

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
<M2021:61>

Sjuksköterskans erfarenheter av prehospital förlossning inom ambulanssjukvården

En kvalitativ intervjustudie

JESSICA IDH
MARCUS TENGBLAD



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Sjuksköterskans erfarenheter av prehospital förlossning inom ambulanssjukvården
Titel på engelska:	The nurse experiences of prehospital births in ambulance service
Författare:	Jessica Idh & Marcus Tengblad
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Ambulanssjuksköterskeutbildning
Handledare:	Magnus Hagiwara Andersson
Examinator:	Henrik Andersson

Sammanfattning

Antalet prehospitala förlossningar är lågt men ökar till följd av centralisering och att den födande kvinnan i längre utsträckning kvarstannar hemma. Ambulanssjuksköterskan ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen utföra vård som är av god kvalitet och överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet, oberoende av om situationen är vanligt eller ovanligt förekommande. Förutsättningarna för prehospital vård är annorlunda mot slutenvård vilket avseende prehospital förlossning, orsakar stress och känsla av otrygghet hos ambulanssjuksköterskor.

Få studier beskriver sjuksköterskans erfarenheter av prehospital förlossning inom ambulanssjukvården varför syftet med studien var att beskriva dessa.

Kvalitativ design användes. Data samlades in med semistrukturerade intervjuer och analyserades enligt Graneheim och Lundmans innehållsanalys.

I resultatet framkom två huvudkategorier; *Skräckblandat uppdrag* och *En känsla av otrygghet/trygghet*, med åtta tillhörande subkategorier.

Resultatet visar att prehospitala förlossningar är sällan förekommande uppdrag som innebär blandade känslor för ambulanssjuksköterskor. Flertalet förlossningar fortlöper utan anmärkning, men ambulanssjuksköterskor beskriver oro för komplikationer varför det kollegiala stödet är viktigt för att känna trygghet i situationen. Ambulanssjuksköterskor förväntas kunna hantera prehospitala förlossningar trots att det inte tillhör deras specialistområde. Utbildning avseende prehospitala förlossningar, gärna tillsammans med barnmorska, bedöms vara nödvändigt för att säkerställa att vården vid den prehospitala förlossningen kan ges i enlighet med lagar och föreskrifter, men också för att öka ambulanssjuksköterskans trygghet avseende detta unika uppdrag.

Nyckelord: *Prehospital förlossning, sjuksköterska, ambulanssjuksköterska, erfarenhet, kunskap, trygghet, upplevelse, omvårdnad,*

Abstract

The number of prehospital deliveries is low but is increasing as a result of centralization and the fact that the woman giving birth stays longer at home. According to Swedish law in Health and Medical Care, the ambulance nurse must perform care that is of good quality and in accordance with science and proven experience, regardless of whether the situation is common or unusual. The conditions for prehospital care are different from care provided in hospitals, which causes stress and a feeling of insecurity among ambulance nurses.

Few studies describe the nurse experience of prehospital deliveries in ambulance service, why the purpose of the study was to describe these. Qualitative design was used. Data were collected with semi-structured interviews and analyzed according to Graneheim and Lundmans model for content analysis.

The results revealed two main categories: “Terrifying-exciting ambulance call” and “A feeling of insecurity/security”, together with eight associated subcategories.

Prehospital deliveries are scary and enjoyable at the same time. Ambulance nurses describe concerns about complications, but most births proceed without any problems. Collegial support is important to feel secure in the situation. Training regarding prehospital deliveries, preferably together with a midwife, is considered necessary to ensure that care at the prehospital delivery can be provided in accordance with laws and regulations but also to increase the security for the ambulance nurse’s regarding these unique assignments.

Key words: Prehospital delivery, nurse, ambulance nurse, experience, knowledge, security, nursing,

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Ambulanssjukvårdens utveckling	1
Ambulanssjuksköterskans ansvarsområde och profession	2
Normal förlossning	4
Prematur förlossning	4
Prehospital förlossning	4
Risker och komplikationer vid graviditet och prehospital förlossning	5
Kvinnans upplevelse av prehospital förlossning	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	8
METOD	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	9
Förförståelse	10
Etiska överväganden	10
RESULTAT	11
Skräckblandat uppdrag	11
Unik upplevelse	11
Oro för komplikationer	12
Känslan efter förlossningen	13
Kulturella aspekter och kommunikationssvårigheter	14
En känsla av otrygghet/trygghet	14
Kollegans betydelse	14
Stöd från förlossningen	15
Avståndets betydelse	15
Kunskapens och erfarenhetens påverkan	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Skräckblandat uppdrag	20
En känsla av otrygghet/trygghet	22
Hållbar utveckling	24
SLUTSATS	25
Kliniska implikationer	25

REFERENSER	26
Bilaga 1	31
Bilaga 2	33
Bilaga 3	35

INLEDNING

”Det var med skräckblandad förtjusning jag såg barnets huvud mellan patientens ben efter att vi hade lastat och jag kom in i vårdarhytten på ambulansen. Känslan som kom över mig var: hur ska jag klara det här?”

Citatet ovan beskriver hur verkligheten är för flera sjuksköterskor inom ambulanssjukvården. En känsla av okunskap och otrygghet över en situation de sällan råkat ut för. Förutsättningarna för ambulanssjukvården är annorlunda mot vården på ett sjukhus då inte samma vårdmöjligheter finns prehospitalt som inne på sjukhuset. I första delen av vårdkedjan möts patient och ambulanspersonal på två personer där första intrycket är viktigt. Ambulanspersonalen, vilka kan bestå av både ambulanssjukvårdare och legitimerad sjuksköterska med eller utan specialistsjuksköterskeutbildning måste ge och visa på kunskap både i omvårdnad och medicin för att skapa en trygghet för patienten och anhöriga. Vid en ambulansassisterad förlossning har ambulanspersonalen både de blivande föräldrarna och barnet att tänka på. Om förlossningen fortlöper som den ska så är det en av de mest naturliga sakerna i världen men om det vill sig illa kan det plötsligt finnas två patienter med livshotande tillstånd.

BAKGRUND

Ambulanssjukvårdens utveckling

I Lukasevangeliet, kapitel 10, vers 34, omnämns det som kan vara den första litterära skildringen om vad som skulle komma att bli grunden för modern ambulanssjukvård. Den barmhärtige samariten gör ett första omhändertagande på plats och med hjälp av en åsna förflyttar han patienten till en bättre plats för fortsatt vård. Under 1800-talet betecknas termen *ambulans* som en rörlig förbandsplats ute på fältet. Tvåhjuliga kärror med fjädrande upphängning har sjukhytter inredda med bårar för två personer och förses med både inspektionsluckor och förbandsmaterial. Kärrorna dras av två hästar och används ute på fältet under pågående krig. Platsen där ambulansen verkar är respekterad och ingen kanonad får riktas mot den delen av fältet där den står uppställd. Oavsett om det är en skadad egen soldat eller en skadad fiende så får alla lika vård (Gårdelöv 2016, ss. 40). Under slutet av 1800-talet och början av 1900-talet verkar hästambulanser även i Stockholmsområdet. Dess främsta uppgift är att förflytta patienter med smittsamma sjukdomar såsom pest, kolera, fläcktyfus och difteri och det är hälsovårdsnämnden som har ansvaret för dessa. Sveriges första automobil-ambulans placeras på Johannes brandstation och är mycket respektingivande på Stockholms gator med en topphastighet på 25km/h. Bilarna som snart skulle komma att användas även i övriga Sverige är i första hand tänkta som transportmedel och ända in på 1980-talet är viktigaste egenskaperna för ambulanspersonalen “en tung högerfot och starka armar” (Gårdelöv 2016, ss. 41). Utvecklingen går fort under 1980-talet och fokus kommer att läggas mer på vård i ambulansen, kompetenskraven ändras och nu krävs minst undersköterskekompetens för att få arbeta i ambulansen. Undersköterskorna har läkemedelsdelegering när de arbetar i ambulansen men ett beslut från Socialstyrelsen som träder i kraft 1 oktober 2005 leder till att det numer bara är legitimerad personal som får hantera läkemedel i ambulansen (Suserud 2005). Det här innebär att varje ambulans i Sverige är bemannade med minst en grundutbildad sjuksköterska, denne kan även inneha specialistkompetens.

Ambulanssjuksköterskans ansvarsområde och profession

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) betonar att alla ska ha rätt till en god hälsa och vård på lika villkor. Vården skall tillgodose patientens behov av trygghet, vara av god kvalitet och visa respekt för självbestämmande och integritet. Företräde skall ges till den som har största behovet av hälso- och sjukvård. Det är hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift att se till att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården skall i mesta möjliga mån utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS 2017:30).

I International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (2017) står att de fyra grundläggande ansvarsområdena är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Behovet av omvårdnad är varierande men ska ges respektfullt, oberoende av hudfärg, tro, ålder, kön, sexuell läggning, social ställning eller politiska åsikter. Sjuksköterskor skall erbjuda vård, inte bara till enskilda personer, utan även till familjer eller allmänheten. Arbetet skall utföras på så vis att det kan samordnas med andra yrkesgrupper (Svensk sjuksköterskeförening 2017, ss. 3)

Historiskt har vården inom ambulanssjukvården till största delen utförts av icke legitimerad personal (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, RAS 2012). Utöver det som skrivs i Svensk sjuksköterskeförenings beskrivning för legitimerad sjuksköterska (2017) skall ambulanssjuksköterskan även kunna ansvara för mer avancerad omvårdnad kring akut sjuka patienter i en oordnad miljö med brister i vårdrummet och detta under pressade förhållanden. Den avancerade omvårdnaden syftar till alla beslut som tas kring patienten så som bedömning av vårdnivå, vårdtempo, vart vården utförs samt den medicinska bedömningen (RAS 2012; Holmberg & Fagerberg 2010). Ett etiskt förhållningssätt ska prägla arbetet och varje patient skall ses som en unik individ med individuella behov. Det gäller för ambulanssjuksköterskan att snabbt kunna bedöma och prioritera vårdåtgärder för tidskritiska patienter. Wibring et al. (2020) beskriver arbetssättet kring tidkritiska patienter vilket innefattar att ambulanssjuksköterskan måste bedöma om tillståndet är livshotande, akut eller icke akut och därefter ta beslut om hur skyndsamt patienten ska tas till sjukhus. Detta innefattar även förlösningar där ambulanssjuksköterskan skall bedöma och utföra relevanta omvårdnadsåtgärder hos den gravida kvinnan och det nyfödda barnet, antingen i hemmet eller under transporten in till sjukhuset (RAS 2012).

Inom prehospital akutsjukvård börjar bedömningen innan det personliga mötet med patienten, dvs. utifrån de uppgifter ambulanspersonalen får från SOS Alarm. Genom dessa uppgifter får ambulanspersonalen en "första tanke" över vad som väntar dem vid ankomst även om det aldrig går att vara säker på att uppgifterna stämmer. Genom att använda sig av en prehospital handlingsplan kan ambulanspersonalen organisera upp situationen (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016, ss. 179, 181).

Handlingsplanen består i fyra övergripande faser, dessa består i sin tur i ytterligare steg. Första fasen är *förberedelse*, här inhämtas så mycket information som möjligt om uppdraget och ta sig till den aktuella adressen. Genom förberedelse kan vårdarna börja titta i behandlingsanvisningarna, dela upp rollerna samt få med sig rätt utrustning in till patienten (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016, ss. 181). Nästa steg är det

prehospitala vårdmötet som påbörjas vid första mötet av patienten. I detta steg skapas ett skyddat vådrum och ambulanspersonalen inleder sin primära och sekundära bedömning där man identifierar patientens huvudproblem samt utför behandlande åtgärder. Vid den primära bedömningen gör ambulanspersonalen en snabb bedömning av A-E, (A-Airway, B-Breathing, C-Cirkulation, D-Disability, E-Exposure) för att kunna åtgärda eventuella livshot. Det här innebär följande bedömningar: A-Airway; är luftvägen fri eller ofri? B-Breathing; andningens kvalitet bedöms genom att titta/lyssna/känna, C-Cirkulation; här bedöms var pulsen finns, dess frekvens och kvalitet, D-Disability; patientens medvetandegrad värderas, E-Exposure; undersökning av kroppen efter synliga skador genomförs (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016, ss. 185, 190, 192, 193, 195).

