



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Ambulanspersonals upplevelse av att sjukvårdsleda på skadeplats

En intervjustudie

Författare: Ellinor Strömblad och Olof Toppheim

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Ambulanspersonals upplevelse av att sjukvårdsleda på skadeplats

En intervjustudie

Författare: Ellinor Strömblad, Olof Topphem

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2017

Abstrakt

Vid skadehändelser i Sverige som kräver mer än en ambulans träder konceptet Prehospital Sjukvårdsledning (PS-konceptet) in. Konceptet uppdelas i två roller, sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig. Sjukvårdsledaren är ansvarig för hur resurserna fördelas på skadeplatsen. Studiens syfte var att beskriva ambulanspersonals upplevelse av att sjukvårdsleda på skadeplats. En kvalitativ empirisk ansats användes. Åtta semistrukturerade intervjuer genomfördes på två ambulansstationer i södra Sverige. Datamaterialet analyserades med hjälp av fenomenologisk hermeneutik. I resultatet framkom fem huvudteman: *strävan efter kontroll, att förlora kontroll, omtanke, ödmjukhet inför uppgiften samt trygghet*. Studiens slutats var att det behövs vidare forskning dels för att ytterligare belysa ambulanspersonals upplevelser utav att sjukvårdsleda på skadeplats men även för att identifiera hur förslag till förbättringsåtgärder skulle kunna implementeras i PS-konceptet.

Nyckelord

Sjukvårdsleda, Prehospital sjukvårdsledning, Upplevelse, Ambulans, Skadeplats

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

| | |
|------------------------------------------------|----|
| Introduktion och problemområde | 4 |
| Bakgrund..... | 4 |
| Skadehändelse och skadeplats | 4 |
| Ledarskap..... | 6 |
| Problemområde | 7 |
| Prehospital sjukvårdsledning | 7 |
| Perspektiv och utgångspunkter..... | 7 |
| Erfarenhet..... | 7 |
| Personals upplevelse av att sjukvårdsleda..... | 8 |
| Syfte | 10 |
| Metod | 10 |
| Urval..... | 11 |
| Instrument | 12 |
| Datainsamling..... | 13 |
| Analys av data..... | 13 |
| Forskningsetiska avvägningar | 14 |
| Resultat..... | 14 |
| Strävan efter kontroll | 15 |
| Att förlora kontroll | 16 |
| Omtanke..... | 17 |
| Ödmjukhet inför uppgiften..... | 19 |
| Trygghet | 20 |
| Diskussion..... | 22 |
| Metoddiskussion..... | 22 |
| Urval..... | 22 |
| Datainsamling..... | 22 |
| Datanalys | 23 |
| Tolkad helhet och resultatdiskussion | 25 |
| Erfarenhet..... | 25 |
| Ledarskapsförmåga | 27 |
| Samverkan | 29 |
| Patientnytta | 30 |
| Konklusion och implikationer | 31 |
| Referenser | 32 |
| Bilaga 1 | 36 |

Introduktion och problemområde

Lärdomar från terrorbombningar i Storbritannien under 1970 - 2000-talet hade lett till utvecklandet av en brittisk sjukvårdsledningsmodell som ämnade lösa de problem som upptäckts i omhändertagandet av de drabbade i händelserna. Konceptet, som fick namnet MIMMS – Major Incident Medical Management and Support, spred sig snabbt och gav även inspiration för den sjukvårdsledningsmodell som skulle komma att utvecklas i Sverige (Advanced Life Support Group, 2014). Diskoteksbranden i Göteborg på 90-talet och förlisningen av Estonia visade att det i Sverige inte fanns ett välfungerande ledningssystem för strukturerat omhändertagande (Nilsson, 2014). Den svenska modell som fanns med bland annat ett ledningssjukhus ansågs vara otillräcklig. Socialstyrelsen initierade därför ett arbete med att utveckla en ny ledningsmodell som kom att kallas *PS – Prehospital Sjukvårdsledning*. Tanken var att denna nya svenska ledningsmodell skulle, på nationell nivå, utmyнна i gemensam terminologi, ledningsnivåer och ledningsroller samt definierade beredskapslägen.

Bakgrund

Skadehändelse och skadeplats

Socialstyrelsen (2006a) definierar en skadehändelse som en *”händelse som orsakar skada på människor, miljö eller egendom”* och skadeplats definieras som en *”plats där skadehändelse har inträffat”* (Socialstyrelsen, 2008). Personal som arbetar i ambulans har förutom patientansvar även ett ansvar för att arbetet på skadeplatsen sker enligt ett organiserat och strukturerat arbetssätt. För att detta ska kunna uppnås på ett fullgott och meningsfullt sätt behövs ett system som kan tillämpas av sjukvårds- och räddningspersonal (Nilsson, 2014).

Förvirring på skadeplatsen kan leda till att omhändertagandet inte sker på bästa sätt och relevanta medicinska samt omvårdnadsmissiga aspekter kan gå förlorade. Risken finns att den som är i störst behov av vård inte ges företräde till denna (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763). Ett ostrukturerat arbete utan en klar ledningsmodell kan också leda till att de olika insatserna runt patienten inte samordnas på ett ändamålsenligt sätt. I förlängningen kan detta leda till att den omvårdnad som utförs ej lever upp till kraven på kontinuitet och säkerhet för patienten. Likaså riskeras patientens psykosociala behov bli åsidosatta då dessa blir svåra att

tillgodose om det ej finns klara rutiner för ett välstrukturerat omhändertagande (Drury, Kemp & Newman et al, 2012).

Det främsta syftet med att använda sig av en prehospital ledningsmodell vid en skadeplats är att öka patientnyttan. Med en organiserad ledning och ett strukturerat arbetssätt kan de resurser som finns tillgängliga styras så att så många av de drabbade som möjligt får det omhändertagande de behöver (Rüter, Nilsson & Vikström 2006). Erfarenheter från tidigare skadehändelser visar behovet av en samordnad ledning och struktur på skadeplatsen. Detta är inte bara för att optimera omhändertagandet av de drabbade utan även för att minska säkerhetsriskerna för personalen som arbetar på platsen (Martinez, Gonzales, 2001; Suserud, 2001). Beroende på skadehändelsens natur kan olika risker, såsom trafik, brand, rök, kemikalier med mera utgöra ett hot mot personerna på plats. Första prioritet är därför alltid säkerheten för den egna personen likväl som för sina kollegor (Advanced Life Support Group, 2014). Sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal behöver således en evidensbaserad välstrukturerad ledningsmodell att arbeta utefter på skadeplatsen. De behöver också utbildning inom ledningsmodellen för att känna sig säkra och kunna ge vård och omvårdnad på bästa sätt för att på så sätt kunna leva upp till kraven på god patientsäkerhet.

Att drabbas av en olycka innebär att plötsligt förlora en del av sin person. Fysiska skador kan hämma kroppsfunktioner från att fungera normalt och den mentala förmågan kan bli omtöcknad. Att gå från frisk till sjuk innebär en lång process som rör sig långt bortom det prehospitala omhändertagandet. På samma sätt är den drabbades psykosociala behov en dynamisk process som förändras beroende på var i vårdkedjan hen befinner sig (Stubberud, 2013). Elmqvist, Fridlund och Ekebergh (2008) genomförde en intervjustudie med personer som blivit drabbade av en olycka. Intervjudeltagarna beskrev hur de i det plötsliga och kaotiska scenario som utgjorde olyckan var tvungna att kämpa och bibehålla ett ansvar för sin situation trots bristande kroppslig förmåga. Vid anländande av annan ej drabbad person, oavsett om det var ambulanspersonal, räddningspersonal eller förbipasserande, så upplevde den drabbade en lättnad och släppte det ansvar för sig själv som hen kämpat för att bibehålla. Studiedeltagarna beskrev hur de i dessa stunder kunde börja känna den smärta som hela tiden varit närvarande men blivit undantryckt genom deras självbevaringsdrift. När de släppte ansvar för sig själv överlämnade de också sin kropp till personen som tog hand om dem (a.a.).

Ledarskap

Riksföreningen för ambulanssjuusköterskor och svensk sjuusköterskeförening har gett ut en kompetensbeskrivning för legitimerad sjuusköterska med specialistsjuusköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård (2012). I denna fastställer de att ambulanssjuusköterskan ska kunna *leda omvårdnadsarbetet i ambulanssjukvård*. Enligt Marquis och Huston (2010) så är ett effektivt ledarskap en kritisk komponent för framgången hos en organisation på 2000-talet och en ledare bör arbeta på ett sådant sätt att verksamhetens organisatoriska mål såväl som patientens behov uppfylls. För att detta ska kunna uppnås behöver ledaren således kunskap både om lagar och författningar, lokala riktlinjer såväl som omvårdnads- och medicinska kunskaper. Personen behöver alltså ha förmågan och kunskapen att kunna integrera och uppfylla dessa två skilda roller till en helhet för att kunna leverera vård och omvårdnad på bästa vis (a.a.). Carlström, Kvarnström och Sandberg (2014) menar också att *”specialistsjuusköterskans organisatoriska logik betonar tillhörigheten till huvudmannen eller ägaren genom att prioritera särskilda rutiner, regler och ekonomiska argument för handlandet i teamet.”*

Teamledarskap en roll som PS-konceptet kräver att ambulanspersonal ska kunna träda in i. Det krävs då av personen att denne förutom att den måste besitta de kunskaper som nämnts i stycket ovan, även måste ha förmågan att kunna överlämna själva utförandet av arbetsinsatsen åt teamet. Enligt Carlström et al (2014) så ska teamledaren, om ledarskapet är välfungerande, lämna genomförandet av arbetsinsatsen till medlemmarna i teamet och fungera som den person som har den övergripande målbilden. Teamledaren måste också kunna åsidosätta vissa professionella särintressen för att teamet som helhet ska kunna fungera väl och patientens välmående ska kunna vara i fokus. Likaså är det viktigt att organisationen tillåter *närhetsprincipen*, dvs att problem löses där de uppstår utan att de inblandade är tvungna att *”be om lov”* från ansvarig chef. Även om detta ibland kan stå i strid med fastställda rutiner så möjliggörs en snabbare och mer effektiv lösning av problemet och större nyttjande av medarbetarnas kompetens (Berlin & Carlström, 2009).

