



**AKUTSJUKSKÖTERSKANS UPPFATTNING OM
KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP**

En fenomenografisk studie

**THE EMERGENCY NURSE'S PERCEPTION OF EMERGENCY
PREPAREDNESS**

A phenomenographic study

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2016-05-27
Kurs: Ht14

Författare:
Kristian Skillborg

Handledare:
Helena Lööf

Examinator:
Jörgen Medin

SAMMANFATTNING

Katastrofer inträffar varje år på flera ställen i världen och sjukvården kommer att ta hand om skadade vid händelse av katastrof. Vid en katastrof i Sverige kommer akutmottagningarna att vara den mottagande enheten på sjukhuset för majoriteten av patienter. De akutsjuksköterskor som arbetar på akutmottagning har därför ett behov av katastrofmedicinsk beredskap och kompetens. I litteraturen beskrivs hur akutsjuksköterskor många gånger upplever sin egen katastrofmedicinska beredskap som bristfällig. I sjukvården finns det ett lagstadgat krav på att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Akutsjuksköterskor i Sverige behöver förhålla sig till begreppet katastrofmedicinsk beredskap vars innehåll Socialstyrelsen har definierat.

Syftet var att beskriva akutsjuksköterskans uppfattning om katastrofmedicinsk beredskap.

I studien användes en kvalitativ fenomenografisk ansats då fenomenografin är utformad för att fånga olika uppfattningar. Urvalet bestod av akutsjuksköterskor med varierande erfarenhet och rekryterades från två olika akutmottagningar med demografiskt skilda upptagningsområden. Datainsamlingen gjordes via semistrukturerade intervjuer och databearbetningen utfördes i sju olika steg enligt en modell vilken används inom fenomenografin.

Resultatet av analysen gav tre utfallsrum med därtill kopplade beskrivningskategorier. *Strukturförändring* var ett utfallsrum med förändrat uppdrag, omstrukturerad arbetsplats och förändrad ledningsstruktur som beskrivningskategorier. Det kunde innebära hur akutmottagningen behövde förändra både arbetssätt och ledning för att kunna ta emot ett stort antal patienter. Utfallsrummet *mental beredskap* bestod av två beskrivningskategorier. Stödande vilkens faktorer ökade förtroendet för den egna beredskapen eller hämmande vilkens faktorer minskade förtroendet. Det sista utfallsrummet bestod av *moraliskt ansvar* med två beskrivningskategorier. De bestod av inre eller yttre drivkrafter vilka genererade det moraliska ansvaret.

Slutsatsen från resultatet blir att trots en given definition av begreppet katastrofmedicinsk beredskap förekom det olika uppfattningar i det undersökta materialet vad fenomenet innebar för akutsjuksköterskor men fokus var mot behovet om omhändertagandet av de som drabbas vid en katastrof. Katastrofmedicinsk beredskap innebar ett strukturförändrat uppdrag samt en mental beredskap och ett moraliskt ansvar som drivkrafter.

Nyckelord: Omvårdnad, katastrofmedicinsk beredskap, fenomenografi, akutsjukvård

ABSTRACT

Disasters occur every year in many places around the world and health care will take care of the injured in the event of disaster. When a disaster occurs in Sweden, the emergency department will be the receiving unit in the hospital for the majority of patients. The emergency nurses working in the emergency department therefore have a need for emergency preparedness and competence. The literature describes how emergency nurses often perceive their own emergency preparedness flawed. In health care, there is a legal requirement for maintaining an emergency preparedness. Emergency nurses in Sweden need to relate to the concept of emergency preparedness whose contents the National Board has defined.

The aim of the study was to describe the emergency nurse's perception of emergency preparedness.

The study used a qualitative phenomenographic approach since phenomenography is designed to capture different perceptions. The samples consisted of emergency nurses with varying experience and were recruited from two different emergency departments with demographically diverse catchment areas. The data was collected through semi-structured interviews and data processing was carried out in seven stages according to a model which is used in phenomenography.

The result of the analysis yielded three possible outcome spaces with related categories of description. *Structural change* was an outcome space with changed mission, restructured workplace and altered management structure as categories of description. It could be how the emergency department had to change both working methods and management in order to receive a large number of patients. The outcome space *mental preparedness* consisted of two categories of description. Supportive factors which increased confidence in their readiness or inhibiting factors which decreased confidence. The final outcome space consisted of *moral responsibility* where the categories of description consisted of internal and external motivations.

The conclusion from the result is that despite a given definition of emergency preparedness, there were different opinions within the material what the phenomenon meant for emergency nurses, but the focus was on the need for care of those affected by a disaster. Emergency preparedness was a structural changed mission as well as a mental preparedness and a moral responsibility as driving forces.

Keywords: nursing, emergency preparedness, phenomenography, emergency care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|----|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Vad är en katastrof?..... | 1 |
| Olika typer av katastrofer | 2 |
| Ökad risk och sårbarhet..... | 3 |
| Katastrofmedicinsk beredskap | 3 |
| Allvarliga händelser i Sverige | 5 |
| Sjuksköterskor vid katastrof..... | 6 |
| Omvårdnad och katastrof | 6 |
| Akutsjuksköterskans katastrofmedicinska beredskap | 7 |
| Problemformulering | 8 |
| SYFTE..... | 9 |
| METOD..... | 9 |
| Ansats | 9 |
| Design..... | 9 |
| Urval..... | 11 |
| Genomförande | 12 |
| Databearbetning | 13 |
| Forskningsetiska övervägande | 15 |
| RESULTAT | 16 |
| Strukturförändring..... | 16 |
| Mental beredskap | 18 |
| Moraliskt ansvar..... | 20 |
| DISKUSSION | 20 |
| Metoddiskussion..... | 20 |
| Databearbetning | 23 |
| Resultatdiskussion..... | 23 |
| Slutsats | 26 |
| Klinisk tillämpbarhet..... | 27 |
| REFERENSER..... | 28 |

Bilaga 1 - Intervjuguide

Bilaga 2 - Forskningspersonsinformation

INLEDNING

Sjukvården har ett uppdrag i samhället att ge en god vård åt dess medborgare. I samhället inträffar olika händelser som riskerar att skada människor. Vissa inträffar oftare medan andra ytterst sällan. En sådan risk är om en katastrof inträffar. Katastrof kan innebära olika saker och de sker väldigt sällan, men kan påverka ett stort antal människor. Arbetet på en akutmottagning handlar om att på olika sätt ta hand om akut sjuka eller skadade och vid en katastrof kommer arbetet på berörda akutmottagningar att påverkas. Varje akutmottagning ska upprätthålla en beredskap att agera vid en katastrof. De sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning kommer i stor utsträckning aldrig att direkt beröras av en katastrof, men måste trots det inneha en katastrofmedicinsk beredskap och det kan vara intressant vilka uppfattningar de har om katastrofmedicinsk beredskap.

BAKGRUND

Vad är en katastrof?

Enligt Världshälsoorganisationen [WHO] och Centre for Research on the Epidemiology of Disasters är katastrof en händelse som kommer oförutsett och ofta plötsligt, samt åsamkar stor skada, lidande och förstörelse. Händelsens omfattning överstiger de lokala resurser som finns, varför extern hjälp behövs (Guha-sapir, Vos, Below, & Ponserre, 2011; Reliefweb, 2008).

WHO har ytterligare en definition av katastrof som de delar med Förenta nationerna [FN]. Den skiljer sig något från ovanstående då händelsen inte behöver vara oförutsedd eller plötslig, men är i övrigt liknande (Reliefweb, 2008; Unisdr, 2009). Enligt FN kan en händelse leda till en katastrof då händelsen slår mot de sårbarheter som finns och resurserna för att motverka de negativa konsekvenserna saknas eller inte är tillräckliga (Unisdr, 2009).

Internationellt används även begreppet major incident vilket innebär en händelse där omfattningen av någon anledning kräver extraordinära resurser (Rehn, Andersen, Vigerust, Krüger, & Lossius, 2010). En händelse kan enligt Major Incident Medical Management Support [MIMMS] vara enkel eller komplex, samt kompenserad eller okompenserad. Vid enkel händelse är infrastrukturen intakt och vid en komplex händelse är infrastrukturen helt eller delvis förstörd. Händelsen räknas som kompenserad då extra resurser tillförts och kapaciteten uppfyller behoven. Vid otillräcklig kapacitet trots tillförda resurser definieras händelsen som okompenserad (Mackway-Jones, 2014).

I Sverige har Socialstyrelsen definierat olika begrepp gällande katastrof. Det övergripande begreppet är allvarlig händelse vilket definieras som "händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt" (Socialstyrelsen, u.å.).

Begreppet allvarlig händelse delas i sin tur upp i två olika begrepp, stor olycka och katastrof (SOSFS, 2005:13). Skillnaden ligger i huruvida normala kvalitetskrav kan upprätthållas efter att omfördelning av resurser utförts. I båda fallen överstiger det akuta behovet tillgängliga resurser. Kan normala kvalitetskrav upprätthållas efter

omfördelningen av resurser definieras den allvarliga händelsen som stor olycka. Kan normala kvalitetskrav inte upprätthållas definieras den allvarliga händelsen som katastrof. Socialstyrelsens definierar även katastrofmedicinsk beredskap som "beredskap som krävs för att omhänderta drabbade och minimera de somatiska och psykiska följdverkningarna vid allvarlig händelse" (Socialstyrelsen, u.å.).

En allvarlig händelse kan under vissa omständigheter även vara en extraordinär händelse (SOSFS, 2005:13) varvid lagen om extraordinära händelser i fredstid tillämpas. En extraordinär händelse skiljer sig från allvarlig händelse då fokus ligger på viktiga samhällsfunktioner samt att enbart en risk för störning i dessa kan klassificeras som en extraordinär händelse (SFS, 2006:544).

Olika typer av katastrofer

Uppdelning av katastrofer kan göras på olika sätt. En vanlig uppdelning i litteraturen är den i katastrofer orsakade av människan (man-made disasters) och i naturkatastrofer (natural disasters) (Al Khalaileh, Bond, & Alasad, 2012; Bissell, Pinet, Nelson, & Levy, 2004).

Katastrofer orsakade av människan

Teknologi är en stor del i den moderna människans vardag och påverkar många aspekter i mänskligt liv. Trafiken på land, till sjöss eller i luften är en ständig orsak till olyckor och kan ibland orsaka katastrofer (Lennquist, 2012; Soomer, Ranta, & Penttila, 2001). Farliga material som kemiska, giftiga, explosiva och radionukleära ämnen är en riskfaktor (Mitchell, Kernohan, & Higginson, 2012; O'Sullivan et al., 2008) och riskerna finns exempelvis i hantering, produktion och transport av dessa ämnen. Byggnader som av någon anledning kollapsar, samt bränder i byggnader eller i transportsektorn är också en ständig orsak till olyckor och ibland även katastrofer (Cassuto & Tarnow, 2003; Socialstyrelsen, 2001a). Ytterligare en del i den teknologiska utvecklingen är stora människosamlingar som skapas på grund av nöje, politik eller transporter. Därmed ökar risken för ett stort skadefall, trots att en händelse i sig själv inte behöver vara omfattande. I den tekniska utvecklingen ligger också en sårbarhet då mänskligheten är kraftigt beroende av olika tekniska system som elförsörjning, vattendistribution och kommunikationssystem som internet (Lennquist, 2012).

Väpnade konflikter är ständigt förekommande i världen och oftast kan det akuta behovet av vård inte upprätthållas, då behovet överstiger resurserna varvid det per definition är en katastrof. Skillnaden är att en väpnad konflikt till skillnad mot många andra typer av katastrofer sällan sker utan förvarning (Lennquist, 2012).

Terrorism är likaså ständigt förekommande i världen och har vid flera tillfällen orsakat katastrofer (Grimland, Apter, & Kerkhof, 2006; Lennquist, 2012; Post, 2010). Typen av katastrof är avhängigt vilken verkningsmekanism som ligger bakom terrordåden. Ofta är det fysiskt våld som sprängattentat (Goh, 2009; Raiter et al., 2008), men det kan även vara kemiska eller biologiska attacker (Lennquist, 2012).

Naturkatastrofer

Naturkatastrofer kan delas upp i två subkategorier vilket relateras till hastigheten i händelsen (Lennquist, 2012).

Snabbt insättande händelser är jordbävningar (Xie et al., 2008), flodvågor, vulkanutbrott, översvämningar, stormar och liknande (Gupta, Khanna, & Majumdar, 2012; Lu-Ping et al., 2012). Här finns de katastrofer som snabbt tar många liv och ofta kräver ett internationellt ingripande i räddningsarbetet (Lennquist, 2012).

Långsamt insättande händelser är torka, svält och pandemier. Torka och svält är ofta sammanlänkade och drabbar framförallt regioner som redan har svårigheter. Pandemier finns beskrivna långt bak i tiden med pesten som ett tydligt exempel (Lennquist, 2012). Nutida exempel från hotet av infektioner är utbrottet av SARS (Lyu et al., 2013; Shih et al., 2009) och den ökade antibiotikaresistensen hos bakterier (Llor & Bjerrum, 2014; Smith & Coast, 2013).

Ökad risk och sårbarhet

Risken för katastrofer har ökat i världen de senaste årtiondena (Lennquist, 2012; Smith, Wasiak, Sen, Archer, & Burkle Jr., 2009) och risken för en katastrof finns även i Sverige, vilket det finns exempel på. Den 11 dec 2010, mitt i julrushen, inträffade ett självmordsattentat i centrala Stockholm (Svahn, 2011). Skadefallet blev minimalt då enbart gärningsmannen avled. Självmordsbombningar kan dock ge stort skadefall och därmed ställa sjukvården inför ett stort antal skadade (Bala et al., 2012; Hicks, Dardagan, Bagnall, Spagat, & Sloboda, 2011).