När eventuella livshot är åtgärdade övergår ambulanspersonalen till att göra mer riktad undersökning av patienten. Konceptet A-E används fortfarande men nu i kombination med medicinskteknisk utrustning för att bland annat kontrollera vitalparametrar, EKG eller p-glukos. Patientens anamnes inhämtas och ambulanspersonalen kontrollerar allmäntillståndet hos patienten (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016, ss. 181, 185). Tredje fasen, *vård under transport*, omfattar fortsatt behandling och transport till mottagande enhet men även överrapportering och dokumentation. *Utrustning, utvärdering och återkoppling*, är den fjärde fasen i ambulanspersonalens handlingsplan. Det innebär att ambulansen ställs i ordning efter avslutat uppdrag, ambulanspersonalen kan om möjligt utvärdera uppdraget och ge varandra återkoppling gällande vårdandet och eventuell behandling (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016, ss. 182).

För att vårdande ska kunna stödja och stärka hälsa krävs förtroendeingivande vårdmöten där sjuksköterskan tar hänsyn till patientens livsvärld och integritet samt visar öppenhet och respekt (Ekebergh, 2015, s 122). I mötet med patienter ingår också förberedelse inför mötet där sjuksköterskan inom ambulanssjukvård behöver vara fördomsfri och ha ett holistiskt synsätt med ambitionen att finnas där för patienten och dennes närstående (Holmberg & Fagerberg, 2010). Omvårdnad i ambulanssjukvård beskrivs av sjuksköterskor inom ambulanssjukvård vara exempelvis att etablera en vårdrelation och att utföra vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet (Forsell, Forsberg, Kisch & Rantala, 2020). En etablerad vårdrelation kan leda till att patienten uppmuntras i att delta i sin egen vård och bli delaktig i beslutsprocessen kring sin egen vård, vilket en personcentrerad vård innebär (Rantala, Ingoldsson & Persson, 2019). Personcentrerad vård är en av kärnkompetenserna inom svensk sjukvård och ramverket har introducerats även inom ambulanssjukvården där fokus ofta är på en patient vilket underlättar personcentrerad vård (Rantala, Ingoldsson & Persson, 2019). Ett hinder för personcentrerad vård inom ambulanssjukvård upplevs dock vara att sjuksköterskan måste förhålla sig till medicinska riktlinjer (Rantala, Ingoldsson & Persson, 2019). Inom ambulanssjukvården har dock det primära mötet ett medicinskt fokus men sjuksköterskan kan ändå etablera en vårdrelation med syfte att skapa ett lugn hos patienten. Ibland är skapandet av lugn direkt riktat mot närstående (Holmberg & Fagerberg, 2010). För att kunna ge god vård som baseras på patientens behov är samarbete med kollegor i ambulanssteamet viktigt (Holmberg & Fagerberg, 2010).

Normal förlossning

Socialstyrelsen (2001) har gjort ett försök att definiera vad som räknas som en normal förlossning men upplever det som svårt. Vad som räknas som normal förlossning kan komma att skilja sig mellan olika kulturer, men även mellan olika generationer. Detta då sjukvården blir mer avancerad, har mer kompetent personal men även möjligheten att använda sig av övervakningsutrustning och kan ge värkstimulering och smärtlindring. Skulle förlossningen ske enbart genom naturens lagar skulle detta innebära högre sjuklighet och högre dödlighet hos modern och barnet än idag. Om en naturlig förlossning skulle definieras som en normal förlossning utan medicinsk teknik, det vill säga utan övervakning eller användandet av läkemedel så skulle enbart 10% av dagens förlossningar vara normala (Socialstyrelsen 2001).

Enligt Socialstyrelsen (2001) är det vissa kriterier som måste uppfyllas för att en förlossning ska klassas som en normal förlossning:

- enkelbörd (ett barn)
- graviditetslängd mellan 37+0 och 41+6 (veckor+dagar)
- vid förlossningens start skall det inte finnas några medicinska riskfaktorer som skulle kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall
- spontant värkarbete
- förlossningsförloppet skall ske utan komplikationer från värkarbetets start till framförandet av moderkaka
- spontan födsel av barn i huvudbjudning
- barn och moder ska må bra efter förlossning

Prematur förlossning, tvillingförlossning och kejsarsnittsförlossning räknas inte in i begreppet normal förlossning. Det klagas inte heller om epiduralbedövning eller värkstimulering under ett i övrigt normalt förlossningsförlopp, skall ingå i begreppet om vad som räknas som normal förlossning (Socialstyrelsen 2001).

Förlossningstiden kan variera i längd från kvinna till kvinna, det kan även spela roll om hon är förstföderska eller omföderska. Normal förlossningstid för förstföderska ligger mellan 12–18 timmar och för omföderskor är tiden normalt 5–12 timmar men avvikelser förekommer (Haglund Aladdin & Lilja 2016, ss. 496).

Prematur förlossning

Om barnet föds före utgången av 37 hela graviditetsveckor räknas de som prematura. Risken för obstetriska komplikationer såsom navelsträngsframfall och sätesbjudning ökar vid prematura förlossningar då barnet ofta är litet och kanske inte har lagt sig till rätta med föregående fosterdel (huvudet) i bäckeningången (Haglund Aladdin & Lilja 2016 ss. 500).

Prehospital förlossning

Förekomsten av prehospitala förlossningar bedöms vara låg, men ökar (Ovaskainen, Ojala, Gissler, Luukkaala & Tammela 2015; Flanagan, Lord & Barnes 2017; McLelland, Morgans & McKenna 2014). Även McLelland, McKenna, Morgans och Smith (2018) beskriver incidensen som låg då förlossning utanför sjukhus endast förekom i 324 fall av 2000 uppdrag gällande graviditet och förlossning. Under 2019

rapporterades ca 116 000 födslar in till det medicinska födelseregistret (Socialstyrelsen 2021). Då prehospitala förlossningar är en sällanhändelse i Sverige är det svårt att finna aktuell statistik. Statistik från åren 1993–1999 i Göteborgsregionen visar att 0.28% av de inrapporterade förlossningarna sker prehospitalt (Haglund Aladdin, Jacobsson, Sandberg & Lilja 2004). En studie som gjordes i Norge mellan åren 1999–2003 av Gunnarsson, Smáráson, Skogvoll och Fasting (2014) visar incidens på att 0.68% av alla förlossningar per år är prehospitala förlossningar.

Centralisering av förlossningsvården bidrar till att det nästan bara finns förlossningsavdelningar i de större städerna (Haglund Aladdin & Lilja 2016, ss. 489). En konsekvens av centraliseringen är att avståndet ökar till förlossningsavdelningen, vilket beskrivs bidra till ökad risk för prehospital förlossning (Haglund Aladdin et al. 2004; Gunnarsson et al. 2014; Ovaskainen et al. 2015; Diana, Glaucia, Adriana & Israel 2018; Flanagan, Lord & Barnes 2017). Även Engjom, Morken, Høydahl, Norheim och Klungsøyr (2017) och Thornton och Dahlen (2018) visar att risken för prehospital förlossning ökar i takt med avståndet till sjukhuset. Om kvinnan är förstföderska finns det troligtvis mer tid för transport av patienten in till sjukhuset och förlossningen än om hon är en omföderska (Haglund Aladdin et al. 2004). Detta bekräftas även i flera andra studier vilka beskriver att det främst är omföderskor som föder prehospitalt (Flanagan, Lord & Barnes 2017; McLelland et al. 2018; McLelland, Burrow & McAdam 2019). Enligt Haglund Aladdin et al. (2004) sker majoriteten av prehospitala förlossningar med ett snabbt förlossningsförlopp. I en studie beskrivs att prehospital förlossning sker i närvaro av ambulanspersonal i drygt 40 % (McLelland et al. 2018) medan Haglund Aladdin et al. (2004) uppger att prehospital förlossning sker i närvaro av ambulanspersonalen är i 90 %. Båda studierna beskriver att prehospital förlossning oftast sker kvälls- eller nattetid. Modern är oftast fullgången i sin graviditet vid prehospital förlossning (Haglund Aladdin et al. 2004; McLelland et al. 2018). Förekomsten av prehospital förlossning kan bero på att födande kvinnor i längre utsträckning kvarstannar hemma då förlossning är nära föreliggande. Detta efter att de blir hemskickade från förlossningen alternativt uppmanas vänta hemma då de ringer in till förlossningsavdelningen (Flanagan, Lord & Barnes, 2017; McLelland, Morgans & McKenna 2014). Ytterligare en orsak till förekomst av prehospital förlossning kan vara det snabba förlossningsförloppet som oftast framträder hos omföderskor och kvinnan kan då bli överraskad. Är kvinnan i stället gravid med tredje barnet kan kvinnan vara mer uppmärksam då förlossningen startar och hinna in till förlossningsavdelningen (Haglund Aladdin et al. 2004).

Risker och komplikationer vid graviditet och prehospital förlossning

Nio månader av spänning och förväntan, en förhoppning om normal graviditet och att allting ska gå bra. Trots detta finns flera risker som kan uppstå både under graviditeten och vid förlossningen.

Komplikationer som uppstår före v. 20–22 räknas som komplikationer i tidig graviditet. Moderns hälsa står i fokus då fostret har mycket små möjligheter att överleva. Om ett foster dör före utgången av v. 22+0 räknas detta som en spontan abort och sker i ca 30% av alla graviditeter. Kvinnan kan i ett tidigt skede även ha en extrauterin graviditet vilket innebär att det befruktade ägget har hamnat i en av äggledarna eller i bukhålan istället för i livmodern och förekommer i ca 2% av alla graviditeter (Haglund Aladdin & Lilja 2016, ss. 492).

Sena komplikationer räknas som de som uppstår efter graviditetsvecka 20–22. Istället för att enbart fokusera på moderns hälsa måste nu riskerna för fostret tas i beaktande. I denna del av graviditeten kan det uppstå komplikationer vilka kan ge livshotande blödningar som exempelvis föreliggande moderkaka (placenta previa) eller tidig avlossning av moderkaka (ablatio placentae) (Haglund Aladdin & Lilja 2016, ss. 494). Preeklampsi kan drabba den gravida kvinnan och upptäcks oftast genom nyupptäckt högt blodtryck och proteinuri. Komplikationer kan uppstå såväl hos modern som fostret. Modern kan drabbas av stroke, eklampsi eller multiorgansvikt och fostret kan drabbas genom hämmad tillväxt, för tidigt född eller intrauterin död (Staff et al. 2013). Andra komplikationer kan vara eklampsi (havandeskapskramper) eller HELLP-syndrom, (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count). Syndromet kännetecknas av bland annat leverpåverkan och koagulationsstörning samt kan ge högt sittande buksmärta. Eklampsi eller HELLP föregås inte alltid av preeklampsi även om det förekommer (Haglund Aladdin & Lilja 2016, ss. 494). Det är dock inte ovanligt att gravida kvinnor har ett lätt förhöjt blodtryck under graviditeten då Flanagan, Lord och Barnes (2017) belyser i sin studie att det förekommer hos cirka 20%.

Under förlossningen finns det risk för navelsträngs prolaps vilket innebär att navelsträngen glider ner och lägger sig framför barnet. Detta kan leda till påverkan på barnets cirkulation och syretillförsel. Sätetsbjudning kan komma att uppstå under förlossningen och det innebär att barnet föds med rumpan först. Efter förlossningen finns det risk för att kvinnan drabbas av postpartumblödning. WHO definierar en primär postpartumblödning på 500 ml eller mer inom 24 timmar efter avslutad förlossning (Haglund Aladdin & Lilja 2016, ss. 499). En del kvinnor väljer att föda hemma, men Flanagan, Lord och Barnes (2017) tar upp flera komplikationer relaterade till förlossningsarbetet som genererar behovet av prehospital vård. Dessa komplikationer är att det pågående förlossningsarbetet inte progredierar, moderkakan ej föds ut eller att en postpartumblödning uppstår. Postpartumblödning visar sig vara den vanligaste komplikationen hos modern i samband med prehospital förlossning (McLelland et al. 2018; McLelland, Morgans, McKenna 2014), men dock är förekomsten tämligen låg (Haglund Aladdin et al. 2004; McLelland et al. 2018).

Komplikationer hos barnet i samband med prehospital förlossning beskrivs vara komplikationer med navelsträngen så som navelsträngs prolaps, sätetsbjudning samt andningsbesvär (McLelland et al. 2018; McLelland, Burrow & McAdam 2019). Även om komplikationer hos barnen i samband med förlossning förekommer beskrivs incidensen vara låg (McLelland et al. 2018; McLelland, Burrow & McAdam 2019; Haglund Aladdin et al. 2004). En annan risk för barnet i samband med prehospital förlossning är hypotermi vilket ökar risken att barnet sedan hamnar på neonatalavdelning (Thornton & Dahlen 2018). Även Haglund Aladdin et al. (2004) beskriver hypotermi som en risk kring prehospital förlossning för det nyfödda barnet och belyser vikten av att ambulanspersonalen måste vara medvetna om denna risk. Generellt sett innebär en prehospital förlossning ökad risk för att barnet dör (Engjom et al. 2017; Gunnarsson et al. 2014), men den största riskfaktorn för dödsfall hos barnet i samband med prehospital förlossning är att barnet föds för tidigt (Engjom et al. 2017). Dock visar studier att incidensen av barn som föds för tidigt inom prehospital förlossning är väsentligen låg (Haglund Aladdin et al. 2004; McLelland et al. 2018). En annan aspekt av risk vid prehospital

förlossning är att ambulanspersonalen upplever stress vid avsaknad av övervakning av fostret (Vagle, Haukeland, Dahl, Aasheim & Vik 2019).