Problemområde

Prehospital sjukvårdsledning

Resultatet av Socialstyrelsens arbete utmynnade som tidigare nämnts i PS – *Prehospital Sjukvårdsledning*, vilket är ett nationellt utbildningskoncept som baserar sig på socialstyrelsens råd och föreskrifter (2005:13) och tar efter det brittiska MIMMS-konceptet (Rüter, Nilsson & Vikström, 2006). Utbildningen är två dagar lång där föreläsningar varvas med praktiska uppgifter. Tanken är att PS ska kunna användas vid såväl större som mindre skadehändelser. Utbildningen vänder sig främst till personal som kan tänkas inneha ledningsansvar vid skadehändelser där den primära målgruppen är ambulanspersonal (ambulanssjukvårdare, sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor) samt läkare i prehospital verksamhet (Jonsson, 2009). Det prehospitala ledningsarbetet sköts normalt sett av den till skadeplatsen först anländande ambulansen. Ambulansbesättningen delas då upp på två roller, sjukvårdsledare (SL) samt medicinskt ansvarig (MA). Sjukvårdsledaren är den som formellt är chef över sjukvårdsinsatsen på plats. Det åligger denne att ta kontroll över situationen, samverka med andra aktörer, begära extra resurser mm. Den medicinskt ansvariga gör en medicinsk bedömning över de drabbade på plats och beslutar om medicinsk inriktningsnivå, t.ex. om HLR skall utföras eller ej. Oftast är MA den i besättningen som har högst formell medicinsk kompetens. Det åligger den medicinskt ansvarige att kontinuerligt informera sjukvårdsledaren om tagna beslut (Rüter, Nilsson & Vikström, 2006).

Rollen som chef på en skadeplats medför höga krav då beslut måste tas med bristfällig information samtidigt som kommunikation och samverkan med andra organisationer måste upprätthållas (Berlin & Carlström, 2009; Rimmstad & Sollid, 2015). Då ingen utvärdering av PS-konceptet har gjorts går det således ej heller att svara på hur ambulanspersonal upplever att sjukvårdsleda på skadeplats.

Perspektiv och utgångspunkter

Erfarenhet

Benner (1993) beskriver hur den erfarna sjuksköterskan ser helheten i en given situation och därifrån väljer ut och agerar på de väsentliga delarna. Detta bygger på att sjuksköterskan i sin

erfarenhet kan återkoppla till tidigare upplevda situationer från vilket hen dragit lärdomar. I motsats till detta saknar de nyfärdiga sjuksköterskorna väsentliga erfarenheter och måste därav tillämpa en medveten och analytisk problemlösningsmetod inför varje ny situation (a.a.).

Enligt Benner (1993) går således en sjuksköterska genom olika professionella utvecklingsstadier, från *novis* → *avancerad nybörjare* → *kompetent* → *skicklig* → *expert*. En *novis* (utan erfarenhet av situationen som de förväntas prestera i) följer ofta steld riktlinjer och regelverk som satts upp då de har liten eller ingen kontextuell erfarenhet och kan därför ha svårt för att se prioritera vad som behöver utföras först. En *avancerad nybörjare* (person med liten situationsbaserad erfarenhet) kan uppvisa godtagbara prestationer, men de har precis som en *novis* svårt för att se sammanhanget och hela situationen i stort. Personer som befinner sig i dessa stadier av utveckling behöver stöd i sin professionella roll för att kunna utvecklas vidare. Utvecklingsstadiet *kompetent* karaktäriseras av att personen kan börja se sina egna handlingar i ljuset av de olika långsiktiga mål och planer som finns. Planen bestämmer vad som ska prioriteras och varför, för att uppnå denna planeringsförmåga måste sjuksköterskan ha en förmåga till att medvetet analysera situationen. Det näst sista stadiet, *skicklig*, karaktäriseras av att planen för att hantera en viss situation inte medvetet definieras utan den formas undermedvetet baserat på tidigare erfarenheter. Varje situation är unik men en *skicklig* sjuksköterska vet genom erfarenhet vad denne kan förvänta sig i en situation genom att denne har erfarenhet från tidigare situationer. Denna erfarenhet gör också att den som är *skicklig* kan ändra sin plan efter vad situationen kräver. En *skicklig* sjuksköterska är således flexibel och känslig för de behov som uppstår. Till sist, *experten* förlitar sig inte längre på regler och riktlinjer utan har genom sin stora erfarenhet en intuitiv förmåga att uppfatta var behoven finns i en situation utan att behöva gå igenom flera ofruktbara lösningar. En expert har god gedigen teoretisk och praktisk kunskap att falla tillbaka på.

Personals upplevelse av att sjukvårdsleda

I likhet med Benner (1993) kunde Gunnarsson och Warrén-Stomberg (2009) i sin studie påvisa erfarenhetens betydelse i sjuksköterskans beslutprocess. I sin studie intervjuade de 14 sjuksköterskor verksamma inom ambulansverksamheter i Mellansverige. Från intervjudeltagarna framkom bland annat att de ansåg att erfarenhet möjliggjorde en snabbare

beslutsprocess. Sjuksköterskorna menade att en erfaren medicinskt ansvarig kan förlita sig på instinkt och på så sätt nå samma slutsatser som en mindre erfaren sjuksköterska drar genom ett logiskt resonemang. Erfarenhet belyses även i Rimmstads och Sollids (2015) retrospektiva studie om bombdådet i Oslo 2011. Bland studiens intervjudeltagare hade en del erfarenhet från krigssituationer och naturkatastrofer medan andra intervjudeltagare saknade väsentlig erfarenhet. Studien fann att den sistnämnda gruppen upplevde större svårighet i att greppa situationen och visade större försiktighet i att gå in i skadeområdet.

Utöver erfarenhet framhåller flertalet studier vikten av förberedelser i form av utbildning, övning och skapandet av riktlinjer (Dal Ponte, Dornelles, Arquilla, Bloem, & Roblin, 2014; Hang, Jianan & Chunmao, 2016; Holt, 2008).

Li, Li, Chen, Xie, Song, Jin & Zheng (2016) utförde en intervjustudie där de intervjuade kinesiska sjuksköterskor som varit delaktiga i det akuta omhändertagandet av jordbävningsoffer. De fann i sin studie att om inte det inte finns en klar och tydlig ledningsmodell med riktlinjer att arbeta utefter så finns det en risk för förvirring på skadeplatsen. Li et al (2016) fann i sin studie att det ibland fanns situationer då sjukvårdspersonal och frivilliga vandrade runt planlöst utan att veta vad de skulle göra. Men även situationer då alla samlades runt samma patient och skapade förvirring då alla samtidigt började undersöka och triagera patienten.

Upplevelser från diskoteksbranden i Göteborg 1998 visade att ambulanspersonalen på plats initialt upplevde förvirring över omfånget av skadehändelsen och saknade instruktioner för hur de skulle påbörja sitt arbete. Ambulanspersonalen började därför ta hand om ”första bästa” drabbade person de mötte utan att samordna eller prioritera arbetet. Efter en stund hade dock ledningsarbetet etablerats och personalen upplevde då också att arbetet strukturerades bättre (Suserud, 2001). Ambulanspersonalen beskrev även hur påträngande och ibland rent av aggressiva närstående tvingade dem att prioritera vissa patienter, ej baserat på tillstånd utan på grund av de närståendes påtryckningar (a.a.). Således påverkas ledningen på skadeplatsen av flertalet faktorer. Sjöberg, Wallenius & Larsson studie (2006) visade på att övning, utbildning och erfarenhet samt ett bra organisationsklimat är förberedande faktorer som upplevdes stärka rollen som ledare. En klar rollfördelning underlättade förberedelsen under den tid från att ett larm mottagits till framkomst på skadeplats då personalen fick ett större grepp om vad som förväntades av dem.

Sedan införandet av PS i början på 2000-talet finns det ej någon större utvärdering av konceptet. I broschyren *PS- Prehospital Sjukvårdsledning, Ett nationellt koncept* (Nilsson, 2014) erhålls information om att det varje år sker en nätverksträff för instruktörer för att “*uppdatera och vidareutveckla*” konceptet, men ingen information delges om huruvida det skett någon utvärdering av ambulanspersonalens upplevelser av att sjukvårdsleda enligt PS-konceptet. Föreliggande studie ämnar inte undersöka PS-konceptet i sig, men då det nationellt är det ledningssystem som används så förväntas konceptet påverka informanternas upplevelse av att vara i en sjukvårdsledande roll. De databassökningar som författarna genomfört påvisar inga relevanta studier som beskriver ambulanspersonals upplevelse av att sjukvårdsleda. Detta är den kunskapslucka studien ämnar att täcka.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka innebörden av ambulanspersonals upplevelse av att sjukvårdsleda på skadeplats.

Metod

Då studien syftade till att undersöka ambulanspersonalens upplevelse av sjukvårdsledning valdes fenomenologisk hermeneutik att användas som metod.

Fenomenologisk hermeneutik är en metod som vidareutvecklats av Lindseth och Norberg (2004) då de 1989 skulle genomföra en studie som undersökte sjukvårdspersonals resonemang i etiskt svåra situationer. Metoden utvecklades då de fann att de metoder som fanns till hands ej visade sig tillräckliga för att både beskriva, tolka och förstå essensen av intervjudeltagarnas upplevelser.

Fenomenologi ämnar till att undersöka människors *upplevelser* av ett fenomen (Kvale, 2014). Den fenomenologiska metoden försöker således inte beskriva fenomen, utan istället belysa människors *upplevelse* av fenomen, det vill säga ett fenomenens *essentiella mening*. Med essentiell mening menas vad som människor underförstått vet om olika fenomen genom levd erfarenhet (Lindseth & Norberg, 2004). För att komma fram till denna essentiella mening var författarna till föreliggande studie således tvungna till att försöka frigöra sig från sina fördomar och förutfattade meningar om fenomenet *ambulanspersonals upplevelse av att*

sjukvårdsleda på skadeplats och istället fråga sig; ”Vad är karakteristiskt för fenomenet? Vilka karakteristika kan tas från, respektive läggas till fenomenet utan att fenomenet förändras?”. (a.a.).

För att kunna korrekt tolka intervjumaterialet och inte förlora någon aspekt i kontexten transkriberas materialet ordagrant. Sedan utförs en hermeneutisk textanalys av materialet där det eftersöks innebörder, mening och en fördjupad förståelse för att på så vis kunna påvisa fenomenets essens. För att uppnå detta läses och analyseras texterna och dess innehåll ett flertal gånger (Kvale, 2014; Lindseth & Norberg, 2004).

