent A påverkar komponent B blir i sin tur avgörande för hur B påverkar A (Öquist, 2008).

Genom att belysa uppfattningen av att använda säkerhetsbälte på individnivå kan delarna i ett systemet identifieras. Delarna kan sedan ses ur ett helhetsperspektiv för att belysa systemet i sin helhet. Det är viktigt att förstå att system som skapas av människan styr strukturen för bland annat hur beslut fattas och normer tolkas. Genom att se systemen ur olika nivåer ges utrymme att belysa hur säkerhetsbältets användning påverkar individen samt dess omgivning. En insikt om att det förhåller sig så kan dock leda till nya lösningar och utveckling, både individuellt och i organisationer (Öquist, 2008).

För att varje sjuksköterska i systemet skall kunna upprätthålla en optimal säkerhet för sig själv och sin omgivning är det av vikt att förstå att sjuksköterskan är en del av ett sammanhang och påverkas av det som finns runt omkring samt att sjuksköterskan med sin handling i sin tur påverkar sin omgivning. Genom att sträva mot samma mål så kan användandet av säkerhetsbälte optimeras på bästa sätt (Öquist, 2008). Detta systemteoretiska resonemang anses vara relevant till studiens syfte för att undersöka sjuksköterskans uppfattning om användandet av säkerhetsbälte i ambulansen.

4 Problemformulering

Utifrån tidigare forskning framkommer det väldigt lite om användandet av säkerhetsbälte på patienten men betydligt fler studier är gjorda på varför sjuksköterskor inte alltid använder säkerhetsbältet på sig själva i vårdutrymmet. Säkerhetsbältet används mera sällan i samband med att patienten är svårt sjuk eller skadad och då framförs ambulansen i hög hastighet.

Enligt systemteorin påverkas sjuksköterskans användning av säkerhetsbälte av sin omgivning som till exempel när patienten är kritisk sjuk och hen behöver snabbt kunna nå befintlig utrustning i vårdutrymmet eller att patienten inte blir fastspänd på ett säkert sätt. Dennes val att inte använda säkerhetsbälte leder i sin tur till att omgivningen och säkerheten påverkas. För att kunna öka säkerheten för såväl sjuksköterskor som patienter i vårdutrymmet är det viktigt att se det hela ur ett helhetsperspektiv och ta reda på attityder och erfarenheter som påverkar användningen av säkerhetsbälte hos sjuksköterskor.

5 Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskans uppfattning om användandet av säkerhetsbälte i ambulansen, både gällande sig själv och patienten.

5.1 Frågeställningar

- Vad gör att sjuksköterskan väljer att använda sitt eget säkerhetsbälte i vårdutrymmet?
- Vilka eventuella hinder och svårigheter finns gällande användningen av patientens säkerhetsbälte under ambulanstransport?

6 Metod

Studiens design utformades som en kvalitativ intervjustudie med enskilda intervjuer.

6.1 Kvalitativ intervjustudie

Genom att tillämpa kvalitativa metoder skapas strategier för att skapa mera kunskap om människors sätt att resonera eller reagera, eller att förstå olika handlingsmönster i förhållande till ett tillskrivet fenomen (Danielsson, 2012). Kvalitativ metod syftar till att förstå världen utifrån de intervjuade personernas livsvärld och att den kvalitativa intervjun är en forskningsmetod som ger ett tillträde till människors upplevelser av den levda världen (Kvale & Brinkmann, 2014). En semistrukturerad intervjuteknik användes vilket innebär att samtalsledaren utgick från ett av författarna på förhand framtaget frågeformulär (Bilaga 1) som hade utgångspunkt ifrån ett antal frågeområden. Alla frågeområden var relaterade till studiens syfte (Danielsson, 2012).

6.2 Urval och informanter

Information om studien samt förfrågan om samtycke (Bilaga 2) skickades ut till två verksamhetschefer i Västra Götalandsregionen. Därefter mottogs skriftligt samtycke från dessa (Bilaga 3). Information mailades ut till samtliga enhetschefer om att deras sjuksköterskor skulle tillfrågas om deltagande i en intervjustudie (Bilaga 4). Alla sjuksköterskor inom ambulansen i NU-sjukvården (Norra Älvsborgs länsjukhus och Uddevalla sjukhus) samt i Skaraborg tillfrågades via mejl (Bilaga 5). Inklusionskriteriet för deltagande i studien var att informanterna som deltog skulle vara sjuksköterskor. De tolv första som uppfyllde kriteriet och som tog kontakt via telefon erbjöds att delta i studien. Samtliga av dessa valde att delta. De tillfrågade fick själva välja tid och plats för intervjun.

Av de 12 deltagarna var fyra kvinnor och åtta män, genomsnittsåldern var 43 år. Det var tre specialistutbildade ambulanssjuksköterskor och nio allmänsjuksköterskor. De 12 deltagarna representerade åtta ambulansstationer. En sjuksköterska arbetade i tätort, fem arbetade i landsbygd och sex arbetade både i landsbygd och tätort.

Tabell 1. Informanter

Deltagare	Ålder	Antal år inom ambulanssjukvård
1	32	2
2	39	3,5
3	44	22
4	55	5
5	42	21
6	43	3
7	32	3
8	53	34
9	35	3
10	52	31
11	42	14
12	45	20

6.3 Datainsamling

Deltagarna fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte och att intervjun spelades in. Deltagarna var införstådda med att de när som helst kunde avbryta intervjun. Data samlades in via semistrukturerade enskilda intervjuer. Samtalsledaren ställde öppna frågor där det också fanns utrymme för följdfrågor (Bilaga 1). Författarna gjorde de två första intervjuerna tillsammans för att se om eventuella ändringar av intervjufrågor behövde ske. Inga ändringar gjordes i intervjufrågorna. Därefter utförde författarna fem intervjuer vardera på varsitt håll eftersom deltagarna fanns på olika ställen inom det valda geografiska området. Intervjutiderna sträckte sig mellan 9-35 minuter, mediantiden var 16 minuter och medelvärdet 19 minuter. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant.

6.4 Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats valdes som analysmetod för denna studie. Den induktiva ansatsen innebär att författaren formulerar en slutsats genom att gå från fakta och efter det formulerar en teori eller hypotes. Syftet med analysen var att med ett förutsättningslöst tillvägagångssätt undersöka sjuksköterskans uppfattning om användandet av säkerhetsbälte. Innehållsanslysen huvudsakliga arbete bestod av en grundlig genomgång och organisation av data samt rapportering av resultat. Resultatet omfattas i sin tur av öppen kodning, skapande av kategorier och abstraktion. Öppen kodning innebär att anteckningar och rubriker noteras i texten i samband med genomläsningen (Danielsson, 2012).

Analysenheten bestod av den transkriberade intervjun i sin helhet, som lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en helhetsförståelse. Studiens syfte hölls i åtanke under hela analysprocessen.

