

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
M2022:8

Ambulanssjuksköterskors upplevelser av att arbeta inom ambulanssjukvården under Covid-19

Linn Arthursson
Reima Lindberg



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Ambulanssjuksköterskors upplevelser av att arbeta inom ambulanssjukvården under Covid-19

Författare: Linn Arthursson och Reima Lindberg

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård

Handledare: Glenn Larsson

Examinator: Jonas Wihlborg

Sammanfattning

SARS-CoV-2 som startade en pandemi kallad Covid-19. Covid-19 visade sig kunna orsaka livshotande luftvägssymtom. Det skapade en rädsla för att bli smittad och restriktioner i samhället uppkom för att försöka förhindra och minska smittspridningen. Att arbeta inom ambulanssjukvård som ambulanssjuksköterska ställer krav på att bedöma och utföra behovet av omvårdnad samt utföra vård i olika situationer. Upplevelserna för ambulanssjuksköterskorna är att Covid-19 har medfört utmaningar i att arbeta inom ambulanssjukvården. Det blev svårigheter i att kommunicera med patienter och svårigheter att arbeta iförd skyddsutrustning. Svårigheterna medförde att arbetet med att bedöma behovet av omvårdnad och ge vård försvårades. De upplevde rädsla och oro för Covid-19 och dess framkomst. Det var både psykiskt och fysiskt påfrestande att arbeta inom ambulansverksamheten under Covid-19 och det stämde överens med forskningen kring ämnet. Vaccineringen gjorde att ambulanssjuksköterskor blev tryggare i vårdmötet. Arbetsmiljön blev succesivt bättre och upplevelsen av att möta och behandla patienter med Covid-19 blev mer som en vardag. Studien är en kvalitativ intervjustudie med 13 intervjuer av ambulanssjuksköterskor med öppna semistrukturerade frågor.

Nyckelord: *Covid-19, Pandemi, Ambulanssjuksköterska, Upplevelser, Intervjustudie, Ambulanssjukvård*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Covid-19	1
Ambulanssjuusköterskan	2
Ambulanssjuusköterskans bedömning av patienter med Covid-19	3
Skyddsutrustning i ambulans	3
Vårdmötet	5
Kommunikation	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	7
Forskningsetiska övervägande	9
RESULTAT	10
Från rädsla till trygghet	11
Känna oro och rädsla	11
Känna trygghet	11
Att vårda och bemöta patienter och anhöriga under pandemin	11
Bemöta patienter	11
Bedöma och vårda patienter	12
Bemöta anhöriga	13
Bemöta andra synsätt	14
Förändrade riktlinjer och arbetssätt i ambulanssjukvården	14
Nya riktlinjer	14
Behandlingsriktlinjer	15
En förändrad arbetsmiljö	16
Utveckla ett förändrat arbetssätt	16
Skyddsutrustning i vårdmötet	17
Kommunicera med skyddsutrustning	17
Känna fysisk belastning	18
Vänja sig vid skyddsutrustning	19
Uppleva ett försvårat vårdande	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Vårdmötet	22
Kommunikation	24
Hållbar utveckling	24
SLUTSATS	25

Kliniska implikationer	25
<i>Referenser</i>	26
Bilaga 1	31
Verksamhetschefens godkännande av datainsamling	31
Bilaga 2	33
Information angående deltagande i examensarbete	33
Bilaga 3	36
Intervjufrågor	36

INLEDNING

När Covid-19 upptäcktes kunde ingen förstå dess utveckling och hur stor spridning det skulle få. Rädsla och oro över det nya viruset var stor i hela samhället. Fler människor än tidigare blev allvarligt sjuka och behövde avancerad vård. I frontlinjen stod hälso- och sjukvårdspersonalen och däribland ambulanssjuksköterskorna. Dagligen möttes de av utmaningar till följd av konsekvenser som Covid-19 skapade. I ambulanssjuksköterskans arbete ingår det att bedöma, hänvisa och behandla. I början av Covid-19 mötte ambulanssjuksköterskorna patienter som var svårt sjuka men också patienter som larmade efter ambulans utan ett behov av akutsjukvård. Det ställde krav på ambulanssjuksköterskans förmåga att förmedla sin kunskap och lugna patienterna.

Under de två år som Covid-19 funnits i samhället har samtal mellan kollegor i ambulansverksamheten funnits, om upplevelser och olika synsätt på Covid-19. Det skapade ett intresse att undersöka hur ambulanssjuksköterskor upplevt att arbeta inom ambulanssjukvården under hela Covid-19. Författarnas ambition med studien är att öka kunskapen om hur det har varit att arbeta inom ambulansverksamheten under denna period.

BAKGRUND

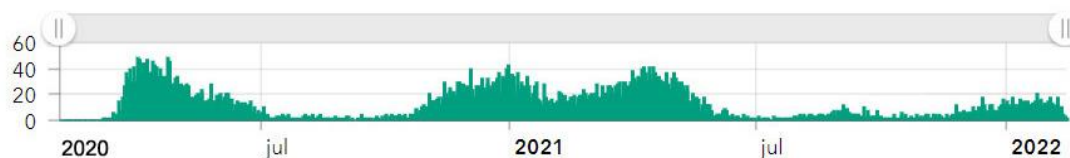
Covid-19

Under slutet av 2019 upptäcktes ett tidigare okänt Coronavirus i Kina som fick namnet SARS-CoV-2, det officiella namnet Covid-19. Den 11/3–2020 meddelade WHO att Covid-19 klassades som en pandemi, sjukdomen hade då nått 114 länder och 4000 dödsfall internationellt hade inrapporterats kopplats till virusinfektionen (Folkhälsomyndigheten 2020). Patienter med covid-19 kan vara asymtomatiska, uppleva milda till måttliga symtom som feber, hosta och frossa, eller mycket allvarligare och till och med livshotande symtom såsom andnöd och hypoxi (Fernandez, et al., 2020). Om en frisk individ är inom en till två meter från en smittad individ som nyser, hostar, andas eller pratar så kan viruset överföras. Viruset spridas då via droppsmitta från den smittade individens mun och näsa (WHO 2021). I november 2021 hade Covid-19 globalt orsakat ca 5,2 miljoner dödsfall, ca 16 000 av dessa i Sverige. Den 26:e december 2020 kom de första vaccindoserna till Sverige. Efter det har landet kontinuerligt vaccinerat befolkningen för att försöka bromsa och förhoppningsvis stoppa pandemin och bidra till att färre människor behöver bli allvarligt sjuka och avlida av virusinfektionen (Folkhälsomyndigheten 2020).

Sverige valde en strategi gällande Covid-19 pandemin som var olik de flesta andra länderna i Europa. I stället för att försöka stoppa smittan var Sveriges strategi att skapa lindrande åtgärder som resulterade i en långsam effekt av att hindra smittspridningen (Ludvigsson 2020; Kamerlin & Kasson 2020). Syftet med de mindre strikta restriktionerna var att de rekommendationer som offentliggjordes skulle tolereras av allmänheten under en längre period och därmed skulle samhället fortsatt kunna fungera på ett sätt som var så nära det normala som möjligt (Ludvigsson 2020). Därmed blev smittspridningen högre i Sverige jämfört med de nordiska länderna, men den var dock lägre än i andra europeiska länder som hade infört striktare restriktioner. I Sverige blev

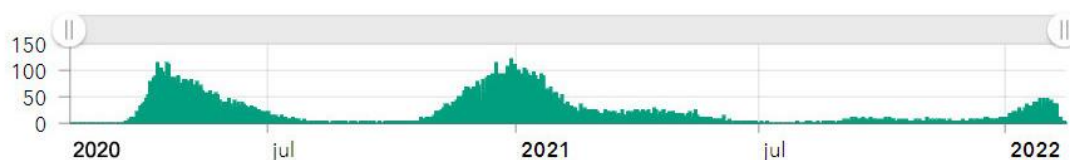
dödligheten per capita också högre än i de andra nordiska länderna, men lägre än i flera andra europeiska länder (Ludvigsson, 2020; Baral, et al., 2021).

Nya intensivvårdade fall per dag



Figur 1. Antalet patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning med positiv Covid -19 i Sverige från första svenska fallet 31 januari 2020 till 16 februari 2022 (Folkhälsomyndigheten 2022).

Avlidna per dag



Figur 2. Antalet avlidna med positiv Covid -19 i Sverige från första svenska fallet 31 januari 2020 till 16 februari 2022 (Folkhälsomyndigheten 2022).

En stor del av dödsfallen, kopplade till Covid-19, inträffade hos individer som var 70 år och äldre som bedömdes av läkare att inte vara aktuella för intensivvård av olika orsaker. Vilket resulterade i minskad vårdbelastning för sjukhusen men till en kostnad av minskad överlevnad hos de patienter som inte fick sjukhusvård (Kamerlin & Kasson 2020). Totalt har cirka 2 400 000 individer i Sverige smittats och 16 579 personer har avlidit av Covid-19 (Folkhälsomyndigheten 2022).

Ambulanssjuksköterskan

Enligt Socialstyrelsen är ambulanssjukvård den vård som hälso- och sjukvårdspersonal utför i eller i nära anslutning till en ambulans. I den svenska ambulanssjukvården finns bestämmelser att varje ambulans skall vara bemannade med minst en legitimerad sjuksköterska (SOSFS, 2009:10), men det finns det olika professioner som arbetar tillsammans. Det är ambulanssjukvårdare, grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med specialistutbildning inom ambulanssjukvård eller andra specialistutbildningar. Ambulanssjuksköterskan skall i sin profession tillämpa ett professionellt förhållningssätt med respekt för patienten. Fokus skall vara på patientens behov och avancerad vård skall kunna utföras med de resurser som finns tillgängliga (Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor 2012). En ambulanssjuksköterska skall på ett systematiskt sätt bedöma patienters tillstånd för att snabbt kunna identifiera och behandla det mest kritiska och livshotande. De skall arbetar strukturerat och undersöker patienter enligt en modell som heter L-ABCDE modellen. L står för livsfarligt läge där risken för hot bedöms innan bedömning av patienten, A står för luftväg och är det första som skall undersökas på patienten, vidare kommer B som står för andning, C

cirkulation, D medvetandegrad och slutligen E exponering (Peate & Brent 2021). Vad de kliniska fynden i L-ABCDE modellen visar tillsammans med den medicinska bedömningen och de lokala riktlinjerna bestäms lämplig behandling. Patienten prioriteras till den vårdnivå som patienten är i behov av. Akutmottagning, vårdcentral, jourcentral eller mobila vårdteam som gör hembesök är exempel på olika vårdnivåer patienten kan hänvisas eller transporteras till. För att kunna bedöma till rätt vårdnivå för patienten är det betydelsefullt att kommunikationen och förståelsen för patients situation är god (Kirca & Bademli 2019).

