

Samverkan på skadeplats

En intervjustudie

Collaboration on the scene of injury

An interview study

Johan Sporrong

Samuel Vilhelmsson

Examensarbete

Huvudområde: Omvårdnad

Högskolepoäng: 15

Termin/år: Vårterminen 2019

Handledare: Bosse Ek

Examinator: Siv Söderberg

Kurskod: OM089A

Utbildningsprogram: Specialistutbildning inriktning ambulanssjukvård

Sammanfattning

Bakgrund: Personal från räddningstjänsten och ambulanssjukvården är tvungna att samverka med varandra på skadeplatser med syfte att på bästa sätt ta hand om de drabbade individerna. Aktuell forskning på området pekar på svårigheterna med att bedriva en tillfredsställande samverkan som möter de målsättningar som regleras i lagen. Vinsterna med en tillfredsställande samverkan kan beskrivas i termerna sparade liv, minskat lidande och mindre kostnader i övrigt för de drabbade och samhället men även en bättre arbetsmiljö för de samverkande aktörerna på skadeplatserna vilket i sin tur ger en mängd positiva effekter. **Syfte:** Att beskriva samverkan mellan ambulanssjuksköterskor och räddningstjänstpersonal på skadeplatser. **Metod:** Studien utgick ifrån en induktiv kvalitativ design med intervjuer som datainsamlingsmetod där det insamlade materialet bearbetades med innehållsanalys. **Resultat:** Analysen landade i temat fungerande samverkan som bestod i kategorierna; yrkesroller, radiokommunikation via RAKEL, förbättringsåtgärder och patientnytta. Dessa fyra kategorier samlade de gemensamma uppfattningarna hos ambulanssjuksköterskorna om vad som var viktigt för dem för att kunna samverka på ett tillfredsställande sätt. **Konklusion:** Slutsatsen av studien var att det hos ambulanssjuksköterskorna fanns både gemensamma och diametralt olika synsätt på hur samverkan på skadeplats ska bedrivas. Gemensamt var det övergripande patientfokus som existerade bland alla samverkande aktörerna samt synen på RAKEL som ett revolutionerade kommunikationshjälpmedel där dock handhavandet hade utvecklingspotential. Ytterligare förbättringsåtgärder var förutsättningar och rutiner som en ökad gemensam övningsverksamhet kunde råda bot på. De största skillnaderna bland de deltagande ambulanssjuksköterskorna var synen på deras egen och räddningstjänstpersonalens yrkesroll och de begränsningar som lades i denna roll.

Nyckelord: Ambulanssjukvård, Kvalitativ metod, Räddningstjänst, Samverkan, Teamarbete.

Abstract

Background: Personnel from the fire and rescue services and ambulance care are obliged to cooperate with each other at injury sites with the aim of taking care of the affected individuals. Current research in the area points to the difficulties of conducting a satisfactory cooperation that meets the objectives that are regulated in the law. The benefits of a satisfactory cooperation can be described in the terms saved lives, reduced suffering and costs in general for the affected and society but also a better working environment for the cooperating actors on injury sites. **Aim:** To describe cooperation between ambulance nurses' and emergency services personnel on injury sites. **Method:** The study was based on an inductive qualitative design with interviews as a data collection method and a following content analysis. **Result:** The theme of functioning collaboration occurred which consisted of the categories; occupational roles, radiocommunication via RAKEL, improvement capabilities and patient benefits. These four categories gathered the common perceptions of the ambulance nurses about what was important to them in order to be able to cooperate satisfactorily. **Conclusion:** The study showed that there were both common and diametrically different approaches to how ambulance care should be carried out at the injury sites. The patient focus that existed among all the cooperating actors and the view of RAKEL as a revolutionary communication aid where common, however the management of RAKEL had development potential. Further improvement measures were the prerequisites and routines that an increased joint exercise activity could remedy. The largest differences among the ambulance nurses were the view of their own role and the fire and rescue services professional role and the limitations imposed in this role.

Keywords: Ambulance care, Collaboration, Cooperation, Fire and Rescue services, Qualitative method, Teamwork.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Bakgrund	1
2.1 Samverkan – Begrepp och teorier	1
2.2 Arbetsmiljön på skadeplats.....	3
2.3 Verksamhet och organisering.....	4
2.4 Samverkan på skadeplats.....	7
2.5 Personcentrerad vård.....	8
2.6 Problemformulering.....	9
3 Syfte	9
4 Metod	9
4.1 Beskrivning av deltagare.....	9
4.2 Datainsamling.....	10
4.3 Dataanalys.....	11
5 Forskningsetiska överväganden	13
6 Resultat	14
6.1 Yrkesroller	15
6.2 Radiokommunikation via RAKEL.....	16
6.3 Övningsverksamhet	17
6.4 Patientnytta	17
6.5 Tema – Fungerande samverkan	18
7 Diskussion	18
7.1 Metoddiskussion	18
7.2 Resultatdiskussion.....	20
7.3 Slutsats	22

Referenser

Bilaga A: Informationsbrev

Bilaga B: Intervjuguide

1 Inledning

Många människor kan relatera till olika former av olyckor som har krävt en räddningsinsats och ett omhändertagande av ambulanssjukvården och räddningstjänsten. Trafikolyckor, arbetsplatsolyckor och andra akuta situationer sätter ofta spår i minnet och på kroppen. Fokus vid denna typ av situationer ligger av naturliga själ ofta på de drabbade och den belägenhet de befinner sig i. Vid en olycka där både räddningstjänsten och ambulanssjukvården är inblandade krävs dock en utvecklad samverkan så att utfallet mätt i liv, lidande, tid och pengar blir så begränsat som möjligt. Uhr (2011, s. 13) menar att den tilltagande specialiseringen av samhället i stort skapar mindre förståelse och kunskap för angränsande yrkesområden. Dessa mellanorganisatoriska ytor där samverkan sker blir då särskilt viktigare allt eftersom yrkesspecialiseringen fortskrider.

2 Bakgrund

2.1 Samverkan – Begrepp och teorier

Samverkan är ett i nutid välanvänt begrepp vilket nyttjas inom många sektorer i samhället men framför allt hos myndigheter i syfte att beskriva kommunikationsutbyte mellan olika aktörer (Danielsson, 2011). En närmare gemensam innebörd av begreppet saknas då inblandade aktörer, både myndigheter och andra organisationer, har olika utgångspunkter och målsättningar vilket tillsammans med den dynamiska struktur som ofta ligger i samverkan skapar osäkerhet om innebörden (Uhr, 2011, s. 12). Det finns en konsensus kring att det är ett önskvärt och starkt positivt begrepp som i sig signalerar effektivitet och ansvarstagande. Hörnemalm (2008) pekar vidare på den odelat positiva laddning begreppet erhållit i modern tid. De flesta myndigheter har uttalat ansvar att samverka med relaterade aktörer. Ett axplock av enskilda aktörers definition av samverkansbegreppet får belysa mångfalden där Statens offentliga utredningar (2007:31) i arbetet med att omorganisera bland annat krisberedskapsmyndigheten menar att samverkan är "som den dialog som sker mellan självständiga (fristående) och sidoordnade samhällsaktörer för att uppnå gemensamma mål". Ett annat exempel på definition är Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI 2003) som hävdar att "samverkan är den metod som väljs när de aktörer vars