Texten behandlades för att identifiera meningsbärande enheter som identifierade syftet, vilket innebar att text plockades ut och bildade fristående enheter oberoende av varandra. De meningsbärande enheternas innehåll sammanfattades till kondenserade meningsenheter genom kodning. En jämförelse gjordes sedan utifrån skillnader och likheter mellan koderna och en gruppering kunde då göras i underkategorier med liknande innehåll. Underkategoriernas innehåll och rubriksättning ändrades ett flertal gånger. Författarna fick upprepade gånger gå igenom kodning och bildandet av underkategorier för att motverka att data som svarade för syftet exkluderas eller att fel data inkluderades. Tema och subteman lästes igenom för att finna den övergripande betydelsen av de kondenserade meningsenheter som framkom. Analysprocessen resulterade slutligen i bildandet av ett tema vilket ska ses som det mest abstrakta i tolkningen (Tabell 2).

Tabell 2. Exempel på analysmatris.

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Subteman	Tema
<p>Jag bältar alla patienter och skulle någon knäppa loss sig så stannar vi och åker inte förrän den är bältad igen. (2)</p> <p>Patientens tillstånd avgör tillexempel svår andnöd, panikkänsla, överviktiga. (3)</p> <p>Alla måste vara bältade oavsett annars så stannar vi. (2)</p>	<p>Bältar alla patienter</p> <p>Patientens tillstånd avgör</p> <p>Åtgärder vid låg säkerhet</p>	<p>Patientens tillstånd och säkerhet</p>	<p>Anpassa sig efter situationen</p>
<p>Går det mjukt och smidigt kanske man inte tänker så mycket på det men har man en dålig chaufför i fram så tänker man nog mer på att shit, här borde jag nog sätta fast mig egentligen. (11)</p> <p>Ibland ser man att det sitter fast och ibland inte är uppbältade. (11)</p>	<p>Kollegans körsätt påverkar</p> <p>Observerar vårdaren</p>	<p>Kollegans körsätt och kommunikation</p>	
<p>Svårt att få människor till att använda säkerhetsbälte mer eller att även spänna fast patienten mer av att ge mer information. (12)</p>	<p>Förändring tar tid</p>	<p>Personliga attityder</p>	

Man känner sig skyddad ändå för att man åker ambulans och det är en falsk säkerhet. (12)	Falsk säkerhet	Känsla av falsk säkerhet	
--	----------------	--------------------------	--

6.5 Etiska aspekter

Författarna har för att uppnå god forskningsetik följt informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, u.å.). Detta innebär att deltagarna har informerats om studiens syfte och metod samt fått beskrivet vad som förväntades av dem. Deltagarna har sedan givit informerat skriftligt samtycke (Bilaga 6).

De som medverkat i studien har själva bestämt på vilka villkor de har deltagit och kunde när som helst avbryta deltagandet om de så önskat. Inga känsloladdade frågor förekom under intervjun. Intervjumaterialet har endast lästs igenom av författarna. För att ej kunna identifiera från vilken av deltagarna texterna kom fick de varsin kod, exempelvis A1, då intervjuerna skrevs ut. Allt material avidentifierades och vid analysen var endast koden synlig för författarna. Materialet förvarades så att endast författarna kom åt det. Intervjumaterialet användes endast till forskningsändamål och efter att analysen var genomförd och resultatet var klart sparades allt material i låsta dokumentaskar som endast författarna hade tillgång till och allt material förstördes när uppsatsen godkändes. En etisk egengranskning (Bilaga 7) utfördes. Utifrån denna fastställdes att inget etiskt godkännande från etikprövningsnämnden behövdes.

6.6 Förförståelse

Båda författarna arbetade inom ambulansverksamheten och har egna upplevelser och kunskaper inom området. Författarna distanserade sig trots det på ett sätt som inte ”färgade” resultatet och förförståelsen ledde till en djupare förståelse och ny kunskap kom fram. Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) är författaren i en kvalitativ studie mer delaktig då denne är medskapare av intervjufrågorna. Det innebär att resultatet i en intervjustudie inte kan ses som oberoende av författaren. Förförståelsen anses ha en viktig betydelse i tolkningsprocessen.

7 Resultat

Samtliga informanter använde säkerhetsbälte i förarutrymmet i ambulansen. I vårdutrymmet försökte de använda sitt bälte i den mån det gick. De flesta uppfattade att de hade god följsamhet när det gällde att använda sitt säkerhetsbälte, dock uppstod situationer som de inte kunde råda över då de var tvungna att spänna loss sig. När de vårdade sjuka patienter eller patienter som sjönk i medvetande och behövde assisterad andning eller hjärt- och lungräddning fanns behov av att vara obältad för att kunna komma åt patienten och ge den bästa möjliga vård. Ett annat tillfälle var när de hämtade utrustning eller läkemedel som de inte nådde från vårdarplatsen. Vid transport av patienter som hade ett lågt vårdbehov upplevde informanterna att det var lättare att använda bälte hela tiden. Ambulansbesättningen ansvarade för att fylla på material i ambulansen så att besättningen snabbt kunde greppa den när en akut situation uppstod.

Resultatet av studien sammanfattades i det övergripande temat ”Anpassa sig efter situationen” och bestod av fyra subteman: ”Patientens tillstånd och säkerhet”,

”Kollegans körsätt och kommunikation”, ”Personliga attityder” och ”Känsla av falsk säkerhet”.

7.1 Patientens tillstånd och säkerhet

Målet med omhändertagandet av patienten var att personen skulle känna sig trygg och säker under hela tiden som ambulansbesättningen var närvarande, detta oavsett om det var under färd eller på plats. Omtanken om patienternas välbefinnande var genomsyrande i alla aspekter, bältesanvändningen på patienten var överlag hög.

”...det är ju för patientens säkerhet” (7)

”...patienten skall känna trygghet när vi åker in” (10)

Situationer uppstod då det var svårt att sätta på alla bälten, exempelvis intoxikerade och hotfulla patienter, överviktiga patienter samt även då patienter hade kraftiga buksmärter eller panikångest upplevdes det problematiskt. Vid vissa omvårdnadsåtgärder togs axelremmarna bort för att sedan sättas tillbaka. När vårdarna ibland upplevde att patientsäkerheten inte var god nog, eller att de upplevde hot och våld, togs beslutet att stanna bilen och ibland tillkallades även polis som förstärkning.

”...nån som inte velat ha bälte har jag varit med om flera gånger ehm.. men det har hittills varit så att det har gått att förklarar varför man ska ha bälte, till slut har det gått bra..är det ångest eller oro så kan man ju erbjuda lite lugnande för att de ska kunna åka med..om det är illamående eller så va det nu är, det går ju alltid att lösa med medikament eller prata..alla måste vara bältade oavsett annars så stannar vi.” (2)

Dilemman uppstod då gravida patienter skulle transporteras då bältesanvändningen inte blev adekvat, förlossning under färd upplevdes som ett farligt tillfälle och hur den nyfödde sedan skulle bältas blev nästa problem då inga hjälpmedel för detta fanns då den nyfödde skulle ligga hud mot hud med mamman. Bältena skulle inte bara sitta för syns skull, det övergripande målet var att patienterna skulle ha alla bälten och att de skulle vara individuellt justerade för att ge bästa säkerhet.