Orsakerna till den ökade risken för katastrofer är flera. Ökad befolkning mängd ger i sig ökad risk, då det finns flera människor som kan råka ut för katastrofer. Till detta ökar även befolkningstätheten genom urbanisering, varvid ett större antal människor befinner sig på en mindre yta och därmed riskerar skadefallet att bli större då en katastrof väl inträffar. (Lennquist, 2012; Smith et al., 2009) En ökad rörlighet i befolkning ökar även den risken för katastrofer och ur ett svenskt perspektiv finns vid varje given tid en stor del av Sveriges befolkning utanför Sverige, vilket blev uppenbart vid tsunamin i Asien då flera svenskar drabbades direkt på plats (Socialstyrelsen, 2007a).

Trots ökad risk för katastrofer har hälso- och sjukvårdens förmåga till omhändertagande vid en katastrof minskat. Orsakerna till detta är flera, men genom ständigt höga flöden och högt systemutnyttjande för att optimera korrelationen vård/kostnad ger det en minskad reservkapacitet (Cherry & Trainer, 2008; Khorram-Manesh, Hedelin, & Ortenwall, 2009). Till detta läggs en högt driven specialisering, vilket ger svårigheter att bedriva vård utanför specialistområdet, samt ett ökat beroende av teknik (Lennquist, 2012).

Katastrofmedicinsk beredskap

En katastrofmedicinsk beredskap innebär enligt Socialstyrelsen (u.å.) den beredskap som krävs för att på bästa sätt ta hand om de som drabbas av en katastrof. I det ingår en planering för vad som kan inträffa samt förmåga, kompetens och utrustning för att tillgodose det som behövs när väl katastrofen inträffar (Lennquist, 2012).

Sjukvårdens ansvar

Riksdagen har bestämt att landstingen ska upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap, vilket beskrivs i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). Socialstyrelsen föreskriver (SOSFS, 2013:22) vilka som har ansvaret för den katastrofmedicinska beredskapen. Ansvaret för den fredstida katastrofmedicinska beredskapen ligger hos landstingen och de kommuner som inte ingår i ett landsting. Socialstyrelsen skriver (SOSFS, 2013:22) att landstingen har ett ansvar för att planera, utrusta, utbilda och öva katastrofmedicinsk beredskap, samt att det ska finnas en katastrofmedicinsk beredskapsplan. Den ska innefatta vilka funktioner som larmas och aktiveras, vem som ska leda hälso- och sjukvårdens arbete och vilka eventuella samarbeten som krävs. Landstingen har även ett ansvar för att personalen som innefattas av den katastrofmedicinska beredskapsplanen har den kunskap som krävs för att planen ska kunna utföras. Vidare beskrivs hur landstinget ska planera för den berörda personalens vidareutbildning, träning och övning. Vid de tillfällen en allvarlig händelse även är en extraordinär händelse har landstingen ett lagstadgat krav (SFS, 2006:544) att utbilda och öva personal så de kan fullfölja sina uppgifter. Härav följer en rättighet för personalen att få utbildning i katastrofmedicinsk beredskap. Det finns beskrivet vad utbildningen bör innehålla (Socialstyrelsen, 2007b), vilket innefattar förtrogenhet med katastrofmedicinska begrepp och förmåga att omsätta teoretiska kunskaper i praktisk färdighet.

Landstingen har en skyldighet till att göra en risk- och sårbarhetsanalys (SFS, 2006:544). Utifrån denna analys ska landstingen bedöma vad som krävs för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Förmågan till den innefattar fyra olika komponenter. Larma och aktivera de funktioner som krävs. Leda sjukvårdens arbete. Genomföra sjukvård på skadeområde och på vårdinrättning samt tillgodose behovet av sjukvårdstransporter och slutligen även samverka med övriga berörda parter (SOSFS, 2013:22).

Sjukvårdens organisation

I Sverige har hälso- och sjukvården tre olika nivåer av beredskapsläge gällande katastrofmedicinsk beredskap, vilka är stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge. Stabsläge är första läget som innebär att en ledningsgrupp bildas vilken kan övervaka händelseförloppet och vid behov vidta nödvändiga åtgärder. Nästa läge är beredskapsläge där en ledningsgrupp bildas och vissa funktioner förstärks. Sista läget är katastrofläge där en ledningsgrupp bildas och alla viktiga funktioner förstärks (Socialstyrelsen, u.å.)

Lenquist (2012) skriver om behovet att förbereda sjukvårdsorganisationen innan en katastrof inträffar. I förberedelsen innefattas behovet av en fungerande beredskapsplan (SOSFS, 2005:13). Planen bör vara enkel i sin utformning, då alltför avancerade planer tenderar att försvåra arbetet under en katastrof. Den behöver även vara möjlig att aktivera oavsett tid på dygn och år. Syftet är att förändra den redan befintliga organisationen för att ta emot ett stort antal drabbade. Beslutet om vilket beredskapsläge sjukhuset ska gå in i behöver kunna fattas snabbt. En beredskapsplan bör innefatta följande komponenter. En larmkedja där det finns beskrivet hur larm tas emot och hur larmet förs vidare ut till berörda parter, samt även vilka åtgärder som utförs vid mottaget larm. Larmkedjan bör även innehålla en rutin för hur larm avbryts. I beredskapsplanen ska definitioner på beredskapsnivåer finnas, vilket innefattar vilka villkor som bör uppfyllas för att sjukhuset ska gå in i olika beredskapslägen. Slutligen krävs en ledningsstruktur på övergripande nivå, samt på sjukhusnivå. Till denna allmänna information bör även specifika åtgärdslistor för berörd personal finnas (Lenquist, 2012).

Allvarliga händelser i Sverige

I Sverige har flera allvarliga händelser inträffat och, men därav har enbart en varit en katastrof enligt Socialstyrelsens definition och övriga allvarliga händelser har därmed varit stora olyckor (Rüter, 2010).

Myndigheten för samhällskydd och beredskap [MSB] har en statistikdatabas över stora olyckor i Sverige vilken sträcker sig från år 1950 och framåt. Definitionen av stora olyckor enligt MSB innefattar uppfyllandet av ett av följande tre kriterier: minst fyra omkomna, minst tio skadade eller särskilt omfattande konsekvenser. Därmed skiljer den sig från Socialstyrelsens definition, men ger trots det en bild av förekomst och omfattning av olyckor i Sverige (MSB, u.å.).

Numerärt störst med 545 olyckor är brand/explosion. Totalt antal omkomna uppgår till 530 stycken och antal skadade 902 stycken (MSB, u.å.). Här ingår två händelser med stort antal drabbade. En anlagd brand på färjan Scandinavian Star år 1990 tog totalt 158 människoliv och skadade 30 stycken. Flertalet dog av rökförgiftning och var redan avlidna när hjälpinsatsen kom till färjan (Socialstyrelsen, 1993). Den andra händelsen är Göteborgsbranden år 1998, vilket är den hitintills enda katastrofen i Sverige (Rüter, 2010). Totalt dog 63 stycken och 190 skadades. Vid avtransport från skadeområdet fick flera skadade åka samtidigt i samma ambulans. Det togs även beslut om att avstå från hjärtlungräddning vid tecken på hjärtstillestånd hos de drabbade (Socialstyrelsen, 2001a). Båda dessa åtgärder visar att normala kvalitetskrav inte kunde uppfyllas under det prehospitala arbetet och därmed kan Göteborgsbranden definieras som en katastrof (Rüter, 2010).

Trafikolyckor kommer som nästa kategori och innefattar 236 olyckor med 1236 stycken omkomna och 1884 stycken skadade. Trafikolyckorna med störst antal omkomna innefattar främst flygplansolyckor och tågolyckor. Noterbart är att av de olyckorna med 10 eller fler omkomna svarar trafikolyckor för tre fjärdelar (3/4) (MSB, u.å.). Socialstyrelsen (2010) skriver om busstransporter som en ständig risk för stora olyckor. Busskrascher har inträffat i Sverige vid flera tillfällen och ibland gett ett stort skadeutfall (Doohan & Saveman, 2014).

Naturolyckor kommer som tredje kategori och innefattar 27 olyckor med 24 omkomna och 10482 skadade. Antalet skadade är stort, men hänförs till att enbart en händelse från 1974 har 10000 stycken skadade. Reningsverket i Piteå fungerade inte och de drabbade blev magsjuka (MSB, u.å.).

Utsläpp av farliga ämnen innefattar 12 olyckor med tre omkomna och 143 skadade. De tre händelser som drabbat flest, totalt 133 stycken, var alla någon form av klorgasutsläpp (MSB, u.å., Socialstyrelsen, 1996).

Ur ett svenskt perspektiv kan Estoniakatastrofen (Socialstyrelsen, 1997) och tsunamin i Asien (Socialstyrelsen, 2007a) nämnas. Båda drabbade ett stort antal människor och faller väl in under definitionen för katastrof (Rüter, 2010), men ingen av dem inträffade i Sverige och svensk sjukvård var inte första omhändertagande instans (Socialstyrelsen, 1997; 2007a).

Sjuksköterskor vid katastrof

Vid en allvarlig händelse, som stor olycka eller katastrof, kommer sjukvården påverkas (Al Khalaileh et al., 2012; Mitchell et al., 2012; Whetzel, Walker-Cillo, Chan, & Trivett, 2013; Worrall, 2012). Sjuksköterskor utgör den största delen av legitimerad vårdpersonal i Sverige (Socialstyrelsen, 2014) och därmed kommer sjuksköterskor med mycket stor sannolikhet att ta hand om drabbade. International Council of Nurses [ICN] (2012) etiska kod börjar med att slå fast sjuksköterskans primära ansvar, vilket är att ge vård. Längre ner i koden står även att sjuksköterskan har ett egenansvar för att bibehålla ett livslångt lärande och därigenom sin kompetens. I en studie av Aiken et al. (2012) visas på förbättrad patientsäkerhet med fler högre utbildade sjuksköterskor och i ett uttalande av ICN om katastrofer poängteras sjuksköterskans ansvar för att utveckla och bibehålla en katastrofberedskap (ICN, 2006). Socialstyrelsen (2001b) beskriver de katastrofmedicinska principerna som vården vid behov ska bedrivas utifrån. De är i följande ordning, rädda liv, rädda funktion och minska lidande. Knebel, Toomey och Libby (2012) skriver om sjuksköterskans ledarskap under katastrof och framhåller historiska exempel som Nightingale, men även nutida exempel från orkanen Katrina 2005 i USA. De anser att sjuksköterskor har en viktig roll både vid framtagandet av katastrofmedicinsk beredskap likväl som under en katastrof.

Omvårdnad och katastrof

Omvårdnad vid katastrof

I en litteraturöversikt framkom flera olika teman gällande omvårdnad vid en katastrof. De största var förändringen från en vanlig arbetsdag på akutmottagning till arbete under katastrof, samt den katastrofmedicinska beredskapen hos de sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning. Förändringen beskrivs i ökad mängd patienter varav flertalet ofta har samma skadepanorama. Det beskrivs hur strukturer som plats för patientmottagande och flöden inom och utom sjukvårdsinrättningar anpassas efter det snabbt uppkomna behovet. Den katastrofmedicinska beredskapen beskrivs i både positiva och negativa termer. Positivt beskrivs den utifrån tidigare erfarenhet av katastrof som ger en bättre upplevd katastrofmedicinsk beredskap. Negativt beskrivs den utifrån beredskapsplaner som är inkompleta, ogiltiga, inte är anpassade efter en verklig situation eller okända för personalen. Den beskrivs även negativt utifrån sjuksköterskornas upplevelse av sin katastrofmedicinska beredskap, vilken genomgående skattas lågt (Hammad, Arbon, Gebbie, & Hutton, 2012).

Olika begrepps betydelse för omvårdnad

Inom omvårdnad finns flera olika begrepp vilka är laddade med innehåll. Patient, lidande, caring och nursing är några av många olika begrepp (Eriksson, 2012). Beroende på vad som läggs in i begreppen formas olika uppfattningar om verkligheten och Eriksson (2012) anser att analys och bearbetning av begrepp leder till en kunskapsutveckling. Asp & Fagerberg (2012) skriver om begreppsutveckling och illustrerar med Ogdens triangel. Ett språkligt uttryck (term) används för att beskriva något i verkligheten (referent) och det skapas en mental bild (begrepp) som kopplas till termen. Den mentala bilden skapas utifrån vilken uppfattning en person har om termen. Termen katastrofmedicinsk beredskap är definierad av Socialstyrelsen (u.å.) men den mentala bilden av begreppet

katastrofmedicinsk beredskap skapas utifrån vilken uppfattning personen som hör termen har om begreppet eller fenomenet. I litteraturen finns beskrivet bristen på definition och förståelsen för begreppet katastrofmedicinsk beredskap utifrån ett omvårdnadsperspektiv (Slepski, 2005).

Akutsjuksköterskans katastrofmedicinska beredskap

Internationellt har flera studier utförts om akutsjuksköterskors beredskap inför katastrof och visat på akutsjuksköterskans upplevda eller faktiska brist på beredskap inför en katastrof (Al Khalailah et al., 2012; Chapman & Arbon, 2008; Considine & Mitchell, 2009; Duong, 2009; Fung, Loke, & Lai, 2008, 2009; Garbutt, Peltier, & Fitzpatrick, 2008; Hammad et al., 2012; McKibbin, Sekula, Colbert, & Peltier, 2011; Mitchell et al., 2012; O'Sullivan et al., 2008; Whetzel et al., 2013; Wisniewski, Dennik-Champion, & Peltier, 2004; Worrall, 2012). I en artikel om katastrofberedskap av Slepski (2005) blev resultatet en uppmaning i att det krävdes en utveckling av psykometriska verktyg för att mäta och utvärdera katastrofmedicinsk beredskap.