verksamhet skall samordnas, är självständiga mot varandra och ingen därmed har beslutsrätt över den andra". Nationalencyklopedins (2019) mer allmänt hållna definition "Gemensamt handlande för ett visst syfte" inbegriper det mesta vi människor företar oss. Dessa tre exempel speglar mångfalden i samverkansbegreppet och hur man kan se på begreppet. Utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv talas det mer inom vården mer om teamarbete vilket även utgör en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013, s. 64). Med teamarbete i vården menas här att samarbeta, det vill säga konkret göra någonting tillsammans med individer ur en annan yrkesgrupp inom arbetsområdet vård och omsorg. Teamet präglas av professionalitet och synergieffekter, där teammedlemmarna behöver samverka för att skapa synergieffekter och lösa sina uppgifter på bästa sätt (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2018, s. 65). Samverkan och teamarbete är således definitionsmässigt nära varandra. I den för handen liggande studien kommer framöver begreppet samverkan genomgående att användas då större delen av den befintliga forskningen på området utgår ifrån detta begrepp. Om målet med att samverka kan definieras i termer av exempelvis framgång eller bättre vård behöver några förutsättningar belysas. Utifrån Carlström, Kvarnström och Sandbergs (2018, s. 68-71) analys av dessa förutsättningar lyfts tre områden upp; kompetens, samarbetsförhållanden samt strukturella förutsättningar. Kompetensnivån hos de inblandade aktörerna varierar och värderas olika efter person och situation. Även yrkeserfarenheten och den sociala förmågan påverkar kompetensnivån och möjligheten att utnyttja den framgångsrikt. Vidare utgör arbetsförhållandena i fråga om arbetsklimat en viktig faktor för att mäta framgång inom samverkan. Om aktörerna respekteras och det finns utrymme för humor förbättras samverkan. De strukturella eller organisatoriska förutsättningarna ger ramarna för verksamheten och kan underlätta eller försvåra samverkan genom bemanning, teknik och rutiner. Berlin och Carlström (2009) har presenterat en samverkansteori som kan användas för att både förklara och mäta funktionaliteten i en samverkanssituation. Teorin introducerar begreppen sekventiell, parallell samt synkron samverkan i en kontext där professionella aktörer arbetar på en skadeplats. Med skadeplats menas här en plats där en olycka inträffat och där olika blåljusmyndigheter arbetar och samverkar för att hantera konsekvenserna av olyckan. Begreppet sekventiell samverkan avser en lågintensiv samverkansform där aktörerna håller sig till sina arbetsområden, använder sig i stor utsträckning av etablerade

rutiner samt samverkar i så liten grad som möjligt med de andra aktörerna på skadeplatsen. Arbetsmoment genomförs i tur och ordning mellan aktörerna. Exempel på detta är när räddningstjänsten drar sig tillbaka och avvaktar efter att ambulanssjukvården har anlänt till skadeplatsen och börjat med sina arbetsuppgifter. Med parallell samverkan menas att aktörerna arbetar med sina arbetsuppgifter sida vid sida och varje aktör har sitt eget mål för ögonen. Denna samarbetsform gör att arbetet går snabbare att genomföra än vid sekventiell samverkan men fortfarande saknas en gemensam förståelse för varandras arbetsuppgifter och funktion. Den sista formen av samverkan kallas synkron samverkan där gränserna mellan yrkesrollerna blir suddigare och de enskilda individerna hjälper till efter förmåga oberoende av yrkestillhörighet. Denna samverkansmodell är relativt oprövad och väcker tankar om profession, kompetens och framförallt den roll som aktören traditionellt tillhör. Berlin och Carlström (2009) menar att den synkrona samverkan är den mest åtråvärda samverkansformen men att det är sällan aktörerna verkligen arbetar så på skadeplatsen. Ytterligare ett begrepp som kommer att förekomma i den för handen liggande studien är "drabbade" vilket åsyftar de individer som varit inblandade i olyckan men inte nödvändigtvis är skadade.

2.2 Arbetsmiljön på skadeplats

Arbete på olycksplats innebär att utsättas för en mängd risker. De organisationer som är föremål för analys är i denna studie räddningstjänsten och ambulanssjukvården och deras gemensamma arbete på skadeplats, det vill säga den plats där en olycka, med eller utan avsikt har skett. Forskning på ambulanssjuksköterskors villkor gällande arbetsmiljö har bland annat resulterat i kunskapen att de ofta utför tungt eller icke ergonomiskt fysiskt arbete samt är utsatta för stress och känslomässiga påfrestningar vilket bidrar till att ambulanspersonal har högre skadefrekvens och visar en större mortalitet än både annan sjukvårdspersonal och befolkningen i stort (Aasa & Wiitavaara (2016, s.72). Vidare visar en studie av Weaver, Patterson, Fabio, Moore, Freiberg & Songer (2015) att långa arbetspass bidrar till både ökad akut skaderisk och sjukdomsfrekvens över lag för ambulanspersonal. Det framkom även att ambulanspersonal sällan arbetar med samma kollegor vilket även det gav en sämre upplevd hälsa. Om dessa förutsättningar även gäller svenska förhållanden får dock vara osagt då inga studier skildrat just svenska förhållanden avseende kollegial

samvaro hos ambulanssjukvården. Utifrån Arbetsmiljölagens andra paragraf (SFS 1977:1160) som kan sägas vara en kravspecifikation på arbetsplatsen gällande ett flertal omständigheter återfinns krav på att medarbetarna inte får utsättas för psykiska eller fysiska belastningar i en omfattning som kan påverka hälsan negativt. De hälsorisker som Aasa och Wiitavaara (2016, s. 74) vidare identifierar är exempelvis nattarbete och som tidigare nämnt de långa arbetspassen samt höga prestationskrav. Dessa risker utsätts inte bara ambulanssjuksköterskan för utan i förlängningen kan både andra aktörer samt framför allt de drabbade individerna på skadeplats och tredje man lida skada av. Även samverkan eller snarare bristen på funktionell samverkan utgör en arbetsmiljörisk. Tar viktiga åtgärder längre tid än nödvändigt ute på skadeplats relaterat till bristande samverkan ökar tiden innan drabbade individer kommer under sjukhusvård. "The golden hour" är ett begrepp som härstammar från krigssjukvården i Afghanistan i början på 2000-talet (Wiesner, 2016). Begreppet innebär att överlevnaden hos traumapatienter ökar signifikant om patienten kommer under sjukhusvård inom en timme. Vidare forskning på området (Harmsen, Giannakopoulos, Moerbeek, Jansma, Bonjer & Bloemers, 2015) visar att främst patienter med en cirkulatorisk instabilitet samt patienter med neurologiska skador vinner på att snabbt komma under sjukhusvård. Övriga traumapatienter har bättre förutsättningar för att tillgodoräkna sig ett mer omfattande akut omhändertagande på skadeplats och under transport. Räddningstjänsten arbetar på skadeplats under liknande omständigheter som ambulanssjukvården. De är vanligtvis fler till antalet än ambulanspersonalen och är generellt sätt bättre på riskbedömningar då stora delar av deras förebyggande arbete handlar om riskanalyser (Bergmark & Thollander, 2008). Räddningstjänsten har i och med detta överlag kommit längre med sitt systematiska arbetsmiljöarbete för att identifiera och åtgärda olika arbetsmiljöbrister. Enligt Lagen om skydd mot olyckor (SFS 2003:778) ska kommunen genom räddningstjänsten tillgodose att den personal som agerar vid en skadeplats har tillräcklig utbildning och erfarenhet för att bedriva räddningstjänst och akut omhändertagande.

2.3 Verksamhet och organisering

2.3.1 Räddningstjänst

Räddningstjänstens arbete styrs till stor del av den nämnda Lagen om skydd mot olyckor (SFS 2003:778). Den enskilda kommunen åläggs här att ansvara för organisering och drift av

både förebyggande och operativ räddningstjänst. För att en räddningsinsats ska komma ifråga där räddningstjänsten enligt lag får och skall agera krävs det att fyra kriterier är uppfyllda. För det första att kostnaden för räddningsinsatsen ska vara rimlig, för det andra att det ska finnas ett behov av ett snabbt ingripande, för det tredje att det som ska räddas har ett visst värde samt slutligen eventuella övriga omständigheter som kan vara relevanta. Uppfylls samtliga dessa kriterier är räddningstjänsten skyldig att ingripa. Lagen om skydd mot olyckor (SFS 2003:778) innehåller även en paragraf om ingrepp i annans rätt vilket ses som en särskild form av myndighetsutövning där räddningsledaren får långtgående befogenheter att arrangera den aktuella räddningsinsatsen efter eget bevåg. Organisatoriskt består den operativa räddningstjänsten ute på skadepplats ofta av insatsledare, styrkeledare och enskilda brandmän. Det måste finnas en räddningsledare på plats som har huvudansvaret för räddningstjänstens arbete. Det totala antalet räddningstjänstpersonal på plats ute på olycksplatsen beror på olyckans omfattning och tillgängliga resurser vilket därmed kan variera betänkligt givet de skiftande förutsättningarna i olika delar av Sverige (Stenberg, Larsson & Olsson, 2012). Vidare är räddningstjänsten organiserad i både heltids- och deltidstyrkor. Heltidsstyrkorna är alltid under jourtjänst i närheten av utryckningsfordonen men arbetar även ofta förebyggande med utbildningsverksamhet och verksamhetsbesök. Anställda personer inom deltidräddningstjänsten har ett ordinarie arbete som huvudsaklig sysselsättning som dom kan avvika ifrån då räddningstjänsten får larm. Ett vanligt anställningsupplägg är att individen är i jourtjänst en av fyra eller fem veckor beroende på bemanningssituation (MSB, 2015). Några decennier tillbaka i tiden sköttes bemanningen av ambulanserna av brandmän, ambulanssjukvårdare tog sedan över denna roll men banden mellan räddningstjänst och ambulanssjukvården har på vissa platser fortsatt att vara starka. Orsaken till detta kan vara att bägge organisationerna utgår ifrån samma lokaler och därmed lär känna varandra på ett annat sätt än annars. Olika utbildningsvägar har fram till för cirka 10 år sedan försörjt räddningstjänster runt om i Sverige med personal som ofta haft sin bakgrund i olika praktiska yrken. Utbildningen till brandman går sedan 10 år tillbaka genom den tvååriga eftergymnasiala utbildningen Skydd Mot Olyckor (SMO) som bedrivs på två skolor i Sverige i MSB's (2016) regi. I utbildningsplanen för utbildningen återfinns lärandemålsformuleringar om värdet av att kunna samverka effektivt med olika aktörer i ett skadescenario. Ett flertal praktiska

