

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2018:10

När det prehospitala uppdraget blir övermäktigt
– Sjuksköterskors erfarenhet av att vårda barn med hjärtstopp

Nilofarr Adelzadeh
Klara Hjorth



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	När det prehospitala uppdraget blir övermäktigt - Sjuksköterskors erfarenhet av att vårda barn med hjärtstopp
Författare:	Nilofarr Adelzadeh & Klara Hjorth
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och Poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng
Handledare:	Anders Bremer
Examinator:	Birgitta Wireklint Sundström

Sammanfattning

Hjärtstopp hos barn i åldrarna 0-16 år är ett ovanligt tillstånd och drabbar cirka 100 barn årligen i Sverige. Den främsta orsaken till hjärtstopp hos barn är drunkning, trauma, luftvägsstopp, lungsjukdom och plötsligt spädbarnsdöd. Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda barn 0-16 år med hjärtstopp prehospitalt. Genom ostrukturerade öppna intervjuer med en kvalitativ forskningsmetod där en induktiv ansats valts var avsikten att undersöka sjuksköterskors upplevelser och erfarenhet av vårdandet av barn med hjärtstopp. Åtta sjuksköterskor deltog. De arbetar eller har arbetat inom ambulanssjukvården och vårdat minst ett barn med hjärtstopp i åldrarna 0-16 år. Antal år i tjänst, utbildning, kön och ålder skiljde deltagarna åt. Genom kvalitativ innehållsanalys analyserades insamlad data till kategorier och resulterade i *När det blir övermäktigt och överkligt, Samtal som riskerar att utebli* och *En händelse som aldrig glöms*. Studiens resultat visar att sjuksköterskor som arbetar i ambulansverksamhet kan få uppdrag som upplevs som övermäktiga. Ett sådant uppdrag innebär att ta beslut som är livsgörande för kritiskt sjuka barn samtidigt som de egna känslorna måste sättas åt sidan. Att arbeta med kompetent personal speciellt om kollegan var högre utbildad, skapade trygghet och en känsla av att kunna dela på ansvaret. För att lättare kunna hantera strömmen av känslor framkom det ett behov av att erbjudas samtal efter avslutat uppdrag samtidig med ett behov av att bli tagen ur tjänst under pågående pass. Önskvärt var också utvidgade utbildningsmöjligheter för att utvecklas inom vårdandet av kritiskt sjuka barn. Vidare påvisar resultatet att det finns ett behov av bekräftelse för att känna sig nöjd med sin egen insats. Därför upplevdes det viktigt att veta att omhändertagandet av barnet varit bra. Detta skapar även trygghet och självsäkerhet inför kommande och liknande situationer.

Nyckelord: *Sjuksköterskor, barn, hjärtstopp, posttraumatisk stress, prehospitalt vårdande*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	3
BAKGRUND	3
Vanligaste orsakerna till hjärtstopp hos barn	3
Trauma	4
Plötslig spädbarnsdöd	4
Luftvägsstopp	4
Drunkning	4
Vårdandet av kritiskt sjuka barn	5
Hjärt- och lungräddning	5
När medicinska åtgärder misslyckas	5
Kunskaper om barns anatomi och bemötande	6
Sjuksköterskans erfarenhet av stress vid utlarmningen	6
Erfarenhet av en stressig arbetsmiljö	7
Posttraumatisk Stress Syndrom	8
Oförbereddhet och utbildning	8
Problemformulering	9
SYFTE	9
METOD	9
Ansats	9
Urval	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etiska övervägande	13
Resultat	13
När det blir övermäktigt och överkligt	14
Förstå vad som hänt och känna ensamhet i beslutsfattandet	14
Hantera sina känslor när det blir obehagligt	15
Fokuseras på den medicinska behandlingen	16
Behöva mer kompetens på plats	17
Tvivla på sin kunskap	18
Samtal som riskerar att utebli	18
Känna vikten av samtal och debriefing	19
Behöva bekräftelse	20
Tvinga fram efterlängtade samtal	21
En händelse som aldrig glöms	22
Känslorna tar över	22
Må dåligt och sakna svar	23
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	26
När det blir övermäktigt och överkligt	26

Samtal som riskerar att utebli _____	29
En händelse som aldrig glöms _____	31
Hållbar utveckling _____	32
Klinisk implikationer _____	32
Fortsatta studier _____	33
REFERENSER _____	34
<i>Bilaga 1</i> _____	39
<i>Bilaga 2</i> _____	41
<i>Bilaga 3</i> _____	43

INLEDNING

Inom ambulanssjukvården vårdas människor i alla åldrar och med varierade vårdbehov. Sjuksköterskor inom ambulanssjukvård skall därför vara beredda på att hamna i oförutsedda vårdmiljöer och händelser. De skall snabbt kunna bedöma vårdåtgärder i både lugna och livshotande situationer. Samtidigt skall de ha ett etiskt förhållningsätt och bemöta varje person med respekt och omsorg.

Ett alldeles speciellt och ovanligt uppdrag är hjärtstopp hos barn utanför sjukhus. Den bakomliggande orsaken skiljer sig åt i de olika vårdsituationerna men oavsett orsak är vårdandet påfrestande och skapar stress för sjuksköterskor inom ambulanssjukvården. Vårt intresse för att ambulansuppdrag med kritiskt sjuka barn väcktes då vi tidigare arbetat inom barnsjukvård och akutsjukvård på sjukhus och kommit i kontakt med vårdandet av barn. Att vårda kritiskt sjuka barn är väldigt brett och tillsammans ville vi skapa oss en förståelse om hur det är att vårda ett barn med hjärtstopp. Genom denna studie avser vi att öka kunskapen om ett svårt och ovanligt omhändertagande. Genom att identifiera problem i det prehospitala vårdandet av barn med hjärtstopp kan långsiktiga förbättringspotentialer möjliggöras.

BAKGRUND

Vanligaste orsakerna till hjärtstopp hos barn

I Sverige drabbas årligen ungefär 100 barn i åldrarna 0-17 år av hjärtstopp och nästan 200 unga vuxna (Börjesson, Dellborg, Gilljam & Wisten 2015). Cirkulations-stillestånd bland barn är således ovanligt och orsakas främst av hypoxiska tillstånd. Överlevnaden har under de senaste 20 åren dubblats och i de flesta fallen återfås god neurologisk funktion (Börjesson et al. 2015).

När det gäller de riktigt små barnen 0-1 år, drabbas i medeltal 16 barn av plötsligt hjärtstopp årligen i Sverige (Gelberg & Cleasson 2016). Fyra procent av dessa barn hade en defibrilleringsbar rytm. I åldersgruppen 1-12 år inträffar i snitt 16 stycken hjärtstopp per år där drunkning var den främsta bakomliggande orsaken.

Hansen et al. (2014) rapporterar att de bakomliggande orsakerna till hjärtstopp mellan 0-16 år kan kategoriseras i trauma, plötsligt spädbarnsdöd, luftvägsstopp och drunkningsolyckor. Herlitz et al. (2007) skriver att mellan 1990 och 2005 var de vanligaste orsakerna till hjärtstopp hos barn i Sverige drunkning, trauma, luftvägsstopp och lungsjukdom men lägger även till självmord som en bakomliggande orsak. Totalt var det 68 procent av hjärtstoppen som orsakades av plötsligt spädbarnsdöd (Gelberg & Cleasson 2016).

De vanligaste platserna där barn skadas eller har varit med om något som orsakat ett hjärtstopp är i hemmet, på gator och vägar, under fritidsaktiviteter samt vid vattendrag (Herlitz et al. 2007).

Trauma

Barn har svårt att bedöma hastighet och avstånd, hur farlig en situation är vilket kan härledas till att barn oftare utsätts för trauma, t.ex. trafik- och vägolyckor, fall- och klämskador. Hjärnskador är vanligast hos barn som varit med om ett trauma och har visat sig vara mest vanligt bland åldrarna 3 – 16 år och sker främst på grund utav trafik- och vägolyckor, fall ifrån höga höjder och andra händelser som misshandel och idrottssammanhang (Falk & Lindström 2012).

Skadorna som uppkommer vid ett trauma kan vara hypoxi, hjärn- och ryggmärgsskada, försämrad hjärtpumpsförmåga, hjärttamponad, nedkylning, stor blödning, pneumothorax, hemothorax samt skador på luftvägar som kan orsaka hjärtstopp. Sjuksköterskor inom ambulanssjukvården skall snabbt kunna konstatera vad som orsakat hjärtstoppet för att snabbt kunna påbörja livräddande åtgärder (Kjellemo et al. 2016).

Plötslig spädbarnsdöd

Spädbarnsdöd bland barn mellan noll till tolv månader beror på olika orsaker; infektioner, kvävning, metabolisk- eller hjärtsjukdom, trauma och hypoxi (Levieux et al. 2018). Det finns oftast ingen logisk förklaring till varför ett spädbarn plötsligt dör i sömnen men Goldberg et al (2018) har kommit fram till att ca 70 procent beror på hjärnskador, 15 procent på det autonoma nervsystemet och dessa i sig beror på genetiska faktorer.

Luftvägsstopp

Mat är den största orsaken till luftvägsstopp hos barn från noll till tre år, de vanligaste matvarorna är nötter, popcorn, majs, vindruvor, bär och varmkorv. Leksaker, mynt, kulor, bultar, skruvar, häftstift och nålar är andra främmande föremål som orsakar luftvägsstopp eller skada på luftstrupen hos barn (Dorfman, Pauze & Tilney 2011). Då ett barn har inhalerat ett främmande föremål ner i lungorna kan symtomen härleda vart ungefär föremålet sitter. Har föremålet satt sig i höjd med larynx nivån uppmärksammas det genom stridor, hosta, heshet, retning av kräkreflex samt andnöd. Skulle föremålet sätta sig i bronkträdet uppkommer inte symtom lika hastigt men visas främst genom feber, konstant hosta, väsning samt nedsatta andningsljud över ena lungan. Skulle föremålet sätta sig helt på tvären och strypa luftförseln får barnet andningsstopp, panik uppkommer och cyanos sprids över läppar, fingrar, ansiktet och övriga kroppen. Hypoxin blir så pass påtaglig att barnet tappar medvetandet, syretillförseln till hjärtmuskeln stryps och cirkulationsstopp uppstår (Dorfman, Pauze & Tilney 2011).

Drunkning

Hos barn är runt 200 gånger vanligare än trafikolycka främst bland pojkar mellan 5 och 14 år. Oftast beror det på alkohol, bristande övervakning av badplatser och dålig simkunskap (Szpilman & Orłowski 2016). Den primära drunkningsorsaken sker främst när personen inte klarar av att hålla sin egen luftväg fri från vatten. När personen inte kan spotta ut vattnet eller svälja ner det till magsäcken påbörjas aspiration av vattnet ner i lungorna och laryngospasm startar. Tillståndet övergår i hypoxi och förlorat medvetandet som leder till hjärtstopp. Hela drunkningsprocessen leder till hjärtstopp sker mellan

sekunder till några minuter. Sekundär drunkning sker oftast ihop med sjukdoms fall eller trauma (Szpilman & Orłowski 2016).

Vårdandet av kritiskt sjuka barn

En kritisk händelse är ett stressigt händelseförlopp som påverkar människans normala hantering av en situation. Sådana händelser kan störa personens normala hantering av stress. Ett tillvägagångssätt för att hantera händelsen är debriefing (Malcom et al., 2005). En kritisk händelse kan också definieras som traumatisk händelse där kategorier som naturkatastrof, terroristhandlingar, olyckor i motorfordon, mänskliga inducerade katastrofer och dödsituationer ingår (Pack 2013).

Hjärt- och lungräddning

Plötsligt hjärtstopp hos barn definieras som att barnet är okontaktbar utan andning, händelsen är ovanlig. Den primära åtgärden är tidig hjärt- och lungräddning (HLR). Orsaken till plötsligt hjärtstopp hos barn kan orsakas främst av luftvägsstopp och trauma samt barn med medfödda hjärtproblem eller inflammation. Det sker oftare att barnet får ventrikelflimmer (VF) eller ventrikeltakykardi (VT) vilket orsakar cirkulationsstopp (Hazinski et al. 2004).

Då ett barn sätter i halsen eller plötsligt blir medvetslöst är den primära åtgärden att snabbt förhindra hypoxi. För kontroll av medvetande ska barnet skakas försiktigt i axlarna eller nypa någonstans på kroppen för att se om barnet vaknar. Vaknar inte barnet ska kontroll av munhåla göras för att leta efter främmande föremål samt kontroll om barnet andas (HLR rådet 2018).

För sjukvårdspersonal skall åtgärder utföras efter principen A-E. Den första åtgärd som skall utföras är att skapa fri luftväg, genom att ta bort möjliga hinder som sekret eller föremål. På barn under ett år läggs en hand på pannan och två fingrar under hakan för att få en neutral position på barnet. På barn över ett år böjs huvudet bakåt. Om barnet inte kan ta några andetag själv måste sjukvårdspersonalen hjälpa till med detta genom att ventileras och börjar då med fem inblåsningar. Viktigt är att mun och näsa täcks samt att bröstkorgen på barnet höjs och sänks. Finns en accepterad luftväg med fungerade ventilation kan vårdaren gå vidare till nästa åtgärd. Är barnet livlöst, det vill sägas grått och slapp utan andning skall 15 bröstkompressioner påbörjas följt av två inblåsningar, 15:2. Barn har tendens till att förlora värme snabbt och sjukvårdspersonal skall alltid tänka på åtgärder som kan minimera det. För att minimera uppbrotten bör tekniken utföras av två personer för att ge bäst effekt. Denna teknik gäller barn mellan ett år till puberteten. Barn noll till ett år skall två händer omfamna barnet runt dennes bröstkorg med varsin hand ifrån varsin sida. Tumbasen skall vila på bröstkorgen och skall tryckas ner resterande fingrar skall vila på barnets rygg (Kendorf 2018).