I en studie av Wisniewski et al. (2004) utvecklade de en enkät, Emergency Preparedness Information Questionnaire [EPIQ], som enligt författarna har hög reliabilitet och validitet. Resultatet visade att akutsjuksköterskornas upplevda beredskap inför en katastrof var genomgående låg. Högst beredskap ansåg sig akutsjuksköterskorna ha inom triage och grundläggande livsräddande åtgärder. Lägst beredskap ansåg de sig ha inom kommunikation och rapportering till exempel hur kommunikationsutrustning fungerar eller rutiner kring rapportering vid överlämnande av patient Ytterligare en studie gjordes av Garbutt et al. (2008) som bekräftade validiteten och reliabiliteten av EPIQ som ett verktyg för att utvärdera hur akutsjuksköterskor uppfattar sin egen beredskap inför katastrof. Resultatet visade även här högst förtrogethet med triage och lägst inom kommunikation. Liknande resultat fick även McKibbin et al. (2011) i sin undersökning med hjälp av EPIQ. Högst förtrogethet uppskattades med triage, medan lägst förtrogethet uppskattades med epidemiologi och biologiska händelser. Worall (2012) utförde en studie med EPIQ och inkluderade även en utbildningsinsats. Resultatet innan utbildning visade på högst förtrogethet med triage och lägst förtrogethet med att ta hand om psykologiska följdverkningar och personer med speciella behov som psykiskt sjuka, barn och förståndshandikappade. Efter utbildningsinsatsen uppfattade akutsjuksköterskorna sin förtrogethet som bättre inom alla områden.

O'Sullivan et al. (2008) genomförde en egenkonstruerad enkätstudie. Resultatet visade att akutsjuksköterskor upplevde sin katastrofmedicinska beredskap som låg, främst gällande kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära händelser (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear [CBRN]). Olika faktorer som tidigare händelser, främst erfarenhet från Severe Acute Respiratory Syndrome [SARS], kön, sysselsättningsgrad och regional tillhörighet påverkade hur akutsjuksköterskorna uppfattade sin egen katastrofmedicinska beredskap. Tidigare erfarenhet, heltidssysselsättning och manligt kön gav lägre uppfattad risk och högre skattad förmåga.

Fung et al. (2008, 2009) utförde två studier med egenkonstruerade validerade enkäter. I den ena undersöktes vad akutsjuksköterskor ansåg vara en katastrof (Fung et al., 2009) och resultatet visade att antalet avlidna skattades som det viktigaste för att definiera en katastrof. Trots detta placerades en biologisk händelse (SARS-utbrott) med flera hundra

avlidna som en mindre katastrof än en olycka där en folkmassa hamnade i panik och trampade ihjäl cirka 20 stycken. I den andra studien undersöktes akutsjuksköterskors upplevda katastrofmedicinska beredskap och nästan alla ansåg sig vara otillräckligt förberedda (Fung et al., 2008).

I en studie av Al Khalaileh et al. (2012) användes enkäten Disaster Preparedness Evaluation Tool [DPET] som utformats av Tichy, Bond, Beckstrand och Heise (2009). Den mäter kunskaper, färdigheter, beredskap och uppfattningar om katastrofmedicinsk beredskap. Resultatet (Al Khalaileh et al., 2012) visar på låg till måttlig kunskap och låg till måttlig färdighet. Hälften av deltagarna hade genomgått någon form av katastrofmedicinsk utbildning efter sin grundutbildning. Akutsjuksköterskorna ansåg sig ha låg katastrofmedicinsk beredskap gällande biologiska och kemiska händelser. I övrigt ansåg de sig ha måttlig beredskap.

En annan studie (Mitchell et al., 2012) undersökte kunskapsnivå, färdigheter och attityder gällande CBRN och explosiva händelser (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and explosive incidents [CBRNe]). Resultat visade på behovet av standardiserade kompetensbeskrivningar, då det fanns brister i kunskaperna hos de undersökta akutsjuksköterskorna. Trots kunskapsbristerna fanns ändå en hög villighet att arbeta om en CBRNe-händelse skulle inträffa. Liknande resultat gällande villigheten att arbeta framkom i Considine och Mitchells (2009) studie.

I en studie av Whetzel et al. (2013) om akutsjuksköterskors och akutmottagningars katastrofmedicinska beredskap blev resultatet att många akutsjuksköterskor inte var tillräckligt förberedda inför en katastrof. Nästan alla ansåg att risken för katastrofer fanns men knappt hälften hade vidtagit åtgärder för att förbereda sig personligen eller professionellt. Oron för den egna familjen kunde vara ett hinder inför att delta i arbetet vid en katastrof, liksom rädslan att själv bli drabbad (Hammad et al., 2012).

Problemformulering

Allvarliga händelser som stora olyckor och katastrofer inträffar varje år över hela världen och det kan och kommer även inträffa i Sverige. I Sverige har riksdagen bestämt att det ska finnas en katastrofmedicinsk beredskap, vilket finns beskrivet i hälso- och sjukvårdslagen. Utifrån forskningsläget kan det konstateras att det ofta föreligger en faktisk brist och en upplevd brist i akutsjuksköterskors katastrofmedicinska beredskap. Akutsjuksköterskor kommer vid en allvarlig händelse ta hand om patienter, och enligt Socialstyrelsen är det vid en katastrof sjuksköterskans ansvar att vid behov vårda enligt katastrofmedicinska principer. Vid omvårdnad är det av vikt att förstå och reflektera över de begrepp som används i vården och innan en allvarlig händelse inträffar har akutsjuksköterskor begreppet katastrofmedicinsk beredskap att förhålla sig till. Följande studie genomfördes för att få en ökad förståelse om katastrofmedicinsk beredskap utifrån akutsjuksköterskans uppfattning om fenomenet katastrofmedicinsk beredskap.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva akutsjuksköterskans uppfattning om katastrofmedicinsk beredskap.

METOD

Ansats

I uppsatsen användes en kvalitativ fenomenografisk ansats med semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. En kvalitativ metod lämpar sig väl för att undersöka olika fenomen och inhämta information från ett material där det insamlade resultatet ej bedöms bli kvantifierbart (Polit & Beck, 2012).

Design

Fenomenografi

Fenomenografisk metod är en kvalitativt inriktad empirisk ansats med syfte att beskriva människors olika sätt att erfara ett fenomen, alltså hur människor uppfattar ett fenomen (Barnard, McCosker, & Gerber, 1999; Marton & Booth, 2000). Fenomenografin utvecklades vid Göteborgs universitet på 1970-talet inom den pedagogiska forskningen (Sjöström & Dahlgren, 2002). Enligt fenomenografin är begreppet att erfara en relation mellan den som erfar och fenomenet. Därmed går det inte att skilja på beskrivningen av fenomenet från den som beskriver. Detta innebär dock inte att världen enbart finns i det erfarna, utan att världen enbart kan beskrivas utifrån det erfarna (Marton & Booth, 2000). Fenomenografins ontologi blir därmed att den enda verklighet som kan beskrivas är den värld som erfars (Marton & Booth, 2000; Sjöström & Dahlgren, 2002).

Den epistemologiska utgångspunkten inom fenomenografin är att människors sätt att erfara fenomen skiljer sig, men att dessa skillnader kan beskrivas och förstås av andra (Sjöström & Dahlgren, 2002) och fenomenografin syftar till att hitta kvalitativt skilda sätt att uppfatta ett fenomen och dessa skillnader kan finnas mellan individer i en grupp, men också inom en individ (Marton & Booth, 2000). Här skiljer fenomenografin sig tydligt mot fenomenologin då fenomenografin fokuserar på variationen i att erfara ett fenomen och beskriver det i kategorier medan fenomenologin fokuserar på själva essensen i fenomenet (Marton & Booth, 2000).

Fenomenografin skiljer på första och andra ordningens perspektiv, där första ordningen är påståenden om världen, eller om fenomen. I första ordningens perspektiv är sättet att erfara så självklart att det tas för givet (Marton & Booth, 2000; Sjöström & Dahlgren, 2002). I den andra ordningens perspektiv är det dessa, ofta omedvetna, sätt att erfara världen som är av intresse (Marton & Booth, 2000; Sjöström & Dahlgren, 2002) och därmed fenomenografins fokus. Resultaten inom fenomenografisk forskning benämns beskrivningskategorier och kan inordnas i utfallsrum (Dahlgren & Johansson, 2009). De består av olika kategorier, vilka beskriver de olika uppfattningar om ett fenomen som finns inom den undersökta gruppen. Detta framkommer också hos Marton och Booth (2000) från

vilkas arbete Sjöström och Dahlgren (2002) utgår när de konstaterar relevansen hos fenomenografin gällande omvårdnadsforskning.

Analysmodell

I studien valdes en analysmodell bestående av sju steg (Dahlgren & Johansson, 2009; Sjöström & Dahlgren, 2002). Enligt Dahlgren och Johansson (2009) förekommer flera olika analysmodeller inom fenomenografin och modellen med sju steg är en av flera. Det föreligger enligt Dahlgren och Johansson (2009) en inneboende svårighet i att dela upp stegen en kvalitativ analys, då stegen är sammanlänkade och samspelar under själva analysen. I analysen av det insamlade materialet kan olika indikatorer (Sjöström & Dahlgren, 2002) användas för att bedöma relevansen av utsagorna. Frekvensen av meningsbärande enheter, positionen av meningsbärande enheter i texten och när forskningspersonen själv uttryckligen påtalar betydelsen av en utsaga har alla betydelse vid analysen av materialet.

Trovärdighet

Trustworthiness (trovärdighet) i en kvalitativ studie är avhängigt begreppen credibility (giltighet), dependability (tillförlitlighet), confirmability (bekräftelsebarhet) och transferability (överförbarhet) (Malterud, 2001; Patton, 2002; Polit & Beck, 2012).

Credibility

Giltighet är avhängigt hur trovärdig den insamlade datan är och dess analys. Det krävs att datainsamlingen sker systematiskt och redovisas hederligt (Polit & Beck, 2012). Inom fenomenografin är giltigheten avhängig relationen mellan den insamlade datan och de kategorier som används för att beskriva fenomenet (Sjöström & Dahlgren, 2002).

Dependability

Tillförlitlighet är ett mått på stabiliteten på den insamlade datan. Det är ett mått på om den insamlade datan skulle bli likvärdig vid en ny studie med samma upplägg (Malterud, 2001; Patton, 2002; Polit & Beck, 2012).

Confirmability

Bekräftelsebarhet är ett mått på objektivitet. Det är en fråga om samstämmighet och om flera olika personer skulle komma fram till samma eller likvärdigt resultat (Polit & Beck, 2012). Inom fenomenografin kan detta prövas genom en medbedömare som får använda de framtagna kategorierna och bedöma delar av intervjuerna. Därefter kan nivån på samstämmighet bedömas och i olika studier har den hamnat på mellan 65-100 procent (Sjöström & Dahlgren, 2002). Det går även att flera forskare arbetar samtidigt men enskilt med samma intervjuer. Därefter jämförs de framtagna kategorierna och tillsammans tar alla forskare gemensamt fram ett nytt kategorisystem vilket benämns förhandlad samstämmighet (Dahlgren & Johansson, 2009).

Transferability

Överförbarhet är ett mått på hur resultatet kan generaliseras eller ha betydelse inom andra sammanhang. Studien ska därför innehålla tillräckligt fylliga beskrivningar av datan och resultatet, då det är upp till mottagaren att bedöma överförbarheten (Polit & Beck, 2012). Fenomenografin har inte som mål att få direkt praktisk betydelse, utan att öka förståelsen för fenomenet. Den ökade förståelsen kan sedan få praktisk betydelse men fenomenografin gör inte anspråk på att beskriva det undersökta fenomenet i verkligheten, utan vilka

uppfattningar som finns om fenomenet i det undersökta urvalet (Sjöström & Dahlgren, 2002).

Urval

Inom fenomenografin är syftet att hitta olika och skilda uppfattningar av något, varför det är av vikt att urvalet görs för att försöka fånga den (förmodade) variation i uppfattningar som finns (Marton & Booth, 2000). Urvalet görs alltså för att maximera variationen (Polit & Beck, 2012). I studien gjordes urvalet först av akutmottagningar och därefter av sjuksköterskor vilka arbetade inom utvalda akutmottagningar.

Akutmottagning

Akutmottagning valdes då Socialstyrelsen (2001b) anser att skadade vid en allvarlig händelse ska föras dit. I litteraturen beskrivs också hur drabbade vid en katastrof väljer att söka sig spontant till akutmottagning, men även hur sjukvårdstransporter avlämnar vid akutmottagning efter en katastrof (Chapman & Arbon, 2008). Avgränsningen geografiskt till ett landsting gjordes dels för att få en hanterbar storlek, men även utifrån att landstinget har ansvar för den katastrofmedicinska beredskapen inom sitt landsting (SOSFS, 2013:22). Urvalet mellan akutmottagningar gjordes för att spegla variationen mellan olika uppfattningar (Marton & Booth, 2000) och då det kan förmodas att akutmottagningar med olika stora besöksmängder, kan ha olika uppfattningar valdes en akutmottagning med litet sökantal patienter och en akutmottagning med stort sökantal patienter. Graderingen gjordes utifrån hur mängden besök fördelas inom landstinget (Socialstyrelsen, 2013). Författaren var vid tidpunkten för studien anställd på en akutmottagning och den exkluderades, varvid risken för bias minskas (Marton & Booth, 2000; Polit & Beck, 2012). Diskussion fördes med handledaren om ytterligare en akutmottagning skulle inkluderas, men två akutmottagningar bedömdes täcka in tillräckligt i relation tid till och omfattning för studien. Förfrågan riktades till respektive verksamhetschef för tillstånd att utföra studien på deras akutmottagning och tillstånd till studien gavs från båda akutmottagningarna.