Ambulanssjuksköterskans bedömning av patienter med Covid-19

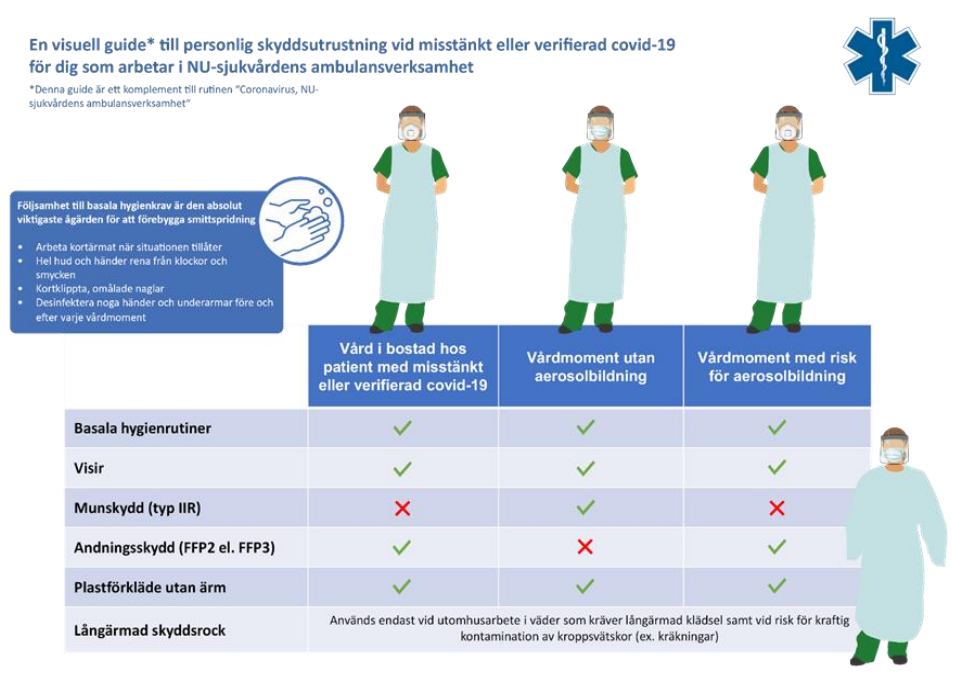
För att misstänka smitta av Covid -19 hos en patient så skall patienten uppvisa minst ett av dom fyra symtom; hosta, feber, halsont eller upplevd andnöd (Walton, et al., 2020, Spangler et al., 2021). Det kunde också finnas misstanke vid milda luftvägsinfektionssymtom så som snuva, nästäppa, halsont och mild hosta men relativt gott allmäntillstånd (Västra Götalandsregionen NU-sjukvården, 2020). L-ABCDE modellen ansågs svår att använda vid bedömning av patienter med Covid-19 (Cusma Piccione 2021) då dessa patienter kunde uppvisa tyst hypoxi. En tyst hypoxi innebär en isolerad försämrad syresättning hos patienter som inte alltid är kombinerad med känsla av andnöd eller förhöjd andningsfrekvens (Västra Götalandsregionen NU-sjukvården 2020., Saberian, et al., 2020). Patienter med tyst hypoxi hade ingen synbar påverkan i sin andning utan ambulanssjuksköterskorna fick lita på sin utrustning som mäter patientens syresättning (Cusma Piccione 2021). Utökade tester gjordes för att säkerställa patienternas syresättning. Patienten ombads att gå 20 meter alternativt upp och ner i en trappa för att sedan göra en ny mätning. Sjönk patienternas syremängd i kroppen mer än 3 procentenheter efter testet skulle patienten tas till akutmottagningen (Ambulanssjukvården Region Skåne 2020). För att kunna bedöma att patienter kvarvarande i sitt hem med egenvård krävdes ett opåverkat allmäntillstånd, normala mätvärden och inga riskfaktorer (Walton, et al., 2020). Normala mätvärden inkluderar en andningsfrekvens mellan 8 och 20 andetag/ minut, en syremättnad mellan 96–100 %, hjärtfrekvens mellan 50 och 110 slag/ minut, ett systoliskt blodtryck över 90 mmhg, en temperatur mellan 35 och 38,5 grader Celsius. Riskfaktorer vid Covid-19 ansågs vara en ålder över 60 år, hypertoni, lungsjukdomar, diabetes, njursjukdomar, hjärtkärlsjukdomar, ett nedsatt immunförsvar, cancer, övervikt och rökare eller före detta rökare (Västra Götalandsregionen NU-sjukvården 2020).

Skyddsutrustning i ambulans

När det finns risk för smittsam sjukdom skall ambulanssjuksköterskorna använda personlig skyddsutrustning som består av kortärmade eller långärmade plastförekläden och handskar. De skall också ha ansiktstäckande skyddsutrustning. En kombination av munskydd eller andningsskydd tillsammans med visir användes under Covid-19. Skyddsutrustningen användes vid vårdandet av patienter för att minimera risken att själva bli kontaminerade eller att kontaminera andra (Parush, et al., 2020). Skillnaden mellan munskydd och andningsskydd är att andningsskydd är för att skydda den som bär skyddet mot skadliga ämnen och partiklar i inandningsluften medan munskydd

hindrar partiklar som finns i användarens utandningsluft. Munskydd är inte tillverkade för att skydda användaren utan till exempel en patient i vårdsammanhang, men forskning tyder på att munskydd och FFP2/FFP3 ger samma grad av skydd mot luftburna virusinfektioner (Violante & Violante 2020).

Sjukvården har riktlinjer för vilken skyddsutrustning ambulanspersonal skall bära när de möter en potentiellt smittsam patient. Före Covid-19 handlade dessa riktlinjer till stor del om olika infektionssjukdomar. Under Covid-19 uppdaterades de olika riktlinjer gällande skyddsutrustning regelbundet. Val av lämplig skyddsutrustning grundades på de olika vårdmomenten och hur de bedömdes innebära en risk för smitta. Initialt hade ambulanssjuksköterskorna visir vid alla patientmöten men att visiret kunde avlägsnas om patienten inte visade några tecken på infektion av Covid-19. Om patienterna inte var kritiskt sjuka räckte det att en i personalen klädde sig i skyddsutrustning och genomförde undersökning av patienterna. Vid vård av en svårt sjuk patient klädde sig båda vårdarna. Efter några månader infördes skyddsmask 90 som kunde användas om ambulanssjuksköterskan önskade de. Allt eftersom smittan tilltog skärptes riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning till att visir och munskydd alltid skulle bäras vid patientkontakt (Västra Götalandsregionen NU-sjukvården 2020).



Figur 3. Figuren illustrerar vilken skyddsutrustning som skulle bäras vid olika vårdtillfällen (Västra Götalandsregionen NU-sjukvården 2021).

Storleken på vårdutrymmet i ambulanserna är begränsat och svårt för ambulanssjuksköterskan att hålla ett säkerhetsavstånd till patienter vilket medför att smittorisken ökar. Smittorisken blir även större om patienten har andningsbesvär, som är ett av de vanligaste symtomen för infektion av Covid-19. Patienter kan behöva inhalation eller syrgasbehandling vilket kan öka risken för spridning av aerosolsmitta. Aerosolsmitta är när mindre droppar i luft bildas och som sedan andas in av någon annan som då bli smittad. Aerosoler kan innehålla och sprida virus i luften över större avstånd.

Om ventilationen är nedsatt eller utrymmet är trångt så har individer som befinner sig nära den infekterade personen en ökad risk för att smittas (Higginson, et al., 2020a; Folkhälsomyndigheten 2022). Vid inhalation av patient skulle samtlig personal som befann sig i rummet bära FFP2, FFP3 andningsskydd eller skyddsmask 90 (Västra Götalandsregionen NU-sjukvården 2020). Ambulanssjuksköterskor som använde skyddsutrustning under Covid-19 tyckte det var obekvämt att bära och att det kunde medförda praktiska problem. Kommunikationen försämrades på grund av mun eller andningsskydd gjorde rösten dovare. Visiret immade igen vilket försvårade för synen och det gjorde det svårt att genomföra vissa moment, så som att sätta en perifer venkateter. Det var även fysiskt påfrestande då sjuksköterskorna kände sig varma och upplevde att det var tungt att andas (Higginson, et al., 2020b & Eftekhar Ardebili, et al., 2021).

Vårdmötet

Ett vårdmöte innefattar den situation som uppstår när patient och sjukvårdspersonal möts (Söderlund 2017, s. 298 – 300). I den miljö som ambulanssjuksköterskor arbetar kan mötet med patient vara i patientens hem eller på allmän plats. Oftast i hemmet där patienten har sin bas och trygghet. När ambulanssjuksköterskan kliver in hos patienten blir detta en tillfällig arbetsplats och patienten hamnar i en beroendeställning där den kan känna sig underlägsen (Bremer 2016, s. 65). Ambulanssjuksköterskor kan tvingas att arbeta i ogynnsam miljö med akut sjuka patienter i ett högt tempo. Det är då av vikt att personalen är förberedd för ett öppet och flexibelt möte med patienter samt att de är förberedda på det oförberedda som kan uppkomma i det nya vårdmötet (Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). I vårdmötet krävs en mellanmänsklig relation och det är inget som uppstår av sig själv. Det byggs upp när sjuksköterskan interagerar med patienten. Travelbee definierar den mellanmänskliga relationen som en relation där den unika människan är i fokus. För att en mellanmänsklig relation skall skapas behöver sjuksköterskan avsätta tid och personligt engagemang till patienten. Om sjuksköterskan inte ser människan hon vårdar som unik finns det risk att hon förbiser den enskilda människas särskilda behov och i stället utför sin omvårdnad utifrån tidigare kunskaper (Travelbee 1971, s 65–68).

Kommunikation

En definition av kommunikation är att en överföring av information sker mellan människor. En kommunikation skapar en förbindelse mellan personer. Att patienten och ambulanssjuksköterskan håller en öppen kommunikation för att tillsammans upptäcka patientens problem kan senare vara till gagn för vidare handläggning (Fossum 2019, s.162). Eide & Eide (2006, s 15–16) beskriver god och professionell kommunikation som stödjande kommunikation där yrkesutövaren har en stödjande funktion med sin yrkeskompetens och ställning. Inom sjukvård skall denna kommunikation främja god kontakt, bidra till att lösa problem, och stimulera patienten att använda sina egna resurser. Att ställa frågor till patienten och visa intresse för dennes upplevelse har visats ge en positiv inverkan på kommunikationen mellan patient och vårdare (Pinto et al. 2012). Att vid ett vårdmöte försöka uppnå att patient och vårdgivare förstår varandra för

att på så sätt skapa ett symmetriskt samtal, vilket har som mål att skapa kunskap och förståelse för den uppkomna situationen (Fossum 2019, s.27). Genom att involvera patienten i sin vård och öka delaktigheten för patienten gör att sjukvården kan göra vården personcentrerad och patienten mer delaktig i sin vård (Fossum 2019, s.162). Om patienter upplever att de får ett bemötande som är opersonligt och inte blir delaktiga kan de uppleva ett missnöje av vården (Arman 2019, s.221). Ansiktstäckande skyddsutrustning med munskydd och visir användes under Covid-19. Det resulterade i att mycket av den icke verbala kommunikationen mellan vårdare och patient försvårats. Den mänskliga individualiteten hos en vårdare försvinner och patienten kan känna sig distanserad. I en kris är den mänskliga anslutningen en kärna i sjukvård och ansiktstäckande skyddsutrustning, även om det är nödvändigt, kan avbryta den anslutningen (Brown-Johnson, et al., 2020).

PROBLEMFORMULERING

Att vara ambulanssjuksköterska är ett omväxlande och komplext arbete som kan innebära både fysisk och psykisk påfrestning där varje ambulansuppdrag består av nya omständigheter och situationer. Vid varje patientmöte och behandlingstillfälle förväntas ambulanssjuksköterskorna vara förberedda och besitta kunskap för att utföra den vård som krävs i vårdmötet. Ambulanssjuksköterskor skall vara rustade att hjälpa patienter i alla situationer även vid mycket smittsamma vårdsituationer. Forskning belyser arbetet inom ambulansverksamheter under Covid- 19, dock fattas forskning som beskriver upplevelserna av att arbeta under ett längre tidsperspektiv. En önskan att studien skall bidra till en ökad kunskap om hur ambulanssjuksköterskor upplevt att arbeta under Covid -19.

SYFTE

Att undersöka ambulanssjuksköterskors upplevelser av att arbeta inom ambulanssjukvården under Covid-19.

METOD

Ansats

Studien är en kvalitativ intervjustudie med en induktivt ansats. Ett induktivt förhållningssätt för att förutsättningslöst skapa en slutsats av den insamlade data (Henricson 2017, s. 114). För att uppnå studiens syfte var intervjuerna semistrukturerade där intervjufrågorna var bestämda i förväg och följdfrågor utformas under intervjun utefter vad informanterna berättar (Polit och Beck 2017, s 510). Intervjuerna var uppbyggda av fem öppna frågor. Att som informant få möjlighet att utveckla och förklara sina svar uppnås en bredare och djupare förståelse i intervjumaterialet (Polit & Beck 2017, s. 463).

