

**AMBULANSSJUKSKÖTERSKANS UPPLEVELSER AV ATT VARA I
LEDNINGSFUNKTION VID ALLVARLIG HÄNDELSE**

En intervjustudie av ambulanssjuksköterskor

**AMBULANCE NURSES EXPERIENCES OF BEING IN MEDICAL
COMMAND AT MAJOR INCIDENTS**

An interview study of ambulance nurse's

Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 2012-06-04
Kurs: HT10

Författare:
Stefan Svensson

Handledare:
Anders Rüter

Examinator:
Monika Rydell Karlsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Historiskt sett har sjukvårdens ledningsorganisation vid allvarliga händelser varit uppbyggd på ett stort antal ledningsutbildade läkare som hade sin ordinarie tjänstgöring inne på sjukhuset och larmades ut vid allvarliga händelser. Detta fungerade inte optimalt eftersom det tog lång tid innan ledningsläkarna kunde börja agera på skadeplats, och ibland kom de inte alls. Med detta som bakgrund tillsattes på Socialstyrelsens initiativ en expertgrupp från sjukvården som fick till uppgift att beskriva ledning på skadeplats på ett funktionellt sätt. Deras arbete resulterade i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (SOSFS, 2005:13) som säger att det alltid ska finnas en sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig på skadeplats. Sjukvården har löst detta genom att besättningen i först anländande ambulans går in i ledningsfunktion, vilket ställer höga krav på ambulanspersonal som sällan ställs inför denna uppgift. Ambulanssjuksköterskan har den högsta medicinska kompetensen och hamnar vanligen i rollen som medicinskt ansvarig, men kan ibland bli sjukvårdsledare. Författaren vill med denna studie synliggöra ambulanssjuksköterskans upplevelser av att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse.

Syfte: Syftet med studien var att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse.

Metod: Kvalitativ intervju valdes som datainsamlingsmetod. Nio ambulanssjuksköterskor intervjuades om sina upplevelser av att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse. Kvalitativ innehållsanalys med manifest innehåll användes som analysmetod.

Resultat: Resultatet är uppdelat i tre olika kategorier som baseras på 16 underkategorier. Kategorierna är 1) strukturerat arbetssätt, 2) faktorer som kan påverka ledningsarbetet och 3) emotionella reaktioner. Ambulanssjuksköterskorna upplevde att stöd i triage, en god samverkan, förberedelser under framkörning och dokumentation kunde bidra till en struktur i arbetet. De upplevde även att vara ensamma på plats, få stöttning av sin kollega, resursbrist, kommunikation, erfarenhet och god uthållighet kunde inverka negativt och positivt på ledningsarbetet. Till sist upplevde ambulanssjuksköterskorna att trygghet och ibland otrygghet i sin yrkesroll, osäkerhet inför beslut, frustration, viljan att leda, kaos och ibland eftertänksamhet vilket redovisas som emotionella reaktioner.

Slutsats: Slutsatsen av denna studie är att arbetet förenklas genom ett strukturerat arbetssätt där fokus ligger på samverkan. Att vara i ledningsfunktion kan leda till känslomässiga reaktioner såväl positiva som negativa. Ambulanspersonalen är sällan i ledningsfunktion vilket gör det extra viktigt med fortsatt utbildning och övning i prehospital sjukvårdsledning. Genom detta skapas goda förutsättningar för ambulanspersonalen att hantera alla typer av allvarliga händelser.

Nyckelord: Ambulanssjuksköterska, prehospital sjukvårdsledning, upplevelser, allvarlig händelse, ledningsfunktion.

ABSTRACT

Background: Historically, the medical management at major incidents has been based on large number of specially trained physicians who had their daily duties at the hospital and were alerted when a major incident had occurred. The time before they arrived on scene was in most cases too long, and therefore this proved to be a non-optimal solution. As a way to approach this problem the Swedish National Board of Health and Welfare commissioned a group of experts to describe the medical management of a major incident site in a functional way. The results from this work served as a basis from which the Swedish National Regulations on Medical Management at Major Incidents (SOSFS, 2005:13) was formed. In this regulation it is stated that the first healthcare personnel arriving at an incident site will be responsible for starting the medical management. This puts high demands on the ambulance personnel who seldom are fully prepared for this task. The Ambulance nurse has the highest medical competence and most often assumes the role as the initial medical incident officer and in some cases, also the ambulance incident commander.

Purpose: The aim with the study was to highlight the ambulance nurse's experience of being in medical command at a major incident.

Method: Qualitative interviews were chosen as data collection method. Nine ambulance nurses were interviewed about their experiences of being in medical command at a major incident. Qualitative content analysis of manifest level was used as a method of analysis.

Results: The result was categorized into three different categories based on 16 subcategories. The categories were 1) structure of work, 2) factors that influence work and 3) emotional reactions. In the category structure of work, the ambulance nurses reported that support in triage, good cooperation, preparation for the follow-up and documentation could help to structure the work. In relation to the second category, the nurses felt that being alone on the site, getting support from their colleagues; lack of resources, communication, experience and good endurance could have a both negative and positive impact on the management. Regarding emotional reactions, the ambulance nurses expressed feelings of insecurity in relation to their professional capacity and uncertainty about decisions made. In the same category, emotional reactions, it was also put forward feelings of frustration, a desire to be a person that takes control, feelings of chaos and sometimes also feelings of reflectivness and second thoughts.

Conclusion: The conclusion of this study is that the work was facilitated by a structured approach where the focus is on liaison and cooperation. Being in the management role can lead to emotional reaction era as well positive as negative. The ambulance nurses do not often experience situations like major incidents where they have to assume a medical management role and therefore important with further education and training in prehospital medical management. This could create good conditions for ambulance staff to manage different types of major incidents.

Key words: Ambulance nurse, prehospital medical command, experience, major incident, command function.

Ordlista:

Allvarlig händelse	Är en händelse där sjukvården måste ledas och organiseras på ett särskilt sätt, dvs. med en sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig.
Inriktningsbeslut	Ett beslut i stort för hur insatsen ska läggas upp. Fattas av sjukvårdsledaren i samverkan med andra organisationer.
KAMEDO	Katastrofmedicinska kommitténs rapporter efter allvarliga händelser.
Katastrof	Allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas
Lokal ledning	Ledningsorganisationen på skadeplats (sjukvårdsledare, medicinskt ansvarig och stab).
Medicinskt ansvarig	Den person som har det medicinska ansvaret och har den formellt högsta medicinska utbildningen, vanligen sjuksköterskan i första ambulans på plats. På engelska: medical incident officer/commander.
MIMMS	Major Incident Medical Management and Support, är en Engelsk ledningsmodell som kan anpassas till Svenska förhållanden.
PS koncept	Prehospital sjukvårdsledning är ett Svenskt ledningskoncept. Socialstyrelsen tog initiativ att låta verksamheten själva beskriva vad som var viktigt vid sjukvårdsledning, detta arbete resulterade i utbildningen/konceptet PS.
Rakel	Rakel är Sveriges nationella kommunikationssystem för samverkan och ledning och är en förkortning för Radiokommunikation för effektiv ledning.
Räddningsinsats	Insats som bedrivs av räddningstjänsten.
Sjukvårdsledare	Person från hälso- och sjukvården som ansvarar för logistik i ett skadeområde, vanligen en ambulanssjukvårdare. På engelska: ambulance incident officer/commander.
Stab	Stabsrollen innebär att en person får i uppgift att stödja sjukvårdsledaren eller den medicinskt ansvarige.
Stor olycka	Stor olycka är en händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav.
Strategisk ledning	Strategisk ledning är den av sjukvårdsledningen som hanterar resursfrågor och har kontakten med skadeområdet.
TIB	Tjänsteman i beredskap (TIB) är benämningen på den funktion som hos sjukvården har till uppgift att ta emot larm om en allvarlig händelse inträffat.
Vårdutförare	Vårdutförare är övrig hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i skadeområdet, denna roll är ingen ledningsroll.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik.....	1
Stor olycka, katastrof och allvarlig händelse	2
Katastrofmedicinsk beredskap	3
Ledning.....	4
Särskild sjukvårdsledning	4
Sjukvårdens prehospitala ledningsorganisation	4
Skillnad mellan sjukvårdens och samverkande organisationers ledning	5
Samverkan.....	5
Ledningsroller	6
Strategier vid skadeplatsarbete.....	10
Tjänsteman i beredskap (TIB).....	10
Ambulanssjuksköterskans kompetens.....	11
Ledningsutbildningar för ambulanssjuksköterskor	11
Erfarenheter av prehospital sjukvårdsledning	12
PROBLEMFÖRMULERING	13
SYFTE.....	13
METOD.....	14
Ansats	14
Val av metod	14
Urval.....	14
Genomförande.....	15
Dataanalys	16
Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.....	18
Etiska överväganden	18
RESULTAT	19
Strukturerat arbetssätt.....	19
Faktorer som kan inverka på ledningsarbetet.....	22
Emotionella reaktioner	24
DISKUSSION.....	27
Metoddiskussion.....	27
Resultatdiskussion.....	30
SLUTSATS	36
FRAMTIDA FORSKNING	36
REFERENSER.....	37

BILAGA	I	Brev till respondenterna
	II	Intervjuguide
	III	Brev till verksamhetschefen

INLEDNING

Arbetet som ambulanssjuksköterska innebär varierande arbetsuppgifter, allt från transport av patienter mellan vårdinrättningar till allvarliga trafikolyckor. Det går inte att förutsäga hur arbetspasset kommer se ut. Vid större händelser måste räddningsarbetet struktureras upp för att resurserna ska användas på bästa möjliga sätt. Historiskt sett har detta inte fungerat optimalt. Efter att Socialstyrelsen tagit fram de nya riktlinjerna, fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap (2005) blev det beslutat att ambulanssjukvården ska sköta den prehospitala sjukvårdsledningen initialt. Detta ställer stora krav på ambulansbesättningen som kommer först till plats och förväntas gå in i ledningsfunktion dvs. sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig, detta trots att personalen kan vara både oerfaren och sakna erforderlig utbildning för att klara uppgiften. Andra organisationer (polis, räddningstjänst) har en annorlunda ledningsstruktur där ledarna vanligen har både erfarenhet och utbildning för att leda den egna personalen. Forskning på prehospital ledning har visat att det är viktigt med en strukturerad ledning för att arbetet ska lyckas (Berlin & Carlström, 2009; Sjöberg, Wallen & Larsson, 2006; Aylwin, König, Brennan, Shirley, Davies & Walsh, 2006). Vidare visar rapporter och studier att det finns brister i bl.a. initial ledningsstruktur, samverkan, kommunikation och utbildning/övning (Malmsten, 2000; Klein & Weigelt, 1991; Nilsson & Ruter, 2008; Gryth, et al., 2010; Juffermans & Bierens, 2010). Med anledning av dessa brister skapades ledningsutbildningar som var avsedda att tillämpas vid katastrofer och stora olyckor men skulle baseras på den vardagliga organisationen och arbetssättet. I och med detta fick ambulanssjuksköterskan en tydlig roll som medicinskt ansvarig och i vissa landsting även sjukvårdsledare. I denna studie används benämningen ambulanssjuksköterska på samtliga sjuksköterskor oavsett om de har en specialistutbildning eller inte.

BAKGRUND

Historik

Historiskt sett har den prehospitala sjukvårdsledningen vid stora olyckor och katastrofer i Sverige varit uppbyggd av ett stort antal ledningsutbildade läkare. Ledningsläkarna hade sin tjänstgöring inne på sjukhus och larmades i händelse av en stor olycka. Detta fungerade inte optimalt eftersom tiden innan ledningsläkare kunde börja agera på skadeplats blev för lång och att många viktiga beslut behövde fattas innan läkaren var på plats. I katastrofmedicinska observationsstudier av Laurell och Lorin (1994); Brandsjö et al. (2001) har det visat sig att det sällan kommer ut specialutbildad ledningspersonal på olycksplats, därför bör alla från hälso- och sjukvården som kan komma först till olycksplats ha utbildning för att initialt kunna starta sjukvårdens ledning. Detta har tidigare uppmärksammats och implementerats i utbildningar internationellt (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). KAMEDO-rapporter har visat att de organisatoriska problemen vid olyckor ofta är mycket stora (Lorin, 1999). Med detta som bakgrund tillsattes på Socialstyrelsens initiativ en expertgrupp från sjukvården som fick till uppgift att beskriva ledning på skadeplats på ett funktionellt sätt. Resultatet från detta arbete tillsammans med det Engelska ledningskonceptet, Major Incident Medical Management and Support [MIMMS] låg sedan till grund för Socialstyrelsens nationella riktlinjer (SOSFS, 2005:13) fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap (Socialstyrelsen, 2005).

Katastrofer och allvarliga händelser kan inträffa utan förvarning och innebära ett snabbt behov av att organisera tillgängliga resurser på effektivaste sätt. För att lyckas med detta krävs utbildning, träning och planering (Lennquist, 2009). I Berlin och Carlström (2009); Sjöberg, Wallen och Larsson, (2006); Aylwin, König, Brennan, Shirley, Davies och Walsh, (2006) studier framkommer att det finns ett stort behov av att sjukvården organiserar arbetet på skadeplats, då genom en strukturerad prehospital ledning. Arbetet på skadeplats bör följa en struktur, för att lyckas med detta krävs goda kunskaper i organisation och ledning på skadeplats. Även tidigare erfarenhet av ledning har visat sig vara av betydelse för att lyckas med den prehospitala sjukvårdsledningen (Hodgetts, 2003; Sjöberg, Wallenius & Larsson, 2006). Av en fallrapport från en olycka när ett tak rasade samman på en Norsk militäranläggning 2004 framkom att det fanns brister i den initiala ledningen, detta orsakade en fördröjning av räddningsarbetet pga. ostruktur, alla ville vara med och vårda patienterna, ingen var i ledningsfunktion. Även tydlig utmärkning av ledningspersonerna saknades, detta orsakade förvirring (Romundstad, Sundnes, Pillgram-Larsen, Roste & Gilbert, 2004).

Eftersom tidigare forskning visat på brister i ledning har det medfört att ledning särskilt lyfts fram i de föreskrifter som gavs ut 2005 och lett till ändrad lagstiftning och krav på god katastrofmedicinsk beredskap i landets alla kommuner och landsting. Det ska även finnas en särskild sjukvårdsledning med rollerna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig på skadeplats (SOSFS, 2005:13). Lagen om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (SFS, 2006:544) ställer bl.a. krav på att kommuner och landsting skall ansvara för att förtroendevalda och anställd personal får den utbildning och övning som behövs för att de skall kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser (Sveriges Riksdag, 2006).

Stor olycka, katastrof och allvarlig händelse

Stor olycka

Stor olycka är en händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav (Socialstyrelsen, 2005). Det finns ingen sammanställning på hur ofta en stor olycka inträffar i Sverige idag, i Västmanland inträffar en stor olycka knappt en gång per år (Kris- och katastrofberedskap, 2011). Lennquist (2009) menar att samhället inte blir säkrare med tiden, utan att det snarare blir fler händelser som kräver insatser från samhället i takt med den tekniska utvecklingen. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) stadgas i 2 § att målet för sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) stadgas i 2 § att sjukvård skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den särskilt skall vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är detta normala kvalitetskrav och kan upprätthållas med omfördelning av resurser enligt Socialstyrelsens definition

(Socialstyrelsen, 2005).

Katastrof

Socialstyrelsen (2005) definierar en katastrof som en allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas.

De flesta olyckor som inträffat hittills i Sverige kan klassificeras som stora olyckor, hur olika händelser klassificeras kan dock påverkas av när i räddningsarbetet bedömningen görs. Ett exempel på en olycka som kan klassificeras som katastrof under den prehospitäl räddningsfasen var Estoniaolyckan 1994. Det fanns inte möjlighet att med helikoptrar hämta upp alla drabbade ur havet, alltså under själva räddningsarbetet med att bärga drabbade ur vattnet räckte resurserna inte till trots adekvata åtgärder och omfördelning av resurser. De var tvungna att från luften prioritera de drabbade som kunde räddas, därför tvingades de frångå normala kvalitetskrav och händelsen klassades som en katastrof per definition (Brandsjö et al., 1997). Ett annat exempel på katastrof där Sverige var indirekt inblandade var flodvågskatastrofen i Sydostasien 2004 där det i de värst drabbade områdena var nödvändigt att prioritera de som ansågs ha störst möjlighet att överleva (Brokopp et al., 2008). Förutom dessa exempel finns bara ytterligare några få händelser som kan klassificeras som katastrof det senaste seklet. Diskoteksbranden i Göteborg 1998 som förutom 68 döda orsakade ett mycket stort vårdbehov med 182 skadade är en av dessa händelser (Brandsjö et al., 2001).

Allvarlig händelse

Enligt Socialstyrelsen är en allvarlig händelse en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt dvs. genom särskild sjukvårdsledning (Socialstyrelsen, 2005). Som exempel på olika typer av allvarliga händelser kan nämnas transportolyckor, explosioner, bränder, utbrott av allvarlig smitta, spridning av farliga ämnen, infrastrukturstörning och väpnat angrepp samt psykosocial påverkan på samhället som en följd av traumatiska händelser. Begreppet allvarlig händelse har idag i praktiken ersatt benämningarna katastrof och stor olycka, större händelser där en särskild sjukvårdsledning krävs kallas idag allvarlig händelse oavsett omfattning (Socialstyrelsen, 2005).

Exempelvis Landstinget Västmanland har bestämt att alla händelser med tre eller fler drabbade ska ledas på ett särskilt sätt och dessa faller därför alltid under Socialstyrelsens definition av en allvarlig händelse. Vid en allvarlig händelse ska besättningen i första anländande ambulans gå in i ledningsrollerna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig (Kris- och katastrofberedskap, 2011).