Forskningsperson

Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2010 s.3) definierar ”med akutsjukvård avses den vård och omvårdnad som ges till patienten inom de första 24 timmarna vid akutmottagning och akutvårdsavdelning eller motsvarande”. Den definitionen innefattar därmed den vård sjuksköterskor utför på akutmottagningar inom Stockholm läns landsting. I studien valdes därför att benämna de sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning som akutsjuksköterska. Valet av sjuksköterskor inom varje akutmottagning gjordes utifrån Patricia Benners (1993) teori om utvecklingen från novis till expert, som omfattar fem stadier. Målet var att hitta heterogena forskningspersoner från varje akutmottagning, med så stor spridning som möjligt mellan dem. Det innebar att urvalet borde innehålla en novis/avancerad nybörjare, en kompetent som då bör ha arbetat cirka två till tre år, samt en skicklig/expert (Benner, 1993). I samråd med handledare bedömdes initialt en strävan efter sex till åtta forskningspersoner. Antalet bör egentligen inte bestämmas i förväg, då det insamlade materialets mättnad bör avgöra antalet (Polit & Beck, 2012) men uppsatsens omfattning och tidsbegränsning krävde en begränsning. I förfrågan till verksamhetscheferna efterfrågades förslag på fyra lämpliga forskningspersoner i vardera kategorin. Inom varje kategori, novis/nybörjare, kompetent och skicklig/expert, skulle sedan forskningspersonerna lottas ut i syfte att minska bias från verksamhetschefen (Polit & Beck, 2012).

Genomförande

Intervjuguide

Datansamlingen utfördes med en semistrukturerad intervju (Polit & Beck, 2012), bilaga 1. I utformningen av intervjuguiden, vilken gjordes med stöd från handledaren, valdes en struktur som utgick från Socialstyrelsens föreskrifter för katastrofmedicinsk beredskap. Valet gjordes då urvalet av intervjupersoner var akutsjuksköterskor i Sverige inom ett landsting. Föreskriften gäller för Sverige och landstingen och har därmed haft betydelse för akutsjuksköterskornas katastrofmedicinska beredskap. Sedan den 1 juli 2013 är SOSFS 2013:22 den aktuella föreskriften gällande katastrofmedicinsk beredskap. Vid tidpunkten för utformningen av intervjuguiden var dock SOSFS 2005:13 den rådande föreskriften för hälso- och sjukvården gällande katastrofmedicinsk beredskap. Strukturen i intervjuguiden utgår från uppdelningen i SOSFS 2005:13. Föreskriften spänner över flera olika områden som ”planering, utrustning, utbildning träning och övning, särskild sjukvårdsledning...” (SOSFS, 2005:13 3 kap 1 §). Frågornas innehåll arbetades fram med hänsyn till de områden gällande katastrofmedicinsk beredskap som berörts i flera artiklar (Garbutt et al., 2008; Mitchell et al., 2012; Whetzel et al., 2013; Wisniewski et al., 2004; Worrall, 2012). Den avslutande frågan konstruerades som en öppen fråga, utifrån syftet att inte begränsa forskningspersonen till enbart de förutbestämda frågeområdena gällande katastrofmedicinsk beredskap. Därmed fanns vidare möjlighet till ytterligare data att framkomma, som inte täckts in av intervjuguidens övriga frågor (Polit & Beck, 2012).

Intervjuguiden pilottestades mot en lokal beredskapssamordnare på författarens sjukhus och bedömdes i samråd med denne täcka in begreppet katastrofmedicinsk beredskap. En lokal beredskapssamordnare är en person som i sin tjänst har ansvar för sjukhusets katastrofberedskap. Förhoppningen var att konstruera intervjuguiden i syfte att minska risken för att missa någon viktig aspekt gällande katastrofmedicinsk beredskap. Detta är också i linje med den fenomenografiska ansatsen, där frågorna ska konstrueras utifrån möjligheten att fånga in så stor variation som möjligt (Marton & Booth, 2000; Sjöström & Dahlgren, 2002).

Forskningspersoner

Akutmottagningarna gav namnförslag på olika forskningspersoner. Den planerade lottningen mellan forskningspersoner genomfördes på en av akutmottagningarna. Den akutmottagningen gav ut en lista ut med ett flertal namn. Förfrågan till forskningspersonerna gjordes genom att inom varje kategori lotta ut två som tillfrågades i ett första skede. Lottningen särskildes i kategorierna novis/avancerad nybörjare, kompetent och skicklig/expert för att bibehålla heterogeniteten i urvalet. Lottningen inom kategorierna gjordes för att minska risken för eventuell bias. Varje namn i respektive kategori fick en unik siffra och med hjälp av slumptalsgenerator valdes vilka två i varje kategori som tillfrågades först. Utav dessa sex tillfrågade tackade tre ja till deltagande. En ny lottning genomfördes därefter på samma sätt och tre nya, en i varje kategori, tillfrågades och ytterligare en tackade ja till deltagande. Totalt genomfördes fyra intervjuer i en heterogen grupp där alla kategorier blev representerade.

Den andra akutmottagningen gav enbart ut förslag på totalt fyra personer och någon lottning mellan forskningspersoner genomfördes inte. Vid önskan om fler namn till studien gavs svaret att de redan givna namnen var tillräckliga från akutmottagningens sida.

Förfrågan riktades om deltagande till de anvisade personerna och en av dem tackade ja till studien och ytterligare en tackade nej. De övriga två var svåra att få tag på och efter flertal försök till kontakt tackade de ja, men ändrade sig när tid för intervju skulle bestämmas och avstod från deltagande. Förfrågan riktades därför åter till akutmottagningen om fler deltagare till studien och trots flertal försök från författarens sida gavs inga fler namn ut. Totalt genomfördes en intervju vid den akutmottagningen.

I tabell 1 åskådliggörs fördelningen av forskningspersoner mellan akutmottagningar och kategorier.

Tabell 1. *Fördelning av antal forskningspersoner mellan kategorier och akutmottagningar*

| Kategori | Akutmottagning 1 | Akutmottagning 2 |
|---------------------------|------------------|------------------|
| Novis/avancerad nybörjare | 1 | 0 |
| Kompetent | 2 | 0 |
| Skicklig/Expert | 1 | 1 |
| Antal per akutmottagning | 4 | 1 |
| Totalt antal | | 5 |

Intervju

Intervjuerna genomfördes på forskningspersonernas arbetsplats i ett avskilt utrymme och under deras arbetstid, vilket verksamhetscheferna givit tillstånd till. Syftet med att genomföra intervjuerna på arbetsplatsen och under arbetstid var en förhoppning om ökat deltagande då det torde vara enklare att genomföra en intervju under tid då akutsjuksköterskan redan var uppbokad och ingen fritid därmed togs i anspråk. Samtalen spelades in på mobiltelefon med hjälp av en diktafonsapplikation. Syftet var dels enkelheten med mobiltelefon, men även att avdramatisera inspelningssituationen (Polit & Beck, 2012). Inspelningen förvarades sedan i krypterat tillstånd på lösenordsskyddad del i forskarens personliga dator och ljudfilen på mobiltelefonen raderades.

En pilotintervju utfördes (Polit & Beck, 2012) och utvärderades. Efter intervjun tillfrågades forskningspersonen om dennes uppfattning om frågornas innehåll var begripligt eller om något behövde ändras. Forskningspersonen ansåg att frågorna var begripliga och såg inget behov av förändring i intervjuguiden. Handledaren och författaren analyserade därefter intervjusituationen och delar av det insamlade materialet. Bedömningen blev att ingen förändring krävdes i intervjuguiden och att pilotintervjun kunde ingå i studiens datainsamling.

Databearbetning

Databearbetningen gjordes i sju steg (Dahlgren & Johansson, 2009; Sjöström & Dahlgren, 2002) även om det enligt författarna är svårt att strukturera upp analysfasen i enskilda steg, då de är intrikat förbundna med varandra.

Steg ett

Materialet lyssnades först igenom vid några tillfällen. Därefter transkriberades materialet och lästes igenom vid flera tillfällen. Transkriberingen skrevs ner som löpande text och alla biord togs med för att inte förlora nyanser i materialet. Vid första tillfället lästes materialet igenom samtidigt som intervjun lyssnades igenom igen. Därmed kunde oavsiktliga fel vid transkriberingen rättas till och även vissa förekommande stavfel korrigeras (Sjöström & Dahlgren, 2002).

Steg två

De meningsbärande enheterna i varje intervju togs fram. Ofta fanns de i anslutning till när frågan ställdes, men de kunde också förekomma som en del i svar på andra frågor (Sjöström & Dahlgren, 2002). Passagerna som sammanställdes utgjordes av de mest betydelsefulla utsagorna från varje forskningsperson. Sammanställningarna sparades i åtskilda dokument. Varje dokument gavs därefter en unik färgkod. Syftet var att om behovet uppstod, kunde varje meningsbärande enhet kopplas tillbaka till dess ursprungliga intervju. Färgkodningen gjordes även för att lättare återfinna vilken forskningsperson som citat i resultatet skulle kopplas till.

Steg tre

Här jämfördes de olika meningsbärande enheterna från alla intervjuer utifrån både likheter och skillnader. Jämförelsen genomfördes genom flertal genomläsningar av dokumenten som skapades under steg två.

Steg fyra

Varje meningsbärande enhet grupperades och samlades ihop utifrån likheter. Nu började kategorierna framträda, även om de fortfarande var vaga. Steg tre och fyra innebar en ständig växelverkan där grupperingen av de meningsbärande enheterna förändrades utifrån vilka likheter som framkom under bearbetningen av texten. För att underlätta grupperingen av de meningsbärande enheterna samlades de under en beskrivning av den uppfattade likheten i varje gruppering.

Steg fem

Varje samling av meningsbärande enheter analyserades i försök att hitta den mest väsentliga likheten inom varje kategori. Nogsamhet iakttogs att likheten svarade mot syftet för uppsatsen. I denna analysfas togs vissa meningsbärande enheter bort då de inte uppfyllde syftet. Vissa meningsbärande enheter kopplades vid behov tillbaka till sin kontext i syfte att hitta forskningspersonens uppfattning.

Steg sex

De kategorier som framkommit under föregående steg gavs här namn. En strävan hölls mot korta, men ändå beskrivande beteckningar vid namngivandet. Förhoppningen var att kategoriernas namn skulle göra det lättare att förstå de olika sätten att uppfatta fenomenet katastrofmedicinsk beredskap. När kategorierna fått sina beskrivande beteckningar kan de fortsättningsvis kallas för beskrivningskategorier. Under detta steg jämfördes de olika beskrivningskategorierna och hur de kunde relateras till varandra. Vissa beskrivningskategorier berörde olika men ändå sammanhängande aspekter och i den analysen formulerades de olika utfallsrummen varunder beskrivningskategorierna kunde inordnas.

Steg sju

I det sista steget gjordes en kontroll mot de meningsbärande enheter som togs fram under steg två. De granskades mot de beskrivningskategorier som framkommit under steg sex. En meningsbärande enhet fick enbart ingå i en kategori, då varje kategori ska vara unik. Ingen av de kvarvarande meningsbärande enheterna ingick i mer än en beskrivningskategori.

Forskningsetiska övervägande

Inom medicinsk etik finns några grundläggande principer, som också har bäring inom forskningsetiken och de är (Medicinska forskningsrådet, 2000, s. 17) ”respekt för personer (autonomiprincipen), godhetsprincipen, principen att inte skada, rättvisepincipen”. Inom forskningsetiken finns också några grundläggande principer och de är kraven på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet, 2002).

Autonomiprincipen innebär en respekt för andras förmåga till självbestämmande och förmåga till eget informerat ställningstagande (Medicinska forskningsrådet, 2000). I studien innebär det att forskningspersonerna får delta helt frivilligt, att de ska ha fullständig information och att de när som helst har rätt att avbryta sin medverkan (Polit & Beck, 2012). Vid alla kontakter med forskningspersonerna poängterades frivilligheten i deltagandet och information om studien gavs muntligt och skriftligt (bilaga 2).

Godhetsprincipen innebär att försöka göra gott och i studien innebär det en strävan efter att studien som helhet ska göra gott (Medicinska forskningsrådet, 2000). Därmed ska studiens design vara konstruerad så att resultatet går att lita på, samt forskarens eventuella bias vara tydligt redovisade och genom en god design ökar också trovärdigheten (Polit & Beck, 2012).

Principen att inte skada innebär just det och fokuserar mer på ansvaret mot forskningspersonen (Medicinska forskningsrådet, 2000). Under denna princip faller också lagen om etikprövning av forskning som avser människor från Svensk författningssamling (SFS 2003:460 4 § 2:a stycket) ”... som innebär en uppenbar risk att skada forskningspersonen fysiskt eller psykiskt”. Då studien undersöker sjuksköterskor via intervju, och inte patienter, som eventuellt befinner sig i en beroendeställning mot författaren, är det liten uppenbar risk att skada forskningspersonen (Polit & Beck, 2012). Under principen att inte skada faller också kravet på konfidentialitet (Vetenskapsrådet, 2002), då bruten konfidentialitet kan skada forskningspersonen (Kvale & Brinkmann, 2009). I studien bevarades konfidentialiteten genom att inspelningarna sparades på en krypterad fil till dess examination och godkännande av uppsatsen avklarats. Därefter kommer inspelningarna att förstöras.

Under principen att inte skada kan även kravet på nyttjande läggas. Det kravet innebär att de uppgifter som samlas in enbart får användas i forskning (Vetenskapsrådet, 2002). Datan som samlades in har därför enbart använts till denna studie.

Rättvisepincipen innebär att inte göra skillnad på människor, om det inte går att motivera etiskt (Medicinska forskningsrådet, 2000). I studien görs skillnaden utifrån designen på urvalet, inte utifrån eventuella personliga preferenser (Polit & Beck, 2012).

RESULTAT

I tabell 2 åskådliggörs de utfallsrum och de beskrivningskategorier vilka framkom under analysen av materialet.