Den metod författarna valt till denna magisteruppsats grundar sig således på fenomenologins sätt att beskriva personers upplevelser av fenomen samt hermeneutikens metod av att tolka innebörden av dessa upplevelser i textformat.

Urval

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att informanten skulle arbeta inom en ambulansverksamhet i södra Sverige samt ha erfarenhet av att sjukvårdsleda enligt PS-konceptet. Studiedeltagarna bestod utav samtliga yrkeskategorier som arbetar i ambulans. Det vill säga ambulanssjukvårdare, grundutbildad sjuksköterska och specialistutbildad sjuksköterska. På så sätt fångades den unika multidisciplinära aspekt som ingår i rollen att sjukvårdsleda och inga upplevelser eller synpunkter föll bort på grund av eventuell utbildningsnivå.

För att få tillgång till deltagare kontaktades verksamhetscheferna för två av ambulansverksamheterna i regionen. Godkännande erhöles från båda. Dessa verksamhetschefer kom således att fungera som gatekeepers (Polit & Beck, 2010) och hade makten att ge författarna tillträde till forskningsplatsen. Efter godkännandet från verksamhetscheferna, och erhållet tillträde till forskningsplatserna, kom potentiella studiedeltagare att erhålla informationsbrev där de fick mer information om studien samt kontaktinformation till författarna. De respondenter som valde att kontakta författarna erhöles även intervjuguiden och uppmuntrades att fundera över frågorna inför kommande intervju. En informant erhöles genom att hen blev tillfrågad av en annan informant om inte denne ville vara med i studien. Personen ställde sig positiv till detta och kontaktade den ena författaren

för att erhålla informationsbrev och intervjuguide. Denna informant erhöles såldes via ett snöbollsurval (Polit & Beck, 2010).

Sju av intervjuerna varade mellan 22–28 minuter förutom en intervju som löpte 40 minuter. Innehållet i samtliga intervjuer var dock snarlikt. En nionde intervju exkluderades då den ansågs för kort på 9 min.

Av de informanter författarna erhöles var 1 grundutbildad sjuksköterska, 3 vidareutbildade ambulanssjuksköterskor samt 4 ambulanssjukvårdare. Antalet år i yrket varierade mellan 1 – 29 år. Av de 8 informanterna var 2 kvinnor och 6 stycken var män. Urvalet ansågs ha bred variation då det innehöll samtliga yrkeskategorier såväl som män och kvinnor.

Instrument

Efter att författarna läst igenom litteratur som var relevant för ämnet skrevs frågeställningar ned som kunde knytas till syftet. Värdeladdade frågor eller frågor som ansågs allt för ledande exkluderades. Frågor som inte tillförde något till studien avlägsnades. På detta sätt skapades en semistrukturerad intervjuguide med ett fåtal öppna frågor som svarade till syftet (Parahoo, 2006). Intervjuguiden bestod utav fyra stycken huvudfrågor som svarade till syftet;

1. Berätta om en händelse eller skadeplats där du varit sjukvårdsledare.
2. Vad anser du är karakteristiskt för en bra sjukvårdsledare?
3. Vad har du för mål när du sjukvårdsleder?
4. Hur upplever du PS-konceptet?

Beroende på vilka svar författarna erhöles på huvudfrågorna i intervjuguiden ställde de sedan följdfrågor för att försöka fördjupa förståelsen för det beskrivna fenomenet. Exempel på följdfrågor är: "Hur kändes det?" "Kan du berätta lite mer om det?" "Vad tror du det berodde på?".

Efter genomförandet av en pilotintervju utvärderades den semistrukturerade intervjuguiden. Inga förändringar gjordes då den ansågs svara väl på studiens syfte och fick fram relevant information.

Datainsamling

Intervjuerna utfördes på två ambulansstationer i södra Sverige.

Datainsamlingen genomfördes genom en semistrukturerad intervju. Intervjuerna genomfördes efter informanternas bekvämlighet, de valde tid och plats. Merparten av intervjuerna skedde på de respektive ambulansstationerna i avskilda grupprum eller konferensrum. En intervju genomfördes i enskildhet i hemmet hos en informant då hen önskade detta. Alla intervjuer (utom intervjun i hemmet) utfördes i anknytning till informanternas arbetstid. Samtliga informanterna undertecknade det skriftliga samtycket innan intervjuens början. För att etablera kontakt inleddes intervjuerna sedan med en stunds allmänt samtal, detta för att få till en avslappnad och förtrolig stämning mellan intervjuare och informant (Kvale, 2014).

Intervjuerna utfördes inom en tidsram på tre veckor. Totalt erhöles 8 intervjuer som varade mellan 22–40 minuter. Intervjuens duration bestämdes av när ingen ny information framkom och informanten inte ansåg sig ha mer att berätta. Då samtliga intervjuer visade på en koherens vad gällde återkommande teman och upplevelser så ansåg författarna att de fått fram ett material som väl svarade till syftet.

Intervjuerna spelades in digitalt och efter avslutad intervju fördes de över till två separata USB-minnen. Efter överföringen till USB-minnet raderades ljudfilens originalkälla. USB-minnena och samtyckesblanketterna förvarades sedan inlåsta på en säker plats. Efter transkribering av ljudfilen avidentifierades materialet och sparades på USB-minnet. Filerna på USB-minnet och transkripten kommer destrueras efter examination då uppsatsen godkännts.

Analys av data

Efter att intervjuerna genomförts transkriberades dessa ordagrant och den fenomenologiskt hermeneutiska metoden kom att utgöra ett ramverk för en induktiv textanalys. Analysen sker genom tre faser: Naiv förståelse, strukturell analys samt sammanvägd förståelse (Lindseth & Norberg, 2004). I den naiva förståelsefasen genomläste författarna sitt textmaterial ett flertal gånger för att skapa sig en uppfattning om dess helhet. I den strukturella analysfasen plockade författarna sedan ner helheten till delar genom att meningsenheter eftersöktes och plockades

ut ur texten. Meningsenheterna kondenserades så att de blev mer lätthanterliga. Efter ytterligare genomläsning kunde sedan de kondenserade meningsenheterna delas in i teman och subteman, se Analystabell (Bilaga 1) (Lindseth & Norberg, 2004). Fem huvudteman framträdde i den strukturella analysen. I den sista fasen, den tolkade helheten, sammanfattade författarna textens teman och dessa sattes i relation till studiens syfte och frågeställning. Här skapades en helhetsförståelse där analysen ägde rum mot bakgrund av författarnas förförståelse, andra teorier och modeller samt den naiva förståelsen. Syftet var att skapa en förståelse för hur fenomenet upplevs och hur denna upplevelse kan tolkas, det vill säga skapa en förståelse för vad som utgör fenomenets essens.

Genom dessa tre steg går analysen från en helhet till delar för att sen återgå till en helhet. På detta sätt använder författarna sig av den hermeneutiska cirkeln (a.a.).

Forskningsetiska avvägningar

Innan studien påbörjades erhöles godkännande från verksamhetscheferna för de berörda distrikten samt rådgivande yttrande från vårdvetenskapliga etiknämnden. VEN diarienummer: 81-17. Lag 2003:460 *om etikprövning och forskning som avser människor* och Helsingforsdeklarationen (2008) följdes vad gäller informerat samtycke, skyddande av deltagarnas identitet, materialets konfidentialitet, samt att deltagande i studien var frivilligt. Studiedeltagarna kunde när som helst välja att avbryta sin medverkan utan vidare förklaring. Informanterna informerades om detta först i ett skriftligt informationsbrev och sedan muntligt innan intervjuens början. De skrev även på en samtyckesblankett innan intervjun ägde rum.

Resultat

Informanterna uttryckte en stark känsla av allvar inför sjukvårdsledarrollen. Ingen av informanterna gav intryck av lättja eller nonchalans inför rollen även om vissa visade på en större glädje inför att utföra den. Informanternas upplevelser gav även signaler om sjukvårdsledningen som en process, med en början och ett slut där flertalet utmaningar måste mötas för att komma i mål.

De fem teman som framträdde i resultatet var: *Strävan efter kontroll, Att förlora kontroll, Omtanke, Trygghet och Ödmjukhet.*

Strävan efter kontroll

Som anmärktes i föregående stycke så kan sjukvårdsledning ses som en process, med en början och ett slut. Att ankomma som första ambulans till en skadeplats såg personalen som en början på denna process. Men att anlända först innebar också att anlända till en situation i oordning. Informanterna uttryckte hur sjukvårdsledaren måste skapa sig en bild av skadehändelsen likväl som att lägga upp en plan för hur arbetet skall fortlöpa.

Ambulanspersonalen beskrev i intervjuerna denna upplevelse av att *sträva efter kontroll* och hur de upplevde sitt arbete för att uppnå detta. För att kunna leda det prehospitala arbetet strävade sjukvårdsledaren efter förståelse över skadehändelsen, hur den ser ut, vad som orsakade den, hur många som är drabbade etc. Denna strävan kunde upplevas som både svår och frustrerande då upplevelsen av tidspress ibland var överhängande.

...och därför har vi lite sagt också att, oftast ligger vi rätt tätt på med resurser här, och, att dom andra bilarna ska ta det lite lugnt så att man inte skyndar sig fram till olyckan och liksom ligger på direkt, ja vad kan vi göra? Göra? Men jag har fan inte hunnit bilda mig en uppfattning om det än nästan på! (8)

Ambulanspersonal beskrev hur de intog ett fysiskt avstånd från skadeplatsens centrum när de inträdde i sjukvårdsledarrollen. Genom att hålla avståndet upplevde de sig lättare kunna *bilda en översikt* av skadeplatsen och därmed minska risken att ej se viktiga delar av skadehändelsen eller skadearbetet. Skadehändelsen kunde då alltså fortsätta tolkas under hela skadeplatsarbetet och personalen upplevde då att de fortsatt kunde bibehålla en förståelse för arbetets utveckling.

Å se, se helheten så att man inte går in, du vet man går in och, oh nu ser jag bara mobiltelefonen som ligger här men backar jag tillbaka lite så, oh nu kommer [intervjuaren] fram och muggen å lite blommor å så också va, och man får en överblick. Att kunna, kunna få en överblick av en olycka. (8)

Genom att ha *framförhållning* i sitt arbete kunde sjukvårdsledaren förutse situationer innan de inträffade. Sjukvårdsledaren lyfte fram de mål och delmål hen hade skapat och visualiserade processen för att nå dit. Genom att skapa en ordning i det kaos som mötte sjukvårdsledaren

möjliggjorde också uppfyllnad av dennes mål och upplevelsen av kaos ändrades till en upplevelse av kontroll.