Urval

Polit och Beck (2017, ss. 515–516) skriver att vid en intervju är det av vikt att välja informanter som kan ge svar på studiens syfte. Målet med ett urval är att hitta de informanter som har mest relevanta data (Yin 2013, s. 93). Syftet med studien var ambulanssjuksköterskors upplevelser och därför valdes enbart sjuksköterskor med specialistutbildning inom ambulanssjukvård att inkluderas. Totalt fanns det sex ambulansstationer i NU-sjukvården och de två med flest anställda valdes ut till studien. På ambulansstationerna arbetade totalt 29 ambulanssjuksköterskor. Efter vidarebefordrat mejl till samtliga ambulanssjuksköterskor kontaktades författarna på olika sätt av informanterna, fem svarade via arbetsmejl, sex skrev privat och sex tog kontakt på arbetsplatsen. Totalt 17 sjuksköterskor och anmälde sitt intresse varav 15 var ambulanssjuksköterskor och inkluderades. Två sjuksköterskor exkluderades då de ej hade ambulanssjukvård som specialisering. Två ambulanssjuksköterskor som planerades vara med i studien fick privata förhinder med kort varsel vilket gjorde att de ej kunde delta. Det insamlade materialet från de 13 genomförda intervjuer ansågs uppnå syftet och därför gjordes inget ytterligare sökande efter ersättare för deltagarbortfallet. Deltagarna bestod slutligen av sex män och sju kvinnor i åldrarna mellan 27–53 år och deras erfarenhet av arbete i ambulanssjukvården varierade mellan två år upp till 29 år.

Datainsamling

Studien är en intervjustudie med semistrukturerade frågor bestående av fem frågor samt följdfrågor (bilaga 3). Vid de individuella intervjuerna var endast en författare samt informanten närvarande, för att skapa en trygg och öppen miljö. Informanten fick själv välja om intervjun skulle ske fysiskt, via telefonsamtal eller via Zoom. Sju intervjuer gjordes via Zoom, en via telefonsamtal, fem intervjuer var ett fysiskt möte där fyra var under arbetstid och en intervju på informantens fritid. Sex av åtta intervjuer via Zoom och telefon skedde på informanternas fritid. Det två första intervjuerna var för att testa intervjufrågorna. Efter intervjuerna diskuterades frågorna för att se att informanterna uppfattat frågorna rätt. Frågorna ansågs ej behöva ändras inför kommande intervjuer. testintervjuerna ansågs hålla en hög kvalitet och inkluderades därför i studien (Polit & Beck 2017, s. 278). Intervjuerna varade mellan 12–29 minuter och resulterade i totalt ca tre och en halv timme inspelade intervjuer (214 minuter). Intervjuerna spelades in som en ljudfil på författarnas mobiltelefoner. Ingen bildupptagning förekom då det kunde krävas extra tillstånd av informanterna, bildinspelning kan också hämma informanter till att prata fritt då en ökad känsla av övervakning kan uppkomma (Yin 2013, s.173). Samtliga intervjuer avidentifierades och fick ett slumpvist utvalt nummer för att ej kunna gå att härleda till den berörda informanten, detta informerades och godkändes av informanten innan intervjun (Polit & Beck 2017, s. 180).

Dataanalys

Efter att samtliga intervjuer transkriberats, lästes intervjuerna igenom för att få en helhetsöversikt över det insamlade materialet. Materialet omfattade en beskrivande data från informanterna och Polit och Beck (2017, s. 506) menar att det då är lämpligast att

använda en kvalitativ innehållsanalys. Därefter användes Elo och Kyngnäs (2008) metod att analysera och kategorisera materialet. Elo och Kyngnäs (2008) menar att en induktiv innehållsanalys delas in i tre faser. Förberedelser, organisation och rapportering. Dessa faser gjorde att datainsamlingen från de gjorda intervjuerna kunde tydliggöras och förenklas. Förberedelsefasen genomfördes genom att alla 13 intervjuer lästes individuellt. För att sedan tillsammans diskutera intervjuerna och på så sätt uppnå en helhetssyn över materialet. Organisationsfasen startade med att alla transkriberade intervjuer överfördes i ett dokument och de meningar som ansågs svara mot studiens syfte markerades. De utvalda meningarna diskuterades för att försäkra sig om att de uppfattats lika och att meningsenheterna svarade mot studiens syfte. Meningsenheterna lades in i en tabell för att få en lättare överblick. I tabellen kondenserades de meningsbärande enheterna för att få ut varje menings syfte. Dokumentet överfördes till Google drive så arbetet kunde genomföras individuellt men ändå följa dokumentet i realtid. Genom att behålla både meningsenheten och kondenseringen i tabellen kunde det löpande kontrolleras att inte syftet i meningen tagits bort vid kondenseringen. Varje kondensering av en mening fick en kod i form av ett eller ett fåtal ord. Utefter kodningen kunde subkategorier göras för att dela in och strukturera kodningen. När subkategorierna lades ihop skapade de generiska kategorier som slutligen resulterade i en huvudkategori. Den sista fasen med rapportering och analysering bestod av att analysera samtliga moment i tabeller, minska antalet subkategorier för att göra det lättare överskådligt inför sammanställningen till resultatet (Elo & Kyngnäs 2008). Nedan tabell illustrerar exempel av studiens analysprocess.

Tabell 1. Exempel från analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Subkategori	Generisk kategori	Huvudkategori
”Viss information faller ju bort eftersom man försöker prata. Vi sitter i en bil, det skramlar och det låter ifrån vägen och man har visir och man har munskydd alltså i många fall så måste man ju läsa läppar för att kunna förstå”	Viss information faller bort. Bilen skramlar, man har visir och munskydd. Kan ej läsa på läpparna.	Skyddsutrustning	Att kommunicera i skyddsutrustning	Skyddsutrustning i vårdmötet	Ambulanssjukvårdens utveckling under Covid-19

<p>”Då var det väldigt skrämmande. Och Jag kände mig orolig och rädd. Man visste inte riktigt vad det skulle innebära”</p>	<p>Skrämmande och orolig vad covid skulle innebära</p>	<p>Rädsla</p>	<p>Att känna oro och rädsla</p>	<p>Från rädsla till trygghet</p>	<p>Ambulanssjuk vårdens utveckling under Covid-19</p>
--	--	---------------	---------------------------------	----------------------------------	---

Forskningsetiska övervägande

Då studien genomfördes under en högskoleutbildning behövdes ingen etikprövning från etikprövningsmyndigheten (SFS 2003:460). Vetenskapsrådet (2022) har tagit fram fyra grundläggande etiska krav som skall följas för att forskning skall hålla en etisk grund. Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. De fyra etiska kraven följdes i studien. Informationskravet uppfylldes då informanterna fick information om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt både genom mejl när frågan om deltagande skickades ut samt muntlig information inför varje intervju. Samtyckeskravet följdes då samtliga informanter fick information att de när som helst under studien kunde avbryta sin medverkan utan att behöva förklara orsak. Konfidentialitetskravet uppfylldes då författarna hade sekretess samt att samtliga deltagare fick information om att alla uppgifter och inspelningar kommer att avidentifieras efter transkribering. Avidentifieringen gjordes för att minimera att intervjuerna kunde kopplas samman med individ. Det insamlade materialet kommer enbart användas för forskningsändamål och då uppnås nyttjandekravet.

Efter studiens godkännande av verksamhetschef (Bilaga 1) kontaktades de berörda ambulansstationernas enhetschefer. De som önskade vara informanter i studien fick själva kontakta författarna efter utskickat mejl med information om studien (Bilaga 2). Då det var deras avdelningschefer som skickade information till ambulanssjuksköterskorna gavs ingen information förutom antalet ambulanssjuksköterskor ut. Det gjordes för att följa GDPR och skydda ambulanssjuksköterskornas personuppgifter. Enligt GDPR skall alla uppgifter som är sammankopplat till en person räknas som en personuppgift. Alla uppgifter som är sammankopplade med informant skall därför handskas med försiktighet och efter godkänt examensarbete raderas. Det kommer enbart vara författarna samt handledaren till examensarbetet som har tillgång till intervjuerna och övrigt material (GDPR Summary 2020).

Studien bygger på informanternas egna upplevelser där de öppet berättade om sina upplevelser och känslor. Det är då av yttersta vikt att informanterna möts av respekt och öppenhet. Att informanterna känner sig trygga med att delge känslor och tankar som kan vara av privat karaktär, utan rädsla att bli dömd eller att inte vara helt anonym. Samtliga deltagare fick skriva under deltagarsamtycke som de fått bifogat från sin enhetschef.

RESULTAT

Dataanalysen resulterade i en övergripande huvudkategori: Ambulanssjukvårdens utveckling under Covid-19. Resultatet redovisas i fyra generiska kategorier och 13 subkategorier som tagits fram enligt Elo och Kyngnäs (2008). Kategorierna redovisas nedan i en tabell (Tabell 2).

Tabell 2. Presentation av de olika kategorierna

Subkategori	Generisk kategori	Huvudkategori
Känna oro och rädsla Känna trygghet	Från rädsla till trygghet	Ambulanssjukvårdens utveckling under Covid-19
Bemöta patienter Bedöma patienter Bemöta anhöriga Bemöta andra synsätt	Att vårda och bemöta patienter och anhöriga under Covid-19	
Få nya riktlinjer Förändrad arbetsmiljö Utveckla ett förändrat arbetssätt	Förändrade riktlinjer och arbetssätt inom ambulanssjukvården	
Kommunicera med skyddsutrustning Känna fysisk belastning Uppleva ett försvårat vårdande Vänja sig vid skyddsutrustning	Skyddsutrustning i vårdmötet	

Från rädsla till trygghet

Känna oro och rädsla

Covid-19 spred sig över världen och ambulanssjuusköterskorna vittnade om att de upplevde en oro och rädsla över att inte känna att de hade kunskap eller kontroll. Att inte veta vad som skulle ske om de blev smittad, veta hur smittsamt det var eller hur Covid-19 smittade. Ambulanssjuusköterskorna hade en oro och rädsla över att inte veta om de förde med sig smittan hem till sina anhöriga efter ett arbetspass, vad som skulle hända med sin familj och närstående om de blev smittade.

”I början tänkte jag att det fanns ju en väldigt stor rädsla och man visste ju liksom inte vad det var, så då var man ju kanske, man kanske var rädd själv för att dra hem det till sina anhöriga och man visste inte vad som skulle hända om man blev allvarligt sjuk” (Informant nr 3)

I början förstod de inte hur stort Covid-19 skulle bli, de trodde att det skulle komma för att sedan snabbt försvinna. Rädslan ökade när insikten om dess utbreddhet, dödlighet och att slutet inte gick att förutspå. En känsla av att känna sig som en smittohärd, att vara rädd att av misstag sprida Covid-19 vidare när de möter och vårdar patienter i riskgrupp. När de förstod att även unga och elitidrottare kunde bli allvarligt sjuka/avlidna ökade rädslan, inte bara för ambulanssjuusköterskor utan i hela samhället.

Känna trygghet

Ambulanssjuusköterskorna berättar att de kände en trygghet och att oron succesivt minskade från starten av Covid-19 fram till nu. Att mer information och mer kunskap skapade en tryggare arbetsmiljö. Den största faktorn till den ökade tryggheten var att vaccinationer till både patienter och personal pågått under en längre tid. En minskning av patienter som varit allvarligt sjuka i Covid-19 har minskat sedan vaccinets uppkomst och på så sätt skapat en tryggare arbetsmiljö. För varje dos vaccin ökade tryggheten. Om det av praktiska skäl inte gick att använda skyddskläder optimalt upplevdes inte oron för att bli sjuk lika påtaglig som tidigare. Tryggheten blev så påtaglig att de upplevde att de kunde minska på skyddsutrustningen utan att känna en oro.

”I takt med vaccinationen så har vi ju fått ett mycket bättre arbetsklimate och vi känner ju en trygghet i att vårda de här patienterna” (Informant nr 1)

Att vårda och bemöta patienter och anhöriga under pandemin

Bemöta patienter

I början larmade patienter efter ambulans för oro över lindriga luftvägssymtom som vid en vanlig förkylning. Att rädsla för att bli allvarligt och livshotande sjuk av Covid-19

blev för stark för att klara det själva. Ambulanssjuksköterskorna minns tiden som att flertalet uppdrag under ett arbetspass bestod av att lugna patienter, att det uppfattades som svårt för allmänheten att veta när en ambulans skulle påkallas och inte. Ambulanssjuksköterskorna upplevde att när media rapporterade ny information om Covid-19 kunde de se en förändring i de inringande patienternas upplevelser. Flertalet patienter som larmade ambulans bedömdes ej vara i behov av akutsjukvård utan kunde kvarvara i hemmet med egenvård.