När medicinska åtgärder misslyckas

Sjukvårdspersonal vill göra sitt allra bästa för att rädda livet på ett barn. Jecker (2011) beskriver att detta kan gå över styr och orsaka mer skada än nytta om barnet skulle överleva. Vilket kan beskrivas att det inte handlar om barnet överlever utan hur barnets

liv kommer vara framöver. Att vårda ett barn med hjärtstopp beskrevs obehagligt och då inte lyckas rädda ett liv trots alla medicinska åtgärder gör att det känns jobbigt (Jecker 2011). Hall et al. (2014) nämner att det är obehagligt att vårdandet av barn med hjärtstopp är för att sjuksköterskorna vill ge den bästa vården och då utföra barn-HLR på ett barn förstärker känslorna.

Kunskaper om barns anatomi och bemötande

Sjuksköterskor inom ambulanssjukvården möter på händelser som involverar barn vilket kan upplevas som svårt och stressigt. För att kunna bemöta barn på bästa sätt behövs utbildning och kunskap om barns anatomi samt bemötandet till barn och anhöriga. Kunskap är viktigt för att sjuksköterskorna ska känna sig trygga i situationer som har med kritiskt sjuka barn att göra (Nordén, Hult & Engström 2014).

Sjuksköterskans erfarenhet av stress vid utlarmningen

Ut larmningen till barn kan upplevas vara besvärande ut ifrån den information som fås från SOS Alarm (SOS) fram tills att ambulanspersonalen är på plats och kan bilda sig en uppfattning av situationen. Nordén, Hult och Engström (2014) nämner att den första informationen låter mer allvarlig än vad den är samt att när det kommer till barn så upplever de att barn har hela sitt liv framför sig och ambulanspersonalen vill då framföra den allra bästa omvårdnaden för dem. Omhändertagande av barn kan i många situationer vara stressande, oftast när barnet är dåligt och behöver vård (Svensson & Fridlund 2007, Nordén, Hult & Engström 2014).

Nordén, Hult och Engström (2014) beskriver att ambulanssjuksköterskornas omhändertagande av barn som varit med om en olycka, hjärtstopp eller luftvägshinder är en stressad situation där personalen så snabbt som möjligt vill komma ut till barnet. Stressen kan uppkomma genom information som SOS meddelar ut till ambulanspersonalen. Tillståndet kan låta kritiskt utifrån informationen som ges men kan vara ett helt annat tillstånd när de väl anländer på plats och träffat barnet (Nordén, Hult & Engström, 2014). Oro uppkommer hos ambulanspersonalen vid utlarmning till barn med något sjukdomsfall (Svensson & Fridlund 2007).

Sjuksköterskor möter på situationer som är svåra att hantera, kontakten mellan kollegor utlarmning till ett kritiskt dåligt barn är därför viktig för att kunna prata om vad som måste göras (Svensson & Fridlund 2007). Genom att prata ihop sig om den information som framkommit med sin kollega kan personalen förbereda sig på vad som ska tas med från bilen, vilka läkemedel och doser som kan tänkas behövas (Nordén, Hult & Engström, 2014; Svensson & Fridlund 2007). Det viktiga för personalen att kunna hantera situationen framme på plats vid vård av barn som är kritiskt sjuka. För att kunna känna kontroll över situationen, är träning med hjälp av scenarion en bra lärdom (Kjellemo et al. 2016, Nordén, Hult & Engström 2014).

Transportera och vårda barn i ambulansen kan vara stressande eller upplevelse av rädsla för ambulanspersonalen (Öberg, Vicent & Wahlberg 2014). Det tas upp att en stressande faktor kan vara föräldrars hantering av situationen, när föräldrarna är överbeskyddande och samtidigt vill att deras barn ska få vård. Föräldrar som är stressade, arga, frustrerande

kan lättare distrahera sjuksköterskor i sitt vårdande av barnet vilket i sin tur gör att en stressad situation uppkommer samtidigt som det kan påverka barnet. Allvarligt skadade barn ger en rädsla och ökad stresskänsla för sjuksköterskor i ambulanssjukvården speciellt vid de tillfällena då livräddande åtgärder utförs (Öberg, Vicent & Wahlberg 2014).

Erfarenhet av en stressig arbetsmiljö

Ambulanspersonal utsätts ständigt för stressfulla situationer som sker när de tar hand om sjuka eller skadade människor som utsatts för ett trauma men kan också bero på en stressfull arbetsmiljö vilket ökar risk för fysiska-, psykiska- och sociala reaktioner (Jonsson, Segesten & Mattsson 2003). Trauma är händelser som löper utanför människans natur till skillnad ifrån naturkatastrofer. Symtom uppkommer plötsligt och är inte förväntade hos den som drabbas (Jonsson, Segesten & Mattsson 2003). Ökad känsla av inre stress kan uppkomma när ambulanspersonal hamnar i en situation som de inte kan hantera (Nordén, Hult & Engström 2014). Stress hos ambulanspersonal som är med om traumatiska händelser löper större risk att utveckla posttraumatisk stressyndrom (PTSD) (Jonsson & Segesten 2003). Bilolyckor, våldtäkter men även händelser där människoliv är i fara eller när en människa har mist sitt liv kan vara övermäktigt för person vilket kan skapa stress, ångest och rädsla (Jonsson, Segesten & Mattsson 2003).

Det har påvisats att händelser där barn är involverade ger en ökad stressfaktor hos ambulanspersonal, speciellt är den största känslan att inget får gå fel eller att barn är oskyldiga (Nordén, Hult & Engström 2014), men det finns även händelser där barn är involverade som visar att det kan trigga igång stress och emotionella reaktioner hos ambulanspersonal (Jonsson, Segesten & Mattsson 2003).

När prehospita personal träffar ett kritiskt sjukt barn upplever personen en känsla av maktlöshet och det blir svårt att distansera sig ifrån barnet. Känsla av maktlöshet speglas i att personal upplever sig själva som misslyckade när det handlar om trauma där barn är involverade. Därför finns det en högre risk för prehospita personal att utveckla stressreaktioner när ett kritiskt sjukt barn varit involverat (Jonsson, Segesten & Mattsson 2003).

Vid ankomst till en plats med ett kritiskt sjukt barn som befinner sig i en stressig miljö. En av de viktigaste uppgifterna är då att så tidigt som möjligt få in barnet i ambulansen, där ambulanspersonalen har sin trygga miljö (Nordén, Hult & Engström 2014). Svensson och Fridlund (2007) påvisar att ambulanssjuksköterskor är mest oroliga för att åka ut på sjukdomsfall hos barn. Det är viktigt att vården av barnet utförs korrekt hela tiden och mycket för att barnet har en lång livslängd framför sig.

Användandet av utrustningen och tekniken till barn i ambulans används sällan vilket gör att sjuksköterskor i ambulanssjukvården upplever det stressigt och tappar ibland sin trygghetskänsla för att kunna skapa en bra arbetsmiljö (Bohström, Carlström & Sjöström 2016).

Sjuksköterskor i ambulanssjukvården upplever att situationer där ett kritiskt sjukt barn varit involverat kräver tid för samtal. Sjuksköterskorna upplever dock att larmoperatören som larmar ut händelserna har svårt att respektera eller ta hänsyn till att samtal behövs

efter sådana händelser. Att åka ifrån en kritisk händelse till en annan utan att få bearbeta händelsen skapar högre risk för upplevelse av emotionella skador och hög arbetsbelastning som i sin tur gör att ambulanspersonalen är i behov att söka vård (Alexander & Klein 2001, Bohström, Carlström & Sjöström 2016).

Posttraumatisk Stress Syndrom

Sjuksköterskor i ambulanssjukvården löper större risk för ångest, stress och posttraumatiska stressyndrom (PTSD) än andra sjuksköterskor (Alexander & Klein 2001). Kriterierna för posttraumatiska stressyndrom klassas inte bara hos dem som blivit utsatta för krig utan fokus ligger istället på hur de traumatiska händelserna återupplevs. Vanliga symtom kan vara att man återupplever händelsen som obehaglig och smärtsam (Borgå & Al-Saffar 2012). Symtomen kan sitta kvar i flera månader utan behandling och samtal (Alexander & Klein 2001). Dessa kan upplevas i vaket tillstånd genom att personen kan vara tillbaka dragen i situationen, det som triggar detta kan vara ljud och dofter. Andra påföljande reaktioner kan vara depression, missbruk och ökad risk för suicid (Borgå & Al-Saffar 2012).

PTSD har tidigare diagnostiserats hos människor som varit med om krig eller katastrofer, främst framvisades det genom långvariga symtom och psykologiska följder hos individerna. Idag rapporteras att PTSD uppkommer av krig, katastrofer eller allvarliga händelser i vardagen (Borgå & Al-Saffar 2012). För att kunna diagnostisera PTSD så skall individen haft symtom som varat mer än en månad (Jonsson, Segesten & Mattsson 2003). För att kunna diagnostisera PTSD ska vissa kriterier uppfyllas av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5 (DSM-5), psykiska symtom kan vara mardrömmar, sömnsvårigheter, flashback, ångest, minnesförluster, isolerar sig från personer och platser, nedstämdhet, lättskräm, lättirriterad eller koncentrationssvårigheter (Borgå & Al-Saffar 2012; Jonsson, Segesten & Mattsson 2003). Fysiska symtom kan visa sig genom hjärtklappning, hypertoni, buksmärta, diarré, huvudvärk, onda eller spända muskler. Traumatiska händelser kan öka med traumatisk stress där efter har visat sig ge följder till kronisk smärta, depression, missbruk och suicidrisk (Borgå & Al-Saffar 2012).

Stress som ligger utanför vardagstress är sådana händelser som kan utlösa PTSD. Det kan handla om att den prehospitala personalen varit med om en specifik händelse eller flera under en viss tidsperiod. Att få förståelse för händelserna som sker på en djupare nivå och vad som triggar igång och minskar stresssymtom underlättar behandlingen av PTSD (Jonsson, Segesten & Mattsson 2003).

Oförbereddhet och utbildning

Sjuksköterskor inom ambulanssjukvården kan möta på många olika situationer som kräver olika mycket av dem. Genom att ta del av informationen som larmcentralen ger ut kan de skapa sig en uppfattning av situationen som de kommer ut till. Den information som sjuksköterskorna får kan både vara beskrivande och intet sägande för sjuksköterskorna (Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Att anlända ut till ett barn som är kritiskt dåligt och inte fått en information som tyder på det kan vara stressande. Det gör att sjukvårdspersonalen känner sig oförberedda på situationen vilket gör att det ställs

krav att de snabbt ska kunna ställa om sig till den nya situationen. För att underlätta detta beskriver Wireklint Sundström och Dahlberg (2012) att vara oförberedd på ett uppdrag kan göra att viktig tid i vårdandet kan påverka hur snabbt vården påbörjas för patienten.

Att orolighetskänsla uppkommer vid ett kritiskt sjukt barn beror mycket på att ambulanspersonal inte känner sig bekväma i att vårda barn, det finns för lite utbildning om barn för att kunna identifiera problemet och för att kunna vårda barnet på bästa sätt. Sjuksköterskor med kortare erfarenhet av ambulanssjukvården har en ökad oro när det kommer till omhändertagandet av barn än de som har längre erfarenhet inom ambulanssjukvården (Öberg, Vicent & Wahlberg 2014). Träning i vårdandet och bemötandet av barn kan underlätta den värsta upplevelsen men inte ta bort den helt. Det finns inte tillräckligt med möjligheter för användandet av barnutrustningen i ambulansen och många önskar att få mer möjlighet till att kunna hospitera på barnmottagningar just för att kunna skapa trygghet i omvårdnaden av barn samt av teknisk utrustning (Nordén, Hult & Engström 2013).

Problemformulering

Vårdandet inom ambulanssjukvård kräver att sjuksköterskor är förberedd på det oförberedda. När det gäller barn som drabbas av ett prehospitalt och plötsligt hjärtstopp är fallen relativt få och ambulanssjuksköterskorna har därmed ingen vana att möta barn med hjärtstopp. Situationens akuta karaktär, att ett barns liv är hotat samt föräldrarnas förtvivlan gör att uppdraget känns som en stressfaktor. Konsekvenserna av detta kan i det akuta skedet bli en försämrad förmåga att ge god och livsavgörande vård. Bland de långsiktiga konsekvenserna för ambulanssjuksköterskor finns psykisk ohälsa, stress och posttraumatisk stress. Forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av att prehospitalt vårda barn med hjärtstopp är sparsam. Genom denna studie är förhoppningen att nå ökad kunskap om sjuksköterskors erfarenheter i den akuta vård situationen och deras eventuella copingstrategier på kort och lång sikt. Kunskapen kan hjälpa till att identifiera problem i den prehospitala vården av barn med hjärtstopp och leda till möjliga förbättringsåtgärder.

SYFTE

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda barn 0-16 år med hjärtstopp inom ambulanssjukvården.

METOD

Ansats

Metoden som användes var en ostrukturerad öppen intervjustudie med en kvalitativ forskningsmetod och induktiv ansats. En öppen intervjustudie betyder att endast öppningsfrågan var förutbestämd och följdfrågor användes för att få informanten till att utveckla sina svar och berätta mer om händelsen. Det studerade fenomenet är vårdandet av barn 0-16 år med hjärtstopp prehospitalt såsom det upplevs av sjuksköterskor inom ambulanssjukvård. Därför passade den induktiva ansatsen och data samlades in genom intervjuer med sjuksköterskor som jobbat inom ambulanssjukvården och som vårdat barn med hjärtstopp. Induktiv ansats menas att generella slutsatser kan tas utifrån olika fall och

erfarenheter för att komma fram till en slutsats (Fejes & Thornberg 2015 s.24), vilket valdes för att kunna beskriva sjuksköterskornas erfarenheter genom berättelse och upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim 2017 s.221).