Alltså det är sjukvårdsledaren som sätter standarden tycker jag. För är det kaotiskt från början, om man liksom inte förmår ... att få slätat ut det kaoset till ett lite mer ordnat kaos ... då kommer det nog aldrig i mål, tror jag alltså. (1)

Att förlora kontroll

I motsats till föregående tema så fanns det tillfällen då ambulanspersonalen upplevde en förlust av kontroll på skadeplatsen. Att sjukvårdsleda innebar till en stor del att samverka med polis och räddningstjänst. När denna samverkan brast upplevde informanterna också att sjukvårdsledarens möjligheter förminskades och därmed också dennes möjlighet att kunna få översikt och sedermera styra skadearbetets händelser. En *upplevelse av bristande förståelse mellan organisationerna* gjorde att samverkan vid vissa tillfällen kändes otillräcklig.

... jag förstår inte hur dom tänker och jag tror inte dom förstår riktigt hur vår organisation tänker heller. (7)

Informanterna upplevde att kollegorna inom den egna organisationen var väl insatta i skadeplatsarbetets rutiner, men trots det kunde ambulanspersonalen erinra sig om tillfällen då de som sjukvårdsledare hade *svårigheter med att styra den egna personalen*. Med kollegor som tog egna, oönskade initiativ upplevde sjukvårdsledaren att dennes plan över arbetet omöjliggjordes. Sjukvårdsledaren upplevde alltså en fortsatt god förståelse av skadeplatsen men hade en upplevelse av att ofrivilligt blivit fråntagen kontrollen och sin förmåga att styra arbetet.

Och det kan jag omöjligt va [i kontroll] om folk handlar för sig själv, och det har skapat de här lite konstiga situationerna där man är två bilar på en olycka där jag som sjukvårdsledare bedömt att de här två bilarna räcker, för vi har så många resurser från räddningstjänsten. Och så plötsligt så låser den ena sig vid att hålla nacken t. ex. ...ni inte har varit hos mig! För jag har ju placerat en brandman där inne för att hålla nacken, och plötsligt sitter där en ambulansare! (1)

Starka och stressade viljor från andra organisationer kunde ibland påverka sjukvårdsledaren till den grad att de istället för att styra helt plötsligt fann sig i en situation där de upplevde sig *styrda*. Genom att inte få möjlighet att ta sig tid för att skapa en överblick och följa rutinerna för PS upplevde sig sjukvårdsledaren tvingad till att lägga kontrollen över situationen i andras händer. Fokus blev i stunden lagd på patienten men på bekostnad av att situationen som helhet stod utan styrning från sjukvården. Därmed skapades också en upplevelse av maktlöshet samt en känsla av otrygghet för sjukvårdsledaren i dennes professionella roll.

Nej nej nej det var inte ens tanke på att sitta kvar i bilen och lämna en vindruter rapport. Utan polisen öppnade dörren innan jag ens hann stänga motorn bara. De ryckte nästan ut den ur bilen direkt. Det var rörigt och stimmigt på plats, det var det absolut. (3)

Med begränsade resurser kan det snabbt uppstå en *resursbrist* i skadehändelser med flertalet skadade. Ambulanspersonalen upplevde detta som en otrygghet i att ej kunna ge den vård de såg behövdes på plats. Upplevelsen av *resursbrist* och att ej adekvat kunna ta hand om sina patienter skapade en stress som var svår att bemöta då orsaken till denna stress låg utanför deras kontroll. Sjukvårdsledarens förmåga att styra kunde därmed upplevas som otillräcklig då de begränsade resurser som fanns tillgängliga inte kunde tillgodose de behov som fanns på skadeplatsen.

Ja det skulle ju vara dom gångerna då där det inte är resurser. Vi kör för mycket mot, alltså det är för hög beläggning på ambulanser helt enkelt. ... jag ska kunna producera trygghet. Och det känner inte jag att jag kan för vi kör hela tiden. (8)

Omtanke

Sjukvårdsledaren upplevde oftast en känsla av ansvar, inte bara för arbetet på plats utan även för de inblandades välmående. *Att värna om säkerheten* upplevde de flesta av informanterna som sin huvudsakliga uppgift. Först när sjukvårdsledaren upplevde sig trygg med att platsen var säker för sina kollegor fick sjukvårdsarbetet påbörjas. Ett konstant säkerhetstänkande var närvarande under hela arbetets gång.

... för min del så är ju ändå att jag är ansvarig för säkerheten på sjukvårdens säkerhet på platsen så jag måste ändå ut och bilda mig en uppfattning så att inte, dom

andra ger sig in, speciellt om inte räddningstjänsten är där och har säkrat upp olyckan, så måste jag ju ta den biten, hindra kanske folk från att gå fram där det är ett läckage. (8)

Förutom den rent fysiska säkerheten på plats upplevde många en *omtanke för sina kollegor* som även sträckte sig till deras mentala välmående. De upplevde sig ansvariga för att ingjuta en trygghet hos kollegorna och hade även i åtanke att inte utsätta medarbetarna för obehagliga synintryck i onödan.

Å visa för mina kollegor att jag finns här liksom. (2)

... sjukvårdsledaren om man är först på plats, det handlar om att skydda kollegorna, från syn och intryck också. (8)

Med kontroll över händelseförloppet upplevde många att de kunde *arbeta med patientfokus*. De såg tydligt framför sig vad målet med deras sjukvårdsledning skulle vara, dvs de upplevde en patientvinst i att sköta sin roll korrekt. Med en säker plats styrktes alltså sjukvårdsledarens upplevelse av att vara i kontroll. Sjukvårdsledaren upplevde att dennes fokus kunde riktas om från omtanken om den egna personalen till att istället omfatta patienterna på skadeplatsen.

Men det blev ju ... att så fort som möjligt bedöma, få med medicinskt ansvarige att bedöma patienterna så att vi ... kan få bestämma vilken patient vi ska få iväg snabbast. Så det ... var det primära när man kom fram för... platsen var ju helt okej. Det var ju, liten gata och det ... hade inte kunnat komma nån trafik eller så, så jag hade inte behövt bry mig mycket ... om omgivningen runt omkring, utan det var ju mera fokus på patienterna. (5)

En olycka eller händelse behövde inte nödvändigtvis innebära att det fanns skadade personer, men i många fall kunde personer som var inblandade ändå vara drabbade av händelsen. Den upplevda känslan av ansvar för kollegor och patienter sträckte sig också till dessa icke-skadade, men ändå drabbade. I sin roll som sjukvårdsledare kunde ambulanspersonalen *se behov hos icke-skadade* och arbetade för att fylla dessa behov. Sjukvårdsledaren upplevde därmed inte enbart ansvar över sjukvårdsuppgifter utan tog sig an ett större ansvar för att hjälpa sårbara och hjälplösa individer.

När brandkåren drar extra resurser så drar vi extraresurser ... i och med att man inte hittade brandorsaken så valde man att evakuera det här vårdboendet. Och då kontaktade jag TIB'en, Regionens TIB, och brandkåren kontaktade Stadens TIB, för det handlade någonstans ändå om en 50–70 pensionärer som skulle ha nåt ställe att bo! (3)

Ödmjukhet inför uppgiften

Samtliga informanter upplevde PS-konceptet som positivt för deras förmåga att sjukvårdsleda. Men flertalet upplevde också konceptet som otillräckligt. Uppgiften att sjukvårdsleda upplevdes som såpass stor och krävande att den inte ansågs lämplig för alla. Prestationskraven i sjukvårdsledarrollen upplevdes som så pass höga att informanterna uttryckte en osäkerhet kring om alla skulle kunna leva upp till dem, eller ens var lämpade för rollen. Med ett krävande sjukvårdsledningskoncept upplevde informanterna en osäkerhet både för eventuella patienter likväl som den egna personalen. En önskan om att *utveckla PS-konceptet* uttrycktes så att en eventuell sjukvårdsledare skulle vara bättre förberedd inför uppgiften.

Man går en endags utbildning och sen ska alla kunna PS-konceptet. Men här är ju många grejer i detta som, som inte alla tänker på ... att man kan öppna upp ... en vårdcentral mitt i natten till exempel. Samling så här i daglig verksamhet lokaler... Eh, där är massa små knep i det hela tiden. Sjukvårdsgrupper... man kan få ut räddningstjänstens depåsläp med mat och förtäring ... för det står ju väldigt fint i PS-konceptet ... att ombesörj då förtäring till din personal. (4)

Förutom att utveckla PS-konceptet upplevde många det som essentiellt att *utveckla sig själv*. Genom att se allvaret i situationerna reflekterade personalen över sin egen insats. En del föreställde sig dessutom nya scenarion och reflekterade över hur de skulle agera om de hamnade i en sådan situation. För att utveckla sin professionalitet tog ambulanspersonalen med sig rollen hem och bearbetade rutinerna mentalt för att vara förberedda inför nästa gång de skulle sjukvårdsleda. Informanterna upplevde således att arbetsgivaren inte tillgodosåg den kompetensutveckling de ansåg sig vara i behov av. Detta behov av att *utveckla sig själv*

upplevdes finnas oavsett erfarenhetsmängd, men det upplevdes extra vitalt att det för dem med mindre erfarenhet fanns en organisatorisk möjlighet för kontinuerlig utveckling.

Och det här är ju en väldigt svår uppgift, det är ju jättesvårt ... det är väl nästan den rollen som kräver att man självständigt kan fatta bra beslut ... jag har ju jobbat ganska, ganska många år ... [men] sjukvårdsledare har jag ju inte varit så jättemånga ggr ... har man jobbat i några månader så är det ju jättesvårt ... (7)

... nu är jag ute och cyklar en runda, kommer över den kullen där [och tänker mig att det] står tre bilar där och alla har smällt, vad skulle jag gjort då? Hur skulle jag agerat? (8)

Genom att utmärka sig i de kläder, hjälmar och västar som är tillskrivna ledningsrollen kunde sjukvårdsledaren genom sin *professionalitet* visa att hen tog uppgiften på största allvar. Med denna ödmjukhet inför uppgiften upplevdes kollegorna som mer lättstyrda då de instruktioner som gavs kom från en tydlig sjukvårdsledare. Skadeplatsarbetet upplevdes därmed få struktur och som följd upplevde sjukvårdsledaren även en större patientnytta.