” I början av pandemin att folk var väldigt rädda, hade mycket ångest och var väldigt oroliga, även många som inte var så dåliga. De ringde ju väldigt frekvent även fast de inte behövde ambulanshjälp, för de man visste ju inte riktigt vad det gjorde med kroppen och så.” (Informant nr 2)

Ambulanssjuksköterskor upplevde att flertalet patienter hade lite kunskap likaså ambulanssjuksköterskorna själva, men att de trots kunskapsbristen var de ärliga mot patienterna om vad de visste och att Covid-19 var nytt för alla. Om patienter hade symtom som kunde förknippas med Covid-19 upplevde ambulanssjuksköterskor att patienterna kunde förneka att det eventuellt kunde vara smittade. Att de ansåg att det var skamligt att vara smittade och därför misstänkte att ambulanssjuksköterskorna skulle döma dem för att inte ha följt samhällets restriktioner. Att äldre patienter valde att isolera sig och var oroliga medan de yngre hade en mer lättsam syn. Vissa patienter upplevdes vara i förnekelse och ansåg att Covid-19 inte var värre än en vanlig förkylning. Ambulanssjuksköterskorna berättar att med tiden upplevdes patienterna mer pålästa vilka symtom som kunde uppkomma. Att patienternas oro minskade i takt med den ökade kunskapen. Ambulansuppdragen som tidigare baserades på oro minskades. Det fanns patienter som var oroliga men att det blivit betydligt färre. Patienter och samhället upplevdes även ha ändrat syn på den skam patienterna kände över att ha Covid-19, att det blivit som en del av vardagen. Patienter upplevdes tryggare efter uppkomsten av vaccin och efter att själva blivit vaccinerade. Ambulanssjuksköterskor berättar att den oro som de mötte var oftast från de som valt att inte vaccinera sig och som fått symtom, att oron upplevdes vara av ånger att de själva valt att avstå vaccination och rädsla att nu kanske bli allvarligt sjuk.

Bedöma och vårda patienter

När Covid-19 startade upplevdes en osäkerhet i att bedöma och vårda dessa patienter. Kunskapen om hur patienter skulle handläggas och behandlas på effektivaste sätt upplevdes bristfällig. Att det fanns en brist i kunskap i hur de skulle förhindra och lindra sjukdomsförloppet. De såg flertalet allvarligt sjuka patienter som själva inte kände eller ansåg sig vara så sjuka. Ibland när dessa patienters mätvärden togs trodde ambulanssjuksköterskorna att det var tekniskt fel på utrustningen då mätvärdet visade att patienten var allvarligt sjuk. De hade aldrig tidigare träffat patienter med så allvarligt avvikande mätvärden men som inte uppfattade sig själva så sjuka. Att de efter en stund insåg att patientens uppmätta mätvärden var korrekta och att den uppegående och samtalande patienten var livshotande sjuk.

”Det luriga är väl också med en av dem i alla fall var ju att personen såg ganska så opåverkad ut men hade en jättelåg syremättnad i blodet. Så det känns som väldigt lurigt och det är svårt att lita dom vårdarna. ”Man tror inte att man får rätt värde riktigt. För man har inte riktigt sett de här typerna av patienter innan som kan sitta och föra ett samtal med en syremättnad runt 50%. ” (Informant nr 4)

Ambulanssjuksköterskor upplevde att när de bedömde patienter med misstänkt Covid-19 att de inte var i behov av sjukhusvård utan kunde kvarvara i hemmet med egenvård kunde det bemötas med missnöje. Patienter var rädda och med rädsla för att dö kunde det vara svårt att acceptera att sjukhusvård inte var rätt vårdnivå. Allt efter som tiden gick blev det mer tydligt hur ambulanssjuksköterskor skulle bedöma och behandla patienter med misstänkt Covid-19. De upplevde att de mest sjuka patienterna började larma i ett tidigare skede av sjukdomen och på så sätt kunde få rätt hjälp i rätt tid och förkorta sjukdomsförloppet. Patienterna uppfattades även mer trygga i ambulanssjuksköterskornas bedömning till egenvård. Att de blev ett lättande då de bedömdes att inte vara i behov av sjukhusvård, lättade av att inte var allvarligt sjuka i stället för som tidigare bli oroade över beslutet. I takt med att fler vaccinerades upplevde ambulanssjuksköterskor att de inte träffade lika många patienter med livshotande symtom av Covid-19. Att de inte tänkte lika mycket på Covid-19 när de möter och bedömer en patient med symtom längre, att de behandlar och gör en samlad bedömning som med alla patienter.

”Det har liksom blivit vardag, en sjukdom som vi har i vardagen som vi handlägger som alla andra vanliga patienter.” (Informant nr 11)

Bemöta anhöriga

Att möta anhöriga var vardag för ambulanssjuksköterskor under Covid-19. Ambulanssjuksköterskor upplevde att rädsla och oro hos patienten kunde grunda sig i hur anhöriga reagerade på ambulanssjuksköterskornas bedömning. Även att anhöriga inte alltid förstod allvaret i hur sjuk patienten var, då de inte alltid var synligt sjuka. En känsla om en svårighet att veta hur de då skulle bemöta dessa anhöriga. Anhöriga som ville krama och vara nära trots misstanken av Covid-19 och en mycket sjuk patient. Att kramarna och närheten kunde öka smittspridningen. Ambulanssjuksköterskorna försökte då vara så tydliga som möjligt till de anhöriga utan att fördröja vården eller förhindra ett sista farväl. Ambulanssjuksköterskorna berättar om förtvivlan och frustration när anhöriga inte förstod att patientens lindriga symtom kunde vara tecken på Covid-19 och att anhöriga ändå samlades hos patienten. En frustration skapades hos ambulanssjuksköterskorna som såg den potentiella smittorisken. I sådana situationer försökte de förklara lugnt och sakligt för att få de anhöriga att förstå att de behövde minska risken för smittspridning. Det var bättre att informera än att bli arg då den troliga anledningen till anhörigas beteende berodde på okunskap.

”Jag kan känna mig lite så här förtvivlad över att anhöriga och närstående har över lag inte förstött att man kanske inte ska vara 25 personer i en lägenhet när det är en smittad positiv.” (Informant nr 8)

Bemöta andra synsätt

Det upplevdes ibland svårt att bemöta patienter med olika synsätt gällande Covid-19. I början upplevdes skillnaden stor över hur folk tog emot och följde de aktuella restriktionerna i samhället. Vissa patienter ansåg att det bara var äldre som drabbades och levde därför som vanligt utan någon tanke på Covid-19. Upplevelser att personer skapade egna regler och synpunkter om vad som hjälpte för att undvika att bli sjuka. De som avstod från vaccin hade samma inställning, att de inte kommer bli livshotande sjuka om de får Covid-19. Ambulanssjuksköterskorna var frustrerade och förtvivlade över de som valde att inte vaccinera sig, då ambulanssjuksköterskorna upplevde sig veta vilken nytta vaccinet gjort för de drabbade patienterna. En frustration över den nonchalans som de upplevde att dessa personer visade då de inte förstod vilka svårt sjuka patienter som ambulanssjuksköterskorna fått behandla och sett lida i sviterna av Covid-19.

”Jag kan nästan, tyvärr... Se med förakt på de som har valt att inte ta vaccinet. Trots att de inte har några medicinska skäl att avstå. Och det är ju en känsla jag inte vill känna. Men så är det.” (Informant nr 10)

Ambulanssjuksköterskorna sa att de inte behandlade eller bemötte de som avstått vaccination annorlunda. Alla har rätten att bestämma över sig själv men att de då har valt att ta risken att bli allvarligt sjuka i Covid-19. De upplevde en svårighet att inte visa sin frustration till patienterna, att de ibland kunde låta lite hårdare på rösten trots att det inte var deras mening.

”Alla får välja, har man valt att inte vaccinera sig och bli smittad och bli jättesvårt sjuk. Då har man ju tagit en risk. Jag lägger inga aspekter i det.” (Informant nr 12)

Förändrade riktlinjer och arbetssätt i ambulanssjukvården

Nya riktlinjer

Ambulanssjukvården fick ändra sitt vanliga arbetssätt när Covid-19 uppkom. Riktlinjer reviderades och ändrades efter vad ny information och forskning visade. De snabba förändringarna upplevdes ställa högre krav på att de inför varje arbetspass behövde läsa och hålla sig uppdaterade om de senaste och aktuella riktlinjerna. De upplevde att riktlinjerna skilde sig åt beroende på i vilken organisation och verksamhet de arbetade på. Ambulanssjuksköterskorna upplevde att deras organisation hade en högre skyddsnivå än andra vårdenheter så som hemsjukvården, hemtjänsten och akutmottagningen.

”Jag tycker det är väldigt konstigt att vi har olika riktlinjer och olika hygienrutiner i olika verksamheter. Det är olika för oss jämfört med akutmottagning och vårdavdelning och hemsjukvård och kommuner och äldreboenden. Det blir väldigt konstigt för

patienterna att några ska komma med full mundering och vissa står utan någonting.”
(Informant nr 13)

När information och kunskap om Covid-19 ökade uppfattades verksamheterna arbeta under liknande rutiner gällande skyddsutrustning och behandling av dessa patienter. Det uppkom en vana att bära skyddsutrustning och en minskad rädsla då skyddsklädseln som verksamheten krävde upplevdes förhindra att bli smittad av Covid-19. Ambulanssjuksköterskorna började känna ett lugn och en vana vid sina rutiner gällande skyddsutrustning. Med lugnet och vanan upplevdes slarv och att rutinerna inte följdes lika rigoröst som i början. Ambulanssjuksköterskor slutade använda visir vid patientmöten där det ej fanns misstanke om Covid-19. De valde att inte använda visir pga. de fysiska hinder som de upplevde vid användandet. Däremot fick de en vana att använda munskydd och upplevde inte att det kändes ansträngande att använda. Ambulanssjuksköterskorna berättar att ambulanserna i början av Covid-19 städades mycket noggrant mellan varje patient. Att rengöring av ambulanserna efter en tid började minskas och återgå till den normala nivå som fanns innan Covid-19. Vid patientkontakt vid misstanke om Covid-19 var det dock fortsatt lika noga med skyddsutrustning och städning av ambulanserna. Handhygien och hygienrutiner upplevdes blivit bättre än vad det var innan Covid-19 uppkom. Det upplevdes som en positiv aspekt i att få en påminnelse om hur viktigt det är med handhygien som generellt upplevdes dåliga inom ambulanssjukvården jämfört med vårdavdelning på sjukhus.

Behandlingsriktlinjer

Specifika och tydliga behandlingsriktlinjer var något som ambulanssjuksköterskorna hade önskat. De upplevde en osäkerhet om hur patienterna med Covid-19 skulle behandlas och bedömas. En osäkerhet om vilka läkemedel som skulle hjälpa patienterna eller om det endast var syrgasbehandling som var den mest effektiva behandlingen. Ambulanssjuksköterskorna fick använda de redan tillgängliga bedömningsverktyg för att bedöma dessa patienter vilket inte alltid upplevdes optimalt för att bedöma till rätt vårdnivå. En Svårighet var också att ambulanssjuksköterskorna fick olika råd i bedömningen beroende på vilken läkare som rådfrågades just den dagen. Vissa läkare ville se om patientens syremättnad bibehölls vid fysisk ansträngning, vissa ville att EKG skulle tas på samtliga patienter medan andra utgick enbart på om patienten hade några riskfaktorer på att bli allvarligt sjuk i Covid-19.

”En del har velat ta EKG på alla och en del har inte velat ta det på någon. Det var någon läkare har pratat med som sa att alla som var T- negativa och hade Covid skulle in till akuten så att det har varit lite olika direktiv när man har ringt och pratat med dem.” (Informant nr 6)

De försökte hitta fungerande behandlingar för dessa patienter. De inhalerades med läkemedel i hopp om att underlätta andningen för patienterna. Det gjordes för att ambulanssjuksköterskorna ville göra något i stället för att bara ge syrgas och omvårdnad i patienternas jobbiga situation. Att inhalera patienter skapade dock en viss oro hos ambulanssjuksköterskorna då de ej kunde vara säkra på om det vid inhalation ökade smittorisken, då man ej visste om Covid -19 var en aerosol smitta eller inte.