Tabell 2. *Utfallsrum och deras beskrivningskategorier.*

| Utfallsrum | Beskrivningskategorier | Relation mellan beskrivningskategorierna |
|--------------------|----------------------------|--|
| Strukturförändring | Förändrat uppdrag | Olika aspekter av utfallsrummet |
| | Omstrukturerad arbetsplats | |
| | Förändrad ledningsstruktur | |
| Mental beredskap | Stödjande faktorer | Motsattsförhållande inom utfallsrummet |
| | Hämmande faktorer | |
| | | |
| Moraliskt ansvar | Inre drivkraft | Olika aspekter av utfallsrummet |
| | Yttre drivkraft | |

Strukturförändring

Förändrat uppdrag

Katastrofmedicinsk beredskap uppfattades innebära en beredskap att lämna sin arbetsplats och åka ut till skadeområde i sjukvårdsgrupp. Ett tydligt förändrat uppdrag mot det normala arbetet på akutmottagningen. Denna uppfattning var frekvent förekommande hos flertalet studiedeltagare och nämndes flera gånger under intervjuerna.

Jag tänker en katastrof, då tänker jag att vi får åka ut i sjukvårdsgrupp. (Deltagare 3)

Inför beredskapen att åka ut med sjukvårdsgrupp vid en allvarlig händelse beskrev studiedeltagarna hur viktigt det var med kläder som till exempel skulle tåla regn och kyla. Arbetet med patienterna förutsattes pågå ute på skadeområdet. Den egna arbetsplatsen, akutmottagningen, var enbart en plats att utgå ifrån. På akutmottagningen fanns utrustningen som behövdes under arbetet i sjukvårdsgruppen. I beredskapen inför att åka ut nämndes vikten av förberedelser med fokus på sjukvårdsgrupp. Förberedelserna innebar att veta var utrustning som ryggsäckar och läkemedel fanns, men även att redan innan provat ut rätt storlek på till exempel kläder.

Man ska ha på sig sina kläder, sina tåliga bra kläder som tål kyla eller regn eller allt vad det nu är. (Deltagare 1)

Omstrukturerad arbetsplats

Inför en allvarlig händelse som katastrof fanns uppfattningen att den befintliga strukturen för patientomhändertagande ej skulle vara tillräcklig och att det behövdes en förändring av det normala arbetssättet. Det beskrevs hur hela samhällsapparaten behövde förändras men fokus var på akutmottagningen. Förväntningen var att det kommer komma stora volymer med skadade patienter och att det krävs en förändring av arbetssättet på akutmottagningen för att möta upp mot det flödet. Uppfattningen var att det behövdes ett annat mottagande för att hinna med antalet patienter.

Man måste sätta en sköterska som liksom tar emot och håller lite koll, lite räkning, vart ska patienterna. (Deltagare 4)

Studiedeltagarna ansåg att befintliga resurser inte kommer vara tillräckliga vid en katastrof. Risken med att bli kvar hos en skadad patient och behandla den nämns i relation till att andra mer skadade då riskerar att inte få den vård som de behöver. I normalfall behandlas en patient med alla de resurser som krävs för den enskilda patienten. Vid en allvarlig händelse, som katastrof, är inte längre befintliga resurser tillräckliga för att möta alla patienters behov. Det kan därför, enligt studiedeltagarna, krävas ett annat sätt att triagera (sortera och prioritera, författarens anmärkning) då normala kvalitetskrav inte längre kan upprätthållas, vilket innebär att vissa åtgärder ej utförs. Detta relaterat till den resursbrist som kan råda vid ett allvarligt läge. Vid katastrof kan det krävas att avstå från åtgärder som i normalfall kan vara livräddande då de tar mycket resurser. Uppfattningen från vissa studiedeltagare var att dessa resurser istället kan användas till andra patienter och ge en större andel överlevande patienter.

Det gör vi aldrig på akuten, vi ger liksom aldrig upp på nån människa, men det kan man göra på katastrof och det tycker jag är specifikt. (Deltagare 5)

Skrivna rutiner och riktlinjer vilka bestämmer hur strukturer ska förändras fanns enligt flera studiedeltagare samlade i vad som benämndes katastrofparmen. Där beskrevs till exempel vilka avdelningar som ska ta emot de patienter som drabbats av katastrof, men även hur akutmottagningens befintliga normala besökare ska förflyttas för att skapa plats. Katastrofparmen beskrevs i termer av att där finns allt, det gäller bara att hitta rätt i den och därefter är det bara följa de olika stegen. Att hitta rätt i katastrofparmen görs enligt studiedeltagarna från beskrivningar av hur olika larmkedjor sätts igång utifrån vilket beredskapsläge som aktiverats och även vilka kriterier som krävs för varje nivå. I katastrofparmen beskrevs hur det fanns definitioner för olika typer av allvarliga händelser relaterat till den mekanism som orsakat skadeutfallet. Olika mekanismer kan kräva olika kompetenser i patientomhändertagandet.

Förändrad ledningsstruktur

Uppfattningen om ledning under en katastrof var att den måste vara tydligare och mer hierarkisk än under det vardagliga arbetet. Beredskapen att agera inför en katastrof och starta strukturförändringen av arbetet på akutmottagningen var enligt studiedeltagarna kopplat till vissa funktioner. I intervjuerna nämns ledningssjuksköterskan som den viktigaste funktionen. Det fanns en förväntan att tydligare ledarskap skulle ge ett bättre

resultat för patienterna med fler överlevande då patienterna kan tas omhand på ett effektivare sätt. Uppfattningen om det härleder studiedeltagarna till egna erfarenheter från katastrofmedicinska övningar där logistiken fallerat på grund av otydlig ledning. Kopplat till den förväntan på tydlig ledning ligger uppfattningen att sjukvårdspersonal i det vardagliga arbetet har svårt att underordna sig och följa order. Vissa studiedeltagare beskriver sjukvårdspersonal som lösningsfokuserade med en vilja att lösa problem efter vad de anser vara bäst just där och då. De ansåg att det kan leda till problem vid en katastrof då vissa lösningar kan ge ett sämre resultat för patienterna. Detta då den som löser problemet kan sakna den överblick som krävs för att fatta det mest effektiva beslutet gällande alla patienter.

Ännu viktigare vid katastrofer tror jag, är det, är liksom att vi lyder order, att vi inte gör egna saker. (Deltagare 4)

Tydligheten i ledarskapet förväntades bli bättre då ledningen inte var direkt involverad i vården, utan var avskild från denna. Därigenom var uppfattningen att patientflöde och olika skeenden lättare kunde överblickas. Svårigheten med avskild ledning benämns då sjukvårdspersonal uppfattas ha svårt att avstå från direkt patientkontakt.

Mental beredskap

Kategorin mental beredskap pekade på hur akutsjuksköterskan uppfattade sin egen katastrofmedicinska beredskap på arbetsplatsen. Den delades upp i två distinkt åtskilda aspekter vilka kan ses befinna sig i ett motsatsförhållande.

Stödjande faktorer

Den positiva uppfattningen om den egna katastrofmedicinska beredskapen nämndes utifrån flera olika stödjande aspekter. Tidigare erfarenhet av kaotiska och eller röriga situationer nämndes som en positiv aspekt. Det beskrevs hur arbetet på en akutmottagning många gånger var som att arbeta under en katastrof. Den erfarenheten av genomfört och avklarat arbete på akutmottagning under de premisserna gav därför en tillförsikt till den egna förmågan att arbeta under katastrof.

Jag tror att vi skulle fixa ganska mycket, alltså vi lever ju nästan i en katastrof jämt på en akutmottagning, så är det ju faktiskt. (Deltagare 4)

Övningar och utbildningar, vilka tidigare genomförts av studiedeltagarna, nämndes som en faktor vilken gav en positiv uppfattning om den egna katastrofmedicinska beredskapen. Den bestod av två delar, en praktisk och en teoretisk förberedelse. I den praktiska fanns en tillförsikt till den egna förmågan som innefattade triagering av skadade eller traumaomhändertagande enligt ABCDE-konceptet. Studiedeltagarna beskrev hur övningar och utbildningar gav en mental förberedelse och insikt i att katastrofer faktiskt kan inträffa. Det beskrevs hur den insikten genererade ett mentalt arbete med olika scenarion som kunde inträffa. Ett exempel som nämndes var om det kommer ett mycket stort antal patienter med kraftiga traumatiska skador. En stödjande faktor var att själv ställa sig frågan hur arbetet på akutmottagningen kunde organiseras för att möta det nya behovet. Ytterligare en förväntan från studiedeltagarna var att övningar och utbildningar gav både

en praktisk och mental förberedelse inför den stress som de antog kommer råda vid en eventuell katastrof.

Efter den [katastrofmedicinska utbildningen, författarens kommentar] efter det så har jag tänkt mer på vad som kan hända, det kan ju bli verklighet. (Deltagare 2)

En sista aspekt var en villighet till att arbeta under en katastrof. Vissa studiedeltagare beskrev att om en katastrof inträffade så ville de vara med och arbeta. De ville utmana sig själva, pröva sin kompetens och få del av erfarenheten av att arbeta under en katastrof.

Hämmande faktorer

Den negativa uppfattningen om den egna katastrofmedicinska beredskapen nämndes också med flera olika hämmande faktorer. En faktor var en upplevd brist i den egna katastrofmedicinska kompetensen. Den beskrevs som en farhåga att inte veta vad som behövs göra eller en oförmåga att agera vid en katastrof. Kopplat till den upplevda oförmågan fanns också en förväntan att andra personer med bättre kompetens skulle komma till akutmottagningen och ta över arbetet med patienterna.

Tänk om det händer något, vad ska jag göra då? (Deltagare 5)

Vissa av studiedeltagarna beskrev en förhoppning om att inte stå i ledningsfunktion vid en eventuell katastrof då de upplevde att deras beredskap inför den rollen inte var tillräcklig, trots att de hade ledningsfunktionen under normala förhållanden. De upplevde sig hämmade och förhöll sig passiva till sin egen beredskap och uttalade en förhoppning om att andra som är i tjänst samtidigt får agera. Ansvar för kompetensen gällande den katastrofmedicinska beredskapen lades över på andra personer.

I värsta fall är jag ledningssjuksköterska och jag hoppas att det finns rutinerade bakom mig. (Deltagare 1)

Liknande förhållningssätt framkom i hur vissa studiedeltagare förväntade sig att händelsekedjan som genererade olika beredskapsnivåer aktiverades. De antog att beslutet fattades utan akutmottagningens medverkan och hämmades därmed i sin egen katastrofmedicinska beredskap. Åter framkom ett mentalt hämmande förhållningssätt till den egna katastrofmedicinska beredskapen.

En sista aspekt gällande hämmande faktorer för en mental beredskap var att flera studiedeltagare uttryckte en rädsla inför vad en katastrof innebar. Det kändes skrämmande och otryggt. En katastrof kändes så stor och omfattande att den blev svårt att greppa. Till detta fanns också en rädsla att en katastrof kunde inträffa var som helst, och när som helst. Vidare framkom en rädsla gentemot ens egen bristfälliga erfarenhet av katastrofmedicinsk beredskap. Därav formas uppfattningen hos studiedeltagarna att det inte går att förbereda sig inför en katastrof och de blev hämmade och därmed passiva i sin egen mentala beredskap.

Moraliskt ansvar

I intervjuerna framkom att flera studiedeltagare ansåg sig inneha ett moraliskt ansvar som varande sjuksköterskor att agera i händelse av katastrof. Ansvaret skapade en beredskap till handling. Detta ansvar var inte förbehållet enbart arbetet på akutmottagningen, utan kunde även innebära en beredskap att agera om en olycka inträffade ute i samhället. Drivkraften bakom det uppfattade ansvaret kunde komma från inre eller yttre förväntningar.

Inre drivkraft

Den inre drivkraften beskrevs som en vilja att hjälpa människor. Det var en önskan att möta varje person som drabbats av en katastrof och dess behov. Vid händelse av katastrof beskrevs det som en självklarhet att agera. Alternativet att inte agera var otänkbart. Studiedeltagarna beskrev hur de vid en katastrof önskade möta den drabbade utifrån de behov den personen hade just där och då. Det kunde ta sig uttryck i att vilja ge trygghet eller avlasta genom samtal. Till detta nämndes som en självklarhet att akuta, livräddande behov måste gå först. Viljan att hjälpa var dock inte begränsad enbart till de som direkt drabbats och skadats vid en katastrof, utan sträckte sig även till fysiskt oskadade och anhöriga till alla drabbade.

Man måste försöka göra största möjliga nytta då och hjälpa dem som har drabbats. (Deltagare 1)

Yttre drivkraft

Den yttre drivkraften ansåg studiedeltagarna kom från andras förväntningar på dem som sjuksköterskor. De uppfattade att det fanns en förväntan från andra människor att sjuksköterskor ska kunna agera i händelse av en katastrof. Förväntningar som studiedeltagarna berörde var att sjuksköterskor ska kunna ta hand om skadade på ett rätt och effektivt sätt. Uppfattningen från studiedeltagarna var att människor anser att sjukvården vid en katastrof ska kunna använda sina resurser så att alla får den hjälp som krävs. Utifrån uppfattningen om andra människors förväntan på sjukvården och i förlängningen den enskilda sjuksköterskan framkom beskrivningar av en yttre drivkraft.

Så tänker jag ibland vad som förväntas av en som sjuksköterska att man någonstans ska kunna leva upp till att man hamnar i en sådan situation. Att kunna ta ett visst ansvar och handla rätt och kunna stå för det i efterhand och sina beslut. Och det är inte så djävla lätt i stunden sådär. (Deltagare 5)

Sammantaget gav den inre och yttre drivkraften en uppfattning om katastrofmedicinsk beredskap som ett moraliskt ansvar vilken genererar handling vid händelse av katastrof. Uppfattningen var att sjuksköterskor har ett moraliskt ansvar att agera vid en katastrof i syfte att hjälpa de som drabbats.