Kvinnans upplevelse av prehospital förlossning

Prehospital förlossning innebär många olika känslor hos de födande kvinnorna. Enligt Haglund Aladdin och Lilja (2016, ss. 504) upplever kvinnan en skräckblandad glädje och lycka över att själva klara av att föda och ge liv. En del kvinnor känner sig stärkta över att ha klarat av förlossningen själva i hemmet medan någon annan upplever att deras förlossning var annorlunda då de inte följer den normala normen att föda inne på ett sjukhus. Kvinnorna som har förväntningar och "tankeplanerar" sitt födande har ingen tidsmässig struktur eller kontroll över händelseförloppet då det går snabbare än de tänker sig. Genom att inte ha experthjälp, inte bli bekräftad och att inte ha någon att prata med efter händelsen upplever kvinnorna som negativt (Haglund Aladdin & Lilja 2016, ss. 504). Födande kvinnor kan många gånger uppleva en ensamhet och sårbarhet kring förlossningen, men de beskriver en lugnande känsla av att ha väl etablerad kontakt med ambulanspersonalen vilket bidrar till att lättare hantera situationen. Det framkommer att vikten av att vara närvarande i kvinnans förlossningsarbete och att vara lyhörd för kvinnans vårdbehov är ett större behov än att momenten kring förlossningen utförs (Van der Gucht & Lewis 2015; Flanagan, Lord, Reed & Crimmins 2019). Smärtan är en naturlig och central del men kan även den hanteras på ett bättre sätt i närvaro av ambulanspersonalen (Svedberg, Strömbäck & Engström 2020). Förlossningssmärta är generellt accepterad av kvinnan, men hanteras på olika sätt. Någon ser det som en naturlig, normal och hanterbar del och en annan förklarar smärtan genom ett religiöst synsätt som att det är Guds vilja att det ska kännas att föda barn. Vissa kvinnor ser smärtan som en drivkraft i förlossningsarbetet och det därför går att bemästra det (Van der Gucht & Lewis 2015). Både att vara hemma när värkarbetet sätter igång eller när kvinnan inser att hon inte hinner in till förlossningen upplevs som skrämmande och ensamt. Dock övergår ofta den känslan i en stark kraft, en oövervinnerlig känsla, som gör att hon är där och nu vilket är en hjälp i förlossningsarbetet. Efteråt infinner sig en känsla av både stolthet, styrka och rädsla för vad som hänt om något gick fel (Vik, Haukeland & Dahl 2016; Erlandsson, Lustig & Lindgren 2015). Vid prehospital förlossning upplever kvinnan att samtycke sällan inhämtas inför undersökningar och de känner att kommunikationen många gånger är bristfällig vilket leder till att vård på kvinnans behov inte tillfredsställs (Flanagan et al. 2019). Iravani, Zarean, Janghorbani och Bahrami (2015) belyser vikten av att vara deltagande kring sin förlossning, där förväntningarna samt den inre kraften hos kvinnan ökar. Bristande kommunikation kan upplevas som kränkande och respektlöst enligt de födande kvinnorna, som att de inte tas på allvar och blir ifrågasatta (Flanagan et al. 2019; Erlandsson, Lustig & Lindgren 2015). Kvinnor beskriver ambulanspersonalen många gånger som stressade, osäkra, oerfarna och oprofessionella. Ambulanspersonalen följer ofta bara olika protokoll och verkar sakna kunskap om förlossning (Flanagan et al. 2019; Vik, Haukeland & Dahl 2016).

PROBLEMFORMULERING

Ambulanssjukvården har under de senaste åren genomgått en stor utveckling och kraven på sjuksköterskan i ambulansen ökar, framför allt då de ställs i situationer som sällan inträffar. En sådan situation är prehospital förlossning. Det är sjuksköterskan i

ambulansens ansvar att ta hand om den gravida kvinnan och det eventuellt förlösta barnet vilket innebär att personalen måste känna sig lugn och trygg i sin uppgift för att minska den stress som kan uppstå hos kvinnan vid en prehospital förlossning. Det finns få studier gjorda om sjuksköterskans erfarenheter av prehospitala förlossningar inom ambulanssjukvården. Tidigare forskning beskriver ofta fokus på kvinnans upplevelser. Därav är detta ett område som är av vikt att fortsätta studera. Studien om sjuksköterskans erfarenheter av prehospital förlossning inom ambulanssjukvården kan bidra till kunskap om kunskapsnivå och säkerhet hos sjuksköterskan kring prehospital förlossning. Vidare kan studien ge en annan dimension kring prehospital förlossning och i framtiden eventuellt generera mer kunskap, bidra till mer god omvårdnad, mer säker vård samt hållbar utveckling.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av prehospital förlossning inom ambulanssjukvården.

METOD

Design

En kvalitativ design användes för att studera sjuksköterskor erfarenheter av prehospital förlossning inom ambulanssjukvård. Vid beskrivning av erfarenheter är det lämpligt att välja kvalitativ design eftersom en djupare förståelse för fenomenet som studeras kan erhållas (Polit & Beck, 2012, s 487).

Urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien var sjuksköterska inom ambulanssjukvård. Alla sjuksköterskor inom ambulanssjukvård har samma uppdragsbeskrivning, oavsett om de har specialistutbildning eller inte, varför alla sjuksköterskor inom ambulanssjukvård inkluderades i studien. Exklusionskriterier var ingen erfarenhet av prehospital förlossning.

Ändamålsenligt urval användes då informanterna avsiktligt valdes ut för att besvara studiens syfte (Polit & Beck 2012, s 517). Informanterna arbetade på ambulansstationer i städer och i glesbygd med skiftande avstånd till sjukhus. Verksamhetschefen för ambulansverksamheten, med nio tillhörande ambulansstationer, kontaktades via e-post med bifogat informationsbrev (Bilaga 1). Efter godkännande att delta i studien informerades områdescheferna för de nio ambulansstationerna, totalt tre, att rekrytering av informanter skulle ske. Rekryteringen från de nio ambulansstationerna skedde sedan på olika sätt. Två av områdescheferna för fyra ambulansstationer mejlade ut information om studien (Bilaga 2) till sina anställda och uppmanade de som var intresserade av att delta att kontakta författarna via e-post. Den tredje områdeschefen för resterande fem ambulansstationer bifogade maillista till sina anställda som sedan kontaktades via e-post av författarna med bifogat informationsbrev (Bilaga 2). Totalt anmälde sig tio sjuksköterskor inom ambulanssjukvård sitt intresse för att delta i studien. Samtliga intresserade uppfyllde inklusionskriterierna. Antalet informanter bedömdes relevant för den tid som

författarna hade att tillgå och bedömdes också kunna medföra att det insamlade materialet blev mer lätthanterligt (Kvale & Brinkmann, 2014, s 157). Nedanstående visar demografisk beskrivning av informanterna (Tabell 1).

Tabell 1. Demografisk beskrivning av informanter.

Kön	Ålder Median (range)	Antal år inom ambulanssjukvården Median (range)	Antal år som legitimerad sjuksköterska Median (range)
Kvinna N=3	43 (29–53)	14 (2–30)	15 (2–27)
Man N=7			

Datainsamling

Data samlades in genom individuella semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna genomfördes via telefon/digitalt videosamtal eller på en fysisk plats om informanten önskade det. Diktafon användes för att spela in intervjun. En intervjuguide bestående av ett antal öppna frågor användes (Bilaga 3). För att få en fördjupad beskrivning kompletterades med sonderande frågor som ”Kan du berätta mer om det?” (Kvale & Brinkmann 2014, s 177). För att säkerställa att intervjuguidens frågor svarade mot syftet och möjliggjorde informativa svar genomfördes en pilotintervju (Polit & Beck 2012, s 541). Pilotintervjun ansågs hålla god kvalitet och ingen fråga justerades. Pilotintervjun kunde därmed inkluderas i resultatet och intervjuguiden användes i resterande intervjuer. Antalet intervjuer fördelades jämnt mellan författarna. Tillsammans med informanterna bestämdes tid och plats för intervjun, en plats där intervjun kunde genomföras i enskildhet utan störmoment (Polit & Beck, 2012 s 542). Alla intervjuer spelades in med diktafon eller via mobilupptagning. Intervjuerna varade mellan 21–40 minuter. Den sammanlagde intervjutiden blev 295 minuter. Datainsamlingen genomfördes under två veckors tid våren 2021. Varje inspelad intervju överfördes till lösenordskyddad dator via USB. Intervjuerna transkriberades ordagrant i sin helhet, inklusive exempelvis pauser och skratt för att inte ändra betydelsen av insamlade data (Polit & Beck, 2012, s 543), och därefter raderades ljudfilerna från diktafon, mobil samt dator.

Dataanalys

Kvalitativ induktiv innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes vid analys av det insamlade materialet. Induktiv ansats är att föredra när informanternas erfarenheter efterfrågas och analyseras förutsättningslöst (Elo & Kyngäs, 2008) varför detta gjordes. I ett första skede oidentifierades samtliga intervjuer och transkriberades i sin helhet. Därefter lästes det transkriberade materialet igenom flera gånger för att lära känna texten och dess innehåll. Sedan färgmarkerades de stycken i texten som svarade mot syftet för att tydligt urskilja meningsbärande enheter. Det transkriberade materialet lästes igenom på nytt för att säkerställa att inga meningsbärande enheter missats. Nästa steg i analysprocessen innebar att de meningsbärande enheterna kondenserades för att bli mer lättförståeliga. Sedan abstraherades de kondenserade meningsbärande enheterna för att lyfta tolkningarna till en högre logisk nivå och ur det mynnade koder ut. Koder med liknande substans utgjorde en subkategori. De subkategorier som hörde samman utgjorde sedan en huvudkategori. Slutligen resulterade det insamlade materialet i två

huvudkategorier med tillhörande åtta subkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Huvudkategorierna benämns ”Skräckblandat uppdrag” och ”En känsla av otrygghet/trygghet”. Se Tabell 2 för exempel på del av analysprocessen.

Tabell 2. Översiktlig beskrivning av analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningar	Koder	Subkategorier	Huvud kategorier
...så det kändes ändå som att eh alltså dels den kollegan jag jobbade med är väldigt, det är ju klart att det är skönt att ha någon kollega som är duktig och vet vad man ska göra också så man är två i det.	Känns skönt med en kollega som är duktig och bidrar till att man inte är ensam	Stöd från kollega	Kollegans betydelse	En känsla av otrygghet/trygghet
..sen har vi ju tillgång till att ringa...tänker jag till förlossningen, prata med en barnmorska standby på telefon, det känns ju tryggt, där kan man ju få liksom lite..råd och lite handgrepp och lite påminnelse ”Har ni tänkt på det” och ”det kan ni göra”	En trygghet att kunna ringa till barnmorska och få tips och råd	Stöd av barnmorska	Stöd från förlossningen	

Förförståelse

Författarna var verksamma inom ambulanssjukvård och var medvetna om förförståelsen varför denna diskuterades kontinuerligt genom hela analysprocessen.

Etiska överväganden

Inget godkännande från etisk nämnd behövdes eftersom studien genomfördes inom ramverket för magisteruppsats på avancerad nivå, i enlighet med Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Vetenskapsrådet (2017) presenterar de forskningsetiska principer som studien grundar sig på. Samtliga forskningsetiska principer har tagits i beaktning och innefattar kraven för information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Informanterna erhöll både skriftlig och muntlig information om studiens syfte. De informerades också om friheten i att avbryta deltagande när som helst utan att behöva ange orsak. Samtycke inhämtades från verksamhetschef och från områdeschefer innan rekrytering av informanter och intervjuer påbörjades. Det insamlade materialet behandlades konfidentiellt såtillvida att materialet avidentifierades och inte gick att spåra till enskild individ samt att det inspelade materialet raderades efter transkribering. Det insamlade materialet skulle heller inte nyttjas till något annat än för studien.

RESULTAT

I studien om ambulanssjuusköterskans erfarenheter av prehospitla förlossningar framkom det flera upplevelser och tankar. Resultatet redovisades med två huvudkategorier. Dessa huvudkategorier var *Skräckblandat uppdrag* samt *En känsla av otrygghet/trygghet*. Under varje kategori återfanns subkategorier som beskrev ambulanssjuusköterskans erfarenheter vilket styrktes med citat från gjorda intervjuer. För att se samtliga huvudkategorier samt subkategorier, se Tabell 3.