En förändrad arbetsmiljö

Upplevelsen hos ambulanssjuksköterskorna var att arbetssituationen försämrades markant i början av Covid-19. Upplevelse av att det var påfrestande att åka till arbetet då arbetsbelastningen var högre än tidigare, arbetet var fysiskt tyngre med skyddsutrustning och det fanns en oro för att bli smittad. Innan vaccinet behövde ambulanssjuksköterskorna bära munskydd och visir även på ambulansstationen och runt sina kollegor. Att använda skyddsutrustning under hela arbetspasset upplevdes påfrestande fysiskt och psykiskt vilket försämrade arbetsmiljön.

”...först och främst ute hos patienten och sen så blev det att vi fick ha det på stationen också. För jag tycker ju att det är nästan det som jag känner tråkigast är om vi ska behöva gå runt med visir och munskydd på stationen kring våra arbetskamrater”
(Informant nr 10)

Ambulansuppdragen upplevdes mer påfrestande i början då det fanns olika aspekter att tänka på när det gällde klädsel, hygien och sanering. Varje uppdrag upplevdes ta längre tid och det bidrog till en sämre stämning mellan ambulanssjuksköterskorna på olika stationer. När vaccineringen blev utbredd och restriktionerna lättade blev också arbetsklimatet bättre. Det blev en minskad belastning med antalet ambulansuppdrag och de behövde inte längre ha munskydd och visir runt sina kollegor och på ambulansstationerna.

”Vi åker ju inte alls på så mycket längre och det senaste halvåret har det ju varit väldigt lite i Covid egentligen. Jag kommer inte ens ihåg när jag körde den senaste Covid patienten.”(Informant nr 7)

Utveckla ett förändrat arbetssätt

Vid uppkomsten av Covid-19 blev ambulanssjuksköterskorna tvungna att improvisera och hitta nya sätt att arbeta på för att undvika att själva bli kontaminerade. De uppmanades de att möta patienter utomhus. Fanns inte den möjligheten så uppmanades de att hålla ett längre avstånd till patienterna och de anhöriga. I flera fall fick ambulanssjuksköterskorna be de anhöriga att lämna rummet för att få mer utrymme till vårdarbetet. Beroende på situation valdes ibland endast en som vårdade att gå fram till patienterna och kollegan stod på ett längre avstånd eller vid vissa fall stanna utanför.

”Uppmuntrades att... möta patienten utomhus till exempel, patienterna fick komma ut och möta oss på ett sätt som aldrig har inträffat förut. Även sjuka patienter fick liksom komma ut för en bedömning. Vi fick instruktioner om att båda i personalen kanske inte behövde gå in till en patient med infektionssymtom. Och det är ju ett nytt arbetssätt.”
(Informant nr 9)

I början försökte ambulanssjuksköterskorna undvika att röra vid patienter där misstanke av Covid-19 fanns. Att inte röra vid patienter frångick den sedvanliga arbetsrutinen. De försökte undvika att använda viss utrustning för att inte kontaminera mer än nödvändigt. Ibland valdes endast utrustning som ansågs nödvändig ut och resten lämnades kvar i ambulansen. Den utrustning som var kontaminerad lades i en plastpåse och rengjordes noggrant innan nästa uppdrag.

”Vad man ska ta med in... förr kanske man kände att man tog in luftväskan, läkemedelsväskan.... alla grejer in till patienten. Nu kanske man väljer att ställa det en bit ifrån patienten för att inte kontaminera.” (Informant nr 5)

Avlämning av dessa patienter på akutmottagningen blev förändrad. Det fanns speciellt avsedda rum för patienter med misstänkt Covid-19 med egna ingångar. Ambulanssjuksköterskorna ringde till akutmottagningen innan ankomst för att få ett rum och då inte behöva föra patienten igenom hela akutmottagningen. Det gjorde att risken att kontaminera flera minimerades. Ambulansen fick stå utanför för att inte kontaminera garaget. Rapport till mottagande sjuksköterska skedde oftast utanför patientens rum då de hade behövt klä sig och ta med rätt utrustning in till patienten om rapport hade skett på rummet. Denna process upplevdes lugnare men också mer tidskrävande för ambulanssjuksköterskorna. Efter ambulansuppdrag med misstänkt eller bekräftad Covid-19 var de noga att sanera ambulansen för att minska oron för att smitta nästkommande patient, kollegor eller sig själv.

Skyddsutrustning i vårdmötet

Kommunicera med skyddsutrustning

Svårigheter med att kommunicera i skyddsutrustningen var den mest påtagliga svårigheten för ambulanssjuksköterskorna under Covid-19. Kommunikationen både verbal och ickeverbal var en viktig del för att patientmötet och patientens vård skulle bli så optimal som möjligt. De patienter med nedsatt hörsel fick svårt att se vem som pratade vilket försvårade att höra vad ambulanssjuksköterskan sa. Att munskydd gjorde att dessa patienter inte längre kunde läsa på läpparna bidrog till att kommunikationen blev bristfällig och viktig information förlorades. Att få en korrekt anamnes av patienten försvårades då kommunikationen brast. Vid användning av munskydd och visir upplevdes det att den icke verbala kommunikationen försvann, patienten såg inte om hen log eller såg allvarlig ut. Att kunna läsa av ett ansiktsuttryck var en del i att skapa ett tryggt vårdrum och utan det försvårades patientmötet. Om kommunikationen blev så bristfällig att ambulanssjuksköterskorna kände att vården påverkades lyftes visiret upp för att återfå kommunikation. De var medvetna om avsteget från riktlinjerna men upplevde att nyttan översteg risken. I försök att förbättra kommunikationen trots skyddsutrustning började de gestikulera mer med hela kroppen för att förtydliga sin kommunikation. De började röra vid patienterna för att signalera och göra det lättare för dem att förstå vem som pratade. Att de även med ändrat beröringssätt försökt skapa trygghet när den verbala kommunikationen brast.

”Jag upplevde det som att jag försökte gestikulera mycket mer så att de ser att det är jag som pratar. Se på mig det är jag som och för och samband med samtidigt med sina händer och där med rörelsemönster försöker lugna dom, alltså man tar på dem på ett annat sätt, man berör dem på ett annat sätt, vilket upplever att du kan få en lugnande situation.” (Informant nr 11)

Att kommunicera mellan kollegor blev försvårat med skyddsutrustning. Att vid användandet av skyddsmask 90 behövde stå nära varandra för att höra vad kollegan sa. För att kunna kommunicera verbalt behövde de skrika för att samtalet skulle bli hörbart. Vid kritiska patientsituationer var hindret påtagligt då kommunikationen behövde fungera felfritt för att kunna ge rätt vård. Med skyddsmask 90 på sig gick det inte att prata i telefon om inte telefonen stoppades in i masken. Stoppades telefonen in i masken kontaminerades hela masken och då också ambulanssjuksköterskan. Även med munskydd och visir upplevdes det att mottagande enhet inte hörde i telefonsamtalet. Bristen i hörbarhet kunde orsaka att information om patienten inte uppfattades och det försvårade det fortsatta vårdarbetet.

”... det blir som ett filter när man pratar i telefon... ...Bitvis svårt att kunna rapportera in patienter vid larmsituationer och så är det varit väldigt mycket. Där har det skett kommunikationsmissar så att det inte har varit samma nivå som man tänkt att det skulle vara när man kommer in.” (Informant nr 6)

Känna fysisk belastning

Att vara ambulanssjuksköterska kan vid tillfällena vara fysiskt påfrestande. När skyddsutrustning blev ett krav upplevde de en stor fysisk belastning. Att under perioden när skyddsmask 90 användes var extra påfrestande för att masken var tung och klumpig. Att det under sommaren nästan var outhärdligt varmt att arbeta i långärmade platsförkläden. De långa förklädena var inte ett hinder om de enbart bars under korta stunder men vid längre uppdrag blev den upplevda värmen en kraftig påfrestande. Värmen gjorde att de svettades vilket medförde att de som använde glasögon var tvungna att röra i sitt ansikte då glasögonen gled ner och då kontaminerades ansiktet.

”Sen har det varit väldigt jobbigt när det var sommar och varmt. Man svettats otroliga mängder, man har haft mycket huvudvärk i och med visiren... man haft svårt att andas emellanåt...det har knappt gått att få luft emellanåt. Så det har varit hemskt, tycker jag.” (Informant nr 3)

Ambulanssjuksköterskorna berättade att de i början av Covid-19 upplevde en svårighet i att andas när patientsituationerna blev mer fysiskt ansträngande så som att bära i trappor, att utföra HLR och liknande situationer. Även svårigheter med att visiren immade igen och sikten förminskades avsevärt. Att patienter fick vänta tills imman försvunnit för att ambulanssjuksköterskorna kunde hjälpa dem. Försök att minska risken för imma gjordes genom att tejpa munskyddet mot näsroten. Tejpen skapade hudirritationer men upplevdes som värt då tiden till att kunna hjälpa patient minskade. De upplevde även att visiren tryckte mot pannan vilket skapade huvudvärk och skav.

Vänja sig vid skyddsutrustning

Ambulanssjuksköterskorna berättade att de efter tid blev mer trygga i när och hur skyddsutrustning skulle användas. Att de tillsammans med patienterna har normaliserat användandet av munskydd och övrig skyddsutrustning. Att patienter som inte hade några fysiska hinder som gör att vården försvåras med skyddsutrustning upplevdes positiva till munskydd. Patienter upplevdes ha en större förståelse för skyddsutrustning och ambulanssjuksköterskan upplever att de inte får samma skrämmande reaktion från patienter längre. Att det finns en tacksamhet då de vet att skyddsutrustningen skyddar både ambulanssjuksköterskorna och patienten själv. Det blev normaliserat och en vana att använda munskydd men också en längtan till att återgå till en normal skyddsnivå som fanns innan Covid-19.

Uppleva ett försvårat vårdande

Ambulanssjuksköterskorna upplevde att patienter i början av Covid-19 blev undrande och upplevdes förvånade när de klev in till patienter med full skyddsutrustning och ibland även med skyddsmask 90.

”De första patienterna man kom till med skyddskläderna var ju, man skämdes ju lite. Jag upplevde att man nästan fick och man fick nästan förklara sig om man kom in och nästan skratta bort -Ja, det här kommer jag med mina kläder och ser konstig ut. Du behöver inte vara rädd typ.” (Informant nr 9)

Ambulanssjuksköterskorna upplevde att skyddsutrustning kunde öka patienters rädsla samt skapa ett obehag i vårdmötet, att skyddsutrustningen gav patienten en ytterligare anledning till att tro att Covid-19 var dödlig när ambulanssjuksköterskan hade extra skyddsutrustning. Barn blev skrämda av skyddsutrustningen vilket resulterade i försvårad bedömning och ett hinder i vårdmötet. Ambulanssjuksköterskorna beskriver att de fick adrenalinpåslag då de ej var vana att behöva skydda sig på det sättet tidigare. Det var en otäck känsla första gångerna de tog på sig skyddsutrustningen. Munskydd och visir uppfattades bilda en mur mellan patient och ambulanssjuksköterskorna. Att förmedla trygghet eller trösta en ledsen patient försvårades och fungerade inte på samma sätt som tidigare. Att inte kunna ge tröst och finnas till på samma sätt kändes frustrerande. En del i ambulanssjuksköterskornas arbete är att förmedla trygghet och närhet, det upplevdes svårare iförd munskydd och visir. En känsla av psykiskt avstånd till patienten skapades trots att de var fysiskt nära. De upplevde att det var svårare att visa empati för patienten då endast ögonen syntes i skyddsutrustningen.