Urval

Urvalet bestod utav sjuksköterskor som arbetat eller arbetar i ambulansverksamheten. Ålder, kön eller antalet verksamma år inom ambulansverksamhet var inte av vikt för studien. Inklusionskriterierna för att delta i studien var att informanterna skulle arbeta eller hade arbetat som legitimerad sjuksköterska inom ambulansverksamhet i Sverige och vårdat minst ett barn mellan 0-16 år med hjärtstopp där barn-HLR utförts.

Informanterna som ingick via bekvämlighets urval hade författarna varken en nära relation till eller kände. Urvalet av personer bör variera så olika aspekter kan analyseras samt att resultatet blir mångsidigt (Lundman & Hällgren Graneheim 2017 s. 186).

För att få tag på deltagare till studien tillfrågades verksamhetschefer som återgav information om sjuksköterskor som vårdat barn med hjärtstopp. Inom en region i västra Sverige skickades informationsbrev ut till avdelningscheferna på 4 ambulansstationer och därefter kontaktade tre informanter författarna. Övriga deltagande sjuksköterskor tillfrågades muntligt av författarna och de godkände att delta i studien. Sjuksköterskorna som uppfyllde urvalskriterierna och godkände sitt deltagande ingick i studien.

Totalt deltog åtta studiedeltagare som är verksamma inom 4 ambulansorganisationer runt om i landet. Deltagarna bestod av 2 män och 6 kvinnor och åldrarna var mellan 30-51 år. Urvalet användes för att få informativa och multidimensionella svar genom stor variation avsett ålder, utbildning och arbetserfarenhet inom yrket (Lundman & Hällgren Graneheim 2017 s. 221). Av sjuksköterskorna som deltog i studien var två grundutbildade och sex hade en specialistutbildning. Deltagarna hade jobbat inom ambulansverksamheten mellan 2-28 år och vårdat mellan 1-4 barn med hjärtstopp.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes genom en öppen intervjuteknik, eftersom sjuksköterskornas erfarenhet är ostuderat inom området och därav hade det ej kunnat förbereda inriktade frågor på förhand (Polit & Beck 2017 s. 509). Öppningsfrågan var bred för att låta informanten få tala fritt om sin erfarenhet och uppföljande frågor täckt alla områden som författarna vill ha svar på. Beroende på vad som berättades under intervjun ställdes efterföljande frågor för att kunna utveckla och inbringa mer kunskap om deras erfarenhet och känslor om händelsen enligt Polit och Beck (2017, s. 509).

För att få tag på deltagare till studien inhämtades skriftligt godkännande från tre verksamhetschefer, *se bilaga 1*. Därefter togs kontakt med avdelningschefer på sju ambulansstationer som informerades om studien och de kunde hjälpa till att hitta informanter till studien. Informationsbrev utformades, *se bilaga 2* och skickades ut till deltagarna med information om studien och muntlig och skriftlig tillfrågan om deltagande gjordes. Informanterna bestämde själva tid och plats där intervjun skulle genomföras. Intervjuerna skedde alla på olika platser i anknytning till informantens önskemål. Samtliga intervjuer skedde inom en tidsram på fyra veckor. Innan intervjuens start fick

informanten läsa igenom informationsbrevet en gång till innan ett skriftligt godkännande gjordes, se *bilaga 3*.

Intervjuerna började med en inledande fråga av öppen karaktär och inleddes med: "*Du har vårdat ett barn med hjärtstopp prehospitalt. Kan du berätta om den händelsen?*". Informanterna fick därefter tala fritt om deras erfarenhet och känslor om händelsen. Utifrån vad informanten berättade om sin erfarenhet och känslor ställdes efterföljande frågor som "*Kan du utveckla det?*", "*Hur upplevde du det?*", "*Vad skapade det för känslor?*" för att stärka upp insamlingen av information för studien.

Författarna delade upp antalet intervjuer mellan varandra och vid intervjuens avslut tog sedan författarna del av varandras intervjuer. Alla intervjuerna spelades in på iPhone via applikationen Röstmemon. Efter transkribering raderades ljudfilen. Intervjuerna var mellan 11-45 minuter.

Dataanalys

I en kvalitativ innehållsanalys skall text granskas och tolkas på olika nivåer för att kunna användas. Dessa texter tas fram igenom bland annat inspelade intervjuer. Den kvalitativa innehållsanalysen baseras på erfarenhetskunskap där informanterna uttrycker sina egna berättelser för att på så vis kunna tolkas på olika abstraktionsnivåer av författarna. När text tolkats och brutits ner kan resultat tas fram (Lundman & Hällgren Graneheim 2017 s. 221).

I denna studie användes koncentrerings-, kategoriserings- och tolkningsmetoder. Intervjuerna transkriberades ner ordagrant samma dag eller dagen efter som intervjuerna hölls av ena författaren. När alla transkriberingarna var nedskrivna skickades de till den andra författaren. Därefter lästes de igenom ett flertal gånger innan meningsenheter som svarade på syftet plockades ut. I texten kunde man hitta innehåll som var både manifest, text med budskap och latent innehåll, text med underliggande budskap (Lundman & Hällgren Graneheim 2017 s. 221). Tolkning av texter skapar kunskap kring deltagarnas erfarenhet och känslor, vilket kunde bli betydelsefullt i det senare förloppet. Analys av texten gjorde det lättare för att förstå innehållet av intervjuerna då de i senare skede skulle brytas ner (Lundman & Hällgren Graneheim 2017 s. 221). Meningsenheterna arbetades till kondenserade meningsenheter för att senare utvecklas till koder, subkategorier och slutligen till kategorier enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 224-227) analysprocess.

För att kunna plocka ut meningsbärande enheter var det viktigt att de beskrev studiens fenomen. För att göra det behövde författarna ta del av sjuksköterskors beskrivningar om upplevelsen, vilket gjordes genom att fråga om deras erfarenhet, verklighet och upplevelse om en händelse (Norberg & Fagerberg 2017, s. 251). De meningsbärande enheter som plockades ut skrevs över till ett eget dokument där det blev totalt åtta enskilda dokument. Enheterna kondenserades för att göra texten kortare men samtidigt bibehålla relevant fakta. Därefter abstraherades det som var kvar till koder som sedan blev till underkategorier och slutligen kategori, se *Tabell 1*.

I ett senare skede plockades underkategorierna ut och kondenserades till punktformade koder och utifrån dessa skapades nya huvudkategorier, *se tabell 2*. Koderna som plockades ut var väsentliga och textnära till syftet (Danielson 2017 s. 286-287).

Tabell 1 - Exempel från analysen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Under-kategori	Kategori
nu räcker det nu får ni sluta men det är ju också en sån här del av sjukvården att nu måste man ta ett beslut att nu it's fine vi har inte lyckats nu så kommer vi inte lyckas. Hon hade troligtvis fått ett jätte epileptiskt anfall under natten och avslutat att andas och avlidit efter det så hon var ju död redan när vi kom tyvärr men det kan man ju inte veta då	Det räcker nu, nu får ni sluta. Det är ett svårt beslut att ta inom sjukvården och man måste finna sig i att har vi inte lyckats nu så kommer vi nog inte heller att lyckas rädda hennes liv. Hon hade troligen fått ett epileptiskt anfall och slutat andas och hade avlidit då hon var död när vi kom men det vet man inte då.		
just där också blir det hela tiden att han fråga för vi fick ju ett flimmer efter ett tag, först var det asystoli sen fick vi flimmer efter ett tag och då måste han hela tiden fråga mig allting som han ska göra så jag alla grejer som ska göras så måste man vara involverad i det och fundera på om man ska defibrillering och då måste jag vara med och ta beslutet så det var ingen annan än jag som kunde ta beslut därför fick man va med i alla besluten och det blev lite mycket	Först hade vi asystoli och sen fick bi ett flimmer och han frågade mig hela tiden om vad han ska göra och var jag tvungen att vara involverad, fundera vad som ska göras och ta beslut för det kunde ingen annan göra därför fick jag ta alla besluten och det blev för mycket	Förstå vad som hänt och behöva ta beslut	När det blir övermäktigt och obehagligt
först så fick man ju jag tyckte det var jobbigt det hela för alla beslut ligger ju i slutändan på mig, ambulanssjukvårdaren	Jag tyckte första att det var jobbigt för nu ligger alla besluten på mig, visst ambulanssjukvårdaren		

har ett stort ansvar också men det är ju jag egentligen som ska rätta ut dos	har ett stort ansvar men att ge rätta doser ligger på mitt ansvar.		
jag man har ingen och man har ingen att diskutera den medicinska biten med så att man får ju va på läst själv liksom, på ett sätt så blir det att man kanske är mer alert men a lite det är ju kanske att man inte vill åka på allt för att man har ett så stort egenansvar liksom så lite osäkerhet liksom lite	Jag har ingen att diskutera den medicinska biten med och då gäller det att vara påläst och då bli man kanske mer alert men man vill inte åka på allt för att blir så stort egenansvar och känslan av osäkerhet		

Etiska övervägande

För forskning som bedrivs inom högskoleutbildningar på grund- och avancerad nivå behövs det ingen etisk prövning (Codex, 2017; SFS 2003:460). Även om ingen medgivande behövs från etikprövningsnämnden ska författarna följa det grundläggande individskyddet (Codex, 2017). Det finns fyra forskningsetiska principer som författarna ska förhålla sig till: *Informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Forskaren är skyldig att informera undersökningsdeltagarna om syftet samt att det är frivilligt att delta i studien, deltagarna kan även när som helt hoppa av studien utan att behöva förklara varför, enligt informationskravet. Enligt samtyckeskravet ska varje deltagare skriva på ett skriftligt samtycke om sitt deltagande. Konfidentialitetskravet innebär att författarna skall aidentifiera deltagarna. Alla transkriberingar och identifierbar information ska koda för att inte kunna röja deltagarnas identitet, materialet ska även förvaras oåtkomlig från utomstående personer. Med nyttjandekravet menas att all insamlad forskningsmaterial enbart får användas för studiens syfte och forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2016).

Allt intervjumaterial förvarades så att ingen utomstående skulle kunna komma åt materialet. Intervjuerna transkriberades och kodades om med titlarna "intervju 1" till och med "intervju 8" för att de inte skulle kunna härledas till den deltagande individen. Det kodade och transkriberade materialet arbetades med i en kopia för att kunna gå tillbaka till originalet. Skulle en deltagare välja att avbryta deltagandet raderades all insamlad data, den raderad data avvecklas då helt från studien. Vid godkännande av detta examensarbete kommer alla intervjuer och transkriberade texter att raderas.

Resultat

Analysarbetet resulterade i tre kategorier och tio underkategorier, vilka tydliggörs i Tabell 2.

Tabell 2. - Resultatets underkategorier och kategorier

<ul style="list-style-type: none">• Förstå vad som hänt och känna ensamhet i beslutsfattandet• Hantera sina känslor när det blir obehagligt• Fokuseras på den medicinska behandlingen• Behöva mer kompetens på plats• Tvivla på sin kunskap	När det blir övermäktigt och överkligt
<ul style="list-style-type: none">• Känna vikten av samtal och debriefing• Behöva bekräftelse• Tvinga fram efterlängtade samtal	Samtal som riskerar att utebli
<ul style="list-style-type: none">• Känslorna tar över• Må dåligt och sakna svar	En händelse som aldrig glöms

När det blir övermäktigt och överkligt

Vårdandet av barn med hjärtstopp upplevs som övermäktigt när medicinska beslut och behandling läggs på en vårdare. Att behöva vårda ett barn med hjärtstopp känns både överkligt och obehagligt. För att kunna ge en korrekt medicinsk behandling behöver sjuksköterskorna lägga sina känslor åt sidan. Att stå i en situation som känns överkligt och ovan kan skapa tvivel över den egna kunskapen.

Kategorin byggs upp utav underkategorierna *Förstå vad som hänt och känna ensamhet i beslutsfattandet*, *Hantera sina känslor när det blir obehagligt*, *Fokusera på den medicinska behandlingen*, *Behöva mer kompetens på plats* och *Tvivla på sin kunskap*.

Förstå vad som hänt och känna ensamhet i beslutsfattandet

Att förstå vad som hänt och inse allvaret var något som sjuksköterskorna gjorde när de anlände till platsen. Att se ett barn som är livlöst och inte andas blev att sjuksköterskorna snabbt förstod att det var allvarligt och att livräddande åtgärder måste påbörjas omedelbart. Allvaret kunde också bli uppenbart på annat sätt:

När vi kommer fram till platsen så är det två stycken barn som står där och de är väl kanske sex-sju år gamla. Vi frågar vad som har hänt och då säger dom att de hade vart och badat där i vattnet. De går fram och pekar på platsen där han hade försvunnit och då förstod vi att det var verkligen allvar.

Beslut som handlar om liv och död är svåra att ta, speciellt om det inte finns någon att dela beslutsfattandet med. När besluten läggs på en ensam sjuksköterska blir ansvaret för stort. Något som tydligt framkommer är att kunna ta beslut och vem som gör det, handlar mycket om vem och vilken yrkeskategori som sjuksköterskorna jobbar med. Det framkom tydligt att när en sjuksköterska arbetar med en sjukvårdare så läggs det medicinska ansvaret på sjuksköterskan vilket upplevs svårt då det innebär känsla av ensamhet kring livsavgörande beslut. Samma ansvar och beslut upplevs däremot lättare när det finns en till sjuksköterska eller en läkare på plats.

Jag tror alltså nu är detta bland det jobbigaste man kan va med om. I vilket fall som helst så just känslomässigt. Kanske det hade vart det samma om jag hade vart med en annan sjuksköterska än en ambulanssjukvårdare, men ... själva arbetsituationen hade inte blitt så ansträngd för mig om jag kände att jag hade kunnat dela den med nån, att man hade också någon som kunde ta egna beslut med utan att jag skulle vara involverade i alla besluten.