Tabell 3. Resultatöversikt

Subkategorier	Huvudkategorier
<i>Unik upplevelse</i>	<i>Skräckblandat uppdrag</i>
<i>Oro för komplikationer</i>	
<i>Känslan efter förlossningen</i>	
<i>Kulturella aspekter och kommunikationssvårigheter</i>	
<i>Kollegans betydelse</i>	<i>En känsla av otrygghet/trygghet</i>
<i>Stöd från förlossningen</i>	
<i>Avståndets betydelse</i>	
<i>Kunskapens och erfarenhetens påverkan</i>	

Skräckblandat uppdrag

För denna kategori framkom *Unik upplevelse*, *Oro för komplikationer*, *Känslan efter förlossningen* samt *Kulturella aspekter och kommunikationssvårigheter*. När ett uppdrag om förlossning inkommer väcks många olika känslor hos sjuusköterskan i ambulansen. Många upplever det som en sällanhändelse. Det beskrivs som ett roligt uppdrag, där inget får gå fel.

Unik upplevelse

Ett förlossningsuppdrag beskrevs av sjuusköterskan i ambulansen som en unik händelse, något som stack ut från andra uppdrag och gav ett extra pulspåslag. Att få ett ärende gällande graviditet utan att det framkom att det skulle varit en stundande förlossning var inte helt ovanligt, men att det skulle slutat med en prehospital förlossning sågs som en sällanhändelse. När väl prehospital förlossning inträffade var den gemensamma känslan att förlossningen gick väldigt snabbt och smidigt. Upplevelsen var många gånger att det var ett speciellt och spännande uppdrag som man kunde leva länge på efteråt. Det sågs som ett privilegie att få delta på dessa uppdrag och att det var en positiv aspekt av jobbet.

“idag kan man bli glad när man får ett larm där man inser att man kanske kommer förlossa och..man kan göra det till en fin stund och sen kan man leva på det uppdraget flera månader efter ..så att det...är ett så speciellt uppdrag vi har inom ambulanssjukvården..och ha privilegiet att få vara med i dom stunderna..”

Uppdragstypen var ett tillfälle där man fylldes med glädje och blev lycklig. En beskrivning av prehospital förlossning benämndes som skräckblandad förtjusning där det, med tanke på allt som kunde hända, upplevdes skräckinjagande men samtidigt var det ett helt fantastiskt och häftigt uppdrag. Det sågs som en förmån i arbetet att som sjuksköterska få vara med om detta och när allt gick bra kändes uppdraget väldigt roligt.

“ja men ett sammanfattande ord är ju skräckblandad förtjusning för det är ju fantastiskt häftigt eh..men också lite skräckinjagande så..man vet lite för mycket, det kan hända mycket..”

Förutom att uppdraget skulle varit häftigt, fantastiskt och spännande så beskrevs även en annan dimension av prehospital förlossning. Sjuksköterskan i ambulansen upplevde lycka kring att ha varit en del i livets mirakel när ett barn tog sitt första andetag. Det kändes stort att få dela glädjen med de blivande föräldrarna och uppdraget upplevdes som väldigt naturligt och karakteriserades som friskvård snarare än sjukvård som annars mest förekom.

“Nämen, det är ju en fantastisk känsla, det är ju alltid nåt stort som händer när man får barn så att säga och det är ju väldigt speciellt att få vara en del av det”

Oro för komplikationer

Hos sjuksköterskan i ambulansen fanns det en oro och rädsla för att komplikationer skulle uppstått vid förlossning prehospitalt, både vad gällde under själva förlossningen och efteråt. Tanken på att en komplikation skulle uppstått var stressande, och panik, otrygghet samt osäkerhet var några beskrivningar på upplevelsorna. Det fanns en känsla av att inget fick gå fel vilket skapade ett krav eller en tyngd på axlarna i samband med den prehospitala förlossningen.

”Då inser jag att den här flickan har navelsträngen runt halsen. Den är eh, ett varv så att säga, eh, så då hinner jag få lite panik för den är ju jäkligt tajt också den här navelsträngen så att då börjar det så här liksom, eller det är liksom att ahh, shit, kan jag få av den. Liksom man vill ju inte dra sönder den här navelsträngen...”

De flesta förlossningar beskrevs ha gått bra och komplikationsfritt, men om det väl hade uppstått en komplikation så upplevde sjuksköterskan i ambulansen att erfarenheten att hantera situationen var liten då komplikationer inte inträffade ofta. Det fanns en känsla av utsatthet och att vara utelämnad. Hjälp som kunde krävt i dessa situationer fanns inne på sjukhuset och i ambulansen fanns inte den utrustning och erfarenhet som behövdes för att hantera dessa situationer fullt ut, vilket upplevdes som otryggt. Trots att det fanns en känsla av att vara utelämnad upplevdes det att situationen fick lösas efter bästa förmåga med de hjälpmedel som fanns tillhands prehospitalt. Att inte ha samma möjligheter att hantera en förlossningskomplikation i ambulansen som på sjukhuset upplevdes vara något som sjuksköterskan i ambulansen fick lära sig att acceptera. Ytterligare hjälp

för att hantera oron och lugna sig själv beskrevs vara tanken på att tillståndet var naturligt för kroppen, att det mer handlade om friskvård än akutsjukvård. Det framkom även att oavsett om sjuksköterskan var trygg i sig själv så fanns en känsla av osäkerhet just för själva situationen.

”Nä men det väl...alltså...det är väl det att man känner att man har ju inte den praktiska erfarenheten av graviditetskomplikationer...eh...eller förlossningskomplikationer...eh...för det är ju trots allt väldigt sällsynt inom vår verksamhet...jag menar prehospitalt så har du ju inte samma möjlighet som på sjukhus när du hamnar i ett sådant läge utan då är du ju ...du är i en utsatt situation ju.”

Komplikationerna som orsakade oro nämndes främst vara att barnet skulle fastna på vägen ut, att barnet skulle ha problem med andningen eller inte skrek samt att modern skulle blött kraftigt vilket orsakade stress. Sjuksköterskan i ambulansen upplevde sig vara på fel plats om dessa tillfällen skulle uppstå och önskade komma till sjukhus så fort som möjligt. Det beskrevs också en maktlöshet över komplikationer när barnet väl var fött då och det fanns två patienter att fokusera på. En annan komplicerande faktor vid dessa uppdrag kunde exempelvis vara att inte lika enkelt kunna kontrollera vitala parametrar hos mamman då sjuksköterskan i ambulansen inte ville störa för mycket när barnet väl kommit till rätta på moderns bröst. Detta kunde upplevas som en osäkerhet.

”...om mamman skulle börja blöda väldigt kraftigt eller om barnet skulle ha problem med andningen eh...en sådan komplikation då...då...eh...det var ju som jag sa innan att... då är vi ju på fel ställe..då måste vi ju ta oss till sjukhus omgående eh..och försöka hjälpa till med dom verktygen vi har”

Sjuksköterskan i ambulansen upplevde inte oron som enbart negativ utan den kunde även leda till att hålla sig skärpt och kunde beskrivas mer som en omsorg av modern och barnet.

Känslan efter förlossningen

När själva förlossningen var avklarad och den varit normal upplevdes en skön känsla av att allt gått bra. Det var en glädje och något att se tillbaka på som en positiv händelse. Dock beskrevs även en känsla av fundersamhet efter de första förlossningarna med tankar om vad som hade hänt och vad som kunde gjorts annorlunda. Då barnet och mamman såg ut att må väl kunde situationen kännas mer social än vårdande, vilket nämndes som avslappnat, trevligt och lugnt. Sjuksköterskan i ambulansen var ytterst tacksam då förloppet gått smidigt och komplikationsfritt. När barnet var framfött före ambulansens ankomst och mådde väl uppstod en lättnad och det adrenalinpåslag som funnits släppte något.

“Det var faktiskt lugnt på platsen trots att förlossningen redan var avklarad när vi kom fram. [...] Redan när vi öppnade ytterdörren hörde vi hur barnet smågnydde/skrek vilket var en lättnad”

Då barnet och mamman lämnats av på förlossningsavdelningen kändes det skönt att mer erfaren personal tog över. Sjuksköterskan i ambulansen beskrev att båda föräldrarna

verkade trygga och tacksamma att ha fått hjälp med förlossningen prehospitalt vilket upplevdes bra.

Kulturella aspekter och kommunikationssvårigheter

Det framkom att kulturella skillnader och språkförbistringar försvårade arbetet. Ibland lever yngre och äldre generationer tillsammans i bostäderna vilket gav en stressande känsla för sjuksköterskan i ambulansen som kommit till platsen. Det upplevdes svårt att undersöka en patient som inte talade någon svenska då teckenspråk och gester inte alltid kunde förklara vad sjuksköterskan i ambulansen ville eller menade. De beskrev att både den kvinnliga patienten och dennes make ofta ville att ambulanspersonal av samma kön skulle undersöka patienten i fråga vilket inte alltid kunde lösas då besättningen i bilen ibland bestod av två personer av det motsatta könet. Motstånd från patientens make förekom ibland vid förlossningar där patienten hade utländskt ursprung.

“där även språkförbistring och kulturella skillnader blev en aspekt i det hela då. Eh...så att där fick vi ju inte möjlighet att undersöka hur nära förestående förlossningen var..eh...pga att vi var två män som jobbade”

Även efter att barnet var fött fick sjuksköterskan i ambulansen erfara kulturskillnader då det uppstod situationer som aldrig tidigare upplevts. En del mödrar ville själva inte ta emot sitt nyfödda barn efter avklarad förlossning. Sjuksköterskan i ambulansen fick i efterhand förklarat för sig att de nyfödda barnen ansågs som orena och den nyblivna mamman vill därför inte röra dem. Situationerna upplevdes som annorlunda men även ibland jobbiga då språkförbistringar gjorde att det inte gick att kommunicera med patienten.

*“Det var nytt för mig och jag funderade mycket på varför hon gjorde så ett par gånger mot mig *visar stopp med händerna*”*

En känsla av otrygghet/trygghet

Prehospital förlossning är som tidigare nämnt en sällanhändelse. Det upplevdes därför som extra viktigt att arbeta tillsammans med en kollega med erfarenhet. Vetskapen om att telefonkontakt med förlossningen fanns att tillgå skapade trygghet för sjuksköterskan i ambulansen men även avståndet fram till patienten upplevdes vara av betydelse då förberedelse inför en eventuell förlossning var viktigt. Upplevelserna kunde sammanfattas genom följande subkategorier: *Kollegans betydelse, Stöd från förlossningen, Avståndets betydelse samt Kunskapens och erfarenhetens påverkan.*

Kollegans betydelse

Vid prehospitala förlossningar var det av stor betydelse vem man arbetade med. Det upplevdes som viktigt att ha en kollega som man kunde lita på och som hade handlingskraft. Genom att arbeta med en kollega som saknade intresse för patienten kände sjuksköterskan i ambulansen sig ensam och utlämnad i en pressad situation. Stressen och oron minskade hos sjuksköterskan som arbetade med en lugn, erfaren och trygg kollega medan den ökade hos de som arbetade tillsammans med en kollega utan erfarenhet av prehospitala förlossningar. Upplevelsen blev att den oerfarna sjuksköterskan enbart

tänkte på hur roligt det kunde vara med en förestående förlossning medan den erfarna sjuksköterskan tänkte på eventuella komplikationer och att det var hen som stod för erfarenheten. En känsla av maktlöshet användes för att beskriva den icke tillfredsställande arbetssituationen för den erfarna sjuksköterskan i ambulansen när det gällde en prehospital förlossning, då det upplevdes som jobbigt att både köra bilen och samtidigt försöka hjälpa sin oerfarne kollega att vårda patienten från förarsätet.

“Nu kände man sig mer trygg när jag hade med en kollega med handlingsberedskap, som står beredd att hjälpa till om det behövs och som har viljan och intresset att hjälpa till. Man är helt klart beroende av vilka kollega man åker med. Det finns ju en del som inte är intresserade av att vara involverade i omvårdnaden och då blir det ju ett större ansvar på mig.”

Att som sjuksköterska i ambulansen känna sig trygg kring prehospital förlossning beskrevs smitta av sig till sin kollega som var oerfaren och att denne kunde känna sig lugn samt trygg. Detta upplevdes påverka hela förlossningsstunden då föräldrarna blev trygga och alla inblandade kunde göra det till en fin stund.