Det ser lite mer professionellt ut för de övriga som är på skadeplatsen om man är rätt klädd och har sin utrustning, än om man kommer med uppkavlade armar och hjälmen på sned. (6)

Trygghet

Ambulanspersonalen lyfte fram hur de på skadeplatsen påverkades av både inre och yttre faktorer som hjälpte dem att bli trygga med uppgiften. En *god samverkan* med både räddningstjänst, polis och andra organisationer gjorde att sjukvårdsledaren upplevde sig mindre ensam i sin roll och de beslut som måste tas. Att ta beslut tillsammans med en annan person i chefsposition gav bekräftelse av den egna tolkningen av skadeplatsen var korrekt.

Räddningstjänst och polis bildar man ju stab med. När man har varit på sådana här större händelser som... ja, som har pågått i fyra, sex, åtta timmar. Då har de sin buss man kan sitta i och så har man ju möten, kanske en gång i halvtimmen. Att nu tänker vi så här, och nu tänker vi såhär. Sen gör vi ett nytt möte med allting. (4)

Många bland ambulanspersonalen reflekterade över sin erfarenhet och upplevde att den kunskapsbank de samlat på sig under åren, tillsammans med personlig livserfarenhet, gav dem stöd och förmåga att lättare kunna hantera sjukvårdsledarrollen. Med ökad *personlig kompetens* ökade också upplevelsen av trygghet. Med den erfarenhet informanterna hade samlat på sig upplevde de att de kunde lättare identifiera nyckelfaktorer i arbetet och upplevde därmed ökad trygghet i sin förståelse över eventuella risker.

Det är väl också en uppgift man kanske får växa in i. De första månaderna var jag ju kanske livrädd för det. Det kändes ju sådär, ska jag tala om för dig, var gång man fick åka ut på en trafikolycka och var första bil. (3)

Samtliga informanter upplevde *PS-konceptet* som ett stort stöd i skadeplatsarbetet. Rädslan för att glömma bort väsentliga saker minskade då de upplevde att mallarna i PS täckte de mest väsentliga delarna av sjukvårdsledningen. PS-konceptet blev därmed ett stöd som kunde täcka upp för deras egna upplevelse av bristande rutin och erfarenhet.

Jag vågar sträcka på mig mer å prata tydligt och... för jag känner då jag följer mallen då glömmet jag ju ingenting. (2)

Informanterna betonade vikten av att ha kompetenta och motiverade kollegor med sig på skadeplatsen. *Kollegorna användes ibland som ett stöd* varifrån goda råd kunde inhämtas och ibland fungerade de även som en säkerhetsanordning som påtalade när någonting höll på att gå fel. Genom att visa ödmjukhet inför uppgiften och kollegorna upplevde informanterna att de kunde ta del av kollegornas kunskap och erfarenheter. Detta ledde till att informanterna upplevde att de erhöll en känsla av trygghet och att de själva kunde utvecklas i sjukvårdsledarrollen med hjälp av sina kollegor.

De var väldigt hjälpsamma. Även om jag fick göra allting själv så påminde de mig om "nu är det kanske dags att prata med SOS" och "kanske vi ska räkna in hur många vi har här" och sådär. De hjälpte till, det var inga konstigheter. De tog egna initiativ och sådana här grejer också. (3)

Diskussion

Metoddiskussion

Urval

Polit och Beck (2010) menar att en studies urval påverkar dess resultat.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör deltagarna i en studie därför väljas med ett brett fokus på utbildningsnivå, erfarenhet, ålder och genus för att öka studiens *trovärdighet*. På så sätt ökar chanserna att få fram alla aspekter i beskrivningen av det fenomen som önskas beskrivas. I föreliggande studie är informanterna antingen ambulanssjukvårdare, sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor med ett erfarenhetsspann på mellan 1–29 år. *Trovärdigheten* stärks därmed genom att fler möjliga perspektiv av fenomenet sjukvårdsledning på skadeplats presenteras i intervjuerna.

Studien anses vara *överförbar* för andra ambulansorganisationer i Sverige då urvalet inte är unikt för datainsamlingsplatserna utan är nationellt snarlikt (Graneheim & Lundman, 2004).

Datainsamling

En Gatekeeper kan påverka urvalet genom att Gatekeepern styr och väljer ut vilka informanter som författarna får tillgång till (Polit & Beck, 2010). Författarna anser dock inte att det föreligger någon risk för det i denna studien, då Gatekeepern inte valt ut några deltagare utan endast gav tillträde till forskningsplatsen.

Alla informanter som intervjuades upplevs ha ett intresse för sjukvårdsledning. Vissa anser det vara den mest utmanande och givande arbetsuppgiften. Detta kan ha påverkat studiens resultat på så vis att endast de som verkligen brann för sjukvårdsledning hade intresse av att vara med i studien. Eventuellt kan detta ge ett missvisande resultat då de som upplever sjukvårdsledning som en generellt svår och avskräckande arbetsuppgift inte deltog i studien. Det finns risk att studien lämnar kunskapsluckor angående dessa personers upplevelser av att sjukvårdsleda (Polit & Beck, 2010). Författarna anser det vara en styrka att intervjuerna utfördes individuellt av författarna istället för i par. Detta för att säkerställa att informanten inte skulle känna sig i underläge i en "två mot en"-situation. Förfaringsättet användes även

för att säkerställa att inte författarens personliga relation till informanten skulle färga intervjun då författarna har anställning i respektive ambulansverksamhet (Polit & Beck, 2010). Kvale (2014) menar på att forskningsintervjun är en interpersonell relation mellan två personer om ett gemensamt intresse. För att inte färga resultatet av detta samtal intervjuades inte en person i t. ex. "ambulansverksamhet X" av den författare som arbetade i samma verksamhet.

I föreliggande studie genomfördes nio intervjuer (varav åtta användes) under loppet av tre veckor. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar intervjuarens kunskap om ämnet allt eftersom intervjuerna genomförs och därmed ökar också intervjuarens förförståelse. De följdfrågor som författarna ställde i de semistrukturerade intervjuerna riskerade därmed att förändras i takt med att författarnas förkunskap ökade. Det finns därmed en risk för att författaren omedvetet styrde informanten i dennes svar. Den ökade förförståelsen kan också ha lett till skillnader i hur datainsamlingen (intervjuerna) genomfördes. Detta kan påverka studien och dess resultat menligt då det en finns risk för att datainsamlingen inte utfördes konsekvent. Föreliggande studiens *reliabilitet* kan således ha påverkats (a.a.).

Den ökade förförståelsen kan dock även ses som styrka då det möjliggör en intervju som djupare undersöker fenomenets essens och lyfter fram svar som annars hade förblivit dolda (Graneheim & Lundman, 2004). Då föreliggande studies datainsamlingsperiod enbart löpte över tre veckors tid tror inte författarna att den ökade förförståelsen haft en så pass stor inverkan på intervjuerna att det har påverkat datainsamlingens *reliabilitet* då författarna följde intervjuguiden och de följdfrågor som ställdes inte nämnvärt ändrade karaktär. Författarna anser dock att de under datainsamlingens gång blivit bättre på att ställa fler antal relevanta följdfrågor, snarare än att ändra på den typ av följdfrågor som ställdes. Således ökar datainsamlingens *reliabilitet*. Studiens val av datainsamlingsmetod anses generellt inneha en god *trovärdighet* då den data som erhöles svarade väl till syftet (a.a.).

Datanalys

Kvalitativa studier bygger alltid på en tolkning av den insamlade datan (Polit & Beck, 2010). Det är därför viktigt att vara medveten om sin förförståelse inför materialet, detta för att i största möjliga mån vara så objektiv som möjligt i analysen av materialet. I denna studie transkriberades intervjuerna av samma författare som utfört intervjun. Transkriberingen utfördes i nära samband med att intervjun utförts. Detta för att dels säkerställa att intervjuerna

fanns färskt i författarens minne men även för att inga nyanser eller aspekter skulle gå förlorade i transkriberingen (Kvale, 2014). Intervjuerna transkriberades i sin helhet med pauser, skratt, upprepningar, suckanden och hummanden (Graneheim & Lundman, 2004). På så sätt anser författarna att de behöll intervjuernas känsla, mening och helhet. Detta medför att informanternas sinnesstämningar och hur de framförde informationen framgår i transkripten vilket är av vikt då dessa färger och påverkar innebörd och tolkning av informationen.

Under den *naiva förståelsefasen* fick den andra författaren, som ej utfört intervjun, kontakt med materialet för första gången. På så sätt sågs varje intervju med ett par färskas ögon i analysen. För säkra en god *reliabilitet* fortlöpte sedan analysen gemensamt av båda författarna. Med metodvalets krav på tolkning kan det dock argumenteras för att om fler personer hade varit involverade i analysen av materialet så hade fler aspekter lyfts fram och studiens *trovärdighet* hade stärkts ytterligare (Graneheim & Lundman, 2004).

I dataanalysen plockades meningsbärande enheter ut ur den transkriberade texten. Dessa enheter kondenserades och grupperades sedermera i subteman. För att öka *trovärdigheten* ska meningsbärande enheter varken vara för långa, då de då kan få dubbla innebörder, eller för korta då relevant innebörd riskerar saknas (Graneheim & Lundman, 2004). Under indelningen i subteman framgår relevansen av de meningsbärande enheter som hade valts. Denna indelning agerar som en ytterligare granskning av enheterna. Om ingen innebörd framkom i enheten under sorteringen så valdes den bort. Om sorteringen istället visade på ett flertal innebörder i en och samma enhet så användes detta för att revidera uppbyggnaden av subteman och huvudteman. En analystabell (Bilaga 1) bifogas där analysen enligt den fenomenologiska hermeneutiska metoden presenteras. Detta utförs för att öka studiens *objektivitet* och granskningsbarhet (Polit & Beck, 2010) då analysprocessen presenteras på ett lättöverskådligt sätt.