Katastrofmedicinsk beredskap

Socialstyrelsens definition på katastrofmedicinsk beredskap är den beredskap som krävs för att omhänderta de drabbade vid en allvarlig händelse (SOSFS, 2005:13). På senare år har risken för situationer där tillgängliga sjukvårdsresurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet ökat i takt med samhällsutvecklingen, ökad befolkningsmängd, transport av farligt gods, terrorattacker och naturkatastrofer (Lennquist, 2009). Några exempel på nutida katastrofer är tsunami katastrofen i Sydostasien 2004 (Lennquist &

Hodgetts, 2008), terrorbombningen av tunnelbanan i Madrid 2004 (Turegano-Fuentes, 2008) och terrorattacken vid World Trade Center 2001 (Pryor, 2009).

Enligt (SOSFS, 2005:13) 3 kap 1§ hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) finns bestämmelser om att landstingen skall planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Beredskapen skall baseras på planering, utrustning, utbildning, träning, övning, särskild sjukvårdsledning och uppföljning/utvärdering. Ledning poängteras alltså särskilt, det prehospitaledningsansvaret ligger vanligen på den ambulansbesättning som anländer först till olycksplatsen. Enligt socialstyrelsen ska prehospitalkatavård, sjuktransporter och omhändertagande på vårdenheter vara de tre hörnstenarna i den katastrofmedicinska insatsen (Socialstyrelsen, 2005).

Landstingen skall enligt föreskrifter särskilt beakta: upprättande av ledning på lokal och regional nivå, samverkan inom landstingets organisation, samverkan med andra landsting, samverkan med andra myndigheter på lokal och regional nivå, förmåga till anpassning till olika typer av händelser och deras omfattning samt se till att det finns fungerande rutiner och teknik för informationsöverföring. I ett skadeområde ska det finnas en särskild sjukvårdsledning, denna ska bestå av en sjukvårdsledare och en medicinskt ansvarig, dessa två roller kan innehas av en och samma person (Socialstyrelsen, 2005).

Ledning

Pigeau och McCann (2000b:165) definierar ledning som utövande av inriktning och bestämmande av en person som är i position över andra aktörer, detta för att uppnå ett gemensamt mål. Målet uppnås genom organisation av personal, utrustning och kommunikation för att planera, samordna och styra personalen mot ett gemensamt mål. Socialstyrelsen definierar ledning enligt följande: aktivitet som syftar till att definiera en verksamhets uppgift och se till att tillgängliga resurser samordnas och nyttjas på bästa sätt för att denna uppgift ska kunna lösas (Socialstyrelsens termbank, 2012).

Särskild sjukvårdsledning

Enligt (SOSFS, 2005:13) 7 kap 1§ skall det i landstingen finnas en särskild sjukvårdsledning vid en allvarlig händelse eller katastrof. I sjukvårdens ledningssystem för katastrofer finns det tre olika ledningsnivåer: nationell nivå, regional nivå och lokal nivå. Den högre nivån ställer krav och sätter gränser för den lägre. Den högre nivån (nationella) kan se till att nya resurser skapas. Den nationella nivån är den myndighet som regeringen utser till nationell samordnare, t.ex. Socialstyrelsen. Den regionala nivån är sjukvårdshuvudmannen, t.ex. Landstinget Västmanland. Den lokala ledningsnivån är den lägsta nivån, vanligen ett sjukhus men kan också vara prehospitaledningen på skadeplats. Den lokala ledningsnivån sköter mindre vardagliga händelser, detta regleras i den lokala katastrofmedicinska planen (Rüter, Nilsson & Vikström, 2006; Lennquist, 2009; Kris- och katastrofberedskap, 2011).

Sjukvårdens prehospitaledningsorganisation

Vid en större händelse dirigerar larmcentralen, vanligen SOS-alarm ut fler ambulanser till skadeplatsen. Personalen i först anländande ambulansen ska märka ut sig till respektive ledningsroll, detta genom att bära hjälm och väst som är utmärkt enligt EU standard med

respektive befattning, det vill säga sjukvårdsledare eller medicinskt ansvarig i de fall då rollerna innehas av två personer. När övriga ambulanser anländer till skadeplatsen ska personalen ta kontakt med sjukvårdsledaren för att få arbetsuppgifter tilldelade t.ex. vilken patient som de ska ta hand om. Studier har visat att det krävs ledare med utbildning och erfarenhet från liknande händelser för att arbetet ska bedrivas effektivt (Hodgetts, 2003; Sjöberg, Wallenius & Larsson, 2006). Sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvarige ansvarar för att bedöma vårdbehovet och se till att tillräckligt med resurser larmas till platsen. När sjukvårdsresurser anländer ska ledningspersonalen fördela och leda arbetet inom skadeområdet. Vidare ansvarar de för att information ges till larmcentralen (SOS-alarm) och regional ledning, detta vanligen mottagande sjukhus i Länet. För att insatsarbetet ska optimeras krävs tidig och kontinuerlig samverkan med andra organisationer i räddningsarbetet (Socialstyrelsen, 2005; Rüter et al., 2006; Lennquist, 2009).

Skillnad mellan sjukvårdens och samverkande organisationers ledning

Inom polisens organisation finns alltid ett inre och yttre befäl. Det yttre befälet larmas alltid ut vid händelser som kräver en särskild ledning på skadeplats. Dessa personer är vana att vara i ledningsbefattning och är särskilt ledningsutbildade och har vanligen flera års erfarenhet från yrket (Nylén, 2006). Räddningstjänsten har lite olika organisation beroende på vart i landet du befinner dig. Vid en mindre händelse som t.ex. trafikolycka med två bilar är det brandförmannen i första enheten på plats som blir räddningsledare. Vid större händelser kommer en jourhavande insatsledare eller brandingenjör ut till skadeplats och tar över räddningsledarfunktionen. Oavsett vilken nivå som leder räddningstjänstens arbete så är det en särskilt utbildad ledare som ofta har tidigare erfarenhet från ledningsarbete. Räddningstjänsten kommer ut i samövade arbetslag till skillnad från sjukvården (Handlingsprogram för Mälardalens brand & räddning, 2012).

I dessa båda organisationer (polis, räddningstjänst) finns en klar ledningsfunktion där personalen som är i ledning har en utbildning och ofta vana av att vara i liknande situationer sedan tidigare. Inom sjukvården fungerar inte organisationen på samma sätt. Det vanliga är att en ambulansbesättning är först på plats och går in i rollerna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig och sköter sjukvårdens ledningsarbete. De här rollerna kan ibland tas över av andra mer erfarna kollegor från annan ambulans om personalen som är först på plats känner sig osäkra att vara i ledningsfunktion, dock finns inte klara regler eller rutiner för detta. Polisens och räddningstjänstens organisationer har klara regler och rutiner när det gäller hur ledningsansvaret ska lämnas över till mer kompetent personal (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004; Lennquist, 2009; Nylén, 2006).

Samverkan

Räddningsledaren, polisinsatschefen och sjukvårdsledaren har alla ett gemensamt samverkansansvar. Uppgifterna löses genom att samverka utifrån olika lagrum (Lagen om skydd mot olyckor, polislagen samt hälso- och sjukvårdslagen). Vid en allvarlig händelse utses en ledningsplats där respektive ledare ska befinna sig under insatsen. Sjukvårdsledaren får information och direktiv av medicinskt ansvarig som inventerar och bedömer de drabbade i skadeområdet, informationen förs då vidare till övrig insatspersonal genom att sjukvårdsledaren informerar polisinsatschefen och räddningsledaren som i sin tur informerar sin personal (Lennquist, 2009; Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). Inom räddningstjänsten och polisens organisation finns tydliga befälsordningar, befälen/ledarna

utes efter kompetens och personlig lämplighet. Ambulanssjukvården har inga förutbestämda ledare utan har löst ledningsfrågan genom att först anländande ambulansbesättning går in i ledningsroller, vilket kan innebära en oerfaren ambulanssjukvårdare eller ambulanssjuksköterska (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). I Berlin och Carlström (2009) rapport om samverkan på olycksplats framkommer att det är viktigt med tydliga ledningsroller för att skapa förutsättningar för god samverkan, men också att alla organisationerna arbetade prestigelöst och löste problemen tillsammans.

Ledningsroller

Sjukvårdsledaren

Sjukvårdsledaren är att betrakta som chef över sjukvårdens insats och ansvarar för säkerhet, resurstillgång, samverkan med andra myndigheter och kommunikation. Sammanfattningsvis kan sägas att sjukvårdsledaren ansvarar för att sjukvårdsinsatsen är optimerad och på så vis skapa bra förutsättningar för patienternas fortsatta vård (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). Sjukvårdsledaren ansvarar ytterst för den egna personalens säkerhet. För att kunna göra en så bra bedömning som möjligt angående om platsen är säker eller inte bör detta beslutet tas i samverkan mellan sjukvård, polis och räddningstjänst. Sjukvårdsledaren kan dock aldrig överlåta säkerhetsansvaret för sjukvårdens personal på någon annan organisations chef. När ambulansen är första organisation på plats måste givetvis sjukvårdsledaren fatta ett eget beslut gällande säkerheten på plats (Lennquist, 2004).

Det finns dock inte arbetsrättsligt prövat om sjukvårdsledaren i juridiska termer är en chef (Johansson, 2006). Det som ytterligare komplicerar bilden är att sjukvårdsledaren kan komma att ha arbetsledande uppgifter över personer från andra organisationer, men fortfarande inte vara chef över dessa. Det finns alltså en juridisk gråzon kring rollen sjukvårdsledare (Johansson, 2006). Det är då extra viktigt att de olika myndigheterna samordnar sina insatser eftersom syftet med samverkan är att optimera räddningsarbetet för samtliga organisationer i skadeområdet. Detta kan göras genom att chefen i respektive organisation fattar beslut om insatsen tillsammans med övriga organisationers chefer (Lennquist, 2009). Den organisation som har den största och mest kritiska delen av insatsen bör vara den som ansvarar för samordningen mellan de olika organisationerna (Regeringens proposition, 1973:185).

Sammanfattningsvis kan sägas att samverkan leder till att samtliga organisationer blir så effektiva som möjligt. Eftersom varje organisation arbetar utifrån olika lagrum krävs att den enskilda organisationen arbetar för att främja den totala insatsen. Grunden för att arbetet ska kunna optimeras är alltså samverkan (Cedergårdh & Wennström, 1998; Johansson, 2006).

Sjukvårdsledarens ansvarsområden

Sjukvårdsledaren är att betrakta som sjukvårdens skyddsombud och kommit funktionellt att ansvara för säkerheten av sjukvårdspersonalen i skadeområdet. Enligt gällande lagstiftning är det polisen och/eller räddningstjänsten som har ett områdesansvar dvs. ska se till att den plats där sjukvården ska arbeta på är säker. Detta fråntar dock inte sjukvårdsledaren sitt ansvar för den egna personalens säkerhet. Sjukvårdsledaren måste se till att personal som ska verka i skadeområdet har rätt utrustning, utbildning och övning för

ändamålet. Både polisen och räddningstjänsten kan spärra av och hindra insatspersonal att beträda skadeområdet med stöd av deras lagrum (Polislagen, 1984:387; Lag om skydd mot olyckor 2003:778). Sjukvården kan inte spärra av eller hindra polis eller räddningstjänsten. Däremot kan sjukvårdsledaren hindra egen personal från att beträda området om denne anser att platsen inte är säker för egen personal (Socialstyrelsen, 2005). Beslut om platsen är säker eller inte brukar fattas i samverkan mellan organisationerna (Lennquist, 2009).

För att räddningsarbetet ska fungera optimalt krävs en väl fungerande kommunikation. Brister i kommunikationen har visat sig vara ett vanligt problem i samband med utvärderingar av allvarliga händelser (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). Studier har visat att kommunikation är avgörande för hur samverkan fungerar både på väg till olyckan men även i skadeområdet (Langhelle et al., 2004). Malmsten (2000); Klein och Weigelt (1991) menar att brister i sambandet allvarligt kan försvåra räddningsarbetet och leda till fel eller att otillräckliga resurser skickas till olycksplatsen. Patientsäkerheten kan äventyras om det brister i kommunikationen mellan aktörerna i vårdkedjan (Socialstyrelsen, 2005). Andra studier och rapporter från gjorda övningar och tidigare händelser visar på brister i kommunikation på skadeplats, mellan sjukvårdspersonal men även mellan samverkanspartners (polis, räddningstjänst). Även brister i rapporter från skadeområdet till regional ledning och mottagande sjukhus är vanligt (Nilsson & Ruter, 2008; Gryth, et al., 2010; Juffermans & Bierens, 2010). Rapporter och studier har visat att bristerna i kommunikationen ibland beror på överbelastade kommunikationsnät och att obehörig personal använder ledningskanaler. Även oklara rapporter och svårigheter med hörbarhet har påverkat arbetet (Gryth, et al., 2010; Haverikommission, 2010; Pryor, 2009). Det har även varit svårigheter med kommunikationen på grund av att personalen är ovan med de olika kommunikationssystemen. För att komma till rätta med dessa problem krävs kontinuerlig utbildning och övning (Burstein, 2006; Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). Personal som inte är vana att prata i kommunikationsradio väljer ofta att använda mobiltelefon, vilket bidrar till att viktig information som skulle ha gått ut till samtliga enheter över radion helt uteblir. (Carlström & Berlin, 2009). Sjukvårdsledaren har kommunikationsansvaret gentemot mottagande sjukhus och strategisk ledning. Då mottagande sjukhus normalt kan ha en hög belastning är tidiga rapporter från skadeområdet extra viktiga, detta för att den strategiska ledningen ska hinna kontrollera platssituationen på närliggande sjukhus för att sedan kunna lämna en fördelningsnyckel dvs. en lista över vilka sjukhus ambulanserna kan köra patienterna till (Lennquist, 2004). Ådahl (2012) skriver i sin avhandling att brister i kommunikation kan leda till ökad förvirring, vilket i sin tur kan leda till att felaktiga beslut fattas som kan resultera i att patienter kommer till skada. För att säkerställa att all kommunikation kommer fram förespråkas elektroniska hjälpmedel som gör det lättare att följa upp och utvärdera i efterhand. Cairns, Stiffler, Price, Peck & Meyer (2005); Klein & Weigelt (1991) beskriver fall när patienter transporterats till fel sjukhus, detta pga. brister i kommunikationen. Vidare beskriver Wallin & Thor (2008) att kommunikationen mellan vårdpersonal kan bli ineffektiv om det råder oklarheter kring vem som har ansvaret för patienten, vilket kan leda till att patienterna kommer till skada.

Sjukvårdsledningens uppgift är bland annat att se till att alla skadade blir omhändertagna och transporterade till rätt vårdinrättning. Om inte informationen är korrekt angående olyckans art, antalet skadade och hur svårt skadade de är kan inte sjukhuset ge besked om en så kallad fördelningsnyckel. Den informationen påverkar besluten som sjukvårdsledningen måste ta på olycksplatsen angående vart patienterna ska transporteras (Rüter et al., 2006).

Inriktningsbeslut är ett beslut i stort, hur insatsarbetet ska läggas upp. Ansvaret att ett sådant beslut fattas ligger på sjukvårdsledaren, dock är det viktigt att beslutet fattas i samverkan med andra organisationer på plats (polis, räddningstjänst). Beslutet ska säkerställa att alla inblandade organisationer arbetar med samma bild över vad som är viktigast för insatsen under rådande omständigheter. Några exempel på inriktningsbeslut kan vara: vi koncentrerar oss på den bakre delen på bussen, eller alla avtransporter sker på denna väg. Inriktningsbeslutet kan ändras och omprövas under arbetets gång. Beslutet ska dokumenteras och kommuniceras vidare till all insatspersonal (Lennquist, 2009; Rüter, Nilsson & Vikström, 2006).

Medicinskt ansvarig

Den medicinskt ansvarige har det medicinska ansvaret inom ett skadeområde vid en allvarlig händelse dvs. ansvarar för det direkta patientarbetet i första hand. Den medicinskt ansvarige ska inventera skadeområdet och ge medicinskt underlag till sjukvårdsledaren, fatta medicinska inriktningsbeslut t.ex. ingen hjärtlungräddning på de som saknar tydliga livstecken innan fler resurser anländer till platsen, detta beslut skall omprövas och dokumenteras vart efter förutsättningarna förändras (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). Den person som formellt har den högsta medicinska utbildningen, oftast sjuksköterskan i först anländande ambulans blir medicinskt ansvarig. Det finns ingen inbördes ordning på olika medicinska specialiteter, dock ska detta vara tydligt beskrivet i den regionala katastrofplanen. Både rollen sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig kan innehas av samma person (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004; Socialstyrelsen, 2005). Vanligast förekommande i Sverige är att rollerna innehas av två personer (Rüter, Nilsson, & Vikström, 2006). Vad avser rollen medicinskt ansvarig finns det dock ingen juridisk koppling till den formella utbildningen. Detta innebär t.ex. att en specialistsjuksköterska mycket väl kan betraktas som mer kompetent (i detta sammanhang) än en läkare. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap (SOSFS, 2005:13) finns inga klara direktiv om vad vem som anses vara mest lämplig som medicinskt ansvarig vid en prehospital insats.