Stöd från förlossningen

Sjuksköterskan i ambulansen upplevde kontakten med förlossningsavdelningen som ett viktigt stöd. Genom att ringa och prata med en barnmorska på vägen ut till patienten kunde sjuksköterskan få en bild av hur graviditeten hade varit. Telefonstöd under själva förlossningen var också något som gjorde att sjuksköterskan i ambulansen gick från att känna sig otrygga till trygga. Enbart genom att veta att möjligheten till telefonstöd fanns ökade självsäkerheten hos sjuksköterskan i ambulansen. Det optimala hade dock varit om en barnmorska hade haft möjlighet att följa med i ambulansen alternativt komma med en annan ambulans ut till patienten men känslan av resursbrister gjorde att detta ej var möjligt att genomföra. Upplevelsen var att förlossningsavdelningen var tacksamma och även hjälpsamma då sjuksköterskan i ambulansen ringde. Ibland hade de blivande föräldrarna själva ringt förlossningen innan ambulans var på plats och då föll det sig naturligt att sjuksköterskan i ambulansen tog över samtalet med barnmorskan.

“Men du kan ringa till mig så kan jag ju guida dig”. Och då kände jag mig ganska trygg och tänkte, ja men... det var ju bra. Då liksom, får jag ju hennes hjälp då och under den här tiden så tänker jag nog inte att nånting ska gå fel”

Avståndets betydelse

Förberedelse på vägen ut till patienten upplevdes vara viktigt. Ju längre avstånd ut till patienten desto mer tid fanns för sjuksköterskan i ambulansen att hinna prata med kollegan, läsa igenom riktlinjerna och få tid till att kontakta förlossningen/barnmorska för tips och råd. Det upplevdes som viktigt att hinna lägga upp en plan, fundera på vilken utrustning som skulle med in till patienten, ta reda på vilka eventuella läkemedel som kunde ges samt bestämma vem som skulle göra vad ute hos patienten.

“men man har alltid med det i tanken...att man försöker göra upp en liten plan....vad gör vi om något inträffar....att man försöker förvarna, förbereda redan på vägen ut..”

Lika viktigt som avståndet ut till patienten var, lika jobbigt upplevdes avståndet in till sjukhuset. Den främsta känslan var oron för komplikationer som upplevdes i samband med lång transportsträcka. Ambulanssjuksköterskan kände sig utsatt över att vara ensam långt från sjukhuset utan rätt utrustning, utbildning eller rätt läkemedel.

“tänker man ju liksom ju längre bort man är från sjukhuset desto sämre är det ju i ett sådant läge”

Kunskapens och erfarenhetens påverkan

Ett uppdrag kring prehospital förlossning ställde krav på sjuksköterskan i ambulansen liksom alla andra uppdrag i verksamheten. Kraven blev mer utmärkande då förlossning normalt sett handhas av barnmorska med specialistkompetens för det specifika området. Då prehospital förlossning beskrevs som en sällanhändelse kunde det vara svårt att er-hålla tillräckligt med kunskap inom området, för att tryggt kunna hantera situationen. Detta gällde även eventuella komplikationer då detta i sin tur också upplevdes hända mycket sällan. Kunskapen upplevdes vara tillräcklig för att hantera en normal förlossning som fortlöpte utan komplikationer, men många gånger påpekades att det fanns ett behov av mer kunskap. Sjuksköterskan i ambulansen förväntades kunna hantera förlossningsuppdrag trots avsaknad av barnmorskekompetens. Det upplevdes en viss otrygghet eller osäkerhet i att förlösa prehospitalt, men med mer utbildning så kunde denna osäkerhet minskas.

“Det är ju inte så man känner att man har kunskaper på en barnmorskas nivå så man känner sig jättetrygg med att förlösa barn...det...eh...dit kommer vi ju aldrig att nå”

Sjuksköterskan i ambulansen upplevde en ökad trygghet då utbildning med barnmorska genomfördes och ställde sig positiva till att ha sådan fortbildning. Det påpekades att förlossning och förlossningsvård utelämnades helt i grundutbildningen till sjuksköterska och under specialistutbildningen berördes området, men inte tillräckligt mycket. Detta var något som önskades vara en större del i respektive utbildning. Dock upplevde sjuksköterskan i ambulansen att den förlossningsvård som togs upp under specialistutbildningen ändå gav viss förberedelse och ökade tryggheten. Internutbildning som hanterar förlossning upplevdes mycket positivt där sjuksköterskan i ambulansen fick med sig praktiska råd och strategier vid komplikationer. Det upplevdes att teoretisk kunskap behövde kombineras med praktisk träning vilket gav en bättre handlingsberedskap och skapade trygghet.

“det är ju...den delen som inte hanteras jättemycket i utbildningarna...eh...i vidareutbildningarna vidrörs det ju bara egentligen en del..det är ju inte en jättstor del av specialistutbildningen..och i grundutbildningen så är man ju inte ens inne på det området och snurrar”

För att känna sig mer trygg i sin roll kring prehospital förlossning hade erfarenheten stor betydelse. I början då erfarenheten var knapp eller obefintlig kunde uppdraget vara skräckinjagande. Sjuksköterskan i ambulansen upplevde att första förlossningen var stressande och att en känsla av nervositet, osäkerhet samt otrygghet uppstod. Det beskrevs att uppdraget utfördes så sällan att det blev svårt att få rutin och tanken på detta

kunde orsaka osäkerhet. Det kunde vara svårt att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt fullt ut och göra stunden unik för alla som var delaktiga. Denna stressiga situation kunde göra att sjuksköterskan i ambulansen fick tunnelseende och inte såg hela situationen. Med ökad erfarenhet infann sig ett lugn där sjuksköterskan kunde se mer positivt på situationen och uppleva trygghet. Med erfarenhet ökade samtidigt medvetenheten kring vad som kunde gå fel.

“alltså det var ju jättestressande första gången man hade en förlossning. Det är ju liksom det har man ju på något sätt lärt sig att det är ju inget som är farligt utan det är ju en normal... det är ju så normal förlossning går till så då...så den...dom bitarna känner man ju sig inte stressad över längre”

Med ökad erfarenhet ändrades även den mentala förberedelsen och synen på uppdraget. Trots att uppdraget klassades som akut kunde sjuksköterskan i ambulansen efter mer erfarenhet känna ett lugn, då uppdraget inte innefattade en svårt sjuk patient. Hur situationen hanterades skiljde sig också beroende på erfarenhet. Med större erfarenhet var det lättare att se hela situationen, både patienten och det nyförlösta barnet. Kommunikationen blev bättre vilket kunde göra att patienten kände ökad trygghet och tillit samt förbättra vårdssituationen. Dessutom kontrollerades situationen bättre. Att själv blivit förälder samt att i sin profession hospiterat på förlossningen upplevdes underlätta för uppdrag med förlossning. Denna erfarenhet beskrevs påverka känslan av prehospital förlossning på ett positivt sätt. Prehospital förlossning upplevdes bättre och bättre ju fler gånger sjuksköterskan i ambulansen erfor det.

“Jag har ju varit inne på förlossningen [...] och sen har jag varit med på två egna barn och sen dom här fem, sex förlossningarna. Så jag känner mig inte otrygg...”

Då sjuksköterskan i ambulansen upplevde brister i kunskap samt att utbildningen inom förlossningsvård var mycket sparsam, önskades fler utbildningar internt. Det upplevdes också positivt att gå in på förlossningen och hospitera för att få mer praktisk erfarenhet, gärna årligen. Behovet ansågs vara stort att få mer kunskap och handlingsberedskap både gällande normala förlossningar, och kring komplikationer. Sjuksköterskan i ambulansen upplevde att hospitering och utbildning skulle hjälpt till att skapa ökad trygghet. Att nyanställda inom ambulanssjukvården fick en utbildning i prehospital förlossning hade varit önskvärt, då det inte alltid var säkert att dem var specialistutbildade inom prehospital vård.

“jag tror att vi eh...skulle, alltså eftersom det är en sån ”sällan” händelse om man nu får uppleva det alls... så skulle...borde vi få gå med på förlossningen kanske en dag om året och förlösa barn för att få lite stöd eller hjälp...lite ”tips” från en barnmorska som trots allt förlöser många barn... tror ehm... att det hade underlättat en hel del för oss i ambulansen”

Samtidigt som sjuksköterskan i ambulansen upplevde ett stort behov av fortbildning och hospitering så fanns känslan att det var svårt att komma intill på förlossningen då det ofta var barnmorskestudenter där samtidigt. Dessa ansågs ha förtur vilket ansågs som en självklarhet, men det försvårade även att själv få erfarenhet i att förlösa. Ytterligare en önskan fanns om mer praktik inom förlossningsvård under utbildningen till specialist-sjuksköterska inom ambulanssjukvård.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av prehospital förlossning inom ambulanssjukvården användes kvalitativ design vilket är passande inom omvårdningsforskning (Graneheim & Lundman 2004) samt vid beskrivning av erfarenheter (Polit & Beck 2012, s 487). Om kvantitativ design hade använts skulle insamlad data varit numerisk (Polit & Beck 2012, s 739) vilket kan anses skulle medföra utebliven fördjupad förståelse. Numeriska data hade vid kvantitativ design samlats in genom validerade mätinstrument (Polit & Beck 2012, s 14). Eftersom inga sådana fanns att tillgå avseende fenomenet kunde inte kvantitativ design användas. Studien analyserades med induktiv ansats eftersom ambulanssjuksköterskornas erfarenheter skulle analyseras förutsättningslöst, utan en för studien vald teori eller hypotes (Graneheim & Lundman 2008, s 160).

Informanterna var sjuksköterskor inom ambulanssjukvård och hade i sitt yrke som sjuksköterskor inom ambulanssjukvård erfarenhet från minst en prehospital förlossning. Trovärdigheten i en studie bedöms öka om informanten har tillräckligt med erfarenhet av det studerade fenomenet (Polit & Beck 2012, s 585). I studien fanns, förutom informanter som hade erfarenhet från minst en prehospital förlossning, även informanter med erfarenhet från flera prehospitala förlossningar. Variationen i erfarenhet ansågs vara en styrka och ökade trovärdigheten av studien.

Totalt intervjuades tio sjuksköterskor inom ambulanssjukvård vilket enligt Kvale och Brinkmann (2014, s 156) är ett lämpligt antal informanter för en kvalitativ studie. Större antal informanter behöver per automatik inte leda till att ytterligare nya data kommer fram (Kvale & Brinkmann 2014, s 156).

Genom att tydligt beskriva studiens urval ökar bekräftelsebarheten för studien (Polit & Beck 2012, s 585). Rekryteringsprocessen skedde på olika vis, dels genom att informanterna själva meddelade intresse för att delta i studien, dels genom att författarna själva rekryterade informanter. Reflektion har gjorts över om de informanter som själva valt att meddela sitt intresse för att delta i studien haft särskilt intresse kring fenomenet och på så sätt kunnat haft ökad kunskap kring ämnet. Enligt Polit och Beck (2012, s 10) är en sjuksköterskas erfarenhet för snäv för att kunna användas som kunskapskälla. De informanter som deltog i studien var till antalet enligt rekommenderat för denna typ av studie och informanterna hade varierande erfarenhet av prehospital förlossning varför det inte anses vara för snävt. Det anses inte heller ha påverkat studiens resultat negativt och således inte heller försvagat studiens trovärdighet.

Informanter rekryterades från en region i södra Sverige. Det kan anses vara snävt upptagningsområde eftersom tillförlitligheten för studien kan öka genom att använda informanter från fler regioner och på så sätt få ett mer varierat urval med informanter (Graneheim & Lundman 2004). Dock fanns inom regionen stor variation i form av tjänstgöring i både storstad och landsbygd, samt variation i antal yrkesverksamma år och ålder vilket ansågs tillräckligt för att öka tillförlitligheten och även överförbarheten för studien.

Data samlades in på olika sätt. Dels genom semistrukturerade intervjuer på en plats vald av informanten, utan risk för att bli avbrutna, dels genom semistrukturerade telefon- eller videointervju via mobiltelefon. Detta alternativ valdes i de fall då det var praktiskt svårt att träffas fysiskt. Då erfarenheten av att intervjua var begränsad framtogs en intervjuguide med öppna frågor som användes vid en pilotintervju, för att öka studiens pålitlighet och tillförlitlighet (Graneheim & Lundman 2004). Genom en intervjuguide får informanten frihet att uttrycka sig men blir ändå styrd att hålla sig till det aktuella fenomenet och för att kunna ge så informativa svar som möjligt utifrån studiens syfte (Polit & Beck 2012, s 537) vilket anses öka pålitligheten. Pilotintervjun ansågs hålla god kvalitet och inga ändringar i intervjufrågorna gjordes. Det kan anses vara en svaghet att några av informanterna var nära kollegor till författarna men detta bedömdes ge möjlighet till ett tryggt samtal där informanten kände tillit till författaren som genomförde intervjun.

