

**DET PREHOSPITALA MÖTET MELLAN TVÅ  
SPECIALISTKOMPETENSER**

**Ambulanssjuksköterskans och anestesijuksköterskans upplevelser av samarbetet vid  
omhändertagandet av den svårt sjuke eller skadade patienten**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Examinationsdatum: 2019-05-16  
Kurs: Ht16

Författare:  
Christian Åslund

Handledare:  
Robert Ivic

Examinator:  
Maria Kumlin

## SAMMANFATTNING

Vid omhändertagande av en svårt sjuk eller allvarligt skadad människa är det essentiellt att samarbetet mellan den prehospitäl personalen på plats fungerar. Frågor så som vem som har högst medicinsk kompetens och vem som leder arbetet spelar också en stor roll för att ett bra teamarbete skall komma till stånd. I en sådan situation i Stockholms Läns Landsting möts två sjuksköterskekompetenser, specialistsjuksköterskan i ambulanssjukvård och specialistsjuksköterskan i anestesijukvård. Den ena i ambulans och den andra i förstärkningsenhet så som akutbil eller helikopter.

I de medicinska riktlinjerna för ambulanssjukvården i Stockholm står att högst formell medicinsk kompetens innehar det medicinska ansvaret. I de fall då två specialistsjuksköterskor med olika specialistutbildning men med samma formella medicinska kompetens samverkar kring patienten innehas det medicinska ansvaret av sjuksköterskan med mest lämpad kompetens. Detta ger utrymme för tolkningar och kan ge upphov till oklarheter om vem som har det medicinska ansvaret baserat på olika kompetensfokus.

Syftet med studien var att beskriva ambulanssjuksköterskans och anestesijuksköterskans upplevelse av samarbetet vid prio1-larm avseende vem som innehar det medicinska ansvaret och identifiera faktorer som påverkar samarbetet. Som metod användes en kvalitativ intervjustudie med innehållsanalys. Utifrån en intervjuguide baserad på Critical Incident Technique (CIT) genomfördes tre fokusgruppsintervjuer. Sex ambulanssjuksköterskor och fyra anestesijuksköterskor deltog i studien vilket resulterade i att 31 kritiska incidenter beskrevs. Insamlat material analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats.

Ur resultatet framkommer två huvudområden av betydelse för specialistsjuksköterskornas upplevelse av samarbetet. Hantering genom situationsanpassning utifrån kategorierna uppfattning om kompetensnivå, uppfattning om ansvarsfördelning och uppfattning om trygghetsgenererande faktorer samt Hantering genom resursoptimering utifrån kategorierna att leda och samarbete.

De slutsatser som kan dras från resultatet är att specialistsjuksköterskorna genom att visa kollegial respekt för varandras kompetens, anpassa sig utifrån förutsättningar och använda befintliga resurser på rätt sätt skapar ett fungerande samarbete kring patienten. Genom detta undviker de att hamna i en konflikt med kollegan orsakad av oenighet om vilken specialistkompetens som är mest lämpad att inneha det medicinska ansvaret under det aktuella omhändertagandet.

Nyckelord: Specialistsjuksköterska, förstärkningsenhet, riktlinjer och samverkan.

## **ABSTRACT**

When assessing and caring for a critically ill or injured patient, it is essential that the cooperation and interaction within the group of pre-hospital providers functions at its best. Questions about competencies and who will be medically in charge of the case plays an important role. In Stockholm County Council (SCC) emergency medical services (EMS) two specialist nurse competencies meet, the nurse anesthetist in the rapid response unit and the ambulance nurse in the ambulance. Both specialist nurses are formally equal concerning the highest medical competence. The medical guidelines in SCC states that the highest formal medical competence is also in charge of the case. When two formally equal, but clinically different nurse competencies collaborate, the nurse most suited for the task is also considered to be in charge. There is room for interpretation, which can lead to unclarity in who should be in charge, based on different competencies.

The aim of the study was to describe the experiences of the two specialist nurse competencies on cooperation and interaction when attending the same priority 1 case, concerning who is in charge and to identify factors influencing the cooperation and interaction.

The method used was qualitative interview. Using an interview guide based on critical incident technique (CIT) three focus group interviews were conducted. Six ambulance nurses and four nurse anesthetists participated. The interviews resulted in 31 critical incidents. The data were analyzed with qualitative inductive content analysis.

In the results two themes emerged. Situational management from the categories; perception of competence, perception of the division of responsibility and the perception of confidence generating factors. Also, management by resource optimization from the categories leadership and cooperation.

The conclusions that can be drawn from the results are that the specialist nurses can create a functioning cooperation and interaction through collegial respect for each other's competencies, situational adaption and the use of resources available at the time being. This way a conflict is avoided in the question on who should be in charge.

**Keywords:** Specialist nurses, Emergency Units, Guidelines, Teamwork

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
Specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvården.....	2
Kompetens och kunskapskrav .....	2
Förstärkningsenheter .....	3
Teamarbete .....	4
Ambulanssjukvården i Stockholms läns landsting (SLL) .....	5
Problemformulering.....	6
<b>SYFTE</b> .....	6
<b>METOD</b> .....	6
Ansats och design.....	6
Urval .....	6
Datainsamling .....	7
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	10
<b>RESULTAT</b> .....	11
Hantering genom situationsanpassning.....	11
Hantering genom resursoptimering.....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	16
Metoddiskussion .....	16
<b>SLUTSATS</b> .....	24
<b>KLINISK TILLÄMPBARHET</b> .....	24
<b>FORTSATT FORSKNING</b> .....	24
<b>REFERENSER</b> .....	25
<b>BILAGOR</b>	
Frågeformulär – intervjuguide	
Brev till områdeschef inom XXXXX Ambulans Stockholm	
Brev till informant i studien	
Figur 1	
Figur 2	

## INLEDNING

Vid omhändertagande av en svårt sjuk eller allvarligt skadad människa är det essentiellt att samarbetet mellan den prehospitla personalen på plats fungerar. Frågor så som vem har högst medicinsk kompetens och vem som leder arbetet spelar också en stor roll för att ett bra teamarbete skall komma till stånd. I en sådan situation i Stockholms Läns Landsting (SLL) möts två sjuksköterskekompetenser. Specialistsjuksköterskan i ambulanssjukvård och specialistsjuksköterskan i anestesijukvård. Den ena i ambulans och den andra i förstärkningsenhet så som akutbil eller helikopter (Vårdgivarguiden, 2017).

## BAKGRUND

Ambulanssjukvården i Sverige i har de senaste decennierna genomgått en omfattande förändring. Från att ha varit en ren transportorganisation bemannad med personal utan någon högre medicinsk utbildning (Björnstig, 2004) till en viktig del av vårdkedjan som tidigt kan ge patienten en avancerad vård och medicinsk behandling bestående av legitimerad personal utanför och på väg in till sjukhus (Ahl et.al., 2005) Det omhändertagande som från tidigt 70-tal gavs av räddningstjänstens personal och senare ambulanssjukvårdare utförs numera av legitimerade sjuksköterskor. Tidigare fick ambulanssjukvårdare med undersköterskekompetens både administrera läkemedel och utföra mer avancerade vårdåtgärder på personlig delegering från ambulansläkarna (Suserud, Wallman-C:son & Haljamäe, 1998).

För att höja den medicinska kompetensen och för att upprätthålla samma vårdstandard vad det gäller säkerhet vid administration av läkemedel och bedömning av sjukdomstillstånd som inne på sjukhusen valde Socialstyrelsen att frångå ambulanssjukvårdare som högsta medicinska kompetens inom ambulanssjukvården och istället höja kravet till sjuksköterskenivå (Suserud, 2005). Sverige är på inget sätt unikt genom sin satsning på sjuksköterskor prehospitalt. Sjuksköterskor i ambulans finns också i Finland, Holland och Belgien (Sjölin, Lindström, Hulth, Ringstedt & Kurland, 2015). Detta i motsats till Norge och Danmark som valt den anglosaxiska modellen med paramedics, -ambulanssjukvårdare specialistutbildade i prehospitalsjukvård motsvarande systemen i Storbritannien och USA (Suserud & Haljamäe, 1997; Langhelle et al., 2004)

Socialstyrelsens krav på personalen i en ambulans är sedan 2005 att den alltid skall vara bemannad med personal med behörighet att kunna administrera läkemedel. Lägsta nivå innebär legitimerad sjuksköterska (SOSFS 2009:10). I och med detta uppnåddes likställdhet mellan de professioner som har likvärdiga arbetsuppgifter i omhändertagande av patienter på och utanför sjukhusen (Suserud & Haljamäe, 1999). Efter Socialstyrelsen beslut ökade behovet av att rekrytera sjuksköterskor till ambulanssjukvården. Fenomenet med sjuksköterskor i ambulansen var dock inte helt nytt. Sjuksköterskor har redan före 2005 funnits med i ambulanserna. Både grundutbildade och specialistsjuksköterskor. Anestesi och intensivvårdssjuksköterskor har bemannat förstärkningsenheter men nu skapades en ny specialistutbildning med inriktning på ambulanssjukvård. Ambulanssjuksköterskan (Gårdelöf, 2016).

## **Specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvården**

Kravet på en legitimerad sjuksköterska i varje ambulans uppfylls idag av samtliga landsting. Åtta landsting har valt att höja kravet till en specialistutbildad sjuksköterska varav de flesta av dessa kräver en specialistexamen i ambulanssjukvård medan andra inte specificerar vilken typ av specialistexamen som krävs. Resterande tretton nöjer sig med de grundkrav som Socialstyrelsen anger (Statens insatser inom ambulanssjukvården. RIR 2012:20). De mest förekommande specialistutbildningarna är för sjuksköterskor verksamma inom ambulanssjukvården utbildningar med inriktning mot ambulanssjukvård, intensivsjukvård, anestesijukvård och operationssjukvård (Suserud, 2005).

Specialistutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård startade 2001 efter det att Socialstyrelsen 1997 fastslagit att sjuksköterskornas yrkesutövning inom ambulanssjukvården är ett specialismråde (RAS & SSF, 2012). Specialistsjuksköterskor med inriktning mot anestesi och intensivvård har varit verksamma prehospitalt sedan tidigt 80-tal (Jonasson, 1998). Då företrädesvis anestesijuksköterskor som bemannat förstärkningsenheter som akutbilar och helikoptrar (Suserud, 2005). Detta med utgångspunkt i deras kompetens och erfarenhet av att hantera luftväg, andning och potenta smärtstillande läkemedel hos patienter med den typen av problematik (Kronohage & Linder, 2005; Jonasson, 1999).

## **Kompetens och kunskapskrav**

Enligt den kompetensbeskrivning som sammanställts av Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (RAS) och Svensk Sjuksköterske Förening (SSF) så behöver en sjuksköterska verksam inom ambulanssjukvården ha en bred kompetens och kunskap inom omvårdnad, medicinsk vetenskap och prehospital vårdmiljö. (RAS & SSF, 2012). Att arbeta som sjuksköterska i den prehospital miljön kräver att sjuksköterskan är förberedd på det oväntade (Wireklint-Sundström & Dahlberg, 2012). Den information som de får vid utlarmningen vad det gäller patientens hälsotillstånd behöver inte alltid stämma när de är framme hos patienten. Uppdragen varierar, information ofta bristfällig och de omgivande förhållandena inte sällan ogynnsamma (RAS & SSF, 2012).

Sjuksköterskan förväntas att i den miljön snabbt bedöma patientens tillstånd, prioritera vårdåtgärder och vid behov påbörja behandling. Antingen på plats och eller under transport i ambulansen in till sjukhus för definitiv vård. För att klara detta behöver sjuksköterskan en bred kompetens och kunskap om sjukdomar och skador hos patienter med olika hälsoproblem och i varierande åldrar. Allt från den nyfödde till den åldrade geriatriska patienten. (RAS & SSF, 2012).

Att kunna informera patienter och anhöriga, handleda kollegor och studerande, planera och leda arbetet på plats, samverka med andra professioner och att kunna ingå i den prehospitala sjukvårdsledningen vid en större masskadehändelse eller katastrof är andra viktiga delar av arbetet (Suserud, 2005). Likaså förmågan att administrera farmakologisk behandling och att hantera både kommunikationsteknisk och medicinskteknisk utrustning (RAS & SSF, 2012).

Utifrån den kompetensbeskrivning Riksföreningen för anestesi och intensivvård (ANIVA) och SSF gjort vad det gäller kompetenser för en anestesijuksköterska skiljer det väldigt mycket mellan ambulanssjuksköterskors och anestesijuksköterskors kompetenser. Både vad det gäller omvårdnads och medicintekniska kompetenser. Anestesijuksköterskans kompetenser är helt relaterade till arbetet inne på en operationsklinik (Riksföreningen ANIVA & SSF, 2012) och beskriver inte många kompetenser som har en relevans till arbetet i den

prehospitala miljön och som är nödvändiga för en sjuksköterska verksam inom ambulanssjukvården.

Det finns likheter så som att leda teamarbete och kommunicera med andra professioner men i stort handlar en anesthesisjuksköterskas arbete om att självständigt eller på ordination av anesthesiolog planera och förbereda för och genomföra generella anestesier vid planerade eller akuta ingrepp och undersökningar av patienter. Däremot är de kompetenser som anesthesisjuksköterskan har och ambulanssjuksköterskan till en viss del delvis saknar väldigt användbara i den prehospitala vårdmiljön. Det gäller anesthesisjuksköterskan specifika kompetenser vad det gäller att utifrån patientens behov hantera och upprätthålla en fri luftväg, övervaka och assistera andning, bedöma och administrera vätska samt administrera en viss typ av läkemedel (Riksföreningen ANIVA & SSF, 2012). Anesthesisjuksköterskan har en högre kompetens och en större erfarenhet av att utföra detta genom sitt arbete inne på en operationsklinik än ambulanssjuksköterskan. Detta är också anledningen till att anesthesisjuksköterskor redan sedan tidigt 80-tal varit verksamma på förstärkningsenheter, då den specifika kompetensen saknades prehospitalt då ambulanserna bemannades med i bästa fall två ambulanssjukvårdare. (Kronohage & Linder, 2005; Jonasson, 1999).