Att ha hela ansvaret på sig själv beskrivs oftast som stort och tungt när sjuksköterskorna är ensamma om det medicinska ansvaret. Då upplevdes som att den medicinska behandlingen och vårdandet måste ske på ett korrekt sätt och stor press läggs på sig själv, vilket blir orimliga krav för att klara av situationen. Genom att ha ansvaret gäller det att vara involverad i allt som sker med barnet. Det gäller att ha kontroll över det mesta, samtidigt som livräddande åtgärder pågår och det upplevdes som påfrestande för sjuksköterskorna.

Hela tiden fråga mig allting som han ska göra så ... alla grejer som ska göras ... måste man vara involverad i det och fundera på om man ska defibrillera och då måste jag vara med och ta beslutet. Så det var ingen annan än jag som kunde ta beslut. Därför fick man va med i alla besluten och det blev lite mycket.

Det ansvar som sjuksköterskor upplever vid ett hjärtstopp på barn är på gränsen till det hanterbara. Förmågan att hantera ansvaret kan dock stärkas på ett positivt sätt om ansvaret delas med någon annan kollega.

Hantera sina känslor när det blir obehagligt

Att kunna hantera sina känslor vid vårdandet av ett barn med hjärtstopp kan vara krävande, speciellt om situationen upplevdes skrämmande och obehaglig. När det kommer till barn blir vårdandet extra jobbigt just för att hjärtstopp hos barn sker så sällan. Det gör att det känns övermäktigt och obehagligt.

När jag stod där och tittade så tänkte jag; det finns ju chans att vi ens kommer att hitta honom i det här vattnet, i så fall måste han vara flytande och simma. Men när jag förstod att dom hittat honom ... då fick man ju panik och sprang tillbaka till ambulansen. För jag var en bit där ifrån.

Oavsett om barnet var friskt eller sjukt kunde sjuksköterskorna inte förbereda sig på situationen som man ställts inför. Känslan av att ett barn inte har fått leva sitt liv dök ofta upp och kunde göra händelsen extra stark och mer känslösamt.

Det spelar ingen roll hur många barn man har vart på. Det är ändå jobbigt. Det går inte att förbereda sig för det, man vänjer sig aldrig vid barn.

Vårdandet av barn med hjärtstopp är skrämmande och obehagligt. Det är en situation som ovanlig och känsla av maktlös och panik framkommer på grund av att det är en sällan händelse som sjuksköterskor sällan är med om.

Fokuseras på den medicinska behandlingen

Att fokusera på den medicinska behandlingen upplevdes vara lätt. Genom att inta en yrkesroll underlättade för att kunna fokusera på det som behövde göras. Det gjorde även att sjuksköterskorna kunde lämna sina känslor utanför vårdandet av barnet. Att inta yrkesrollen kunde beskrivas som att gå in i en bubbla eller känslan av att bli en robot.

Man var alltså ... mitt i alltihopa så var man väldigt fokuserad på vad man behövde göra här och nu liksom, så när vi väl fick upp honom så ... blev jag nästan som en robot som gick igång och funderade på vad var viktigt att göra och vem som kunde göra vad.

Oavsett vad det är för händelse så gäller det att kunna planera det kommande arbetet genom att fördela arbetsuppgifterna. Att skapa en uppfattning om vilka resurser som finns att tillgå underlättade vårdande av barnet. Det gav även viktigt information till att veta vilka förutsättningar som fanns inför det kommande arbetet.

Vi hoppar in i bilen och så börjar vi köra och vi trycker upp SOS för att få mer information om vad det är vi är på väg till. Då säger dom att vi är på väg till ett barn med hjärtstopp. Det första vi bara känner; ... okej, vad har vi för förutsättningar för att fixa detta nu? Är vi ensam bil? Hur lång tid tar för oss att få en bil till för vi behöver vara två bilar för att göra en bra HLR eller för att kunna ta oss till sjukhus.

Informationen som larmcentralen ger ut hjälper sjuksköterskan att skapa sig en första uppfattning om vad som hänt. För att kunna förbereda sig inför den kommande arbetsuppgiften är det viktigt att ställa in sig på det värsta tänkbara scenariot. Det gör att risken minskas för att bli handlingsförlamad vid ankomst till barnet. Att tolka information till en vårdnivå men som helt plötslig inte var korrekt kunde upplevas:

När man får informationen om att det är en cykelolycka så ställer man in sig på vissa skador ju och sen när man kommer fram så ligger cykeln slängd och folk skriker omkring och vi kommer fram till henne och hon andas inte, så blir man väldigt ställd för det var man inte alls förberedd på.

Att ta vara på hjälpmedel när det gäller barn handlar om att kolla upp vad det är för behandlingsriktlinjer sjuksköterskorna skall använda sig av och vilket material som finns att tillgå. Det råder delade meningar om hur bra det är att ha kollat upp doser innan all information framkommit eller om det är bättre att kolla upp det efter framkomst till barnet. Oavsett vilket sätt upplevdes det viktigt att kontrollera läkemedelsdoser på plats hos barnet just för att kunna dubbel kontrollera läkemedelsdoserna en extra gång tillsammans med kollegan.

Man har inte barn så ofta ... och det är ju därför ... när det gäller doser på barn så bryr man sig inte om att lära sig dom, utan jag vet att jag har mina lathundar, så använder jag dom och så blir det inget fel.

Att fokusera på arbetet och ta att del av hjälpmedel som finns gjorde det lättare att vårda barnet. Beroende på vilka resurser som fanns att tillgå kunde arbetet fördelas för att kunna skynda på vårdförloppet.

Behöva mer kompetens på plats

Vilken kompetens som fanns på plats beskrev sjuksköterskorna spelade stor roll för vårdandet av barnet. Det fanns även stor enighet om att det krävdes fler personal för att utföra en så bra vård som möjligt. För vissa sjuksköterskor upplevdes det problematiskt att närmsta ambulans befann sig en bit bort och de hade fått arbeta själva med barnet tills förstärkningen kommit. De som haft läkare på plats upplevde ökad känsla av trygghet och lättnad för att det finns då någon som kunde ta det övergripande ansvaret.

Det var ju lättnad för då kan man på nått sätt lämna över. För jag var där tillsammans med en ambulanssjukvårdare och brandmän. Jag kände att det var ett otroligt stort ansvar som låg på mig liksom. Mycket som jag skulle hålla koll på och när läkaren kom då så kände jag att man kunde lämna över till någon annan person.

Vilken kollega sjuksköterskorna har kan bli avgörande för hur vårdandet påbörjas, det kan även bero på vilken miljö som barnet befinner sig i. Vilken kunskap och professionen var och en har är en annan avgörande faktor. Genom att byte av miljö underlättade det för professionerna att bli mer följsam i deras strukturerade omhändertagande. Att nyligen fått utbildning om barn var positivt och då även ha möjlighet att arbeta med en kollega som är instruktör gav ökad upplevdes av att vara rätt enhet på plats.

Jag vet inte om jag tänkte på det då. Men i efterhand så var vi ändå det bästa ambulansen. Min kollega var eller är Barn-HLR instruktör. Jag hade gjort Barn-HLR bra två tre veckor tidigare, så vi hade det väldigt färskt i minnet liksom.

Att samarbeta med andra instanser än bara ambulansen är av stor nytta. Även om de andra instanserna inte har stor medicinsk kunskap kan de hjälpa till med andra saker runt omkring. Att bistå sjuksköterskorna med att ta över bröstkompressioner, hämta material eller förberedelse av ambulans inför en kommande avfärd mot sjukhus upplevdes vara av stor nytta. Om räddningstjänst eller polis är på plats kan de hjälpa till med anhöriga.

En utav dom här brandmännen var HLR instruktör så hon fick ju ta över andningen på honom. Sen ... fick en brandman dra upp läkemedel och man fick försöka fördela ... arbetet.

Vikten av rätt resurser på plats underlättade för att kunna dela på ansvaret och underlättade även vårdandet av barnet vilket ingav en ökad trygghetskänsla.

Tvivla på sin kunskap

Det framkom att tvivel på sin egen kunskap efter att vårdat barn med hjärtstopp. Mycket tankar fanns om vårdandet kunde gjorts annorlunda för att kunna rädda livet på barnet eller om det tog för lång tid innan vissa saker utfördes. De upplevde att de saknade den egentliga kunskapen om barn och hade inga inarbetade rutiner vid vårdandet.

Det väldigt få som har haft hjärtstopp med barn egentligen överhuvudtaget. När kan ha jobbat trettio år och har aldrig sätt det och därför så provocerar det ju våran roll ännu hårdare, för att det här är vi ska göra vårat bästa jobb men vi är egentligen sämst på det för det är ju det som vi aldrig gör.

När det kommer till vårdandet av barn inom ambulanssjukvården beskriver sjuksköterskorna att de saknar kunskapen om att veta hur ett barn är när det är friskt eller sjukt. Upplevelsen av okunskap om att vårda barn gjorde att sjuksköterskorna hade önskemål av att få hospitera på barnavdelning, för att kunna förbättra kunskapen. Önskan om att få mer utbildning om barn redan under högskoleutbildningarna var stor.

Vi kan ingenting om barn. Vi kan egentligen ingenting om ... allting som har med ... från födseln till att dom blir någorlunda stora, så att dom kan börja räknas in i kategorin vuxna. De åker extremt sällan ambulans. Utbildningsmässigt och kunskapsmässigt på både grundutbildning och framförallt i vidare utbildningen ambulans så kan du inte skryta med jätteutbildning i barnsjukdomar.

Barn beskrevs som komplexa individer som bidrar till att sjuksköterskan sätter stora krav på sig själv kring att det drabbade barnet måste överleva då den har hela livet framför sig. Genom fler utbildningsmöjligheter och större bredd på högskoleutbildningen kring barn upplever sjuksköterskorna att tryggheten av att vårda ett barn kan bli större.

Samtal som riskerar att utebli

Samtal som riskerar att utebli bygger på avsaknad av möjlighet till samtal efter att ha vårdat barn med hjärtstopp. Behov av bekräftelse och samtal är stor för att kunna utvecklas och att behöva tvingas till samtal var frustrerande och upplevdes jobbigt.

Kategorin byggs upp utav underkategorierna *Känna vikten av samtal och debriefing, Behöva bekräftelse* och *Tvinga fram efterlängtade samtal.*

Känna vikten av samtal och debriefing

För att kunna hantera en händelse efter att vårdat barn med hjärtstopp var det viktigt att få samtala om händelsen. Att få sitta ner och samtala i lugn och ro direkt efter vårdförloppet ihop med kollegorna som var med gav möjlighet att påbörja bearbetningen av händelsen. Att ha en debriefing upplevdes värdefullt men var inte tillräckligt utan fler tillfällen önskades. Genom att få samtala om händelsen och få bearbeta känslorna minskades risken för att bli påmind om liknande händelser som varit jobbiga för sjuksköterskan. Risk fanns annars att behöva bearbeta både den nya händelsen och den gamla händelsen igen.

Jag måste verkligen tänka på mig och inte... ah det löser sig, för man får då ... ett slag i nacken när man kommer till nästa tillfälle.

Det upplevdes viktigt att få friställas från nya uppdrag för att få möjlighet till debriefing i lugn och ro. Dock fick inte vissa ambulansbesättningar bli friställda eftersom verksamhetschefen eller larmcentralen beslutat om att sådan rutin inte fanns. Detta skapade frustration. Det framkom även frustration när sjuksköterskorna inte fick frågan om debriefing behövdes eller att inte få delta på debriefing med akutmottagningen där barnet lämnats. Att vårda nya patienter efter ett hjärtstopp hos barn och inte få möjlighet till samtal visades sig kunna påverka bemötandet av patienten efteråt. Arbetet därefter upplevdes inte som patientsäkert.

Okej det här klarar vi själva. Samtidigt så vet jag väl att det inte är bra att man gör så, man skulle kanske prata ur sig. För man blir ju väldigt liksom taggig mot kanske andra uppdrag som man får sen. Eftersom när det var det där lilla barnet som dog ... och åker på bagateller i min uppfattning, så är det inte okej, det är inte okej att göra så och det är inte okej att jobba kvar.

Att fortsätta arbeta efter att vårdat barn med hjärtstopp inte var önskvärt. Det upplevdes som att det inte fanns någon energi kvar för att kunna bemöta nya patienter på ett värdigt sätt, det fanns även risk för att inte kunna ge ett korrekt vårdande eller medicinsk behandling.

Bearbetning och återhämtning efter en traumatisk händelse upplevdes viktigt för att kunna klara av att arbeta vidare. De som inte fått återhämta sig efter att vårdat barn med hjärtstopp upplevde att resterande av arbetspasset var jobbigt och tungt. Det var jobbigt främst för att sjuksköterskan var dränerad på energi och känslomässigt inte orkade engagera sig i att vårda en ny patient. Att behöva lyssna på patientens olika krämpor när det varit ett barn som avlidit några timmar tidigare upplevdes enerverande.

Man är fysiskt och psykiskt tömd och man orkar inte mer. Kan inte uppbringa den energin eller kunskapen av att ladda om. Du är färdig och du behöver inte va så ledsen eller så väldigt känslomässigt engagerad, utan du är fysisk och psykisk utmattad och du ska inte göra mer den dagen.

Minnesbilder från vårdandet av barnet kunde dyka upp i mellan åt och kunde komma oberoende av vad som gjordes just då. Det kunde även vara känslor som trängde fram minnesbilderna från vårdförloppet. Upplevelsen av att minnesbilderna kom var frustrerande och jobbigt på grund av att det kändes oväsentligt att de ska dyka upp när situationen inte kunde förbättras. I början upplevdes bilderna vara i färg men allt eftersom de bearbetas blev bilderna mera svartvita och grumliga.

Jag tror det inte egentligen var saker utan det var mer bara flasha upp i mellan åt, hur hon låg där helt död och livlöst. Just ... när man gjorde andra grejer så tänkte man; Gud sånt här är så oväsentligt när barn dör. Barn dör ju hela tiden, inte så mycket i Sverige liksom. Där är barn som dör och det känns väldigt närvarande.