Trovärdigheten för studien hade kunnat öka om data samlades in genom fokusgruppsintervjuer eftersom fokusgruppen är homogen och ofta leder till att informanten lättare delger sina erfarenheter (Polit & Beck 2012, s 537–538). Dock blev detta svårt utifrån ett geografiskt perspektiv men även ur samhällliga aspekter avseende pandemirestriktioner. Fokusgruppsintervjuer hade också kunnat gjort det svårt för vissa informanter att komma till tals vilket hade minskat studiens trovärdighet.

Datainsamlingen pågick under två veckors tid vilket anses vara kort tid varför studiens pålitlighet ökar (Graneheim & Lundman 2004). När datainsamlingen pågår under lång tid finns det risk att författarna inte ställer liknande frågor inom samma områden till alla informanter vilket minskar studiens pålitlighet. Dock kan det vara bra att låta intervjuprocessen ta tid eftersom intervjuaren utvecklar sin förmåga att intervjua vilket hade kunnat vara bra i studien då författarna inte var vana vid att genomföra sådana.

Data analyserades i enlighet med Graneheim och Lundmans innehållsanalys (2004). Författarna analyserade det insamlade materialet tillsammans för att öka studiens tillförlitlighet eftersom risken för att feltolka data minskades (Graneheim & Lundman 2004). Dataanalysen är detaljerat beskriven och innehåller en tabell innehållande exempel ur analysprocessen vilket också ökar studiens trovärdighet och bekräftelsebarhet (Polit & Beck 2012, s 585; Graneheim & Lundman 2008, s 170). Trovärdigheten för studien ökar också genom att resultatet styrks med citat från alla intervjuer (Elo & Kyngäs 2008; Graneheim & Lundman 2008, s 170).

Hos den ena författaren fanns förförståelse för fenomenet och hos båda författarna fanns erfarenhet av att arbeta inom verksamhetsområdet vilket kan ha påverkat tolkningen av det insamlade materialet. Genom att genomgående diskutera förförståelsen minskar risken att resultatet påverkas av egna tolkningar och bekräftelsebarheten ökar på så sätt. Förförståelse kan vara en fördel genom att det möjliggör att förstå ett fenomen på ett fördjupat sätt (Graneheim & Lundman 2008, s 170).

Etiska överväganden avseende i vilken utsträckning studien följt professionella, juridiska och sociala skyldigheter gentemot informanterna har gjorts (Polit & Beck 2012, s 727). Samtliga Vetenskapsrådets (2017) forskningsprinciper har tagits i beaktning vid genomförandet av studien, avseende information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Informanterna erhöll både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och har haft möjlighet att när som helst avbryta sitt deltagande utan att ange orsak.

Samtycke har inhämtats både från verksamhetschef, områdeschefer och informanter innan intervjuerna påbörjades. Intervjuerna har spelats in med diktafon eller mobiltelefon. Efter intervjuens slut överfördes materialet till en lösenordskyddad dator och raderades från diktafonen och risken för att obehöriga kunde få tillgång till materialet bedömdes som liten. Materialet oidentifierades och kunde på så sätt inte spåras till enskild informant. Informanten fick information om att materialet inte skulle användas till något annat än för studiens syfte.

Resultatdiskussion

I studien framkom att situationer med prehospital förlossning var något som skapade varierande känslor hos sjuksköterskan i ambulansen. Stödet från kollegor, kontakten med förlossningen samt möjligheten till förberedelse under framkörningstiden var något som genererade trygghet. Både oerfarna och erfarna sjuksköterskor i ambulansen upplevde otrygghet i situationen om de hade lite eller ingen erfarenhet av prehospitala förlossningar. Detsamma gällde om de hade en kollega som saknade handlingskraft eller saknade intresse för patienten. Flera upplevde prehospital förlossning som skrämmande på grund av rädsla för komplikationer men försökte ändå lugn inför de blivande föräldrarna för att på så vis förmedla trygghet. I stället för uppdrag innehållande sjukdom och död upplevdes en glädje att få arbeta med friskvård genom att få se ett barn komma till världen och ta sitt första andetag. Upplevelsen av kompetensbrist i kombination med rädslan för komplikationer var något de flesta upplevde som stressande i samband med förlossningsuppdrag. Trots känslor som oro och rädsla upplevde generellt sjuksköterskan i ambulansen i studien en stark glädje över att få delta vid prehospital förlossning.

Skräckblandat uppdrag

Sjuksköterskan i studien uppgav att förlossningsuppdragen var något av det häftigaste men också något av det mest skrämmande som de varit med om. De upplevde känslor som oro, stress, rädsla och lättnad vilket även Persson, Engström, Burström & Juuso (2019) beskrev som mest vanligt förekommande i sin studie. I föreliggande studie beskrevs det av sjuksköterskan i ambulansen som vanligt förekommande att få ett uppdrag gällande graviditet, men inte att det var en stundande förlossning då detta i stället upplevdes som en sällanhändelse. Vagle et al. (2019) och Persson et al. (2019) beskrev även dem i sin studie att förlossning prehospitalt var något som inträffade mycket sällan.

Prehospital förlossning var något som sjuksköterskan i föreliggande studie såg som en speciell händelse och det infann sig en fantastisk känsla då barnet föddes. Detta bekräftades även av ambulanspersonal i en annan studie där uppdraget beskrevs med varierande känslor i form av rädsla initialt, men sedan en stor lättnad och glädje (Vagle et al. 2019). Att få höra det nyfödda barnets skrik upplevdes som en stor lättnad oavsett om sjuksköterskan i ambulansen i föreliggande studie själva förlöste barnet eller om barnet redan var fött före ambulansens ankomst. Nordén, Hult och Engström (2014) beskrev lättnad av att lämna över ansvaret till annan personal då det involverade barn som patient. I föreliggande studie framkom också att sjuksköterskan i ambulansen upplevde en lättnad då mamman och barnet kunde överlämnas till mer erfaren personal. För att på bästa sätt ta hand om patient och närstående använder sjuksköterskan sin kompetens och möjligheten att samarbeta med andra. När det inte sker upplever sjuksköterskan att patienten och närstående inte får den vård som patientens behov kräver (Holmberg &

Fagerberg, 2010). Detta kan förklara att sjuksköterskan i ambulansen hade en känsla av lättnad när den födande kvinnan och barnet kunde lämnas till mer erfaren personal.

I föreliggande studie beskrevs att föräldrarna generellt kände en lättnad då de fick hjälp i samband med prehospital förlossning. Detta var något som i tidigare forskning inte delades av flertalet kvinnor vilka ofta beskrev att ambulanspersonalen visade brist på respekt och empati. De upplevde att kommunikationen var bristfällig och att personcentrerad vård uteblev (Flanagan et al. 2019). En del i processen för att skapa lugn för patienten och dennes närstående innefattar att sjuksköterskan själv förstår att sättet de agerar påverkar patienten (Holmberg & Fagerberg, 2010). Det kan antas att kvinnorna som beskrev att ambulanssjuksköterskan visade brist på respekt och empati inte heller kände att de var delaktiga i sin egen vård vilket ytterligare gör att personcentrerad vård uteblir. Tidigare forskning har betonat vikten av god kommunikation och lyhördhet kring kvinnans vårdbehov i förlossningsarbetet så hanteringen av händelsen blev lättare (Van der Gucht & Lewis 2015; Flanagan et al. 2019). Kommunikation med patienten och närstående är en viktig aspekt för att kunna skapa lugn, även i en akut situation. Sjuksköterskan behöver göra patienten och närstående medvetna om vad som görs i stunden och även förbereda på vad som kommer att ske i nästa steg (Holmberg & Fagerberg, 2010).

Sjuksköterskan i föreliggande studie upplevde en rädsla och oro för komplikationer vid prehospital förlossning, både för moder och barn. De kände utmaningar att hantera eventuella komplikationer då erfarenheten kring dessa var bristfällig. Uppdrag som involverade förlossningar hade enligt en studie av Bohström, Carlström och Sjöström (2017) varit det som upplevdes mest stressande för ambulanspersonalen. Detta framkom även i föreliggande studie varvid sjuksköterskan i ambulansen beskrev känslor av panik, stress, otrygghet och osäkerhet vid tanken på komplikationer. Att komplikationer upplevdes som skrämmande belyste även Persson et al. (2019) i sin studie. Sjuksköterskan i föreliggande studie upplevde att oron främst fanns för blödningar hos modern, att barnet fastnade eller hade besvär med andningen samt att navelsträngen fastnade kring halsen. Dock beskrevs prehospital förlossning som generellt okomplicerade förlossningar. En känsla av frustration och oro hos ambulanspersonalen inför blödningar och komplikationer med navelsträngen styrktes även av Persson et al. (2019). I annan forskning togs det dock upp att stora blödningar samt andra förlossningskomplikationer sällan förekom vid prehospitala förlossningar (Pirneskoski, Peräjoki, Nuutila & Kiusma 2016; Haglund Aladdin et al. 2004; McLelland, Morgans & McKenna 2014).

I föreliggande studie framkom det av sjuksköterskan i ambulansen en maktlöshet över att plötsligt ha två patienter att lägga fokus vid. En annan studie bekräftade denna känsla då de beskrev att ambulanspersonalen kände oro och otillräcklighet samt att omvårdnaden blev lidande då det plötsligt fanns två patienter att vårda (Persson et al. 2019). Rantala, Ingoldsson & Persson (2019) beskriver att personcentrerad vård inom ambulanssjukvård underlättas av det faktum att sjuksköterskan oftast har en patient att fokusera på varför det kan antas upplevas som att den personcentrerade vården försvåras när det finns två patienter att vårda. I föreliggande studie framkom att sjuksköterskan i ambulansen erfor en känsla av att vara utelämnad i prehospitala förlossningar då flera ansåg att möjligheterna för hanteringen av förlossningskomplikationer är begränsade i jämförelse med en förlossningsavdelning. Denna känsla beskrevs även i Bohström, Carlström och Sjöström's (2017) studie där ambulanspersonalen blev stressade av att inte ha fulltliga möjligheter att hantera komplikationer. I motsats från Persson et al. (2019) studie

där ambulanspersonalen beskrev att deras egen trygghet genererade mer trygghet i situationen så beskrev sjuksköterskan i föreliggande studie att även om de var trygga i sig själva och att situationen allt som oftast löser sig fanns ändå en osäkerhet för själva situationen.

I föreliggande studie upplevdes utmaningar i arbetet kring prehospitalla förlossningar då patienten var av annan etnicitet och då det uppstod kulturella skillnader. Största problemet var språkbarriärerna då patienten inte förstod vad sjuksköterskan i ambulansen menade och ibland gick det inte heller att kommunicera med hjälp av teckenspråk. Annan forskning visade att kulturella skillnader och språkförbistringar upplevdes vara det största problemet för ambulanspersonalen att hantera (Hultsjö & Hjelm 2005; Vagle et al. 2019). Frustration uppstod hos sjuksköterskan i ambulansen då det ofta var flera släktingar på plats hos patienten som hindrade dem från att göra sitt jobb, oftast i form av en make som inte ville att manliga ambulanssjuksköterskor skulle undersöka hans fru. Hultsjö och Hjelm (2005) skrev om liknande erfarenheter i sin studie där ambulanspersonalen bland annat hade svårt att komma intill och få undersöka patienten. Språkförbistringarna var inte den enda utmaningen för sjuksköterskan i föreliggande studie då de även hamnade i situationer där patienter av annan etnicitet inte ville ta emot sitt barn efter att de blivit förlösta. Hultsjö och Hjelm (2005) redovisade liknande resultat i sin studie där de beskrev ”beteende relaterade till kulturella ceremonier”, vilket möjligen ovanstående upplevelse skulle kunna relateras till.

En känsla av otrygghet/trygghet

För sjuksköterskan i ambulansen var det viktigt vilken kollega som var med under uppdraget. En kollega som saknade handlingskraft och intresse för patienten gav ofta en känsla av otrygghet medan en stöttande kollega skapade trygghet. Det upplevdes som mer utmanande att arbeta med en oerfaren kollega då en känsla av att vara mer ensam och utelämnad infann sig. Detta beskrevs även av Vagle et al. (2019) där ambulanspersonalen blev mer stressade av att arbeta med en oerfaren kollega. I föreliggande studie upplevdes en maktlöshet då en oerfaren kollega vårdade under transporten till sjukhus och behövde handledas under färd. Det framkom att kontrollen minskade och stress kunde upplevas. Ahl et al. (2005) skrev i sin studie att ambulanssteamets styrkor och svagheter var viktigt för att omhändertagandet av patienten skulle bli så bra som möjligt. I enlighet med Svensson och Fridlund (2008) tenderade ambulanspersonalen att oroa sig mer om de hade en kollega de inte litade på fullständigt. För att kunna ge god vård som baseras på patientens behov är samarbetet med kollegor viktigt (Holmberg & Fagerberg, 2010). Traditionellt sätt beskrivs ambulanssjukvård innefatta akuta uppdrag som handlar om liv eller död varför det ibland kan uppstå konflikter i ambulanspersonalgruppen om det finns negativa uppfattningar om personcentrerad vård (Rantala, Ingoldsson & Persson, 2019). Omvårdnad som ämne har låg prioritet och lågt status inom ambulanssjukvård och det finns en uppfattning hos sjuksköterskor inom ambulanssjukvård att omvårdnad inte utförs inom ambulanssjukvård (Forsell et al. 2020). Detta kan antas öka känslan av ensamhet, stress och maktlöshet hos sjuksköterskor som är positivt inställda till personcentrerad vård.