Den likhet som finns mellan de båda professionerna utifrån Högskoleförordningens mål för specialistsjuksköterskeutbildningar är att båda professionerna utöver de generella målen som gäller samtliga är att de båda skall kunna visa sina kunskaper och kompetenser vid stora olyckor och katastrofer (Högskoleförordningen, SFS 1993–100). Där finns det också en prehospital koppling för anesthesisjuksköterskan i och med att de kan ingå i de sjukvårdsgrupper som kallas ut från sjukhusen vid större masskadehändelser eller katastroftillstånd (Suserud & Hajamäe, 1999).

### **Förstärkningsenheter**

Försäkringsenheter kallas ut samtidigt som en reguljär akutambulans för att vid behov kunna assistera ambulanspersonalen och tillhandahålla en utökad kompetens vad det gäller akut medicinsk omhändertagande vid sviktande vitala funktioner hos patienten med akuta livshotande symtom (Vårdgivarguiden, 2017). Inom Stockholms Läns Landsting (SLL) bemannas akutbilen av en anesthesisjuksköterska och en ambulanssjukvårdare (Jonasson, 1998). Helikoptern av anesthesisjuksköterska, ambulanssjukvårdare och en pilot eller två piloter (Jonasson, 1999). Förutom den specifika kompetensen vid hanteringen av luftvägs och andningsrelaterade problem, de utökade ordinationerna och den medicinsktekniska utrustningen så innebär en extra enhet på plats ytterligare personer som kan medverka i omhändertagande av en svårt skadad eller sjuk patient.

Akutbilar har funnits nationellt sedan 80-talet men har i takt med den utökade kompetensen inom ambulanssjukvården avvecklats på en del platser men finns kvar på andra enligt Gårdelöf (2016). Värdet av en högre kompetens i speciella enheter utifrån ett patientperspektiv är diskuterat både nationellt och internationellt. I en studie av Person (2004) av akutbilens betydelse för patientens överlevnad vid prio 1 larm visade utfallet av studien att så inte var fallet.

En litteraturstudie utförd av Liberman och Roudsari (2007) kunde inte hitta någon övertygande evidens att en högre specifik kompetens prehospitalt skulle gagna patienten vad det gällde mortalitet och morbiditet. I en multicenterstudie av Liberman, Mulder, Lavoie, Denis och Samplis (2003) jämfördes tre olika ambulansorganisationer i Kanada med olika kompetensnivåer hos personalen. Högsta nivån var läkarbemannade enheter och lägsta nivån

motsvarande ambulanssjukvårdare. Studien visade att trots att mer avancerade åtgärder, ingrepp och behandlingar användes och kunde användas i och med den högre medicinska kompetensen på plats kunde ingen evidens för att en högre kompetens skulle påverka utfallet positivt vad det gäller överlevnad påvisas.

Kronhage och Linder (2005) hävdar däremot att förstärkningsenheter bemannade med anestesijuksköterskor har sin plats inom ambulanssjukvården. Detta på grund av deras högre kompetens av att bedöma och hantera luftvägar, andningen och vanan att administrera mer potent smärtstillande läkemedel. Inte heller kan någon enligt studien påvisa varken att någon annan kompetens inklusive läkare skulle vara bättre lämpad för arbetet i en förstärkningsenhet. Detta understöds av Haner, Örnge och Khorram-Manesh (2015) vars undersökning inte kunde påvisa något bättre utfall för patienten med läkarbemannade enheter än enheter med erfarna specialistsjuksköterskor annat än vid situationer involverande svårt sjuka eller skadade barn. Läkarbemannade enheter håller i princip samma nivå på omhändertagande som enheter med anestesijuksköterskor enligt författarna men de påpekar också bristen av fler jämförande studier.

Det är det bara vid 10–20 % av ambulansuppdragen som patienten har drabbats av ett akut livshotande tillstånd med en allvarlig påverkan av vitala funktioner och att det kan vara långt mellan den typen av uppdrag för en del besättningar. Fokus bör i en sådan situation vara på ett snabbt optimalt omhändertagande snarare än ett maximalt (Suserud, 2005). Att göra för mycket på plats kan fördröja patientens transport in till sjukhus och definitiv vård vilket kan visa sig vara kontraproduktivt för patienten. Erfarenheter både från det civila samhället och militärt vad det gäller omhändertagandet av de svårast skadade patienterna visar på omhändertagandet på skadeställe bör ske snabbt och strukturerat. Mer avancerade åtgärder får vänta till patienten är inne på sjukhus (Gårdelöf, 2016).

## **Teamarbete**

Ambulansbesättningar arbetar för det mesta i team om två personer. Oftast med en fast kollega men det kan vara två personer som aldrig jobbat ihop tidigare. Flera besättningar kan också vara involverade i omhändertagandet av samma patient eller i en större händelse och behöver då tillsammans fungera som ett team (Crowe, Wagoner, Rodriguez, Bentley & Page, 2017). Teamet och teamkänslan spelar en stor roll för ambulanspersonalens välmående och sammanhållning och trygghet (Ahl. et.al, 2005) Hur teamarbetet fungerar har en stor betydelse för patientsäkerheten (Manser, 2009) och ett mindre välfungerande team kan ha negativa effekter för patienten (Patterson et al., 2012).

Ett team kan definieras som två eller fler individer med specifika roller som i en dynamisk process interagerar tillsammans mot ett gemensamt mål (Salas, Sims & Burke, 2005). Faktorer som leder till att teamet lyckas att uppnå sitt mål är definierat ledarskap, att teamet stöttar varandra, har en hög anpassningsförmåga, en gemensam kontroll av samtliga medlemmars insats och en inställning att det gemensamma målet är viktigare än medlemmarnas egna mål. Andra viktiga komponenter för att teamet skall fungera optimalt är en gemensam målbild, tillit inom gruppen och en fungerande kommunikation med återkoppling (Salas et al., 2005).

Förutsättningar för ett fungerande teamarbete är enligt Edberg m.fl. (2013) samordning som leder till samarbete vid rätt tillfälle mellan faktiska kompetenser, där hela teamet är införstådda med de andras möjligheter och insatser. Det kan hända att mer eller mindre allvarliga konflikter uppstår mellan vårdpersonal under omhändertagandet av patienten. Ur ett



patientperspektiv, kan en sådan konflikt drabba tredje part utan egentlig intention (Crow et.al, 2017). Om teamets medlemmar har vitt skilda uppfattningar om hur arbetet skall genomföras kan det leda till friktion, motsättningar och konflikter. Vilket i sin tur kan generera mindre goda effekter för utfallet av insatsen enligt Björling (2013).

Gunnarsson och Strömbergs (2008) intervjustudie av vilka faktorer som påverkar en ambulanssjuksköterskas beslutsförmåga i akuta situationer framhöll ambulanssjuksköterskorna vikten av att ha ett väl fungerande ledarskap speciellt vid olyckor med flera skadade patienter. Polis, Higgs, Manning, Netto och Fernandes (2017) enkätstudie angående faktorer som bidrar till ett bra teamarbete hos sjuksköterskor under ett akut omhändertagande påvisade vikten inte bara av en god kommunikation men också av ett fungerande och för teamet inkluderande ledarskap. Ett tydligt definierat ledarskap är en av förutsättningarna för att teamet skall uppnå bästa möjliga resultat (Westli, Johansen, Eid, Rasten & Brattebø, 2010).

Att kunna samverka i och leda ett team framhålls av SSF som en kärnkompetens för en sjuksköterska. Tanken med teamet är att olika kompetenser skall kunna samarbeta för att om möjligt kunna ge patienten bästa möjliga vård och på så sätt förhindra undvikbara vårdskador (SSF & SLS, 2013). Ambulanssjuksköterskor och anestesijuksköterskor förväntas att inneha kompetensen att leda team i akuta situationer (RAS & SSF, 2012; Riksföreningen ANIVA & SSF, 2012). Att kunna leda ett team i omvårdnadsarbetet kring en svårt skadad patient ställer stora krav på ledarskapet. Ledarens huvuduppgift är att ansvara för ett patientsäkert arbetssätt där teamet arbetar med tydliga roller och tydlig arbetsfördelning mot ett gemensamt mål med fokus på patienten bästa. En konkurrens om ledarskapet i en sådan situation kommer inte att gagna patienten (SSF & SLS, 2013).

### **Ambulanssjukvården i Stockholms läns landsting (SLL)**

För att arbeta som sjuksköterska i ambulans inom SLL krävs förutom en sjuksköterskeexamen en specialistexamen på avancerad nivå i omvårdnadsvetenskap. (Vårdgivarguiden, 2017) Landstinget har också två typer av förstärkningsenheter bemannade med specialistsjuksköterskor. Två akutbilar och en ambulanshelikopter. Kompetenskravet för att arbeta i akutbil och/eller ambulanshelikopter är utöver kravet på en specialistexamen på avancerad nivå, specialistexamen i anestesijukvård och tre års anestesierfarenhet från operationsklinik (Vårdgivarguiden, 2017)

Ambulanshelikoptern och akutbil utgör förstärkningsenheter i länet som i första hand larmas ut på uppdrag av högsta prioritet, prio 1, enligt en särskild larmrutin från prioriterings- och dirigeringsstjänsten. De har utökade medicinska ordinationer och viss anpassad medicinteknisk utrustning (Vårdgivarguiden, 2017). Ett Prio1-larm definieras av SOS Alarm som en situation där patienten har akuta livshotande symtom (SOS Alarm, 2017)

Ambulanssjuksköterskor är sjuksköterskor med specialistutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård. I sin kompetensbeskrivning (RAS & SSF, 2012) har de helt andra mer prehospitalt anpassade kompetenser än anestesijuksköterskorna med inriktning mot anestesijukvård (Riksföreningen ANIVA & SSF, 2012) där det i kompetensbeskrivningen nämns väldigt lite om lämpliga kompetenser anpassade till den prehospitala kontexten.

Ledarskapet och innehavaren av det medicinska ansvaret är inte tydligt definierat i de Medicinska behandlingsriktlinjerna för ambulanssjukvården i Stockholms Läns Landsting (2017) i en situation där ambulanssjuksköterskan och anestesijuksköterskan skall samarbeta i

omhändertagandet av en svårt sjuk/skadad patient. Enligt riktlinjerna skall det medicinska ansvaret innehas av den sjuksköterska som har den mest lämpade kompetensen.

## **Problemformulering**

I de Medicinska behandlingsriktlinjerna för ambulanssjukvården i Stockholms Läns Landsting (2017) står att högst formell medicinsk kompetens innehar det medicinska ansvaret. I de fall då två specialistsjuksköterskor med olika specialistutbildning men med samma formella medicinska kompetens samverkar kring patienten innehas det medicinska ansvaret av sjuksköterskan med mest lämpad kompetens. Detta ger utrymme för tolkningar och kan ge upphov till oklarheter om vem som har det medicinska ansvaret baserat på olika kompetensfokus. Genom en studie med en kvalitativ ansats vill den här studien undersöka fenomenet. Detta för att få en ökad förståelse för ambulanssjuksköterskans och anestesijuksköterskans upplevelse av samarbetet kring omhändertagandet av en svårt sjuk eller allvarligt skadad patient och för att kunna identifiera faktorer som påverkar samarbetet.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva ambulanssjuksköterskans och anestesijuksköterskans upplevelser av samarbetet vid prio1-larm avseende vem som innehar det medicinska ansvaret och identifiera faktorer som påverkar samarbetet.

## **METOD**

### **Ansats och design**

En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats med fokusgruppsintervjuer genomfördes där målet var att studera individens erfarenhet av ett fenomen. I den här studien studerades specialistsjuksköterskors upplevelser av att samverka vid ett prio 1-larm. Valet av ansatsen gjordes utifrån att ansatsen enligt Kvale och Brinkman (2014) ger en djup och rik information och beskriver ett fenomen ur olika vinklar. Detta enligt Polit och Beck (2012) utifrån förstahandsinformation från informanter med upplevelser av fenomenet och syftar till att beskriva och förklara subjektiva upplevelser och utifrån upplevda erfarenheter dra slutsatser om fenomenet. Genom att använda fokusgruppsintervjuer kunde författaren få fram mycket information på kort tid och informanterna kunde ge varandra stöd, inspiration och hjälpas åt att beskriva sina upplevelser och erfarenheter under intervjutillfället (Olsson & Sörensen, 2011).

### **Urval**

Bekvämlighetsurval och strategiskt urval användes vid val av informanter som ingick i studien. Bekvämlighetsurval är enligt Jacobsson (2011) en relativt vanlig typ av urval och utgörs av de som är tillgängliga och tackar ja till att delta i studien. Ekonomiska eller praktiska orsaker gör att urvalsmetoden inte är ovanlig (Pollit & Beck, 2012) men forskaren bör enligt Malterud (2009) vara förberedd på att redogöra för eventuella begränsningar till följd av valet av metod. Ett strategiskt urval gjordes vilket enligt Henricson (2012) görs för hitta

informeranter som kan ge informationsrika beskrivningar av fenomenet och på så sätt skapa ett underlag som kan svara på forskningsfrågan.

Inklusionskriterier för studien var att deltagarna skulle vara ambulanssjuksköterskor eller anestesijuksköterskor, män eller kvinnor och verksamma inom ambulanssjukvården i SLL med erfarenhet av ett samarbete mellan ambulans och förstärkningsenhet under ett prio-1 larm. Inga avgränsningar gjordes angående antalet aktiva år i verksamheten. Detta utifrån att alla specialistsköterskor oavsett antal år i verksamheten kan hamna i situation där de förväntas kunna agera tillsammans med en förstärkningsenhet/ambulans vid ett omhändertagande under ett prio 1-larm.