”...vi är väldigt duktiga att använda bälte på patienten, sen tror jag att vi skulle bli bättre på att sätta dit den på patienten, ser ofta att det sitter på men att det är ett stort glapp mellan bältet och patienten på båren, men att man justerar bältena så att det sitter bättre. Jag försöker justera så det sitter bra så att man får ett bra skydd, det hjälper inte att man har ett glapp på 30 cm om det händer något.” (5)

Oavsett vilka situationer och svårigheter ambulanspersonal ställdes inför försökte de lösa problemen så gott det gick, situationsanpassning och uppfinningsrikedom fick ofta tas till. Frustration uppstod när det gällde transporten utav barn då barnbältena och hjälpmedlen inte uppfattades som tillräckliga.

”Det är ju jätte svårt med barn, oftast får man sätta föräldern och så får man använda den (flygplansbälte, författarnas anm.) här, beroende på storleken på barnet, den här flygplanshistorien, ibland går inte det heller, men barn är ju det svåraste vi kan köra egentligen för de är ju, antingen så är de för små för de bältena som finns och då har vi ingen så att säga, vi har lite så att vi kan trä om men det är bökigt, barn är jätte svårt, är de riktigt, riktigt pytte små så är det så bra när vi kan använda deras egen bilbarnstol, då sitter de ju jätte bra.” (12)

”...men för riktigt små barn har vi inget..det finns ett ”skämbälte” som vi ska ha bara för att vi ska ha det men det finns ju absolut ingen säkerhet i det överhuvudtaget..så kallat flygplansbälte..hur det ska vara tänkt att fungera med den nya baren (pensi) det finns ingen förälder som kan hålla barnet på det sättet..” (2)

Riktlinjerna för fastsättning av barn var omdiskuterade och olika från ambulans till ambulans, bland annat när det gällde babyskyddsanvändning på pensibåren. Detta gav upphov till rädsla och känslor av frustration hos personalen då de ej visste hur de skulle gå tillväga för att uppnå högsta säkerhet för barn oavsett ålder. Ytterligare ett dilemma som uttrycktes angående barn var svårigheterna med att kommunicera då det ej gick att förklara för alla varför de skulle ha bälten, i situationer där olika språk talades var det ännu svårare då även kommunikationen med föräldrarna var ouppnåelig.

”...men nu har man annat problem när man kommer till flyktingförläggningar och ska hämta barn som kanske inte ens har en mamma och pappa hos sig..eller så vill hela familjen på ca fem personer följa med och då blir det en upprörd situation.. och då är det besvärligt för barnet och då kan det bli extra svårt att få barnet i bältet då många är upprörda och det är stöjt.. ett sånt här barn kan man ju inte prata med så att det förstår då den ej förstår språket man är ju vänlig å så och vara mjuk.....man vill ju inte skapa en situation så att de blir rädda för ambulanspersonal. Alla försöker så långt det går ännu viktigare på barn för de kan inte ansvara för sin egen säkerhet så som vuxna kan.” (2)

Uppfattningarna gick isär gällande fastsättning av immobiliserade patienter på baren, avgörande faktorer var tid, utrustning, erfarenheter och personliga åsikter om vad som behövdes för att patienten skulle sitta säkert. Det märktes tydligt att säkerhetstänket ibland blev åsidosatt av vissa individer då helkroppsimmobiliserade patienter inte bältades med alla bälten för upplevelsen var att det har gått bra tidigare utan att någon olycka har skett och tankegången var att det går nog bra igen.

”...det är svårt, hur man fäster den på baren, jag har väl inte fått någon som har visat men personligen så fäster jag bälte igenom på ena sida av baren så jag kan välta den om patienten skulle kräkas. Då är den ju lite säkrad. Så har jag gjort för att.. ha ha sätter jag den utanpå så åker ju hela baren fram vid inbromsning.. vet inte riktigt hur andra gör.. jag gör så här.” (6)

”...en sån där lurig grej som kan vara, man får in patienten i bilen och har fixerat med remmar men sen det sista så har man inte lagt över bältena och så har ju patienten egentligen i stort sett varit helt lös, det har jag varit ute för vid något tillfälle.” (8)

Ingen av informanterna fick bestående skador, vare sig av att inte använda sitt eget bälte, eller att inte använda säkerhetsbälte på patienten. Alla var överens om att genom att använda sitt eget bälte och patientens bälte minskade risken att skada sig själv eller patienten i vårdutrymmet. Ingen upplevde att patienten hade skadats i vårdutrymmet på grund av att bälte inte användes.

”Ja absolut om det händer någonting en häftig inbromsning undanmanöver eller att vi skulle krocka så är risken överhängande att man kan skada patienten.” (5)

”Nej inte skadat mig men jag har ju alltså i historien så har jag ju vid några tillfällen åkt i den här torpedväggen som avskiljer förarutrymmet och vårdutrymmet. Och det har varit vid några bland annat hjärtstoppssituationer, då finns det ju ingen, man kan inte

hålla sig i ,då åker man ju bara, har bilisterna gjort något så föraren har varit tvungen att bromsa eller sådär då va, så är det svårt att hålla emot.” (8)

Bältesanvändningen på sjuksköterskan påverkades av vårdarens uppfattning om hur riskfylld situationen var utifrån miljön utanför och inuti bilen. Patienternas beteende i ambulansen kunde ibland vara hotfullt och för att skydda sig själv som personal fanns ibland behov av att sitta obältad för att snabbt kunna förflytta sig bort från patienten.

”...då tänker jag direkt att vi måste spänna fast honom ganska hårt, ja ordentligt ifall att det är så att han är drogpåverkad och vaknar till så att han inte hittar på något dumt så att säga i bak där. Och då valde jag att inte ta på mig bältet och det var nog bra där för han kvicknade till sen och det blev, ja, jag försökte lugna honom flera gånger... det gick inte att hålla honom trots att jag drog åt hans bälten ordentligt, men då valde jag att inte ha bälte på mig för att kunna flytta på mig så han inte skulle nå mig.” (9)

”Om jag har en dålig patient så måste jag kanske röra mig mycket runt patienten då och då kan jag inte ha bälte på mig, då måste jag grejsa så mycket.”(10)

”Det var senast förra veckan..det var en patient som krampade och kom sig efter ett antal läkemedel och när vi kommer in mot stan så blir han medvetlös och slutar att andas och då fick jag ju hoppa ur bältet..men då bytte jag ju bältesplats kan man säga då satte jag mig bakom så bältade jag mig där istället ehm..men man är ju obältad en stund, egentligen ska man ju be dem stanna.” (2)

7.2 Kollegans körsätt och kommunikation

Det fanns en tydlig ömsesidig påverkan mellan vårdare och förare när det gällde körsätt. Vissa vårdare uppgav att de påverkades av hur föraren körde och anpassade sitt vårdarbete och bältesanvändande utefter det. Anpassning skedde även utifrån typ av väg, det upplevdes säkrare att ta av bältet på motorväg än på mindre vägar.