Sjuksköterskan i ambulansen i studien upplevde möjligheten till kontakt med förlossningen samt stödet i samtalet med barnmorskan som viktigt och att känslan gick från otrygghet till trygghet. De beskrev även en god kontakt och att förlossningen var

tacksamma att sjuksköterskan i ambulansen ringde. I en annan studie beskrev ambulanspersonalen motsatsen och menade att kontakten med förlossningen var ansträngd och dålig. Dock ansågs kontakten likt föreliggande studie vara väldigt viktig och trygg för ambulanspersonalen (Vagle et al. 2019). Däremot beskrev samma studie att ambulanspersonalen gärna såg att barnmorskan kom ut på plats och hjälpte till med förlossningen. Detta framkom även i föreliggande resultat. Samma upplevelse bekräftades även av Torjesen (2014) och som även belyste att den mest säkra miljön för ett barn att födas i bestod av närvaro av barnmorska. Sjuksköterskan i ambulansen i föreliggande studie upplevde ändå en trygghet i möjligheten att återigen kontakta förlossningen vid eventuella frågor.

Studien belyste kunskap, erfarenhet och utbildningsnivå där sjuksköterskan i ambulansen upplevde besitta tillräcklig kompetens för att klara en normal prehospital förlossning utan komplikationer. Tanken på eventuella förlossningskomplikationer eller att någon komplikation uppstod kunde leda till stress. Prehospital förlossning beskrevs som en sällanhändelse och detta i sin tur bidrog till en känsla av icke tillräcklig kunskap inom området. Haglund Aladdin et al (2004) menade i sin studie att kunskapsbristen kunde bidra till osäkerhet hos ambulanspersonalen. Osäkerheten skulle i sin tur kunna smitta av sig till kollegan och de blivande föräldrarna. Detta är något som beskrivs av sjuksköterskan i ambulansen i föreliggande studie där osäkerheten relaterat till brist på rutin eller erfarenhet kunde skapa ett tunnelseende. Då erfarenheten var begränsad var det svårare att se hela situationen och göra det till en fin stund för alla inblandade vilket var mer önskvärt att åstadkomma. Liknande känslor hos ambulanspersonalen beskrevs av andra studier där fokus ofta låg på hur förlossningen rent praktiskt handlades och att bristen på kunskap samt erfarenhet bidrog till osäkerhet (Vagle et al. 2019; Persson et al. 2019). I tidigare forskning togs varierande känslor upp från kvinnor kring prehospital förlossning. Vissa kvinnor ansåg att ambulanssjuksköterskan var fantastisk då förlossningen fortgick lugnt och i samförstånd med kvinnan, varvid hon kände sig trygg och respekterad. Dock framgick även tydligt i andra situationer att ambulanssjuksköterskan upplevdes stressad, osäker och oprofessionell. Ambulanssjuksköterskan verkade ha bristfällig erfarenhet och kunskap inom området och hade mest fokus på det praktiska handläggandet (Flanagan et al. 2019; Erlandsson, Lustig & Lindgren 2015; Vik, Haukeland & Dahl 2016). Erfarenheten beskrevs som en viktig faktor av sjuksköterskan i ambulansen i föreliggande studie gällande hanteringen av prehospital förlossning. När mer erfarenhet och kunskap hade införskaffats kunde bemötandet bli anorlunda så hela situationen sågs i en helhet och föräldrarna kunde få ökad tillit och känna mer trygghet. Sjuksköterskan fick även då en annan mental inställning om att uppdraget inte gällde någon svårt sjuk patient utan kunde hanteras med ett annat lugn. Dock beskrevs ökad erfarenhet leda till en annan medvetenhet om vad som kunde gå fel. Vagle et al. (2019) bekräftade även i sin forskning att ambulanspersonalen kände mer lugn, men en annan medvetenhet om komplikationer, vid ökad erfarenhet. Om sjuksköterskan i sitt möte med patienten lyckas skapa lugn kommer den medicinska behandlingen ha bättre effekt då det finns ett samband mellan dessa (Holmberg & Fagerberg, 2010). Det kan därför anses viktigt att sjuksköterskan kan behålla sitt lugn även i en osäker situation. En osäker situation skulle kunna innebära en prehospital förlossning som en koppling till föreliggande studie om sjuksköterskans erfarenheter av prehospital förlossning inom ambulanssjukvården. För att kunna skapa lugn behöver sjuksköterskan kunna lita på sig själv och lita på att vården kan åstadkommas på ett lugnt och säkert

sätt (Holmberg & Fagerberg, 2010). För att kunna göra detta anses det behövas mer utbildning.

I föreliggande studie upplevdes ökad trygghet av utbildning gällande förlossningsvård. De ansåg att specialistutbildningen till ambulanssjuksköterska knappt berörde prehospitala förlossningar och önskade därför mer fokus och tid gällande förlossningsvård både i form av internutbildningar samt under specialistutbildningen. Att specialistutbildningen innehöll sparsamt med förlossningsvård styrks av Persson et al. (2019). Sjuksköterskan i ambulansen i föreliggande studie upplevde att det krävdes en blandning av teoretisk och praktisk utbildning för att skapa högre handlingsberedskap och ge ökad trygghet. Vagle et al. (2019) bekräftade i sin studie att ambulanspersonalen saknade kunskap och praktisk träning vilket bidrog till stor efterfrågan på mer utbildning. Även McLelland, Morgans och McKenna (2014) betonade att ambulanspersonalen behövde mer kliniska färdigheter och mer kunskap för att hantera en prehospital förlossning. De beskrev även att adekvat utbildning behövdes för att bättre förstå kvinnan samt för att kunna kommunicera på ett effektivt sätt. I föreliggande studie framgick att det fanns ett stort behov hospitering för att få mer praktisk träning tillsammans med barnmorska. Dock ansågs att det var svårt att komma intill att hospitera då barnmorskestudenter var där samtidigt och var högst prioriterade. I en annan studie bekräftades detta då ambulanspersonalen ansåg att praktisk träning med barnmorska bidrog till ökad handlingsberedskap vid prehospital förlossning. Även dem beskrev att det var svårt att få möjlighet till hospitering (Vagle et al. 2019). Studier belyste att utbildning kring prehospital förlossning är generellt viktigt (McLelland et al. 2018; Oude Alink et al. 2020) och för att kunna leverera en adekvat nivå av vård (Oude Alink et al. 2020), men även för att ambulanspersonalen ska kunna er hålla ny kunskap och lättare kunna möta det oförutsägbara i kritiska situationer (Sjölin et al. 2020). McLelland et al. (2017) betonade att ambulanssjuksköterskors självförtroende och kunskap kring att förlösa oplanerat kan öka om de erhö ll träning genom multi-professionella simuleringsscenario n.

Hållbar utveckling

Centraliserad förlossningsvård leder till en ökad risk för snabba prehospitala förlossningar vilket i sin tur ökar kraven på sjuksköterskan i ambulansens kompetens (Haglund Aladdin et al. 2004). Enligt World Health Organization's (2020) mål nr 3: God hälsa och välbefinnande, är målet att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnandet för alla åldrar. Delmålen innefattar bland annat att minska mödradödligheten till under 70 dödsfall per 100 000 förlossningar med levande barn samt förhindra alla dödsfall som hade kunnat förebyggas bland barn under 5 år (WHO 2020). Studien visar att det behövs mer träning och utbildning inom området prehospital förlossning. Det här för att högre utbildad personal skulle vara mer förberedda på att hantera eventuella komplikationer vid förlossningar. I enlighet med WHO's mål skulle det kunna bidra till en säkrare vård för barn och moder. Sjuksköterskor har tack vare sin professionella kunskap gällande förebyggande av sjukdomar och sjukdomar ett ansvar mot att bidra till hållbar utveckling. Detta ansvar gäller inte bara dagens utan även framtida generationers sjuksköterskor, för att världens befolkning ska få leva i en miljö som förebygger god hälsa (Anåker & Elf 2014).

Det finns i dagsläget ingen aktuell statistik för hur många barn som föds utanför sjukhus. Socialstyrelsen planerar för att hitta ett sätt hur det ska kunna föras statistik över förlossningar som sker utanför sjukhus (Trysell 2019). I ljuset av att förlossningsavdelningar läggs ner kan det komma att bli ännu mer aktuellt att följa antalet förlossningar som sker utanför sjukhus enligt Trysell (2019). Förhoppningen är att regionerna inom en snar framtid har möjlighet att rapportera antalet barn som blir förlösta utanför sjukhus (Trysell 2019), med eller utan hjälp av sjuksköterskor i ambulansen. Det här skulle kunna bidra till att frågan gällande bättre träning och mer utbildning inom prehospitaled förlossningar faktiskt lyfts och aktualiseras.

SLUTSATS

Detta är ett område som önskvärt studeras vidare då ambulanssjuksköterskan ofta känner en otrygghet inför prehospital förlossning. Hälso- och sjukvårdslagen belyser vikten av att ge patienten en trygg vård varför det behövs en förändring för ambulanssjuksköterskor inom området prehospital förlossning. Ambulanssjuksköterskans upplevelser kring prehospital förlossning finns föga beskrivet. Vid sökningar i flera databaser är det främst kvinnornas upplevelser av prehospital förlossning som beskrivs. Författarna av denna studie hoppas kunna bidra till ett ökat intresse för ämnet och även belysa behovet av forskning. Ambulanssjuksköterskans erfarenheter av bristande kunskap och utbildningsbehov inom det berörda ämnet föranleder en förhoppning hos författarna att kunna ge ökad kompetensutveckling. Det skulle vidare ses som gynnande med utökad utbildning gällande vårdandet i samband med prehospitaled förlossningar och anses inte enbart öka självförtroendet och tryggheten hos ambulanssjuksköterskan utan även leda till en mer patientsäker vård.

Kliniska implikationer

Vårdandet i samband med en prehospital förlossning är något som sjuksköterskan i ambulansen upplevde med skräckblandad förtjusning då uppdraget kräver kunskap och kontroll. Efter avslutad studie framkom följande områden:

- Under grund- och specialistutbildningen behövs ökad utbildning i prehospital förlossning.
- Möjlighet till hospitering, gärna tillsammans med barnmorska inne på förlossningsavdelning.
- Övningsmoment ex. komplikationer speciellt inriktade mot den nyförlösta mamman och det nyfödda barnet.

REFERENSER

Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint-Sundström, B., Jonsson, A. & Suserud, B-O. (2005). Culture and Care in the Swedish Ambulance Service. *Emergency Nurse*, 13(8), ss. 30-36. doi: 10.7748/en2005.12.13.8.30.c1203

Andersson Hagiwara, M. & Wireklint Sundström, B. (2016). Vårdande och systematisk bedömning. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. 2. uppl., Stockholm: Liber, ss. 179-210.

Anåker, A. & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 28, ss. 381-89. doi: 10.1111/scs.12121

Bohström, D., Carlström, E. & Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*. 32, ss. 28-33. doi:10.1016/j.ienj.2016.08.004

Diana, L., Glauca, L., Adriana, C. & Israel, F. Jr. (2018). Out-of-hospital deliveries: A case-control study. *Turkish Archives of Pediatrics*, 53(2), ss. 87-95. doi:10.5152/Turk-PediatriArs.2018.6269

Ekebergh, M. (2015). Vårdande möten. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. 1. uppl., Stockholm: Liber. ss 122–128.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Engjom, H. M., Morken, N-H., Høydahl, E., Norheim, O. F. & Klungsøyr, K. (2017). Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(2), ss. 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.033>

Erlandsson, K., Lustig, H. & Lindgren, H. (2015). Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden – a phenomenological description. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(4), ss. 226-229. doi: 10.1016/j.srhc.2015.06.002

Flanagan, B., Lord, B. & Barnes, M. (2017). Is unplanned out-of-hospital birth managed by paramedics 'infrequent', 'normal' and 'uncomplicated'? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), ss.436. doi: 10.1186/s12884-017-1617-9.