Att återvända till en plats där ett barn har blivit skadat eller avlidit var jobbigt på grund av att det kunde tränga fram minnen från händelsen. I början blev det en panikkänsla av att återvända till platsen men allt eftersom tiden gick blev det lättare. Att även få reda på hur det gått för barnet efteråt kunde göra att den jobbiga känslan släppte nästa gång som sjuksköterskan såg eller återvände till platsen.

Då kunde jag liksom inte se vattendraget för att jag tyckte att det var så jobbigt och det gick nog ett par veckor innan jag kunde gå igenom stan och kunde se vattendraget ... utan att känna den känslan.

Minnesbilderna i efterloppet upplevades som tunga och i vissa fall tog dem över vardagslivet genom att sjuksköterskan undvek de platser som gjorde sig påminde om händelseförloppet.

Behöva bekräftelse

Behovet av att få bekräftelse från omgivningen upplevdes extra viktigt när ett barn har gått bort. Framst för att få reda på om sjuksköterskan hade gjort rätt eller om något behövde gjorts annorlunda. Genom att få feedback så fanns det möjlighet till att utvecklas inom sin profession. Speciellt när det kommer till händelser som sker sällan.

Det handlar ju ändå om liv och död. Det är ju någonting som, man kanske vill kunna känna att; det jag gör är rätt eller finns det någonting som jag kunde gjort annorlunda. Så att man utvecklas och att man ... växer i både sin roll och som person. För jag tror att alla behöver bli bekräftade, speciellt när det handlar om sådana viktiga saker så behöver man känna att man kan hantera det.

Behovet av bekräftelsen var stor främst för att kunna utvecklas inom yrket men även som person. Att få reda på att allt som gjordes var rätt och att få reda på att ingen hade kunnat göra något annat för att rädda livet på barnet var viktigt.

Tvinga fram efterlängttande samtal

Att tvingas påtala vikten av ett samtal om händelsen handlar om att sjuksköterskorna inte får möjlighet att ha få berätta om vårdandet av barnet. Behöva beskriva varför debriefing behövs med berörda enheter som varit på plats upplevdes som frustrerande och gav känsla av irritation. Vid samarbete med andra enheter från en andra regioner gör det extra viktigt att få möjlighet till debriefing då man normalt inte brukar arbeta tillsammans.

Grejen var den att SOS hade inga problem att ställa oss, men våran närmaste chef ifrågasatte att vi behövde debriefing, det störde mig länge.

Vårda barn med hjärtstopp är en mycket speciell händelse, där av upplevdes det vara av extra stor vikt att få debriefing om händelsen, om vad som gjordes och vem som gjorde vad. Oftast är det fler enheter än ambulans på plats och att då få möjlighet att samtala om händelsen med övriga enheter kunde ge kunskap om hur andra hjälpinsatser till exempel räddningstjänsten arbetar under vårdandet av barnet. Oftast känner inte ambulanspersonalen till vad räddningstjänsten har för arbetssätt. Det framkom även att fler än ett debriefing tillfälle önskades, speciellt ett tillfälle direkt efter händelse, en vecka senare och ytterligare ett tillfälle efter några veckor.

Det jag tyckte va att detta var en speciell händelse. Så jag hade nog tyckt att man kanske nog, en vecka efteråt, skulle sätta sig ner i lugn och ro och gått igenom allting så att man kanske blir lite bättre nästa gång man gör de. Känns som att jag vet inte vad brand hade gjort åt det här men jag tyckte att man skulle ha gått igenom hela händelsen, nog kanske ett par veckor efteråt hade vart bra och se händelse förloppet.

Samtal är en stor del i personalens återhämtningsprocess, speciellt att få samtala om händelsen med en annan individ. Att samtala med sina anhöriga om händelsen upplevdes både skönt och jobbigt men var också problematisk då de var tvungna att tänka på tystnadsplikten.

Jag pratade med honom och min mamma, men jag kände att det var bra att få berätta vad man har gjort. Åh jag vet att vi har tystnadsplikt, men ... man behöver ju inte nämna några detaljer men man behöver ju ändå liksom få prata av sig hemma också.

När det kommer till att samtala med sin familj om en händelse som hänt på jobbet kunde upplevas som jobbigt, mycket för att de inte förstår hur det är att vårda ett barn med hjärtstopp. Istället upplevdes det skönare att få samtala med kollegorna om händelsen, för de har varit med om något liknande och kan relatera till det. Vilket gör det enklare att kunna få samtala om det och få bearbeta det samtidigt.

Jag pratar nog bara om det med mina kollegor ändå. De är på något vis att dom andra fattar inte, utan det är dom som förstår som vet vilka krav vi har på hur det är att komma fram till något liknande. Det är ju där man får bäst feedback.

Debriefing med föräldrarna till det avlidna barnet upplevdes betydelsefullt och gav en positiv känsla, både för att föräldrarna skulle få veta vad räddningspersonalen hade gjort under vårdandet och att räddningspersonalen skulle få en bild av barnet som en människa och person.

Vi har till och med träffat anhöriga efter det här tillfället då när barnet dog. För dom ville träffa oss och visa upp hur barnet såg ut när det var vid liv och för att dom skulle få bearbeta och se oss igen.

Upplevelse av att bli illa bemött av verksamheten gjorde att sjuksköterskorna kände ilska, besvikelse och missnöjdhet av att inte få möjlighet att sitta ner och samtala med anhöriga till det avlidna barnet. Speciellt frustrerande upplevdes situationen om de fick åka på debriefingen i tjänsten och bilen inte skulle vara avställd under tiden. Känslan av skam upplevdes om de fick ett uppdrag under tiden debriefingen pågick med föräldrarna.

Alla visste om och SOS visste om att vi hade det här mötet, sen säger dom att nä ni får inte åka och då kände jag vadå, får vi inte åka? Det är det största som hänt sen jag blev sjuksköterska och det har påverkat mig jättemycket, det är klart att vi ska åka. Det slutade med att dom sa; ni får åka men ... som ett måltidsuppehåll, ni är dragna på larm.

Debriefing upplevdes ge kunskap och svar på de funderingar som fanns efter vårdandet av barnet. Genom att få berätta vad som hänt ute på platsen där barnet hittades, under transporten till sjukhus och att få reda på vad som gjordes vidare inne på akuten gav stor kunskap om hur vårdandet gått till. Samtal ihop med barnets föräldrar var positiv, just att få berätta om vad som hade gjorts och få veta hur barnet varit under sin tid i livet. Dock var det svårt att veta vem man fick prata med på grund av tystnadsplikten när samtal om händelsen var av stort behov.

En händelse som aldrig glöms

Att vårda ett barn med hjärtstopp är en händelse som aldrig glöms detta beror på grund av de känslor som uppkom efter vårdandet. Att må dåligt är vanligt och att stå kvar utan svar gjorde inte upplevelsen lättare.

Kategorin byggs upp utav underkategorierna *Känslorna tar över* och *Må dåligt och sakna svar*.

Känslorna tar över

Vid överlämning av barnet till akuten beskrivs det att sjuksköterskorna lämnar sin yrkesroll och går tillbaka till sig själv. I detta skeende framkom det att känslorna som varit förträngda under arbetet kommer tillbaka. Känslorna som kom efteråt beskrevs som

det jobbigaste, främst för att sjuksköterskan har förträngt känslorna under tiden som de arbetat med barnet.

Du går in i din bubbla och jobba i den här bubblan, det är mer efteråt som allting kommer ... då är man ju dränerad men orkar ingenting mer.

Något som även framkom tydligt är minnesbilden från det att överlämnandet hade gjorts på akuten. Att övervaka vården som fortsatte när sjuksköterskorna hade lämnat över ansvaret var jobbigt på grund av sinnesintrycken och känslorna som varit undångömda under vårdande av barnet återkom. Minnesbilderna som dök upp efter händelsen gjorde att känslor som ledsamhet och förtvivlan istället kom fram och kunde sitta i länge efter händelseförloppet. Att återfå minnesbilderna kunde upplevas som obehagligt och hemskt och var orsak till att händelsen inte kunde glömmas.

Den värsta bilden tyckte jag var efteråt ... på akuten var när dom hade slutat ... eller hade dödförklarat. Så låg det på den här stora britsen inne på akutrummet. Den låg där själv på rygg helt naken och låg så att säga som när barn ligger på rygg. Personalen höll på med annat ... och den låg där helt själv med dålig färg, så man ser ut när man är död. Den bilden var värre än när man höll på med barnet.

Att vara fokuserad på arbetet med barnet kunde göra att detaljer som befann sig runt omkring inte satte sig fast på minnet. Försöka återge saker och omgivning som var runt omkring där arbetet utfördes var svårt att minnas. Sjuksköterskorna upplevde ett tunnelseende och såg enbart sina kollegor och barnet som de arbetade med.

Där var två barn tillexempel som var med där, jag vet inte om dom var fyra och sex som vi ibland fick lyfta undan för dom var mitt i det här. ... Det var också så skulle dom ställa fram de här barnen framför mig så skulle jag inte kunna peka ut hur dom såg ut.

Efter överlämning av barnet till akutens omhändertagande var det jobbigt främst för att sjuksköterska kunde ta ett steg tillbaka och lämna över vårdansvaret. Känslorna som hade varit bortkopplade kom då tillbaka och i samband med att barnet dödförklarades blev känslorna mer påtagliga.

Må dåligt och sakna svar

Det förkom att tankar som förde sjuksköterskorna tillbaka till barnet kom i samband med vardagliga händelser. Oftast kändes det hopplöst för man inte kunde ändra utgångspunkten. Att inte kunna rädda livet på barnet hängde kvar en period efteråt.

Jag försökte göra grejer. jag tänkte på det här ... att ett barn hade dött ... och när man gjorde grejer, ... men inget av det här spelar någon roll. Det är ju liksom ett barn som har dött, som inte kommer tillbaks till skolan. Hennes klasskamrater kommer aldrig få träffa henne igen.

Symtom som magont, illamående och dålig aptit var vanligast och som kunde vara några dagar efteråt. Att må dåligt kunde kopplas ihop med att det kändes jobbigt att veta att ett barn har dött och de känslorna kunde hålla sig kvar ett par veckor innan man kunde släppa taget om dem. *"Nä det var jätte jobbigt, det var jobbigt i ett par veckor efteråt."*

Det visades sig vara jobbigt och känslösamt när ett barn avlider. Att inte veta om sjuksköterskorna kunde gjort något annat under räddningsarbetet gav mycket frågor utan svar. Att må dåligt de första dagarna efter att vårdat barn som avlidit var vanligt och kunde påverka vardagen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien har varit att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda barn 0-16 år med hjärtstopp prehospitalt, således valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Polit och Beck (2017 s. 12) beskriver att en kvalitativ metod tar fram människans attityder, erfarenhet och upplevelse om ett fenomen. Detta metodval var av betydelse för författarna för att mer kunskap kan tas fram om hur det upplevs att vårda ett barn med hjärtstopp och vilka redskap som behövs för att ta hand om personal som är med om dessa händelseförlopp.

Henricson och Billhult (2017, s. 111) beskriver att den kvalitativa metoden grundar i personers levda erfarenheter. Vilket betydde att författarna var tvungen att hitta dessa personer genom olika ambulansorganisationer och kontakter. Malterud (2014, s. 67) menar att det är viktigt med variation hos deltagarna för att kunna få in olika dimensioner av samma fenomen och därför är det viktigt med exempelvis olika kön, åldrar och utbildningsnivå. Detta ökar i sin tur överförbarheten i studien genom att inkludera båda kön med olika antal år i verksamheten. Urvalet av deltagare varierade ifrån tre olika ambulansorganisationer för att få större variation av erfarenhet. Författarna inkluderade även de personer som valt att lämna ambulansorganisationen, men ett måste var att de fortfarande vara verksamma som sjuksköterska. Henricson och Billhult (2017, s. 116) understryker vikten av att deltagarna i en studie ska kunna beskriva fenomenet som efterfrågas vilket i sin tur ger viktiga data till studien. Eftersom vårdandet av barn med hjärtstopp är ett unikt händelseförlopp valde författarna att söka deltagare över södra Sverige. Hade studien enbart inriktat sig på en region i Sverige antogs det bli problematisk att få tag på enbart sjuksköterskor och författarna hade då även fått inkludera sjukvårdare för tillräckliga data. Att söka informanter ifrån fler än en ambulansorganisation ansåg författarna ge en ökad kunskap om sjuksköterskors erfarenhet av barn med hjärtstopp samt belysa de olika förutsättningar som regionerna har. För att få mer information hur vårdandet av barnet upplevdes ur ett medicinskt behandlingsperspektiv och ur ett vårdande perspektiv fick författarna inrikta sig mot sjuksköterskor. Studiens resultat kan antas vara överförbart till sjuksköterskor i Sverige som vårdat barn med hjärtstopp prehospitalt där behandling krävts. Dock poängterar författarna vikten av att en upplevelse alltid är subjektiv och var person har sin beskrivning.

Antalet personer som behöver ingå i studien beror på tidsaspekt, syftet och resurser som finns tillgängliga (Kvale & Brinkmann 2015 s. 156). Henricsson och Billhult (2017, s. 115) nämner även att antalet informanterna kan variera samt att vikten är större på hur informanterna beskriver sin upplevelse och erfarenhet inom området vid en kvalitativ metod. Sammanlagt genomfördes åtta intervjuer, författarna till studien ansåg att intervjuerna gav en fördjupad förståelse genom det insamlade material gällande fenomenet. Vid påbörjad analys av transkriberade texter tog fyra nya informanter kontakt med författarna om intresserat deltagande. Att inkludera fler informanter till studien ansåg författarna hade kunnat stärka upp och frambringa mer data dock valdes det att inte inkludera fler deltagare då innehållsanalysen var startad samt att tidsaspekten var för kort.