”... om de är dåliga på att köra, om det är mycket stopp och start och så det känner man ju själv här borde jag nog sitta fast egentligen, går det mjukt och smidigt kanske man inte tänker så mycket på det men har man en dålig chaufför i fram så tänker man nog mer på att shit, här borde jag nog sätta fast mig egentligen det tror jag.” (11)

”Om jag känner förtroende för chauffören så känner jag mig lugnare och då känner jag att då litar jag på honom att det går bra, då kan jag sitta obältad med en dålig patient. Om jag har en dålig patient och en chaufför som jag inte litar på, då har jag på mig bälte.” (10)

Föraren frågade sällan om vårdarkollegan hade bältet på, dock uttryckte en del att de frågade om det var okej att köra samt att de anpassade sin körning utifrån om de såg att kollegan stod upp i vårdutrymmet eller inte. Medvetenheten om oförutsedda situationer såsom exempelvis undanmanöver eller kraftig inbromsning för att undvika kollision med vilt eller fordon fanns.

”...den ena bilen vi har här indikerar om passageraren i bak har bälte eller inte, sen vet jag med mig att vissa använder inte bälte och det hjälper nog inte att jag säger till dem heller, de kommer nog inte använda bälte för det.” (9)

”... det är nog upp till var och en tycker jag att tänka på sin egen säkerhet, man kan inte dadda de i bak liksom men jag vet ju själv hur jag gör, ibland har jag det och ibland inte, man får ju ändå på något sätt köra så försiktigt jag kan ändå ta mig fram om man

säger så, det är svårt att nee, jag frågar sällan efter det och ibland märker man det då man tittar i backspegeln på vad som händer det gör man ju, ibland ser man lite vad som händer, ibland ser man att de sitter fast och ibland inte är uppbältade..” (11)

Kommunikation med föraren ledde ibland till att vårdaren var tvungen att ta av sig sitt bälte och gå fram till luckan i mellanväggen för att kunna höra vad denne sa. Uppfattningen om situationen som uppstod vid assistans var individuell, i vissa lägen uppstod ett lugn då rollerna naturligt fördelades och sittplatser med bälte fanns. I andra lägen kunde bälten inte användas och vårdarens egen säkerhet förbisågs och fokus var på patienten och vården av denna.

”Vid assistans är det alltid farligt särskilt för den som assisterar den sitter ju illa till och är sällan bältad ehh kanske är bältad men ..e han det eller inte?, ofta vid assistans så är det ju akut och man jobbar i hela utrymmet och hjälper varandra...försöker själv ha bälte men det är inte prio 1 om det är så att personer håller på att tippa över, utan då blir det att man tänker på patienten först..” (4)

7.3 Personliga attityder

När det gällde utformningen av vårdutrymmet upplevdes ett behov av att ha med vårdpersonal som kunde komma med synpunkter gällande placering av utrustning. Bältesutformningen togs även upp då rullbälten på båren var en utvecklingssynpunkt. Önskemål angående åtgärder för att öka användningen av säkerhetsbälten uttrycktes så som utbildning, bältesindikerare, samt att synliggöra problemet men vissa ansåg att det var personliga egenskaper som var avgörande om bälte användes eller ej. Attityden till bältesanvändning kan inte förändras över en dag utan det är en lång process.

”...vi får ju mycket information och vi ser ju mycket just när man får nya bårar och såna här saker att man även ser olika krocktester och sånt här, så att egentligen är det nog svårt att få människor till att använda bilbälte mer eller att även spänna fast patienten mer av att ge mer information, med det informationsflödet vi har, tar man inte till sig det så spelar det nog ingen roll vad man säger till dem för de kommer inte använda det ändå, för att de tror inte att de händer dem, så tyvärr.” (12)

7.4 Känsla av falsk säkerhet

Överlag sågs ett beteende som grundade sig i tanken att det händer inte mig. Flera hade hört om situationer och tragiska händelser och hade även i tjänsten tagit hand om individer som varit med om trafikolyckor, trots detta kände sig många trygga och säkra i ambulansen, vilket påvisar känslor av falsk säkerhet. Alla visste att bälte skulle användas så väl på vårdpersonal som på patienten men avsteg gjordes ändå då ambulansen kändes skyddad. Medvetenheten om att även ambulansen kan krocka och personal samt patient kan skadas fanns, men då känslan av att det inte skall hända en själv fanns så gjordes det ibland avsteg från att använda bälte.

”... vi är ganska så medvetna om riskerna, vi hämtar ju människor som har varit ute och kört bil utan bilbälte så att egentligen handlar det nog bara om lathet och att man struntar i att sätta på sig, att man känner sig skyddad ändå för att man åker ambulans och det är en falsk säkerhet, så jag tror nog det är därför en del inte använder bilbälte” (12)

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskornas uppfattning av användandet av säkerhetsbälte på sig själva samt på patienten i ambulansen. För att besvara syftet bäst valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats eftersom metoden var lämpligast för att beskriva sjuksköterskans uppfattning. Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) är den kvalitativa metoden användbar för att analysera texter så som inspelade intervjuer. Författarna använde sig av en kvalitativ intervju med semistrukturerade intervjufrågor och fick därmed en inblick i hur informanterna uppfattade sin värld och sitt liv. Att samtala är en grundläggande form av mänsklig interaktion. Genom samtal lär vi känna andra människor och får en djupare kunskap om deras erfarenheter, känslor, attityder och den värld de lever i (Kvale & Brinkmann, 2014).

För att bibehålla god forskningsetik och skydda informanterna har noggrann hänsyn tagits till etiska aspekter under hela studiens gång, ingen informant valde att avbryta studien.

8.1.1 Urval och informanter

Det visade sig att det var lätt att få informanter som ville delta i studien. De tolv första som var intresserade av att delta och som författarna fick telefonkontakt med valdes. Informanterna arbetade som sjuksköterskor inom ambulanssjukvård och representerade flera olika områden av regionen vilket var positivt då det gav en variation av upplevelser. Det var kvinnor och män som representerade olika åldrar, geografiska områden, arbetslivserfarenhet och vidareutbildningar. Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) har tillvägagångssättet för val av deltagare betydelse för resultatets giltighet eftersom den kvalitativa innehållsanalysens ändamål är att skildra variationer.