Informeranterna rekryterades via snöbollsmetoden vilket innebär att de första som tillfrågas och tackar ja till att ingå i studien får föreslå andra som skulle kunna ingå i studien (Jacobsson, 2011). Tolv informanter visade intresse för delta i studien varav tio kunde inkluderas. Två av informanterna exkluderades då de inte kunde delta vid det inplanerade intervjutillfället. Sex ambulanssjuksköterskor, tre kvinnor och tre män, fyra anestesijuksköterskor samtliga män deltog i studien. Spridningen i ålder för ambulanssjuksköterskorna var mellan 32 och 63 år med en medelålder på 47 år. De hade arbetat mellan 7–37 år i yrket med ett medelvärde på 16 år. Anestesijuksköterskorna var mellan 45–54 år en medelålder på 48 år och hade arbetat mellan 10 och 21 år i professionen med medelvärde på 16 år.

## **Datainsamling**

Information om studien skickades ut till verksamhetschefer för att inhämta tillstånd att få tillfråga deras anställda om de vill medverka i studien (*Bilaga 1*). När tillstånd medgivits kontaktade författaren en presumtiv informant inom varje specialistsjuksköterskegrupp som sedan kunde föreslå flera tänkbara informanter. Samtliga informanter informerades först skriftligen via mail (*Bilaga 2*) och sedan muntligen via ett uppföljande telefonsamtal efter att de tackat ja till att delta i studien.

En pilotintervju genomfördes med en mindre grupp på bestående av två ambulanssjuksköterskor som inför deltagande i studien informerades muntligen och skriftligen. Pilotintervjun genomfördes i syfte att enligt Jacobsson (2011) testa urval och frågeformulär. I och med att dispositionen inte ändrades märkbart efter pilotintervjun i så inkluderades intervjun i resultatet.

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper med fyra deltagare per tillfälle och med olika intervjutillfällen för ambulanssjuksköterskor respektive anestesijuksköterskor. Fokusgruppmetoden definieras av Kruger och Casey (2015) som en diskussion i grupp där deltagarna under ledning av en samtalsledare möts för att diskutera olika upplevelser av ett fenomen. Metoden genererar kunskap som är baserad på gemensamma erfarenheter och fokuserar på variationen i den gemensamma förståelsen som växer fram under samtalet enligt Kitzinger (1994) och är enligt Mc Lafferty (2004) en rik källa till information vid insamling av data.

För att minska risken för störande moment under intervjutillfället bör intervjuerna genomföras utanför deltagarnas arbetsplats (Polit & Beck, 2012). Pilotintervjun och intervjun med anestesijuksköterskorna genomfördes på ett avskilt rum på författarens arbetsplats och intervjun med ambulanssjuksköterskorna i en motsvarande lokal på en utbildningsenhet inom SLL. Inför varje intervjutillfälle fick deltagarna både skriftlig och muntlig information om studiens bakgrund, syfte och metod. De informerades också om att deltagandet var frivilligt

och att de närsomhelst under studien kunde avböja fortsatt deltagande. Författaren poängterade också vikten att det som sades under intervjun inte skulle spridas utanför gruppen. Därefter skrev samtliga deltagare på ett samtyckesformulär (*Bilaga 2*).

Frågorna ställas utifrån en intervjuguide baserad på Critical Incident Technique/kritisk incidentteknik (CIT) av Flanagan (1954), beskriven av Fridlund och Mårtensson (2017) och kompletterades med följdfrågor (*Bilaga 3*). Definitionen av en kritisk händelse är enligt Fridlund och Mårtensson (2012) en retrospektiv berättelse som genererar en aktivitet och på grund av det retrospektiva perspektivet endast kan bestämmas som kritiskt i efterhand. Om en större mänsklig aktivitet i sig är tillräcklig för att den person som utför handlingen kan dra slutsatser och förutsägelser utifrån den är incidenten kritisk (Flanagan, 1954). Metoden togs från början fram av luftförsvaret i USA men har under de senaste 20 åren mer börjat att användas inom omvårdnadsforskningen enligt Kempainen (2000) och Fridlund & Mårtensson (2017).

Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en diktafon och tiden för intervjuerna varierade från 41–59 minuter. Författaren agerade intervjuare och förde samtidigt anteckningar. Materialet kodades så att ingen av deltagarna skulle kunna identifieras och förvarades sedan i ett låst skåp på författarens arbetsplats. Insamlingen pågick tills författaren ansåg att mättnad uppnåtts och en fortsatt datainsamling inte skulle tillföra någon ny kunskap eller påverka resultatet i analysen av insamlade data (Jakobsson, 2011). Tre fokusgruppsintervjuer genomfördes inklusive pilotintervjun. Vid de övriga två tillfällena medverkade fyra ambulanssjuksköterskor vid det ena tillfället och fyra anestesijuksköterskor vid det andra vilket resulterade i att 31 kritiska incidenter beskrevs (*Tabell 1*).

*Tabell 1. Sammanställning av de 31 kritiska incidenter som beskrevs under intervjuerna*

<b>Intervju</b>	1	2	3
<b>Antal incidenter</b>	8	12	11
<b>Typ av händelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Astma andningsbesvär</li> <li>• Kramp/medvetslös</li> <li>• Barn med sepsis</li> <li>• Kramp medvetslös</li> <li>• Bilkrasch/trauma</li> <li>• Skottskada/Trauma</li> <li>• Hjärtstopp</li> <li>• Sepsis vuxen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fall/trauma</li> <li>• Multisjuk/hjärtsvikt</li> <li>• Hjärtstopp</li> <li>• Sepsis vuxen</li> <li>• Cykel/trauma</li> <li>• Fall/trauma</li> <li>• Sepsis/barn</li> <li>• Bilkrasch/trauma</li> <li>• Komplikation/Graviditet</li> <li>• Förgiftning/suicid</li> <li>• Kramp/medvetslös/barn</li> <li>• Förgiftning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aortadissektion</li> <li>• Lungemboli</li> <li>• Förgiftning/Suicid</li> <li>• Hjärtstopp</li> <li>• Hjärtstopp</li> <li>• Sepsis/barn</li> <li>• Bilkrasch/Trauma</li> <li>• Stor trafikskadehändelse</li> <li>• Astma andningsbesvär</li> <li>• Hjärtsvikt</li> <li>• Stroke</li> </ul>

## Dataanalys

Författaren lyssnade igenom samtliga intervjuer en gång direkt efter att de genomförts. När samtliga intervjuer vara klara lyssnade författaren igenom dem återigen vid ett flertal tillfällen. Därefter påbörjades transkriberingen och det inspelade materialet transkriberades ordagrant. Författaren läste sedan igenom det utskrivna materialet upprepade gånger. Detta för att skaffa sig en helhetsbild av intervjuernas innehåll och att minska risken för feltolkningar av materialet (Kvale & Brinkman, 2014).

Materialet analyseras sedan genom en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Flanagan angav ingen direkt analysmetod för en CIT men analysprocessen har genom åren allt mer kommit att likna en kvalitativ analys på manifest nivå enligt Sharoff (2007). Det är en uttalat induktiv metod. Utifrån syftet letade författaren förutsättningslöst efter beteenden som utgör meningsbärande enheter/citat på en beskrivande nivå. Citaten kategoriseras sedan till subkategorier, kategorier och slutligen huvudområden. Citaten delades upp utifrån vad deltagarna erfarit (erfarenhet) och vilka åtgärder de företagit (handlande) under den kritiska incidenten. På så sätt skapades två analysprocesser, en utifrån erfarenhet och en utifrån handlande tidigare beskrivet av Svensson och Fridlund (2008) och Gustavsson, Wennerholm och Fridlund (2010).

De meningsbärande enheterna/beteende citaten fördes över till en matris, en för varje analysprocess (Tabell 2 och 3). Utifrån texten i citaten kategoriserades innehållet och fördes in i matrisen under subkategorier. Subkategorier med liknande innehåll sammanfördes till kategorier och kategorierna bildade underlag för huvudområdet för respektive analysprocess. Dessa fem kategorier utgör resultatet för studien och redovisas utifrån sina huvudområden.

Tabell 2. Exempel på analysprocedur med avseende på ambulanssjusköterskors och anestesisyksköterskors samarbete (erfarenheter) vid Prio-1 larm

Citat	Subkategori	Kategori	Huvudområde
”nej, det var smidigt att ha en kunnig person till med sig som visste vad det handlade om”	Upplevelsen av adekvat kompetens	Uppfattning om kompetensnivå	Hantering genom situationsanpassning
”hon har inte en susning, hon fattar inte att de har en tickade bomb här”	Upplevelsen av bristande kompetens	Uppfattning om kompetensnivå	Hantering genom situationsanpassning
”Ansaret är mitt och sedan får jag hjälp med de delar jag inte kan hantera”	Upplevelsen av delat ansvar	Uppfattning om ansvarsfördelning	Hantering genom situationsanpassning
”och säga att nu är det vi som tar över här och det får de väl göra, men ibland är det fel liksom”	Upplevelsen av oklar ansvarsfördelning	Uppfattning om ansvarsfördelning	Hantering genom situationsanpassning
”Då gäller det at ha den här lyhörda kommunikationen för att det ska fungera”	Upplevelsen av vikten av fungerande kommunikation	Uppfattning av Trygghetsgenererande faktorer	Hantering genom situationsanpassning

”Då är det skönt att de är där, man är två om besluten och man har extra händer”	Upplevelse av fördelarna av att vara fler	Uppfattning av Trygghetsgenererande faktorer	Hantering genom situationsanpassning
”...där upplever jag lite grann att där, det är lite för sällan man får kritiska patienter”	Upplevelsen av erfarenhetens betydelse	Uppfattning av Trygghetsgenererande faktorer	Hantering genom situationsanpassning

Tabell 3. Exempel på analysprocedur med avseende på ambulanssjuksköterskors och anestesistjuksköterskors samarbete (handlande) vid Prio-1 larm

Citat	Subkategori	Kategori	Huvudområde
” Den här patienten tar jag och då bestämmer jag hur det skall gå till”	Tar beslut om att ta över ansvaret	Att leda	Hantering genom resursoptimering
”Tar du över luftvägen så undersöker jag vad vi har för någonting”	Fördelar arbetet	Att leda	Hantering genom resursoptimering
”ä, vi försöker tuba, tittade ned men såg ingenting, Vänta, om du lägger ett rätt hårt tryck här ned här, så jag fick trycka på rätt hårt för att vi skulle få ned tuben”	Kommunicerar behov	Samarbetar	Hantering genom resursoptimering
” mm..ja, vi hjälptes åt med allt ihop. Satte nål och gav syrgas, sen drog vi upp läkemedel”	Understödjer	Samarbetar	Hantering genom resursoptimering

## Forskningsetiska överväganden

Projektplanen med bilagor överlämnades till berörda verksamhetschefer för de ambulansvårdgivare där deltagarna arbetar. Verksamhetschefens godkännande erhöles innan datainsamling kunde påbörjas. (Bilaga 1).

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS2003:460) publicerad av riksdagen och trädde i kraft 2004. Utifrån § 2 i denna lag inkluderas inte arbeten som görs inom ramen för högskoleutbildning på grund och avancerad nivå. I och med att den här studien gjordes inom ramen för en högskoleutbildning på avancerad nivå inkluderas den inte och ingen etikprövning behövde genomföras.

Studien följer riktlinjerna i vetenskapsrådets (2012) Forskningsetiska principer utifrån de etiska principerna på informationskrav, samtyckeskrav, konfidentlighet och nyttjandekrav. Informerat samtycke enligt Kvale och Brinkman (2014) innebär att deltagarna i studien informeras om studiens syfte och villkor, att de deltar frivilligt i studien och har rätt att dra sig ur när som helst. Samtliga informanter delgavs denna information innan de medverkade i studien. En skriftlig överenskommelse mellan forskare och deltagare bör upprättas och undertecknas (Kvale & Brinkman, 2014) Samtliga informanter skrev under en sådan överenskommelse. (Bilaga 2).

Konfidentilitet garanteras genom att allt intervjumaterial så som ljudinspelningar och transkriberingar är avidentifierade och förvaras i ett låst skåp på författarens arbetsplats och endast kommer att användas för detta studentarbete vilket tillgodoser nyttandekravet och kommer att efter studiens avslut och författaren är examinerad förstöras. För att ytterligare förstärka konfidentiliteten poängterade författaren också vikten att det som sades under intervjun inte skulle spridas utanför gruppen.

Särskilda övervägande till det förhållande att samtliga informanter i studien är specialistsjuksköterskor och kollegor till författaren har gjorts. Detta behöver inte vara något negativt utan kan tvärtom enligt DiCicco-Bloom och Crabtree (2006) vara en främjande faktor till samspelet mellan deltagarna och författaren i intervjusituationen. De menar också att det finns ett värde i en tillit mellan informant och intervjuare då det kan ge ett större djup och en högre kvalitet på svaren som framkommer under intervjun.

## RESULTAT

Två huvudområden av betydelse för specialistsjuksköterskornas upplevelse av samarbetet framkom ur analysen av insamlade data. Hantering genom situationsanpassning och hanteringen genom resursoptimering. Hantering genom situationsanpassning utgår ifrån de erfarenheter som specialistsjuksköterskorna dragit utifrån händelsen. Huvudområdet beskriver utifrån citaten sju subkategorier och tre kategorier. Uppfattning kompetensnivå, uppfattning om ansvarsfördelning och uppfattning om trygghetsgenererande faktorer (*Figur 1, Bilaga 4*). Analysen visar på att sjuksköterskorna måste förhålla sig till att kollegans kompetensnivå och frågan om vem som har högsts medicinskt ansvar kan påverka omhändertagande. Och att en fungerande kommunikation, att vara fler kring patienten och erfarenhet är betydelsefulla faktorer för utfallet av insatsen.