Genom att låta deltagarna välja plats för intervjun hoppades författarna på att deltagarna upplevde trygghet för att kunna dela med sig av sina erfarenheter. Innan intervjun sattes igång talade författaren med deltagaren om hur intervjun skulle gå tillväga och att deltagaren när som helst kunde avbryta. Deltagaren fick dela med sig av tankar och känslor inför intervjun. Att samtala innan påbörjad intervju och efteråt skapar god kontakt mellan deltagare och författare genom att lyssna, visa intresse och respekt (Kvale & Brinkman 2015 s. 170). Detta med förhoppningen att deltagarna skulle berätta så mycket som möjligt om deras upplevelse samt dela med sig av material som kunde anses vara känsligt.

Författarna valde en öppen och ostrukturerad intervjumetod för att få sig ett brett innehåll av informanternas erfarenheter inom området. Polit och Beck (2017 s. 509) belyser att det är en bra metod för att skapa sig en förståelse inom ett område. Genom att ha en öppningsfråga skapar det möjlighet till att informanten får berätta om sin erfarenhet och upplevelse av händelsen. Genom att ställa följdfrågor hjälper det författarna att samla in mer information och få fördjupad förståelse inom studiens område (Danielson 2017 s. 144). Dock är det viktigt att inte störa informanten i sitt berättade utan att författarna ska kunna ställa följdfrågor när informanten har pratat färdigt (Polit & Beck 2017 s. 509). Att intervjuas med öppna frågor upplevdes komplicerat i början och det var svårt att undvika ledande frågor under intervjuens framskridande. Kvale och Brinkmann (2015, s. 183) beskriver att genom en öppen intervjumetod är det viktigt som intervjuare att vara öppen och lyhörd, ta vara på det som informanten berättar om och följa upp med följdfrågor. Allt eftersom förbättrades intervjuerna och gav djupare information om deras upplevelser och erfarenheter. Författarna hade inga tidigare erfarenheter av att hålla intervjuer vilket framvisades sig då den första intervjun var 11 minuter lång men den sista intervjun var 47 minuter. Då författarna inte har tidigare erfarenhet av att göra intervjuer kan det försvaga insamling av data. Då författarna valt en ostrukturerad öppen intervju teknik fanns oro att inte veta när och var följdfrågorna skulle ställas. Allt eftersom intervjuerna gjordes blev författarna mer säkra och ställdes fler följdfrågor vilket visades genom att de sista intervjuerna blev längre.

Intervjumetod och syfte styr urvalet av deltagare, frågor som skall ställas i intervjun, struktur och material. För att se om upplägget fungerar rekommenderas en provintervju. Detta ger också möjlighet att se om avsatt tid är hållbar och om planerade frågor är av vikt. Ett dilemma som författarna ställdes inför var om de båda skulle delta i provintervjun. Om båda skall delta bör rollfördelningen till en början vara tydlig dock

kan det beaktas som störande och tidkrävande (Danielson 2017 s. 149) och därför deltog bara en av författarna.

Val av syfte kan ses som ett känsligt ämne för deltagarna att berätta om, därför var det av vikt för författarna att vara uppmärksam under intervjun för att veta när det var passande att fortsätta intervjun eller om en paus behövdes. Kvale och Brinkmann (2015, s. 130) nämner att det är vanligt att personer som intervjuas vill göra sitt bästa och inte själv tänker på att den börjar protestera emot frågan eller visar sig påverkad och sårad. Författarna lät det bli tyst efter ett svar som upplevdes påverka deltagaren innan intervjun fortsatte. Det visade sig dock vara en utmaning att veta om deltagaren tyckte situationen påverkade dem. Av åtta intervjuer var det en intervju som gjordes via telefon då ingen möjlighet fanns till att göra intervjun på plats hos informanten och denne godkände intervju via telefon. Den största utmaningen var när ena författaren intervjuade denna person via telefon. Att inte ha personen framför sig gjorde att det inte gick att se informantens ansiktsuttryck utan författaren fick då vända uppmärksamheten emot deltagarens röst, för att höra om denne blev påverkad. Kvale och Brinkman (2015, s. 133) anser att tolka kroppsspråk under en intervju som är ansikte mot ansikte underlättar för att tolka personens interaktion och påverkan. Hur deltagaren intrigerar med kropp är av vikt vid kvalitativ forskning.

Valet av analysmetod var Lundman och Hällgren Graneheim (2017 s. 224-27). En kvalitativ innehållsanalys innebär att man skall kunna tolka texten på olika djup för att kunna förstå innehållet på olika nivåer. Forskaren använder sig då av olika abstraktions- och tolkningsnivåer (Lundman & Hällgren Graneheim 2017 s. 222). All analys gjordes av ena författaren och i slutet av processen tog den andra författaren del av analysen. Ökad validitet i analysarbetet hade varit om båda författarna deltagit under hela processen. Analysen reviderades flertal gånger och efter handledarens kritik omarbetades vissa underkategorier och kategorier fler tal gånger. Under tiden resultatet skrevs förändrades kategorierna och underkategorierna en gång till innan den gav de slutliga resultat kategorierna. För att stärka texten användes citat som gav ökad förståelse och beskrev innebörden av fenomenet och det gav en ökad validitet av resultatet.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskor inom ambulanssjukvård som vårdar barn med hjärtstopp beskriver händelsen som övermäktig och känslös. Genom att arbeta med rätt resurs och kompetent personal underlättades arbetet med barnet och fokus kunde läggas på livsavgörande behandlingsåtgärder.

Att känna ensamhet och obehag framkommer främst när sjuksköterskor är ensamma medicinskt ansvariga på plats och inte har någon att dela ansvaret med. Sjuksköterskorna behöver prestera sitt yttersta då barn har hela livet framför sig tillskillnad ifrån vuxna. Att vårda ett kritiskt sjukt barn är en händelse som finns med sjuksköterskorna länge och kräver ofta att de behöver känna sig bekräftade i det de utfört har gått rätt till.

När det blir övermäktigt och överkligt

Vårdandet av ett barn som har hjärtstopp gav en känsla av övermäktighet eftersom det är en händelse som ingen kan vänja sig vid. Ett barn som fått avsluta sitt liv i tidig ålder fick

sjuksköterskorna att känna överklighet då en ung person mist livet eller varit nära in på. Dessa känslor bottnar i olika perspektiv på vårdandet och behandlingen av barnet. Nordén, Hult och Engström (2013) menar att vårda ett barn som är kritiskt sjukt är stressande, skapar oro men att de har möjligheten till att fokusera på arbetet för att de vill ge en så bra vård som möjligt. Att vårda ett barn är en svår händelse för sjuksköterskor i ambulanssjukvården och det blir värre desto sjukare barnet är (Nordén, Hult & Engström 2013). Resultat visar att arbetssituationen kändes överklig och övermäktig, mycket för att barnet borde ha ett liv framför sig. Det kändes överkligt då hjärtstopp främst sker bland vuxna och det var svårt att både föreställa sig att ha en liten kropp framför sig samtidigt som det blev övermäktigt att hantera ett barn som är livlöst.

Sjuksköterskorna beskriver vidare att det var svårt att skapa sig en korrekt uppfattning om situation utifrån den information som larmcentralen gav ut. Sjuksköterskorna ansåg att informationen som kom fram till dem var kortfattad och var lätt att tolka på olika sätt, genom att inte veta vad som finns att vänta dem blev händelsen mer påtaglig och övermäktig. Nordén, Hult och Engström (2013) tar upp att tolka informationen genom att ställa in sig på det värsta tänkbara scenariot var det lättare att kunna ställa om sig till att vårda den mindre skadade patienten vid ankomst till plats. I ambulanssjuksköterskans kompetensbeskrivning (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och Svenska Sjuksköterskeförening 2012) står det att sjuksköterskor skall ha en handlingsberedskap i oförutsedda uppdrag, så som uppdrag med bristfällig information. Dock kan det bli en nackdel om bristfällig information kan tolkas på fler än ett sätt. Genom att få mer information om vad som sker menar Larsson och Engström (2013) kunde det ge en större förberedelse på vad för material som ska tas med och kunna förbereda sig på det kommande arbetet.

Förberedelser inför ett uppdrag var något som beskrevs som viktigt för att minska oro och stress, att veta vilka resurser som kommer till plats, vilken utrustning som ska med, var viktigt för att kunna ställa in sig på det arbete som skulle göras. Genom att förstå informationen som sjuksköterskorna fått ifrån SOS samtidigt som den var informationsrik var det lättare att fatta beslut och upplevelsen blev då mer hanterbar. Sjuksköterskorna kunde i dessa fall kommunicera med sin kollega och förbereda sig inför händelsen. Även Svensson och Fridlund (2007) menar att kommunikation med sina kollegor ut till platsen är viktigt för att skapa en så bra förberedelse som möjligt inför det kommande arbetet. Kommunikationen mellan kollegorna kunde inte bara vara med personal inom ambulansverksamheten utan även med räddningstjänst och polis.

Sjuksköterskor inom ambulanssjukvården beskriver att det var obehagligt att vårda ett barn med hjärtstopp, trots att det är obehagligt kunde ändå sjuksköterskorna fokusera på det som måste göras medicinskt. De beskriver även tydligt att de gick in i en yrkesroll när de fick larmet och insåg allvarligt, samtidigt kopplade bort sina egna känslor för att kunna fokusera på vårdandet. Det var först efteråt som det var tuffast, när ansvaret har överlämnats och känslorna blev då övermäktiga och förstod vad de verkligen hade varit med om. Kjellemo et al. (2016) redovisar att sjuksköterskan har möjlighet att fokusera även om det känns jobbigt, mycket är för att de vill rädda livet på personen som är i fara. Svensson och Fridlund (2007) nämner även att sjuksköterskor vill ge den bästa optimala vården till ett barn som möjligt då de har ett långt liv kvar att leva.

Oavsett händelse kunde sjuksköterskorna alltid fokusera på den medicinska behandlingen, känslan under förloppet var ofta att det var överkligt då de flesta sjuksköterskor upplevde att barn inte skall ha hjärtstopp utan kopplade samman hjärtstopp till en händelse som sker hos vuxna. Att utföra bröstkompressioner på ett barn under 16 år upplevs som överkligt. Men för sjuksköterskorna var det viktigt att barnet skulle överleva och fokus kunde därför läggas på livsuppehållande åtgärder. Detta stämmer väl överens med Kjellemo et al. (2016) som anser att när ett liv står på spel så gör ambulanspersonalen det som krävs för att försöka rädda livet på patienten.

När det kommer till ansvar omkring vårdandet och den medicinska behandlingen påvisar att föreliggande resultat att det var en stor trygghet om det fanns en till sjuksköterska eller läkare på plats. Att slippa hela ansvaret underlättade när de hade någon att fatta besluten med. Detta bekräftas av Nordén, Hult och Engström (2013) som tar upp att sjuksköterskor som vårdar barn upplevde situationen mycket bättre och omvårdnaden för barnet kändes lugnare om de hade en sjuksköterska eller läkare på plats. Genom att vara fler resurser på plats underlättas omvårdnaden och ger större möjlighet kunna bytas av vid en HLR situation (Gunwall et al, 2018). Gunnarsson och Stomberg (2009) beskriver att beslutsfattandet är en uppgift som ska göras snabbt vid ett brådskande läge, dock kan det vara mycket svårt om vad som borde göras först. Att inte ha någon att dela ansvaret om beslutet med kunde upplevas som ett dilemma (Gunnarsson & Stomberg 2009). I föreliggande resultat framkom att vara själv med beslutsfattande var jobbigt och en svår uppgift. Att både göra ett snabbt beslut samtidigt som man måste kontrollera att andra resurser utför behandlande åtgärder korrekt upplevdes ännu svårare. När en ny ambulans eller läkarbil anlände till platsen gjorde situationen lättare och tryggare för att beslutsfattandet kunde antingen lämnas över eller fattas ihop med en kollega med samma kompetens.

Tvivlandet på sin egen kunskap var stor bland sjuksköterskorna, detta för att sjuksköterskorna beskrev att de inte hade någon stor erfarenhet av vårdandet av barn eller kunskapen om anatomis. Koziel et al. (2015) menar att inte ha någon kunskap om hur ett barns anatomi är, gör att det känns jobbigt att vårda ett barn som är kritiskt dåligt. Att göra en första bedömning på ett avlidet barn som en förälder lämnat över till ambulanspersonalen utgör en utmaning för ambulanspersonalen. Även Hansen et al. (2014) nämner att barn är det svåraste att vårda, för att utbildningen om barn är begränsad och det finns alltid en oro för att vårda denna patientgrupp. Föreliggande resultat påvisar att om sjuksköterskorna hade fått mer utbildning skulle det upplevas lugnande att vårda barn. Att inte ha tillräcklig med utbildning om barn och sedan vårda ett barn gör att situationen inte blir hanterbar.

Med stöd i ovan redovisad forskning framkom det att avsaknad av utbildning är stor då det gäller vårdandet av barn. Att hospitera på barnklinik, öka utbildningen under högskoleutbildningarna är två delar som behövs förbättras för att sjuksköterskorna skall känna sig trygga. De personer som nyligen gått utbildning i barn HLR var de personer som visade sig vara tryggast i sin kompetens och upplevde att de var rätt person på rätt plats.

Samtal som riskerar att utebli

Sjuksköterskorna inom ambulanssjukvården ansåg att samtala efter att de vårdat ett barn med hjärtstopp är av stor vikt för att minska risken för posttraumatiska stresssymptom. Alexander och Klein (2001) beskriver att de personer som upplever sig vara utmattade och som varit med om en traumatisk händelse inom de närmsta sex månaderna visar sig ha en högre tendens för PTSD och som inte fått tillräckligt med tid att återhämta sig efter att händelseförloppet ägt rum. Ytterligare framkommer det att känslorna som äger rum efter en kritisk händelse kan komma allt ifrån några timmar till år. För sjuksköterskorna var det viktigt att få avsatt tid för bearbetning av känslor. Genom framtida rutiner på arbetande verksamhet kan riktlinjer underlätta för sjuksköterskor att få tid för samtal och bli avställd under pågående pass. Detta kan relateras till Minnie, Goodman och Wallis (2014) som beskriver hur ambulanspersonal saknar rutiner för debriefing samt förståelse ifrån larmcentralen som styr ambulanskörningarna. Resultatet visar att särskilda riktlinjer bör utformas så personal inte skall behöva arbeta vidare efter en kritisk händelse. Sjuksköterskornas önskemål ifrån verksamheten var att när SOS får reda på att en enhet blivit utsatt för en kritisk händelse så bör SOS ta kontakt med verksamhetschef så rätt form av stöd kan tas fram för debriefing.