8.1.2 Datainsamling

Informanterna intervjuades enskilt för att trovärdigheten i studien skulle höjas. En fördel med enskilda intervjuer är att de tystlåtna kommer till tals och att deltagaren förblir anonym. Deltagarna i enskilda intervjuer riskerar ej att påverkas av grupprocessen, som kan leda till att synpunkter och beteenden uppges som ingen av de intervjuade personerna känner sig bekväma med, utan uttrycker vad de själva tycker och tänker (Trost, 2010). Resultatet hade kanske blivit annorlunda om det hade gjorts en fokusgruppsintervju eftersom informanter som delar vissa erfarenheter och synpunkter kan utbyta idéer och tankar.

Intervjukvaliteten anses vara god då informanterna var intresserade och gjorde sitt bästa för att svara på frågorna. Under intervjun lyssnade författaren aktivt och ställde följdfrågor där det behövdes. Författarnas förförståelse påverkade ej informanterna under intervjuprocessen eller under efterföljande tolkningsprocess. Däremot har författarnas förförståelse lett till möjligheten att analysera materialet djupare och inget har tagits förgivet eller varit underförstått eftersom utvecklande frågor ställdes under intervjuerna för att grundligt få fram sjuksköterskornas erfarenheter och uppfattningar. Intervjuplatsen bestämdes av informanten och skedde i en avskild miljö utan störningsmoment. Det som är en styrka med tillvägagångssättet är att informanten inte hade fått vetskap om intervjufrågorna i förväg. Tanken med detta var att svaren skulle

komma spontant och ärligt. En del informanter uttryckte efter intervjun att de hade blivit mera reflekterande och medvetna över sitt sätt att använda säkerhetsbälte i ambulans.

8.1.3 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ analys bör enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) bearbeta begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att uppnå trovärdighet. Giltighet innebär att egenskaper som är representativa för det som var avsett att beskrivas har lyfts fram i resultatet. Giltigheten kan styrkas genom att forskare som är insatta i ämnet läser igenom materialet och kommer fram till en gemensam tolkning av materialet som de som utfört studien. Tillförlitlighet fås genom att analysprocessen har beskrivits noggrant i bestämda steg samt att författarna har haft studiens syfte i åtanke genom analysprocessen. En noggrann beskrivning av urvalet gjordes så att läsaren kan förstå vilka som deltagit vilket är viktigt för giltighet, exempelvis ålder, kön, och antal deltagare. Överförbarhet är ett mått på hur väl studien går att överföras till andra grupper och genomföras med liknande resultat (ibid.)

Båda författarna tolkade intervjumaterialet var och en för sig och flera gånger tillsammans, vilket ökar tillförlitligheten. Att studiens resultat överensstämmer med svensk och internationell forskning samt att författarna använde citat från de öppna frågorna är en styrka som ökade studiens tillförlitlighet. För att styrka tolkningen av datan användes meningsbärande enheter som citat för att tydliggöra texten och ge den ett djupare innehåll. Resultatet för denna studie talade endast för en begränsad geografisk del av Sverige. Arbetssätt och utrustning i ambulansen skiljer sig inte i det stora hela mellan landstingen i Sverige, vilket medför att de erhållna resultaten till stor del är överförbara på övriga delar i Sverige.

Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) menar att forskaren som är väl förberedd och har en väl dokumenterad analys är det som skiljer ett vetenskapligt förhållningssätt från ytliga gissningar. Forskarens uppgift är att organisera, jämföra och validera alternativa tolkningar. Studiens trovärdighet styrks genom ett noggrant analyserande av innehållet med en erkänd vetenskaplig metod. Sammanfattningsvis har således metoden och analysförfarandet besvarat syftet med studien på ett adekvat sätt.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskans uppfattning om användandet av säkerhetsbälte i ambulansen, både gällande sig själv och patienten. I resultatet framkom ett övergripande tema: "Anpassa sig efter situationen", som delades in i fyra subtema: "Patientens tillstånd och säkerhet", "Kollegans körsätt och kommunikation", "Personliga attityder" och "Känsla av falsk säkerhet". De viktigaste resultaten i studien diskuteras nedan utifrån relevant forskning.

Många av informanterna uttryckte att de upplevde att de fick anpassa säkerheten efter patienten. Det fanns svårigheter med att transportera barn i vårdutrymmet i ambulansen, både på grund av bältesanvändningen och på grund av kommunikationen med dem. Det fanns inte tillräckliga hjälpmedel och frågetecken fanns angående vilka hjälpmedel som skulle användas och hur. Liknande resultat presenteras av Öberg, Vicente & Wahlberg (2015), som menar att vid transport av barn krävs ett mångfacetterat synsätt och det kan vara orsaken till stress och rädsla hos ambulanspersonalen. Transport av barn hade på

grund av barnens sårbarhet och försvarslöshet en känslomässig inverkan på ambulanspersonalen. De uttryckte rädsla för bristande förmåga att ta hand om barnet och upplevde en konflikt mellan att upprätthålla patientsäkerheten och emotionella välbefinnande kontra trafiksäkerhet vid transport av barn. Medvetenhet fanns angående vikten av att upprätthålla både patient- och trafiksäkerheten men eftersom PediMate (anordning för att spänna fast barn på båren) ibland bedömdes komma i vägen för den medicinska säkerheten eller emotionella välbefinnandet och tog för lång tid att sätta fast så användes den inte alltid. En studie av Johnson, Lindholm & Dowd (2006) visar att majoriteten har utbildning i fastsättning av barn i ambulanser och att hälften vet mycket om fastsättningen av kritiskt sjuka barn inför transport. Dock visar det sig att 30 % inte identifierar den rätta metoden för att transportera en stabil tvååring och att 40 % inte väljer den korrekta metoden för att sätta fast en barnstol på ambulansbåren. Att fästa en barnstol vid båren anses av 81 % att inte ta för mycket tid från patientvården. 63 % anser att det inte är svårt att ta hand om ett barn i bilstol. 80 % av ambulanspersonalen transporterar regelbundet barnen i barnstol medan 23 % transporterar dem i vissa situationer i en vuxens knä.

Alla informanterna i den utförda studien menade på att risken att skada sig själv eller patienten minskade om de själva hade på sig sitt bälte samt att de satte på patientens bälten korrekt. Detta stödjer Levick, Li, Yannaccone (2001) vars resultat vid krocktester med ambulans visar på att underlåtenhet att använda de säkerhetsbälten som finns i fordonen leder till risk för allvarlig skada både på de individer som använder säkerhetsbälte och de som inte använder säkerhetsbälte. Utifrån deras tester framgår tydligt vikten av att ambulanspersonal vid alla tillfällen använder sitt eget samt alla säkerhetsbälten till patienten oavsett om det är krångligt att använda alla bälten vid exempelvis helkroppsimmobiliserade patienter eller om det är patienter som samarbetar. Utifrån detta resultat ses att användandet av säkerhetsbälte på till exempel barn i ambulansen ingår i ett större organisatoriskt sammanhang. Enligt systemteorin så är hela situationen att inte använda säkerhetsbälte förutsättningen för att ett problem uppstår och att en förändring ska komma att ske. Här ses en likhet i resonemanget om användandet av säkerhetsbälte att man måste kunna vara lyhörd både för det subtila och det dramatiska för att kunna utveckla förmågan för att reagera och upptäcka. Kanske måste det till en skadehändelse för att den enskilde ska reflektera över användandet av säkerhetsbälte. Blir ambulanspersonalen skadad eller till och med avlider på grund av att säkerhetsbälte inte används så drabbar det båda parter. Det finns ingen som kan ansvara för patientsäkerheten om ambulanspersonalen är skadad. Hela vårdorganisationen påverkas och är beroende av att varje del fungerar, som i detta fall är ambulansverksamheten och säkerheten för patient och ambulanspersonal.