Huvudområdet hantering genom resursoptimering utgår ifrån de faktiska handlingar de utfört under händelsen och omfattar utifrån citaten fyra subkategorier och de två kategorierna att leda och samarbete. Området beskriver hur de under omhändertagandet optimerar befintliga resurser genom beslut, fördelning av arbetsuppgifter, tydlig behovs kommunikering och ett understödande samarbete kring patienten (*Figur 2, Bilaga 5*).

### Hantering genom situationsanpassning

#### Uppfattning om kompetensnivå

Ambulanssjuksköterskorna hade höga förväntningar på kompetensen hos de anestesijuksköterskor som anslöt i förstärkningsenhetens. Oavsett om de själva begärt assistans eller om förstärkningsenheten kallats ut av SOS så var det för att de behövde eller kunde behöva hjälp med i omhändertagandet av patienten. I allmänhet var de väldigt nöjda med den hjälp de fick av förstärkningsresursen.

*” men det var rätt skönt att vara två i bilen om man har någon som blöder ur mun och näsa och som är beredd och som är lite vanare att suga och hantera luftvägen än vad jag är” AM*

Ambulanssjuksköterskorna uttryckte också att de kunde uppleva en lättnad när förstärkningsresursen anslöt om de befann sig i en situation som de kände att de inte klarade av. Då specifikt vad det gällde hanteringen av luftväg och andning. Anestesisjuksköterskorna beskrev också att de väldigt ofta var efterlängtnade när de anslöt till händelsen och kunde understödja kollegan i situationen.

*”då kändes det som en otrolig lättnad när akutbilen eller förstärkningsresursen kom. För jag kände, jag kan inte hantera den här luftvägen, jag vet inte vad jag skall göra” AM*

*”det finns väldigt många gånger också som ambulanssjuksköterskan tycker, - skönt att ni kom” AN*

Så var det inte alltid. Ambulanssköterskorna kunde ibland uppleva ett ointresse från anestesisjuksköterskorna om patienten inte hade uppenbart påverkade vitala funktioner.

*”Och jag tänker, varför är det ingen som håller halsryggen, han blöder från näsan, han blöder från pannan, äh men är vaken och det händer inget mer än att de sitter och pratar, det känns som om att de väntar på att vi skall komma” AM*

Det var också tillfällen då ambulanssjuksköterskorna kände att anestesisjuksköterskan inte tillförde den förstärkning som de förväntade sig av en specialistkollega i en förstärkningsenhet.

*”Hur kan man sitta och vara så uppenbart okunnig på en förstärkningsenhet” AM*

Anestesisjuksköterskorna kunde också uppleva en bristande kompetens hos ambulanssjuksköterskorna. Inte vad det gällde deras förmåga att hantera luftväg, andning och cirkulationsproblem, där vet dom att de själva har och skall ha en högre kompetens men emellanåt kunde de uppleva direkta brister i medicinsk kunskap och att de själva inte fick den uppbackning de behövde i situationen.

*”Bara den stressfaktorn att man känner att man inte har rätt back upp liksom, skiter det sig nu liksom, så den enda hjälp jag har det är min ambulanssjukvårdarkollega liksom, de andra räknas i princip inte” AN*

Överlag så var anestesisjuksköterskorna i förstärkning enheten också fullt tillfredsställda med kompetensen hos ambulanssjuksköterskorna.

*”där var det också ett samarbete med ambulanssyrran och det var ju klockrent, jättedålig unge, det är som, det var inget snack om saken, det är som, det så mycket enklare då, alla vet vad som ska göras” AN*

”

### Fördelning av ansvar

Uppfattningen om vem som innehade det medicinska ansvaret vid omhändertagandet av en patient vid ett prio-1 larm skilde en del sig mellan specialistsjuksköterskorna.



Ambulanssjuksköterskornas upplevelse var genomgående att ansvaret för hela omhändertagandet låg hos dom och att anestesijuksköterskorna först fick ansvar om patienten hade allvarliga problem med att upprätthålla sviktande vitala funktioner. De var för det mesta först framme hos patienten och inledde omhändertagandet, lastade och transporterade in patienten till och överrapporterade patienten på sjukhuset. De ansåg att de av den anledningen hade ett mer övergripande ansvar för hela omhändertagandet än kollegorna i förstärkningsenheten. Många kände också att de ville behålla ansvaret och inte gärna lämna över det till kollegan på förstärkningsenheten och såg det som att ansvaret var kunde vara delat mellan specialistfunktionerna.

*” Så det förstärker snarare min syn på att använda dom som just som förstärkningsresurs, inte någon som jag lastar över mina patienter på utan jag ansvarar för mina patienter och så är det någon som hjälper mig med specifika grejor de har bättre verktyg för” AM*

Anestesisjuksköterskorna ansåg däremot på att dom hade det övergripande medicinska ansvaret även om patienten inte behövde deras specifika kompetenser vad det gäller upprätthållande av en fri luftväg, fungerande andning och cirkulation. De uttryckte också att det fanns en otydlighet kring det i riktlinjerna vilket kunde medföra oklarheter om vem som styrde omhändertagandet i situationen.

*” Det känns ändå så att man har lite mer ansvar på resursenheterna, fast det är inte jättetydligt i riktlinjerna” AN*

Problem vad det gällde ansvarsfördelningen kunde förekomma. Ibland men inte så ofta hos det patienter som var svårt sjuka/skadade. Däremot vid omhändertagandet av patienter som inte visade sig behöva någon avancerad sjukvård eller där insatt behandling radikalt ändrat på patientens tillstånd från kritiskt till stabilt. Då kunde anestesijuksköterskorna tycka att ambulanssjuksköterskorna inte ville eller vågade ta det medicinska ansvaret för patienten hela vägen in till sjukhuset.

*”ibland kan jag uppleva att ambulansen tycker att det är lite otäckt så där, men han var ju så sjuk alldeles nyss, men titta hur han mår nu, det är liksom inga problem” AN*

Oftast förekom det en samsyn kring ansvarsfördelningen. Både ambulanssjuksköterskor och anestesijuksköterskorna upplevde att allt fungerade bra just därför att var och en ansvarade för olika delar och att vem som uppfattade sig ha det medicinska ansvaret egentligen sällan påverkade omhändertagandet. De arbetade tillsammans kring patienten och anestesijuksköterskan frågar ofta om ambulanssjuksköterskan ville att de skall åka med in till sjukhuset även om patientens tillstånd inte krävde specialistenhetens kompetens och resurser.

*”de kommer som en resurs där man känner att man kan lämna över ett ansvar till så jag tycker att man lämnar över de delarna man behöver hjälp med, man jobbar med patienten tillsammans” AM*

*”för det är så här att vi bestämmer på platsen tillsammans, ja men, jag tar den och du tar den och så jobbar vi parallellt, vi ser till att få med den som är mest kritiskt skadad” AN*

När informanterna beskrev händelser där de förekommit uppenbara problem och oklarheter med ansvarsfördelningen föll det nästan alltid tillbaka på individnivå. Ingen av grupperna

tyckte att det var generella återkommande problem och vars orsak egentligen berodde på otydligheten i riktlinjerna.

*”Jag tycker oftast det inte är något problem, det är just de här situationerna man träffar enskilda individer som tycker att det är jobbigt att göra någonting som de själva inte tycker är spännande” AM*

*”Jag kan ju tycka att det är väldigt extremt olika vilken ambulanssjuksköterska man möter, för det finns en del som är extremt kunniga och duktiga i precis samma situation” AN*

### Trygghetsgenererande faktorer

Vikten av en fungerande kommunikation under insatsen framhölls som väldigt viktig av både ambulans och anestesijuksköterskorna. De behövde nå koncensus om vilka behov patienten hade, vad som behövde göras, hur det skulle genomföras och vem som skulle utföra vad.

*” jag tror att man måste vara väldigt tydlig med vad man vill ha för monitorering och vad man förväntar sig ha för hjälp” AN*

*”och då kände jag att samarbetet funkade bra, kommunikationen funkade bra, det var inga tveksamheter vi behövde fokusera på” AM*

Att vara fler i omhändertagandet, att ha en specialistkollega med sig i arbetet, att faktiskt vara två om ansvaret och ha flera händer på plats var något som samtliga informanter upplevde som väldigt positivt. Känslan av att vara två om bedömning och beslut, att inte vara ensam var något som ingav trygghet i situationen.

*”jag hade någon att dela det här akuta problemet med, så blir det en panikkänsla, stresskänsla, å få dela det ansvaret med någon annan, det var skönt” AM*

Anestesisjuksköterskorna på förstärkningsenheten kallas bara ut på prio-1 larm enligt riktlinjerna. Detta medför att de får en större erfarenhet att ta hand om svårt sjuka/skadade patienter med svikande vitala funktioner än ambulanssjuksköterskorna som åker på alla typer av uppdrag och därför inte träffar på prio-1 patienter lika ofta. Anestesisjuksköterskorna upplevde att de hade en större erfarenhet av att möta prio-1 patienter än kollegorna i ambulansen. Vilket också medförde att de kände att de hade ett större medicinskt ansvar vid kritiska situationer.

*” Är det sviktande vitalfunktioner då är det jag som tar ansvar, bara för att jag ser fler sådana patienter” AN*

## Hantering genom resursoptimering

### Att leda

Båda grupperna ansåg att den som hade det högsta medicinska ansvaret också var den som skulle leda omhändertagandet av patienten och att det under arbetet med att bedöma, åtgärda och lägga upp en plan för hur arbetet skulle genomföras var viktigt med en samsyn om vad som skulle prioriteras. Ledde insatsen gjorde de genom att vara tydliga med nödvändiga beslut.

*” jag tar ett beslut, ja vi måste nog säkra luftväg och försöka börja ventilera upp henne så att vi får fart på ventilationen åtminstone och luftvägen ” AN*

Vilket också kunde innebära att ett behov av tydlighet om vem som innehade det medicinska ansvaret och skulle leda arbetet. Att ta ansvaret, kommunicera beslut och tala om vad som skulle prioriteras här och nu.

*”De var mer inne på vi lastar och drar men vi sa nej nu ska vi söva den här patienten.” AN*

Fördelningen av arbetsuppgifter löstes med direktiv från den som ledde i situationen och fungerade i allmänhet väldigt bra då samtliga inblandade ofta hade klart för sig vad som behövdes göras och hur de på bästa sätt själva kunde bidra i omhändertagandet.

*”Tar du över luftvägen så undersöker jag vad vi har för någonting” AM*

### Samarbetar

För att uppnå ett optimalt samarbete var båda grupperna tydliga med att kommunicera det behov de upplevde för att kunna få nödvändig assistans. De var tydliga med att tala om vad de behövde hjälp med och tvekade inte heller att framhålla en avvikande åsikt eller förslå ett alternativ agerande om de ansåg det var det bästa för patienten.

*”Nu har vi intensivvård, jag vill ha ett blodtryck varannan minut, vi måste börja ge inotropin, vi måste börja ge både vätska och fenylefrin ” AN*

De hände att ambulanssjusköterskorna emellanåt fick stå på sig för att som de uttryckte det inte skulle bli överkörda. Det fanns en medvetenhet om detta bland anestesijusköterskorna och en ödmjuk vilja att absolut inte medvetet trycka ned kollegan. Det var viktigt att samtliga inblandade i insatsen visade varandra kollegial respekt.

*”man måste våga vara lite stark i sig själv för att få det här samarbetet att fungera. Annars blir man lätt överkörd” AM*

*”jag talar om hur jag tänker, då vill jag att de andra talar om hur dom tänker. Jag kan ju ha fel eller dom kan tycka att jag har fel. Då vill jag att de säger det” AN*

Att arbeta tillsammans och understödja varandra i arbetet kring patienten prioriterades. Var och en tog ansvar för sin del och hjälptes åt med de åtgärder som behövde genomföras för att lösa uppgiften.

*” vi hjälptes åt med allt ihop. Satte nål och gav syrgas och drog upp läkemedel” AM*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

#### Ansats och Design

Studiens syfte var att beskriva ambulanssjuksköterskans och anestesisyksköterskans upplevelse av samarbetet vid prio1 larm avseende vem som innehar det medicinska ansvaret och utifrån det valde författaren att göra en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats med hjälp av fokusgruppsintervjuer där målet var att studera individers erfarenhet av fenomenet.

Då kvalitativa studier syftar till att beskriva och förklara subjektiva upplevelser, upplevda erfarenheter och observationer (Polit & Beck, 2012) ansågs metoden lämplig för att få en inblick i specialistsjuksköterskornas upplevelse av det valda ämnet. En induktiv ansats, att gå från det specifika till det generella (Jakobsson, 2011) bedömdes som tillämpbar då författaren inte utgick ifrån en redan existerande teori utan förutsättningslöst sökte kunskap i ämnet.

En sökning efter artiklar som skulle kunna ligga till grund för en litteraturstudie i ämnet genomfördes i samband med att studien inleddes men resulterade inte i att några relevanta artiklar i ämnet hittades, varvid den möjligheten uteslöts.

#### Urval

För att hitta lämpliga informanter som kunde tänkas bidra med erfarenheter och svara på studiens syfte gjordes ett strategiskt urval beskrivet av Henricson och Billhult (2017) Inklusionskriterier för studien var ambulanssjuksköterskor och anestesisyksköterskor både män och kvinnor verksamma inom SLL med erfarenhet av samarbete mellan ambulans och förstärkningsenhet under ett prio1 larm.