Medicinskt ansvarigs ansvarsområden

Ett medicinskt inriktningsbeslut ska fattas av den medicinskt ansvarige, beslutet ska tala om vilken medicinsk ambitionsnivå och vilka medicinska prioriteringar som gäller här och nu i ett skadeområde. Beslutet ska omprövas kontinuerligt under hela insatsen, detta beroende på att förutsättningarna förändras under arbetets gång. Beslutet ska kommuniceras vidare till sjukvårdsledaren som i sin tur vidarebefordrar beslutet till övrig vårdpersonal och till samverkande organisationers chefer. Det är viktigt att den strategiska ledningen får kännedom om detta beslut för att få en klar bild över att det har varit nödvändigt att gå ifrån normala kvalitetskrav. Det medicinska inriktningsbeslutet gäller alltså all personal som arbetar inom skadeområdet, även polis och räddningstjänst. Det är viktigt att sjukvårdsledaren kommunicerar beslutet vidare så att alla arbetar utifrån samma förutsättningar och patienterna får vård på lika villkor (Lennquist, 2009; Rüter, Nilsson & Vikström, 2006).

Medicinskt ansvarig är ansvarig för att alla inblandade i en händelse blir undersökta och sedan prioriterade. Denna process kallas triage och syftar till att få ”rätt patient till rätt plats i rätt tid” så att varje patient kan behandlas optimalt. Det innebär också att

ambulanspersonalen försöker göra ”det mesta för de flesta” dvs. accepterar det faktum att värdefulla medicinska resurser inte skall användas till att behandla skadade som ändå inte kan räddas, detta ansvar ligger på den medicinskt ansvarige. Denna process måste ständigt omprövas under hela räddningsarbetet, eftersom förutsättningarna ständigt förändras. Höglund (2005) beskriver att denna process kan vara etiskt jobbig för personalen. Triage skall genomföras vid varje tillfälle då antalet skadade överstiger de för tillfället tillgängliga resurserna (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004; Lennquist, 2009). Den idag vanligaste metoden är fysiologisk triage där personalen prioriterar med utgångspunkt från enkla fysiologiska variabler, exempelvis andning, cirkulation och medvetandegrad (Lennquist, 2009). Fysiologisk prioritering tillämpas inom MIMMS-konceptet och baseras på en förenkling av en trauma-scoring som benämns Revised Trauma Score. En annan metod är relativa prioriteringen och innebär att patienterna prioriteras med hänsyn till hur skadepanoramats och de tillgängliga resurserna ser ut. Detta betyder att patienter med t.ex. hjärtstopp initialt kan komma att nedprioriteras innan fler resurser kommer till platsen, varpå det medicinska inriktningsbeslutet ändras till normal ambitionsnivå igen och alla patienter behandlas fullt ut (Rüter, Nilsson & Vikström, 2006). Studier visar på brister i triage när det inte finns något klart koncept att arbeta efter. För att triage ska fungera krävs att personalen jobbar efter ett triagekoncept så att alla patienterna behandlas och prioriteras på lika villkor (Rehn, et al., 2010; Hagiwara, Henricson, Jonsson & Suserud, 2011).

Sjukvårdens mål vid prehospitala insatser är att transportera stabila patienter från skadepplats till sjukhus där den definitiva behandlingen kan utföras. Den medicinskt ansvariga ansvarar för att prioritera de drabbade och organisera transporter till mottagande sjukhus. Vid en allvarlig händelse transporteras de drabbade till olika sjukhus beroende på sjukhusplatser och hur skadepanoramats ser ut. Detta arbete underlättas genom att den regionala ledningen lämnar en fördelningsnyckel. Medicinskt ansvarig kan vid större händelser utse en annan person som får ansvara för avtransporterna och dokumentera vart patienterna körs. När och hur avtransporterna sker beror på det medicinska inriktningsbeslutet som fattas av den medicinskt ansvarige (Lennquist, 2004; Rüter, Nilsson & Vikström, 2006; Hodgetts & Mackway-Jones, 2004).

Stabsroll

De personer som får uppgiften att stödja sjukvårdsledaren eller den medicinskt ansvarige kallas för stab. Denna roll innehas vanligen av ambulanspersonal som anlänt till platsen som 2:a eller 3:e ambulans. Stabspersonens uppgift är att stötta sjukvårdsledaren eller den medicinskt ansvarige genom att t.ex. sköta dokumentering och radiokommunikation. Vid större händelser kan det ingå flera personer i staben (Lennquist, 2009; Rüter, Nilsson, & Vikström, 2006).

Vårdutförare

Vårdutförare är övrig hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i skadeområdet, denna roll är ingen ledningsroll. Vid mindre händelser kan både sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvarige samtidigt bli vårdutförare tills ytterligare resurser i form av sjukvårdspersonal och ambulanser anländer till platsen. Sjukvårdens viktigaste uppgift är att vårda patienterna, därefter kan första ambulansbesättningen ta steget tillbaka och ledan insatsen som sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig (Lennquist, 2009; Rüter, Nilsson, & Vikström, 2006).

Strategier vid skadeplatsarbete

Stay and play/Load and go

Historiskt sett hade ambulanssjukvården endast en transportfunktion dvs. patienterna skulle transporteras till sjukhus på snabbast möjliga sätt. Den medicinska utvecklingen har gått framåt och omhändertagandet och ansvaret har blivit större på själva skadeplatsen. Därigenom har också kravet på medicinsk kunskap, utrustning och handlingsberedskap ökat på ambulanspersonalen. I och med möjligheterna att behandla patienterna på skadeplats uppstod nya problem med att personalen ägnade för mycket tid till att vårda patienterna på skadeplats, vilket kunde förlänga tiden till definitiv behandling på sjukhus. Ibland krävdes snabbt omhändertagande och snabb transport till sjukhus och andra gånger krävdes snabbt omhändertagande men också prehospital behandling av personalen på plats. Detta lade grunden till begreppen "load and go" eller "stay and play". De medicinska möjligheterna har på senare år blivit bättre på skadeplats. Idag tillämpas en blandning av dessa metoder. Grundtanken är att patienten ska stabiliseras på plats och sedan transporteras till sjukhus (Gårdelöv, 2009; van der Velden, Ringburg, Bergs, Steyerberg, Putka & Schipper, 2008; Pamerneckas, Macas, Blazgys, Pilipavicius & Toliuisis, 2006). Vilken strategi som används grundas på vilket inriktningsbeslut och/eller vilket medicinskt inriktningsbeslut som fattats av sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvarige (Lennquist, 2004; Rüter, Nilsson & Vikström, 2006).

Tjänsteman i beredskap (TIB)

Tjänsteman i beredskap (TIB) är benämningen på den funktion som hos sjukvården har till uppgift att ta emot larm om en allvarlig händelse inträffat. I TIB: ens uppgifter ingår att vara länken mellan sjukvården och katastrofberedskapen (Rüter et al. 2006). Detta innebär att TIB aktiveras vid händelse där tre enheter eller mer har blivit larmade, det finns ofta lokala rutiner som säger när TIB:en ska kontaktas. TIB tillsammans med sjukhusets regionala ledning tar kontakt med de kringliggande sjukhusen och får information om hur många drabbade som kan skickas till respektive sjukhus, en så kallad fördelningsnyckel. Det primära målet för hela sjukvårdsarbetet är att sträva efter ett minskat lidande för patienten. *"Rätt resurs till rätt patient i rätt tid och rätt patient till rätt enhet i rätt tid"* (Rüter et al. 2006). I Landstinget Västmanland finns nio personer som delar på funktionen TIB. Dessa personer arbetar inom Landstinget och har jour som TIB en vecka åt gången. Västmanland har valt att aktivera/larma TIB:en vid händelser med fem drabbade eller fler. När sjukvårdens larmcentral får en indikation på att det är fem drabbade eller fler, larmar de TIB:en via telefon eller radiosystemet rakel (Kris- och katastrofberedskap, 2011).

I England används MIMMS-konceptet vid ledning. Deras motsvarighet till TIB och regional ledning i Sverige är Gold commander, denna funktion har det övergripande ansvaret för varje organisation och är ansvarig för att formulera och fatta övergripande strategiska beslut för insatsen. Funktionen Gold commander delegerar i sin tur vidare taktiska beslut som rör insatsen på plats till deras Silver commander som är deras motsvarighet till Sveriges sjukvårdsledare (London Emergency Services Liaison Panel, 2007; Advanced Life Support Group, 2011).

Ambulanssjuksköterskans kompetens

När Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelshantering (SOSFS, 2000:1) började gälla hösten 2005 upphörde möjligheten att delegera läkemedelshantering till icke legitimerad personal. För ambulanssjukvårdens del betydde detta att varje ambulans var tvungen att bemannas av en legitimerad sjuksköterska som kan ansvara för läkemedelshantering (Socialstyrelsen, 2005).

I Västmanland finns även krav på att nyanställda sjuksköterskor ska ha minst två års erfarenhet av akutsjukvård innan anställning. Men det finns idag inget krav på specialistutbildade sjuksköterskor i ambulansen, dock är flertalet sjuksköterskor vidareutbildade inom ambulanssjukvård och anestesi (Landstinget Västmanland, 2011). Enligt Engerström (2007) är de vanligast förekommande vidareutbildningarna inom ambulanssjukvården anestesi, intensivvård och specialistutbildning i ambulanssjukvård. Sjuksköterskan är medicinskt ansvarig för bedömning och behandling av patienten, och jobbar vanligen med en kollega som är ambulanssjukvårdare som utöver sin undersköterskeutbildning har en 40 veckors utbildning inom ambulanssjukvård (Engerström, 2007). Ambulanssjuksköterskans arbetsuppgifter varierar mellan basal omvårdnad till avancerad behandling. Sjuksköterskan har alltid patienten i fokus och ser till helheten (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

I USA är ambulanserna bemannade med paramedics, deras utbildning skiljer sig från Sveriges ambulanssjuksköterskor och sjukvårdare. Paramedicutbildningen är mer fokuserad på akutsjukvård, men saknar omvårdnad och vårdvetenskap. Utbildningen till paramedic är uppdelad i fyra delar. Steg 1: EMT-Basic training är det första steget som innefattar hjärt-lung- räddning, bedöma trauma och första hjälpen. Steg 2: EMT Intermediate utbildning som innefattar vätskebehandling, administrera läkemedel och EKG-tolkning. Steg 3: Paramedic training som innefattar medicinska bedömningar, anatomi och fysiologi. Steg 4: Certifiering och examen inom Emergency Medical Technicians (NREMT). Utbildningen tar ca två år att genomföra och licensen ska förnyas vart 2-3 år, National Registry of Emergency Medical Technicians (<http://www.nremt.org/>).

I en studie från England framkommer det att det finns stora fördelar med att en paramedic och en sjuksköterska jobbar tillsammans. Personalen upplevde att de kompletterade varandra bra eftersom att de hade olika kunskapsområden. Patienterna upplevde också att de fick en bättre helhetsvård (Machen, Dickinson, Williams, Widiatmoko & Kendall, 2007).

Ledningsutbildningar för ambulanssjuksköterskor

Major Incident Medical Management and Support (MIMMS)

MIMMS konceptet kommer från Manchester, och var från början en lokal kurs som startades efter att det genomfördes flera bombdåd i landet. Innan MIMMS-konceptet startades fanns stora brister i den prehospitala sjukvårdsledningen. Tack vare ett strukturerat arbetssätt och att ledningspersonalen kommer snabbt på plats blev denna kurs som handlar om att på ett metodiskt sätt hantera och leda sjukvården på skadeplats, mycket framgångsrik och spreds inte bara till övriga delar av Storbritannien, utan även till andra länder, så även Sverige (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). Kursen ges i Sverige av Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (www.vgregion.se/pkmc).

Prehospital sjukvårdsledning (PS)

På uppdrag av Socialstyrelsen har konceptutbildningen PS (prehospital sjukvårdsledning) arbetats fram för sjukvårdspersonal. Vid nästan alla prehospitala insatser, oavsett storlek eller typ av skadehändelse, kommer den första sjukvårdsenheten att utgöras av en ambulansbesättning. Denna besättning får alltså sjukvårdens ledningsansvar.

Utbildningskonceptet bygger på valda delar av det Brittiska konceptet (MIMMS) och skulle uppfylla följande kriterier, bland annat att det skulle vara baserade på den modell som socialstyrelsen genomfört, att konceptet skulle vara användbart både vid den stora och lilla olyckan samt att konceptet skall stämma överens med tidigare ledningsprinciper för regional ledning (Rüter, Nilsson & Vikström, 2004). Syftet med konceptet är att ett väl inarbetat mönster ska användas vid så väl den lilla som den stora händelsen. Oavsett vilken typ av händelse det handlar om skall detta koncept vara till hjälp för att hantera alla komponenter i ledningsfunktionen på det aktuella händelseområdet. Inom PS-konceptet ingår det flera roller som intas så fort en sjukvårdsledning etableras. Konceptet kan användas vid dagliga skadehändelser eller vid den stora katastrofen. Enligt Rüter et al. (2006) skall första ambulansbesättning på plats utses till att gå in i ledningsfunktion, personalen ikläder sig då rollerna som sjukvårdsledare samt medicinskt ansvarig. Konceptet vänder sig brett till ambulanssjuksköterskor, ambulanssjukvårdare och läkare som alla beroende på vilket landsting man tittar på kan hamna i ledningsfunktion (Hodgetts & Mackway-Jones, 2004; Rüter et al. 2004).

Hela PS-konceptet baseras på det modelleringsarbete som lade grunden till Socialstyrelsens nya riktlinjer (SOSFS, 2005:13) fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap (Socialstyrelsen, 2005). Det som skiljer det Svenska PS-konceptet från Engelska MIMMS är att PS har mätbara kvalitetsindikatorer samt att arbetet läggs upp lika på den lilla och den stora olyckan (Rüter, Lundmark, Ödmansson & Vikström, 2006).

Erfarenheter av prehospital sjukvårdsledning

Innan Socialstyrelsens nationella riktlinjer (SOSFS, 2005:13) fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap togs fram, såg ledningsorganisationen för sjukvården annorlunda ut. Studier och rapporter visade att det fanns brister med användandet av ledningsläkare av (Laurell & Lorin, 1994; Brandsjö et al., 2001; Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). Vid Kollision mellan passagerarfärjorna Gotlandia II och Gotland utanför Nynäshamn, Stockholms län, den 23 juli 2009 tog sjuksköterskan i först anländande ambulans sjukvårdsledarrollen eftersom att läkaren i akutbilen saknade erforderlig utbildning i sjukvårdsledning (Statens Haverikommission, rapport RS 2010:02). Studier och rapporter har visat att det finns brister i kommunikation och rapportering mellan sjukvårdspersonal, och även mellan samverkande myndigheter (polis, räddningstjänst). (Malmsten, 2000; Klein & Weigelt, 1991; Nilsson & Ruter, 2008; Gryth, et al., 2010; Juffermans & Bierens, 2010). Även rapportering till strategisk ledning och larmcentral fallerar, vilket leder till svårigheter att tilldela rätt resurser (Nilsson & Ruter, 2008; Gryth, et al., 2010; Juffermans & Bierens, 2010). För att ledningsarbetet ska fungera ställs höga krav på personalen som befinner sig i ledningsfunktion, svåra beslut måste fattas. Studier har visat att struktur i ledningsarbetet är viktigt, men även att sjukvårdsledningen kan vara flexibel (Peleg, Michaelson, Shapira & Aharonson-Daniel, 2003; Marghella, 2002). Forskning inom prehospital ledning visar även att det krävs

utbildning och erfarenhet från tidigare händelser för att arbetet ska fungera optimalt (Sjöberg, Wallenius, & Larsson, 2006). Ambulansverksamheterna har ofta en hög arbetsbelastning, det kan då vara svårt för ambulanspersonalen att kontinuerligt öva på ledning. Erfarenhet av sjukvårdsledning fås vanligen genom skarpa händelser i arbetet. Detta innebär att det blir få tillfällen för varje ambulanssjuksköterska att vara i ledningsfunktion, dock ställs höga krav på sjukvårdsledaren och den medicinskt ansvariga vid ledning (Aylwin et al., 2006; Lennquist, 2009; Hodgetts & Mackway-Jones, 2004). Ambulanspersonalen upplever att det är nödvändigt med ett strukturerat arbetssätt när de är i ledningsfunktion, detta för att inte missa viktiga beslut, ledningsstrukturen bör utgå från hur det ser ut i vardagen, vid mindre händelser (Sundness & Birnbaum, 2003). Efter jordbävningkatastrofen i Gujarat Indien 2001 genomförde Bremer (2001) en studie som påvisade vikten av att organisera arbetet så resurserna används effektivt.

PROBLEMFORMULERING

Erfarenheter från prehospital sjukvårdsledning har visat på brister i arbetet, det ställs stora krav på sjukvårdsledningen. Vid en allvarlig händelse måste det finnas en prehospital ledning för varje samverkande organisation (sjukvård, räddningstjänst och polis) för att bemästra detta krävs utbildning, övning, träning och erfarenhet från den aktuella verksamheten. Sjukvården skiljer sig i det här avseendet litet från våra samverkande myndigheter (polis, räddningstjänst). Där ingår ledningsförmåga i rekryteringen, och förberedelse för ledningsuppgifter ingår i både utbildning och daglig verksamhet, medan personal inom sjukvården kan vara mycket professionella utan att behöva leda.

Sjukvården har löst den prehospitala ledningen genom att den ambulansbesättning som är först på skadestplats tar det initiala ledningsansvaret och går in i ledningsfunktion, vanligen blir ambulanssjuksköterskan medicinskt ansvarig och ambulanssjukvårdaren sjukvårdsledare, detta trots att ambulanspersonalen kan vara både oerfaren och sakna särskild utbildning i sjukvårdsledning. Att vara i ledningsfunktion medför ett stort ansvar gällande samverkan, kommunikation, beslutsfattande och medicinska bedömningar. Varje enskild ambulanssjuksköterska är sällan i ledningsfunktion, det blir då följaktligen få tillfällen för ambulanssjuksköterskan att skaffa sig erfarenhet av ledningsarbete. Det finns idag ledningsutbildningar för ambulanspersonal, dock finns små möjligheter att öva detta i den vardagliga verksamheten. För att på bästa sätt kunna förbereda ambulanssjuksköterskan för uppgiften vill författaren belysa vad ambulanspersonalen upplever när de är i ledningsfunktion vid allvarlig händelse.