Det är författarnas önskan att förstå ambulanspersonalens upplevelse av att sjukvårdsleda. En enbart fenomenologisk metod kan ge en utmärkt beskrivning av dessa upplevelser, men risken är att en del av innehållet då uteblir. Genom att tillämpa hermeneutisk tolkningsmetod till den fenomenologiska kan en djupare förståelse för ambulanspersonalens berättelse uppnås. När frågan "*varför?*" ställs mot ambulanspersonalens beskrivningar framträder reflektioner som målar en större bild av deras upplevelser där inte bara deras tankar och känslor beskrivs utan även vad dessa upplevelser för med sig (Lindseth & Norberg, 2004).

Författarna anser att valet av fenomenologisk hermeneutik ger studien god *trovärdighet*. Genom analysprocessen kan materialets manifesta innebörd, med informanternas beskrivning av ett fenomen, omsättas till en av författarna djupare tolkad latent innebörd där fenomenets essens framkommer. Således erhålls en djupare förståelse för vad fenomenet *sjukvårdsleda på skadeplats* innebär.

För att ytterligare styrka studiens *trovärdighet* medtar författarna citat från transkripten för att ge läsaren utrymme till att själv göra en tolkning men också för att visa hur författarna själva tolkar materialet (Graneheim & Lundman, 2004). För att ytterligare stärka studiens *validitet* vore det lämpligt att påvisa en *samstämmighet* med andra studier (a.a.). I föreliggande fall har dock inga andra liknande studier hittats varför studiens *samstämmighet* och *validitet* är svårbedömd (Polit & Beck, 2010).

Tolkad helhet och resultatdiskussion

Ambulanspersonalens berättelser om deras upplevelser av sjukvårdsledarrollen bildar en komplex helhet. Centralt finns behovet av att vara i kontroll och ha översyn över skadeplatsen. Om sjukvårdsledaren upplever att hen inte är i kontroll över situationen försvåras uppgiften då denne upplever att hen inte kan försäkra sig om patienterna och medarbetarnas trygghet. Denna omtanke om alla involverade på skadeplatsen uttrycker sig som en ödmjukhet inför uppgiften. I resultatet framkommer det att ambulanspersonalen kan uppleva en känsla av otrygghet och olust inför rollen som sjukvårdsledare. Ju mer erfarenhet de har och desto fler gånger de trätt in rollen som sjukvårdsledare, desto tryggare upplever de att de kände sig.

Erfarenhet

Hruska et al (2016) gjorde en studie där de med hjälp utav fMRI (funktionell magnetresonanstomografi) undersökte hur hjärnan aktiveras vid kliniskt beslutsfattande hos personer med novis- respektive expertkunnande hos läkare. Deras studie visade på att de med noviskunskap hade dominerande aktivering av vänster hjärnlob som associeras med faktakunskap, jämfört med de med expertkunskap som hade högersidig aktivering som associeras med erfarenhetsbaserad kunskap. Detta tolkades som att noviserna mer förlitade sig på inläst kunskap och olika liknande instrument för att fatta sina beslut, till skillnad från experterna som mer förlitade sig på tidigare erfarenheter och baserade sina beslut på dessa.

Detta stämmer väl in med resultatet i föreliggande studie. Där visar det sig att de erfarna sjukvårdsledarna använder PS-konceptet som stöd och vägledning istället för att låta konceptets mallar och rutiner helt diktera arbetsförloppet. De använder således PS-konceptet mer som ett komplement till sitt erfarenhetsbaserade beslutstagande. De mer oerfarna sjukvårdsledarna uttryckte däremot en stor trygghet i att arbeta utefter PS-konceptet och använde detta som en stöttepelare. Studier har visat att personer med mindre erfarenhet behöver rutiner och riktlinjer att stötta sig mot för att kunna utvecklas och känna sig trygga i sin profession (Caton och Klem, 2006).

I föreliggande studies resultat framkommer det att desto mer erfarenhet ambulanspersonalen har, desto tryggare känner de sig i sjukvårdsledarrollen. Verksamheten kräver dock att samtliga som arbetar kliniskt inom ambulanssjukvård ska kunna inträda i sjukvårdsledarrollen efter genomgången PS-utbildning. Erfarenhet bestämmer således ej per automatik vem som får sjukvårdsleda utan det förväntas alla kunna göra. Enligt Cusson och Strange (2008) är otrygghet, nervositet och ambivalens inför rollen en tämligen vanlig känsla när en person ställs inför en ny krävande arbetsuppgift eller arbetssituation. Informanterna berättar om denna otrygghet de känt som nya i verksamheten och inför sjukvårdsledarrollen. Men ambulanspersonalen berättar även om hur de som erfarna i sin yrkesroll kan känna oro inför rollen som sjukvårdsledare då de inte haft möjlighet att inta den lika frekvent som yrkets andra roller. Ett led för att uppleva kontroll över skadeplatsen är genom att skaffa sig en överblick över situationen. För en novis eller avancerad nybörjare i sjukvårdsledarrollen kan detta vara en utmaning då de inte har erfarenhet att falla tillbaka på. Antalet år inom yrket återspeglar således *inte* vilket utvecklingsstadium de befinner sig på, utan det är mängden situationsanpassad erfarenhet som leder till utveckling. Möjligen skulle det då kunna sägas att vissa erfarna informanter fortfarande upplever sig som *avancerade nybörjare* vad gäller sjukvårdsledning. En person kan således befinna sig på olika utvecklingsstadium samtidigt i sin profession. Saknas erfarenhet kan det som Benner (1993) säger då vara svårt att se helheten utanför alla riktlinjer och regelverk. Risken finns då att sjukvårdsledaren är för upptagen med att slaviskt följa sin checklista istället för att situationsanpassa sjukvårdsledandet.

Ledarskapsförmåga

Som tidigare nämnts så är rollen som sjukvårdsledare en teamledarroll som ambulanspersonal *måste* kunna träda in i, oavsett mängd erfarenhet som den individuella personen besitter. Om sjukvårdsledningen och teamledarskapet ska bli framgångsrikt krävs det även av personen att denne har förmågan att kunna överlämna själva utförandet av arbetsinsatsen åt teamet.

Enligt Carlström et al (2014) så ska teamledaren, om ledarskapet är välfungerande, lämna just genomförandet av arbetsinsatsen till medlemmarna i teamet och istället fungera som den person som har den övergripande målbilden. Teamledaren måste även kunna åsidosätta vissa professionella särintressen för att teamet som helhet ska kunna fungera väl och patientens välmående ska kunna vara i fokus. Berlin och Carlström (2009) menar på att

närhetsprincipen, dvs att problem löses där de uppstår utan att de inblandade är tvungna att ”be om lov” från ansvarig chef, är en viktig del i teamarbete. Om teamarbetet sker enligt närhetsprincipen så möjliggörs en mer effektiv problemlösning och ett större nyttjande av medarbetarnas kompetens. Samtidigt så blir det komplicerat när det kommer till att applicera *närhetsprincipen* vid vård på skadeplats. I studiens resultat framkommer det att sjukvårdsledaren har en plan och vision för det planerade omhändertagandet på skadeplatsen. Hen delar ut uppgifter till sina kollegor och förväntar sig att de tar hand om dessa. Om kollegorna börjar frånga denna plan och handla efter *närhetsprincipen* när problem uppstår så fallerar sjukvårdsledarens plan för omhändertagandet. I resultatet beskrivs en situation då sjukvårdsledaren bitt en brandman från räddningstjänsten att hålla stabil nacke på en patient, men när sjukvårdsledaren gick en ny rekognoseringsrunda så satt där plötsligt en ambulanskollega och höll nacken. Ambulanskollegan hade således handlat enligt *närhetsprincipen*, utan att be om lov från ansvarig chef, för att lösa ett problem.

Situationen som uppstod av detta handlande innebar att sjukvårdsledaren nu plötsligt hade en resursbrist. Ambulanskollegan löste ett akut problem i stunden, men följden blev att hela sjukvårdsinsatsen på skadeplatsen blev lidande. På grund av den tillkomna resursbristen blev sjukvårdsledaren tvungen till att ta ett omtag och revidera sin plan för omhändertagandet.

Detta scenario hade möjligen kunnat undvikas om ambulanskollegan tydligare kommunicerat med sjukvårdsledaren. En annan tanke är att ambulanskollegan handlat enligt *närhetsprincipen inom* sin tilldelade uppgift. Såg kollegan sedan ett potentiellt problem utanför sin uppgift då skulle denne informerat sjukvårdsledaren om detta. Sjukvårdsledaren hade då haft möjlighet att fullfölja sin roll som teamledare med ansvar för fördelning utav resurser. För att sjukvårdsledaren således ska kunna vara en effektiv teamledare så krävs det

att denne kan kommunicera sina tankar och visioner till teammedlemmarna så att dessa kan arbeta självständigt men med samma målbild som sjukvårdsledaren (Carlström et al, 2014).

Härgestam, Lindkvist, Jacobsson, Brulin och Hultin (2015) undersökte hur kommunikation på en akutmottagning vid ett simulerat traumafall påverkade utkomsten för arbetet. Studien fann att closed loop-kommunikation initierad av teamledaren förbättrade arbetet och gjorde att beslutet om att gå vidare till operation snabbare kunde fattas. Om closed loop-kommunikation istället initierades av en annan teammedlem så gavs däremot motsatt effekt och tiden till operation fördröjdes i onödan. Föreliggande studie kunde visa på liknande problematik när initiativ togs av andra än sjukvårdsledaren. Med allt för påtryckande kollegor eller personal från andra blåljusorganisationer kunde sjukvårdsledaren bli åsidosatt och därmed också dennes beslutsförmåga. Detta ställer givetvis krav på sjukvårdsledaren att kunna ta initiativ och fatta beslut så att ingen annan känner sig tvungen att ta över rollen. Men likväl ställs även krav på teamets medlemmar att agera följare och stötta sjukvårdsledaren istället för att över om de ser att någonting måste göras.