Då författaren ville hitta informanter som deltog i studien var med av egen fri vilja och kom från en specifik klinisk miljö gjordes ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2012). Enligt Höglund-Nielsen och Granskär är en förutsättning för ett bra resultat att hitta informanter som vill delta och har erfarenhet av ämnet. Rekryteringen gjorde med hjälp av snöbollsmetoden. De första 12 informanterna som tillfrågades tackade ja till att delta inkluderades i studien. Alternativet att låta i stället göra ett utskick till samtliga lämpliga informanter inom hela SLL och invänta svar bedömdes som allt för kostnadskrävande, skulle ta för lång tid och vara för omfattande för en studie på magisternivå med tanke på den avsatta tiden för kursen (Kvale & Brinkman, 2014).

Tolv informanter var villiga att ingå i studien. Två exkluderades då de inte kunde delta på det inplanerade intervjutillfället. Det är möjligt att fler informanter hade kunnat bidra till användbara data men antalet informanter är enligt Polit och Beck (2012) inte lika betydelsefull vid en kvalitativ studie där mättnadsgraden styr behovet av informanter. Tio informanter inkluderades i studien, sex ambulanssjuksköterskor tre män och tre kvinnor och fyra anestesisyksköterskor samtliga män deltog i studien. Rekommendationen av antalet informanter till den här studien var fem till tio individer (Sophiahemmet Högskola, 2017). Efter tre genomförda intervjuer upplevde författaren mättnad i informanternas svar och avslutade då datainsamlingen då en fortsatt insamling troligen inte skulle tillföra ytterligare kunskap (Jakobsson, 2011).

Spridningen i ålder bland informanterna var mellan år 32–63 år, spridningen i antal år i yrket mellan 7–37 år och en tredjedel av informanterna var kvinnor. Köns och åldersspridningen bland informanterna är en tillgång för studien vad det gäller överförbarhet och trovärdighet (Granehiem och Lundman, 2004) Medelvärde för yrkeserfarenheten var 16 år. Det är troligt att de i och med detta innehade en stor erfarenhet av fenomenet som skulle studeras. Enligt Hylander (2001) innebär en gedigen erfarenhet och en vana att diskutera liknande ämnen kollegor emellan ökade möjligheterna till ett gott belysande samtal av fenomenet vilket i sig kan generera ny förståelse och kunskap. Utifrån det kan det antas att informanternas långa yrkeserfarenhet stärker trovärdigheten för studien.

### Datainsamling

Innan studien startade resonerade författaren kring ett antal olika möjliga metodval angående datainsamling vad det gäller kvalitativa studier. En enkätstudie med fritextsvar skulle kunna ge en riklig mängd insamlade data men bedömdes vara allt för tidskrävande och föll bort av den anledningen. Att genomföra en deltagande observationsstudie vilket enligt Malterud (2009) är en användbar metod vid studier av samspelet mellan professioner inom hälso- och sjukvården var från början författarens intension. Men metoden valdes bort på grund av författaren som legitimerad specialistsjuksköterska då utifrån sin roll som observatör skulle kunna hamna i ett etiskt dilemma genom att tvingas välja att eller att inte delta vid det faktiska omhändertagandet av en patient under ett prior 1-larm och bedömdes liksom en enkätstudie också vara för tidskrävande i jämförelse med intervjuer.

Författaren beslöt sig för att använda sig av semistrukturerade fokusgruppsintervjuer. Vid användandet av fokusgruppsintervjuer går det fort att få fram rikligt med information (Olsson & Sörensen, 2011), samma antal informanter kan bli tillgängliga vid färre antal tillfällen än vid enskilda intervjuer och ger bra material när författaren vill utforska fenomen som gäller gemensamma erfarenheter (Malterud, 2009). Förhoppning var att fokusgruppsintervjuerna skulle öppna upp för en diskussion bland deltagarna och på så sätt generera en högre kunskapsinhämtning.

Författaren valde att använda sig av kritisk incidentteknik (CIT) vid insamlingen av data. Att tekniken används vid omvårdnadsstudier i Sverige är relativt ovanligt. Tekniken är etablerad internationellt, då särskilt vid omvårdnadsstudier i USA och Storbritannien (Fridlund & Mårtensson, 2017). Efter en genomgång av litteratur i ämnet ansåg författaren att tekniken verkade lämplig och användbar vid datainsamlingen. Tekniken syftar till att få informanten att beskriva sina erfarenheter av och handlingar vid en specifik händelse, en kritisk incident (Flanagan, 1954). I den här studien definierad utifrån informantens upplevelser av ett samarbete vid omhändertagandet av en patient under ett prior 1-larm.

Studien inleddes med en pilotintervju i syfte att testa frågeformuläret, inspelningsutrustning och gav samtidigt möjlighet för den i intervjusammanhang oerfarne författaren en möjlighet att träna sin intervjuteknik. Ovanan och den bristande kunskapen av att intervjua och leda vid en gruppintervju kan uppfattas som en svaghet i studien och som kan ha påverkat resultatet. Men kunskapen och förmågan förbättrades vart efter intervjuerna genomfördes vilket stämmer med den kunskap som finns angående intervjuteknik enligt Polit och Beck (2012). Författaren noterade att information om CIT tekniken inför intervjuerna inte varit tillräcklig. Ett mindre antal av informanter hade inte förstått CIT teknikens innebörd. Detta löstes genom en förtydligande information om tekniken vid genomgången av förutsättningarna inför gruppintervjun.

Vikten av att använda intervjuguide poängteras av McGrath, Palmgren och Liljedahl (2018). Den intervjuguide utformad enligt CIT (Flanagan, 1954) (*Bilaga 3*) som användes under intervjuerna upplevdes av författaren som ett stort stöd och ett viktigt arbetsinstrument som underlättade genomförandet av intervjuerna. Informanterna kunde styras till att inte avvika från ämnen som motsvarade syftet och hålla sig till att beskriva erfarenheter och utförda handlingar under den kritiska incidenten som intervjuerna fokuserade på.

Vid sammansättningen av grupperna så valde författaren att medvetet skilja på ambulanssjuksköterskorna och anestesijuksköterskorna med olika intervjutillfällen utifrån specialistinriktning. Detta för att undvika interna spänningar som kunde leda till motsättningar och konkurrens under intervjutillfället (Malterud 2009). Homogena grupper sammansatta av informanter som liknar varandra i det som skall studeras känner sig då också mer bekväma med att dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser (Kruger & Casey, 2015). Att inhämta kunskap från olika grupper innebär en form av källtriangulering (Jacobsson, 2011) vilket enligt Mårtensson och Fridlund (2017) ökar trovärdigheten i en studie.

Varje deltagare återgav 2–4 incidenter vilket resulterade i 31 incidenter beskrevs. Enligt Flanagan (1954) behöver datainsamlingen generera 50–100 kritiska incidenter om fenomenet som studeras är påtagligt avgränsat. För att uppnå 50 incidenter skulle ytterligare informanter behövt ingå i studien och flera gruppintervjuer genomföras. Författaren anser att studiens fenomen är påtagligt avgränsat och att 31 incidenter är en tillräcklig volym för en studie på magisternivå då avsatt tid för datainsamlingen var begränsad.

Intervjuerna lyssnades igenom av författaren en gång direkt efter att de genomförs och sedan ett flertal gånger innan transkribering. Författaren transkriberade sedan materialet i sin helhet och läste sedan igen texten ett flertal gånger innan analysen startade. Att författaren själv genomför transkriberingen för att på så sätt få kontroll över vad som händer med texten alltefter den berättas och bearbetas är en fördel enligt Malterud (2009). Detta för att kunna bedöma materialets giltighet och tillförlitlighet under analysen och att författaren sen läser igenom texten flera gånger minimerar risken för feltolkningar enligt Kvale och Brinkman (2014)

### Dataanalys

Analysen genomfördes efter transkriberingen genom en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats på en manifest nivå. Meningsbärande enheter/citat på en beskrivande nivå noterades och markerades, kategoriserades i subkategorier, kategorier och slutligen till huvudområden. Författaren var medveten om att det är svårt att helt undvika egna tolkningar under analysen (Graneheim & Lundman, 2004). För att minimera risken att egna tolkningar skulle påverka resultatet strävade författaren under arbetet efter att vara neutral, bortse från sin förförståelse, använda ett manifest förhållningssätt och fokusera på vad som faktiskt stod i texten.

Analysprocessen i studien skiljer sig något ifrån en traditionell kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) och resulterade i att två skilda parallella analyser genomfördes tidigare beskrivet av Svensson och Fridlund (2008) och Gustavsson m.fl. (2010). Två analysprocesser i stället för en innebar ett merarbete men upplevdes inte av författaren som betungande utan mer som en hjälp i analysarbetet. Användandet av matriser underlättade i analysprocessen och tabellerna ger liksom figurerna som presentation av resultatet en tydlig och överskådlig överblick av analysprocessen.

Malterud (2009) framhåller att det kan vara en fördel i att vara flera personer inblandade i analysen i och med att de ger fler synvinklar och aspekter på innehållet i materialet. Författaren håller med om att kunde varit fördel att vara fler både under intervjuerna och i analysen då var och en först kunde skapa sig en egen uppfattning av innehållet för att sedan med kollegan reflektera och diskutera materialet tillsammans.

### Forskningsetiska överväganden

Godkännande från verksamhetschefer från ambulansvårdgivarna inhämtades innan studien startade. Informanterna delgavs skriftlig och muntlig information angående studiens syfte och villkor, att de deltog frivilligt i studien och hade rätt att dra sig ur studien när som helst. En skriftlig överenskommelse mellan informanten och författaren undertecknades av samtliga informanter (*Bilaga 2*). Ljudinspelningar och transkriberingar har avkodats och förvaras i ett låst skåp på författarens arbetsplats, kommer endast att användas för den här studien och efter att författaren examinerats destrueras. I samband med att intervjuerna genomfördes poängterade författaren vikten inte sprida information av vad som sades under intervjuerna utanför gruppen. Utifrån ovanstående anser sig författaren ha följt riktlinjerna i vetenskapsrådets (2011) Forskningsetiska principer vad det gäller informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitet och nyttjande krav.

### Förförståelse

Förförståelse innebär att författaren innehar kunskap och erfarenheter inom det område som studien omfattar (Jacobsson 2011). Höglund-Nielsen och Granskär (2017) tar upp problemet med förförståelse och hävdar att det finns olika uppfattningar om dess påverkan på resultatet. Att vissa författare hävdar att förförståelsen bör sättas inom parentes men att andra då menar att risken för att budskap som grundar sig på igenkännande då går förlorat. Flanagan hävdar att i den subjektiva process som analysprocessen innebär vid analysen av en CIT är förförståelse en tillgång (Andersson & Nilsson, 1970; Fridlund och Mårtensson, 2017)

Författaren har erfarenhet av ambulanssjukvård både som specialistsjuksköterska i ambulans och som anestesijuksköterska på förstärkningsenhet inom SLL och i och med det en förförståelse för det fenomen som studien omfattar. Förförståelse eller brist på förförståelse påverkar alltid en frågeställning men objektivitet är en forskningsetisk garant för att inte påverka utfallet. Författaren har under studien varit medveten om sin förförståelse, att den kan vara både en fördel och en nackdel vid analysen och att erfarenhet och kunskap kan ge ökad förståelse men kan också innebära svårigheter vad det gäller att ta till sig ny kunskap. Författarens förförståelse har under studien varit en tillgång och en förutsättning för att kunna genomföra studien.

### Trovärdighet

Samtliga informanter som ingår i studien valdes ut utifrån sina förväntade unika upplevelser i en specifik miljö. Att informanterna som ingår i studien har erfarenhet av upplevelser som svarar mot studiens syfte stärker enligt Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) trovärdigheten. Att författaren är bekant med miljön vilket är fallet i den här studien höjer också trovärdigheten (Fridlund & Mårtensson, 2012). Spridningen i ålder och kön bland informanterna är en tillgång för studien vad det gäller trovärdighet (Graneheim och Lundman, 2004). Två olika grupper ingår i studien, ambulanssjuksköterskor och anestesijuksköterskor och att se på problemet ur olika synvinklar genom att intervjua informanter med skilda

relationer till det som skall studeras stärker också trovärdigheten (Mårtensson & Fridlund, 2017) Likaså att författaren använt sig av citat från den transkriberade texten för att beskriva likheter inom och skillnader mellan kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004).

Studien är liten med relativt få informanter, ett litet antal incidenter utifrån det antal om 50–100 incidenter som Flanagan (1954) ansåg som tillräckligt och att författaren varit ensam och inte haft någon medförfattare att diskutera med under analysen kan visa på en svaghet i studien. Om författaren använt kollegor som ”kritiska vänner” för att diskutera och reflektera med under analysen eller låtit informanterna läsa igenom intervjuerna i efterhand för att på så sätt bekräfta äktheten hade det kunnat stärka trovärdigheten ytterligare (Mårtensson & Fridlund, 2017). Att utöka studien med fler informanter och att låta informanterna läsa igenom intervjuerna skulle ha tagit för lång tid enligt författaren. Men att ha använt sig av en eller flera ”kritiska vänner” under analysen är något som författaren i efterhand ångrar att det inte genomfördes.

### Pålitlighet/tillförlitlighet

Författaren är väl insatt i den specifika miljö som studerats och varur informanterna har hämtats och har utifrån det en förståelse om det problem som studerats. I och med att författaren väl beskrivet sin förståelse och sin relation till miljön stärker det pålitligheten i studien (Graneheim et.al, 2017, Mårtensson & Fridlund, 2017). Pålitligheten förstärks också av att författaren tydligt beskriver vem som utfört intervjuerna och transkriberat texten (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Tabeller och figurer som beskriver analysprocessen och påvisar kopplingen mellan analysmaterialet och resultatet stärker pålitligheten i studien (Graneheim och Lundman, 2004). Författaren anser också att användandet av intervjuguiden (Fridlund & Mårtensson, 2017) också stärker pålitligheten i studien då den var en stor hjälp för författaren under intervjuerna att kunna hålla fokus på den aktuella kritiska incidenten både för sig själv och för informanterna. Det var inte alltid helt enkelt då det ofta var väldigt intressanta och dramatiska upplevelser som beskrevs.