SYFTE

Syftet med denna studie var att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse.

METOD

Ansats

En kvalitativ metod valdes för att få veta mer om mänskliga fenomen som upplevelser (Malterud, 2009; Berg, 2004). Hartman (2007) skriver att kvalitativa metoder försöker förstå individernas livsvärld och hur de ser på sig själva och omgivningen. Vidare menar Hartman att människans beteende måste studeras och tolkas upprepade gånger för att närma sig deras subjektiva sätt att se världen. Målet med den kvalitativa forskningen är att förstå hur individen ser och upplever en viss sak samt att förstå meningen med deras erfarenheter och med hjälp av detta få en fördjupad kunskap och förståelse kring individens livssituation. Syftet med metoden är att försöka förstå världen ur den intervjuades synvinkel och därigenom få fram upplevelser och erfarenheter som kan bidra till kunskap och förståelse. Intervjuer är samtal om något som båda parter har ett intresse av och genom det sker ett utbyte av åsikter och kunskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Patton (2002) menar att intervjuer kan få fram information om sådant som inte går att observera eller mäta t.ex. känslor och upplevelser kring ett fenomen. Patton (2002) menar också att det vid intervjuer av människor framkommer deras perspektiv på den levda världen.

Val av metod

För att kunna besvara syftet valdes en kvalitativ, deskriptiv metod som kan beskriva hur människor upplever fenomen i den levda världen. Syftet var inte att beskriva "hur något är" utan snarare hur ambulanssjuksköterskorna upplever att vara i ledningsfunktion. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats ansågs lämplig med sin förmåga att förutsättningslöst analysera texter som baseras på människors berättelser om sina upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004).

Innehållsanalys som vetenskaplig metod utvecklades för att hantera stora mängder data och användes till en början framför allt av massmedieforskare. De första beskrivningarna av innehållsanalys handlade i huvudsak om genomförande med kvantitativ ansats, alltså för att analysera frekvenser och proportioner (Krippendorff, 2004). Kvalitativ innehållsanalys däremot fokuserar på tolkning av texter och används framförallt inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Att metoden är applicerbar på olika texter och att tolkning kan ske på olika nivåer gör den användbar inom olika forskningsområden. Inom omvårdnadsforskning har kvalitativ innehållsanalys använts för att granska och tolka texter, såsom utskrifter av bandade intervjuer. Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter, som bland annat kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen kan göras på manifest och/eller latent nivå. Den manifesta analysen beskriver enligt Graneheim och Lundman det som faktiskt sägs, det tydliga och uppenbara utan större tolkning. De menar vidare att den latent analysnivån lyfter fram det som texten pratar om, texten tolkas i större utsträckning och den underliggande meningen kommer fram. Fördelen vid användandet av både manifest och latent tolkning kan vara att det blir ett varierande djup i analysen.

Urval

Ett strategiskt urval gjordes, där ambulanssjuksköterskor som aktivt varit i ledningsfunktion vid en händelse med fem drabbade eller fler valdes ut. Det var

händelserna som valdes först sedan togs hänsyn till kön. Målsättningen med ett strategiskt urval var att informanterna skulle kunna belysa problemställningarna och studiens syfte. Författarens mål var inte att uppnå överförbarhet på populationsnivå eller pröva hypoteser. Det är bättre att urvalet är rikt på information än att det är representativt. Ett slumpmässigt urval kan faktiskt hota kunskapens giltighet vid en kvalitativ studie (Malterud, 2009). För att få ett så bra underlag som möjligt för tolkningar och fynd som lär oss något om ambulanssjuksköterskans upplevelser om att vara i ledningsfunktion valde författaren att begränsa urvalet till ambulanssjuksköterskor som varit i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse med fem drabbade eller fler. För att fånga upplevelser från ambulanssjuksköterskans vardag valdes händelser med varierande storlek ut. En spridning i ålder och en könsfördelning som speglar ambulanssjukvården i aktuellt län eftersträvades. Informanterna arbetar på tre av de fyra ambulansstationerna i Västmanland. Personalen på den station som författaren jobbar på exkluderades för att undvika att personkännedom ska påverka studiens resultat. De informanter som medverkade i studien var 3 kvinnor och 6 män, urvalet speglar könsfördelningen inom ambulanssjukvården i aktuellt län. Det var även en spridning i både ålder (29-53 år), antal år som sjuksköterska (8-26 år) och antal år inom ambulanssjukvården (4-25 år).

Genomförande

Intervjuer valdes som datainsamlingsmetod, skälet till detta var att informanterna skulle få möjlighet att beskriva sina upplevelser med egna ord. Vid samtliga intervjuer användes en intervjuguide (Bilaga II). För att belysa upplevelserna kring ett fenomen krävs att tillräckligt med intervjuer genomförs så att det inte längre framkommer några nya upplevelser (Malterud, 2009).

Först genomfördes två pilotintervjuer för att validera och säkerställa frågornas användbarhet i intervjuguiden samt att författaren skulle få tillfälle att öva intervjumetodik. Pilotintervjuerna utvärderades och det framgick att en öppen inledande fråga var en bra start på intervjun. Författaren upplevde dock att det var lätt att informanten frångick ämnet som författaren ville ha upplevelser om, därför ställdes fler följdfrågor under intervjuerna som kom att ingå i själva studien. I vissa fall fick författaren leda tillbaka informanten till ämnet när han ansåg det nödvändigt. Utöver gjordes inga förändringar i intervjuguiden. Pilotintervjuerna genomfördes med kollegor till författaren och inkluderades inte i studien. Slutligen genomfördes samtliga nio intervjuer under december 2011-januari 2012.

Författaren kontaktade verksamhetschefen för ambulanssjukvården i ett län i mellansverige via telefon och presenterade studien. Därefter sändes ett informationsbrev (Bilaga I) innehållande skriftligt godkännande och en kort beskrivning av studien, med avsnitt ur den godkända projektplanen; problemområde, syfte och metod ut via post. Skriftligt godkännande erhöles innan intervjuerna påbörjades.

Ambulanssjukvården i aktuellt län har ett register över vilka som varit i ledningsfunktion, detta för att kvalitetssäkra och följa upp verksamheten. Författaren erhöles en lista av verksamhetschefen innehållande namn på personal som varit i ledningsfunktion vid allvarlig händelse. Från denna lista med 67 namn valdes tio ambulanssjuksköterskor ut som hade varit i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse med fem drabbade eller fler.

De tio ambulanssjuksköterskorna kontaktades sedan via telefon där författaren presenterade studien och bad om tillåtelse att sända ytterligare information i form av en

skriftlig sammanfattning (Bilaga III) innehållande studiens bakgrund, syfte och metod, vilket samtliga godkände. Åtta informanter planerades att ingå i studien, dock tillfrågades tio informanter om deltagande pga. eventuella avhopp. De åtta ursprungliga informanterna deltog fullt ut i studien. Dock ville en av de två reserverna delta pga. stort intresse för ämnet. Det blev då slutligen nio informanter som intervjuades och ingick i studien.

Intervjuerna genomfördes efter överenskommelse på informanternas arbetsplats i samband med arbetsskiftets början eller slut. Ett avskilt rum valdes där intervjuerna kunde genomföras utan avbrott och störande moment. Tider för intervjuerna bokades med varje enskild informant i god tid. Den avsatta tiden för intervjuerna var 60 minuter, detta för att informanterna inte skulle känna sig stressade pga. tidsbrist samt att det skulle finnas tid för frågor och funderingar efter avslutad intervju. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det gäller att skapa en god miljö kring intervjuaren och informanten, det är också viktigt att tänka på att de första minuterna är viktiga då informanten vill skapa en uppfattning om intervjuaren för att våga öppna sig och tala fritt om sina erfarenheter och upplevelser. Intervjuaren kan skapa en god kontakt genom att vara uppmärksam, intresserad, visa respekt och förståelse för vad den intervjuade säger. Det kan även vara bra att ta lite tid efter själva intervjun och reflektera över vad som framkommit och hur det kan påverka individen. Intervjuerna tog mellan 20-35 minuter. Samtliga informanter var intresserade av studien och dess kommande resultat, vilket föranledde diskussioner om problem och tänkbara förbättringar efter själva intervjun. Dessa samtal inkluderades inte i studien då det var lokala problem/funderingar som framkom, vilket inte bidrog till studiens syfte. Den totala tiden för mötet med informanten blev i de flesta fall ca 60 minuter.

Intervjuerna spelades in på band för att sedan transkriberas. En frågeguide med semistrukturerade frågor användes (Bilaga II) och för att uppmuntra informanterna ställdes följdfrågor efterhand under intervjun. Intervjuerna startade med att informanterna fick berätta hur länge de jobbat som sjuksköterska samt hur länge de jobbat inom ambulanssjukvården. Den första frågan var öppen enligt följande: *Kan du berätta om en händelse när du var i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse?* Sedan ställdes följdfrågor under intervjuens gång.

Dataanalys

Avsikten med studien var att, med kvalitativ innehållsanalys göra en empirisk beskrivning av ambulanssjuksköterskornas upplevelser av att vara i ledningsfunktion. Författaren har använt en kvalitativ innehållsanalys med manifest innehåll då den anses lämplig för granskning av transkriberade texter. Manifest analys beskriver det som faktiskt sägs, det tydliga och uppenbara (Graneheim & Lundman, 2004).

Redan under intervjuerna erhöles de första intrycken, intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes upprepade gånger för att få en helhetsbild av innehållet och för att hitta det uppenbara som framkommit och som är relevant för att svara på studiens syfte och frågeställningar. Graneheim & Lundman, (2004) menar att texten måste läsas flera gånger för att författaren ska förstå meningen med texten, detta för att analysen ska lyckas. De delar av texten med upplevelser som beskrev studiens syfte och frågeställningar ströks under med en färgpenna, de meningar som beskrev samma upplevelse nummerades med samma nummer. Enligt Graneheim & Lundman, (2004) sker den kvalitativa innehållsanalysen genom att meningar och fraser som är relevanta för frågeställningen hittas, de bildar meningsbärande enheter. I nästa steg kondenserades de meningsbärande

enheterna ner till kortare meningar och kodades. Graneheim & Lundman, (2004) menar att kondensering är att korta ner de meningsbärande enheterna utan att det centrala innehållet förloras. Nästa steg var att gruppera koderna efter innehåll och sammanföra dessa till underkategorier. Det blev sammantaget 16 underkategorier som lästes upprepade gånger för att bilda ett sammanhang som sedan bildade tre övergripande kategorier (se figur 1). Innehållet i dessa tre kategorier speglar informanternas upplevelser från att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse.

Analysmatris (Figur 1).

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Jag hade velat ha dem nära mig så vi kunnat stå på ett ställe och planerat hur vi liksom skulle lösa det, men de sprang bara runt kändes det som. Jag tycker ofta det är svårt att vara samlade på en ledningsplats, det är alltid någon som springer iväg	Svårt att vara samlade på ledningsplats	Samlade	Samverkan	Strukturerat arbetssätt
Hade flera svårt skadade så jag visste ju att det blev ett etiskt dilemma för mig vem jag ska välja, men vi arbetar ju efter vårt koncept	Svårt att välja men vi jobbar ju efter vårt koncept	prioritering	Triage	
Om det blir längre sträckor så hinner man ju förbereda sig på ett helt annat sätt och då är ju lathundar och sådana saker väldigt positiva att ha	Hinner förbereda sig och läsa lathundar på väg ut	På väg ut	Framkörning/ Förberedelse	
Det är så mycket att göra när man är i ledningsfunktion så det är oftast svårt att hinna med och skriva under själva räddningsarbetet	Svårt att hinna skriva under arbetet	Tidsbrist	Dokumentation	

Figur 1. Exempel på meningsbärande enhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori från den manifesta innehållsanalysen enligt Graneheim och Lundman (2004).

Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet

För att öka giltigheten gjordes ett strategiskt urval. Intentionen var att könsfördelning skulle spegla ambulanssjukvården i aktuellt län. Skälet till att intervjuer var datainsamlingsmetod var att informanterna skulle få möjlighet att beskriva sina upplevelser med egna ord. För att belysa upplevelser kring ett fenomen krävs att tillräckligt många intervjuer genomförs så att det inte längre tillförs någon ny information (Malterud, 2009). Författaren ansåg att åtta intervjuer var rimligt för att få tillräckligt med upplevelser kring fenomenet. Större datamaterial riskerar att analysen kan bli ytlig (Graneheim & Lundman, 2004).

För att öka trovärdigheten genomförde författaren själv samtliga intervjuer. Vidare användes en intervjuguide med semistrukturerade frågor för att fånga informanternas upplevelser. Frågornas utformning testades genom pilotintervjuer och därefter gjordes några få ändringar av frågorna. Författarens intention var att närma sig forskningsområdet så förutsättningslöst som möjligt och med bibehållen nyfikenhet. Datan tolkades metodiskt och omsorgsfullt för att öka noggrannheten i studien. Informanterna var informerade om studiens syfte, det är då sannolikt att deras beskrivningar av upplevelserna kring fenomenet är uppriktiga och stämmer överens med den information som frågorna avsåg att inhämta, även citat kommer att förstärka resultatet.

Etiska överväganden

Etiska problem som kan uppkomma inom den kvalitativa forskningen är bl.a. att erfarenheter och upplevelser som framkommer kan bero på den sociala relationen mellan informanten och intervjuaren. För att motverka detta är det viktigt att en god första kontakt skapas med informanten, detta för att denne måste känna sig fri att prata om sina upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Författaren skapade en första kontakt genom att på ett lättförståeligt sätt informera informanterna om hur intervjun var upplagd och om det fanns några frågor eller funderingar innan intervjuerna startade. Författaren har även reflekterat över att känsliga händelser kan väcka obehagliga minnen hos informanterna och informerade åter om att intervjuerna genast kunde avbrytas. Det fanns även tid för reflektion och stöd efter intervjuerna.

Vetenskapsrådet (2009) beskriver att god forskningsetik kan uppnås genom fyra principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Författaren informerade de av forskningen berörda om hela forskningsprocessen. Vad som var studiens syfte, metod, hur insamlad data kommer att användas och förvaras samt på vilket sätt deltagarna kommer att ingå i studien. Deltagarna i undersökningen hade rätt att själva bestämma över sin medverkan. Varje deltagare hade rätt att lämna projektet när han/hon så önskade. Ingen deltagare skulle behöva känna sig tvingad att bli kvar i undersökningen och det var därför av största vikt att inga beroendeförhållanden fanns mellan forskaren och deltagarna. Uppgifterna om alla deltagarna i undersökningen gavs största möjliga konfidentialitet och personuppgifter togs inte med i materialet. Individernas integritet skyddades på ett sätt så att ingen skulle kunna identifiera vederbörande. Uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål. Detta innebär att inga uppgifter om enskilda får användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller för andra icke-vetenskapliga syften. Författaren samlade endast in uppgifter om ålder och yrkesverksamma år.

Författaren inhämtade skriftligt tillstånd av verksamhetschefen innan studien påbörjades, även informerat samtycke inhämtades muntligt från samtliga ambulanssjuksköterskor. Alla ambulanssjuksköterskorna som valde att medverka i studien fick en skriftlig information i samband med intervjuerna. De fick även muntlig information om att deltagande i studien var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Vidare informerades informanterna om att det som framkommer i studien inte kommer att kunna härledas till någon enskild person samt att intervjuerna endast kommer läsas av författaren och hans handledare. Personuppgifter är inte relevanta, intervjuerna tilldelades en kod vilket garanterar informanternas integritet.

Författaren har följt Vetenskapsrådets rekommendationer över god forskningsed, genom att öppet redovisa hur studien kommer att genomföras, samt att informanterna förstått innebörden av att delta i studien (Vetenskapsrådet, 2009).

RESULTAT

Ambulanssjuksköterskorna som intervjuats beskriver sina upplevelser från att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse. Alla har sina unika berättelser och upplevelser, dock framkommer gemensamt att det finns fördelar men också nackdelar med hur dagens prehospitala sjukvårdsledning är organiserad.

Nedan presenteras hur ambulanssjuksköterskorna upplever det att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse. Resultatet presenteras i form av tre kategorier: *Strukturerat arbetssätt, faktorer som kan påverka ledningsarbetet* och *emotionella reaktioner* som grundar sig på 16 underkategorier som framkom under analysarbetet.

Strukturerat arbetssätt

Ambulanssjuksköterskorna upplevde att det fanns flera faktorer som inverkade på om ledningsarbetet skulle bli strukturerat eller inte. Kategorin *Strukturerat arbetssätt* består av underkategorierna *Triage, Samverkan, Framkörning/förberedelse* och *Dokumentation*.

Triage

Informanterna upplevde att det fanns etiska dilemman när de var tvungna att välja vilken patient som först skulle avtransporteras. Besluten underlättades genom att personalen kunde arbeta efter klara riktlinjer. Vidare upplevde informanterna att det var svårt att ha kontroll över hur många och hur svårt skadade de drabbade var i skadeområdet.

"Hade flera svårt skadade så jag visste ju att det blev ett etiskt dilemma för mig vem jag ska välja, men vi arbetar ju efter vårt koncept" (9).