Minnie, Goodman och Wallis (2014) beskriver att ambulanspersonal som inte har eller får någon som helst undervisning gällande hanteringen av känslor efter en traumatisk händelse. De flesta i resultatet ansåg att samtala med kollegor direkt efter en incident såg detta som en informell debriefing och ansågs underlätta emotionellt. Fernádes-Aedo et al. (2016) belyser att samtal med en kollega var mer vanligt och kollegans respons samt förståelse utgjorde en positiv känsla för att någon lyssnade och brydde sig. Det bästa stödjande samtalet var med en arbetskollega, dock är det inte alltid tillräckligt att samtala med en kollega utan man kan också behöva samtal med en professionell person (Drewitz-Chesney, 2012; Sjöberg, Schönning & Salzman-Erikson, 2015). Sjuksköterskor inom ambulanssjukvården beskriver ett behov av bekräftelse samt att få bli avställda. Sjuksköterskorna beskrev att de kände sig plikttrogna emot sin arbetsgivare och upplevde att de inte kunde neka näst kommande larm trots att kände att de behövde tid för att bli avsatta och samtala om händelsen de precis varit med om. Fernádes-Aedo et al. (2016) beskriver att där samtal med kollegor är förekommande, får sjukvårdspersonal bäst stöd och en känsla av samhörighet. Enligt Larsson och Engström (2013) är uppföljande samtal av stor vikt för att kunna hantera händelsen av ett dödsfall men samtidigt att få mer information om vad som gjordes och som kunde göras bättre, vilket var något som även kom fram i resultatet. Att få tid till samtal och debriefing var av stor vikt för sjuksköterskorna, inte minst med att få samtala om händelse, utan att själva samtalet kunde hjälpa dem att förstå vad som hänt och ta vara på den kunskapen som uppkommit. Samtal med kollegorna gav stor lättnad och upplevdes mest positivt för att de hade då möjlighet att samtal med en som förstod vad de varit med om.

Att samtala om en kritisk händelse är viktigt för att få reda på om det som gjordes under arbetet utfördes på ett korrekt sätt. Drewitz-Chesney (2012) nämner att genom samtal om händelsen kan det ge förståelse, möjligheten att diskutera fallet gör att ambulanspersonalen kan få bekräftelse på att de gjort det bästa de kunde av situationen.

Samtalet i sig kan även hjälpa ambulanspersonalen att ta till sig kunskap av fallet (Drewitz-Chesney, 2012). Samtal kollegor i mellan ger ett utbyte av erfarenheter och får då även en slags bekräftelse på att någon lyssnar samtidigt som det kan hjälpa sjuksköterskan att se händelsen ur ett annat perspektiv (Bohström, Carlström & Sjöström, 2016). Oavsett vart stödet kommer ifrån är det alltid tacksamt, att få det ifrån en kollega, anhörig eller från samhället kunde underlätta bearbetningen och hanteringen av situationen. Att få reda på det som gjorts under händelsen kan ge svar på de funderingar som kommit efteråt.

Att samtala med anhöriga om en händelse som skett på jobbet är problematisk just för att som sjukvårdspersonal har man tystnadsplikt. I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) står det att sjukvårdspersonal inte får röja uppgifter som kan skada en eller flera personer, vid röjande av information kan sjukvårdspersonalen bli straffad. Fernáendes-Aedo et al. (2016) beskriver att sjuksköterskor som samtalat med anhöriga om en händelse på jobbet upplevde det jobbigt och kunde ge en viss emotionell stress för att man inte visste hur mycket som de fick berätta. Sjuksköterskor som samtalat med sina anhöriga tyckte det var jobbigt just för de visste inte hur mycket du kunde berätta samtidigt behövde ha någon att samtala med. Att jobba inom samma län som olyckan skedde gjorde det extra jobbigt om sjuksköterskorna skulle möta på anhöriga till barnet när de var privata. Att samtala med anhöriga kunde underlätta men i vissa sammanhang var det mycket lättare att prata med kollegor då de kan sätta sig in i situationen på ett annat sätt och har en större förståelse. Sjuksköterskorna som samtalat med anhöriga och kollegor är främst de personer där ambulansverksamheten saknat riktlinjer för omhändertagandet av personal som behandlat ett kritiskt sjukt barn.

Samtal med föräldrar och övriga enheter visades vara mycket positivt för sjuksköterskorna. Larsson och Engström (2013) beskriver att få information om hur händelsen gick till och hur personen har haft det i sitt liv sedan tidigare var viktigt för att kunna bearbeta händelsen på ett positivt sätt och lättare kunna gå vidare i sitt arbete. Sjuksköterskor som haft möjlighet att få samtala med föräldrar efter händelsen har uttryckt att det är positivt och gav en ökad känsla till att kunna bearbeta händelsen lättare.

Några av sjuksköterskorna i studien valde att stanna kvar på sin arbetsplats och fortsätta jobba, detta upplevdes inte som optimalt. De beskriver att det inte fanns någon energi kvar till att bemöta nya patienter samt att utföra en korrekt medicinsk omvårdnad. Det finns inga tydliga lagar eller förordningar hur arbetsgivaren ska ta hand om personal som vårdat ett dödsfall. Oftast är det upp till varje arbetsgivare om de godkänner om personalen ska tas ur tjänst. Resultatet i denna studie visade på enad samhörighet om att fortsätta arbeta kvar efter att vårdat ett barn med hjärtstopp inte var lämpligt. Främst för att behovet av samtal är stort och få möjlighet till att återhämta sig både emotionellt och psykiskt. I Ambulanssjuksköterskans kompetensbeskrivning (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och Svenska Sjuksköterskeförening, 2012) står det att sjuksköterskan ska tillämpa ett professionellt förhållningssätt med respekt för patientens hemmiljö och tillämpa ett etiskt förhållningssätt. Detta kan dock bli problematiskt om sjuksköterskan inte känner sig kunna bemöta en ny patient med respekt och kunna lyssna på patientens behov då de inte har någon emotionell eller psykisk energi kvar för att utföra

jobbet på ett bra sätt. Detta beror på att barnet fortfarande sitter kvar i tankarna och de har inte heller fått möjlighet till att bearbeta händelsen.

En händelse som aldrig glöms

Sjuksköterskorna beskriver att hjärtstoppssituationen är en händelse som ingen glömmet. Mycket beror på att det är skrämmande, överkligt och obehagligt. Att efteråt få bilder från händelseförloppet och se barnet är något som ofta dök upp ur minnet. Att då även inte kunna återberätta detaljer ifrån omgivningen påvisar hur fokuserad sjuksköterskorna är i sitt vårdande. Få minnesbilder, må dåligt och inte minnas detaljer är något som Jonsson, Segesten och Mattson (2003) beskriver som symptom på PTSD. PTSD kan uppkomma ifrån händelser som sjuksköterskan varit med om under sin arbetstid. Efter studiens resultat kan författarna förnimma att de upplevelser som sjuksköterskorna varit med om och hur efterförloppet har varit att vårdat ett barn med hjärtstopp kan klassas in som en traumatisk händelse.

Att vårda barn är känslösamt och blir en övermäktig upplevelse. Att ha vårdat med fullt fokus på att rädda ett barns liv, för att sedan lämna över ansvaret och vårdandet till annan sjukvårdpersonal blev jobbigt. Vilket kan förstås som att sjuksköterskorna hade lämnat sin roll som omvårdnadsansvarig vilket gjorde att de istället stod vid sidan av och såg den fortsatta vården. Det gjorde att sjuksköterskorna upplevde att de känslor som varit förträngda under arbetets gång kom tillbaka. Curcio (2017) beskriver att sjuksköterskor som vårdat barn i slutskedet är svårt, inte minst för att man vill att ett barn ska vara friskt och få växa upp och bli vuxen. Att då behöva se ett barn avlida gör att känslor som ledsamhet, orättvisa, ilska, sorg ger upplevelse av att det känns överkligt att ett barn ska avlida.

Det visar sig att sjuksköterskorna mådde dåligt både psykiskt och fysisk efter att vårdat ett barn med hjärtstopp. Detta stämmer överens med Drewitz-Chesney (2012) som beskriver att må dåligt efter en händelse är vanligt och kan påverka ambulanspersonalen arbete genom upplevelse som minskad empati och nedsatt beslutsfattande förmåga. Nedstämdhet och sorg är även vanligt förekommande efter att vårdat en person som avlidit (Fernandes-Aedo et al., 2016). Enligt föreliggande studie framkom det att magont, illamående och dålig aptit var det vanligaste som förekom, även förekomsten av tankar som förde de tillbaka till händelseförloppet. Borgå och Al-Saffar (2012) nämner att få flashback till händelsen är ett tecken på att man varit med om en traumatisk händelse. Bennett et al (2005) beskriver att ambulanspersonal utsätts ofta för händelser som kan ge traumatiska minnen och att återfå minnena är tecken på PTSD. Vissa sjuksköterskor i studien beskrev att dofter, ljud, smaker och platser kunde föra fram minnen från händelserna och de undvek det som påminde dem om händelserna. Även Drewitz-Chesney (2012) uttrycker att dofter, platser och ljud är vanliga orsaker till att traumatiska minnen återkommer och kan orsaka att personer gör allt för att undvika dessa saker för att minska risken att få fram minnesbilderna. För att hjälpa ambulanspersonal med PTSD är det samtal som behövs om händelsen, kunna skapa sig en förståelse varför den uppkom

och hur man ska gå tillväga för att hjälpa personen att hantera händelsen och de minnen som finns kvar (Bennett et al. 2005).

Hållbar utveckling

Brundtlandrapporten (1987) beskriver att hållbar utveckling består av tre dimensioner; Ekologisk-, social- och ekonomisk hållbarhet. Dessa utgör dagens grund till diskussion om hållbar utveckling. Anåker och Elf (2014) nämner att fånga upp hållbar utveckling inom vården kan det ge ökad förståelse för miljön, förbättra vården samt nå en kvalitet och ekonomisk hållbarhet. International Council of Nurses [ICN] (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) nämner att sjuksköterskan har fyra grundläggande områden som är att främja hälsa, förbygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande.

Från resultatet nämns det att fortsätta vårda nya patienten efter att haft hand om ett hjärtstopp på barn som avlidit inte var optimalt. Vårda denna patientgrupp visade sig vara jobbigt både emotionellt, psykiskt och fysiskt. Idag finns inga direkta rutiner om hur arbetsgivaren ska ta hand om sin personal mer än att erbjuda stödsamtal. Det beskrevs tydligt att fortsätta vårda nya patienten inte var lämpligt på grund av att man är helt slut på energi så finns ingen ytterligare möjlighet att fortsätta arbetspasset med att vårda nya patienter. Enligt ICN (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) ansvarar sjuksköterskan för patienten ska få korrekt vård och ha ett professionellt ansvar för patienten. Har sjuksköterskan ingen energi kvar för att ge den bästa optimala vården för patienten är det lämpligt att sjuksköterskan bör få ledigt resten av arbetspasset, för att få möjlighet till att återhämta sig och få möjlighet att så samtala om händelsen i lugn och ro. ICN (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) nämner även att sjuksköterskan ska sköta sig egen hälsa i första hand för att inte kunna äventyra patientens vård. Att inte få möjlighet till återhämtning och bearbetning av händelse ökar det risken för att få posttraumatiska stressymptom.

Klinisk implikationer

- Att det utformas särskilda riktlinjer så ambulanspersonal inte behöver arbeta vidare efter en kritisk händelse. Att få avsatt tid till samtal och att bli tagen ur tjänst resten av dagen.
- Att regelbundet få möjlighet till att träna på barn-HLR för att kunna hålla sig uppdaterad om barn-HLR och samtidigt få mer vetenskaplig uppdatering om barn-HLR.
- Att erbjudas utbildning, träning och hospitering inom barnsjukvård.
- Att utöka undervisning om barnkunskap på Specialistutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård samt även under Sjuksköterskeprogrammet.

Fortsatta studier

Då denna studie enbart har undersökt sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att vårda barn med hjärtstopp behövs mer forskning av fenomenet genom både kvalitativ och kvantitativ design. Frågan är om det finns skillnader mellan olika yrkeskategorier. Studier finns om vårdandet av ett kritiskt dåligt barn men det saknas vidare forskning inom upplevelser av att vårda barn med hjärtstopp. Vidare forskning behövs om anhörigas upplevelser av att ha ambulanssjuksköterskor på plats och som vårdat deras barn med hjärtstopp. Fortsatta kvalitativa studier bör göras för att fånga upplevelser av existentiella händelser.