En aspekt som framkom är att de informanter som är mest skeptiska inför uppbyggnaden av sjukvårdsledarrollen är samtidigt de som upplever den som mest givande. Dessa informanter har flera års erfarenhet i rollen som sjukvårdsledare och upplevs av författarna som att de nått utvecklingsnivåerna *skicklig* eller *expert* (Benner, 1993). Dessa informanter upplever sig trygga i rollen som sjukvårdsledare, den egna prestationen och vad som förväntas av dem. De har identifierat vilka behov som finns och hur de ska tillgodose dem. De är dock skeptiska inför de begränsningar som finns och har identifierat flera förslag till förbättringsåtgärder. De menar också på att mängden erfarenhet *inte* nödvändigtvis återspeglar hur framgångsrik en person är som sjukvårdsledare. Informanterna uttrycker att det inte är alla människor som trivs i en ledande och beslutsfattande roll. Informanterna visar här en omtanke om sina kollegor då de önskar att sjukvårdsledarrollen var en frivillig ledarroll, istället för en situationsanpassad påtvingad sådan. De menar att ambulansverksamheten borde precis som räddningstjänsten ha ett antal extrautbildade dedikerade ledare, som brinner för just sjukvårdsledarrollen. Enligt broschyren *PS- Prehospital Sjukvårdsledning, Ett nationellt koncept* (Nilsson, 2014) har den personliga förmågan hos sjukvårdsledaren stor betydelse för utförandet av uppgiften och en person med goda ledaregenskaper bedöms kunna utföra uppgiften bättre. Detta belyser problematiken med PS-konceptet då samtliga kliniskt aktiva inom ambulanssjukvården förväntas kunna inneha rollen oberoende av personlig

ledarskapsförmåga. Informanterna berättar hur vissa personlighetsdrag behövs för att kunna utföra sjukvårdsledarrollen. Andersson, Omberg och Svedlund (2006) påvisar i sin studie om triagesjuksköterskor att förutom kunskap, erfarenhet och intuition så behövs även personlighetsdrag som mod och självsäkerhet för att klara av arbetet. Deras studie handlar om triagesjuksköterskor men skulle lika väl kunna appliceras på sjukvårdsledarrollen då båda är tvungna att fatta svåra beslut.

Enligt Daly, Jackson, Mannix, Davidson & Hutchinson (2014) så behöver vården *generellt* mer ledarskapsutbildningar då ett effektivt ledarskap leder till ett bättre omhändertagande. Daly et al (2014) menar på att den ledarskapsutbildning sjukvårdspersonal erhåller via sina vårdutbildningar inte är tillräcklig för att ge personerna en god grund att stå på i sitt ledarskap. Författarna till föreliggande studie menar även på att sjukvårdsledarrollen i sig kan dessutom anses vara *än mer krävande* än de teamledarroller som finns intrahospitalt på grund av de prehospitalt begränsade resurserna och den komplexa miljö arbetet sker i.

De informanter som kan anses *skickliga* eller *experter* (Benner, 1993) hyser således fortfarande en osäkerhet, men istället för att gälla den egna prestationen ligger osäkerheten på en organisatorisk nivå.

Samverkan

I sin strävan efter kontroll uttrycker ambulanspersonalen ett behov av att kunna samverka med andra organisationer, framförallt räddningstjänsten. Personalen uttrycker att det ibland fanns en bristande förståelse mellan organisationerna. Berlin och Carlström (2009) genomförde en studie i Sverige där de genom både observation och enskilda intervjuer belyser problematiken av samverkan på skadeplats. Studien visar att de olika organisationerna ogärna samverkar synkront, det vill säga arbetar samtidigt och tillsammans, utan snarare utför sitt arbete enskilt och utan hjälp från andra organisationer. Deltagarna i Berlin och Carlströms studie (2009) uppger en vilja av att samverka gränslöst och prestigelöst mellan organisationerna, men studien finner att trots detta så upplevs synkron samverkan som otrygg varför de flesta istället håller sig till sina gamla invanda rutiner inom den egna organisationen. Således kan det föreliggande scenarion där samverkan kan ge en upplevelse av otrygghet. Detta skiljer sig från resultatet i föreliggande studie där informanterna finner trygghet i att ta beslut i partnerskap med befäl från andra organisationer. Informanterna uppger dock en trygghet i att följa de mallar som PS tillhandahåller. En mer synkron och högintensiv samverkan skulle kunna

innebära att göra avsteg från dessa mallar vilket skulle kunna ge den otrygghet som Berlin och Carlström (2009) skriver om.

Ambulanspersonalen beskriver hur de ibland nästintill slits ut ur bilarna av polis eller räddningspersonal vid ankomst till skadeplatsen. Elmqvist, Brunt, Fridlund och Ekebergh (2010) visar i sin forskning att poliser och räddningspersonal som är först på skadeplats upplever omhändertagandet av den svårt skadade patienten som skrämmande och känner att ansvaret för en annans persons liv som tungt att bära. Forskarna fann att dessa personer därav känner lättnad när ambulansen ankommer och övertar patientansvaret. Detta kan förklara ambulanspersonalens upplevelser av att bli stressade av andra professioner i föreliggande studie. Ambulanspersonalen blir alltså inte enbart utdragna ur bilarna för att påskynda patientvården utan för att andra professioner är måna om att överlämna det ansvar de upplever som så tungt att bära.

Patientnytta

Sjukvårdsledning genomförs först och främst för att tillgodose patienternas behov, det vill säga uppfylla de krav från Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som kan tillämpas på det prehospitala arbetet. Agazio och Goodman (2017) undersökte hur sjuksköterskor som tjänstgjorde under kriget i Irak och Afghanistan tog beslut under etiskt svåra situationer. Dessa sjuksköterskor kunde finna sig i scenario där deras resurser var otillräckliga eller att de var tvungna att ge vård till en person från fiendesidan. Med stöd i sin etiska övertygelse om att inte göra skada och ge vård på lika villkor oberoende på vem patienten var kunde de ge vård som följde ICN:s etiska riktlinjer för sjuksköterskor.

Informanterna uttrycker också denna målbild som ett exempel på hur de tänker när de sjukvårdsleder. De visar på en omtanke för både de kritiskt skadade likväl som för de personer som är oskadda men ändå behöver hjälp. Önskan av att hjälpa är således ständigt närvarande under hela skadeplatsarbetet och bildar en övergripande målbild för insatsen. Detta kan dock skapa ett dilemma då informanterna även uttrycker hur de i rollen som sjukvårdsledare ständigt måste beakta säkerheten för sjukvårdspersonalen på plats. Säkerhetsaspekter kan fördröja hela insatsen och därmed betyda att ingen av de drabbade får ett snabbt omhändertagande. Men säkerhetsrisker kan också förekomma i en begränsad del av skadeplatsen och beröra enbart en del av de drabbade. Ett tänkbart scenario kan därför inträffa där den som har störst behov av vård får vänta till gagn för ambulanspersonalens egna

säkerhet. Det är därav värt att betänka hur dessa säkerhetsaspekter kan utmana ambulanspersonalens etiska övertygelse och därmed påverkar deras psykiska hälsa. Detta är en faktor som Alexander och Klein (2001) belyser i sin studie om psykisk ohälsa hos ambulanspersonal. Studien finner bland annat att en känsla av hjälplöshet är en faktor som påverkar ambulanspersonalens psykiska välmående negativt.

Brist på studier om sjukvårdsledning gör det svårt att bedöma hur representativt informanternas upplevelser är. De studier som finns om arbete på skadeplatser beskriver dock en kaotisk situation som behöver struktureras för att arbetet ska fungera (Suserud, 2001; Li et al., 2016). Informanterna i föreliggande studie beskriver detta väl i sin strävan efter kontroll över skadeplatsen. Åtgärder för att skapa en uppfattning om och förståelse för skadehändelsen samt samverkan med andra organisationer och styrning av sin egen personal framhålls som särskilt viktiga. Således kan slutsatsen dras att en skadeplats per definition alltid är initalt ostrukturerad och ibland rent av kaotisk. Det åligger då sjukvårdsledaren att finna en lämplig arbetsstruktur under dessa förutsättningar.

Konklusion och implikationer

Sjukvårdsledarrollen ställer stora krav på individen. Med ökad erfarenhet kommer ökad trygghet i rollen, men stor erfarenhet i sig leder inte nödvändigtvis till att en person kommer prestera väl eller känna sig trygg. Många år inom verksamheten betyder inte heller nödvändigtvis att en individ har stor erfarenhet av att sjukvårdsleda. Situationsbundna erfarenheter, personlig lämplighet och tillgängliga resurser har stor inverkan på hur sjukvårdsledarrollen upplevs. Oförmåga att skapa sig kontroll över situationen leder till osäkerhet vilket kan leda till stress och en försämrad arbetsmiljö. Författarna själva anser att informanterna besitter stor kunskap och tänkvärda förslag på förbättringsåtgärder som skulle gagna både personalen och deras arbetsmiljö i stort såväl som patientnyttan. Det vore önskvärt om arbetsgivare kunde ge akt på dessa förbättringsåtgärder såväl som erbjuda ambulanspersonalen en mer kontinuerlig kompetensutveckling med utrymme för reflektion kring både den egna förmågan såväl som sjukvårdsledarrollen i stort. Författarna anser även att vidare forskning behövs inom ämnet för att ytterligare belysa ambulanspersonals upplevelser av att sjukvårdsleda på skadeplats. Vidare forskning och ett större vetenskapligt underlag behövs även för att identifiera hur förslag till förbättringsåtgärder skulle kunna implementeras i PS-konceptet.