"En brist som jag upplever det är att jag inte hade jätte stenkoll på hur svårt skadade de andra var. Man vet inte riktigt vilka skador dom hade" (1).

Informanterna upplevde även att det var stressigt att hinna prioritera alla patienter initialt innan fler resurser kom till platsen och avtransport skulle påbörjas. Men de följde förutbestämda triage rutiner vilket underlättade arbetet på skadeplats.

”Redan i början var det svårt, Du har ju väldigt kort tid på dig att prioritera patienterna så man upplever att det blir väldigt stressat. Kanske 30 sekunder sen fick man gå vidare till nästa. Men man kunde ju gå på vitalparametrarna andningsfrekvens, puls och vilken hudfärg dom hade så man fick ändå mycket information” (2).

Samverkan

Informanterna upplevde att samverkan med polis och räddningstjänst oftast fungerade bra. Sjukvårdsledaren och medicinskt ansvarig menar att räddningstjänsten ofta hjälper till att ta hand om patienter innan fler sjukvårdsresurser kommer till platsen.

”Räddningstjänsten kunde hjälpa till och hålla fria luftvägar och se till att patienterna är immobiliserade. Det känns alltid bra när alla bara arbetar på utan att man behöver säga så mycket” (2).

”Jag upplever faktiskt ofta att räddningstjänsten är väldigt på tå och väldigt hjälpsamma i de här situationerna och räddningsledaren var lugn och samarbetade bra så det fanns inget att säga om det” (1).

”Räddningstjänsten och polisen hjälpte till väldigt bra på plats. Det upplevde jag som ett väldigt bra samarbete” (6).

Ibland upplevde informanterna att det var svårt att samverka med både polisen och räddningstjänsten på grund av att de inte befann sig på ledningsplats.

”Jag hade velat ha dem nära mig så vi kunnat stå på ett ställe och planerat hur vi liksom skulle lösa det, men de sprang bara runt kändes det som. Jag tycker ofta det är svårt att vara samlade på en ledningsplats, det är alltid någon som springer iväg” (3).

Informanterna upplevde ofta att polisen inte var utmärkta med sina ledningsvästar vilket gjorde att det var svårt att veta vem som var polisinsatschef. Vidare upplevdes att det var svårt att få polisens uppmärksamhet när de ville ha deras hjälp.

”Det var ingen som hade märkt ut sig som chef, eller hade väst eller hjälm på sig, då blir man lite förvirrad. Allt går ju mycket lättare om alla märker ut sig med sina ledningsvästar” (9).

”Om det är många poliser på en olycka så tycker jag det är svårt att veta vem man ska prata med för att de märker sällan ut sig med sina ledningsvästar” (3).

”Vid den här olyckan var det väldigt rörigt och jag tyckte poliserna hade svårt att lyssna på när vi ville att de skulle stänga av trafiken för det kom bilar från alla håll, vilket gjorde att det var svårt att jobba i området” (4).

”Jag har en allmän upplevelse av att samverkan med polisen funkar dåligt på de flesta olyckor” (9).

Framkörning/förberedelse

Informanterna upplevde att det underlättade när det var en lång framkörningstid till olycksplatsen, för då fanns tid att förbereda sig mentalt men också praktiskt med västar och färdiga rapportmallar. Rapportmallar (lathundar) upplevdes väldigt positiva, de var till stor hjälp för att strukturera arbetet vid stressiga situationer men också som en komihåg lista eftersom det är sällan personalen är i ledningsfunktion.

”Om man har en bits framkörning så hinner man ta upp de här korten och läsa på lite för att få kontroll på situationen” (3).

”Om det blir längre sträckor så hinner man ju förbereda sig på ett helt annat sätt och då är ju lathundar och sådana saker väldigt positiva att ha” (4).

”Vi har ju väldigt bra lathundar och dom är bra att läsa igenom när man är på väg ut. Som medicinskt ansvarig så kör ju jag bil så det blir lite svårare, men den är rätt så kortfattad men ändå till bra hjälp faktiskt” (2).

”Det är skönt att kunna följa en mall när man är lite stressad, man har ofta ganska mycket att tänka på” (4).

Vidare upplevde informanterna att det ofta kändes nervöst innan det blev klart vilken bil som skulle vara först på plats och då gå in i ledningsfunktion. Flera informanter berättade att de kände sig nervösa när de var på väg ut till skadeplatsen, men när de väl kommit på plats och börjat arbeta släppte nervositeten och arbetet flöt på bra.

”Jag tycker att det är nervöst innan man kommer på plats och ser vad som hänt. Man föreställer sig ofta en bild på vägen ut, men det är inte ofta det stämmer med verkligheten” (1).

”Jag var inte förberedd på rollen som sjukvårdsledare utan att jag var förberedd att komma som andra bil, så det kändes lite svårt innan man kom in i arbetet” (6).

”Vi fick besked om att vi skulle vara först på plats. Så vi började redan då att tänka igenom att gå in i ledningsfunktion. När vi kom på plats hade ju räddningstjänsten redan kommit på plats och kunde informera oss om läget” (2).

Dokumentation

Det upplevdes svårt att prehospitalt hinna dokumentera tagna beslut gällande vart patienterna ska transporteras, även direkta journalanteckningar var svåra att hinna med.

”Det är så mycket att göra när man är i ledningsfunktion så det är oftast svårt att hinna med och skriva under själva räddningsarbetet” (4).

”Det är svårt att hinna med allt när det är många skadade, det gäller att prioritera vad man ska göra” (8).

Faktorer som kan inverka på ledningsarbetet

Informanterna har lyft fram flera faktorer som kan inverka på ledningsarbetet. Nedan redovisas kategorin: *Faktorer som kan inverka på ledningsarbetet* som består av underkategorierna, *Ensamma på plats*, *Stöttning av/från kollega*, *Resursbrist*, *Kommunikation*, *Erfarenhet* och *Uthållighet*.

Ensamma på plats

Informanterna upplevde ofta att det var jobbigt att vara ensam på skadeplats och de kände sig ibland hjälplösa. Det var svårt att vara i ledningsfunktion och organisera arbetet samtidigt som de skulle vara vårdutförare, vilket ändå är den viktigaste uppgiften för sjukvården.

”Mina minnen av det är ju att vi är först på plats och vad jag kommer ihåg så var det väldigt mycket att göra i länet. Vi var själva där väldigt länge innan bil nummer två kom vilket kändes hopplöst”(1).

”Det är väldigt svårt att hålla reda på allt när man är ensam på plats. Man vill hjälpa alla men man räcker inte till att vårda alla initialt” (4).

”När vi var ensamma kände jag att det blev mig övermäktigt, skulle behöva mer hjälp för att hinna med att både vårda och leda arbetet” (6).

”Själva på plats från början med svårt skadade, det upplever jag frustrerande när man står och väntar på att resurserna ska komma. Det tar tid innan man får någon organisation på det hela” (7).

Stöttning av/från kollega

Informanterna menar att det är viktigt att stötta och hjälpa varandra när de är i ledningsfunktion. Vidare framkommer att det är viktigt att vara lyhörd och respektera varandras beslut för att arbetet ska fungera.

”Jag var ganska ny och vi var först på plats. Min kollega hade jobbat länge och är ambulanssjukvårdare, han går in och tar rollen som sjukvårdsledare. Jag får mycket stöttning av honom i min roll som medicinskt ansvarig” (1).

”Vi har våra klara ledningsroller och hjälper varandra vilket gör att man känner att man har stöd men samtidigt ställer det krav på att man vet vad man gör” (5).

”Det är viktigt att man stämmer överens därute och att man har förtroende för sin kollega också, att man har ett bra samarbete där” (7).

”Då gäller det att både vara ödmjuk när man kommer som andra bil och att man lyssnar på vad den första vill ha hjälp med” (8).

Resursbrist

Det upplevs svårt att ta steget tillbaka och leda insatsen när det för tillfället råder resursbrist. I vissa fall har resursbristen orsakat en fördröjning av avtransporter till sjukhus. Vid större händelser kan det vara svårt att få de resurser som sjukvårdsledaren rekvirerar. Det kan även vara frustrerande när närmsta sjukhus inte kan ta emot några patienter på grund av platsbrist.

”När det fanns mer personal så kunde jag ta steget tillbaka och mer leda arbetet, men jag var hela tiden delaktig i arbetet med de skadade” (1).

”När de första ambulanserna lämnat sina patienter kommer dom tillbaka igen och samma bilar tar en ny patient. Så det var en klar brist på bilar vilket gjorde att räddningsarbetet drog ut väldigt mycket på tiden” (3).

”När vi skulle börja avtransportera patienterna fick vi fördelningsnyckeln som visade att Västerås hade tjockt så vi var inte välkomna med en enda patient” (2).

Kommunikation

Radiokommunikationen upplevs idag oftast bättre tack vare ny teknik, dock kan tekniken fallera vilket försvårar kommunikationen. Även brister att kommunicera med egen personal, men också med polis och räddningstjänst påtalas. Det framkommer också att det kan vara svårt att komma ut på olika talgrupper på grund av dålig radiodisciplin och andra tekniska problem. Dock fungerar den muntliga kommunikationen bra när det är mindre händelser.

”En sak som jag tänkt på är hur mycket bättre kommunikationen är idag med rakel. Nu hör man ju vad alla säger även fast man inte är runt hörnet från olyckan” (3).

”Något som jag upplever har blivit mycket bättre är kommunikationen med det nya radiosystemet” (4).

”Det pratas mycket onödigt på radion från vissa men jag tycker ändå att det är skönt och höra vindruterapporten av den organisation som kommer först på plats” (3).

”Det var lite problematiskt med radiokommunikationen med räddningstjänsten för de pratar väldigt mycket på radion” (6).

”Jag upplever det krångligare med rakel att få ut information till våra bilar som kommer, det ställer krav på att de ligger på rätt kanal för att de ska höra något” (8).

”Till viss del hade jag kontakt med räddningsledaren och jag tycker att det fungerade bra, vi pratade muntligt och hade ingen kommunikation via radio” (1).

Erfarenhet

Flera informanter upplevde att de inte hade erfarenhet av ledning vilket bidrog till oro och osäkerhet när de ställdes inför uppgiften. Tidigare erfarenheter av ledning upplevdes som en bra grund inför att vara i ledningsfunktion. Informanterna menar att det är sällan varje

enskild ambulanssjuusköterska är i ledningsfunktion och har därmed få tillfällen att skaffa sig erfarenhet av ledning.

”Jag hade ju inte jobbat så länge, jag tror det var något år. Jag tyckte ju att det var jobbigt då, jag har ju ingen direkt vana av att vara i ledningsfunktion”(1).

”Jag upplever att det hade varit svårare att gå in i ledarfunktion utan att ha lite civil bakgrund, där jag haft ledarroller tidigare. Men självklart så är man ju nervös ändå, så någon form av ledarutbildning eller erfarenhet i bagaget är ju självklart meriterande för det ställs höga krav på en” (2).

”Det är nog lättare om man varit med om något liknande förut, då kommer man in snabbare i arbetet. Det är jobbigt att behöva lära sig av verkliga händelser” (6).

”Ibland kan det ju gå långt mellan gångerna när man är i ledningsfunktion så då kan i alla fall jag tycka att jag känner en osäkerhet när man kommer ut” (3).

”Patienter träffar jag dagligen i jobbet, men vara i ledningsfunktion det inträffar sällan” (2).

”Upplever en osäkerhet, men samtidigt så ska man ju inte backa för då lär man ju sig ju inte till nästa gång utan då gäller det ju att vara med och ta hjälp av någon annan” (4).

”Man känner sig ringrostig och så där, fram med mer diskussioner och utbildningar” (5).

Uthållighet

Vid fysiska och långa insatser upplevde personalen att det var viktigt med avlösning för att kunna återhämta sig genom att fylla på med lite mat och vätska.

”Det känns bra när personal kan lösa av en efter en lång insats, så man kan ta igen sig lite” (7).

”Trots allt tänker man bättre om man fyllt på med lite vätska eller nått sånt” (5).

Emotionella reaktioner

Informanterna berättar om flera emotionella reaktioner som kan uppkomma under och efter ledningsarbetet. Nedan redovisas kategorin *Emotionella reaktioner* som i sin tur består av underkategorierna *Trygghet, Osäkerhet, Frustration, Vilja leda, Kaos* och *Eftertänksamhet*.

Trygghet

Informanterna upplever att PS-konceptet (se sid 12) skapar trygghet när de är i ledningsfunktion. Det är ett strukturerat arbetssätt som gör att arbetet flyter på. Ambulanspersonalen kan jobba enligt ett förutbestämt arbetssätt vilket skapar en trygghet i situationer som annars kan upplevas som skrämmande och svåra.

”Utbildningarna i PS som man har gått är ju bra, jag tycker det är skönt att det finns en färdig plan för vad var och en ska göra, sen kan det ju gå långt mellan gångerna man är i ledningsfunktion så man behöver ju uppdatera sig hela tiden” (3).

”Tidigare hade vi ingen utbildning i ämnet. Nu med PS då har vi ju ett koncept och vi har mallar så vi vet vad vi ska göra, vi kan våra roller” (6).

”Den här utbildningen som vi har i PS känns som en trygghet, alla vet vad man ska göra när man är i rollerna” (5).

”PS-konceptet som vi har i Västmanland är ju en väldig trygghet. Det känns lugnande när man har sin roll och vet vad som förväntas av en” (4).

Vidare menade informanterna att det upplevdes som om arbetet flöt på bättre vid större händelser, troligen på grund av att personalen var ”tagna” av stundens allvar och arbetade på utan att ifrågasätta beslut. Det upplevdes dessutom som att nervositeten släppte när arbetet väl hade startat och personalen hade sina klara roller.

”Jag upplever att det ibland kan vara lättare att jobba på en lite större olycka. Det är som ett lugn, alltså personalen är lugna och jobbar på med sina uppgifter” (4).

”Ju större det är ju lugnare blir man på något sätt, alla bara jobbar på” (5).

”Man går in i ett lugn när man tas av stundens allvar. Jag upplever att nervositeten släpper efter hand, det är bara att fokusera på arbetet” (2).

”När man väl arbetar ute på plats så tycker jag att det flöt på bra, vi hjälpte varandra och alla var insatta i arbetet” (7).

Osäkerhet

I vissa fall upplevde informanterna en osäkerhet inför beslut som var tvungna att fattas, och sedan stå till svars för dessa beslut.

”Jag upplever en rädsla över att man inte ska klara uppgiften, att allt ska stå och falla med hur jag lägger upp arbetet” (1).

”Man fick också tänka på om det blir bättre om mamman och barnet hamnar på samma ställe, även om vi misstänkte att mamman hade en skallskada. Ja, så tankarna gick och man fick ta ett beslut och stå för det” (2).

Frustration

På väg ut till skadeplatsen upplever informanterna att informationen ofta är bristfällig, de bildar sig en egen uppfattning i ambulansen som sällan stämmer med verkligheten på plats vilket upplevdes frustrerande.

”Vi hade lite svårt att få mer information på vägen ut. Man har ingen aning om olyckans omfattning förrän man är på plats” (5).

”Man upplever ju en sak när man är på väg ut och det kan ju bli en helt annan sak när man kommer fram på plats” (4).

Informanterna upplevde det frustrerande att räddningsledaren ofta uttalade sig om personskador och annat som tillhör sjukvården. All information som rör patienterna ska meddelas genom sjukvårdsledaren.

”Har känt mig överkörd av räddningsledaren som informerar andra om mitt område” (3).

”Räddningsledaren pratar om sjukdomar, eller ja, skador eller annat som inte har med dom och göra. Så man upplever att han kör över en helt enkelt” (4).

Vilja leda

Det framkom flera farhågor från informanterna när det gäller att vara i ledningsfunktion. Flera var både oroliga och kände sig osäkra på att vara i rollerna. Dock fanns flera som ville vara i ledningsfunktion, det upplevdes som både upprymmande och spännande att kunna leda och påverka situationen.

”Jag vill gärna vara först på plats, jag tycker det är en utmaning att vara i ledningsfunktion” (4).

”Jag tar gärna den rollen. Jag tycker att det är spännande och intressant, jag ser det som en utmaning, samtidigt som det är kul” (6).

”Att vara i ledningsfunktion och ha ansvaret för olyckan är ju stimulerande på ett sätt, efteråt känns det som ett tomrum” (8).

”Själva uppgiften den känner jag mig bekväm med och den är jag inte rädd för utan ser den som en del av mitt arbete” (7).

”Det är klart att jag ser det som en utmaning” (9).

Kaos

Flera informanter upplever att det kan vara kaos på skadeplatsen initialt innan det blir struktur på arbetet. Flera omgivningsfaktorer kan bidra till att det upplevs kaotiskt innan tillräckligt med resurser anlät och ledningsorganisationen är i gång.

”Jag var medicinskt ansvarig och det var väldigt rörigt för det var en stor trafikerad korsning centralt, det tar tid innan alla bilar försvinner och vi kan jobba ostört” (3).

”Ibland när man kommer fram är det fullkomligt kaos på platsen innan man hinner styra upp arbetet” (6).

”Ibland kan det vara kaotiskt, folk springer omkring. Så man måste ju försöka stå på sidan om och uppfatta vad som händer innan man kan börja strukturera upp arbetet” (4).

Eftertänksamhet

I vissa fall upplevde informanterna att de hade tankar och funderingar kring insatsen när de kommit hem. Det kunde vara allt från tvivlan på egna beslut till tomhet efter att ha varit i händelsernas centrum. Även tankar om debriefing efter särskilda händelser fanns bland informanterna.