### Överförbarhet

Studiens kontext är tydligt beskriven vilket enligt Graneheim m. fl. (2017) visar på en överförbarhet. Om resultatet kan överföras på olika grupper ökar överförbarheten för studien så informanternas spridning i ålder, yrkeserfarenhet, kön och att två olika specialistsjuksköterskegrupper jämförs i studien stärker studiens överförbarhet. Författaren har haft intensionen att tydligt redogöra för urval, metodval, datainsamling, analys och att med noggrannhet presentera resultatet utifrån citat för att på så sätt skapa förutsättningar för överförbarhet. Om studiens resultat kan påvisa hög överförbarhet till liknande grupper är det slutligen upp till läsaren att bedöma (Graneheim och Lundman, 2004). Författaren anser det också som troligt att studien om den gjordes på nytt i en liknande kontext utifrån samma typ och design och intervjuguide skulle kunna ge ett likvärdigt resultat. Vilket enligt Polit och Beck (2012) påvisar en hög överförbarhet.



## Resultatdiskussion

### Hantering genom situationsanpassning

Resultatet visar på att båda grupperna har höga förväntningar på kompetensen hos den specialistkollega de ska samarbeta med under omhändertagandet av en svårt sjuk/skadad patient under ett prio-1 larm. Tidigare undersökningar har också visat på att sjuksköterskor har höga förhoppningar på att kollegan har den kompetens som behövs för att lösa uppdraget (Ahl et al, 2005). Upplevelsen av kollegans kunskapsnivå var i allmänhet positiv. De upplevde att de oftast fick det stöd de ansåg att de behövde i situationen.

Ambulanssjuksköterskorna uttryckte att de kunde känna en lättnad när förstärkningsenheten anslöt till platsen. Speciellt i situationer då det förelåg hot mot patientens luftväg och andning eller att de fanns ett behov av mer potenta smärtlindrande läkemedel.

Anestesisjuksköterskorna upplevde också att det var efterlängtade i sådana situationer och att kollegan tyckte att de var skönt att de kom och kunde bidra med sin specifika kunskap.

Abelsson och Lindwall (2012) visar i sin intervjustudie av prehospitalt verksamma sjuksköterskor att när sjuksköterskan känner en trygghet i kollegans kompetens att den oro och de farhågor som sjuksköterskan då kan känna inför sin egen befarade oförmåga i en svår situationen där patienten har sviktande vitala funktioner kraftigt lindras. Båda grupperna i föreliggande studie upplevde oftast varandra som ett bra stöd. Att ha en kollega med sig med helt andra kompetenser och specialinriktning i en stressande situation kan upplevas som en förstärkning och vara till stor hjälp med just den specifika kunskap de kan bidra med (Gustafsson et al., 2010)

Men det var inte alltid så att kollegan motsvarade förväntningarna. Ambulanssjuksköterskorna i den föreliggande studien berättade att de kunde uppleva ointresse för insatsen från anestesisjuksköterskorna om patienten inte hade ett uppenbart behov av livräddande åtgärder och att de inte alltid utgjorde den förstärkning i insatsen som de förväntades göra när det behövdes. Anestesisjuksköterskorna var inte heller alltid helt nöjda med kollegornas insatser. De kunde uppleva direkta kunskapsbrister vid medicinska bedömningar och en oförmåga hos kollegan att bidra med uppbackning vid exempelvis hantering av luftväg och andning. Kunskapsbrister och en felaktig attityd hos kollegan kan innebära hinder för samarbetet under ett omhändertagande enligt Sjölin (2016) och att inte känna en trygghet inför kollegans kompetens kan enligt Abelsson och Lindwall (2012) leda fram till en frustration, en osäkerhet och en känsla av att vara utlämnad i situationen.

Inställningen till att riktlinjerna för ambulanssjukvården i Stockholm (2017) inte tydligt definierar ledarskapet och vem av två formellt likvärdiga kompetenser som innehar det medicinska ansvaret under ett prio-1 larm skilde sig åt mellan grupperna. Båda grupperna upplevde det som att det var de som innehade det högsta medicinska ansvaret och den i sammanhanget mest lämpliga kompetensen. Den inställningen skulle kunnat innebära en direkt konfrontation vid varje tillfälle de möts. Så var dock inte fallet. Kontroverserna undveks och oftast anpassade de sig utifrån situationen för att få till ett fungerande teamarbete. I annat fall skulle en konkurrens om ledarskapet kunna leda till men för patienten (SSF & SLS, 2013).

Ambulanssjuksköterskorna ansåg att de hade ett mer övergripande ansvar och att de fick hjälp med de delar de inte kunde hantera. De ville inte gärna lämna ifrån sig ansvaret men ansåg också att det kunde vara delat vid olika insatser och åtgärder under omhändertagandet. Anestesisjuksköterskorna uttryckte att de hade ett större ansvar detta i och med att de hade en

större erfarenhet av prio-1 larm då det är uteslutande prio-1 larm de blir utlarmade för och ska åka på. De har i och med det en större vana att omhänderta svårt sjuka eller skadade patienter och borde av den anledningen vara den med den mest lämpade kompetensen för att inneha det medicinska ansvaret under ett omhändertagande. Det uttryckte det så att de finns en anledning till att just deras kompetens sitter i förstärkningsenheten. Och de framhöll att otydligheten i riktlinjerna kunde skapa oklarheter kring vem som skulle inneha ledarskapet.

Att otydliga och svårtolkade riktlinjer kan leda till problem är tidigare beskrivet av Porter m.fl. (2007). Resultatet i föreliggande studie visar att oenigheter kring vilken specialistinriktning som var mest lämpad att inneha det medicinska ansvaret förekom men att den saken i sig i allmänhet inte utgjorde något hinder för ett fungerande samarbete. Vid sviktande vitala funktioner hos patienten kunde anestesijuksköterskorna gå in och ta ansvaret för patienten och leda arbetet utan att ambulansjuksköterskan upplevde sig åsidosatt eller utan patientansvar. Ambulansjuksköterskorna supportade och tog ansvaret för vad som i övrigt behövde göras i omhändertagandet och ledde det arbetet.

Oenighet om vem som hade det eller skulle ha det medicinska ansvaret kunde uppstå i och med att det gjordes olika bedömningar av allvarlighetsgraden i patientens tillstånd. Det hände att anestesijuksköterskorna tyckte att deras kompetens inte behövdes i omhändertagandet och att ambulansjuksköterskornas själva kunde ansvara för patienten då ambulansjuksköterskorna ansåg att de borde stanna och följa med. Andra gånger kunde det vara tvärt om att anestesijuksköterskorna fick insistera på att få delta i omhändertagandet då ambulansjuksköterskorna ansåg att det var onödigt. Oenigheterna uppstod sällan när det gällde kritisk sjuka patienter utan oftare när patienten inte var i behov av mer avancerad sjukvård eller när en behandlingsinsats stabiliserat patientens tillstånd. Diskussioner och oenighet kring det medicinska ansvaret kunde medföra att intransporten till sjukhus fördröjdes och/eller att patienten inte fick den vård som var relevant vilket vid de tillfällen det inträffade innebar en potentiell risk för patientens säkerhet.

I resultatet framkommer också vilka faktorer som får medlemmarna i teamet att känna trygghet vilket underlättar för teamet att fungera optimalt tillsammans. Upplevelsen av att inte vara ensam, att vara flera, den egna och kollegans erfarenhet och en fungerande kommunikation både vad det gällde att kommunicera nödvändiga behov och direktiv framhölls som viktiga framgångsfaktorer. Abelsson och Lindwall (2012) betonar också betydelsen av den trygghet ambulansjuksköterskan känner av att inte vara ensam vid händelsen, Gunnarsson och Strömberg (2008) beskriver att erfarenhet spelar stor roll för att korrekta beslut tas i en akut situation och enligt en studie av Smith m.fl. (2013) tar mer erfaren prehospitalt verksam personal oftare beslut som leder till en snabbare och säkrare vård för patienten än mindre erfarna kollegor. Vikten av en god och fungerande kommunikation i teamarbetet understryks både av Polis m.fl. (2017) och Salas, Sims och Burke (2005). Blair m.fl. (2012) visar i sin litteraturstudie att en icke fungerande kommunikation i teamet är en av de faktorer som kan leda till hot mot patientsäkerheten i den prehospitala miljön.

### Hantering genom resursoptimering

Flera tidigare studier beskriver vikten av ett tydligt ledarskap för teamet skall fungera in en akut situation (Salas et al., 2005; Westli et al., 2010). Båda grupperna ansåg att den som innehade det medicinska ansvaret också var den som skulle leda teamet under omhändertagandet och i med otydligheten i riktlinjerna var inte den saken helt självklar inför insatsen. Ambulansjuksköterskorna menade att ansvaret kunde vara delat och att de ledde tillsammans medan anestesijuksköterskorna ansåg att dom tog över ledarskapet om de tyckte

att det var nödvändigt. Ledning genomfördes på ett adekvat sätt genom beslutstagande och kommunicerade av beslut, tydliggörande av prioriteringar, fördelning av arbetsuppgifter och en gemensam handlingsplan. Oftast lyckades detta genomföras i samförstånd.

Samarbetet genomfördes på ett sätt som kan liknas vid det Berlin (2010) beskriver som ett semiparallellt teamarbete. Teamet arbetar i sekvenser men också parallellt och synkroniserat för att hitta acceptabla lösningar på praktiska problem. De kommunicerar behov och understödjer övriga teammedlemmar under omhändertagandet. Det var viktigt för båda parter att hitta en koncensus vad det gällde beslut och åtgärder och att ingen kände sig åsidosatt. Ambulanssjuksköterskorna uttryckte att de emellanåt måste stå på sig för att inte känna sig "överkörda" i situationen. Ahl m.fl. (2005) beskriver vikten av att visa kollegial respekt och inte kliva in på kollegans ansvarsområden och på så sätt undvika onödiga konflikter utan att för den skull tveka i att framhålla en avvikande åsikt och föreslå en alternativ åtgärd om det gagnar patienten. Anestesisjuksköterskorna var medvetna om detta och gjorde sitt bästa för att kollegorna inte skulle uppleva att de inte var delaktiga i beslut och åtgärder som genomfördes under insatsen.

Författaren anser att otydligheten i de medicinska riktlinjerna vad det gäller vem som innehar det medicinska ansvaret i en akutsituation kan leda till problem. Ansvariga inom SLL har lämnat över till specialistsjuksköterskorna att bedöma vilken kompetens som är bäst lämpad att utifrån patientens bedömda tillstånd inneha det högsta medicinska ansvaret för patienten under ett prio-1 larm. Medicinska bedömningar är svårt och svårigheten att göra riktiga medicinska bedömningar av patienters tillstånd i den prehospitala kontexten kan innebära ett hot mot patientsäkerheten (Atack & Maher, 2010). Medicinska riktlinjer är till för att underlätta personalens arbete och stärka patientsäkerheten vilken den här riktlinjen enligt författaren inte gör. Riktlinjen skapar förutsättningar för en konfliktsituation. Konflikter mellan teammedlemmarna kan allvarligt påverka resultatet av insatsen (Björlin, 2013). Vilket enligt Crow m.fl. (2017) utan egentlig intention kan drabba tredje part och i den kontext som föreliggande studie beskriver innebär det en svårt skadad eller svårt sjuk patient. Om konflikten leder till ett sämre fungerande samarbete kan det leda till ett för patienten negativt slutresultat (Salas et.al, 2005).

Resultatet beskriver också hur specialistsjuksköterskorna lyckas hantera och komma runt problemet genom att anpassa sig utifrån situationen och optimera och använda de resurser och kompetenser som är tillgängliga optimalt. En bidragande orsak till att kontroverser sällan uppstod kan bero på att de som teammedlemmar kunde lämna sin prestige och sitt ego utan för situationen. Vilket enligt Crow m.fl. (2017) är en framgångsfaktor för att ett team skall fungera optimalt.

För att ytterligare förstärka teamets förmåga att hantera omhändertagandet av en svårt sjuk eller skadad patient vid ett prio-1 larm borde personalen få möjlighet att teamträna ihop. Vilket också efterlystes av en av informanterna under ett av intervjutillfällena. Den typen av träning förbättrar teamets förmåga att fungera tillsammans och leder till ett bättre resultat av insatsen enligt Salas m.fl. (2008). Flera av informanterna uttryckte hur positivt de tyckte att det var att tillsammans i en grupp kunna sitta ned och diskutera specifika fall utifrån CIT tekniken. De tyckte att det var både intressant och lärorikt att ta del av kollegornas upplevelser av samma typ av händelser som de själva hade erfarenheter av. Den typen av samlingar förekommer inom den prehospitala verksamheten men i allmänhet efter väldigt svåra händelse med tråkiga slutresultat eller efter för personalen hotfulla situationer i personalvårdande syfte. På samma sätt skulle specialistsjuksköterskorna kunna mötas under handledning för att dela med sig av sina erfarenheter, lära av varandra och öka förståelsen för

kollegornas uppfattningar av det prehospitala mötet mellan olika specialistkompetenser under ett prio-1 larm.

## **SLUTSATS**

Studiens två huvudområden; hantering genom situationsanpassning och hantering genom resursoptimering belyser hur specialistsjuksköterskorna upplever samarbetet under ett prio-1 larm. Genom att visa kollegial respekt för varandras kompetens, anpassa sig utifrån förutsättningar och använda befintliga resurser på rätt sätt kan problem undvikas och patientsäkerheten upprätthållas. Vidare framkommer att otydligheten i riktlinjerna kring vilken specialistkompetens som är lämpligast att inneha det medicinska ansvaret för en patient under ett prio-1 larm kan leda till oenighet mellan de två specialistsjuksköterskekompetenserna. Om oenigheten leder till en konfliktsituation mellan specialistsjuksköterskorna kan det ha en negativ påverkan för patientens säkerhet vid omhändertagandet.