samverkansövningar genomförs med bland annat ambulanssjukvården. Väl framme på en skadeplats har räddningstjänsten liksom ambulanssjukvården enligt Berlin och Carlström (2009) en skyldighet att samverka med övriga professionella aktörer. De tillfällen som räddningstjänsten samverkar med ambulanssjukvården utgörs bland annat av trafikolyckor av olika svårighetsgrad, allt ifrån singelolyckor med en drabbad utan allvarliga skador till buss- eller tågolyckor med ett flertal svårt skadade individer (MSB, 2015).

2.3.2 Ambulanssjukvård

Ambulanssjukvården åker ofta fram till skadeplats när räddningstjänsten larmas på brand i byggnad för att kunna ta hand om eventuellt skadade individer både från allmänheten och från räddningstjänstpersonal som kan påverkas av den farliga miljö som en brand utgör. Vidare bistår räddningstjänsten ambulanssjukvården med bärhjälp då patienter är tunga eller sitter illa till i den mening att ambulanspersonalen inte på egen hand kan förflytta patienten till ambulansen. Personlivräddning i terräng samt höjdlivräddning, drunkningar och vård vid hjärtstopp är andra sammanhang då räddningstjänsten bistår ambulanssjukvården. Vård vid hjärtstopp samt andra akuta tillstånd då räddningstjänsten beräknas komma fram till skadeplatsen innan ambulansen blir vanligare och vanligare. Dessa kallas IVPA-larm och betyder i väntan på ambulans (Bergmark & Thollander, 2008). Enligt MSB (2015) genomförde Sveriges samlade räddningstjänster knappt 120 000 akuta uppdrag varav runt var 40 000 trafikolyckor, bränder och exempelvis drunkningar samt 13000 IVPA och 6000 andra typer larm av typen hjälp till ambulans, främst då bärhjälp. Med andra ord är det en inte ovanlig förekomst för räddningstjänsten att samverka med ambulansen. Svensk ambulanssjukvård har i sin verksamhet inte så många decennier på nacken utan är en ung organisation under snabb tillväxt både ur ett metodologiskt, tekniskt och organisatoriskt perspektiv (Gårdelöv, 2016, s. 40-47). Först på 1980-talet tog utvecklingen fart vad gäller personalens medicinska kompetens och tillgängliga behandlingsmöjligheter på skadeplats och under transport. Idag arbetar främst tre yrkeskategorier inom svensk ambulanssjukvård, ambulanssjukvårdare, sjuksköterska samt specialistutbildade sjuksköterskor. Ett vidare perspektiv ut mot världen avslöjar att olika länder har löst ambulansverksamheten på olika sätt. I många västerländska länder finns en profession som heter "paramedics" vilket är ambulanspersonal med specifik prehospital utbildning men utan sjuksköterskekompetens. Campeau (2015) menar att paramedics saknar många verktyg

för att kunna bedriva en säker prehospital vård och även saknar forskning om hur detta ska gå till. Ambulanssjukvården arbetar under bland annat Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som stipulerar att all vård ska ges på lika villkor samt (Hjert, 2011). I Sverige styrs i stor utsträckning utvecklingen av ambulanssjukvården av föreningen för svensk ambulanssjukvård (FLISA, 2019). Företrädare för branschen tar fram riktlinjer och strategiska beslut vilket påverkar riktningen för branschen i sig. Så som det ser ut idag med den skiftande kompetens som finns i ambulanserna är tydliga rutiner för samverkan av stort värde (Andersson, 2016). En i de flesta regioner numera accepterad samverkansmodell är konceptet Prehospital Sjukvårdsledning (Rüter, Nilsson & Wikström, 2004). Här tydliggörs de roller som kan vara lämpliga att ha på en skadeplats med mer än en drabbad individ. Ambulanspersonalen är ofta två till antalet där då den ena blir medicinskt ansvarig och den andra sjukvårdsledare. Sjukvårdsledarens ansvar inbegriper bland annat att samverka med alla relevanta aktörer på och utanför skadeplatsen, delvis genom digitala kommunikationssystem men även öga mot öga (Rüter, Nilsson & Wikström, 2004).

2.4 Samverkan på skadeplats

Den svenska organiseringen av professionella aktörer på skadeplats är i viss mån unik i den mening att ingen aktör har överhöghet över någon annan aktör (Carlström & Berlin, 2009) Räddningstjänsten har ett ansvar att bland annat säkra skadeplatsen mot olika former av risker för aktörerna samt för de drabbade och tredje man. Ambulanssjukvården på plats har dock ett eget ansvar över säkerheten och ytterligare aktörer, företrädesvis brukar det handla om polisen, har sitt ansvar. Det finns vidare enligt Hjert (2011, s. 36) lagrum för att samverkan ska ske men ingen vidare beskrivning på hur detta ska gå till. Det mest uppenbara sättet att bli bättre på att kunna samverka med andra aktörer är att öva. Gemensam övningsverksamhet pekar bland annat Andersson (2016) på som det enskilt viktigaste instrumentet för att höja kvaliteten på arbetet vid skadeplatsen. Gemensamma lokaler är som tidigare nämnt ett uppskattat inslag hos flera aktörer där Berlin och Carlström (2009) i stort sett bara ser fördelar med detta. Möjligtvis kan den ökade personkännedomen leda till en viss slarvighet och ett frångående av rutiner ute på skadeplats under förevändning av att man ändå känner varandra och vet hur det brukar gå till. Det tidigare nämnda begreppet synkron samverkan tydliggör både de möjligheter och begränsningar

som ryms inom samverkansbegreppet. RAKEL är ett digitalt radionät för robust samverkan mellan olika aktörer i Sverige och i nuläget är runt 550 organisationer delaktiga i radionätet (MSB, 2012). Det unika med RAKEL är bland annat talgruppsfunktionen som innebär att olika aktörer blir tilldelade specifika talgrupper för varje skadeplats där de kan samverka med rätt aktörer både under framkörning och på själva skadeplatsen. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv finns det ytterligare utmaningar med att arbeta på en skadeplats. Campeau (2008) har lanserat en teori som handlar om att försöka kontrollera dynamiska och till synes oförutsägbara prehospitla vårdssituationer för att kunna ge tillfredsställande vård till de drabbade. Genom att systematiskt anamma ett säkerhetstänkande, identifiera och kontrollera de faktorer på skadeplatsen som är möjliga att kontrollera samt inte minst ha en uttalad kommunikativ approach gentemot alla närvarande aktörer ökar förutsättningarna för ett framgångsrikt omhändertagande och en god arbetsmiljö för de professionella aktörerna.

2.5 Personcentrerad vård

Ambulanssjuksköterskans arbete på skadeplats har en direkt påverkan på patientens välbefinnande och medicinska omhändertagande (Elmqvist, Brunt, Fridlund & Ekebergh, 2009). Bristande samverkan kan fördröja omhändertagandet och även transporten till sjukhus vilket kan vara negativt för den drabbade. Ambulanssjuksköterskans arbete innebär också ofta att den drabbade måste konkurrera om ambulanssjuksköterskans uppmärksamhet. Samverkan i sig tar mycket tid vilket kan ge mindre tid åt det patientnära arbete. Hughes, Bamford och May (2008) genomförde en metastudie med fokus på personcentrerad vård och vad detta innebär. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv finns ingen konsensus kring vad personcentrerad vård innebär men många vårdgivare har en uttalad ambition att erbjuda detta. Grundtankarna handlar om att erbjuda patienten större inflytande över sin vård. Dock uppstår lätt målkonflikter när ekonomi ska vägas mot autonomi. Ur den drabbades perspektiv finns det risker med långt gången prehospital teknikutveckling samt även en dysfunktionell samverkan mellan räddningstjänst och ambulanssjukvård som i sig skapar tidsbrist hos ambulanspersonalen. Att inte få ta del i besluten om sin egen vård vilket är motsatsen till ett personcentrerat omhändertagande (Elmqvist, Brunt, Fridlund & Ekebergh, 2009) kan skapa en oro och besvikelse hos den

drabbade. Medvetenhet om dessa förutsättningar och fenomen är en steg på vägen i riktning mot målet att ge de drabbade bästa möjliga omhändertagande.

2.6 Problemformulering

Räddningstjänstens och ambulanssjukvårdens arbete på olycksplatsen utgör en dynamisk miljö där ofta avgörande beslut med långtgående konsekvenser ska fattas på ett begränsat beslutsunderlag. Arbetet på olycksplatsen kostar resurser i form av pengar, personal och ledningsförmåga samt begränsar därmed även möjligheten att hantera parallella olyckor. De drabbade på olycksplatsen erfar ofta starkt negativa upplevelser i form av kroppslig skada samt mentala krisreaktioner som svar på erfaren ångest och oro för sig själv och andra. Framgångsrik samverkan mellan räddningstjänsten och ambulanssjukvården minimerar de negativa upplevelserna för de drabbade och skapar även en arbetsmiljö präglad av respekt, kompetens och förståelse mellan professionerna. Aktuell forskning om samverkan mellan organisationerna ute på olycksplatsen pekar på ett ungt expansivt kunskapsfält där mycket finns kvar att göra i fråga om att skapa evidens för morgondagens ambulanssjukvård.

3 Syfte

Att beskriva samverkan mellan ambulanssjuksköterskan och räddningstjänstpersonal på skadeplats ur ambulanssjuksköterskan perspektiv.

4 Metod

4.1 Beskrivning av deltagare

Urvalet av deltagare till denna studie skedde utifrån ett strategiskt metodologiskt tillvägagångssätt. Verksamhetschefer från tre olika ambulansorganisationer tillfrågades muntligen samt bekräftades brevledes om utvalda anställda i deras utryckningsorganisation på frivillig basis fick medverka till den för handen liggande studien. De uppsatta inklusionskriterierna för att få delta var utbildad ambulanssjuksköterska, prehospital arbetslivserfarenhet inom yrket i minst tre år samt genomgången standardiserad samverkansutbildning av typen prehospital sjukvårdsledning. Deltagare fick tydlig information om att deltagandet var frivilligt (se bilaga A). Vidare var målsättningen att kunna rekrytera lika många kvinnliga som manliga deltagare till studien vilket också gjordes. Deltagarna var mellan 32 och 52 år gamla. Platserna där intervjuerna genomfördes

var Småland samt Stockholm. Sammanlagt tre platser användes för informationsinhämtning där totalt tio deltagare rekryterades. Bägge författarna hade anknytningar till arbetsplatserna men kände inte de aktuella deltagarna.

4.2 Datainsamling

Intervjuformen är enligt Danielsson (2017) lämplig att använda som datainsamlingsmetod för att fånga deltagares tankar och känslor runt ett fenomen. De mer öppna intervjuformerna med semistrukturerade frågor tagna från en förutbestämd intervjuguide skapar här möjligheter för deltagarna att få uttrycka tankar som kanske inte direkt motsvaras i intervjuguiden men som ändå kan ha en relevans för studiens syfte. I bästa fall stärker deltagaren studiens kvalitet men det finns enligt Henricson och Billhult (2017) även risk för att delar av datamaterialet blir oanvändbart då innehållet kan skjuta bredvid syftet. För en av författarna till denna studie finns det både en viss förförståelse och ett yrkesmässigt intresse av att undersöka samverkansklimatet mellan räddningstjänsten och ambulanssjukvården. I ett annat sammanhang har denne författare ansvarat för intervjuer som hållits under likartade förutsättningar som den för handen liggande studien vilket resulterade i ett ej publicerat arbete. Kvalitativ intervjumetod med semistrukturerade frågor samt uppföljningsfrågor. Intervjuerna genomfördes på ambulanssjuksköterskornas arbetsplatser under arbetstid vilket medförde att några intervjuer fick avbrytas och återupptas senare på arbetspasset. Kontorsutrymmen samt ambulansfordonen användes som plats, med stängd dörr samt information till övriga närvarande om att intervjuande pågick. Som ett stöd under intervjuerna användes en intervjuguide (Bilaga B). Syftet med en sådan är att säkerställa att samtliga frågeområden berörs. Detta underlättar analysen av transkriberingen och bidrar till att resultatet i slutändan svarar på studiens syfte (Polit & Beck, 2012). I arbetet med att ta fram relevanta frågor till intervjuguiden undersöktes befintliga intervjustudier på varierande akademiska nivåer med fokus på deras intervjuguides. En av författarna till den för handen liggande studien har genomfört ämnesmässigt liknande studier och därmed inhämtat erfarenhet kring problematiken runt att formulera stringenta och tillräckligt omfattande intervjufrågor. Intervjuerna följde intervjuguiden i grovt men situationsanpassades med följdfrågor. Intervjuerna tog mellan 10 och 24 minuter i anspråk. Appen Dictaphoneapp för Ipad samt originaldiktafon för Androidtelefon användes som inspelningsapparat.

4.3 Dataanalys

Som analysmetod föreslår Danielsson (2017, s. 285 & s. 289) att kvalitativ innehållsanalys används för intervjustudier i syfte att strukturera och beskriva upplevelser i intervjumaterialet. Kvalitativ innehållsanalys är också ett sätt att hitta gemenskaper mellan olika intervjuer i syfte att se mönster och trender som kan skapa förståelse för syftet med studien. Datamaterialet har transkriberats till ett Worddokument där ofullständiga ord och ljud utan betydelse för intervjun har ej tagits med i dokumentet. Direkt i samband med intervjun har anteckningar gjorts om ickeverbal kommunikation som skedde under intervjun som skulle kunna spela roll för innehållet och kvalitén på det inspelade datamaterialet. Rumslig lokalisering samt övrig för innehållet relevant kontext noterades även i samband med datainsamlingen. Deltagarnas namn har ändrats för att bibehålla anonymiteten och har istället fingerade namn men könstillhörighet har inte ändrats. De olika stegen i den kvalitativa innehållsanalysen redogör bland annat Danielsson (2017, s. 292-293) för där ett systematiskt tillvägagångssätt ökar förutsättningarna för att verklighetsnära tolkningar görs av intervjumaterialet. Analysenheterna är utgångspunkten för studien och utgörs av den insamlade datamaterialet som i detta fallet utgör tio intervjuer. Meningsenheterna är det viktiga i datamaterialet, det som svarar mot det övergripande syftet med denna studie och dessa har kodats till enstaka ord. Kategorierna blir för de enskilda intervjuerna sammanhållande svar på vad informanterna svarar på likadana frågor. Arbetet med att skapa kategorierna handlar enligt Lundman och Graneheim (2012, s. 188) om att identifiera likheter och skillnader vilket ger sig till uttryck genom ett manifest eller för läsaren uppenbart innehåll. Vidare representerar det funna temat i intervjumaterialet i sin tur ett latent eller inte direkt uppenbart innehåll som ger en vidare och djupare beskrivning av hur man kan tolka kategorierna och i förlängningen vad intervjudeltagarna menar med sina svar. Innehållsanalysen representerar ett induktivt förhållningssätt som inte utgår ifrån någon teori när själva studien genomförs utan får enligt Henricson (2017, s. 52) en reflekterande approach i diskussionen efteråt. Ett analyschema upprättades för att åskådliggöra innehållsanalysen som exemplifieras i Figur 1.

Meningsenhet	Kod	Kategorier	Tema
...de gör de bästa förutsättningarna för att vi ska kunna jobba. Och det tycker jag de gör himla bra och det känns alltid väldigt tryggt och bra att jobba tillsammans med dem... (Hanna)	Väldigt nöjd med samarbetet	Yrkesroller	Fungerande samverkan
...vi har ju inget befäl. Så vi har ju ingen som är direkt ansvarig om det är en liten olycka. Då är det ju fyra, fem kockar som står och spånar liksom... (Per)	Rörigt på skadeplats	Yrkesroller	Fungerande samverkan
...man går mycket på rutin på vad man förväntar sig att dom gör det och dom förväntar sig att vi gör det och det behöver inte sägas med ord... (Sanna)	Gammal vana	Yrkesroller	Fungerande samverkan
...det som kan vara förvirrande är så klart att det är sjukt många från brand som rycks ut på jobb så jag vet egentligen aldrig om jag snackar med rätt person... (Lennart)	Otydliga roller	Yrkesroller	Fungerande samverkan
"alla är väldigt öppna och samarbetsvilliga vilket även gynnar patienten i sista ledet" (Lena)	Positiv känsla	Patientnytta	Fungerande samverkan

Figur 1. Exempel på analyschemat över den kvalitativa innehållsanalysen.

5 Forskningsetiska överväganden

Den för handen liggande uppsatsen studerar människors uppfattningar om specifika företeelser. Utifrån Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) ska särskilda hänsyn tas om just människor är utsatta för forskningsåtgärder.

Utgångspunkten är att forskningen är godtagbar om de risker som deltagarna utsätts för ifråga om hot mot hälsa och integritet vägs upp av forskningens betydelse. Den instans som avgör om så är fallet är de regionala etikprövningsnämnderna som är en del av etikprövningsmyndigheten. Uppsatser på avancerad nivå är dock enligt Kjellström (2017, s.61) inte aktuella för att vara föremål för sådan prövning. Med detta sagt måste givetvis dessa uppsatser möta nämnda krav på genomförd risk/nytta analys. Vidare finns en uppsättning etiska principer som dokumenterats i främst Belmontrapporten (1978, refererad i Kjellström, 2017, s. 62-63.) Dessa principer är vägledande för det forskningsetiska förhållningssättet genom uppsatsskrivandet. Respekt för autonomi, göra gott samt rättvisepincipen sammanfattar dessa principer. Flera av dessa principer återfinns vid den riskanalys som genomförs i samband med studiens planering. Deltagarurvalets metodik likaså. Begreppet informerat samtycke (Kjellström, 2017, s. 69-72) är ett sätt att försäkra sig om att deltagarna fått ta del av och förstått förutsättningarna för studien samt att de deltar på frivillig väg. Vidare ingår det även i förutsättningarna att deltagarna när som helst utan förklaring kan välja att avbryta sin medverkan, även efter genomförd studie. Eventuella följder och risker beskrivs samt kontaktinformation till forskningsgenomförare och forskningshuvudman. Detta brukar informeras på ett papper som deltagarna läser igenom och skriver under på. I denna studie återfinns mall för informerat samtycke tillsammans med informationsbrevet. I den genomförda studien har inget etiskt tillstånd inhämtats helt oaktat att det rör sig om en uppsats på avancerad nivå och därmed enligt tidigare resonemang inget tillstånd behövts. Anledningen till detta är att deltagarna i denna studie är professionella vårdgivare och förväntas därmed kunna hantera en intervjusituation inom välbekant område. Urvalet av deltagarna var som nämnts tidigare strategiskt då viss erfarenhet efterfrågades för att kunna få så innehållsrika svar som möjligt av. Denna urvalsmetod varken gynnade eller missgynnade någon deltagare. Ingen beroendeställning mellan författarna och någon deltagare förelåg samt ingen av författarna var kollegor med eller hade arbetat ihop med någon av deltagarna förut. Inför datainsamlingen etablerades kontakt med

verksamhetschefer på de tre olika ambulansbolag som var aktuella. Verksamhetscheferna gav skriftligt tillstånd att genomföra studien. De deltagande intervjupersonerna fick ta del av ett informationsbrev innan intervjuerna (Bilaga A). Detta syftade till att informera deltagarna om syftet med studien och att all data avidentifierades och hanterades konfidentiellt.

6 Resultat

"Försenad på väg till jobbet. Bilarna framför saktar in, fyrvägsblinkers slås på. Irritationen stiger och humöret sjunker som en sten. Efter ett tag passeras olycksplatsen, blinkande brandbilar och ambulanser flankerar vägen och individer i färgstarka kläder rör sig fram och tillbaka på olycksplatsen. Ett gytter av rörelse och verksamhet där många individer ska hantera en situation som både kan vara svår och bitvis farlig för både personal och drabbade"

(Ambulanssjuksköterska Lennart, personlig kommunikation).

Figur 2 samlar de i den kvalitativa innehållsanalysens framkomna kategorierna Yrkesroller, Radiokommunikation via RAKEL, Patientnytta samt Övningsverksamhet. Tillsammans bildar de temat Fungerande samverkan vilket både är målet och medlet med de svar deltagarna gett i de genomförda intervjuerna.



Fig. 2. Resultatet åskådliggörs här med fyra kategorier som tillsammans skapar ett gemensamt tema, fungerande samverkan.

6.1 Yrkesroller

Flera av deltagarna upplevde i många fall att räddningstjänsten var för många till antalet på skadeplatsen i förhållande till olyckans storlek. Ofta var räddningstjänsten först på plats och började sitt arbete med att säkra skadeplatsen och sedan ta hand om de drabbade efter förmåga. När ambulanssjukvården ankom till skadeplatsen var det i många fall oklart vem som bestämde och vem ambulanssjukvården skulle kontakta för att få den information de behöver angående både vad som hade hänt men framför allt uppgifter om den drabbades status och andra personrelaterade uppgifter. "Det som kan vara förvirrande är så klart att det är sjukt många från brand som rycks ut på jobb så jag vet egentligen aldrig om jag snackar med rätt person" (Lennart). Flera deltagare uttryckte just detta bekymmer med att finna chefen för räddningstjänsten i den mängd brandmän som kan förekomma på skadeplatsen. Vid en mindre olycka var det lättare att samverka och finna sina roller medan större olyckor genomgående påverkade förutsättningarna för att kunna samverka på ett bra sätt. Överlag tyckte deltagarna att samverkan fungerade tillfredsställande i de allra flesta fall och att alla inblandade aktörer drog mot samma övergripande mål. Dock tog deltagarna upp en del upplevda problem som handlar om förväntningar på varandras roller och då även den egna rollen som ambulanssjuksköterska. Ett exempel var "beroende på vilka som kör just vid det tillfället kan det gå skitbra eller helt åt helvete" (Per, om ambulanskollega). Deltagarna pekade på de skilda organisationsstrukturerna som en förklaring till att framför allt de egna rollerna vid arbete på skadeplats var oklara. Faktumet att räddningstjänsten har en tydlig hierarkisk organisationsstruktur med chefer som i vardagen arbetar och även övar ledning och samverkan med olika aktörer märktes ute på skadeplatsen där arbetet upplevdes mer organiserat och säkert än hos ambulanssjukvården. Ambulanssjukvården hade enbart en ledande funktion vid större olyckor och då bara gentemot de egna ambulanserna som rullade in senare på olycksplatsen. Detta hände så pass sällan att deltagarna inte upplevde att de fick någon rutin på detta ledningsarbete. Yrkesrollen som ambulanssjuksköterska sågs av många deltagare som väl avgränsad i ansvarsområde men de ville gärna ha hjälp av räddningstjänsten vid omhändertagandet av patienter om de var underbemannade på skadeplatsen. Speciellt vid större olyckor fanns det ett behov av samarbete och en ambulanssjuksköterska uttryckte det som att "jag tror det är nödvändigt att vi kliver över gränserna" (Maria). Samtidigt fanns det deltagare som såg på yrkesrollerna

mer fyrkantigt såsom Siv som menade att "vi vet ju varandras platser...dom rotar inte i våra grejer och vi rotar inte i deras grejer". Räddningstjänstens förväntningar på ambulanssjukvården upplevdes av vissa deltagare som påtagligt obekvämt om den egna rollen inte var tydlig, "ibland kommer vi och vet inte riktigt vad de förväntar sig av oss"(Maria).

6.2 Radiokommunikation via RAKEL

Samverkan via RAKEL på väg ut till skadeplats ansågs av alla deltagare vara en viktig beståndsdel för att skaffa sig en bild av skadeplatsen från aktörer som redan fanns på skadeplats eller satt inne på relevant information. På väg ut till skadeplatsen vittnade i princip samtliga deltagare om att räddningstjänsten använde RAPS-kanalen som en egen kanal och inte tog tillräcklig hänsyn till att ambulanssjukvården behövde använda kanalen för att skaffa information. "Det har ju blivit så att RAPS-kanalen mest blir en intern grej för brand"(Lennart). Mona berättade vidare om frustrationen kring detta, "brandmännen brukar prata ofta lite för mycket för vår del. Jag vet inte om de kan utnyttja den informationen men för oss är den bara störande". Räddningstjänsten diskuterade ofta olika framkörningsvägar och försökte etablera kontakt med enskilda räddningsenheter över RAPS-kanalen. Konsekvenserna blev att flera ambulanssjuksköterskor kände sig störda i sitt arbete med att förbereda sig inför ankomst till skadeplatsen. Samtidigt förelåg det ett behov av att lyssna på RAPS-kanalen ifall det skulle sägas någonting som kunde vara relevant för ambulanssjukvården. Informationsmängden kunde också bli övermäktig vilket en deltagare gav exempel på med uttalandet "jag är ju snubbe, jag har rent allmänt svårt att sälla ut saker och ting när tjas från tre håll samtidigt"(Lennart). Här menar deltagaren att sambandsrutinen vid olycka är att använda tre olika RAKEL-kanaler mer eller mindre simultant. Räddningstjänsten var oftast den aktör som var först på plats och gav en vindruterapport över på den tilldelade RAPS-kanalen. Här upplevde flera ambulanssjuksköterskor att informationen som gavs inte var tillräcklig gällande de drabbades medicinska tillstånd. Ofta fick de specifikt fråga efter skadebild hos de drabbade eller vänta tills de var framme på plats, "det kan vara svårt att få den information som vi behöver" (Mona). RAKEL-samverkan mellan räddningstjänst och ambulanssjukvård

förekom sällan framme på skadeplatsen då de samverkansansvariga inom bägge organisationer ofta stod bredvid varandra på eller strax utanför skadeplatsen.

6.3 Övningsverksamhet

Den tredje kategorin fokuserar på vad deltagarna lyfte fram som var mest angeläget för att kunna bedriva en framgångsrik samverkan, det vill säga med räddningstjänsten gemensamma övningar. Ett flertal av deltagarna framhåller såsom tidigare nämnt behovet av ökad radiodisciplin vad gäller räddningstjänstens samverkande över RAKEL men detta förändras inte under skarpa insatser utan behöver övas för att fungera. De flesta deltagande ambulanssjuksköterskorna uttryckte överlag att de var väldigt nöjda med den samverkan som förekommer med räddningstjänsten, "de gör de bästa förutsättningarna för att vi ska kunna jobba. Och det tycker jag de gör himla bra och det känns alltid väldigt tryggt och bra att jobba tillsammans med dem" (Hanna). Fler och bättre gemensamma övningar lyfts dock fram som den viktigaste åtgärden för att både underhålla och förbättra samverkan. En deltagare menar att "praktiska samverkansövningar skulle det nog behövas fler av, fast småskaliga" (Felix). Att öva tillsammans med räddningstjänsten upplevdes av de flesta deltagarna som en framgångsfaktor för att arbetet på olycksplatsen skulle gå smidigt. Deltagarna upplevde att samverkansövningar förekom nuförtiden i mindre omfattning än förut vilket till största delen uppgavs bero på tidsbrist hos ambulanssjuksköterskorna, räddningstjänsten uppgavs ha tid att öva och även viljan till det. Per menade att samverkansövningar även kunde underlätta för patienten, "jag tror att en del osäkerhet som finns hos ambulanspersonalen skulle försvinna. Det skulle skapa en trygghet för patienten". Att känna räddningstjänstpersonal, åtminstone till namn, sågs som en tillgång vilket också befrämjades med gemensamma övningar. "Nummer ett tror jag det här är med övningar" (Maria).

6.4 Patientnytta

Samverkan på olycksplatsen upplevdes av samtliga deltagare mynna ut i en gemensam strävan som alla aktörer verkade vara medvetna om, att ge de drabbade bästa möjliga omhändertagande. Patientnyttan var central menade bland annat Hanna som sa "Jag tycker det är uppenbart att alla är där för tredje man". Många deltagare framhöll att många

arbetsmoment på skadeplatsen stal tid från det patientnära arbetet men att fokus ändå låg på de drabbade.

6.5 Tema – Fungerande samverkan

De olika kategorierna svarar mot behovet av en fungerande samverkan vilket i sig utgör temat för studiens resultat. Kunskap och erfarenhet av både egna och samverkande aktörers yrkesroller tillsammans med ett välfungerande radiosamband via främst RAKEL ger en upplevd ökad patientnytta där omhändertagandet helt enkelt blir bättre. De förbättringsåtgärder som finns hos både ambulanssjukvården och räddningstjänsten upplevdes vara identifierade och fler samverkansövningar troddes kunna underlätta denna process.

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Omfattningen av studien har styrts av de givna förutsättningarna i fråga om plats och tid. Polis samt SOS är andra aktörer som ofta är inblandade på olika sätt vid arbete med olyckor men av tidsskäl och avsaknad av naturliga kontaktvägar till poliskåren begränsades studien till räddningstjänst och ambulanssjukvård. Ett strategiskt urvalsförfarande har använts för att lokalisera deltagare med erfarenhet av prehospital samverkan med räddningstjänst. Utifrån Henricsons och Billhults (2017) resonemang om förutsättningarna för kvalitativ urvals metodik där deltagarnas varierande erfarenheter gynnar resultatet har deltagarna handplockats utifrån en diversifierad ambition. Åldrarna hos deltagarna varierar med över 30 år samt könen är någorlunda jämt fördelade. Bägge författarna till denna studie har nätverk i olika ambulansverksamheter. Vid urvalsförfarandet har det lagts energi på att välja individer som inte ingick i dessa nätverk, professionella eller privata då det kan finnas en risk att frågor och svar blir färgade av vänskapen. I studien intervjuas enbart ambulanssjuksköterskor och inte enbart grundutbildade sjuksköterskor och ambulanssjukvårdare eller räddningstjänstpersonal vilket har sin bakgrund i att studiens akademiska område är just vårdvetenskap inom ambulanssjukvård där just ambulanssjuksköterskan är huvudaktör. Det hade givetvis varit intressant att få ta del av övriga på skadeplatsen förekommande aktörer men begränsningar i tid och resurser

förhindrade en sådan omfattning på studien. Författarna till studien är vardande ambulanssjuksköterskor och då bör fokus ligga inom den professionen. Intervju som datainsamlingsmetod är en bevitnat effektiv teknik för att inhämta information om människors uppfattningar och upplevelser (Danielsson, 2017, s. 143). Förförståelsen spelar rimligtvis roll vid uppföljning av frågor som inte finns nedskrivna på intervjumallen samt värdering i mimik, tonfall och kroppsspråk. Bägge författarna till denna studie har erfarenhet av att arbeta inom ambulanssjukvården och har då över tid tillägnat sig attityder gentemot mot olika fenomen. Miljön där intervjuerna skedde var delvis utsatt för olika störningar vilket kan ha påverkat informanterna. I en annan studie utförd i räddningstjänstens regi av en av författarna har delvis legat till grund för tankegången kring intervjuguide och erfarenheter av att intervjua kring dessa frågor. Analysen har skett utifrån Danielsson (2017, s. 286-287) redovisning om kvalitativ innehållsanalys. Analysarbetet har upplevts som logiskt och givande i den mening att det har varit tydligt vad kategorierna kan tänkas utgöra utifrån de enskilda koderna. Överlag har uppfattningarna hos deltagarna stämt överens men i vissa fall har diametralt skilda uppfattningar presenterat sig. Att analysera dessa skilda uppfattningar uppfattas ha gett ett större djup än om alla deltagare tyckt likadant. Etiska aspekter kan i den genomförda studien endast appliceras på själva datainhämtningen, det vill säga intervjuerna. Dessa intervjuer har genomförts med de etiska hänsyn som Kjellström (2017, s. 61) menar är lämpliga, givet den begränsade akademiska nivån på den genomförda studien. Vidare har intervjumaterialet hanterats på ett säkert sätt genom att avidentifiera deltagarna och även anonymisera arbetsplats och geografisk lokalisering. Inom kvantitativ forskning brukar den randomiserade kliniska prövningen (RCT) ses som den metod som har högst vetenskapligt anseende (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016, s. 39). Inom kvalitativ forskning används andra metoder som ger svar på frågor som kvantitativ forskningsmetodik har svårare för att fånga in. Graden av evidens hos kvalitativt genomförda studier menar Johansson och Wallin (2013, s. 106-107) är relaterat till hur många individer som ingår i de aktuella studierna. Evidensbegreppet är omdiskuterat men en tolkning återfinns hos Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016, s. 39 & Johansson & Wallin, 2013, s. 107) som menar att klinisk erfarenhet, konventionell forskning men även patienter och andras upplevelser tillsammans skapar graden av evidens. I den för handen liggande studien deltog tio ambulanssjuksköterskor

vilket är ett begränsat antal men deltagarnas svar ger ändå en fingervisning om hur förutsättningarna är på de aktuella ambulansstationerna. Utifrån Lundman och Graneheims (2012) resonemang kring trovärdighet inom kvalitativ forskningstradition lyfts validitet och reliabilitet fram som markörer på hög evidens. Validiteten i den genomförda studien vilar på en transparens i förutsättningar och genomförande där förförståelse har redovisats och analysarbetet genomförts av bägge författare som även har fått återkoppling av handledare och andra inom ambulanssjukvården aktiva individer. Graden av reliabiliteten återfinns delvis i läsarens öga huruvida de bedömningar som gjorts under arbetet med denna studie förefaller sig rimliga. Slutligen måste det enligt Lundman och Graneheim (2012) finnas en överförbarhet i studien vilket det i detta fallet till synes finns. Förutsättningarna och kontexten för ambulanssjukvården är liknande runt om i Sverige även om avstånd och riktlinjer inte alltid går att jämföra eller stämmer överens. Alla regioner har IVPA-avtal med räddningstjänsterna och konceptet Prehospital Sjukvårdsledning har införts nationellt (Nilsson, 2014). Vidare forskning hade tjänat på att ha ett större urval för att bättre kunna fånga in olika uppfattningar om vad som är viktigt för att kunna samverka på ett framgångsrikt sätt. Det skulle även kunna tänkas att inkludera fler aktörer på skadeplatsen i kommande studier såsom polis, SOS, åskådare, akutmottagningar och till exempelvis bilbärgare för att få en mer komplett bild av samverkan under hela olycksförloppet. Utifrån förutsättningarna för den för handen liggande studien är resultatet tillfredsställande och skapar intressanta frågor som kommande forskning förhoppningsvis får hantera.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva samverkan mellan ambulanssjuksköterskor och räddningstjänstpersonal på skadeplatser. Överlag var ambulanssjuksköterskorna nöjda med samverkan och tyckte att räddningstjänstpersonalen var tjänstvilliga och kunniga. Resultatet visade även på en osäkerhet kring den egna yrkesrollen i arbetet på skadeplats och en ineffektiv kommunikation via RAKEL som gav sämre förutsättningar för samverkan än nödvändigt. Lösningen på dessa upplevda problem var enligt samtliga deltagare en utökad övningsverksamhet mellan räddningstjänsten och ambulanssjukvården. Just yrkesrollen och den synkrona samverkan som tidigare nämnts är två delar som närmare kommer diskuteras för att skapa en djupare förståelse kring . Synkron samverkan är en variant av så kallad

högintensiv samverkan där olika professioner går utanför sina egna traditionella yrkesroller och täcker upp för varandra där det behövs (Berlin & Carlström, 2009). Synkron samverkan är det mest önskvärda tillståndet på en imaginär samverkanstrappa med tre steg som benämns sekventiell, parallell och synkron samverkan. Sekventiell samverkan är den lägsta formen av samverkan som innebär att respektive aktör på en olycksplats gör sitt eget arbete klart innan nästa aktör tar vid. Parallell samverkan innebär att aktörerna arbetar sida vid sida samtidigt men utan att hjälpa varandra i någon större utsträckning. Den synkrona samverkan med uttalad arbetsdelning kräver mest av den enskilde medarbetaren. Denne måste veta vid vilka situationer som det passar sig att arbeta synkront. Vidare måste medarbetaren ha kunskap om det arbetsområde och yrkesområde dit denne har planer på att hjälpa till. Carlström och Berlin och (2009) menar att större olyckor och vid andra tillfällen då resurser saknas utgör de bästa situationerna för synkron samverkan. Det finns flera hinder för synkron samverkan. Yrkesstolthet och prestige kan hindra medarbetare från att träda fram och hjälpa till. Hos deltagarna i den för handen liggande studien ses sådana tecken som kan förhindra en effektiv arbetsdelning. Uttalanden om att sköta sig själv och att inte trampa in på andras områden avslöjar en föråldrad attityd som förhoppningsvis är på väg bort. Även den osäkerhet som har upptäckts hos flera av deltagarna gällande den egna rollens omfattning visar på behovet av det som verkligen kan förändra dessa beteenden, nämligen mer övningsverksamhet. Värdet av samverkansövningar mellan aktörerna på skadeplatser lyfts av Skryabina, Reedy, Amlot, Jaye och Riley (2017) som menar att realistiska scenarioövningar bidrar till att öka förståelsen för den egna rollen samt samverkande aktörers roller och därmed öka handlingsförmågan när rutiner och relevanta åtgärder blir bättre inövade. I de områden som deltagarna i den för handen liggande studien verkar, har samverkansövningarna blivit färre och färre under senare år. Det är inte alltför djärvt att dra ett samband mellan en osäkerhet om rollerna på skadeplatsen och minskad eller på sina håll helt upphörd yrkesöverskridande övningsverksamhet. Ytterligare en studie av McConnell och Drennan (2006) pekar i sin tur på svårigheterna med att planera och genomföra samverkansövningar i det större formatet i formen av masskadescenarier. Författarna menar här att det är svårt att planera in rutiner och åtgärder att öva efter när omfattningen och egenskaperna hos den reella masskadeolyckan inte går att förutspå. Här behöver samhället i stort och i synnerhet räddningstjänst, ambulans och polis samverka utöver det vardagliga för

att minska de negativa följdverkningarna. Men kan inte aktörerna samverka i det dagliga arbetet kan de definitivt inte göra det under extraordinära omständigheter. För att komplicera bilden ytterligare har Sparf och Petridou (2017) undersökt samverkansrutiner i Stockholm för att få reda på hur samverkan gagnar de inblandade aktörerna och tredje man. Resultatet pekar på det bland annat Uhr (2011) varnar för, nämligen att det i vissa situationer kan uppstå samverkansmättnad, det vill säga att ytterligare samverkan inte tillför något för arbetet på skadeplatsen utan tvärtemot tar energi från arbetet. Samverkan utan tillräckligt specifika medel och mål gagnar ingen. Patientens situation i denna dynamiska situation med ett flertal olika professionella aktörer i en högljudd och utsatt miljö ställer höga krav på både räddningstjänstpersonalens och ambulanssjuksköterskornas förmåga att snabbt kunna växla tempo och fokus i det patientnära omhändertagandet. Ekman och Norberg (2013, s.48) lyfter patientens egen förmåga till att delta i sin egen vård och menar att personcentrerad vård inbegriper de aktörer som samverkar kring den drabbade där alla gör sitt yttersta med den drabbades bästa för ögonen. En uthållighet krävs från aktörernas sida för att möta upp den drabbades förmåga att delta i sin egen vård.

7.3 Slutsats

En effektiv och framgångsrik samverkan kräver enligt befintlig forskning att räddningstjänstpersonal och ambulanssjuksköterskor kliver över yrkesgränserna i situationer då omständigheterna kräver detta. Tillräcklig kompetens och kunskap om egen och samverkande aktörers uppgifter krävs för att detta ska bli verklighet. På motsvarande vis krävs tillräckligt djupgående, omfattande och upprepade samverkansövningar för att skapa denna kompetens. Bollen ligger hos ambulanssjukvården eftersom de över tid minst tillfredsställande tillgodosett sina medarbetares behov av samverkansövningar.

Referenser

- Aasa, U. & Wiitavaara, B. (2016) I B. Suserud & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (s. 72-110). Stockholm: Liber.
- Andersson, A. (2016). *In case of emergency. Collaboration exercises at the boundaries between emergency service organizations* (Doktorsavhandling, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan Väst, Trollhättan, 8). Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:924967/FULLTEXT01.pdf>
- Bergmark, L. & Thollander, J. (2008). *Samverkan vid kommunal räddningstjänst*. Lunds universitet
- Berlin, J. & Carlström, E. (2009). *Samverkan på olycksplatsen: om organisatoriska barriäreffekter*. Trollhättan: University West.
- Campeau, A. (2008). The space-control theory of paramedic scene-management. *Symbolic Interaction*, 31(3), s.285-302.
- Campeau, A. (2015). Why paramedics require “theories-of-practice”. *Australasian Journal Of Paramedicine*, 6(2). doi: 10.33151/ajp.6.2.451
- 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. 63-102). 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, 7-22.
- Danielsson, E., Johansson, R. & Eliasson, L. (2011). *Samverkan i praktiken*. Stockholm: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén

(Red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29-62). Lund: Studentlitteratur

Elmqvist, C., Brunt, D., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2009). Being first on the scene of an accident - experiences of 'doing' prehospital emergency care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), pp.266-273.

(FLISA) *Föreningen för svensk ambulanssjukvård*. Hämtad 2019-05-15 från <http://www.flisa.nu/web/page.aspx?refid=2>

FOI-R-0727-SE. (2003). *Civil-militär samverkan vid internationella insatser: från koncept till praktiskt genomförande*. Stockholm: Totalförsvarets forskningsinstitut, Avdelningen för Förvarsanalys

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

Harmsen, A., Giannakopoulos, G., Moerbeek, P., Jansma, E., Bonjer, H. & Bloemers, F. (2015). The influence of prehospital time on trauma patients outcome: A systematic review. *Injury*, 46(4), s.602-609.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 111-120). Lund: Studentlitteratur

Hjert, C. (2011). Juridikens betydelse för samverkan. I N-O. Nilsson (Red.), *Samverkan - för säkerhets skull!* (s. 31-46). Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).

Hughes, J., Bamford, C. and May, C. (2008). Types of centredness in health care: themes and concepts. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(4), pp.455-463.

Hörnemalm, J. (2008). ”Samverkan är ett magiskt ord” - *Motstridiga ambitioner och ideal i nätverksorganisering* Doktorsavhandling, Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet

Kjellström, S. (2017). *Forskningsetik*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 111-120). Lund: Studentlitteratur

Johansson, E. & Wallin, L.(2013). *Evidensbaserad vård*. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J Öhlén (Red.), *Omvårdnad*

på avancerad nivå-kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. Lund: Studentlitteratur

- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur
- McConnell, A. and Drennan, L. (2006). Mission Impossible? Planning and preparing for crisis. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 14(2), 59-70.
- (MSB) Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015). *Räddningstjänst i siffror 2014*. Hämtad 2019-04-22 från <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/27615.pdf>
- (MSB) Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2016). *Kursplan Skydd Mot Olyckor*. Hämtad 2019-04-22 från https://www.msb.se/Upload/Utbildning_och_ovning/SMO/Kursplan/UtbiIdningsplan%20SMO.pdf
- (MSB) Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2012) *.Nationella riktlinjer för samverkan i RAKEL*. Hämtad 2019-05-15 från <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/26216.pdf>
- Nationalencyklopedin. *Samverkan*. Hämtad 2019-04-21 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/samverkan>
- Nilsson, H. (2014). *Prehospital sjukvårdsledning*. Linköpings Universitet. Kunskapscentrum för katastrofmedicin. Hämtad 2019-05-30 från <https://www.psconcept.se/images/pdf/PS%20koncept.pdf>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rüter, A., Nilsson, H & Wikström, T. (2004). Prehospital sjukvårdsledning - en konceptutbildning med certifiering. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 12, s.148-149.
- SFS 1962:700. *Brottsbalk*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet
- SFS 2003:778. *Lag om skydd mot olyckor*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Skryabina, E., Reedy, G., Amlôt, R., Jaye, P. & Riley, P. (2017). What is the value of health emergency preparedness exercises? A scoping review study. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 21, s.274-283.
- SOU 2007:31. *Alltid redo! En ny myndighet mot olyckor och kriser*. Stockholm: Justitiedepartementet
- Sparf, J. & Petridou, E. (2018). Collaborations in Routine Emergency Management: Lessons from Sweden. *Procedia Engineering*, 212, s.302-308.
- Stenberg, R., Larsson, J. & Olsson, L. (2012). *Effektivitet, säkerhet och pengar. Att hantera skilda effektivitetsperspektiv i räddningstjänsten*. Linköping: Linköping University Electronic Press.
- Uhr, C. (2011). Samverkansbegreppet. I N-O. Nilsson (Red.), *Samverkan - för säkerhets skull!* (s. 11-30). Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
- Weaver, M., Patterson, P., Fabio, A., Moore, C., Freiberg, M., & Songer, T. (2015). An observational study of shift length, crew familiarity, and occupational injury and illness in emergency medical services workers. *Occupational And Environmental Medicine*, 72(11), 798-804. doi: 10.1136/oemed-2015-102966
- Wiesner, T. (2016). The Effect of a Golden Hour Policy on the Morbidity and Mortality of Combat Casualties. *The Journal of Emergency Medicine*, 50(4), s.703.
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandstöm, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga A: Informationsbrev

Till dig som är specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvården -
Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie.

Arbetet med att erbjuda bästa tänkbara vård för de patienter som ambulanssjuksköterskan möter förutsätter ett tillfredsställande samarbete med andra yrkesgrupper. Räddningstjänsten spelar här en stor roll i framförallt traumasammanhang men även vid till exempel suicidförsök och eldsvådor. Vi vill genomföra en intervjustudie med förhoppningen att resultatet ska leda till ett mer välfungerande samarbete mellan ambulanssjukvården och räddningstjänsten.

Syftet med studien är att undersöka hur ambulanssjukvården och räddningstjänsten samarbetar på gemensamma larm och hur detta påverkar omvårdnaden av patienterna. Forskningshuvudman för studien är Mittuniversitetet.

Det är frivilligt att medverka i studien och du kan när som helst innan, under eller efter intervjun avbryta din medverkan i studien. Du behöver inte motivera varför. Intervjun kommer att genomföras på din arbetsplats eller annan plats som vi kommer överens om och beräknas ta anspråk på mindre än en halvtimme av din tid. Intervjumaterialet kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt samt förvaras på ett sätt så att ingen obehörig kommer åt det.

Vi som genomför denna studie heter Johan Sporrang och Samuel Vilhelmsson. Vi läser specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning på ambulanssjukvård vid Mittuniversitetet. Denna studie ingår som en del i vårt examensarbete på magisternivå.

Genom att skriva under är du införstådd med förutsättningarna för denna studie.

Plats och datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Har du några frågor så kan du kontakta någon av oss:

Samuel Vilhelmsson
samueltimmerman@icloud.com
072-3976889

Johan Sporrong
johankjellsporrong@gmail.com
073-5460128

Handledare:
Bosse Ek
bosse.ek@miun.se
010-1428851

Bilaga B: Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- När tog du sjuksköterskeexamen?
- Hur länge har du jobbat på ambulansen?
- Vilken utbildning eller träning har du fått gällande samverkan på olycksplats?
- Har du deltagit i någon strukturerad samverkansövning med räddningstjänsten? I så fall, när var senaste tillfället du gjorde det?

Huvudfrågor

- Vad brukar fungera bra när det gäller samverkan med räddningstjänsten?
- Vad behöver förbättras?
- Vilka utmaningar ställs du inför när du behöver samverka med räddningstjänsten?
- Vilken betydelse har RAKEL-kommunikationen på väg fram till olycksplatsen?
- Vilken betydelse har RAKEL-kommunikationen framme på olycksplatsen?
- Fungerar samverkan olika bra beroende på vilken typ av olika det gäller?
- När samverkan inte fungerar, vad brukar vara den vanligaste anledningen?

Följdfrågor

- Hur tänkte du då?
- Hur fungerade det?
- Varför tror du att hon/hon/de gjorde så?
- Vad hände sedan?
- På vilket sätt?
- Du sa att... Kan du berätta mer om det?

Avslutningsfrågor

- Vill du tillägga något?
- Finns det något område vi inte har tagit upp ännu i intervjun?
- Har det väckts några frågor eller idéer som du vill prata om?