Öquist (2008) beskriver "lätta på trycket"-lösningar istället för att ta tag i själva grundproblemet och finna lösningar. En del av informanterna använde endast midjebältet och satte axelremmen bakom ryggen, eller lät barnet sitta i föräldrarnas knä med eller utan "flygplansbälte". Det kändes då mer tillfredställande gentemot sin egen säkerhet att inte vara helt obältad. Dessa lösningar gjordes trots vetskapen om att säkerheten blev lidande för alla som färdas i ambulansen. Öquist (2008) menar att eftersom den här strukturen delvis skapas av oss människor kan den bli svår att få syn på eftersom vi själva ingår som en del i den och den aldrig helt kan frigöras från helheten. Men finns det en insikt om att det förhåller sig så kan det leda till nya lösningar och utveckling, både individuellt och i ambulansverksamheten.

Resultatet påvisar att det fanns en tydlig ömsesidig påverkan mellan vårdare och förare att anpassa sig efter kollegan. Vissa vårdare uppgav att de påverkades av hur föraren körde och anpassade sitt vårdarbete och bältesanvändande samtidigt som föraren försökte anpassa sin körning efter vad vårdaren gjorde i vårdarutrymmet. Det fanns en medvetenhet hos föraren och vårdare att det oväntade och oförutsägbara kunde ske, så som undanmanöver eller plötslig inbromsning. Liknande resultat kan ses i studien av Goodloe, Crowder, Arthur & Thomas (2012) där de beskriver hur vårdare anpassar sitt användande av säkerhetsbälte efter vilken kvalitet som föraren har på sin körning. Enligt Lundälv (2005) är det här ett känsligt ämne då det inte finns så många skadehändelser rapporterade. Visst kan det tyda på undermåliga förarutbildningar men också på att det är en allt stressigare arbetsmiljö och även bristande förståelse för ambulanspersonalens alltmer utsatta arbetsförhållanden där hot, våld, stress och avancerade trafikmiljöer utsätter dem själva men även deras patienter för stora risker. Även Slattery & Silver (2009) beskriver i sin artikel att körningen blir lidande då föraren är fokuserad på att köra in snabbt till sjukhuset för att patienten är dålig.

Kommunikation mellan förare och vårdare upplevdes som ett riskmoment då vårdare vid vissa tillfällen behövde knäppa loss sig och gå fram och prata med föraren genom luckan. Prince, Bendall, Patterson & Middleton (2012) bekräftar att kommunikationen mellan förare och vårdare skedde genom att vårdaren knäppte loss sitt bälte och stack fram huvudet i luckan till förarutrymmet. Detta är ett mycket stort riskmoment som måste ses över och att man istället bör använda trådlös kommunikation så som headset.

9 Slutsats

En majoritet av informanterna uttryckte osäkerhet kring fastsättandet av barn och det fanns ett behov hos ambulanspersonal av mer strukturerad genomgång och utbildning när det gäller användandet av säkerhetsbälte och de hjälpmedel som finns för att på ett säkert sätt transportera barn.

Säkerheten för ambulanspersonal och patienter bör ses över och förbättras för att bli så hög som möjligt. Alla ambulanser borde ha kommunikationsutrustning som är lätt att använda och som uppfyller behovet och syftet med den, vårdaren skall inte behöva ta av säkerhetsbältet för att gå fram till föraren utan skall kunna kommunicera via headset eller liknande. Utöver det så bör fler risk- och körutbildningar erbjudas för att ge förarna bästa möjliga förmåga att undvika eller ta sig ur farliga situationer på vägarna samt framföra ambulansen följsamt för att underlätta för vårdaren i vårdutrymmet. Vårdutrymmet bör också förbättras samt att de olika stationerna informerar om användningen av säkerhetsbälte, förslagsvis kan det läggas in ett kompetenskort i TILDA (databas för utbildningsprogram).

Sjuksköterskor i ambulansen sätter ibland patientens säkerhet framför sin egen då de väljer att inte använda sitt eget säkerhetsbälte. Detta leder till ökad risk för skada både på sjuksköterskan och patienten i vårdutrymmet. För att öka följsamheten gällande säkerhetsbältesanvändning är det viktigt att flera studier utöver denna genomförs utifrån olika synvinklar, exempelvis patientens upplevelse av transporten.

10 Referenser

- Albertsson, P., & Bylund, P-O. (2009). Ambulanskrascher i Sverige- En retrospektiv analys av information från STRADA. *Scandinavian update Magazine*, 2009:4, s.48-51.
- Becker, L. R., Zaloshnja, E., Levick, N., Li, G., & Miller, T. (2003). Relative risk of injury and death in ambulances and other emergency vehicles. *Accident Analysis and Prevention*. 35: 941-948.
- Danielsson, E. (2012). *Kvalitativ forskningsintervju*. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod, Från idé till examination inom omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur AB.
- Goodloe, J. M., Crowder, C. J., Arthur, A., & Thomas, S. H. (2012). EMS Stretcher "misadventures" in a large, urban EMS system: A descriptive analysis of contributing factors and resultant injuries. *Emergency Medicine International*, 2012, Vol. 2012.
- Hedlund, J. (2016). Personlig kommunikation via mail från Jonathan Hedlund Transportstyrelsen, Statistik från STRADA 2016-01-15.
- Hignett, S., Crumpton, E. & Coleman, R. (2009). Designing emergency ambulances for the 21st century. *Emergency Medical Journal* 2009;26:135-140.
- Johnson, T. D., Lindholm, D., & Dowd, M. D. (2006). Child and provider restraints in ambulances: knowledge, opinions, and behaviors of emergency medical services providers. *Academic Emergency Medicine*, 13(8): 886-892.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den Kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Larmon, B., LeGassick, T. F., & Schriger, D. L. (1993). Differential front and back seat safety belt use by prehospital care providers. *American Journal of Emergency Medicine*. 1993 Nov;11(6):595-9.
- Levick, N., Li, G., Yannaccone, J. (2001). Development of a dynamic testing procedure to assess crashworthiness of the rear patient compartment of ambulance vehicles. Paper presented at: *Enhanced Safety of Vehicles*; paper No. 454, May 2001.
- Lundman, B. & Hällgren- Graneheim, U. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundälv, J (2005) *Ambulansrelaterade skadehändelser - kunskapsöversikt om skadefrekvens, uppföljningssystem och skadeprevention för ambulanspersonal och patienter*, Dnr EK50A2002:23297 Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Petzäll, K. (2008) *Trafiksäker transport och vård av patienter i ambulans*. Karlstad University Studies, Forskningsrapport nr. 2008:57, Karlstad: Universitetstryckeriet.