Flanagan, B., Lord, B., Reed, R. & Crimmins, G. (2019). Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in paramedic care. *BMC Emergency Medicine*, 19(1). doi: 10.1186/s12873-019-0267-9

Forsell, L., Forsberg, A., Kisch, A. & Rantala, A. (2020). Specialist Ambulance Nurses' Perceptions of Nursing: A Phenomenographic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), ss. 5018. doi: 10.3390/ijerph17145018

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), ss. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 159-172.

Gunnarsson, B., Smáráson, A. K., Skogvoll, E. & Fasting, S. (2014). Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(10), ss. 1003-1010. doi: 10.1111/aogs.12450

Gårdelöv, B. (2016). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. 2. uppl., Stockholm: Liber, ss. 40–47.

Haglund Aladdin, B., Jacobsson, B., Sandberg, K. & Lilja, H. (2004). Övåntad förlossning utanför sjukhus – erfarenheter från Göteborgsregionen: Centraliserad förlossningsvård kråver kompetent ambulanspersonal. *Låkartidningen*. 101(41), ss. 3148–3150. <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2004/29229.pdf> [2021-02-19]

Haglund Aladdin, B. & Lilja, H. (2016). Graviditet och förlossning. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. 2. uppl., Stockholm: Liber. ss. 489-506.

Holmberg, M. & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5, ss. 1-9. doi:10.3402/qhw.v5i2.5098

Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2005) Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), ss. 276–285. doi: 10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x

Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M. & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(6). doi: 10.4103/2277-9531.151885

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur.

McLelland, G. E., Morgans, A. E. & McKenna, L. G. (2014). Involvement of emergency medical services at unplanned births before arrival to hospital: a structured review. *Emergency Medicine Journal*, 31(4), ss. 345-350. doi: 10.1136/emered-2012-202309

McLelland, G., Perera, C., Morphet, J., McKenna, L., Hall, H., Williams, B., Cant, R. & Stow, J. (2017). Interprofessional simulation of birth in a non-maternity setting for pre-professional students. *Nurse Education Today*, 58, ss. 25-31. doi: 10.1016/j.nedt.2017.07.016

McLelland, G., McKenna, L., Morgans, A. & Smith, K. (2018). Epidemiology of unplanned out-of-hospital births attended by paramedics. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), ss. 15. doi:10.1186/s12884-017-1638-4

McLelland, G., Burrow, E. & McAdam, H. (2019). Babies born in the pre-hospital setting attended by ambulance clinicians in the northeast of England. *British Paramedic Journal*, 4(3), ss. 43-48. doi:10.29045/14784726.2019.12.4.3.43

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

Oude Alink, M. B., Moors, X. R. J., de Jonge, R. C. J., Hartog, D. D., Houmes, R. J. & Stolker, R. J. (2020). Prehospital Management of Peripartum Neonatal Complications by Helicopter Emergency Medical Service in the South West of the Netherlands: An Observational Study. *Air Medical Journal*, 39(6), ss. 489-493. doi:https://doi.org/10.1016/j.amj.2020.08.002

Ovaskainen, K., Ojala, R., Gissler, M., Luukkaala, T. & Tammela, O. (2015). Out-of-hospital deliveries have risen involving greater neonatal morbidity - Risk factors in out-of-hospital deliveries in one University Hospital region in Finland. *Acta Paediatrica*, 104(12), ss. 1248-1252. doi:10.1111/apa.13117

Persson, A-C., Engström, Å., Burström, O. & Juuso, P. (2019). Specialist ambulance nurses' experiences of birth before arrival. *International Emergency Nursing*. 43, ss. 45-49. doi:10.1016/j.ienj.2018.08.002

Pirneskoski, J., Peräjoki, K., Nuutila, M. & Kuisma, M. (2016). Urgent EMS managed out-of-hospital delivery dispatches in Helsinki. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 24(94), ss. 1-6. doi:10.1186/s13049-016-0285-5

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. uppl., Wolters Kluwer.

Rantala, A, Ingoldsson, A & Persson, EI (2019). "We are already person-centred in our practice"—A Qualitative Study of Ambulance Clinicians' Experiences of Person-Centred Care'. *Healthcare*. 7(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare7040115>

Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor [RAS]. (2012). *Kompetensbeskrivning för ambulanssjuksköterska*. <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-ambulanssjukvard> [2021-02-02]

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. <https://www.riksdagen.se/sv/dokument->

[lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460](#) [2021-03-19]

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2020:1043. Stockholm: Sveriges riksdag [2021-02-02]

Sjölin, H., Lindström, V., Vicente, V., Hult, H., Ringsted, C. & Kurla, L. (2020). Pre-hospital emergency nurses' experiences of care in critical incidents. *International Emergency Nursing*, 51, ss. 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100890>

Socialstyrelsen (2001). *Handläggning av normal förlossning - State of the Art*. https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf [2021-02-02]

Socialstyrelsen. (2021). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn år 2019. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-12-7051.pdf> [2021-02-19]

Staff, A. C., Benton, S. J., von Dadelszen, P., Roberts, J. M., Taylor, R. N., Powers, R. W., Charnock-Jones, D. S. & Redman, C. W. (2013). Redefining preeclampsia using placenta-derived biomarkers. *Hypertension*, 61(5), ss. 932-942. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.00250

Suserud, B.-O. (2005). A new profession in the pre-hospital care field-the ambulance nurse. *Nursing in Critical Care*, 10(6), ss.269–271. doi:10.1111/j.1362-1017.2005.00129.x

Svedberg, E., Strömbäck, U. & Engström, Å. (2020). Women's experiences of unplanned pre-hospital births: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 51. doi: 10.1016/j.ienj.2020.100868

Svensk Sjuksköterskeförening (2017). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. <https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf> [2021-02-02]

Svensson, A. & Fridlund, B. (2008). Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: a critical incident study. *International Emergency Nursing*, 16. ss. 35-42. doi: 10.1016/j.ienj.2007.10.002

Thornton, C. E. & Dahlen, H. G. (2018). Born before arrival in NSW, Australia (2000-2011): a linked population data study of incidence, location, associated factors and maternal and neonatal outcomes. *British Medical Journal*, 8(3), ss. 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019328

Torjesen, I. (2014). Midwife led delivery is safer than a labor ward for low-risk pregnancies, says NICE guidance. *British Medical Journal*, 349. doi: 10.1136/bmj.g7421

Trysell, K. (2019). Födslar utanför sjukhus ska kartläggas. *Läkartidningen*. 116. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/12/fodslar-utanfor-sjukhus-ska-kartlaggas/> [2021-05-29]

Vagle, H., Haukeland, G. T., Dahl, B., Aasheim, V. & Vik, E. S. (2019). Emergency medical technicians' experiences with unplanned births outside institutions: A qualitative interview study. *Nursing Open*, 6(4), ss. 1542-1550. doi: 10.1002/nop2.354

Van der Gucht, N. & Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31(3), ss. 349–358. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.005

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf [2021-03-18]

Vik, E. S., Haukeland, G. T. & Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery*, 42, ss. 10–15. doi: 10.1016/j.midw.2016.09.012

Wibring, K., Magnusson, C., Axelsson, C., Lundgren, P., Herlitz, J. & Andersson Hagiwara, M. (2020). Towards definitions of time-sensitive conditions in prehospital care. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation Emergency and Medicine*, 28(1), ss. 7. doi:10.1186/s13049-020-0706-3

World Health Organization. (2020). Globala målen: Mål 3 – Hälsa och Välbefinnande. *FN Fakta*. <https://fn.se/wp-content/uploads/2020/12/4-20-Mal-3.pdf> [2021-05-30]



Förfrågan till verksamhetschef avseende godkännande för genomförande av intervjustudie

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås. Vi kommer under våren 2021 genomföra ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med studien är att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av prehospitat förlossning. Vi önskar att studien kan bidra till ökad kunskap och förståelse för hur sjuksköterskor inom ambulanssjukvården upplever situationen i sin helhet gällande att förlösa prehospitat, vilket möjligen kan skapa förutsättning för en ökad trygghet i sin yrkesroll. Förhoppningen är att intervjua cirka åtta till tio informanter som minst en gång medverkat i en prehospitat förlossning. Studien kommer genomföras som en kvalitativ intervjustudie. Intervjuerna kommer spelas in och sedan transkriberas. Materialet som samlas in kommer att behandlas med konfidentialitet och kommer ej kunna spåras till informanterna. Tid och plats beslutas i samråd med informanterna och då rådande pandemi kan påverka ett fysiskt möte så finns möjligheten att genomföra intervjun på Googlemeet, FaceTime, Messenger, Zoom eller Skype. Informanterna kommer erhålla skriftlig samt muntlig information kring syftet och tillvägagångssättet för studien samt att deltagandet är frivilligt och kan, helt utan förklaring, avbrytas när som helst.

Vi ber härmed om ditt medgivande för att få genomföra datainsamling till ovan nämnda studie. Vid godkännande så kontaktar vi respektive områdeschef för att tillse att även de får information kring studien.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Hälsningar

Marcus Tengblad

Leg. Sjuksköterska

S183730@student.hb.se

Jessica Idh

Leg. Sjuksköterska

S206373@student.hb.se

Handledare

Magnus Hagiwara

magnus.hagiwara@hb.se

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Jessica Idh och Marcus Tengblad genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Namn

Titel/Verksamhet/Ort



Informationsbrev till informanter angående intervjustudie

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås. Vi kommer under våren 2021 genomföra ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med studien är att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av prehospital förlossning. Vi önskar att studien kan bidra till ökad kunskap och förståelse för hur sjuksköterskor inom ambulanssjukvården upplever situationen, vilket kan skapa förutsättning för en ökad trygghet i sin yrkesroll. Studien är godkänd av verksamhetschefen och vi kontaktar nu Dig, som har varit med om minst en prehospital förlossning, med förfrågan om deltagande i studien.

Studien kommer genomföras som en intervjustudie. Intervjuerna kommer spelas in genom ljudupptagning och sedan transkriberas. Materialet som samlas in kommer sedan att raderas då magisteruppsatsen är färdigställd och godkänd. Informationen som samlas in kommer behandlas konfidentiellt och din identitet kommer avidentifieras. Tid och plats beslutas i samråd med Dig. Det finns möjlighet att genomföra intervjun via videolänk. Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst, utan motivering, avbryta din medverkan.

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

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Ansvariga för examensarbetet

Författare för examensarbetet är:

Marcus Tengblad

E-mail: S183730@student.hb.se

Tfn: 076-834 85 26

Jessica Idh

E-mail: S206373@student.hb.se

Tfn: 073-35 96 372

Examensarbetet handleds av Magnus Hagiwara, vid Akademin för Vård, arbetsliv och välfärd vid Högskolan Borås. Vid eventuella frågor går det bra att ta kontakt:

Magnus Hagiwara

E-mail: magnus.hagiwara@hb.se

Samtycke om deltagande

Fylls i av handledaren

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

Datum och handledares namnteckning

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 (Ambulanssjuksköterskans upplevelse av prehospitala förlossningar) och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum

Intervjuguide

Samtyckte ges av deltagare som väljer att vara med i studien. Från intervjustart till publicering av studien får deltagaren närsomhelst avbryta sitt deltagande. Citat som nyttjas kommer ej att kunna knytas till deltagaren då denne blir helt **avidentifierad**.

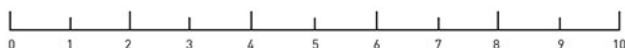
Examensår leg. sjuksköterska År

Antal verksamma år som leg. ssk. År

Antal verksamma år inom amb. År

Ev. specialistutbildning År

Upplever du att du har tillräcklig kompetens och kunskap för att kunna hantera en prehospital förlossning?



*Sätt ett kryss där du anser dig själv befinna
0=Instämmer inte alls; 10=Instämmer helt*

.....

Hur var din tanke när du fick larmet ”pågående förlossning”?

.....

Beskriv ett tillfälle där du varit med om en prehospital förlossning?

.....

Hur upplevde du situationen när du kom fram till patienten?

.....

Hur gick förlossningen?

.....

.....
.....
Berätta om dina upplevelser i samband med transporten in till sjukhuset?

.....
.....
.....

Kan du beskriva hur du upplevde förhållandet mellan dig och nyblivna modern?

.....
.....
.....

När kände du dig trygg/otrygg i situationen?

.....
.....
.....

Hur kändes det efteråt?

.....
.....
.....

Vad har ni för stöd gällande prehospitla förlossningar?

.....
.....
.....

Upplever du att du har tillräckligt med kunskaper?

.....
.....
.....

Finns det något du vill tillägga?

.....
.....
.....

*** Följdfrågor, exempelvis: "På vilket sätt?", "Hur menar du då?", "Hur upplevde du det?", "Vill du utveckla?", "Kan du ge exempel?"**