Referenser

- Advanced Life Support Group (Manchester, England) (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.
- Agazio, J., & Goodman, P. (2017). Making the hard decisions: Ethical care decisions in wartime nursing practice. *Nursing Outlook*, 65(5S), 92-99.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.010>.
- Alexander, D. & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents. Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*. 178, 76–81.
- Andersson, A. K., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department—A qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *British Association of Critical Care Nurses*, 11(3), 136-145
- Benner, P. (1993). Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur.
- Berlin, J, Carlström E (2009) Populärvetenskaplig sammanfattning av boken: Samverkan på olycksplatsen: Om organisatoriska barriäreffekter, Trollhättan, University West
- Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013) Teamarbete i vården. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red), *Omvårdnad på avancerad nivå – Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 64–101). Lund: Studentlitteratur.
- Carlström, E., & Berlin, J. (2009). Var och en på sin kant - om avsaknaden av synkron samverkan på olycksplatsen. *Kommunal ekonomi och politik*, 13(3), 7–22.
- Caton, AP., Klemm, P. (2006) Introduction of novice nurses to end-of-life-care *Clin J Oncol Nurs*. 2006 Oct; 10(5):604-8
- Cusson, RM., Strange, SN. (2008) Neonatal nurse practitioner role transition: the process of reattaining expert status. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* Vol. 22(4), October/December 2008, p 329–337
- Dal Ponte, S., Dornelles, C., Arquilla, B., Bloem, C. & Roblin, P. (2014). Mass-casualty Response to the Kiss Nightclub in Santa Maria, Brazil. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2015;30(1):93-96
- Daly, J., Jackson, D., Mannix, J., Davidson, PM., Hutchinson M., (2014) The importance of clinical leadership in the hospital setting Dovepress Vol. 2014:6 75-83
- Drury, J, Kemp, V, Newman, J, Novelli, D, Doyle, C, Walter, D, Williams, R (2012) Psychosocial care for persons affected by emergencies and major incidents: a Delphi

study to determine the needs of professional first responders for education, training and support. *Emergency Medicine Journal* 2013;30:831-836

- Elmqvist, C., Brunt, D., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2010). Being first on the scene of an accident – experiences of ‘doing’ prehospital emergency care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24, 266-273. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00716.x
- Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: The patient’s first encounter with prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*. 16, 185-192
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004(24), 105-112.
- Gunnarsson, BM. & Warrén Stomberg, M. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International emergency nursing*. Apr;17(2):83-9
- Hang, H., Jianan, W. & Chunmao, H. (2016). Experience in managing an urban massive burn incident: The Hangzhou bus attack on 5 July 2014. *Burns*. 2016 feb;42(1):169–77
- Helsingforsdeklarationen (2008)
><http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>< 2017-03-22
- Holt, R. (2008). Making difficult ethical decisions in patient care during natural disasters and other mass casualty events. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 139, 181–186
- Hruska, P., Hecker, KG., Coderre, S., McLaughlin, K., Cortese, F., Doig, C., Beran, T., Wright, B., & Krigolson, O. (2016) Hemispheric activation differences in novice and expert clinicians during clinical decision making *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016 Dec;21(5):921-933
- Härgestam, M., Lindkvist, M., Jacobsson, M., Brulin, C. & Hultin, M. (2015). Trauma teams and time to early management during in situ trauma team training. *BMJ Open* 2016;6, doi:10.1136/bmjopen-2015-009911
- Jonsson, L (2009) Prehospitala utbildningar och kurser. I Suserud, B-O & Svensson, L (2009) Prehospital akutsjukvård (s. 13-22) Stockholm: Liber AB
- Kvale, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- Li. Y.H, Li. S.J, Chen. S.H, Xie. X.P, Song. Y.Q, Jin. Z.H & Zheng. X.Y (2016) Disaster nursing experiences of Chinese nurses responding to the Sichuan Ya’an earthquake *International Nursing Review* 00, 00-00
- Lindseth, A, & Norberg, A (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153.

- Nilsson, H. (2014). PS- Prehospital Sjukvårdsledning, Ett nationellt koncept
<http://www.psconcept.se/Portals/0/Filer/PS%20koncept.pdf> Besökt 22-02-17
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2010). Leadership roles and management functions in nursing: theory and application. (7. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Martinez, C. & Gonzales, D. (2001). The World Trade Center Attack: Doctors in the fire and police services. Critical Care. 5(304). Doi.org/10.1186/cc1055
- Parahoo, K. (2006). Nursing research: principles, process and issues. 2. ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2010]). Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening (2012)
 Kompetensbeskrivning legitimerad specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård
http://ambssk.se/wpcontent/uploads/2016/10/ras_komp_beskr_ambssk2012.pdf
 Besökt 2017-05-16
- Rimstad, R. & Sollid, S. (2015). A retrospective observational study of medical incident command and decision-making in the 2011 Oslo bombing. International Journal of Emergency Medicine. 2015; 8: 4
- Rüter, A., Nilsson, H. & Vikström, T. (2006). Sjukvårdsledning vid olycka och katastrof: från skadeplats till vårdplats. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet
- Sjöberg, M., Wallenius, C., & Larsson, G. (2006). Ledarskap och beslutsfattande under stress vid komplexa räddningsinsatser - en sammanfattande rapport.: Försvarshögskolan - Institutionen för ledarskap och management. På uppdrag av Räddningsverket. Hämtad 2017-11-17 från <https://www.msb.se/Upload/Kunskapsbank/>
- Socialstyrelsen. (2006a). Termbank: Skadehändelse. Hämtad 20 november, 2017, från Socialstyrelsen: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=163>
- Socialstyrelsen. (2006b). Termbank: Allvarlig händelse. Hämtad 16 maj, 2017, från Socialstyrelsen: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=158>
- Socialstyrelsen. (2008). Termbank: Skadeplats. Hämtad 20 november, 2017, från Socialstyrelsen: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=175>

SOSFS 2005:13. Fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap. Stockholm: Socialstyrelsen

Stubberud, D-G. (2013). Att tillgodose psykosociala behov hos den vuxna. I D-G. Stubberud, Psykosociala behov vid akut och kritisk sjukdom. (s. 80–143). Lettland: Gyllendal Norsk Forlag.

Suserud, B.O. (2001). How do ambulance personnel experience work at a disaster site? *Accident and Emergency Nursing*. 2001(9), 56–66. Doi: 10.1054/aaen.2000.0185

Analystabell. Exempel på indelning av meningsbärande enheter i subteman och tema.

| Meningsbärande enhet | Kondensation | Subtema | Tema |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| <p>”Så att alla får en bra upplevelse av det. Att det insatta resurserna kör därifrån och tänker, att vi tänker att ’fan det gjorde vi bra!’”</p> <p>”Å visa för mina kollegor att jag finns här liksom.”</p> <p>”Som sjukvårdsledare är jag ansvarig, jag är ju då ansvarig för om, vad har vi varit ute för. Vad, vad handlar denna händelse om, behövs det ett kamratstöd till exempel. Så att, känner jag också, men där måste man också kunna hjälpa varandra, är jag på en annan bil, jag säger som då har jobbat mina år och nån annan har inte jobbat så länge, jag menar att man hjälps åt.”</p> <p>”Å det tycker jag även sjukvårdsledaren om man är först på plats, det handlar om att skydda kollegorna, från syn och intryck också.”</p> | <p>Att arbeta så att alla parter blir nöjda.</p> <p>Behov av att ge kollegor trygghet.</p> <p>Känsla av ansvar för kollegors välmående.</p> <p>Att skydda kollegors mentala välmående.</p> | <p>Omtanke för sina kollegor</p> | <p>Omtanke</p> |
| <p>”Är det då så att jag plötsligt ser en personal från ambulans sitta och hålla nacken i nån bil nästan, så har det ju gått fel redan där för jag är säkerhetsman för alla som anländer från den prehospitala världen.”</p> <p>”Där är så mycket annat ju, vindriktning på utsläpp till exempel som vi ser, när det är fotbollsmatcherna, där är också hot och risker definitivt, kör inte det hållet. Eh, kör det hållet.”</p> <p>”Å jag tänker, man tänker bara på alla olyckor som har varit å dessutom var man på olyckan med brandmannen som omkom. Å, då har det liksom, då borde man ha sett sambandet att man borde kanske stänga liksom, det är säkerheten just. Att det är, det känns alltid lite, okej kommer det a stängt nu eller hur.”</p> <p>”För min del så är ju ändå att jag är ansvarig för säkerheten på sjukvårdens säkerhet på platsen så jag måste ändå ut och bilda mig en uppfattning så att inte, dom andra ger sig in, speciellt om inte räddningstjänsten är där och har säkrat upp olyckan, så måste jag ju ta den biten, hindra kanske folk från att gå fram där det är ett läckage så att, så skulle jag göra iallafall.”</p> <p>”Hur kan det se ut och vad är farligt, farligtgodsskyltar på bilar alltså att man är lite vaken, kan tänka på vindriktning och sådana saker också om man kört i en olycka och det är misstänkt farligt gods med, så att man inte stirrar helt enkelt för å komma dit för fort för visst vi ska hjälpa men jag är frisk, jag ska komma hem också så...”</p> | <p>Känsla av ansvar över säkerheten på plats.</p> <p>Se säkerhetsrisker.</p> <p>Medvetande om säkerhetsrisker.</p> <p>Känna ansvar för platsens säkerhet.</p> <p>Att prioritera arbets säkerheten högst.</p> | <p>Värna om säkerheten</p> | |
| <p>”och att patienten tänker "fy fan vad effektivt!" känslan av att vara väl omhändertagen, av professionella människor.”</p> <p>”Utmärkande för sjukvårdsledarrollen är att... man.. man styr övriga resurser till rätt patient först”</p> <p>”men det blev ju som sagt var att såfort som möjligt bedömma, få med medicinskt ansvarige att bedömma patienterna så att vi liksom kan, kan, vad hette det nu, få bestämma vilken patient vi ska få iväg snabbast. Så det var väl egentligen det som var det primära när man kom fram, för, det var ju, platsen var ju helt okej det var ju, liten gata och det gick liksom inte, hade inte kunnat komma nån trafik eller så så jag hade inte behövt bry mig mycket om så att säga omgivningen runt omkring, utan det var ju mera fokus på patienterna. ”</p> <p>”då gäller det att jobba snabbt för det är ju liksom, det är ju, det enda som rädda dom det är ju kniven.”</p> | <p>Att ge patienten en känsla av professionellt omhändertagande. Styra resurserna till de mest behövande.</p> <p>Säker plats gav fokus på patienterna</p> <p>Anpassa arbetstakten efter vårdbehov</p> | <p>Att arbeta med patientfokus</p> | |
| <p>”När brandkåren drar extra resurser så drar vi extraresurser, i samband med det ... i och med att man inte hittade brandorsaken så valde man att evakuera det här vårdboendet. Och då kontaktade jag TIB'en, Region Skånes TIB, och brandkåren kontaktade Malmö Stads TIB, för det handlade någonstans ändå om en 50–70 pensionärer som skulle ha nåt ställe att bo!”</p> <p>”Å där, där brukar jag ta hjälp av räddningstjänsten, är det vinter och du ska (ohörbart ord) trettio-fyrtio man och det är minusgrader ute, brukar jag ta hjälpa av räddningstjänsten öppna upp en annan trappuggång, dom har möjlighet till det, att bryta upp eller öppna upp. Å så ta in dom där. Så då gjorde vi, den gången gjorde vi som så att andra bilen blev liksom dom blev typ en vårdcentral där. ”</p> | <p>Kontakta TIB för att tillgodose behov hos icke skadade.</p> <p>Beslut om att öppna upp en trappuggång för omhändertagande av lindrigt skadade</p> | <p>Se behov hos icke skadade personer</p> | |