DISKUSSION

Metoddiskussion

I alla kvalitativa studier måste frågan om resultatets trovärdighet ställas (Polit & Beck, 2012). Författarens förhoppning är att textens alla delar sammantaget ger en bild om

behovet av studien, samt en tillräckligt tydlig och strukturerad genomgång i hur studien utförts. Utifrån denna kan därefter läsaren bedöma resultatets trovärdighet enligt Graneheim och Lundman (2004).

Valet av ämne måste ställas i relation till vilken nytta det i slutändan ger patienterna och forskningsetiskt var frågan främst om studiens syfte var gott (Medicinska forskningsrådet, 2000). Enligt Polit och Beck (2012) är något av det grundläggande inom kvalitativ omvårdnadsforskning att identifiera och beskriva fenomen och först därefter går det att utforska och förklara fenomenet. Det är författarens åsikt att studien har gett kunskap om denna grundläggande nivå i att identifiera och beskriva fenomenet katastrofmedicinsk beredskap utifrån akutsjuksköterskans uppfattning. Därav kan det hävdas att syftet med studien varit gott.

Ansats

Val av ansats för studien kan diskuteras och först handlade det om valet mellan en kvantitativ eller en kvalitativ ansats. En kvantitativ ansats hade kunnat ge kvantifierbar data om katastrofmedicinsk beredskap (Polit & Beck, 2012) inom det undersökta materialet. En kvalitativ undersökning syftar istället, enligt Polit och Beck (2012), till att undersöka hela människan i vetskap om hennes komplexitet och utan att reducera hennes erfarenhet till enbart de i förväg bestämda undersökningsenheterna. Kunskapsläget var, som det beskrivits i bakgrunden, genomgående lågt om hur akutsjuksköterskor uppfattar fenomenet katastrofmedicinsk beredskap. Utifrån det passade en kvalitativ ansats till syftet då beskrivningskategorierna var okända när studiens design utformades

Syftet var att undersöka uppfattningar om katastrofmedicinsk beredskap och i litteraturen fanns flera olika enkäter framtagna vilka mäter olika aspekter av uppfattningar om fenomenet katastrofmedicinsk beredskap med EPIQ som ett exempel (Garbutt et al., 2008; McKibbin et al., 2011; Worrall, 2012). Svårigheten med alla enkäterna var att ingen fanns på svenska. Om någon av enkäterna skulle använts i studien hade det krävts en översättning till svenska. Svårigheten med en nyöversatt enkät innebar att dess validitet inte blivit testad, varför studiens reliabilitet skulle blivit låg (Polit & Beck, 2012). Givet svårigheterna med en kvantitativ studie valdes därför en kvalitativ ansats.

Design

I valet mellan olika kvalitativa metoder valdes fenomenografin då den ansågs svara mot syftet med studien. Styrkan med fenomenografin är att den är utformad för studier om olika uppfattningar (Barnard et al., 1999; Marton & Booth, 2000). Trovärdigheten med fenomenografin kan ifrågasättas då den enligt Marton och Booth (2000) inte kan ge någon direkt överförbarhet. Sjöström och Dahlgren (2002) erkänner bristen på direkt klinisk överförbarhet, men diskuterar att den ökade förståelsen kan ge värdefulla insikter och reflektioner för det undersökta fenomenet.

Giltigheten i resultatet är avhängigt forskarens förmåga till analys (Polit & Beck, 2012). Risken fanns att författarens bias kunde färga resultatet till exempel i form av förutfattade meningar (Polit & Beck, 2012). Enligt Malterud (2001) kommer en författare alltid att påverka dataanalysen och för ökad trovärdighet krävs en öppenhet mot läsarna och medvetenhet hos författaren om den förförståelse som fanns. Författaren hade lång erfarenhet av arbete på akutmottagning och även tidigare katastrofmedicinsk utbildning i form av sjukvårdsgrupp. Patton (2002) argumenterar för behovet av reflekterad

förförståelse i syfte till kontrollerad kunskap, vilket innebär en kunskap som ej är färgad av förutfattade meningar. En dialog om förförståelse fördes med handledaren under både intervjuerna och dataanalysen för att säkerställa ett resultat emot en kontrollerad kunskap.

Urval

Det första urvalet innebar att utgå ifrån akutmottagningar och därifrån rekrytera forskningspersoner. Utifrån definitionen av akutsjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2010) som ansvariga för vården av patienten under de första 24 timmarna var det urvalet något snävt. Under den tidsrymden kommer flera patienter även vårdas på andra vårdenheter. Tillförlitligheten och giltigheten i den insamlade datan kan dock anses bli högre då urvalet enbart var akutmottagningar. Andra vårdenheter och sjuksköterskor vårdar oftast patienter mer än 24 timmar (Socialstyrelsen, 2016). Då faller de utanför definitionen gällande akutsjuksköterskor och uppfyller inte längre studiens syfte. Lämpligheten med definitionen akutsjuksjuksköterskor, som den används i studien, kan också diskuteras då den grundar sig på definitionen från Svensk sjuksköterskeförening (2010). Den definitionen är dock utifrån en sjuksköterska med specialisering i akutsjukvård och därmed är frågan vad en specialisering innebär. Det skulle kunna innebära en specialistsjuksköterska inom akutsjukvård. Vid tidpunkten för studien var den dock ännu ej godkänd som specialistutbildning och kunde därför inte ingå som urvalskriterium. I urvalet av akutmottagningar kan det diskuteras om det lämpliga i att enbart utgå från ett landsting. Då urvalet enligt fenomenografin (Marton & Booth, 2000) ska göras för att maximera variationen kan valet att enbart utgå från ett landsting eventuellt minskat mängden olika uppfattningar i studien.

Det första urvalet av forskningspersoner gjordes av verksamhetscheferna utifrån de urvalskriterier som tidigare beskrivits. Författaren hade inte möjlighet att utföra det urvalet då åtkomst saknades till data om anställd personal och deras erfarenhet.

Verksamhetscheferna riskerade att rikta deltagare och välja de forskningspersoner som kunde ge det resultat verksamhetscheferna önskade (Polit & Beck, 2012) och därmed göra avkall på rättvisepincipen om att inte göra skillnad. Sannolikheten för detta bedöms dock av författaren som liten. Lottningen mellan forskningspersoner utfördes för att till viss del motverka den risken, men kunde inte i praktiken genomföras fullt ut som önskats.

Sammantaget genomfördes fem intervjuer, vilket därmed inte uppfyllde målsättningen om sex till åtta forskningspersoner. Hade syftet med studien varit en kvantitativ studie för att undersöka förekomsten av olika uppfattningar om katastrofmedicinsk beredskap, skulle bortfallet kunnat påverka studiens kvalitet (Polit & Beck, 2012).

Genomförande

Vid förberedelsen inför intervjuerna skapades med stöd från handledaren en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 1) vilket enligt Polit och Beck (2012) syftar till att rikta intervjun mot de aspekter forskaren önskar undersöka. Genom den redovisade intervjuguiden går det att bedöma giltigheten i den insamlade datan. Läsaren kan utifrån frågornas innehåll bedöma om de uppfyller studiens syfte. Frågorna riktar forskningspersonens fokus mot vissa aspekter och det kan diskuteras om andra frågor skulle givit upphov till andra svar och uppfattningar. Tillförlitligheten i studien bibehölls dock genom att samma frågor ställdes till alla personer (Polit & Beck, 2012). Mot argumenten för ökad trovärdighet hävdar dock Kvale (2009) att den kvalitativa forskningsintervjun inte går att reducera till följandet av en metod. Intervjun är alltid beroende av samspelet mellan forskare och forskningsperson. Han menar att det är i den

kontexten datan skapas och skickligheten hos intervjuaren avgör kvaliteten i datan som samlas in. Skickligheten hos författaren som intervjuare utvecklades efter varje intervju. Under transkriberingen av pilotintervjun kunde författaren konstatera att denne exempelvis ”pratade” en del under intervjun. Vid efterföljande intervjuer förhöll sig därför författaren tyst under längre perioder, och lät forskningspersonen få sitt tidsutrymme.

Forskningsetiskt var det en styrka i studien att alla kontakter med forskningspersonerna var helt frivilliga. Därigenom upprätthölls respekten för deras autonomi och inga övertalningsförsök eller ifrågasättande av skäl till avslut gjordes med de som valde att inte delta. I syfte att inte skada deltagarna upprätthölls konfidentialiteten mot deras chefer då ingen information gavs tillbaka om vilka som deltagit. Konfidentialiteten i uppsatsen bevarades genom aidentifiering vid redovisning av resultatet. Risken med en kvalitativ intervju enligt Kvale (2009) är den ojämlika maktrelation som råder och att intervjun kan närma sig psykoanalys då syftet kan vara att få fram information vilken forskningspersonen inte alltid är medveten om. I intervjusituationen kan därför forskningspersonen komma till skada genom de tankar och känslor som väcks. Författaren var medveten om den risken och hade vid behov avbrutit en sådan intervjusituation vilket dock ej krävdes.

Forskningsetiskt uppfylldes vidare krav om information och samtycke genom den förfrågan som riktades till verksamhetscheferna om tillstånd att utföra studien vid deras akutmottagningar.

Databearbetning

Beskrivningen av databearbetningens olika steg gjordes för att öka giltigheten i studien då läsaren kan följa analysens olika steg. Ytterligare ett sätt att öka trovärdigheten för studien är att möjliggöra för läsaren att bedöma överförbarheten (Polit & Beck, 2012) vilket författaren har försökt uppfylla genom tydliga beskrivningar av resultatet och åskådliggjort dessa med representativa citat. Författaren diskuterade kontinuerligt arbetsprocessen under dataanalysen tillsammans med handledaren och likaså fördes diskussioner om förförståelse. Inom fenomenografin kan en medbedömare användas. Detta sker genom att en annan person bedömer de framtagna utfallsrummen och beskrivningskategorierna gentemot rådata, dvs de transkriberade intervjuerna (Sjöström & Dahlgren, 2002). Handledaren erhöll samtliga transkriberade intervjuer och bekräftelsebarhet uppnåddes genom att handledarens bedömning av de framtagna kategorierna nådde en nära samstämmighet med författarens.

Resultatdiskussion

Strukturförändring

Utfallsrummet strukturförändring föll väl in under Socialstyrelsens definition av allvarlig händelse (Socialstyrelsen, u.å.). Uppfattningen att det krävdes en förändring av befintliga strukturer för att möta upp mot den ökade belastningen kan sägas motsvara själva definitionen av allvarlig händelse. I definitionen nämndes omorganisation och användning av resurser vilket beskrivningskategorin omstrukturerad arbetsplats berör. Den gick att koppla till litteraturen i studien av Hammad et al. (2012) där ett tydligt tema vid katastrof var den förändring av arbetsplatsen som krävdes. Beskrivningskategorin förändrad ledningsstruktur gick att koppla till definitionen enligt vilken det krävs att resurser leds på ett särskilt sätt. I litteraturen nämndes detta av Knebel et. al. (2012) utifrån kompetensen hos ledarskapet men också av Worrall (2012) och McKibbin et al. (2011) vilka fokuserade

på förmågan hos personalen att arbeta enligt den ledningsstruktur som krävs vid en katastrof.

Beskrivningskategorin förändrat uppdrag som den beskrevs i resultatet med fokus på att lämna akutmottagningen för att arbeta i sjukvårdsgrupp på skadeområde nämndes inte i litteraturen. Det fanns förvisso beskrivet hur sjuksköterskor lämnar sin ordinarie arbetsplats för att arbeta i katastrofområde (Liu et al., 2015) men då handlade det om hela medicinska team som åkte ut och gav medicinsk katastrofhjälp som vid jordbävningen i Haiti (Gerdin, Wladis, & von Schreeb, 2012). Sjukvårdsgrupp, som det beskrevs i resultatet, definieras av Socialstyrelsen (u.å.) som en grupp bestående av sjukvårdspersonal med specifik katastrofmedicinsk utbildning vilka är utrustade för att arbeta i skadeområde. I föreskriften, vilken var aktuell vid tiden för intervjuerna (SOSFS, 2005:13), nämndes uttryckligen landstingens ansvar för att upprätthålla sjukvårdsgrupper samt att de bör organiseras vid sjukhus. Här fanns en tydlig koppling mellan ett styrande dokument och de uppfattningar som forskningspersonerna gav uttryck för. Socialstyrelsen (2001b) hade dock redan tidigare utfärdat riktlinjer för katastrofberedskap och specificerat vad utbildningarna inom det området skulle innehålla (Socialstyrelsen, 2007b) och vid brandkatastrofen i Göteborg (Socialstyrelsen, 2001a) skickades sjukvårdsgrupp ut från en akutmottagning till skadeområdet. Utifrån detta kan slutsatsen dras att funktionen sjukvårdsgrupp har haft en relativt lång historia i Sverige. I minst 15 år har akutsjuksköterskor utbildats till att ingå i sjukvårdsgrupp och den har sannolikt fått genomslag i hur de uppfattar katastrofmedicinsk beredskap. I studiens undersökta urval var uppfattningen tydlig. Anmärkningsvärt var hur stort fokus Socialstyrelsen och därigenom landstingen lagt på utbildningar vilka syftar till att flytta kompetent personal från akutmottagningar i form av sjukvårdsgrupp. Den sänds ut från akutmottagningen vid en allvarlig händelse, som katastrof, trots att det vid en katastrof förväntas ett ökat antal besök på akutmottagningen, varav flera söker själva och det därmed kan antas att personalen behövs på akutmottagningen. (Chapman & Arbon, 2008). I den nu gällande föreskriften för katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS, 2013:22) nämns inte sjukvårdsgrupp, däremot skall landstingen tillgodose förmågan att genomföra sjukvård i skadeområdet. Utifrån författarens erfarenhet från akutmottagningar i Stockholm och Skåne ingår fortfarande sjukvårdsgrupp med personal från den intrahospitala verksamheten i den katastrofmedicinska beredskapen.