## **KLINISK TILLÄMPBARHET**

Studien är överförbar till andra personalgrupper med motsvarande problematik där oklarheter råder angående vilken formell kompetens som skall inneha det högsta medicinska ansvaret i en specifik situation.

Studien skulle kunna användas som underlag för att påvisa behovet av gemensamma teamövningar för den prehospitala personalen och att samtal i fokusgrupper skulle kunna öka förståelsen mellan kollegor för att förbättra samarbetet i akuta situationer i den prehospitala kontexten.

Studien är retropektiv så till vida att den beskriver den verklighet som rådde mellan februari 2005 och juni 2018. Datainsamlingen och analysen gjordes våren 2018 men sammanställningen dröjde till hösten samma år. I juni 2018 ändrade Stockholms Läns Landsting bemanningen av akutbilarna och införde specialistläkare i akutsjukvård i två av länets tre akutbilarna som tillsammans med anestesijuksköterskor åker på prio-1 larm. Den tredje bemannas av anestesiläkare och ambulanssjuksköterska.

## **FORTSATT FORSKNING**

Det skulle vara av intresse att göra en uppföljande, jämförande studie med liknade design för att se hur specialistsjuksköterskorna efter den ovan beskrivna förändringen upplever samarbetet under ett prio-1 larm när en formellt högre medicinsk kompetens är på plats.

## REFERENSER

- Abelson, A., & Lindwall, L (2012). The prehospital assessment of severe trauma patients performed by the specialist ambulance nurse in Sweden – a phenomenographic study. *Scandinavian journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20:67 doi: 10.1186/1757-7241-67
- Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint-Sundström, B., Johansson, A., & Suserud, B. O (2005) Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency Nurse*, 13(8):30–6 doi: 107748/en2005.12.13.8.30.c1203
- Andersson, B., E. & Nilsson, S.G. (1970) *Arbets-och utbildningsanalyser med hjälp av Critical incident metoden*. Stockholm: Akademiförlaget.
- Atack, L., & Maher (2010). Emergency Medical and Health Providers' Perception of Key Issues in Prehospital Patient Safety. *Prehospital Emergency Care*. 14:95-102. doi: 10.3109/10903120903349887
- Blair, L., Buick, J. E., Books, S. C., Morrison, M., Shojaina, K.C., & Morrison, L.J (2012). Patient Safety in Emergency Medical Services: A Systematic Review of the Literature. *Prehospital Emergency Care*. 16, 1-20. doi: 10.3109/10903127.2011.621045
- Berlin, J.M. (2010) Synchronous work: myth or reality? A critical study of teams in health and medical care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 16. 1314-1321. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01334.x
- Björling, J. (2013) Teamarbete. I Leksell.J & Lepp. M (red.) (2013) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber
- Björnstig, U (2004) Pre-hospital Emergency care in Sweden, with special emphasis on care of traffic victims. *IATSS Research vol 28(2)*. 24-31. doi.org/10.1016/S0386-1112(14)60105-9
- Crow, R. P., Wagoner, R.L., Rodriguez, S.A., Bentley, M.A., & Page, D. (2017) Defining Components of Team Leadership And Membership in Prehospital Emergency Medical Services. *Prehospital Emergency Care*, 21(5), 645-651. doi:10.1080/10903127.2017.1315200
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B.F., (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40, 214-321. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
- Edberg, A., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., Öhlén, J. (2013) *Omvårdnad på avancerad nivå: -kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur
- Flanagan, J. C. (1954) The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin*, Vol 51. No 4 July.
- Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2017) Kritisk incident teknik. I Henricson, M(red) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2: a uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Graneheim, U.H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A decision paper. *Nurse Education Today*, 56. 29-34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Gunnarsson, B. M., & Stromberg, W. M. (2008) Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing* (2009). 17. 83-89. doi: 10.1016/j.ienj.2008.10.004.
- Gustavsson, M., Wennerholm, S., & Fridlund, B. (2010) Worries and concerns experienced by nurse specialist during inter-hospital transports of critically ill patients: A critical incident study. *Intensive Critical Care Nursing*, 26(3). 138–135. doi: 10.1016/j.iccn.2010.01.002
- Gårdelöf, B (2016) Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I Suserud, B.O och Lundvall, L (red.) (2016) Prehospital akutsjukvård (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Haner, A., Örnings, P., & Khorram-Manesh, A. (2015) The role of physician-staffed ambulances: the outcome of a pilot study. *Journal of Acute Disease*, 4(1) 63–67. doi: 10.1016/S2221-6189(14)60086-X
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ Metod. I Henriksson, M (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2: a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hylander, I. (2001). *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. (FOG-rapport, nr 42) Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings Universitet. Hämtad maj 2018 <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:254017/FULLTEXT01.pdf>
- Högskoleförordningen (bilaga 2) [www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100) Hämtad november, 2017.
- Höglund-Nielsen., & Granskär, M. (2017) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård* (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp: En ordbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Jonasson, P (1998). Akutbilssköterskans roll i prehospital akutsjukvård: - kompetens, ansvar och kvalitetsutveckling. *Ventilen* 3. 14-18.
- Jonasson, P (1999). Ambulanshelikoptersjukvården I Sverige 1998. *Ventilen*. 3/99. 25-27.
- Kemppainen, K, (2000) The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5). 1264-1271. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01597
- Kitzinger, J (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16, 103-121. doi: 10.1111/1467-9566.ep11347023
- Kronohage, K., & Linder, K. (2005) The future role of anesthetists in Swedish prehospital emergency care. *Scandinavian journal of emergency and medicine care*. 13.25-30.
- Kruger, R.A., & Casey, M.A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Thousand Oaks, CA: Sage

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Langhelle, A., Louissius, H.M., Silfast, T., Björnsson, H. M., Lippert, F.K., Ersson, A., & Sörreide, E. (2004). International EMS Systems: the Nordic Countries. *Resuscitation*. 61(1).9-21. doi: 10.1016/j.resuscitation.2003.12.008
- Lieberman, M., & Roudsari, B.S. (2007) Prehospital trauma care: What do we really know? *Current opinion in Critical Care*. 13(6).691-6. doi: 10.1097/MCC.0b013e3282f1e77e
- Lieberman. M., Mulder, D., Laoive, A., Denis, R., & Sampalis, J. S. (2003) Multicenter Canadian Study of Prehospital Trauma Care. *Annals of Surgery*. 237(2) 153-160. doi 10.1097/01.SLA0000048374.46952.10
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Manser, T. (2009) Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*. 53. 143-151, doi: 101111/j.1399-657.2008.01717.x
- McGrath, C., Palmgren, P.J., & Liljedahl, M. (2018) Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Med teach*, 1-5. doi:1080/0142159x.2018.1497149
- McLafferty, I. (2004) Focus gupps interviews as data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2) 187–194. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03186
- Medicinska riktlinjer för ambulanssjukvården i Stockholms läns landsting. Dokument 1.2.1 Medicinskt ansvar (2017) Hämtad januari 2018  
[http://www.aisab.nu/media/49863/2015\\_medicinska\\_behandlingsriktlinjer.pdf](http://www.aisab.nu/media/49863/2015_medicinska_behandlingsriktlinjer.pdf).
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017) Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. I Henricson (red) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2: a uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv: Forskningsprocessen* (3.uppl). Stockholm: Liber.
- Patterson, D.P., Weaver, M. D., Weaver, S. J., Rosen, M. A., Todorova, G., Weingart, L. R.,...Salas, S. (2012) Measuring Teamwork and Conflict among Emergency Medical Technician Personnel. *Prehospital Emergency Care*. 16(1) 98–102. doi: 10.3109/10903127.2011.616260
- Person, G. (2004) Behövs akutbilen i den prehospitala vården? En studie av akutbilens betydelse för överlevnad efter prio-1 larm i Jönköping under åren 1997-2001. *Scandinavian Journal of Trauma and Emergency Medicine*. 12. 157-161
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polis, S., Higgs, M., Manning, V., Netto, G., & Fernandez, R. (2017) Factors Contributing to Nursing team Work in acute care tertiary hospital. *Collegian*. 24, 19-25. doi: 10.1016/j.colegn.2015.09.002

Porter, A., Snooks, H., Youren, A., Gaze, S., Withtfield, R., Rapport, F., & Wollard, F. (2007). Should I stay or should I go? Deciding whether to go to hospital after a 999 call. *Journal of Health Services Research & policy*, 12, 32–38. doi: 10.1258/135581907780318392

Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård och svensk sjuksköterskeförening (2012) <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf>

Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2012). Hämtad okt,2017 [http://ambssk.se/wp-content/uploads/2016/10/ras\\_komp\\_beskr\\_ambssk2012.pdf](http://ambssk.se/wp-content/uploads/2016/10/ras_komp_beskr_ambssk2012.pdf)

Salas, E., DiazGranados, D., Klein, C., Burke, S.C., Stagl, K.C., Goodwin, G.F., & Halpin, S.M. (2008). Does Team Training Improve Team Performance? A meta-Analysis. *Human Factors*.50 (6), 903-933. doi: 10.1518/001872008X375009.

Salas, E., Sims, D.E., & Burke, S. C. (2005) Is there a “big five” in teamwork. *Small Group research*. 36(5), 555–559. doi: 10.1177/1046964405277134.

SFS 2003–460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad okt, 2017 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Sharoff, L. (2007) Critical incident technique utilization in research on holistic nurses. *Holistic Nursing Practice*, 21(5), 254-262. doi: 10.1097/01.HNP.0000287989.40215.87

Sjölin, H., Lindström, V., Hult, H., Ringstedt, C., & Kurland, L (2015) What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 23(2), 127-32. doi:10.1016/j.jen.2014.09.09.002

Sjölin, H (2016) *What an ambulance needs to know: From educational content to critical incidents: Ambulance nurses` perception of critical incidents and their relationship to preparatory training*. Doktorsavhandling. Karolinska institutet, institutionen för kliniks forskning och utbildning.

Smith, M.W., Bentley, M.A., Fernandez, A.R., Gibson, G., Schweikhart, S.B., Woods. (2013) Performance of Experienced Versus Less Experienced Paramedics in Managing Challenging Scenarios: A Cognitive Task Analysis Study. *Annals of emergency Medicin*. 62(4), 367-379. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.07.026.

Socialstyrelsen (2009). SOSFS 2009:10. *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård*. Hämtad oktober 2017, från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>

SOS Alarm (2017) Hämtad 10 november 2017 från <https://www.sosalarm.se/vara-tjanster/tjanstekatalog/ambulansbestallning>



Sophiahemmet högskola (2017). Studieguide: Självständigt arbete 15 högskolepoäng, Omvårdnadsvetenskap, avancerad nivå. Hämtad 11 december 2017 från <https://shh.pingpong.se/courseId/81018/node.do?id=45588768&ts=1509461198472&u=-1354859079>

Statens insatser inom ambulanssjukvården. RIR 2012:20 Hämtad november 2017 från <https://www.riksrevisionen.se/sv/rapporter/Rapporter/EFF/2012/statens-insatser-inom-ambulansverksamheten/X>

Suserud, B.O (2005) A new profession in the pre-hospital care field-the ambulance nurse. *Critical care nursing*, 10(6).269-71. doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00129.x

Suserud, B.O., Wallman-C son., & Haljamäe, H. (1998) Assessment of the quality improvement of prehospital emergency care in Sweden. *European journal of emergency medicin*,5(4), 407-14.

Suserud, B.O., & Hajamäe, H (1999) Nurse Competence: Advantageous in prehospital emergency care. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 18-25. doi.org/10.1016/S0965-2302(99)80096-4

Suserud, B.O., & Hajamäe, H (1997) Roles of nurses in pre-hospital emergency care. *Accident and Emergency Nursing*, 5(3), 269-71. 145-51. doi.org/10.1016/S0965-2302(97)90008-4

Svensk sjuksköterskeförening och Svenskäläkaresällskapet (2013) Hämtad oktober 2017 från [www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kvalitet/Teamarbete-och-forbattringskunskap](http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kvalitet/Teamarbete-och-forbattringskunskap)

Svensson, A., & Fridlund, B. (2007) Experiences of and actions toward worries among ambulance nurses in their professional life: A critical incident study. *International Emergency nursing* 16, 35-42 doi: 10.1016/j.ienj. 2007.10.002

Westli, H.K., Johansen, B.H., Eid, J., Rasten, I., & Brattebø, G. (2010) Teamwork skills, shared mental models, and performance in simulated trauma teams: an independent group design. *Scandinavian Journal of trauma, Resuscitation and Emergency Care*, 18(47), doi: 10.1186/1757-7241-18-47.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed* (Vetenskapsrådets rapportserie, 2011:1). Stockholm: FULLTEXT: <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/> Hämtad 20171018

Vetenskapsrådets (2012) *Forskningsetiska inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

Wireklint-Sundström, B., & Dahlberg, K. (2012) Being Prepared for the Unprepared: A Phenomenology Field Study of Swedish Prehospital Care *Journal of Emergency Nursing*,38(6), 571-7, doi: 10.1016/j.jen.2011.09.003

Vårdgivarguiden. (2017) Hämtad 17 oktober 2017 <http://www.vardgivarguiden.se/globalassets/patientadministration/04-patientnara-rutiner/01-ambulanssjukvard/arsrapport-prehospitala-verksamheter-sll-2016.pdf?IsPdf=true>

## **BILAGOR**

### **Frågeformulär – intervjuguide**

Som jag tidigare berättat så vill jag att du/ni utgår från en kritisk händelse/situation/incident där ni samverkat med anestesijuksköterskan/ambulanssjuksköterskan under ett prio 1 larm

- 1) Var skedde händelsen?
- 2) Kan du/ni så noga som möjligt beskriva vad som hände?
- 3) Varför var händelsen kritisk för dig?
- 4) Vad gjorde du under händelsen?
- 5) Vad tänkte du på under och efter händelsen?
- 6) Vad kände du under och efter händelsen?
- 7) Vad tycker du vad mest krävande under händelsen.
- 8) Vad har den här incidenten inneburit för fortsättningsvis för dig
- 9) Vem upplevde du hade det medicinska ansvaret under händelsen
- 10) Är det något du vill tillägga?