Prince, R., Bendall, J. C., Patterson, J.A., & Middleton, P.M. (2012) What causes adverse events in prehospital care? - A Human Factors Approach. *Emergency Medicine Journal*. 30, 7, 583-588

SFS 1998:1276. *Trafikförordningen*. Stockholm: Näringsdepartementet.

Slattery, D., & Silver, A. (2009). The Hazards of providing care in emergency vehicles: an opportunity for reform. *Prehospital Emergency Care*. 13,3, 388-397.

SOSFS 2009:10. *Ambulanssjukvård m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Suserud, B-O., Jonsson, A., Johansson, A., & Petzäll, K. (2013). Caring for patients at high speed. *Emergency Nurse*. Nov; 21(7):14-8.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Öberg, M., Vicente, V., & Wahlberg, A. (2015). The Emergency medical Service personnel's perception of the transportation of young children. *International Emergency Nursing* 23, 133-137.

Öhrn, A. (2014). *Säker vård*. I Edberg, A.K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L. Wijk, H. & Öhlén, J. (2014). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur AB.

Öquist, O. (2008). *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat*. Mölnlycke: Gothia Förlag.

Pensirescue (u.å.). *Ambulansprodukter*. Hämtad 2016-01-24, från <http://www.pensi.fi/sv/ambulances.htm>

SOS Alarm (u.å.). *Utalarmering av ambulanser*. Hämtad 2016-03-01, från <https://www.sosalarm.se/Vara-tjanster/Vard/Utalarmering-av-ambulans/>

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer*. Hämtad 2016-02-04, från <http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Trafikanalys. (2015). *Vägtrafikskador*. Hämtad 2016-01-23, från <http://www.trafa.se/vagtrafik/vagtrafikskador/>

NTF. (u.å.). "Det händer inte mig!" Hämtad 2016-01-23, från <http://www.ntf.se/trafikeniskolan/teman/fart/default.asp?RecID=45901>

Trafikverket (2014). *Nollvisionen*. Hämtad 2016-01-23, från <http://www.trafikverket.se/om-oss/var-verksamhet/sa-har-jobbar-vi-med/vart-trafiksakerhetsarbete/trafiksakerhetsmal/nollvisionen/>

Bilaga 1 Intervjufrågor

Inledande frågor:

Ålder?

Kön?

Är som sjuksköterska?

Är på ambulansen?

Specialistsjuksköterska, vilken specialitet i så fall?

Arbetsplats: glesbygd, tätort, både och?

Intervjufrågor:

Bälte på oss själva

Använder du bälte i fram i ambulansen?

Hur upplever du bältesanvändning på dig själv i vårdutrymmet?

När väljer du att ha bältet på dig i vårdutrymmet?

När väljer du att inte ha bältet på dig i vårdutrymmet? Varför? Svårigheter?

Berätta om ett tillfälle då du inte använde bälte. Orsak?

Påverkar kollegans körsätt ditt användande av bälte? I så fall hur/varför?

Om du är förare, kontrollerar du då om din kollega har bälte på sig i vårdutrymmet innan du kör? Om den inte har det, säger du till? Om nej, varför inte?

Vid assistans och två vårdare i ambulansen, hur fungerar bältesanvändningen då?

Tror du att du kan skada patienten om du inte har bälte på dig?

Har du någon gång skadat dig under tiden du vårdat i ambulansen? I så fall hur? Orsak?

Hade du bälte?

Vad skulle kunna göras för att öka/underlätta bältesanvändningen?

Är det något du vill tillägga angående ditt bältesanvändande?

Bälte på patienten

Hur upplever du bältesanvändning på patienten?

Varför använder du bälte på patienten? Varför inte? Svårigheter?

Berätta om ett tillfälle då du inte satte på patienten bälte. Orsak?

Vad tror du skulle bidra till att öka användningen av bälten på patienten?

Upplever du att du alltid sätter på alla bälten på patienten? Om inte vilka sätter du på?

Hur upplever du användandet av bilbälten på barn i vårdutrymmet?

Har din patient någon gång skadats i vårdutrymmet i ambulansen? hade patienten bälte på sig?

Hur upplever du användandet av bilbälte på helkroppsimobiliserade patienter?

Är det något du vill tillägga angående användandet av bälten på patienten?

Bilaga 2 Verksamhetschefen

Till verksamhetschefen på Ambulansen i Sydvästra Sverige

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård, vid Linnéuniversitetet i Växjö. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vi är nu intresserade av att fördjupa kunskapen om sjuksköterskans erfarenheter av bilbältesanvändning på sig själva samt på patienten. Syfte med vårt examensarbete är att undersöka sjuksköterskans uppfattning om användandet av sitt eget bilbälte samt patientens bilbälte i vårdutrymmet i ambulansen.

Detta är av intresse för att längre fram kunna vidareutveckla arbetsmiljön och säkerheten i ambulansen.

Vi önskar härmed hjälp från enhetscheferna med att sända ut förfrågningar om deltagande till sjuksköterskor via mail samt information i ett eventuellt veckobrev. Deltagarna kommer att få skriftlig samt muntlig information och tillfrågas om informerat samtycke innan intervjun genomförs. Alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och kommer att avidentifieras. Informanten har när som helst rätt att avbryta sin medverkan utan att ange anledning. Deltagandet i studien bygger på frivillighet. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet.

Vi planerar att genomföra intervjuerna i februari. Intervjuerna kommer att ta ca 30-60 minuter och kommer att spelas in på band. Efter att studien är genomförd och godkänd kommer den publiceras på DIVA som är en portal för forskningsrapporter och studentarbeten. Om intresse finns kommer vi gärna och presenterar våra resultat för er verksamhet.

Vänligen svara så snart det går då vi har begränsad tid att genomföra studien på.

Med vänliga hälsningar Ann-sofie Andersson & Louise Blixt

För ytterligare upplysningar eller frågor vänligen kontakta oss via nedan angivna

Ann-sofie Andersson , xxx@hotmail.com

Louise Blixt, xxx@hotmail.com

Mobil: xxx

Mobil: xxx

Vi handleds i examensarbetet av: Anna Kristensson-Ekwall Lektor Institution för

Hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet i Växjö. Tel: xxx, E-post: xxx@lnu.se

Bilaga 3 Verksamhetschefens godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Ann-sofie Andersson och Louise Blixt genomför datainsamling för studien som handlar om bilbältes användning i vårdutrymmet i ambulansen inom ramen för vad som tidigare beskrivits.