Mental beredskap

I utfallsrummet mental beredskap visades utifrån de olika beskrivningskategorierna vilka uppfattningar den enskilda akutsjuksköterskans kan ha om fenomenet katastrofmedicinsk beredskap. I de stödjande faktorerna fanns uppfattningen att utbildning gav en bättre katastrofmedicinsk beredskap. Liknande resultat fanns beskrivet sedan tidigare (Duong, 2009; Worrall, 2012) och det har visats hur akutsjuksköterskor uppfattade sin katastrofmedicinska beredskap som förbättrad efter olika utbildningsinsatser. Svårigheten låg i att bedöma kvaliteten på den katastrofmedicinska beredskapen. Enbart det faktum att den enskilda akutsjuksköterskan uppfattade sin katastrofmedicinska beredskap som förbättrad efter olika utbildningsinsatser innebär inte att den vid en inträffad katastrof behöver vara bättre. Denna svårighet nämndes i litteraturen (Hammad et al., 2012) och även svårigheten att bedöma olika katastrofmedicinska utbildningars relevans vid en faktiskt inträffad katastrof. Det kan diskuteras om uppfattningen om upplevd hög katastrofmedicinsk beredskap ändå är av värde genom en trolig minskning av stress hos akutsjuksköterskorna. Kopplat till uppfattningen om utbildning som stödjande faktor fanns

den i princip motsatta hämmande faktorn med upplevd brist på katastrofmedicinsk kompetens. I litteraturen nämndes denna upplevelse flera gånger (Al Khalaileh et al., 2012; Garbutt et al., 2008; McKibbin et al., 2011; Raiter et al., 2008; Wisniewski et al., 2004; Worrall, 2012) och relateras av akutsjuksköterskorna till frånvaro av utbildning eller brister i utförd utbildning. Det kan diskuteras vad den upplevda bristen står för. Vid en katastrof kommer skadepanoramata hos de drabbade ofta vara liknande som de patienter vilka inkommer till en akutmottagning under den normala dagliga driften (Hammad et al., 2012). Skillnaden ligger främst i antalet skadade samt sammanhanget var skadan skett. Undantag finns och handlar då oftast om CBRN-händelser (Mitchell et al., 2012; O'Sullivan et al., 2008). Det är intressant att fundera över varför akutsjuksköterskor upplevde en kompetensbrist i sin katastrofmedicinska beredskap. En aspekt var troligen hur de uppfattade fenomenet katastrof. Det berördes i resultatet som en hämmande faktor med uppfattningen av katastrof som väldigt stort och ogripbart. Utifrån det gick det inte att förbereda sig, då allting kan hända och det blir en känsla att oavsett befintlig kompetens kommer den alltid vara bristfällig. Den uppfattningen om katastrof försvårar troligen genomförandet av en risk- och sårbarhetsanalys som landstingen är skyldiga att genomföra (SFS 2006:544). Syftet med studien var dock inte att undersöka fenomenet "katastrof", trots släktskapet med fenomenet katastrofmedicinsk beredskap.

Ytterligare en stödjande aspekt som lyftes fram i resultatet var tidigare erfarenhet av kaotiska och stressande situationer. I litteraturen (Duong, 2009) nämndes tidigare erfarenhet som en stödjande faktor. Då handlade det främst om tidigare erfarenhet av arbete under katastrof, men också om tidigare erfarenhet som sjuksköterska. En kaotisk och stressande arbetsmiljö kan inte sägas vara främmande för akutsjuksköterskor och anknyter många gånger till bristande resurser (Chapman & Arbon, 2008; Khorram-Manesh et al., 2009) vilket leder till överfulla akutmottagningar. Om målet vore att ge akutsjuksköterskor en bättre upplevd katastrofmedicinsk beredskap kan en ständigt stressad och kaotisk arbetsmiljö vara att föredra på grund av dess positiva påverkan. Troligen blir det argumentet aldrig aktuellt då en mindre stressig och kaotisk arbetsmiljö har andra mer positiva effekter (Aiken et al., 2012).

Moraliskt ansvar

I utfallsrummet moraliskt ansvar kan det vara intressant att fundera över varifrån den inre drivkraften kommer. Vad är det som driver sjuksköterskor till att vilja hjälpa andra människor? Det fanns beskrivet (Considine & Mitchell, 2009; Hammad et al., 2012) hur sjuksköterskor arbetat vidare under en katastrof och fortsatt hjälpa människor trots ovisshet om deras egna anhöriga var i säkerhet. Juridiskt finns ett ansvar för sjukvården och därigenom sjuksköterskor utifrån hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) att erbjuda en god och säker vård. Moraliskt beskrivs ansvaret i ICN:s etiska kod (ICN, 2012). Båda dessa faktorer får dock snarare anses vara yttre drivkrafter. Sannolikt har ingen av dem någon direkt betydelse för den inre drivkraften. Förklaringar till den behöver sökas på annat håll. En förklaring kan vara att det moraliska ansvaret redan finns när en person börjar utbilda sig till sjuksköterska och den förklaringen närmar sig tanken på sjuksköterskeyrket som ett kall. Ytterligare en förklaring som fanns beskrivet (Arbon, 2011) var hur det moraliska ansvaret började utvecklas under utbildningen och kopplas ihop med rollen som sjuksköterska.

Olika uppfattningar om katastrofmedicinsk beredskap

Hur kan det, som i denna studie, förekomma olika uppfattningar om ett fenomen, när det redan har en given definition? En tänkbar orsak är okunskap om att en definition finns eller en oenighet med rådande definition. Men även vid kunskap och enighet om definitionen kan det förekomma olika uppfattningar. I studien gavs aldrig någon definition till forskningspersonerna av termen katastrofmedicinsk beredskap med syftet att inte begränsa deras uppfattningar. Resultatet visade på en rad olika uppfattningar om fenomenet och en tänkbar orsak är att kommunikation sker med ett språk som består av olika språkliga utsagor och alla har en egen uppfattning om vad de olika språkliga utsagorna beskriver (Ogden & Richards, 1989). Detta kan visas i resultatet där exempelvis utfallsrummet mental beredskap innefattade motstridiga uppfattningar.

Med språket kommuniceras om den verklighet var och en erfar (Marton & Booth, 2000). Utifrån den utgångspunkten är det därför meningsfullt att reflektera över de termer som används inom omvårdnad och vad de kan innebära. Ogdens triangel (Asp & Fagerberg, 2012; Ogden & Richards, 1989) visar relationen mellan en term och dess referent, alltså vad termen anses syfta på i verkligheten. I studien används termen katastrofmedicinsk beredskap, vilket är det fenomen som utforskats. Den refererar till vad katastrofmedicinsk beredskap innebär. Socialstyrelsen har en definition (Socialstyrelsen, u.å.), men det finns fler beskrivna (Slepski, 2005). Då en person, i studien akutsjuksköterskor, hör eller tänker på termen katastrofmedicinsk beredskap ger det upphov till olika uppfattningar hos den personen. I resultatet visas de olika uppfattningar som fanns i det undersökta urvalet och enligt Eriksson (2012) kan reflektion över dessa uppfattningar leda till ytterligare kunskapsutveckling.

I rådande definition av Socialstyrelsen ligger fokus på beredskap inför en allvarlig händelse som katastrof. Resultatet visar hur akutsjuksköterskor kopplar katastrofmedicinsk beredskap till sin katastrofmedicinska förmåga. Förhållandet mellan beredskap och förmåga är intressant att reflektera över. Innebar en beredskap med självklarhet även en förmåga? Utifrån Socialstyrelsens definition kan det tolkas så, men i resultatet framkommer att akutsjuksköterskor trots insikten i att de har en katastrofmedicinsk beredskap upplever brister i sin katastrofmedicinska förmåga.

Slutsats

Syftet med studien var att beskriva akutsjuksköterskans uppfattning om katastrofmedicinsk beredskap och slutsatsen från resultatet blir att trots en given nationell definition av begreppet katastrofmedicinsk beredskap förekom det i det undersökta materialet olika uppfattningar vad fenomenet innebar för akutsjuksköterskor. Genomgående i resultatet var inställningen som fokuserade mot omhändertagandet av de som riskerade att drabbas av katastrof. Katastrofmedicinsk beredskap innebar ett strukturförändrat uppdrag samt en mental beredskap och ett moraliskt ansvar som drivkrafter i syfte att ta emot de som drabbats.

Klinisk tillämpbarhet

Fenomenografin syftar till ökad förståelse. Resultatet från denna studie kan öka förståelsen vad fenomenet katastrofmedicinsk beredskap innebär för akutsjuksköterskor. En ökad förståelse kan förändra hur utbildningar organiseras eller vad de fokuserar på. Fortsatt forskning kan innebära ytterligare fördjupning i fenomenet katastrofmedicinsk beredskap eller en utveckling av enkäter på svenska för att mäta katastrofmedicinsk beredskap.

REFERENSER

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2012). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *The Journal of Nursing Administration*, 42(Supplement), S10–16. doi: 10.1097/01.nna.0000420390.87789.67
- Al Khalaileh, M. A., Bond, E., & Alasad, J. A. (2012). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing*, 20(1), 14–23. doi: 10.1016/j.ienj.2011.01.001
- Arbon, P. et al. (2011). *Understanding the Willingness of Australian Emergency Nurses to a Disaster*. Hämtad 3 mars 2016, från <http://www.flinders.edu.au/fms/disaster-resilience/documents/WillingnessReport.pdf>
- Asp, M., & Fagerberg, I. (2012). Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (ss. 65-78). Lund: Studentlitteratur.
- Bala, M., Willner, D., Keidar, A., Rivkind, A. I., Bdolah-Abram, T., & Almogy, G. (2012). Indicators of the need for ICU admission following suicide bombing attacks. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(1), 19. doi: 10.1186/1757-7241-20-19
- Barnard, A., McCosker, H., & Gerber, R. (1999). Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative Health Research*, 9(2), 212–226. doi:10.1177/104973299129121794
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert : mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Forskning, vård, utbildning*. Lund: Studentlitteratur.
- Bissell, R. A., Pinet, L., Nelson, M., & Levy, M. (2004). Evidence of the effectiveness of health sector preparedness in disaster response: the example of four earthquakes. *Family & Community Health*, 27(3), 193–203. doi:10.1097/00003727-200407000-00006
- Cassuto, J., & Tarnow, P. (2003). The discotheque fire in Gothenburg 1998. A tragedy among teenagers. *Burns*, 29(5), 405–416. doi:10.1016/s0305-4179(03)00074-3
- Chapman, K., & Arbon, P. (2008). Are nurses ready? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11(3), 135–144. doi: 10.1016/j.aenj.2008.04.002
- Cherry, R. A., & Trainer, M. (2008). The current crisis in emergency care and the impact on disaster preparedness. *BMC Emergency Medicine*, 8(1), 7. doi: 10.1186/1471-227X-8-7
- Considine, J., & Mitchell, B. (2009). Chemical, biological and radiological incidents: preparedness and perceptions of emergency nurses. *Disasters*, 33(3), 482–497. doi: 10.1111/j.1467-7717.2008.01084.x

- Dahlgren, L. O., & Johansson, K. (2009). Fenomenografi. I Fejes, A. & Thornberg, R. (Red.) *Handbok i kvalitativ analys*. (ss. 122-135). Stockholm: Liber.
- Doohan, I., & Saveman, B.-I. (2014). Impact on life after a major bus crash--a qualitative study of survivors' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 155–163. doi: 10.1111/scs.12040
- Duong, K. (2009). Disaster education and training of emergency nurses in South Australia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(3), 86–92. doi: 10.1016/j.aenj.2009.05.001
- Eriksson, K. (2012). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskapen som disciplin. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (ss. 65-78). Lund: Studentlitteratur.
- Fung, O. W. M., Loke, A. Y., & Lai, C. K. Y. (2008). Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 698–703. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04655.x
- Fung, O. W. M., Loke, A. Y., & Lai, C. K. Y. (2009). Nurses' perception of disaster: Implications for disaster nursing curriculum. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22), 3165–3171. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02777.x
- Garbutt, S. J., Peltier, J. W., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Evaluation of an instrument to measure nurses' familiarity with emergency preparedness. *Military Medicine*, 173(11), 1073–1077. doi: 10.7205/milmed.173.11.1073
- Gerdin, M., Wladis, A., & von Schreeb, J. (2012). Foreign field hospitals after the 2010 Haiti earthquake: how good were we? *Emergency Medicine Journal*, 30(1), e8-e8. doi: 10.1136/emered-2011-200717
- Goh, S. H. (2009). Bomb blast mass casualty incidents: initial triage and management of injuries. *Singapore Medical Journal*, 50(1), 101–106.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grimland, M., Apter, A., & Kerkhof, A. (2006). The phenomenon of suicide bombing: a review of psychological and nonpsychological factors. *Crisis*, 27(3), 107–118. doi: 10.1027/0227-5910.27.3.107
- Guha-sapir, D., Vos, F., Below, R., & Ponserre, S. (2011). *Annual Disaster Statistical Review 2010: The numbers and trends*. Hämtad 4 mars 2012, från http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2010.pdf
- Gupta, P., Khanna, A., & Majumdar, S. (2012). Disaster management in flash floods in Leh (Ladakh): A case study. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(3), 185–190. doi:10.4103/0970-0218.99928

Hammad, K. S., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2012). Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, *15*(4), 235–244. doi: 10.1016/j.aenj.2012.10.005

Hicks, M. H., Dardagan, H., Bagnall, P. M., Spagat, M., & Sloboda, J. A. (2011). Casualties in civilians and coalition soldiers from suicide bombings in Iraq, 2003-10: a descriptive study. *The Lancet*, *378*(9794), 906–914. doi: 10.1016/s0140-6736(11)61023-4

International Council of Nurses. (2006). *Nurses and disaster preparedness*. Hämtad 5 december, 2012, från http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A11_Nurses_Disaster_Preparedness.pdf

International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Hämtad 5 december, 2012, från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Khorram-Manesh, A., Hedelin, A., & Ortenwall, P. (2009). Hospital-related incidents; causes and its impact on disaster preparedness and prehospital organisations. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, *17*(1), 26. doi: 10.1186/1757-7241-17-26

Knebel, A. R., Toomey, L., & Libby, M. (2012). Nursing leadership in disaster preparedness and response. *Annual Review of Nursing Research*, *30*(1), 21–45. doi: 10.1891/0739-6686.30.21

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lennquist, S. (2012). *Medical response to major incidents and disasters : a practical guide for all medical staff*. Heidelberg: Springer.