”Vård för mig ingår det även det här liksom empati och att man är där som medmänniska och ibland känns det så hemskt att sitta i det här munskydd och visir.” (Informant nr 10)

Det uppkom situationer när patienter var kritiskt sjuka och ambulanssjuksköterskorna kände att de var tvungna att kompromissa sin egen säkerhet och ta bort eller ändra skyddsutrustning för att kunna ge patienten den vård som krävdes. De fällde upp eller valde att ta av visiret om det immade igen. Vid dessa avsteg försökte ett längre avstånd

till patienten hållas. Att hålla avstånd upplevdes som svårt då de var tvungna att vara nära för att undersöka och ge patienten vård. Med detta så ökade känslan av otrygghet när de praktiska momenten skulle genomföras.

”Vi visste att vi skulle skydda oss, behövde skydda oss och så samtidigt så ville vi ge bästa tänkbara vård. Det var väldigt svårt. Det är praktiskt bara hur vi skulle få henne från sin säng och ner för en trappa som var väldigt smal. Det blir väldigt, väldigt nära inpå som ni vet när man behöver bära människor...” (Informant nr 11)

DISKUSSION

Resultatet visar att ambulanssjusköterskorna upplevde att Covid-19 haft en betydande påverkan på arbetet i ambulanssjukvården. Covid-19 skapade en oro och rädsla för att bli smittad. Rädslan avtog kraftigt efter att de fått vaccin. Nya hygienrutiner och riktlinjer ställde högre krav på att akutsjuksköterskorna var uppdaterade inför varje arbetspass. Upplevelsen av skyddsutrustningen var att den skapade en viss trygghet men försvårade vårdandet.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka ambulanssjusköterskors upplevelser av att arbeta i ambulanssjukvården under Covid-19. För att uppnå syftet valdes en kvalitativ intervjustudie som metod för att låta informanterna beskriva sina känslor och upplevelser med egna ord, beskriva sina upplevelser med ord och inte med siffror (Kvale & Brinkmann 2014, s. 47). Den data som insamlats skall bestå av intryck och synpunkter vilket gör att en kvalitativ metod är att föredra (Polit & Beck 2017, s. 463). Hade en kvantitativ metod använts hade den data som insamlats ej varit så beskrivande av olika upplevelser, vilket var författarnas syfte med studien. När studiens syfte baseras på frågor om hur något upplevs är intervjuer som datainsamling att föredra (Kvale & Brinkmann 2014, s. 142–143). En induktiv ansats användes då det är mest lämpligt vid en intervjustudie att se likheter i resultatet och efter det kunna generalisera. En hypotesprövning ej är lämplig vid en kvalitativ intervjustudie Kvale och Brinkmann (2014, s. 143). En semistrukturerad intervjumetod valdes för att få informanterna att förutsättningslöst berätta om sina upplevelser men ändå behålla en viss struktur. En svårighet med en semistrukturerad intervju är att intervjun lätt kan byta riktning och få fokus på saker som i efterhand upptäcks ej vara relevanta mot studiens syfte. Att informanterna berättar om olika ämnen kan dock ge studien djupare förståelse av upplevelser samt ett bredare innehåll. Mer erfarenhet av intervjuteknik gjorde det lättare att urskilja när intervjun gått för långt ifrån studiens syfte (Polit & Beck 2017, s.150, 537). En kvalitativ innehållsanalys valdes för att få en bred sammanfattning av det insamlade materialet (Elo & Kyngäs 2008). Elo och Kyngäs (2008) menar att det är av vikt att samtliga transkriberade intervjuer läses flertalet gånger för att få en fördjupad kunskap av sitt insamlade material.

De ambulansstationer som valdes till studien hade flest anställda samt hade högst beläggning av ambulansuppdrag. Det sågs som en fördel för att få ihop informanter som kunde svara mot syftet. Ett antagande gjordes att de ambulansstationerna med flest

uppdrag hade haft flest Covid- 19 relaterade ambulansuppdrag. Att intervjua de ambulanssjuksköterskor som troligt haft flest uppdrag med Covid-19 kan ha gjort att upplevelserna skiljer sig från de ambulanssjuksköterskor som inte stötte på fenomenet lika ofta. Att begränsa urvalet till två ambulansstationer och inte inkludera fler ambulansstationer i regionen kan ha resulterat i ett annat resultat. Begränsningen i urvalet kan ha minskat studiens validitet.

De första intervjuerna som hölls varade i ungefär 10 minuter för att de sista intervjuerna blev upp till 30 minuter. Med att erfarenheten utvecklades blev fokus att tala mindre och enbart ställa följdfrågor som, ”hur”, ”Kan du berätta mer” och ”kan du utveckla” i stället för att följdfrågorna i början kunde innefatta fler ord men med samma syfte. Att genom att tala mindre minskades risken för att oavsiktligt styra informanten (Yin 2013, s. 140). Att låta informanten välja plats för intervjun skapar ofta en tryggare och mer öppen informant som delger mer information, vilket kan ha gett en djupare dialog (Kvale & Brinkmann 2014, s. 144). Fyra intervjuer genomfördes på informantens arbetstid. Medvetenhet om risken att bli avbrutna både av kollegor, ambulansuppdrag eller andra yttre faktorer fanns. Innan intervjuerna diskuterades om ett avbrott under intervjun skulle uppkomma att det då behövdes en ny tid för fortsatt intervjun. Informanterna uppfattades inte påverkade av risken för avbrott, men känslan av att bli avbruten kan ha gjort att informanten omedvetet valt att beskriva sina upplevelser kortare. Vid en intervju skall intervjuerna med fördel ske på platser där störningsmoment kan minimeras, för att inte informanten skall under stress för avbrott ändra sina svar, ge mindre utförliga svar eller att på andra sätt påverka intervjun (Polit & Beck 2017, s. 508). Ingen intervju blev avbruten av utomstående störningsmoment. Intervjuerna spelades in via ljudupptagning. Hade anteckningar förts hade risk för att viktig data och dynamiken i samtalet gått förlorad då författaren hade behövt lägga mer fokus på att anteckna och då blivit mindre närvarande med informanten (Kvale & Brinkmann 2014, s. 218).

Att informanterna arbetar i samma verksamhet kan vara både positivt och negativt för studien. En positiv aspekt som Polit och Beck (2017, s. 243) skriver är att en förståelse finns för ämnet som skall studeras. Informanterna som redan känner författaren kan känna en större tillit och trygghet och därför våga öppna sig och prata mer öppet under intervjun. Positivt är också att det finns en förståelse för olika ord och uttryck som kan förekomma när informanten beskriver sina olika upplevelser av fenomenet (Yin 2013, s. 139). Nackdel med att känna informanterna kan vara att samtalet kan bli ett kollegialt samtal än att fokus på forskningsinriktningen. Medvetenheten för denna risk läts informanterna prata fritt med enbart några få följdfrågor, detta för att minimera risken för kollegialt samtal (Polit & Beck 2017, s. 272).

Graden av trovärdighet i en kvalitativ studie är vilket förtroende som studien har i analysen och datan. Trovärdigheten bedöms av kriterierna pålitlighet, bekräftbarhet, överförbarhet och äkthet. Författarna har beskrivit sin metod och försökt att hålla metodprocessen och tillvägagångssättet så transparent som möjlig för att på så sätt kunna visa att studien gjorts på rätt sätt. För att bedöma pålitlighet är det av vikt att se till bias. Att en förkunskap om ämnet finns som skall studeras och genom egna erfarenheter styra och av misstag snedvrider resultatet (Kvale & Brinkmann 2014, s.

228). Det fanns en medvetenhet om vikten att inte ställa ledande frågor eller att omedvetet färga informantens svar, detta då validiteten och trovärdigheten för studien skulle sjunka (Polit & Beck 2017, s. 463). Citat från intervjuerna används i studien. Att använda citat menar Elo och Kyngäs (2008) kan öka studiens trovärdighet då det visar vad för material som skapat resultatet och de olika kategorierna som resulterade i resultatet. Att skriva ut citat från en intervju kan dock skapa förvirring för informanten som är citerad. Informanten kan då känna sig generad och sårad när intervjupersonen läser att meningen inte består av helt sammanhängande mening eller ”korrekt svenska” (Kvale & Brinkmann 2014, s. 228). Av etiska skäl valdes något enstaka citat att förtydligas. Att medvetet välja att inte ha någon spridning på informanterna i en studie kan ha betydelse för hur studien kan överföras på en större population och kan vara en svaghet i studien (Polit & Beck 2017, s. 465). Att välja att ta med samtliga informanter i studien kan också snedvrider studien då de lättillgängliga informanterna inte behöver vara de som är mest informativa (Yin 2013, s. 93). För att öka trovärdigheten i studien är en överförbarhet att föredra. En generalisering och överförbarhet kan göras men med försiktighet då studien är utförd i enbart i ett litet geografiskt område. Samtliga regioner har olika riktlinjer och arbetsstätt vilket gör att överförbarheten kompliceras. Att studien baseras på ambulanssjuksköterskans upplevelser och inte övrig ambulanspersonal kan också begränsa överförbarheten till bara ambulanssjuksköterskor.

Resultatdiskussion

Vårdmötet

Ambulanssjuksköterskorna upplevde en oro och rädsla i början av Covid-19. En rädsla för att bli smittade. De försökte hålla avstånd till patienter och de anhöriga för att minska smittorisken. Det bekräftas av Awano et al., (2020) som beskriver samma slags rädsla hos sjuksköterskor som arbetat under Covid-19. En tidigare studie av Liu, et al., (2020) beskriver att det fanns en oro då kunskapen om Covid-19 var begränsat och storleken av effekterna inte gick att förutspå. Att ambulanssjuksköterskorna höll ett längre avstånd till patienterna och de anhöriga kan ha påverkat vårdmötet negativt då patienterna kunde uppleva att ambulanssjuksköterskornas kroppsspråk upplevdes som avvisande. Fossum (2019, s 162) beskriver att kroppsspråk har visats vara avgörande för hur mötet mellan patient och vårdare blir.

Den dagliga rapporteringen från media om Covid-19 ökade ambulanssjuksköterskornas rädsla men också patienters oro vilket stärks av av Azoulay, et al., (2020) och Liu, et al., forskning (2020). Vidare beskriver Liu, et al., (2020) att media borde ha används för att minska rädsla och oro genom att informera och utbilda befolkningen och därmed bidra till att färre individer sökte vård på grund av okunskap och oro. Eftekhar Ardebili, et al., (2021) beskriver att den känslan av oro och stress som vårdpersonalen kände i början av Covid-19 kunde leda till att personalen utvecklade psykiska problem, därmed bör ambulansverksamheten erbjuda stöttning i att hantera upplevelsorna hos ambulanssjuksköterskor som arbetat under Covid-19. Ambulanssjuksköterskor menar att den största emotionella påverkan var i början av Covid-19 och att de idag har vant sig med arbetet, att det blivit som en del av vardagen. De upplevde en större trygghet

och en minskad oro efter att de flesta har fått vaccin. Fenomenet har även Fernandez, et al., (2020) rapporterat att personalen känt minskad oro efter att de fått antikroppar mot Covid-19. I början av Covid-19 beskriver ambulanssjuksköterskorna att de patienter som ringde ambulans var oroliga och att flertalet uppdrag under ett arbetspass bestod av att lugna patienter. De upplevde att det var svårt för allmänheten att veta när en ambulans skulle nyttjas och inte, likt studier av Robinson & Stinson (2021) och Liu, et al., (2020) där sjuksköterskor upplevde en oro från samhället och de kände sig tvungna att vara den trygga punkten som patienterna kunde anförtro sig åt. Bemötandet var avgörande för patienters upplevelse av vården. Ett bra bemötande skapar förutsättning och möjlighet till en trygg relation i vårdmötet, vilket är väsentligt i all hälso-och sjukvård (Fossum 2019, s.162). Vid bemötande av anhöriga beskriver ambulanssjuksköterskorna en frustration och att de upplevde det svårt att bemöta när närstående ville vara nära patienter trots smittorisk. Papadimos, et al., (2018) beskriver att familjer kan känna ett ökat behov av sammanhållning och närhet när katastrof inträffar. Att rädsla och ångest skapas hos dem som är isolerade ifrån sin familj. Ambulanssjuksköterskor vet riskerna och har kunskapen, vilket är av vikt att förmedla till patient och anhöriga. Ambulanssjuksköterskorna försökte vara tydliga i mötet med anhöriga utan att fördröja vården eller förhindra ett sista farväl. Om anhörigas upplevelser efter en kritisk sjuk eller dödsfall negligeras kan det skapa en långvarig stress och psykisk ohälsa. Delaktighet i beslutsfattningen ger därför ett ökat välbefinnande i vårdmötet för anhöriga (Papadimos, et al., 2018). Ambulanssjuksköterskorna har olika upplevelser gällande känslor mot patienter som valt avstå vaccin. Vissa Ambulanssjuksköterskor hade starka känslor och hyste ett agg mot dessa patienter som gjorde valet utan att ha medicinsk grund. Andra ambulanssjuksköterskor la inte någon värdering i det. Almås, Ronningen och Wiberg (2002, s. 284) menar att sjuksköterskor skall vara medvetna om att den egna hållningen kan lysa igenom i uppträdandet och att känslor kan utstrålas mot patienter. Ambulanssjuksköterskorna beskriver att de inte har behandlat eller bemött ovaccinerade annorlunda men att de kunde omedvetet låta hårdare på rösten. Almås, Ronningen och Wiberg (2002, s. 284) skriver att skuld och skam kan uppstå hos patienter om sjuksköterskor visar irritation över att behöva lägga tid på någon som själv förvällat sin sjukdom. Patienter har rätt till sina upplevelser av sina symtom och sin oro utan att sjuksköterskan påverkas av gamla erfarenheter och obehöriga tankar. Det är av vikt att se varje patient som en person med individuella behov och att ambulanssjuksköterskor förstår hur starkt det påverkar vårdmötet om bemötandet brister (Arman 2019, s. 217).