”De här olyckorna där jag varit medicinskt ansvarig då har jag varit relativt nyanställd och vid ett par tillfällen blivit ifrågasatt om patienten ska transporteras, vilket jag upplever frustrerande när man tänker på det efteråt” (2).

”En annan sak jag tänkte på är de här tankarna om har jag prioriterat rätt eller inte, då kan det vara skönt att få feedback senare. Det har jag fått gjort på egen hand och undersökt vilka skador som patienten fick, då kommer funderingar på om jag gjorde rätt” (7).

”Adrenalinnet stiger ju på alla och efteråt så känner man ju en liten tomhet när allting är färdigt” (4).

”Man går och grubblar hemma, funderingar på gjorde jag rätt, kunde jag ha gjort på något annan sätt” (5).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Design/metodval

För att kunna svara på studiens syfte: hur ambulanssjuksköterskan upplever att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse, valdes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som metod. Patton (2002) menar att det vid intervjuer av människor framkommer deras perspektiv på den levda världen. En annan metod som kunde ha använts är enkäter med semistrukturerade frågor, dock hade det då varit svårare att fånga informanternas upplevelser av att vara i ledningsfunktion. Författaren visste inte på förhand hur intervjuerna skulle utvecklas, vilket hade gjort det svårt med färdiga följdfrågor. Författaren arbetade fram en semistrukturerad intervjuguide som började med en öppen inledande fråga, vilket Polit och Beck (2012) menar kan ge mer djup i materialet. Därefter ställdes följdfrågor under intervjuernas gång för att bättre få svar på studiens syfte. Vidare menar Graneheim och Lundman (2004) att semistrukturerade frågor hjälper till att fånga upp informanternas olika upplevelser av ett fenomen. Efter den sista intervjun ansåg författaren att det inte framkom några nya upplevelser och därmed hade tillräckligt med material samlats in för att kunna belysa studiens syfte.

Urval

Ett strategiskt urval gjordes där inklusionskriteriet var att ambulanssjuksköterskorna aktivt varit i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse med fem drabbade eller fler. Författaren ansåg att det behövdes fem drabbade eller fler initialt eftersom det vid färre antal drabbade ofta är flera oskadade, vilket leder till att personalen inte behöver agera fullt ut i sina ledningsroller. Vid fem drabbade ansåg författaren att ambulanssjuksköterskorna hade

tillräckligt med erfarenhet för att kunna bidra till studiens syfte. Malterud (2009) menar att det är bättre att urvalet är rikt på information än att det är representativt, det kan snarare vara så att ett slumpmässigt urval kan hota kunskapens giltighet vid en kvalitativ studie. För att fånga upplevelser från ambulanssjuksköterskornas vardag valdes händelser med varierande storlek ut. Även en spridning i ålder och en könsfördelning som speglar ambulanssjukvården i aktuellt län eftersträvades. Alla informanterna har sitt ursprung från Sverige vilket författaren anser inte ha påverkat resultatet i denna studie. Patton (2002) menar att resultatet skulle kunna ha sett annorlunda ut om informanter från en annan kultur hade medverkat. Informanterna arbetar på tre av de fyra ambulansstationerna i Västmanland, detta för att få en spridning på informanterna utifall det finns lokala skillnader i rutiner. Personalen på den station som författaren jobbar på exkluderades, även personal på andra stationer som författaren känner väl exkluderades för att undvika att personkännedom ska påverka studiens resultat. Malterud (2009) menar att om data samlas in från egna kollegor, så kan vi inte förvänta oss att data utmanar förförståelsen. Målet är att reducera förhållanden som kan förstöra kunskapsutvecklingen.

Genomförande

Samtliga intervjuer genomfördes på informanternas egen ambulansstation i samband med ordinarie skifts början eller slut. Några intervjuer genomfördes före informanternas arbetsskift vilket kan ha påverkat negativt i form av stress för att inte bli klara i tid. Dock fanns gott om tid till reflektion och frågor efter samtliga intervjuer. Ersättning i form av tid mot tid utbetalades till samtliga informanter. För att undvika att bli störda genomfördes intervjuer i ett avskilt kontor på respektive station. Själva intervjuerna tog upp till 35 minuter, dock var 60 minuter avsatt till varje intervju vilket gav goda möjligheter för författaren och informanten att bekanta sig med varandra och studiens syfte innan själva intervjun. Efter intervjuerna fanns också tid för reflektion och frågor som eventuellt uppkom under intervjun.

Författaren arbetar som instruktör i prehospital sjukvårdsledning i aktuellt län vilket kan påverka förförståelsen och relationen till informanterna. För att motverka detta försökte författaren vara neutral och inte lägga några egna värderingar i informanternas berättelser. Ibland när informanterna hade svårt att beskriva sina upplevelser med ord var det svårt för författaren att inte fylla i meningen eller till viss del tolka det som framkom. Det var även svårt att veta när följdfrågor skulle ställas, alla intervjuerna utvecklades på sitt unika vis, vilket gjorde det svårt att veta när följdfrågor skulle ställas eller om det fanns behov av att styra in informanten på ämnet igen. Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) påpekar att det är viktigt att författaren håller sig till informantens berättelse och upplevelser, viss påverkan och förförståelse går inte att undvika då det är en del av tolkningsprocessen. Författaren var också noga med att berätta att det inte finns några ”rätt” eller ”fel” svar på intervjufrågorna, utan att det enbart är informantens egen upplevelse som är viktig. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det är viktigt att informanterna känner en trygghet i intervjusituationen för att kunna uttrycka sina känslor och upplevelser. Vidare menar Kvale och Brinkmann att en viss förförståelse kan vara en fördel för att genomföra intervjuerna och sätta sig in i de intervjuades situation. Författaren anser att hans förförståelse bidrog till att det blev lättare att veta när följdfrågor skulle ställas, men också när samtalen kunde fortsätta.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys med manifest tolkning enligt Graneheim och Lundman (2004) gjordes. Själva analysprocessen gjordes genom att författaren upprepade gånger läste igenom materialet för att få en helhet. Därefter urskiljdes meningsbärande enheter som var relevanta för att beskriva studiens syfte. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska meningsbärande enheterna kondenseras till kortare meningar utan att kärnan i innehållet försvinner. Författaren upplevde att det i vissa fall blev en mindre grad av tolkning på vad informanterna menade i vissa situationer. Detta trots att analysen genomfördes på en manifest nivå där ett neutralt förhållningssätt och en mindre grad av tolkning föreligger enligt (Graneheim & Lundman, 2004). Författaren analyserade materialet på egen hand vilket kan försvåra att tolkningen sker så öppet som möjligt. För att skapa lämpliga kategorier och underkategorier fick författaren återgå till meningsenheterna upprepade gånger för att kontrollera att materialet hamnat i lämplig kategori respektive underkategori. Detta arbete försvårades genom att flera meningsenheter kunde placeras i flera underkategorier. Analysmaterialet kommer från nio intervjuer där snarlika upplevelser framkommit från flera informanter vilket styrker trovärdigheten och att författaren försökt vara neutral under samtliga intervjuer. Tack vare att författaren har en stor förförståelse upplevdes ett visst samband mellan informanternas upplevelser och vad som diskuteras vid utbildningstillfällena i prehospital sjukvårdsledning, vilket ytterligare stärker uppfattningen om att författaren försökt vara neutral under både intervjuer och själva analysen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan dataanalysen genomföras på både manifest och latent nivå, författaren har valt att utföra dataanalysen på manifest nivå vilket innebär en mindre grad av tolkning därav har författaren avstått från att bilda teman där det föreligger en högre grad av tolkning. Författaren är dock medveten om att det förekommer en viss grad av tolkning även på manifest nivå.

Giltighet, trovärdighet och överförbarhet

Nio ambulanssjuksköterskor intervjuades med en spridning i ålder och en könsfördelning som speglar ambulanssjukvården i aktuellt län. Graneheim och Lundman (2004) menar att giltigheten kan ökas genom att det finns en spridning i ålder och en fördelning mellan könen, vilket ger ett vidgat perspektiv och därmed ett rikare material. Tre kvinnor och sex män inkluderades i arbetet vilket speglar könsfördelningen i aktuellt län. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan giltigheten ökas ytterligare genom att använda en lämplig datainsamlingsmetod. I datainsamlingen till detta arbete användes en diktafon för att spela in alla nio intervjuer. Inspelningarna transkriberades sedan ordagrant av författaren, redan då började han se helheten i materialet. Vidare måste kategorier och underkategorier täcka det relevanta innehållet i materialet. För att försäkra sig om att relevant data inte gick förlorad lästes intervjumaterialet upprepade gånger för att förstå helheten. Författaren upplevde att det var svårigheter att på egen hand tolka och arbeta fram kategorier och underkategorier, giltigheten kunde ha förbättrats genom att författaren haft en eller flera medförfattare att diskutera materialet med och tillsammans tolkat och analyserat fram kategorier. Författaren själv arbetar som ambulanssjuksköterska inom ambulanssjukvården i Västmanland, detta kan vara en nackdel då författaren har kunskap och en förförståelse inom området som studeras. Detta kan leda till att informanterna inte tillåts berätta tillräckligt eller att intervjuaren tar det som sägs för givet (Thomsson, 2002). Författaren var medveten om att hans förförståelse kunde påverka informanternas utsagor under intervjuerna, men med denna insikt innan arbetet påbörjades hade författaren ett neutralt förhållningssätt så detta inte skulle påverka studiens resultat. Det kan även ses som en

fördel att ha viss förförståelse, detta för att förstå informanternas berättelser och därmed kunna ställa rätt följdfrågor under intervjuerna (Thomsson, 2002). Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) menar att det alltid föreligger subjektiva tolkningar hur människan upplever verkligheten vilket mycket väl kan leda till olika överensstämmelser i bedömningar vilket i sin tur inte behöver betyda att resultaten är ogiltiga.

Graneheim och Lundman (2004) menar att trovärdigheten kan ökas genom att författaren är medveten om att materialet kan förändras genom hela arbetets gång, men även att förförståelsen ökar i takt med att författaren blir insatt i ämnet. I detta arbete användes en intervjuguide med en öppen inledande fråga som ställdes till alla, därefter ställdes följdfrågor beroende på vad informanternas berättade om. Intervjuerna utvecklades på sitt unika sätt vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) kan orsaka att trovärdigheten minskar men att materialet blir rikare. Vidare menar Graneheim och Lundman att trovärdigheten kan ökas genom att studiens resultat styrks med citat från intervjumaterialet vilket gjorts i detta arbete. För att ytterligare styrka trovärdigheten i detta arbete har urvals, datainsamlings, genomförande och analysprocessen beskrivits noga vilket Polit och Beck (2012) förordar. Det är dock upp till varje läsare att själv bedöma trovärdigheten i arbetet, men för att kunna göra detta måste arbetsprocessen beskrivas noggrant (Polit & Beck, 2012).

Studien är genomförd på ambulanssjuksköterskor från ett län i Sverige vilket speglar personalens upplevelser där. Lokala rutiner och olikheter kan förekomma mellan olika landsting och privata aktörer. Även stora geografiska skillnader som ändrar förutsättningarna gällande tillgängliga resurser i landet kan påverka hur ambulanssjuksköterskorna upplever att vara i ledningsfunktion. Enligt både Polit och Beck (2012) och Graneheim och Lundman (2004) kan trovärdigheten ökas genom att studiens resultat kan överföras till andra grupper. Denna studiens resultat kan dock vara trovärdigt i det aktuella län som studien genomfördes men pga. ovan beskrivna anledningar kan överförbarheten vara tveksam. Det som talar för att resultatet kan överföras till stora delar av landet är att nästan alla ambulansorganisationer idag arbetar efter samma strukturerade ledningskoncept (PS) vilket kan bidra till att de flesta upplevelser som framkommit kan överföras på en större population med vissa undantag.

Resultatdiskussion

Genom att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse, samt hur det har påverkat patientarbetet kan ambulanssjuksköterskor få en större förståelse för hur det är att vara i ledningsfunktion och därmed utnyttja dessa erfarenheter till att förbättra den prehospitala vården och därmed patientnyttan. Författaren har av diskussioner inom ambulanssjukvården förstått att det upplevs frustrerande att vara i ledningsfunktion då erfarenhet och kontinuerliga övningar av ledning saknas. Med hänsyn till detta kändes det relevant att studera ambulanssjuksköterskornas upplevelser av att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse. Finns det något som kan underlätta ledningsarbetet för personalen och därmed i förlängningen de direkt patientrelaterade åtgärderna?

Strukturerat arbetssätt

Studios resultat visar att ett strukturerat arbetssätt underlättar ambulanspersonalens prehospitala ledningsarbete, vilket stämmer överens med Berlin och Carlström (2009);

Sjöberg, Wallen och Larsson, (2006); Aylwin, König, Brennan, Shirley, Davies och Walsh, (2006) studier. Författaren anser att dagens PS-koncept hjälper ambulanspersonalen att få en struktur på ledningsarbetet samt att det går att mäta och utvärdera personalens arbete. Vidare framkommer att det är svårt att triagera patienter prehospitalt, vilket bekräftas från tidigare studier. Endast vitalparametrar och personalens kliniska blick finns att tillgå vid bedömningen av patienternas status. Patienternas tillstånd kan snabbt förändras vilket kan leda till resursbrist, detta på grund av svårigheter att snabbt avtransportera patienten. Författaren anser att det prehospitalt inte går att förutsäga vilka skador patienterna har, det är först när patienten kommer till sjukhus som en komplett diagnos kan ställas. Personalen upplever att det kan uppstå etiska delemman när flera patienter är svårt skadade, vilket stämmer överens med Höglund (2005) studie där han skriver att triageprocessen kan vara jobbig för personalen. Flera informanter hade tankar och funderingar angående om de hade fattat rätt beslut när dom triagerade på skadeplats. Författaren till detta arbete anser att det är viktigt att följa upp dessa händelser för att kunna ge personalen feedback på deras arbete. Informanterna upplevde dock att triageprocessen underlättades när de arbetade efter ett färdigt koncept. Detta stämmer överens med Rehn, et al. (2010); Hagiwara, Henricson, Jonsson och Suserud (2011) studier som kom fram till att det krävs att personalen jobbar efter ett triagekoncept så att alla patienterna behandlas och prioriteras på lika villkor. Vidare upplevde informanterna att det var stressigt att hinna prioritera alla patienterna innan fler resurser anländer till skadeplatsen något som tidigare beskrivits av bl.a. Höglund (2005) som menar att det kan vara stressigt och jobbigt för personalen att utföra den första triagen. Författaren till detta arbete menar att personalen är av den uppfattningen att triagen ska vara klar innan fler resurser anländer till platsen, vilket inte är nödvändigt. Triageprocessen är en ständigt pågående process som skall revalueras löpande under hela insatsen. När det anlånt fler resurser hjälper dessa till med att triagera patienter, dock är den medicinskt ansvarige den som fattar de medicinska besluten.

Upplevelsen att samverka med polis och räddningstjänst oftast fungerade bra kan bero på att räddningstjänstens personal är väldigt hjälpsamma när det handlar om att hjälpa ambulanspersonalen med enklare sjukvårdsåtgärder. Författaren tror vidare att räddningstjänsten är mer behjälpliga eftersom de har mer sjukvårdsutbildning än vad polisen har. Informanterna som var sjukvårdsledare hade ibland svårt att veta vem som var polisinsatschef, detta orsakades av att polisen inte var utmärkta med sina ledningsvästar. Detta överensstämmer med tidigare resultat där bl.a. Berlin och Carlström (2009) i sin rapport skriver att det är viktigt med tydliga ledningsroller för att skapa förutsättningar för samverkan på skadeplats. Räddningsledaren är alltid utmärkt i sin ledningsroll, vilket kan bero på att han alltid kommer ut till skadeplats i den rollen. Ambulans och polis däremot har inte ledningsrollen som sin självklara roll i det dagliga arbetet, vilket gör att de måste sätta på sig sina ledningsvästar när det blir aktuellt att iträda respektive ledningsroll. I denna studies resultat framkommer att samverkan mellan de olika myndigheterna främjar insatsen och effektiviserar arbetet, vilket underlättas genom att myndigheterna arbetar utifrån olika lagrum som tillsammans skapar bättre förutsättningar vilket slutligen gynnar patienten. Detta styrks enligt Cedergårdh och Wennström (1998); Johansson (2006) som menar att den totala insatsen främjas genom att varje organisation arbetar utifrån olika lagrum och på så vis optimeras samverkan. Författaren tror att samverkan blir mer tydlig när det uppstår problem som kräver att de olika myndigheterna jobbar tillsammans för att lösa uppgiften. Författaren menar också att samverkan sker automatiskt på vardagliga händelser, vilket ibland kan vara svårt att uppfatta. Men vid stora händelser finns ofta en ledningsplats där de olika ledarna är samlade och leder arbetet, vilket kan tolkas som om samverkan endast sker vid större händelser.

Denna studie visar också att det underlättar för personalen om det är en lång framkörningstid till skadeplatsen, detta för att hinna förbereda sig både mentalt och rent praktiskt på vad som förväntas av en på plats. Dock är en snabb framkörning att föredra då patienterna ska tas omhand så snabbt som möjligt. Rapportmallarna som finns i alla bilar upplevs som ett stöd när rapporter ska lämnas till strategisk ledning. Mallarna innehåller stödpunkter som är lätta att följa när sjukvårdsledaren är ute på skadeplats. Gryth et al. (2010); Juffermans och Bierens (2010) menar att det är viktigt att kommunikationen från skadeområdet till strategisk ledning fungerar för att rätt resurser ska kunna sändas till platsen. Informanterna upplevde att det är svårt att komma ihåg vad de olika rapporterna ska innehålla, vilket har underlättats avsevärt i och med de rapportmallar som finns i alla ambulanser. Flera av informanterna var nervösa inför uppgiften när de var på väg ut till skadeplatsen, men menade att nervositeten släppte när de väl börjat arbeta på plats, detta skulle kunna bero på att informanterna tror att det är värre och svårare än vad det egentligen är. Tidigare forskning visar att mer utbildning och fler övningar kan öka förståelsen och den egna självkänslan inför uppgiften att vara i ledningsfunktion (Cedergårdh & Wennström, 1998).

Enligt patientdatalagen (2008:355) 1§ ska patientjournal föras vid all vård av patienter, då även vid sjukvårdsledning. Det faktum att informanterna upplever att det är svårt att hinna dokumentera allt som händer på en skadeplats initialt kan orskas av den höga arbetsbelastningen som råder. Enligt PS-konceptet kan en stab knytas till ledningsrollerna, detta kan dock vara svårt initialt när det råder resursbrist på platsen. Men när fler resurser anländer kan detta bli aktuellt. Författaren anser att dokumentationen kan förenklas ytterligare genom att införa strukturerade formulär som kan fyllas i prehospitalt som sedan kan överföras till den ordinarie journalen i efterhand.

Faktorer som kan påverka ledningsarbetet

Upplevelsen att det var frustrerande att vara ensamma på skadeplats kan orsakas av att det är svårt att vårda patienter samtidigt som de förväntas vara i ledningsfunktion. Det kan vara svårt att ta steget tillbaka och enbart leda insatsen innan fler resurser anländer, sjukvårdspersonalens främsta uppgift är ju trots allt att vårda patienter. Dock finns ett omedelbart behov av att strukturera upp arbetet, så rätt resurser skickas till platsen. Detta ansvar ligger alltså på ambulanspersonalen i den först anländande ambulansen. I Malmsten (2000); Klein och Weigelt (1991); Gryth, et al. (2010); Juffermans och Bierens (2010) studier framkommer att en tidig strukturerad ledning är ett måste för att insatsen ska lyckas i förlängningen. Det är ett faktum att ledningsrollerna måste finnas från början annars blir samverkan med polis och räddningstjänsten fördröjd. I det inledande skedet av en insats kan besättningen i ledningsfunktion också bli vårdutförare innan fler resurser anländer. Informanterna upplevde att det kunde vara både stressigt och etiskt svårt att hinna med allt som krävs initialt vilket författaren tror kan underlättas om den första vindruterapporten lämnas direkt genom vindrutan innan sjukvårdsledaren går ur bilen, på så sätt hinner ambulanspersonalen hjälpa varandra att vårda patienter innan nästa rapport ska lämnas. Detta ställer dock krav på att personalen är inarbetade i gällande ledningskoncept och att ytterligare resurser är på väg till skadeplatsen.

Det faktum att ambulanspersonalen känner ett stort stöd av sina kollegor kan bero på att de anser det viktigt att stötta sin kollega och vara lyhörd inför beslut som fattas. Att vara i ledningsfunktion inträffar sällan för de allra flesta vilket medför att personalen ofta är ovan

i rollen, vilket ställer stora krav när de väl hamnar där. Upplevelsen att arbetet flöt på bättre vid större händelser kan bero på att personalen blir mer fokuserad av stundens allvar, även en strukturerad prehospital ledning kan bidra till ett lugn och ett väl fungerande skadeplatsarbete. Ambulanssjuksköterskorna i denna studie använder sig av PS-konceptet som även används i större delen av Sverige.

Upplevelsen att det kan vara besvärligt när det är brist på resurser kan orsakas av stress och kan leda till att patienter inte avtransporteras i rätt tid, vilket i slutändan kan påverka patienten negativt. Lennquist (2004); Rüter, Nilsson och Vikström (2006); Hodgetts och Mackway-Jones (2004) menar att avtransporterna sker beroende på vilket medicinskt inriktningsbeslut som fattats av den medicinskt ansvarige. Vid resursbrist kan det medicinska inriktningsbeslutet bli svårt att följa. Det kan då bli medicinskt svårt, men också etiskt svårt att veta när och vem som ska avtransporteras först och till vilket sjukhus. Informanterna i denna studie upplevde också att det var frustrerande att inte veta vart de kunde transportera patienterna, arbetet med en fördelningsnyckel kunde ibland dra ut på tiden, vilket kunde orsaka fördröjning av avtransporterna.

Det faktum att kommunikationen upplevdes som en viktig del av arbetet kan bero på att om rapporter inte kommer fram kan det orsaka stora fördröjningar i patientflödet. Tack vare ny teknik upplevde informanterna att det oftast var lättare att sköta kommunikationen mellan varandra på skadeplats, men även med larmcentralen. Däremot upplevdes brister i kommunikation med polis och räddningstjänst, vilket berodde på dålig radiodisciplin och andra tekniska problem. Detta resulterade i onödiga fördröjningar som i sin tur orsakade brister i samverkan. Detta stämmer väl överens med Langhelle et al. (2004); Malmsten (2000); Klein och Weigelt (1991) studier som påvisar att kommunikationen är direkt avgörande hur väl samverkan fungerar initialt. De menar vidare att bristande samband kan leda till fel eller att otillräckliga resurser skickas till olycksplatsen. Författaren tror att det finns ett stort behov av utbildning i radiokommunikation, ambulanspersonalen är utbildade i PS men inte i radiosamband. Det är idag svårare att använda kommunikationsradion eftersom den är mer avancerad och det krävs att personalen kan skifta mellan kanaler och talgrupper. Detta har enligt författaren bidragit till att kanaler som är avsedda för ledning idag också används för kommunikation mellan insatspersonal, detta orsakar då problem för sjukvårdsledaren när denne ska rapportera in till strategisk ledning och larmcentral. Enligt Gryth, et al. (2010); Haverikommission (2010); Pryor (2009) kan den bristande kommunikationen orsakas av överbelastade kommunikationsnät och att obehörig personal använder ledningskanaler. Burstein (2006); Örtenwall (2004) har i sina studier påvisat att brister i kommunikationen kan bero på att personalen är ovan med de olika kommunikationssystemen. Deras förslag på förbättring är kontinuerlig utbildning och övning. Vidare skriver Ådahl (2012) i sin avhandling att brister i kommunikationen kan leda till ökad förvirring som i sin tur kan leda till att felaktiga beslut fattas. Detta framkommer också i denna studie då informanterna upplever att det initialt kan vara svårt att hinna med och lämna rapporter innan fler resurser kommer till platsen. Därefter kan ambulanspersonalen ta steget tillbaka och leda insatsen.

Informanterna upplevde att de inte hade tillräckligt med erfarenhet från ledning, vilket orsakade oro och osäkerhet inför de uppgifter som förväntas av ledningspersonalen. I vissa fall lämnade informanterna över ledningsansvaret på andra mer erfarna kollegor vilket kan vara att föredra om insatsen inte pågått för länge, det kan då vara svårt att överta ledningsfunktion. I vissa fall löses detta genom att den erfarna ledningspersonalen är kvar i ledningsfunktion men stöttas av en mer erfaren kollega. Hodgetts (2003); Sjöberg,

Wallenius och Larsson (2006) skriver att tidigare erfarenhet från ledning är av en avgörande betydelse för om insatsen ska lyckas. Författaren anser att en oerfaren person kan vara i ledningsfunktion och sköta arbetet tillfredställande, detta genom att följa ledningskonceptet PS. Tidigare erfarenhet från liknande situationer underlättar för personalen, dock kan alla ambulanssjuksköterskor ställas inför uppgiften. Orsaken till att de saknar erfarenhet från ledning är att dessa händelser inträffar sällan, vilket följaktligen ger få tillfällen till övning. Författaren anser att Sverige har ett unikt ledningskoncept där det finns en legitimerad sjuksköterska i varje ambulans. I sjuksköterskerollen ingår ledarskap och omvårdnad vilket kan vara en trygghet när sjuksköterskan befinner sig i ledningsfunktion. I England bemannas ambulanserna med paramedics vilket liknar ambulanssjukvårdare i Sverige. Paramedics är utbildade i akutsjukvård, dock inte i ledarskap och omvårdnad. I Machen, Dickinson, Williams, Widiatmoko och Kendall (2007) studie framkommer att personalen upplevde att det var fördelaktigt när en paramedic jobbade tillsammans med en sjuksköterska, de upplevde att de kompletterade varandra och att arbetet blev mer intressant.

Uthålligheten i insatsen beror enligt informanterna på om det finns proviant och avlösande personal om insatsen skulle dra ut på tiden. Händelser där den prehospitalla insatsen är långdragen förekommer sällan, dock inträffar sådana händelser ibland och då önskar informanterna att få någon form av mat och dryck för att kunna fokusera på arbetet. Sjukvårdsledaren ansvarar för sjukvårdens personal och ska se till att insatsen kan bedrivas över tid. Vid större händelser eller om händelsen inträffar i svåråtkomlig terräng kan behovet av uthållighet öka. Författaren tror att sjukvårdsledaren ibland glömmer bort att se till så det finns en uthållighet i insatsen, då genom proviant och avlösande personal.

Emotionella reaktioner

Informanterna i denna studie upplevde att PS-konceptet gav en trygghet när de var i ledningsfunktion. Konceptet bidrar till att personalen lättare kan slappna av och arbeta på utan att känna att de glömt något. Berlin och Carlström (2009); Sjöberg, Wallen och Larsson (2006); Aylwin, König, Brennan, Shirley, Davies och Walsh (2006) menar att det finns ett stort behov av att sjukvården organiserar arbetet på skadeplats, då genom en strukturerad prehospital ledning. Enligt författaren till detta arbete är en stor del av ambulanspersonalen orolig/rädd för att hamna i ledningsfunktion, vilket kan orsakas av osäkerhet och rädsla att göra fel. Dock upplever informanterna att när de väl är på plats och börjat agera i rollen som sjukvårdsledare eller medicinskt ansvarig så försvinner nervositeten och rädslan, vilket bidrar till att arbetet flyter på. Flera informanter i denna studie har arbetet inom ambulanssjukvården långt innan PS-konceptet togs fram. De menar att sjukvårdsledningen då var ostrukturerad vilket medförde att personalen inte visste vad som förväntades. Det upplevdes då vara ännu viktigare med en erfaren ledare för att arbetet skulle flyta på.

Vidare menar informanterna att de ibland kunde känna en osäkerhet inför beslut som ska fattas. Även om informanterna hade fattat ett beslut fanns det viss tvekan om det var rätt eller fel. Författaren har förstått att personalen ibland känner att de är i behov av att diskutera och ventilera sina tankar efter händelser som de upplevt som känslomässigt jobbiga. Besluten som fattas på skadeplats grundar sig på de förutsättningar som råder då beslutet fattas och kan/ska därefter omprövas vart efter förutsättningarna förändras. Författaren anser att det ibland kan vara svårt att hinna reflektera över beslut som tagits, dock kan dessa funderingar komma efter avslutad insats. Det kan då vara bra med en

återsamling av samtlig personal där insatsen kan sammanfattas och enskilda individer kan ställa frågor för att skapa sig en helhetsbild av händelsen innan de avslutar arbetspasset och går hem. Flera informanter upplevde att informationen som de fick under framkörningen var bristfällig, vilket bidrog till att de bildade en egen uppfattning om olyckan som sedan inte stämde när de kom till olycksplatsen. Författaren anser att detta ytterligare styrker vikten av tidiga rapporter till larmcentralen och mottagande sjukhus. Uppgifterna som initialt kommer från larmarens SOS-samtal är ofta knapphändiga och måste kompletteras med en vindruterapport från först anländande ambulans. Denna rapport är till stor nytta för andra enheter som är på väg till olyckan, även mottagande sjukhus har nytta av att veta hur skadepanoramat ser ut. Malmsten (2000); Klein och Weigelt (1991) menar att tidiga rapporter från sjukvårdsledningen är av betydelse för att rätt resurser ska kunna larmas till skadeplatsen.

Upplevelsen att det var frustrerande att räddningsledaren ofta uttalade sig om personskador som tillhör sjukvården tror författaren beror på att det finns en gammal tro om att räddningsledaren är "chef" för hela insatsen och kan därför uttala sig om allt som rör insatsen. Enligt PS-konceptet är sjukvårdsledaren pressansvarig, vilket betyder att han svarar på frågor utifrån sjukvårdens organisation. Här finns ett stort behov av information mellan de olika organisationerna, detta för att skapa en större förståelse för varandras arbetsuppgifter. Vidare anser författaren att det mellan skarpa händelser skulle behövas övningar tillsammans för att skapa ett bättre samarbete mellan ambulans, polis och räddningstjänst. Detta för att sätta sig in i varandras situationer och därmed förebygga att missförstånd uppstår vid samverkan. Vidare menar författaren att det skulle gå att öka samarbetet genom att bjuda in varandra till sina utbildningsdagar för att skapa förståelse för varandra och utbyta erfarenheter.

Resultatet i denna studie visar också att det finns olika upplevelser av att vara i ledningsfunktion. Flera informanter ville vara i ledningsfunktion, de upplevde att det var spännande och upprymmande att kunna leda och påverka arbetet. Författaren anser att viljan att leda inte enbart beror på erfarenhet från yrket, utan även av personligt intresse. Det fanns även informanter som upplevde att det var jobbigt att vara i ledningsfunktion, enligt de kan detta orsakats av rädslan att göra fel. Författaren tror att denna rädsla att göra fel kan bero på att ambulanspersonalen sällan är i denna funktion. Det blir då följaktligen få tillfällen för personalen att skaffa sig erfarenhet av ledning. Räddningstjänsten och polisens ledningsorganisation är något annorlunda uppbyggd, vilket Nylén (2006) anser vara en fördel då deras ledare oftare är i ledningsfunktion och har flera års erfarenhet från yrket.

Flera informanter upplevde att det kan vara kaotiskt på skadeplats initialt innan arbetet strukturerats upp. Dessa upplevelser stämmer väl överens med vad som framkommit från KAMEDO-rapporter efter stora olyckor (Lorin, 1999). Författaren tror att de flesta händelser upplevs kaotiska till en början innan personalen hunnit överblicka situationen. Därefter börjar arbetet med att strukturera arbetet enligt gällande riktlinjer. Informanterna upplevde en lättnad inför uppgiften när det fanns klara riktlinjer om vad som förväntas av varje ledningsroll, vilket i sin tur bidrog till att arbetet fungerade tillfredställande. Författarens uppfattning är att ledningspersonalen uppskattar att det finns ett färdigt koncept att arbeta efter när de befinner sig i krävande situationer, vilket ställer stora krav på att beslut om insatsen fattas omgående. I stressiga situationer kan det vara lätt att missa viktiga beslut och sköta rapporter till larmcentral, vilket kan undvikas genom ett strukturerat arbetssätt som hjälper personalen vid alla typer av händelser.

Upplevelsen av kaos på skadeplats tror författaren kan orsakas av att arbetet inte strukturerats upp av ledningspersonalen initialt. Författaren tror att kaoset kan orsakas av yttre omständigheter som trafik och andra störande yttre omständigheter. Vidare kan det vara ett stort antal drabbade människor som befinner sig i skadeområdet, vilket initialt kan upplevas som kaotiskt innan ledningspersonalen hunnit få kontroll över hela händelsen. En fallrapport från en Norsk militäranläggning 2004 påvisar brister i den initiala ledning vilket orsakade en fördröjning av räddningsarbetet. Räddningspersonalen upplevde även kaos och förvirring innan arbetet hade styrts upp (Romundstad, Sundnes, Pillgram-Larsen, Roste & Gilbert, 2004). Författaren till detta arbete tror att det kan vara svårt att helt undvika kaos upplevelsorna, detta pga. att ingen händelse är den andra lik vilket medför helt olika förutsättningar.

Vidare upplevde informanterna att de ofta hade tankar och funderingar kring vissa händelser när de hade kommit hem. Det kunde handla om tvivlan på egna beslut eller tomhet efter att ha stått i händelsernas centrum. I länet där studien är genomförd finns riktlinjer för när samtal bör genomföras med personal som varit i psykiskt jobbiga situationer, dock brukar personal som varit i sjukvårdsledning sällan höra dit. Då måste personalen själva påpeka att det finns ett behov av samtal. Författaren tror att personal som varit i ledningsfunktion ofta glöms bort, detta på grund av att det inte anses tillräckligt påfrestande för att tillhöra den kategori som får avlastande samtal efter en händelse.

SLUTSATS

Slutsatsen av denna studie är att arbetet förenklas genom ett strukturerat arbetssätt där fokus ligger på samverkan. Att vara i ledningsfunktion kan leda till känslomässiga reaktioner såväl positiva som negativa. Ambulanspersonalen är sällan i ledningsfunktion vilket gör det extra viktigt med fortsatt utbildning och övning i prehospital sjukvårdsledning. Genom detta skapas goda förutsättningar för ambulanspersonalen att hantera alla typer av allvarliga händelser.

FRAMTIDA FORSKNING

Det skulle vara intressant att genomföra studier som belyser hur andra organisationer ser på sjukvårdens organisation, finns förbättringsförslag från samverkanspartners? Det skulle även vara intressant att genomföra en liknande studie på ambulanssjukvårdare, då i deras roll som sjukvårdsledare. Skiljer sig upplevelsorna från de båda personalkategorierna eller är det endast den personliga lämpligheten och erfarenheten som påverkar hur ledningspersonalen upplever situationen? För att ha något att jämföra med skulle det vara intressant att genomföra en liknande studie i Stockholm där PS-konceptet inte används på samma sätt, dvs. rollen medicinskt ansvarig och sjukvårdsledare innehas av en och samma person, då vanligen ledningsläkaren i akutbilen. Vad finns det för fördelar respektive nackdelar med att organisera ledningen på detta sätt?

REFERENSER

Advanced Life Support Group, (2011). Hämtad 2012-02-28 från <http://www.alsg.org/uk/>.

Aylwin, C. J., Konig, T. C., Brennan, N. W., Shirley, P. J., Davies, G., Walsh, M. S., Brohi, K. (2006). Reduction in critical mortality in urban mass casualty incidents: analysis of triage, surge, and resource use after the London bombings on July 7. *Lancet*, 368, 2219-2225.

Berg, B.L. (2004). *Qualitative research methods for the social sciences*. 5:e uppl. Boston: Allyn & Bacon Pearson Education, Inc.

Berlin, J., & Carlström, E. (2009). *Samverkan på olycksplatsen- Om organisatoriska barriäreffekter*. Trollhättan: Högskolan Väst.

Birnbaum, M. L. (2010). Editorial comments-Evaluation of medical command and control using performance indicators during a full-scale major aircraft crash exercise. *Prehospital and Disaster Medicine*, 25(2), 124-125.

Brandsjö, K., Hedelin, A., Kulling, P., Lundin, T., Lundälv, J., & Örtenwall, P. (2001). *Diskoteksbranden i Göteborg natten 29-30 oktober 1998* (Kamedo, nr. 75). Stockholm: Socialstyrelsen.

Brandsjö, K., Häggmark, T., Kulling, P., Lorin, H., Lundin, T., & Skjöldebrand, A. (1997). *Estonias förlisning i Östersjön 28 september 1994* (Kamedo, nr. 68). Stockholm: Socialstyrelsen.

Bremer, R. (2001). Policy development in disaster preparedness and management: Lessons learned from the January 2001 earthquake in Gujarat, India. *Prehospital and Disaster Medicine* 2003; 18 (4) 370–382.

Brokopp, T., Brändström, H., Nord-Esander, Å., Hedelin, A., Johansen, L., Nyström, R.,...Örtenwall, P. (2008). *Flodvågskatastrofen i Asien 2004* (Kamedo, nr. 91). Stockholm: Socialstyrelsen.

Burstein, J. L. (2006). The myths of disaster education. *Annals of Emergency Medicine*, 47, 50-52.

Cairns, B. A., Stiffler, A., Price, F., Peck, M., & Meyer, A. A. (2005). Managing a combined Burn Trauma Disaster in the Post-9/11 World: Lessons Learned from the 2003 West Pharmaceutical Plant Explosion. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 26(2), 144-50.

Carlström, E., & Berlin, J. (2009). Var och en på sin kant - om avsaknaden av synkron samverkan på olycksplatsen. *Kommunal ekonomi och politik*, 13(3), 7-22.

Cedergårdh, E., & Wennström, O. (1998). *Generella principer för ledning av kommunala räddningsinsatser*. Räddningsverket, Karlstad: Grunditz & Forsberg Tryckeriaktiebolag, Lidköping.

- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Engerström, L. (2007). Transport av skadade. I Lennquist, S. (red.), *Traumatologi* (ss. 85-92). Stockholm: Liber.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nursing Education Today*, 24, 105-112.
- Gryth, D., Rådestad, M., Nilsson, H., Nerf, O., Svensson, L., Castrén, M., & Rüter, A. (2010). Evaluation of medical command and control using performance indicators in a full-scale, major aircraft accident exercise. *Prehospital and Disaster Medicine*, 25(2), 118-123.
- Gårdelöv, B. (2009). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I B-O. Suserud., & L, Svensson (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (s. 22-29). Stockholm: Liber.
- Hagiwara, M., Henricson, M., Jonsson, A., & Suserud, B-O, (2011). Decision-Support Tool in Prehospital Care: A Systematic Review of Randomized Trials. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(4), 1-11. Cambridge University Press.
- Hartman, J. (2007). *Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori*. Poland: Studentlitteratur.
- Hodgetts, T. J. (2003). Major Incident Medical Training: A Systematic International Approach. *International Journal of Disaster Medicine*, 1, 13-20.
- Hodgetts, T. J., & Mackway-Jones, K. (2004). *MIMMS* (2:a rev.uppl.). (K. Johnsson, m.fl. övers). Lund: Studentlitteratur.
- Höglund, A.T. (2005). *Inga lätta val: om riktlinjer och etisk kompetens vid prioriteringar i vården: en studie i empirisk etik*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Höglund – Nielsen. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso – och sjukvård* (ss.159 – 172). Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, P. (2006). *Legala grunder för räddningsinsatser*. Räddningsverket: Karlstad. Hämtad 2012-03-01 från <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/20953.pdf>
- Juffermans, J., & Bierens, J. J. (2010). Recurrent medical response problems during five recent disasters in the Netherlands. *Prehospital and Disaster Medicine*, 25(2), 127-136.
- Klein, J. S., & Wiegelt, J, A. (1991). Disaster Management Lessons Learned. *Surgical Clinics of North America*, 7(2) 257-266.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Landstinget Västmanland. (2011). *Kris- och Katastrofplan för Landstinget Västmanland*. Hämtad 2011-11-24 från http://www.ltv.se/Om_landstinget/Krisinformation/Planer_och_rapporter/Katastrofplan_fo_r_allvarlig_handelse/

Langhelle, A., Lossius, H. M., Silfvast, T., Björnsson, H. M., Lippet, F. K., Ersson, A., & Soreide, E. (2004). International EMS systems: the Nordic Countrys. *Resuscitation*, 61, 9-21.

Laurell, L., & Lorin, H. (1994) *Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991*(Kamedo, nr. 63). Stockholm: Socialstyrelsen.

Lennquist, S., & Hodgetts, T. (2008). *The Swedish Governmental response to the tsunami disaster in South East Asia 2004*. *European Journal of Trauma Emergency Surgery* 2008;5:465.

Lennquist, S. (2009). *Katastrofmedicin*. Liber AB: Stockholm.

Lorin, H. (1999). *Katastrofmedicinska studier under 35 år* (Kamedo, nr.73). Stockholm: Socialstyrelsen.

London Emergency Services Liaison Panel. (2007). *Major Incident Procedure Manual* (seventh edition). TSO: London.

Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Machen, I., Dickinson, A., Williams, J., Widiatmoko, D., & Kendall S. (2007). *Nurses and paramedics in partnership: perceptions of a new response to low-priority ambulance calls*. *Accid Emerg Nurs*. 2007 Oct;15 (4):185-192.

Malmsten, C. (2000). *Akutsjukvård på olycksplats*. Gustavsberg: Nordiska räddningsförlaget.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Marghella, P.D. (2002). Medical planning considerations in consequence management. *Frontiers of health services management*, 19, 15–23.

Nylén, L. (2006). *Operativ ledning, Bedömning och beslutsfattande Lednings- och fältstab vid särskild händelse*. Stockholm: Rikspolisstyrelsen.

Pamerneckas, A., Macas, A., Blazgys, A., Pilipavicius, G., & Tolišius, V. (2006). The treatment of multiple injuries: *prehospital emergency aid*. *Medicina*, 42, 395-400.

Patton, M. (2002). *Qualitative research methods and evaluation* (3 uppl). London: Sage Publications.

- Peleg, K., Michaelson, M., Shapira, S.C., & Aharonson-Daniel L. (2003). Principles of emergency management in disasters. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 2003;10(2):117–121.
- Pigeau, R., & McCann, C. (2000). “Redefining Command and Control” i Carol McCann och Ross Pigeau [Eds.] *The Human in Command: Exploring the modern military experience*, New York: *Kluwer Academic/Plenum Publishers*, ss. 163-184.
- Pryor, J. (2009). The 2001 World Trade Center Disaster: Summary and Evaluation of Experiences. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 3, 212-224.
- Rehn, M., Andersen, JE., Vigerust, T., Krüger, A., & Lossius, H. (2010). A concept for major incident triage:full-scaled simulation feasibility study. *Emergency Medicine*, 10:17.
- Romundstad, L., Sundnes, KO., Pillgram-Larsen, J., Roste, GK., & Gilbert, M. (2004). Challenges of major incident management when excess resources are allocated: Experiences from a mass casualty incident after roof collapse of a military command centre. *Prehospital and Disaster Medicine* 2004;19(2):179–184.
- Rüter, A., Lundmark, T., Ödmansson, E., & Vikström, T. (2006). *The development of a national doctrine for management of major incidents and disasters*. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2006; 14; 189-194.
- Rüter, A., Nilsson, H., & Vikström, T. (2006). *Sjukvårdsledning vid olycka och katastrof. Från skadeplats till vårdplats*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1984:387. *Polislagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2003:778. *Lagen om skydd mot olyckor*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2006:544. *Lagen om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap*. Stockholm: Riksdagen.
- Sjöberg, M., Wallenius, C., & Larsson, G. (2006). *Ledarskap och beslutsfattande under stress vid komplexa räddningsinsatser - en sammanfattande rapport.*: Försvarshögskolan - Institutionen för ledarskap och management. På uppdrag av Räddningsverket. Hämtad 2011-11-17 från <https://www.msb.se/Upload/Kunskapsbank/>
- Sjöström, B., & Dahlgren, L.O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 339-345.
- SOSFS 2005:13. *Fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005). *Meddelandeblad- Läkemedelshantering inom ambulanssjukvården från och med den 1 november 2005*. Hämtad 9 februari 2012 från Socialstyrelsen: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9816/2005-1-20_2005120.pdf

Socialstyrelsens termbank, (2012). Hämtad 2012-02-28 från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>

Statens Haverikommission, (2010). (rapport RS 2010:02). *Kollision mellan passagerarfärjorna Gotlandia II och Gotland utanför Nynäshamn, Stockholms län, den 23 juli 2009*. Hämtad 2012-03-02 från http://www.havkom.se/virtupload/reports/RS2010_02.pdf

Sundness, KO & Birnbaum, ML, (2003). Health disaster management guidelines for evaluation and research in the Utstein Style. *Prehospital and Disaster Medicine* 2003;17 (supplement 3). 1–177.

Suserud, B.-O., & Rådestad, M. (2009). Högskoleutbildningar inom prehospital akutsjukvård. I B.-O. Suserud., & L. Svensson (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss. 60-63). Stockholm: Liber.

Sveriges Riksdag 1973:185. *Regeringens proposition med förslag till brandlag*. Stockholm: Riksdagen.

Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Turegano-Fuentes, (2004). Overall assessment of the response to terrorist bombings in trains, Madrid, 11 March 2004. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2008;5:433.

van der Velden, MW., Ringburg, AN., Bergs, EA., Steyerberg, EW., Patka, P., & Schipper, IB. (2008). Prehospital interventions: time wasted or time saved? An observational cohort study of management in initial trauma care. *Emergency Medical Journal*. 7, 444-9.

Vetenskapsrådet. (2005). *Vad är god forskningssed?* Hämtad 2011-11-28 från http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningssed_3.pdf

Wallin, C-J., Thor, J. (2008). SBAR-modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, nr. 26-27, 1922-1925.

Ådahl, K. (2012). *On Decision Support in Participatory Medicine Supporting Health Care Empowerment*. Blekinge Institute of Technology. Karlskrona: Sweden.

Bäste ambulanssjuksköterska!

Med anledning av min förfrågan att delta i studie avseende ambulanssjuksköterskans upplevelse av att vara i ledningsfunktion får Du dessa kompletterande uppgifter samt en förfrågan om att delta.

Vid en allvarlig händelse måste det finnas en operativ ledning för varje samverkande organisation (sjukvård, räddningstjänst och polis) för att bemästra detta krävs utbildning och erfarenhet från den aktuella verksamheten. Sjukvården skiljer sig i det här avseendet från våra samverkande myndigheter (polis, räddningstjänst). Där ingår ledningsförmåga i rekryteringen, och förberedelse för ledningsuppgifter ingår i både utbildning och daglig verksamhet, medan man i sjukvården kan vara mycket professionell utan att behöva leda. Sjukvården har löst den prehospitaledningen genom att den ambulansbesättning som är först på skadeplats tar det initiala ledningsansvaret. Varje enskild ambulanssjuksköterska är sällan i ledningsfunktion, det blir då följaktligen få tillfällen för ambulanssjuksköterskan att skaffa sig erfarenhet av ledningsarbete.

Studiens syfte är att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse, samt hur det har påverkat patientarbetet. Genom att intervjua ambulanssjuksköterskor som tidigare aktivt varit i ledningsfunktion vill författaren belysa vad ambulanssjuksköterskan upplever positivt och negativt samt eventuella förbättringsområden. Att studera detta känns relevant då alla ambulanssjuksköterskor kan ställas inför det faktum att vara först på skadeplats och förväntas inta rollen som sjukvårdsledare eller medicinskt ansvarig, detta utan tidigare erfarenhet från liknande situationer.

Författaren hoppas att resultatet ska kunna komma till användning både för redan anställd personal, men även vid utbildning av ny ambulanspersonal. För att uppnå syftet med studien är avsikten att intervjua ambulanssjuksköterskor som aktivt varit i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse med fem, eller fler drabbade. Ett godkännande från din verksamhetschef om tillstånd att kontakta dig har erhållits.

Ett deltagande i studien innebär en intervju vid ett tillfälle. Intervjun beräknas ta upp till ca en timme. Intervjuerna kommer att spelas in på band för att därefter skrivas ut av författaren. Vid medverkan i studien kommer ersättning i form av (tid mot tid) att betalas ut av arbetsgivaren. Vi kan tillsammans komma överens om ett tillfälle för själva intervjun, förslagsvis på ambulansstationen efter avslutat skift.

De frågor som kommer ställas under intervjun sänder jag över till dig, om du så önskar. All information kommer att behandlas konfidentiellt, och jag som arbetar med studien har tystnadsplikt. Allt intervjumaterial kommer att förvaras inlåst. Originalintervjuerna kommer endast läsas i sin helhet av mig som författare och ev. av min handledare. Allt intervjumaterial kommer att förstöras efter att studien har examinerats, vilket beräknas ske i juni-juli 2012. Författaren kommer inte att lämna ut några upplysningar om vilka som medverkat i studien, och resultatet kommer att presenteras så att ingen enskild deltagare utlämnas.

Du kommer att få möjlighet att ta del av studiens resultat efter att studien är genomförd och arbetet är examinerat. Du kan när som helst under pågående studie välja att avbryta din medverkan utan att behöva lämna någon förklaring.

Du tillfrågas härmed att delta i denna studie. Jag kommer att kontakta dig via telefon inom en vecka, när du hunnit besluta dig för att medverka eller inte.

Vänliga hälsningar

Stefan Svensson, student på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård vid Sophiahemmet Högskola

Stefan Svensson, student
stefansve78@hotmail.com
Tel 076-761 00 14

Anders Rüter, handledare
Lektor, Leg. Läk
anders.ruter@shh.se
Tel 08-406-28-56

Intervjuguide

Syftet med studien är att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse, samt hur det har påverkat patientarbetet.

Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat inom ambulanssjukvården?

Kan du berätta om en händelse när du var i ledningsfunktion!?

Hur upplevde du det att vara i ledningsfunktion?

Följdfrågor

Kan du beskriva mer?

Kan du utveckla?

Kan du berätta mer om?

Till verksamhetschefen för ambulanssjukvården i Västmanland

Jag heter Stefan Svensson och arbetar som sjuksköterska inom ambulanssjukvården i Västmanland. Jag studerar även till specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård vid Sophiahemmet Högskola.

I mitt examensarbete, omfattande 15 Högskolepoäng på avancerad nivå, har jag valt att studera hur ambulanssjuksköterskan upplever att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse, samt hur det har påverkat patientarbetet. För att kunna studera detta har jag för avsikt att intervjua ambulanssjuksköterskor som aktivt varit i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse med fem drabbade eller fler, och som är verksamma inom ambulanssjukvården Västmanland. Jag bifogar ett utdrag ur studiens godkända projektplan så Du kan läsa hur studien kommer att genomföras.

Det skulle vara av stort intresse om jag fick genomföra denna studie med ambulanssjuksköterskor från Din verksamhet. Om Du godkänner att studien genomförs med ambulanssjuksköterskor inom Din verksamhet är jag tacksam för din underskrift av det bifogade pappret som därefter returneras i bifogat frankerat och adresserat svarskuvert. Om du känner att det finns tveksamheter kring studien och dess genomförande är du välkommen att kontakta mig eller min handledare via telefon eller mail.

Jag kommer att ringa Dig några dagar efter att Du mottagit detta brev för att höra om du har några frågor. Om du väljer att godkänna denna studie önskar jag få tillgång till registret över vilka ambulanssjuksköterskor som varit i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse, med ledningsfunktion menas sjukvårdsledare eller medicinskt ansvarig. Jag kommer då strategiskt välja ut åtta ambulanssjuksköterskor som jag därefter kontakter med en förfrågan om de vill delta i studien.

Vänlig hälsning

Stefan Svensson, student
stefansve78@hotmail.com
Tel 076-761 00 14

Anders Rüter, handledare
Lektor, Leg. läk
anders.ruter@shh.se
Tel 08-406-28-56

Jag godkänner härmed att Stefan Svensson får utföra arbetet ”Ambulanssjuksköterskors upplevelser av att vara i ledningsfunktion vid en allvarlig händelse” genom intervjuer med ambulanssjuksköterskor från ambulanssjukvården i Västmanland perioden dec 2011- jan 2012.

Jag godkänner även att medverkande informanter får ersättning för intervjutiden i form av "tid mot tid" av Ambulanssjukvården i Västmanland. Intervjuerna beräknas ta upp till en timme.

Ort, datum

Företag

Namn-teckning, Enhetschef

Namnförtydligande