### **Följdfrågor**

Hur menar du nu?

Kan du utveckla det?

Vad kände du då?

Vad hände?

Hur upplevde du det?

Kan du beskriva?

Kan du ge ett exempel

**Brev till områdeschef inom XXXXX Ambulans Stockholm**

Jag heter Christian Åslund, är anestesijuksköterska och arbetar kliniskt som timanställd specialistsjuksköterska i ambulans hos Samariten Ambulans AB och i Jämtlands läns landsting. Jag har tidigare i mitt arbetsliv arbetat som specialistsjuksköterska på helikopter och i akutbil i Stockholms läns landsting och studerar nu specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård vid Sophiahemmets Högskola.

Från och med november 2017 till mars 2018 kommer jag att genomföra mitt självständiga arbete. I mitt examensarbete, omfattande 15 högskolepoäng på avancerad nivå, har jag valt att studera ambulanssjuksköterskan och anestesijuksköterskan i akutbil och helikopters upplevelser av samarbetet under ett prio1larm. För att kunna studera detta har jag för avsikt att intervjua ambulanssjuksköterskor och anestesijuksköterskor verksamma i ambulanssjukvården inom Stockholms Länslandsting. Jag bifogar ett utdrag ur studiens projektplan så du kan läsa hur studien kommer att genomföras.

Jag behöver ditt medgivande för att få intervjua ett antal grupper med fyra till sex ambulanssjuksköterskor/anestesisjuksköterskor. Jag kommer att använda mig av ett bekvämlighetsurval vilket innebär att jag själv via mail kommer att tillfråga ett antal av dina medarbetare om de vill medverka. Om du godkänner att studien genomförs med medarbetar från din verksamhet är jag tacksam för en underskrift.

Vänligen returnera det underskrivna dokumentet och skicka till mig i bifogat svarskuvert. Känner du dig det minsta tveksam till att studien genomförs hos er är jag tacksam om du ger besked även om detta. Jag kommer ringa dig några dagar efter du mottagit detta brev för att höra om du har några ytterligare frågor. Väljer du att godkänna att studien genomförs önskar jag intervjua ambulanssjuksköterskor i ambulans och anestesijuksköterskor från akutbil och helikopter som har erfarenhet av samarbete kring den svårt sjuke/skadade patienten under ett pro 1 larm

Har du frågor rörande studien är du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning Christian Åslund

Student specialistprogrammet med  
inriktning mot ambulanssjukvård

Sophiahemmethögskola

Tel 0707379328

[christian.aslund@sll.se](mailto:christian.aslund@sll.se)

Handledare Robert Ivic

Leg ssk, filMag omvårdnad

Doktorand inom medicinsk vetenskap KI

Tel 0706278844

[robert.ivic@ki.se](mailto:robert.ivic@ki.se)

**Godkännande**

Jag godkänner härmed att Christian Åslund får intervjua ambulanssjuksköterskor och anestesijuksköterskor från vårt företag under perioden 20180108–20180330 gällande upplevelser av samarbetet kring den svårt sjuke/skadade patienten under prio1 larm

Ort, datum

---

Företag

---

Namn-teckning, områdeschef

---

Namn-förtydligande

---

**Brev till informant i studien**

Du tillfrågas härmed om att medverka i en intervjustudie om ambulanssjuksköterskans och anestesistjuksköterskans upplevelse av att samarbeta vid omhändertagandet av svårt sjuk eller skadad patient

Jag är student på Sophiahemmet Högskola och läser programmet med inriktning mot ambulanssjukvård och skall nu göra mitt självständiga arbete på 15 högskolepoäng. Examensarbetet baseras på en intervjustudie där syftet är att undersöka ambulanssjuksköterskan och anestesistjuksköterskans upplevelse av samarbetet vid prio 1 larm. Min förhoppning är att studiens resultat kan lyfta både positiva och negativa aspekter som kan uppstå i mötet mellan två formellt sätt likvärdiga kompetenser och på så sätt bidra till ett bättre samarbete i framtiden.

Din medverkan i studien är frivillig och du kan när som helst under studiens gång avbryta din medverkan utan att ange orsak. Intervjuerna kommer i första hand genomföras i ett avskilt rum på din ambulansstation, alternativt i lokaler på Södersjukhusets utbildningscenter. Intervjun kommer att genomföras i gruppform i en s.k. fokusgrupp. Detta innebär ni kommer att vara flera deltagare vid intervjutillfället. Intervjuerna kommer att spelas in, för att sedan skrivas ut ordagrant. Materialet kommer att förvaras inlåst under den tid studien pågår och hanteras konfidentiellt. När studien är över makuleras materialet. Resultatet kommer att presenteras så att du som intervjudeltagare blir oidentifierad utan möjlighet till spårning. Jag skulle uppskatta om du tog dig tid att medverka i denna studie. Din verksamhetschef är informerad och har godkänt att vi genomför studien.

Med vänlig hälsning

Christian Åslund

Leg sjuksköterska, anestesistjuksköterska

Student specialistprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård

Sophiahemmethögskola

**Godkännande**

Jag har tagit del av informationen och ger härmed mitt tillstånd till att medverka i studien Det prehospitala mötet mellan två specialistkompetenser och är medveten om att jag när som helst under studiens gång kan avbryta min medverkan utan att behöva ange orsak till detta.

Ort, datum

---

Signatur

---

Telefonnummer

---

E-postadress

---

Figur 1

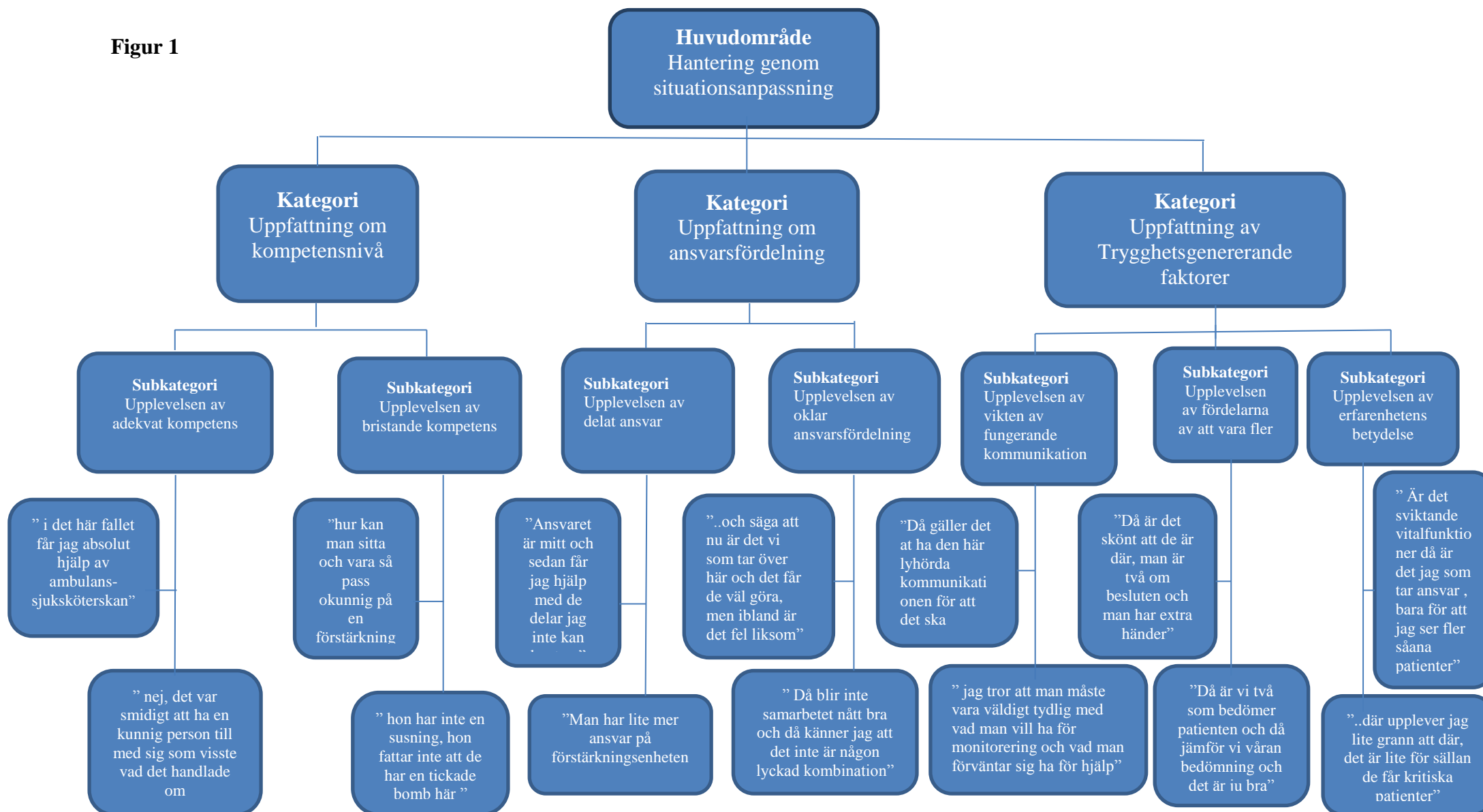
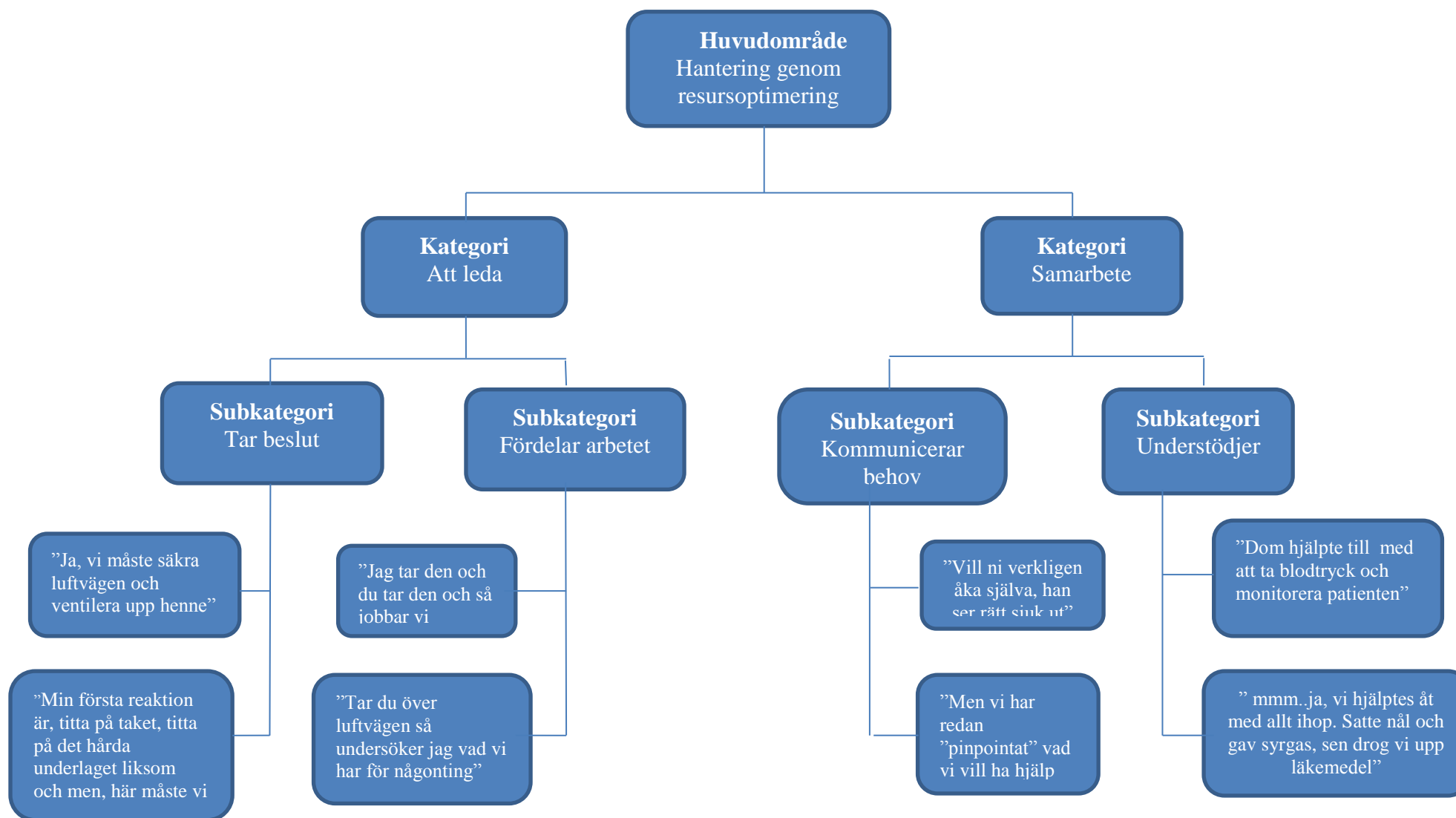


Fig. 1 Analysprocedur med avseende på ambulanssjuksköterskors och anestesijuksköterskors samarbete (erfarenheter) vid Prio-1 larm

Figur 2



**Fig. 2** Analysprocedur med avseende på ambulanssjuksköterskors och anestesijsjuksköterskors samarbete (handlingar) vid Prio-1 larm