Med de ökade restriktionerna upplevde ambulanssjuksköterskorna att det fanns en känsla av skam och skuld hos patienter som misstänktes vara smittade av Covid-19. De upplevde att patienter kände skuldkänslor för att de inte följt alla rekommendationer. Att samhället skulle se på de som slarviga och oförsiktiga. Samma fenomen beskriver Cavallera (2020) i sin studie, vidare beskriver hen att det kan finnas ett stigma i samband med Covid-19 och en rädsla för att ha smittat andra. För att hantera dessa skamliga tankar hos patienten måste vårdaren ge god vård och visa vänlighet. Joyce Travelbee (1971, s 65–68) menar att omvårdnad bygger på en mellanmänsklig relation, sjuksköterska och patient emellan. Travelbee betonar att det är av stor vikt att bortse från rollerna och i stället se den unika individen eftersom det först då går att skapa en relation och en ömsesidig förståelse och kontakt mellan sjuksköterska och patient. Resultatet visar att riskerna för ett opersonligt vårdmöte ökade under Covid-19 då

ambulanssjuksköterskorna i studien upplevde att osäkerheten kring viruset tog fokus från bemötandet av patienten. Ett bristande bemötande kan komma att påverka vårdmötet negativt och få konsekvenser för hur patienten upplever vården (Fossum 2019, s.162).

Kommunikation

Kommunikation är en hörnsten i patientsäkerhet och kvalitetssjukvård som gör att vård kan ske personcentrerad och optimal för patienten (Goldin, et al., 2020). En ansiktstäckande skyddsutrustning utgör två hinder för patienten, vårdarens röst blir dämpad och att patienten inte kan läsa på läpparna beskriver Goldin, et al., (2020). Ambulanssjuksköterskorna beskriver att skyddsutrustningen gjorde att det blev kommunikationssvårigheter mellan kollegor, patienter och anhöriga. Corey, et al., (2020) beskriver att ett genomskinligt munskydd kan hjälpa i kommunikationen främst vid kommunikation med patienter som har en nedsatt hörsel. Det upplevdes att det fanns en barriär mellan ambulanssjuksköterskorna och patienten då de använde ansiktstäckande skyddsutrustning och att det var svårt att visa empati och känslor för patienten och de anhöriga. Det beskriver också Azoulay, et al., (2020) och menar att skyddsutrustning kan ge en känsla av att vårdmötet blir opersonligt i relationer mellan ambulanssjuksköterskan och patient. Eide & Eide (2006, s134-137) beskriver att den icke verbala kommunikationen som avgörande över hur patienter tolkar det vårdaren säger. Ansiktsuttryck, blick, kroppsspråk och tonfall förstärker signalerna mellan vårdare och patient och gör den verbala kommunikationen lättare att tolka. En bristfällig kommunikation förvärrar möjligheten att etablera en förtroendefull vårdrelation med den sjuka patienten. Forskning har visat att patienter blir rädda när de ser sjukvårdspersonal bära skyddsutrustning (Robinson & Stinson 2021; Liu, et al., 2020). Det upplevde ambulanssjuksköterskorna i början av Covid-19 men att patienter över tid vände sig. Ambulanssjuksköterskorna kände sig trygga och säkra i sin skyddsutrustning, det gjorde även sjuksköterskorna i Robinson och Stinson (2021) studie. Resultatet visar att sjukvården skulle gynnas av att skapa en mer effektiv och lättarbetad skyddsutrustning som inte orsakar lika stora hinder för kommunikation och som ej är lika fysiskt ansträngande att använda vilket stärks i Corey, et al., (2020) studie.

Hållbar utveckling

Både psykiskt och fysiskt utmanande faktorer i sitt arbete under Covid-19 uppmärksammas. Åtgärder och förändrade rutiner skapades för att undvika att ambulanssjuksköterskorna skulle bli smittade, skadade eller föra Covid-19 vidare. skyddsutrustning togs fram för att ingen skulle riskera att bli sjuk, skadas eller dö på sitt arbete (Arbetsmiljöverket 2021). Vårdpersonal har efter en tid visats tillhöra en riskgrupp för Covid-19 relaterad psykisk ohälsa. En ökad arbetsbelastning och en långvarig exponering för traumatiska händelser visade vara de mest påtagliga faktorerna för vårdpersonal att bli sjukskrivna för utmattning eller annan psykisk ohälsa (Klawitter 2020). Den psykiska påfrestningen kan i förlängningen skapa en otrygg arbetsmiljö där risk finns för arbetsrelaterade sjukskrivningar. En sjukskrivning är inte bara en påverkan på individen utan skapar även en påverkan på samhällsekonomin (Arbetsmiljöverket

2022). Regeringen har gett 500 miljoner kronor för satsning om krisstöd till hälso- och sjukvårdspersonal som arbetat med Covid-19. Satsning på krisstöd är ett försök att motverka den psykiska ohälsan bland vårdpersonal. Det kan vara steg för att skapa en hållbar utveckling för vårdpersonal och i förlängningen en hållbar vård och ett hållbart samhälle (Klawitter 2020)

SLUTSATS

Ambulanssjuksköterskorna upplevde rädsla och oro för Covid-19 och dess framkomst, både för hur en eventuell infektion skulle påverka patienterna och hur det skulle påverka om de själva blev smittade. Ambulanssjuksköterskorna berättade om svårigheter att arbeta i ambulansverksamheten under Covid-19. Vårdmötet och kommunikationen var de delar som de ansåg blev mest påverkade och att skyddsutrustning var den största anledningen till denna påverkan. Påfrestningarna under Covid-19 har både skapat fysiska och psykiska svårigheter för ambulanssjuksköterskorna. Vaccin gjorde vårdmötet och upplevelsen för ambulansuppdragen med allvarligt sjuka i Covid-19 tryggare. Arbetsmiljön blev succesivt bättre med tiden och upplevelsen av att möta och behandla patienter med Covid-19 blev vardag.

Kliniska implikationer

Utrymme för vidare forskning gällande den påverkan som Covid-19 haft på ambulanssjuksköterskor på lång sikt och vilka följder det har medfört. Både hur de påverkats psykiskt och fysiskt av Covid-19. Studiens resultat bör kunna skapa möjligheter för ambulanssjukvårdens ledning och beslutsfattande instanser att utveckla funktioner och riktlinjer.

- Skapa en mer effektiv och lättarbetad skyddsutrustning.
- Att ha tydliga rutiner och riktlinjer hur ambulanssjukvården skall genomföras vid en större pandemi.
- Att som arbetsgivare vara observant på ambulanssjuksköterskornas psykiska och fysiska hälsa som kan förändras av att arbeta under ändrade arbetsförhållanden.

Referenser

- Almås, H., Ronningen, L. & Wilberg, S. (2002). Omvårdnad vid störningar i lungfunktionen. I H. Almås (red.), *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB
- Ambulanssjukvården Region Skåne (2020) *Covid-19 Bedömning och behandling*. Region Skåne: Region Skåne ambulansverksamhet.
- Arman, M. (2019). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik 2. Uppl.* Lund: Studentlitteratur AB s. 221
- Arbetsmiljöverket (2021). *Personlig skyddsutrustning som skyddar mot Covid-19*. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/sjukdomar-smitta-och-mikrobiologiska-risker/smittrisker-i-arbetsmiljon/coronaviruset/personlig-skyddsutrustning-som-skydd-mot-covid-19/> [Använd 2022-02-14]
- Arbetsmiljöverket (2022). *Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4), föreskrifter*. <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-afs-20154/> [Använd 2022- 02- 26]
- Awano, N., Oyama, N., Akiyama, K., Inomata, M., Kuse, N., Tone, M., Takada, K., Muto, Y., Fujimoto, K., Akagi, Y., Mawatari, M., Ueda, A., Kawakami, J., Komatsu, J., & Izumo, T. (2020). Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Internal medicine* , 59(21). doi: 10.2169/internalmedicine.5694-20
- Azoulay, É., Curtis, R. & Kentish-Barnes, N. (2020). Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. *Intensive Care Medicine*, 24 11. doi: 10.1007/s00134-020-06319-5
- Baral, S., Chandler, R., Prieto, R. G., Gupta, S., Mishra, S. & Kulldorff, M. (2021). Leveraging epidemiological principles to evaluate Sweden's COVID-19 response, *Annals of Epidemiology*, 54. doi: 10.1016/j.annepidem.2020.11.005.
- Bremer, A. (2016). Dagens ambulanssjukvård. I Suserud, B-O., Lundberg, L. (red). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, pp. 48-63.
- Brown-Johnson, C., Vilendrer, St., Heffernan, MB., Winter, S., Khong, T., Reidy, J. & Asch, S. (2020) PPE Portraits—a Way to Humanize Personal Protective Equipment. *Innovations in Clinical Practice*, 35. doi: 10.1007/s11606-020-05875-2
- Cavalera, C. (2020). COVID-19 Psychological Implications: The Role of Shame and Guilt. *Frontiers in Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2020.571828

Corey, R., Jones, U. & Singer, A. (2020). Acoustic effects of medical, cloth, and transparent face masks on speech signals. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 27 10. doi: 10.1121/10.0002279

Cusma Piccione, R. (2021). "DOPES": Acronym to Help Critical Care Nurses in the Intensive Care Unit During the COVID Age. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 40. doi: 10.1097/DCC.0000000000000466

Eftekhar Ardebili, M., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H. & Ranjbar, H. (2021). 'Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study', *American Journal of Infection Control*, 49(5). doi: 10.1016/j.ajic.2020.10.001.

Eide, Tom & Eide, Hilde (2006). *Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. 1. uppl. Malmö: Liber

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). 'The qualitative content analysis process', *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 62(1). doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Fernandez, A R., Crowe, R P., Bourn, S., Matt S E. & Brown, AL. (2021). Hawthorn AB, Brent Myers J. COVID-19 Preliminary Case Series: Characteristics of EMS Encounters with Linked Hospital Diagnoses. *Prehosp Emerg Care*, 25(1), ss. 16-27. doi: 10.1080/10903127.2020.1792016. Epub 2020 Jul 31. PMID: 32677858.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Vaccinet levererat enligt plan*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/december/vaccinet-levererat-enligt-plan/>
[Använd 2022-01-18]

Folkhälsomyndigheten (2022). *Antal fall av Covid-19 i Sverige*
<https://experience.arcgis.com/experience/09f821667ce64bf7be6f9f87457ed9aa> [Använd 2022-02-16]

Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I Fossum, b. (red.)
Kommunikation- Samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur, ss. 27, 162.