REFERENSER

Alexander, D., & Klein, S. (2001). Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, 178, ss. 76-81

Anåker, A., & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28, ss. 381-389. Doi: 10.1111/scs.12121

Bennett, P., Williams, Y., Sida, N., & Hood, K. (2005). Associations between organizational and incident factors and emotional distress in ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, ss. 215-226. Doi: 10.1348/014466505X29639

Bohström, D., Carlström, E., & Sjöström, N. (2016). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nurses*, 32, ss. 28-33. Doi: 10.1016/j.ienj.2016.08.004

Borgå, P., & Al-Saffar, A. (2012). Viktigt diagnos för följderna av trauma och våld i vardagen, Posttraumatiskt stresssyndrom. *Läkartidningen*, 20 november. <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=18897> [2018-04-06]

Brundtlandrapporten. (1987). *Our common future. report of the world Commission on environment and development*. Geneve: Världskommission. <http://www.undocuments.net/our-common-future.pdf> [2018-08-27]

Börjesson, M., Dellborg, M., Gilljam, T., & Wisten, A. (2015). Hjärtstopp bland unga och idrottare skiljer sig. *Läkartidningen*, 31 Mars. <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2015/03/Hjartstopp-bland-unga-och-idrottare-sarskiljer-sig/>. [2018-04-02]

Codex. (2017). Forskningsetisk prövning. <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml> [2018-06-25]

Curcio, DL. (2017). The lived experiences of nurses caring for dying pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 43, 1, ss. 8-14

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. Henricson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB. S. 149

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. Henricson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB. ss. 286-287

Dorfman, A., Pauze, D., & Tilney, P. (2011). A Near Fatality in a 6-month-old Boy from an aspirated toy. *Air Medical Journal*, 30, 2, ss. 64-67. Doi: 10.1016j.amj.2011.01.002

- Drewitz-Chesney, C. (2012). Posttraumatic Stress Disorder among paramedic: Exploring a new solution with occupational health nurses using the Ottawa charter as a framework. *Workplace Healths & Safety*, 60, 6 ss. 257-263. Doi: 10.3928/21650799-20120516-51
- Falk, A-C., & Lindström, V. (2012). Prehospital interventions in children with a severe traumatic brain injury. *Emergency medicine*, 2:129. Doi: 10.4172/2165-7548.1000129
- Fejes, A., & Thornberg, R. (2015). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. Fejes, A. Thornberg, R (red) *Handbok i kvalitativ analys*, Stockholm: Liber AB. ss. 16-41
- Fernández-Aedo, I., Pérez-Urdiales, I., Unanue-Arza, S., García-Azpiazu, Z. & Ballesteros-Peña, S. (2016). A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death. *Enferm Intensiva*, 28(2), ss. 57-63. Doi: 10.1016/j.enfie.2016.10.001
- Gelberg, J. & Claesson, A. (2016). Bättre utfall för unga som drabbas av ett hjärtstopp utanför sjukhus. *Läkartidningen*, 5 januari.
<http://www.läkartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Nya-ron/2016/01/Battre-utfall-for-unga-med-hjartstopp/> [2018-04-04]
- Goldberg, N., Rodriguez-Prado, Y., Tillery, R., & Chua, C. (2018). Sudden infant death syndrome: a review. *Pediatr Ann*, 47, 3, ss. 118-123. doi: 10.3928/19382359-20180221-03
- Gunnarsson, B., & Stomberg, MW. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*, 17, 2, ss. 83-89. Doi: 10.1016/j.ienj.2008.10.004
- Gunwall, K., Augustsson, D., Lindström, V., & Vicente, V. (2018). Specialist nurses' experiences when caring for preverbal children in pain in the prehospital context in Sweden. *International Emergency Nursing*, 36, 1, ss. 39-45. Doi: 10.1016/j.ienj.2017.09.006
- Hall, W., Myers, J., Pepe, P., Larkin, G., Sirbaugh, P., & Persse, E. (2004). The perspective of paramedics about on-scene termination of resuscitation efforts for pediatric patients, *Resuscitation*, 60, ss. 175-187. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2003.09.013
- Hansen, M., Meckler, G., Dickinson, C., Dickenson, K., Jui, J., Lambert, W., & Guise, J-M. (2014). Children's safety initiative: A National Assessment of pediatric educational needs among emergency medical service providers. *Prehospital Emergency Care*, 19:2, ss. 287-291. Doi: 10.3109/10903127.2014.959223
- Hazinski, M F., Markenson, D., Neish, S., Gerardi, M., Hootman, J., Nichol, G., Taras, H., Hickey, R., O'Connor, R., Potts, J., van der Jagt, E., Berger, S., Schexnayder, S., Garson, A., Doherty, A., & Smith, S. (2004). Response to cardiac arrest and select life-threatening medical emergencies: The medical emergency response plan for

schools-a statement for healthcare providers, policymakers, school administrators, and community leaders. *Annals of Emergency Medicine*, 43, 1, ss. 83-99. Doi: 10.1016/S019606440301134X

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. Henricson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod från ide till eximination inom omvårdnad*, 2 uppl. Lund: Studentlitteratur AB. ss. 11-119

Herlitz, J., Svensson, L., Engdahl, J., Gerberg, J., Silfverstolpe, J., Wisten, A., Ångqvist, K-A, & Holmberg, S. (2007). Characteristics of cardiac arrest and resuscitation by age group: an analysis from the Swedish Cardiac Arrest Registry, *The Amercian Journal of Emergency Medicine*, 25, ss. 1025-1031. Doi: 10.1016/j.ajem.2007.03.008

HLR Rådet. (2018). Barn HLR. <http://www.hlr.nu/sa-har-gor-du-barn-hlr/> [2018-03-30]

Jecker, N. (2011). Medical futility and the death of a child, *Bioethical Inquiry*, 8, ss. 133-139. Doi: 10.007/s11673-011-9288-0

Jonsson, A., & Segesten, K. (2003). The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service, *Accidents and Emergency nursing*, 11,3, ss. 141-152. Doi: 10.1016/S0965-2302(02)00217-5

Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel, *Emergency Medicine Journal*, 20,1, ss. 79-84. Doi: 10.1136/emj.20.1.79

Kendorf, G. (2016). Prehospitalt omhändertagande av barn. Suserud, B-O & Lundberg, L. (red) *Prehospital akutsjukvård*, 2 uppl. Stockholm: Liber AB. ss. 507-525

Kjellemo, H., Hansen, A., Øines, A., Nilsen, T., & Wik, L. (2016). Pediatric Cardiac Arrest Due to Trauma, *Prehospital Emergency Care*, 20, 3, ss. 425-431. Doi: 10.3109/10903127.2015.1111479

Koziel, JR., Meckler, G., Brown, L., Acker, D., Torino, M., Walsh, B., & Cicero, MX. (2015). Barriers to pediatric disaster triage: a qualitative investigation. *Prehosp Emerg Care*, 19, 2, ss. 279-286. Doi: 10.3109/10903127.2014.967428

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Larsson, R. & Engström, Å. (2013). 'Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest', *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), ss. 197-205. Doi: 10.1111/ijn.12057

Levieux, K., Patural, H., Harrewijn, I., Briand Huchet, E., Kugener, B., Pidoux, O., de Visme, S., Adjaoud, C., Gras Le Guen, C., & Hanf, M. (2018). Sudden unexpected infant death: Time for intedrativie national registries, *Archives de Pédiatrie*, 22, 2, ss. 75-76. Doi: 10.1016/j.arcped.2017.12.008

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund. Studentlitteratur AB, ss. 219-234.

Malcom, A., Seaton, J., Perera, A., Sheehan, D., & Van Hasselt, V. (2005). Critical incident stress debriefing and law enforcement: An evaluative review. *Advance Access*, 5, 3, ss. 261-278. Doi: 10.1093/brief-treatment/mhi019

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

Minnie, L., Goodman, A., & Wallis, L. (2014). Exposure to daily trauma: The experiences and coping mechanism of Emergency Medical Personnel. A cross-sectional study. *African Journal of emergency Medicine*, 5, 1, ss. 12-18. Doi: 10.1016/j.afjem.2014.10.010

Norberg, A., & Fagerberg, I. (2017). Fenomenologisk hermeneutik. I: Höglund Nielsen, B & Granskär, M. (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur AB. ss. 249-261

Nordén, C., Hult, K., & Engström, A. (2014). 'Ambulans nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care', *International Emergency Nursing*, 22, 2, ss. 75-80. Doi: 10.1016/j.ienj.2013.04.003

Pack, M. J. (2013). Critical incident stress management: A Review of the literature with implications for social work, *International Social Work*, 56, 5 ss. 608-627. Doi: 10.1177/0020872811435371

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och Svenska Sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Specialistutbildad-ambulanssjukskoterska/> [2018-08-07]

SFS 2003:460. (2003). *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. [2018-07-25]

SFS 2010:659. (2010). *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659 [2018-08-26]

Sjöberg, F., Schönning, E., & Salzman-Erikson, M. (2015). Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, ss. 17-18. Doi: 10.1111/jocn.12844

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). ICN:s etiska koder för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2018-08-30]

Szpilman, D., & Orłowski, J. (2016). Sport related to drowning. *European respiratory review*, 25, ss. 348-359. Doi: 10.1183/16000617.0038-2016

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, ss. 35-42. Doi: 10.1016/j.ienj.2007.10.002

Vetenskapsrådet. (2016). Forskningsetiska principer - inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2018-08-30]

Wireklint Sundström, B., & Dahlberg, K. (2012). Being prepared for the unprepared: A phenomenology field study of Swedish prehospital care, *International Nursing*, 38, 6, ss. 571-577. Doi: 10.1016/j.jen.2011.09.003

Öberg, Marjut., Vicent, V., & Wahlberg, A. (2014). The emergency medical service personnel's perception of the transportation of young children, *International Emergency Nursing*, 23,2 ss. 133-137. doi: 10.1016/j.ienj.2014.06.192

Bilaga 1



HÖGSKOLAN I BORÅS

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Examensarbetets syfte är att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att vårda barn med prehospitalt hjärtstopp. När sjuksköterskor vårdar barn med hjärtstopp utsätts de för en situation som är ovan. I det akuta skedet där ett barns liv är i fara och föräldrarna är förtvivlade kan uppgiften kännas övermäktig för vårdaren. När ett barn är inblandat kan copingstrategier som vanligtvis fungerar vara otillräckliga och konsekvenserna av detta kan bli en försämrad förmåga att ge god och livsavgörande vård.

Forskningen kring sjuksköterskors erfarenhet av att vårda barn med hjärtstopp prehospitalt är sparsam. Därför vill vi genom denna studie nå ökad kunskap om personalens erfarenheter och copingstrategier i den akuta vårdsituationen samt lång- och kortsiktiga konsekvenser av psykisk ohälsa, kronisk stress, emotionell stress, sömnbesvär och posttraumatisk stress.

Data kommer att samlas in genom öppna kvalitativa intervjuer med sjuksköterskor inom ambulanssjukvården som vårdat barn mellan 0–16 år med hjärtstopp. Åtta sjuksköterskor kommer att intervjuas på valfri plats utifrån deltagarens önskemål och intervjun kommer att ta ca 60 minuter. Deltagarna kommer att kontaktas skriftligt och sedan via telefon för tillfrågan om deltagande. Uppgifter som kan identifieras kommer att tas bort och endast författarna kommer att ha tillgång till datamaterialet. Deltagarna kan när som helst avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara varför och vid genomförd intervju kommer materialet att makuleras.

Eventuella risker med studien är att deltagaren kan uppleva obehag med att delge sin erfarenhet av att vårda barn med hjärtstopp. Förhoppningen är dock att det skall kännas bra efteråt när deltagaren berättat om sin erfarenhet.

Vi handleds under examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

Nilofarr Adelzadeh
s170829@ student.hb.se
Tfn 0700 000000

Klara Hjorth
s171340@student.hb.se
Tfn 0700 000000

Handledare:

Anders Bremer, universitetslektor
Högskolan i Borås
E-post: anders.bremer@hb.se

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Nilofarr Adelzadeh och Klara Hjorth genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Verksamhetschefs underskrift

Namnförtydligande, datum och ort

Bilaga 2



HÖGSKOLAN I BORÅS

Information om studie

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Examensarbetets syfte är att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att vårda barn med prehospitalt hjärtstopp. När sjuksköterskor vårdar barn med hjärtstopp utsätts de för en situation som är ovan. I det akuta skedet där ett barns liv är i fara och föräldrarna är förtvivlade kan uppgiften kännas övermäktig för vårdaren. När ett barn är inblandat kan copingstrategier som vanligtvis fungerar vara otillräckliga och konsekvenserna av detta kan bli en försämrad förmåga att ge god och livsavgörande vård. Forskningen kring sjuksköterskors erfarenhet av att vårda barn med hjärtstopp prehospitalt är sparsam. Därför vill vi genom denna studie nå ökad kunskap om personalens erfarenheter och copingstrategier i den akuta vårdssituationen samt lång- och kortsiktiga konsekvenser av psykisk ohälsa, kronisk stress, emotionell stress, sömnbesvär och posttraumatisk stress.

Vi kontaktar dig som är sjuksköterska inom ambulanssjukvården för förfrågan om att bli intervjuad om din erfarenhet av att ha vårdat ett barn med hjärtstopp (ålder 0-16 år). Under intervjun vill vi höra din berättelse om omhändertagande av barnet. Om du önskar att delta kommer vi överens om en tid, plats och dag för intervjun. Intervjun tar ca 60 minuter. Deltagande samtycke kommer att inhämtas skriftligt och muntligt. Intervjun kommer att spelas in och sedan skrivas ut. Det som berättas under intervjun kommer ej att kunna härledas till dig som person. Intervjun i sin helhet kommer endast vara tillgänglig för nedanstående personer. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att behöva förklara varför. Vid avbrutet deltagande och genomförd intervju kommer intervjun att makuleras.

Eventuella risker med studien är att du kan uppleva obehag med att delge din erfarenhet av att larmats ut till ett barn med hjärtstopp. Förhoppningen är att det skall kännas bra efteråt när du berättat din erfarenhet.

Examensarbetet utförs under handledning av nedan angiven person.

Har du frågor eller önskar mer information är du välkommen att höra av dig.

Hälsningar

Nilofarr Adelzadeh
s170829@student.hb.se
Tfn 0700 000000

Klara Hjorth
s171340@student.hb.se
Tfn 0700 000000

Handledare
Anders Bremer, universitetslektor

Högskolan i Borås
E-post: anders.bremer@hb.se

Bilaga 3



HÖGSKOLAN I BORÅS

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av ovanstående information avseende studien om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda barn med hjärtstopp, fått tillfälle att ställa frågor, fått dem besvarade och samtycker härmed till deltagande.

Jag har även fått information om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att ange orsak.

Deltagarens underskrift

Namnförtydligande, datum och ort