10-15 sjuksköterskor som frivilligt deltar kommer intervjuas vid varsitt individuellt tillfälle under 30-60 minuter.

Mitt samtycke till verksamhetens deltagande skrivs under och postas i bifogat adresserat kuvert till Ann-sofie Andersson eller Louise Blixt.

Ort och datum

Namnsteckning/namnförtydligande

Titel/verksamhet

Bilaga 4 Information till enhetscheferna

Till enhetschefen på Ambulansen

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård, vid Linnéuniversitetet i Växjö. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vi är nu intresserade av att fördjupa kunskapen om sjuksköterskans erfarenheter och attityder angående bilbältesanvändning på sig själva samt på patienten. Syfte med vårt examensarbete är att undersöka sjuksköterskans uppfattning om användandet av sitt eget bilbälte samt patientens bilbälte i vårdutrymmet i ambulansen.

Detta är av intresse för att längre fram kunna vidareutveckla arbetsmiljön och säkerheten i ambulansen.

Vi önskar hjälp från dig som enhetschef med att sända ut förfrågningar om deltagande till sjuksköterskorna via mail samt information i ett eventuellt veckobrev. Vi kommer ringa er inom några dagar för att prata om detta.

Deltagarna kommer att få skriftlig samt muntlig information och tillfrågas om informerat samtycke innan intervjun genomförs. Alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och kommer att avidentifieras. Deltagaren har när som helst rätt att avbryta sin medverkan utan att ange anledning. Deltagandet i studien bygger på frivillighet. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet.

Vi planerar att genomföra intervjuerna i februari. Intervjuerna kommer att ta ca 30-60 minuter och kommer att spelas in på band. Efter att studien är genomförd och godkänd kommer den publiceras på DIVA som är en portal för forskningsrapporter och studentarbeten. Om intresse finns kommer vi gärna och presenterar våra resultat för er verksamhet.

Med vänliga hälsningar Ann-sofie Andersson & Louise Blixt

För ytterligare upplysningar eller frågor vänligen kontakta oss via nedan angivna

Ann-sofie Andersson , xxx@hotmail.com

Louise Blixt, xxx@hotmail.com

Mobil: xxx

Mobil: xxx

Vi handleds i examensarbetet av: Anna Kristensson-Ekwall Lektor Institution för Hälsa- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet i Växjö. Tel: xxx, E-post: xxx@lnu.se

Bilaga 5 Förfrågan om medverkan

Förfrågan om medverkan i en intervjustudie

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot Ambulanssjuksköterska, vid Linnéuniversitetet i Växjö. Vi båda arbetar sedan tidigare på ambulansen i Västra Götaland. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med vårt examensarbete är att undersöka sjuksköterskans uppfattning om användandet av sitt eget bilbälte samt patientens bilbälte i vårdutrymmet i ambulansen.

Dina upplevelser och erfarenheter är värdefull information, för att arbetsmiljö och säkerhet i ambulansen ska kunna utvecklas och förbättras.

Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter och den kommer att spelas in på band. Den kommer att genomföras under februari månad. Intervjun avidentifieras och kommer att behandlas konfidentiellt. Ditt deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange anledning. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet. Studiens resultat kommer att presenteras på ett sådant sätt att varken din identitet eller din medverkan kan avslöjas.

Enligt detta tillvägagångssätt är din identitet okänd för personalen på din ambulansstation. Om du inte samtycker till att delta i studien kan du bortse från detta mail och din identitet förblir då okänd för oss.

Om du samtycker till att delta i enskild intervju ber vi dig svara på detta mail till angiven adress nedan. Så kommer vi att kontakta dig via telefon, för att bestämma tid och plats för intervjun gemensamt. Vid frågor och funderingar hör gärna av dig till oss.
Vänliga hälsningar.

Ambulansen i Skaraborg
sjukvården

Louise Blixt

E-post: xxx@hotmail.com

Tel: xxx

Ambulansen i Nu-

Ann-sofie Andersson

E-post: xxx@hotmail.com

Tel: xxx

Vi handleds i examensarbetet av: Anna Kristensson-Ekwall, Lektor Institutionen för Hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet i Växjö.

Tel: xxx, E-post: xxx@lnu.se

Bilaga 6 Information- och samtyckesformulär

Information- och samtyckesformulär

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i ett examensarbete med syfte att undersöka sjuksköterskans uppfattning om användandet av sitt eget bilbälte samt patientens bilbälte i vårdutrymmet i ambulansen.

Intervjun kommer att spelas in på band, all analys sker konfidentiellt och det kommer inte att gå att spåra resultatdelar till dig eller din ambulansstation. Bandet kommer efter avslutad studie att förstöras enligt gällande regler.

Jag har fått skriftlig information om studien och är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta utan att behöva ange anledning. Samtycke till att medverka i intervjun finns i två exemplar. Ett exemplar behålls av mig, det andra exemplaret behåller författarna Ann-sofie Andersson och Louise Blixt.

Namn:.....

Namnförtydligande:.....

Telefonnummer:.....

Vid frågor kontakta oss gärna

Ann-Sofie Andersson, mobil: xxx, e-post: xxx@hotmail.com

Louise Blixt, mobil: xxx, e-post: xxx@hotmail.com

Handledare: Anna Kristensson-Ekwall, telefon: xxx, xxx@lnu.se

Bilaga 7 Etisk egengranskning

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt, kliniskt forskningsprojekt eller motsvarande inför rådgivande etisk granskning

Projekttitel: _____

Projektledare: _____

Handledare: _____

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. enligt Personuppgiftslagen behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, eller medlemskap i fackförening eller att behandla personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv).			
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på forskningspersonerna (även sådant som ej avviker från rutinerna men som är ett led i forskningen)?			
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka forskningspersonerna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka? (Se 4 § 2 punkten i Etikprövningslagen 2003:460)			
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov eller PAD)?			
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, dementa eller psykiskt handikappade liksom personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			

Om någon av frågorna 1-5 besvarats "Ja" eller "Tveksamt" kan forskningsarbetet, om det genomförs på forskarnivå, kräva godkännande vid en etikprövning av regional etikprövningsnämnd (EPN).

För vidare information om Etikprövningsnämnden se www.epn.se.

Om frågorna 1-5 besvarats med ett "Nej", fortsätt egengranskningen genom att kryssa när punkten är uppfylld:

		Ja	Tveksamt	Nej
6	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår (mörka inget men överdriv ej heller farorna). Minderårig skall i allmänhet ha vårdnadshavares godkännande (t ex enkäter i skolklasser).			
7	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.			
8	Eventuellt upprättande av personregister (där data kan kopplas till fysisk person) är anmält till registeransvarig person på respektive förvaltning (PUL- ansvarig).			
9	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för forskningspersonernas säkerhet är namngivna (prefekt, verksamhetschef eller motsvarande).			