GDPR Summary (2020). *Personuppgifter*.
<https://www.gdprsummary.com/sv/gdpr-definitioner/personuppgifter/>
[Använd 2022-02-17]

Goldin, A., Weinstein, B. & Shiman, N., (2020). Speech blocked by surgical masks becomes a more important issue in the Era of COVID-19. *Hearing Review*, 5.
<https://hearingreview.com/hearing-loss/health-wellness/how-do-medical-masks-degrade-speech-reception> [Använd 2022-01-30]

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod 2 uppl*. I Henricson, M. (red.)
Lund: Studentlitteratur. s. 114.

- Higginson, R., Jones, B., Kerr, T. & Ridley, A-M. (2020a). 'Paramedic use of PPE and testing during the COVID-19 pandemic', *Journal of Paramedic Practice*, 12(6). doi: 10.12968/jpar.2020.12.6.221.
- Higginson, R., Parry, A., Williams, M. & Jones, B. (2020b). Paramedics and pneumonia associated with COVID-19. *Clinical Practise*. doi: 10.12968/jpar.2020.12.5.179
- Kamerlin, S. C. L. & Kasson, P. M. (2020). 'Managing Coronavirus Disease 2019 Spread With Voluntary Public Health Measures: Sweden as a Case Study for Pandemic Control', *Clinical Infectious Diseases*, 71(12). doi: 10.1093/cid/ciaa864.
- Kirca, N., & Bademli, K. (2019). Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*. 55. doi: 10.1111/ppc.12381
- Klawitter, M. (2020). *Risk för Psykisk ohälsa bland vårdpersonal*. <https://www.previa.se/livet-och-jobbet/psykisk-ohalsa-vardpersonal/> [Använd 2022-02-14]
- Kuisma, M., Harve- Rytsälä, H., Pirnekoski, J., Boyd, J., Lääperi, M., Salo, A. & Puolakka, T. (2021). Prehospital characteristics of COVID-19 patients in Helsinki – experience of the first wave of the pandemic. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19 6. doi: 0.1186/s13049-021-00915-0
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur. Ss. 47, 142–144, 171, 218, 228
- Liu, Y-E., Zhai, Z., Han, Y., Liu, Y-L, Liu, F. & Hu, D. (2020). 'Experiences of front-line nurses combating coronavirus disease-2019 in China: A qualitative analysis', *Public Health Nursing*, 37(5). doi: 10.1111/phn.12768.
- Ludvigsson, J. F. (2020). 'The first eight months of Sweden's COVID-19 strategy and the key actions and actors that were involved', *Acta Paediatrica*, 109 12. doi: 10.1111/apa.15582.
- Mæhlen, J. O., Mikalsen, R., Heimdal, H. J., Rehn, M., Hagemo, J. & Ottestad, W. (2021). Pre-hospital critical care management of severe hypoxemia in victims of Covid-19: a case series. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 12 1. doi: 0.1186/s13049-021-00831-3
- Nyashanu, M., Pfende, F. & Ekpenyong, M. (2020). Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: experiences of frontline workers in the English Midlands region, UK. *Journal of Interprofessional Care*, 17 6. doi: 0.1080/13561820.2020.1792425
- Papadimos, T., Marcolini, E., Hadian, M., Hardart, G., Ward, N., Levy, M., Stawicki, S. & Davidson, J. (2018). Ethics of Outbreaks Position Statement. Part 2: Family-Centered Care. *Critical Care Medicine*, 46 (11). doi:10.1097/CCM.0000000000003363

Parush, A., Wacht, O., gomes, R. & Frenkel, M. (2020). Human Factor Considerations in Using Personal Protective Equipment in the COVID-19 Pandemic Context: Binational Survey Study. *Journal of medical internet rerearch*, 22 (6). doi: 10.2196/19947

Peate, I & Brent, D. (2021). Using the ABCDE approach for all critically unwell patients. *British journal of healthcare assistans*, vol 62 (2). doi: 10.12968/bjha.2021.15.2.84

Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G. & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(2). doi:10.1016/s1836-9553(12)70087-5

Polit, F. & Beck, C. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Ss 180, 243, 272, 278, 387, 463–465, 506, 508, 510, 515–516.

Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor (2012). *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. https://ambssk.se/wp-content/uploads/2016/10/ras_komp_beskr_ambssk2012.pdf [Använd 2022-02-04]

Robinson, R. & Stinson, C. K. (2021). ‘The Lived Experiences of Nurses Working During the COVID-19 Pandemic’, *Dimensions of Critical Care Nursing*, 40(3). doi: 10.1097/dcc.0000000000000481.

Saberian, P., Tavakoli, N., Hasani-Sharamin, P., Modabber, M., Jamshididana, M. & Baratloo, A. (2020). Accuracy of the pre-hospital triage tools (qSOFA, NEWS, and PRESEP) in predicting probable COVID-19 patients’ outcomes transferred by Emergency Medical Services. *Caspian journal of internal medicine*. 11. doi:10.22088/cjim.11.0.536

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)* Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

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

Spangler, D., Blomberg, H & Smekal, D. (2021) *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 29, (3). doi: 10.1186/s13049-020-00826-6

- Söderlund, M (2017). Vårdande. I L. Gustin Wiklund & I. Bergbom (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur. ss. 298 – 300.
- Travelbee, Joyce (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. 2. ed. Philadelphia: Davis. Ss 65-68
- Vetenskapsrådet (2022). Vetenskapsrådets samordningsuppdrag om öppen tillgång till forskningsdata 2022. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2022-03-10-vetenskapsradets-samordningsuppdrag-om-oppen-tillgang-till-forskningsdata-2022.html> [Hämtad 2022-03-13]
- Violante, T. & Violante, F. (2020). Surgical masks vs filtering facepiece respirators for the protection against coronavirus infection: current state of the art. *La Medicina del Lavoro, work environment and health*, 21 10. doi: 10.23749/mdl.v11i15.9692
- Västra Götalandsregionen NU-sjukvården, 2020. *Coronavirus, NU-sjukvårdens ambulansverksamhet*. Västra Götalandsregionen: NU-sjukvården Ambulansverksamhet.
- Västra Götalandsregionen NU-sjukvården, 2021. *Coronavirus, NU-sjukvårdens ambulansverksamhet*. Västra Götalandsregionen: NU-sjukvården ambulansverksamhet.
- Walton, H., Navaratnam Annakan V., Ormond, M., Gandh, V & Mann, C. (2020). Emergency medicine response to the COVID-19 pandemic in England: a phenomenological study. *Emergency Medicine Journal*, 37(12). ss 768- 772. doi:10.1136/emmermed-2020-210220
- WHO (2021). *Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted?*, <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>: World Health Organization. [Hämtad 2022-02-03]
- Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. (2012). Being prepared for the unprepared. A phenomenology field study of Swedish prehospital care. *International Nursing*, 11. doi: 10.1016/j.jen.2011.09.003
- Yin, R. K (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Studentlitteratur: Lund. ss. 93, 139-140, 173.



Verksamhetschefens godkännande av datainsamling

Vi är två studenter som studerar på specialistutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen görs en magisteruppsats där syftet är att undersöka Ambulanssjuksköterskans upplevelse av att vårda och arbeta under Covid-19 och dess olika faser.

Studien kommer att vara en kvalitativ intervjustudie med önskan att intervjua 10–15 Ambulanssjuksköterskor som varit verksamma och arbetat prehospitalt under hela Covid-19 pandemin. Ambulanssjuksköterskorna som kommer att förfrågas om deltagande kommer vara stationerade på stationerna inom Trestad Öst och Trestad Väst. Intervjuerna kommer att ta ca 30–60 minuter och ske fysiskt på valfri plats eller digitalt via Teams eller Zoom. Deltagaren bestämmer var och hur intervjun skall hållas. Intervjuerna kommer genomföras under veckorna fyra– sex och deltagarna kommer att tillfrågas via internmejl från avdelningschef med vidarebefordrat informationsbrev från oss. Intervjuerna kommer genomföras utanför ordinarie arbetstid för att minska risken att bli avbrutna. Intervjuer kan komma att ske på arbetstid ifall verksamheten tillåter och att det ordinarie arbetsuppgifter ej förbises.

Samtliga deltagare kommer att informeras om studiens syfte. Intervjuerna genomförs efter deltagarnas samtycke. Intervjuerna spelas in och information som skulle kunna identifiera deltagarna kommer att avlägsnas innan intervjuerna skrivs ut. Ingen obehörig kommer att ha tillgång till intervjumaterialet och det analyserade materialet kommer att vara avidentifierat vid en senare publicering. Deltagarna kan när som helst avbryta sitt deltagande i studien utan motivering.

Vi ber härmed godkännande för att få genomföra intervjuer och datainsamling till ovan nämnda studie. Bifogat formulär om godkännande skickas till bifogade adresser.

Vid frågor är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vi handleds i examensarbetet av handledare: Universitetslektor Glenn Larsson
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd
Institutionen för vårdvetenskap
E-post: glenn.larsson@hb.se

Med vänlig hälsningar
Linn Arthursson
0737411731
Tegelbruksvägen 142
46255 Vänersborg

Reima Lindberg
0761911302
Bäckeforsgatan 26
46171 Trollhättan



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÄRDVETENSKAP

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Linn Arthursson och Reima Lindberg genomför datainsamling för studie som är inom ramen för vad som ovan beskrivs.

Härmed samtycker jag till att studien genomförs

Uddevalla 220120

Ort och datum

[Signature]

Namnsteckning

Verksamhetschef

Befattning



Information angående deltagande i examensarbete

Vi är 2 legitimerade sjuksköterskor, Linn Arthursson och Reima Lindberg. Vi båda arbetar sedan en tid tillbaka i ambulansverksamheten Trestad Väst. Vi studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning ambulanssjukvård vid akademien för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vi skall nu göra ett examensarbete och därför vänder vi oss till dig för frågan om deltagande i vår intervjustudie.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vi vill med studien undersöka Ambulanssjuksköterskans upplevelser av att vårda och arbeta prehospitalt med patienter från utbrottet av Covid-19 fram till idag.

Vi vänder oss till dig som är Ambulanssjuksköterska och arbetat prehospitalt sedan Covid -19 började tills nu. Verksamhetschef Björn Kalin har godkänt att intervjustudien genomförs med Ambulanssjuksköterskor från stationerna i Trestad Öst och Trestad Väst.

Genom ditt deltagande i detta examensarbete hoppas vi kunna ge verksamheter och de som läser en större inblick hur det är för Ambulanssjuksköterskor att arbeta under en pandemi över tid. Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till? Studien är en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie vilket betyder att frågorna är öppna och följdfrågor kan förekomma. Intervjuerna beräknas ta max 60 minuter och kommer att ske på deltagarens önskade plats fysiskt, via telefon, eller via Zoom. När du som deltagare hör av dig för intresse att bli intervjuad kommer vi höra av oss och tillsammans bestämma när och hur intervjun skall genomföras, se kontaktuppgifter nedan. Intervjuerna kommer att spelas in och sparas som ljudfil och transkriberas. Allt inspelat material kommer vara anonymt och kommer raderas efter godkänt examensarbete.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt arbete. För att delta behöver du lämna ditt samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren [kontaktuppgifter se nedan].

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in, kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15-18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Ansvariga för examensarbetet

Författare till examensarbetet i kursen examensarbete med inriktning med ambulanssjukvård är:

Linn Arthursson: idalinn11@gmail.com Tel 0737411731

Reima Lindberg: reima@live.se Tel 0761911302

Handledare: Glenn Larsson glenn.larsson@hb.se

Samtycke om deltagande

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet ”Att arbeta prehospitalt under Covid-19, en jämförelse mellan vintern 2019 och våren 2022” och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum

Intervjufrågor

1. Beskriv dina upplevelser av att jobba prehospitalt under Covid-19 pandemin och hur du upplevt det från när pandemin började och till idag.
2. Kan du beskriva upplevelsen av att vårda patienter med konstaterad eller misstänkt Covid-19 från när pandemin började och till idag.
3. Berätta om hur du upplever patienternas syn på Covid-19 och deras rädsla att eventuellt vara smittade från när pandemin började och till idag.
4. Hur har du upplevt att vårda patienter innan och efter det fanns vaccin tillgängligt
5. Har du någon specifik situation från den pågående pandemi som du vill dela med dig av?