Liu, X., Tang, B., Yang, H., Liu, Y., Xue, C., & Zhang, L. (2015). The Technical Efficiency of Earthquake Medical Rapid Response Teams Following Disasters: The Case of the 2010 Yushu Earthquake in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(12), 15390-15399. doi: 10.3390/ijerph121214991

Llor, C., & Bjerrum, L. (2014). Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, *5*(6), 229–241. doi: 10.1177/2042098614554919

Lu-Ping, Z., Rodriguez-Llanes, J., Qi, W., van den Oever, B., Westman, L., Albela, M., ... Guha-Sapir, D. (2012). Multiple injuries after earthquakes: a retrospective analysis on 1,871 injured patients from the 2008 Wenchuan earthquake. *Critical Care*, *16*(3), R87. doi: 10.1186/cc11349

Lyu, S.-Y., Chen, R.-Y., Wang, S. S., Weng, Y.-L., Peng, E. Y.-C., & Lee, M.-B. (2013). Perception of spokespersons' performance and characteristics in crisis communication:

experience of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112(10), 600–607. doi: 10.1016/j.jfma.2012.12.005

Mackway-Jones, K (Red.). (2014). *MIMMS - på svenska : major incident medical management and support : praktisk ledning av sjukvård vid en större skadehändelse* (2., [omarb och utök.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6

Marton, F., & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.

McKibbin, A. E., Sekula, K., Colbert, A. M., & Peltier, J. W. (2011). Assessing the learning needs of South Carolina nurses by exploring their perceived knowledge of emergency preparedness: evaluation of a tool. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(12), 547–558. doi: 10.3928/00220124-20111003-04

Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning : forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR).

Mitchell, C. J., Kernohan, W. G., & Higginson, R. (2012). Are emergency care nurses prepared for chemical, biological, radiological, nuclear or explosive incidents? *International Emergency Nursing*, 20(3), 151–161. doi: 10.1016/j.ienj.2011.10.001

Myndigheten för samhällskydd och beredskap. (u.å.) *Statistikdatabas*. Hämtad 30 juni, 2014, från <http://ida.msb.se/ida2#page=a0013>

O’Sullivan, T. L., Dow, D., Turner, M. C., Lemyre, L., Corneil, W., Krewski, D., ... Amaratunga, C. A. (2008). Disaster and emergency management: Canadian nurses’ perceptions of preparedness on hospital front lines. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(3), s11–8.

Ogden, C. K., & Richards, I. A. (1989). *The meaning of meaning : a study of the influence of language upon thought and of the science of symbolism*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. London: SAGE.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Post, J. M. (2010). “When hatred is bred in the bone:” the social psychology of terrorism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1208(1), 15–23. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05694.x

Raiter, Y., Farfel, A., Lehavi, O., Goren, O. B., Shamiss, A., Priel, Z., ... Bar-Dayyan, Y. (2008). Mass casualty incident management, triage, injury distribution of casualties and rate of arrival of casualties at the hospitals: lessons from a suicide bomber attack in

downtown Tel Aviv. *Emergency Medicine Journal*, 25(4), 225–229. doi: 10.1136/emj.2007.052399

Rehn, M., Andersen, J. E., Vigerust, T., Krüger, A. J., & Lossius, H. M. (2010). A concept for major incident triage: full-scaled simulation feasibility study. *BMC Emergency Medicine*, 10(1), 17. doi: 10.1186/1471-227X-10-17

Reliefweb. (2008). Glossary of Humanitarian Terms, (August). Hämtad 14 mars, 2014, från <http://www.who.int/hac/about/reliefweb-aug2008.pdf?ua=1>

Rüter, A. (2010). Kunskapsöversikt, katastrofmedicin ur ett nationellt och internationellt perspektiv. Hämtad 30 november, 2012, från <https://www.msb.se/Upload/OmMSB/Forskning/Kunskapsöversikt/Katastrofmedicin.pdf>

SFS 1982:763. *Hälso och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

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

SFS 2006:544. *Lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap*. Stockholm: Riksdagen.

Shih, F.-J., Turale, S., Lin, Y.-S., Gau, M.-L., Kao, C.-C., Yang, C.-Y., & Liao, Y.-C. (2009). Surviving a life-threatening crisis: Taiwan's nurse leaders' reflections and difficulties fighting the SARS epidemic. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), 3391–3400. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02521.x

Sjöström, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339–345. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x

Slepski, L. A. (2005). Emergency preparedness: concept development for nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, 40(3), 419–30. doi: 10.1016/j.cnur.2005.04.011

Smith, E., Wasiak, J., Sen, A., Archer, F., & Burkle Jr., F. M. (2009). Three decades of disasters: a review of disaster-specific literature from 1977-2009. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(4), 306–311. doi: 10.1017/S1049023X00007020

Smith, R., & Coast, J. (2013). The true cost of antimicrobial resistance. *BMJ*, 346, f1493-f1493. doi: 10.1136/bmj.f1493

Socialstyrelsen. (u.å.) *Termbank*. Hämtad 24 april, 2014, från <http://termbank.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen. (1993). *Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990 KAMEDO-rapport 60*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/14065/1993-03-3.pdf>

Socialstyrelsen. (1996). *Rökgranatolyckan i Uppsala den 25 augusti 1993 : och Klorgasolyckan vid Vanadisbadet den 2 augusti 1993. KAMEDO-rapport 65*. Stockholm:

Socialstyrelsen. Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/13117/1996-3-11.pdf>

Socialstyrelsen. (1997). *Estoniakatastrofen : M/S Estonias förlisning i Östersjön den 28 september 1994. KAMEDO-rapport 68*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/12697/1997-3-15.pdf>

Socialstyrelsen. (2001a). *Brandkatastrofen i Göteborg natten 29-30 oktober 1998. KAMEDO-rapport 75*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11430/2001-123-14_200112315.pdf

Socialstyrelsen. (2001b). *Riktlinjer - Medicinsk katastrofberedskap (Vol. 2001–102–3)*.

Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11290/2001-102-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2007a). *Flodvågskatastrofen i Asien 2004 hemtransporter och det akuta mottagandet i Sverige. KAMEDO-rapport 91*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9212/2007-123-38_200712338.pdf

Socialstyrelsen. (2007b). *Utbildning inom katastrofmedicinsk beredskap. Rekommendation för planering (Vol. 2007–130–9)*. Hämtad från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9262/2007-130-9_200713091.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Stora busskrascher i Sverige 1997-2007. KAMEDO-rapport 94*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18135/2010-10-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar : rapport december 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2009-2013*.

Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19626/2014-12-18.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Statistikdatabas för diagnoser i slutenvård*. Hämtad 10 mars, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>

Soomer, H., Ranta, H., & Penttila, A. (2001). Identification of victims from the M/S Estonia. *International Journal of Legal Medicine*, 114(4-5), 259–262.

SOSFS 2005:13. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2013:22. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svahn, C. (2011, 7 januari). Självordsbombare tränades i Irak. *Dagens nyheter*. Hämtad 4 december, 2012 från <http://www.dn.se/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Hämtad 5 december, 2012, från http://www.swenurse.se/contentassets/4bfb8375474740c79bda198a3d4f8f45/nr46_1okt_kompbeskr_akutweb.pdf

Tichy, M., Bond, A. E., Beckstrand, R. L., & Heise, B. (2009). NPs' perceptions of disaster preparedness education: quantitative survey research. *American Journal for Nurse Practitioners*, 13(1), 10-22

Unisdr. (2009). UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction. *United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR)*. Hämtad från http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Whetzel, E., Walker-Cillo, G., Chan, G. K., & Trivett, J. (2013). Emergency nurse perceptions of individual and facility emergency preparedness. *Journal of Emergency Nursing*, 39(1), 46–52. doi: 10.1016/j.jen.2011.08.005

Wisniewski, R., Dennik-Champion, G., & Peltier, J. W. (2004). Emergency preparedness competencies: assessing nurses' educational needs. *The Journal of Nursing Administration*, 34(10), 475–480.

Worrall, J. (2012). Are emergency care staff prepared for disaster? *Emergency Nurse*, 19(9), 31–37. doi: 10.7748/en2012.02.19.9.31.c8943

Xie, J., Du, L., Xia, T., Wang, M., Diao, X., & Li, Y. (2008). Analysis of 1856 inpatients and 33 deaths in the West China Hospital of Sichuan University from the Wenchuan earthquake. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 1(1), 20–26.

INTERVJUGUIDE

1. Kan du berätta om vilka katastrofer du tror kan inträffa?
 - a. I Sverige
 - b. Som berör din arbetsplats
2. Vad är dina tankar och uppfattningar om katastrofmedicinsk beredskap?
 - a. På din arbetsplats
 - b. På ett personligt plan
3. Hur tycker du att man på bästa sätt kan ta hand om de drabbade vid en katastrof?
4. Vad tycker du ingår i katastrofmedicinsk utrustning?
5. Vad uppfattar du som katastrofmedicinsk utbildning?
 - a. Har du någon själv?
 - b. Om ja, kan du berätta om dina uppfattningar kring din utbildning
6. Vad uppfattar du som en katastrofmedicinsk övning?
 - a. Har du deltagit i någon övning själv?
 - b. Kan du berätta om dina uppfattningar kring det?
7. Vad är dina uppfattningar om ledningen av arbetet på akutmottagningen vid en katastrof?
8. Har du några övriga uppfattningar om katastrofmedicinsk beredskap som vi inte har pratat om?

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bästa kollega!

Du tillfrågas att delta i en studie. Studien heter ”akutsjuksköterskans uppfattning om katastrofmedicinsk beredskap”. Du kan läsa mer om studien i texten nedan.

Jag heter Kristian Skillborg och studerar vid Sophiahemmet Högskola på magisterprogrammet för omvårdnad med inriktning akutsjukvård. Nu skriver jag min magisteruppsats och därför kontaktar jag Dig.

I världen har antalet allvarliga händelser som katastrofer och stora olyckor ökat i omfattning under de senaste decennierna. Varför det ökar finns det flera förklaringar till, men oavsett orsak kommer sjukvården att behöva ta hand om de drabbade. I Sverige utsätts sjukvården sällan för allvarliga händelser, men vi måste ändå ha en katastrofmedicinsk beredskap. Det kommer att inträffa någon gång och förlisningen av Estonia, diskoteksbranden i Göteborg och självmordsattentatet i Stockholm visar att det kan inträffa.

Den katastrofmedicinska beredskapen är landstingets ansvar och alla som arbetar på en akutmottagning ingår i den beredskapen. I flera olika studier har det hittats brister i den katastrofmedicinska beredskapen. Vissa brister är kopplade till utbildning och för att förbättra utbildningen är det av värde att förstå de som ska utbildas. Den förståelsen ökar om det finns kunskap om vilka uppfattningar de som ska utbildas har. I denna studie kommer olika uppfattningar av katastrofmedicinsk beredskap att undersökas. Det är alltså inte en utvärdering av landstingets eller akutmottagningens katastrofmedicinska beredskap. Det är inte heller ett test på Din kunskap om katastrofmedicinsk beredskap, utan en undersökning av vilka olika uppfattningar det finns. Därför finns det inga felaktiga svar.

Du tillfrågas att delta i en studie om akutsjuksköterskans uppfattning om katastrofmedicinsk beredskap. Din uppfattning är viktig eftersom Du har erfarenhet och kunskap inom området katastrofmedicinsk beredskap. Ditt namn har jag fått från Din verksamhetschef, som också har gett tillåtelse till studien. Ditt deltagande är helt frivilligt och informationen om Ditt val stannar hos mig.

Undersökningen görs med en intervju vid ett tillfälle som beräknas ta cirka en timme. I intervjun ingår ett antal frågor och dessa frågor kan Du få del av innan intervjun. Plats och tid för intervjun kommer vi gemensamt överens om. Intervjun spelas in och kommer sedan att skrivas ner i oidentifierad form. Efter det förstörs inspelningen. Det nedskrivna materialet kommer att läsas av mig och till viss del av min handledare. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Resultatet kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att ingen deltagare kan identifieras.

Resultatet från studien kommer efter examinationen att publiceras i DIVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet) och även skickas till deltagande akutmottagningar. Vill Du ha resultatet kan jag även skicka det till Dig.

Deltagandet är helt frivilligt och även om Du tackar ja till att delta har Du alltid rätt att när som helst avbryta utan att behöva ge något skäl till det.

Jag kommer att kontakta Dig om cirka en vecka för att höra ditt beslut. Vid frågor eller funderingar är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Vänligen

Kristian Skillborg

För ev mer information kontakta

Kristian Skillborg

Tel: xxxx

e-post: xxxx

Magisterstudent vid Sophiahemmet Högskola, leg sjuksköterska

Handledare

Helena Lööf

Högskoleadjunkt, Doktorand, leg sjuksköterska, Sophiahemmet Högskola

Tel: xxxx

e-post: xxxx

SAMTYCKESFORMULÄR

Jag har fått förfrågan om att delta i studien ”akutsjuksköterskans uppfattning om katastrofmedicinsk beredskap”. Jag har inför mitt beslut fått tillfälle att ställa frågor om studien och fått dem besvarade.

Jag väljer helt frivilligt att delta i studien och vet att jag när som helst har rätt att avbryta mitt deltagande.

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande
