



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Hur ambulanspersonal upplever och hanterar sin arbetssituation -en litteraturstudie

Rebecca Karlsson & Sandra Skog

2017

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom omvårdnad

Handledare: Eva Westergren
Examinator: Mikaela Willmer

Sammanfattning

Bakgrund: En miljon akutfall, som innefattar någon typ av ambulanstransport, hanteras varje år i Sverige. Ambulanspersonal förutsätts ha förmåga och kunskap att kunna identifiera alla patienters individuella behov i olika typer av miljöer. Således innehar ambulanssjuksköterskan ett stort ansvar, då felaktiga behandlingsåtgärder kan få katastrofala följder.

Syfte: Att beskriva hur ambulanspersonal upplever och hanterar sin arbetssituation. Ytterligare ett syfte var att granska hur studiernas urval skett.

Metod: Den deskriptivt designade litteraturstudien bygger på tolv vetenskapliga artiklar som söktes via databaserna Cinahl och PubMed. Artiklarna sammanställdes under tre huvudteman samt sex subkategorier.

Huvudresultat: Ambulanspersonal hanterade i stor utsträckning sina upplevelser utifrån tidigare kunskaper och erfarenheter. Förmåga till interaktion och samarbete med andra var elementär, både före, under och efter mötet med patienten. Att upprätthålla den balans mellan närhet och distans, som erfordrades för att vårda på ett fullt integrerat sätt, upplevdes svårt i krävande situationer. Genom reflektion, särskilt med stöd av andra, kunde svåra upplevelser bearbetas vilket resulterade i både professionell och personlig utveckling.

Slutsats: Ambulanspersonal har setts hantera sina upplevelser och det vårdande mötet med patienten utifrån tidigare kunskaper och erfarenheter, därför är det angeläget att fortsatt forskning syftar till att finna hur levd erfarenhet kan omsättas till värdefull kunskap.

Nyckelord: Ambulanssjukvård, Ambulanspersonal, Hantering, Omvårdnad, Upplevelse

Abstract

Background: One million emergency cases, which includes any type of ambulance transportation, are handled each year in Sweden. Ambulance personnel are required to have the ability and knowledge to identify all patients' individual needs in different environments. Therefore, the ambulance nurse holds a great responsibility in the ambulance service whereby incorrect treatment could result in a catastrophic outcome.

Aim: To describe how ambulance personnel experience and cope with their work situation. Another purpose was to review the sampling of the studies.

Methods: This descriptive literature review is based on twelve scientific articles which was searched through the databases Cinahl and PubMed, and then compiled under three main themes and six sub-categories.

Main results: Ambulance personnel use to a large extent their experiences based on prior knowledge and experiences to cope. Ability to interact and co-operate with other was elementary, both before, during and after the encounter with the patient. The ability of maintaining a balance between presence and distance, which is required to nurture the patient in an integrated way, was difficult in demanding situations. Through reflection, especially with the support of others, difficult experiences could be processed, resulting in both professional and personal development.

Conclusion: Ambulance personnel meet and take care of their patients based on their previous knowledge and experiences. Therefore, further research should aim at finding how lived experiences could be transformed into valuable knowledge.

Keywords: Ambulance, Ambulance personnel, Coping, Experience, Nursing

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Ambulanssjukvård	1
1.2 Ambulanspersonal	2
1.3 Villkor och arbetsmiljö	3
1.4 Coping	4
1.5 Problemformulering.....	5
1.6 Syfte.....	6
1.7 Frågeställning	6
2. Metod	6
2.1 Design.....	6
2.2 Sökstrategi och sökord.....	6
2.3 Urvalskriterier.....	7
2.4 Urvalsprocess.....	8
2.5 Dataanalys	8
2.6 Forskningsetiska överväganden.....	9
3. Resultat	10
3.1 Före mötet – Upprätta handlingsberedskap	10
3.1.1 Att vara personligt och professionellt förberedd	10
3.1.2 Förberedande strategier.....	11
3.2 Under mötet - Balans mellan närhet och distans	11
3.2.1 Svåra situationer föder starka känslor	11
3.2.2 Strategier för att hantera det svåra	12
3.3 Efter mötet - Att gå vidare	14
3.3.1 Att vinna professionell och personlig utveckling	14
3.3.2 Att förlora sig själv	15
3.4 De inkluderade artiklarnas urval.....	16
4. Diskussion	18
4.1 Huvudresultat.....	18
4.2 Resultatdiskussion	19
4.2.1 Vård på ett fullt integrerat sätt	19
4.2.2 Samarbete.....	20
4.2.3 Reflektion.....	21
4.3 Granskning av inkluderade artiklars urval.....	22
4.4 Metoddiskussion	24
4.5 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning	26
4.6 Slutsats.....	26
Referenser	27
<i>Bilaga 1: Resultatöversikt</i>	
<i>Bilaga 2: Metodologisk översikt</i>	

1. Introduktion

1.1 Ambulanssjukvård

Prehospital akutsjukvård definieras enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) som ”omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus”. Ambulanssjukvård ses som en integrerad del av detta arbete då vård och behandling sker i eller i anslutning till en ambulans (SOSFS 2009:10).

Ambulanssjukvården har historiskt setts som en transporttjänst vars enda uppgift var att föra sjuka människor till sjukhus. Detta har med tiden förändrats allt eftersom den medicintekniska utvecklingen tagit fart, i kombination med samhällets krav, och idag ses ambulanssjukvården som en kompetent sjukvårdsresurs genom att utgöra den första viktiga länken i patientens totala vårdkedja. Dess syfte är att redan vid ankomst, samt under transport, utföra medicinska insatser och omvårdnadsåtgärder för att behandla patienterna (Gårdelöv 2016; Sjölin, Lindström, Hult, Ringsted och Kurland 2015; Suserud 2005; Wireklint Sundström 2005). I Sverige hanteras ungefär 2700 ambulansärenden per dygn, eller omkring en miljon om året, fördelat på ca 700 ambulanser som dirigeras via larmcentralen SOS Alarm. Av dessa ärenden räknas ca 10-20% utgöras av akuta livshotande tillstånd med utslagna vitala funktioner, t.ex. blockerade luftvägar, hjärtstopp etc. Antalet ärenden ses som relativt konstant från år till år, dock kan kraftiga variationer ses under olika tider av dygnet samt vid vissa större helger (Bremer 2016a; SOS Alarm 2013).

Ett ambulansärende kan ses som en vårdprocess i fyra faser. Den första fasen inleds i den stund som operatören vid larmcentralen bedömer att en person är i akut behov av vård och/eller övervakad transport. Larmcentralen bedömer även vilken prioritering uppdraget får. Prio 1 innebär ett akut livshotande symptom eller olycksfall. Prio 2 är akut, men inte livshotande. Till prio 3 räknas övriga uppdrag med vård- och övervakningsbehov, men där rimlig väntetid inte bedöms förvärra patientens tillstånd. Ambulanspersonalen¹ får i samband med utalarmeringen ta del av den information som larmoperatören bygger sin bedömning på (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016; SOS Alarm 2013; SOSFS 2009:10). Andra fasen inträder när ambulanssteamet² möter patienten. Det är viktigt att så snabbt som möjligt bilda sig en uppfattning om situationens omfattning och hur patientens behov ser ut samt skapa det utrymme som krävs för att vårda på ett tryggt och säkert sätt. ABCDE-

¹ I litteraturstudien kommer termen ambulanspersonal användas vilken innefattar både ambulanssjuksköterskor och ambulanssjukvårdare

² I litteraturstudien kommer termen ambulanssteam användas vilken innefattar ambulanspersonal som arbetar tillsammans

principen är rutinmässigt den första bedömningen som görs av patienten och innefattar en övergripande utvärdering av vitala funktioner som ventilation, cirkulation och medvetandegrad. Att ta anamnes är också viktig, men kan försvåras om patienten t.ex. är dement, medvetslös eller drogpåverkad. Utifrån de undersökningar och bedömningar som görs identifieras patientens huvudproblem som ligger till grund för de åtgärder som vidtas (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016; Suserud, Bruce & Dahlberg 2003a). Vissa ambulansärenden kan med hjälp av ambulanssteamets kompetens lösas redan på plats, men om ytterligare behov av vård och medicinsk behandling föreligger inleds fas 3 som innefattar vård/övervakning under transport och överlämning till den vårdgivare som anses lämplig. Vid överlämning ska ambulanssteamet förse den mottagande enheten med en helhetsbild av vad som skett, vilka åtgärder som vidtagits och hur det påverkat patientens tillstånd, både via muntlig överrapportering samt journalöverlämning. En överlämning anses fullbordad när detta är utfört och patienten förflyttats från ambulansbåren till vårdenhetens brits/säng (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016; Bruce & Suserud 2005). Den avslutande fjärde fasen innebär att ambulansen städas ur och den utrustning som använts rengörs och uppdateras. I denna fas ska även utrymme för återkoppling och utvärdering ges (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016).

1.2 Ambulanspersonal

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) ska varje ambulans vara utrustad och bemannad för att akutvård ska kunna utföras både i och i anslutning till fordonet. Detta innebär att skapa och upprätthålla fria luftvägar (även genom assisterad andning), dosera och administrera läkemedel, övervaka och registrera vitala funktioner, stabilisera och immobilisera frakturer, utföra avancerad hjärtlungräddning (A-HLR), stoppa yttre blödningar, förflytta och transportera patienter på ett säkert sätt, samt överföra medicinska data. Detta ställer således olika krav på ambulanssteamets kompetens. Ambulanssjukvårdare, som är den yrkesgrupp som funnits längst inom ambulanssjukvården, innehar grundläggande utbildning för arbete med omvårdnadskaraktär i form av undersköterskekompetens tillsammans med en påbyggnadsutbildning inom ambulanssjukvård (Wireklint Sundström 2005). Från och med 2005, beslutades att alla ambulanser i Sverige ska vara bemannade med minst en ambulanssjuksköterska³ som har behörighet att dosera och administrera läkemedel

³ I litteraturstudien kommer termen ambulanssjuksköterska användas vilken både innefattar legitimerad grundutbildad sjuksköterska med anställning inom ambulanssjukvården samt vidareutbildad sjuksköterska med specialistkompetens inom ambulanssjukvård

prehospitalt (SOSFS 2000:1), vilket ledde till en markant ökning av antalet ambulanssjuksköterskor inom organisationen. Detta ökade även andelen kvinnor inom denna tidigare mansdominerade vårdsektor. Inledningsvis hade ambulanssjuksköterskorna vanligen en bakgrund från anestesi, intensivvård eller kardiologi, men med tiden har en den nya professionens unika kompetenskrav lett till att allt fler väljer att studera vidare för att uppnå specialistkompetens inom ambulanssjukvård. Detta är i nuläget den enda utbildning inom omvårdnad som har jämn fördelning mellan manliga och kvinnliga sökanden (Bremer 2016a; Sjölin, Lindström, Hult, Ringsted och Kurland 2015; Suserud 2005).

De olika yrkeskategorierna ses komplettera varandra på ett bra sätt genom att inta olika ansvarsområden. Ambulanssjukvårdare har ofta ansvar för tekniska procedurer, utrustning och radio-datakommunikation, vilket innebär att de har ansvar för fordonet, körning, kartläsning/navigation etc. Vidare är de behjälpliga vid undersökning och behandling av patienten, t.ex. genom att kontrollera puls, blodtryck och andningsfrekvens. Det medicinska ansvaret för patienten innehas av ambulanssjuksköterskan, om en läkare inte är närvarande. Detta ställer krav på ambulanssjuksköterskans kunskap och förmåga att identifiera varje patients särskilda behov, dvs. att kunna utföra en korrekt medicinsk bedömning av patientens tillstånd och utföra kontroller som ska ligga till grund för att rätt typ av behandling ges. Således har ambulanssjuksköterskan ett stort ansvar eftersom fel behandlingsåtgärd kan få katastrofala följder för patienten. Vidare ansvarar ambulanssjuksköterskan för att information ges till patienter och anhöriga, handledning av kollegor och studenter samt för att planera och leda arbetet ute i fält, samarbeta med andra yrkesgrupper och ta hand om skadade vid katastrofområden (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström 2016; Bremer 2016a; Suserud 2005; Wireklint Sundström 2005).

1.3 Villkor och arbetsmiljö

Ambulanssjukvården styrs av de föreskrifter och riktlinjer som finns för alla verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763). Utifrån dessa har nationella behandlingsriktlinjerna framtagits, som stöd och utgångspunkt för ett bra prehospitalt omhändertagande, genom SLAS⁴; ett samarbete av ambulansläkare från merparten av Sveriges landsting. De nationella riktlinjerna kan sedan anpassas av respektive landsting för att utifrån landets olika geografiska förutsättningar uppnå målet att upprätthålla en jämlik ambulanssjukvård för hela Sveriges befolkning (Region Gävleborg 2017).

⁴ Sverige medicinskt Ledningsansvariga Ambulansläkare i Samverkan

Ambulanssjukvårdens arbetsmiljö karaktäriseras som unik och ambulanspersonalen får dagligen hantera både de stora och små utmaningar som detta medför. Allt från alla typer av väderförhållanden (vinterväglag, kyla, vind, värme etc.), alla olika tider på dygnet, svårigheter att nå fram till den hjälpbehövande, till att ofta arbeta på publika platser där varje steg följs av nyfikna åskådare. Denna miljö är således inte bara fylld av risker för patienten, utan även för ambulanspersonalen i form av tung belastning både fysiskt och psykiskt. Detta ställer även hårda krav på att den utrustning som används är designad på sådant sätt att den både fungerar optimalt i vårdandet, samt inte utgör en risk för varken patient eller ambulanspersonal under hela vårdprocessen (Aasa & Wiitavaara 2016; Brice et al. 2012). Brice et al. (2012) visar hur svårt det är att uppfylla alla dessa krav, t.ex. att utrustningen ofta är placerad på sådant sätt att den ska förvaras säkert under transport snarare än att finnas lättillgänglig under vårdarbetet. Vidare är de vårdssituationer då ambulanspersonalen behöver stå upp, för att utföra de vårdåtgärder som krävs, en betydande säkerhetsrisk då de inte kan använda bilbältet under färd i stundtals mycket hög hastighet.

1.4 Coping

Coping används för att beskriva en persons förmåga att bemästra särskilt kravfyllda situationer, dvs. att utsättas för stress. Stress utgörs av både de inre och yttre krav som individen upplever tär på eller överskrider dennes resurser, något som vidare ses som ett hot mot den egna självbilden, vilket medför att välbefinnande och/eller hälsa äventyras. Då det är den subjektiva upplevelsen som styr, blir varje människas förmåga till coping unik utifrån personlighet, bakgrund och erfarenheter. Detta innebär även att förmågan kan variera, tex. i olika faser av livet eller i skilda roller (Lazarus & Folkman 1984; Harris Kalfoss 2011; Krohne 2001).

För att förstå samspelet mellan stress, känslor och coping utarbetade Lazarus och Folkman (1984) sin kognitiva-motivationella-relationella teori, vilken åskådliggör hur människor tolkar, bedömer och hanterar stressframkallande situationer genom att minska och undvika dess negativa konsekvenser. Teoretiskt kan coping ses som en snabb, intuitiv och kontinuerlig process i tre steg: primärbedömning, sekundärbedömning och omvärdering. Dock är det viktigt att i praktiken se dessa steg utifrån ett flerdimensionellt perspektiv, då de i allra högsta grad överlappar varandra. Varje steg i processen influeras både av de känslor som väcks hos individen samt dennes tillgängliga resurser. Dessa benämns som copingresurser; yttre resurser kan vara ett gott socialt nätverk och stöd, liksom utbildning och materiella tillgångar t.ex. pengar, hem etc. Exempel på inre resurser är optimism, tilltro till den egna förmågan,

självkänsla samt förmåga att kunna anskaffa och tillämpa ny kunskap för att omvärdera situationen. Utifrån den primära och sekundära bedömningen väljer individen den copingstrategi som denne finner bäst lämpad i syfte att bevara sin självbild intakt (Harris Kalfoss 2011; Krohne 2002; Lazarus & Folkman 1984).

Lazarus och Folkman (1984) delar in copingstrategierna i tre huvudkategorier; problemfokuserad, emotionsfokuserad och meningsskapande. I praktiken överlappar dessa varandra och flera kategorier kan användas inom ramen för samma situation. När individen finner möjligheter att lösa eller förändra den hotande situationen används problemfokuserade copingstrategier. Om situationen däremot upplevs som opåverkbar kan emotionsbaserade copingstrategier användas i syfte att förändra upplevelsen av den. Detta kan ske genom att intensiteten i de egna känslorna förändras, tolereras eller reduceras, för att återskapa eller bibehålla kontrollen över sig själv. Att tillämpa meningsskapande coping innebär försök att finna positiv mening i situationen; att se den i ett nytt ljus. Fokus läggs på aspekter av situationen som upplevs positiva och meningsskapande, t.ex. möjlighet till personlig utveckling (Harris Kalfoss 2011; Krohne 2002; Lazarus & Folkman 1984).

Copingprocessen avslutas med en omvärdering av situationen och individen finner då svar på frågan om valda strategier varit av godo. Upplevelsen av copingstrategins effektivitet bidrar både till meningsskapande hos individen, samt ger erfarenheter som kommer att forma dennes framtida copingstil (Harris Kalfoss 2011; Krohne 2002; Lazarus & Folkman 1984).

1.5 Problemformulering

Varje år hanteras omkring en miljon akutärenden i Sverige som innefattar någon typ av ambulanstransport. Ambulanssjukvården har historiskt setts som en organisation som endast transporterat sjuka människor till sjukhus. Men allt eftersom framsteg inom vården skett så har ambulanssjukvården blivit en kompetent sjukvårdsresurs med välutbildad personal. I dagsläget finns en kombination av personal inom ambulanssjukvården med olika kompetensnivåer. Ambulanssjuksköterskor förutsätts ha förmåga och kunskap att identifiera varje patients individuella behov i en ofta krävande och varierande miljö. Således innehar ambulanssjuksköterskan ett stort ansvar, då felaktiga behandlingsåtgärder kan få katastrofala följder för patienten. Med denna utgångspunkt var det angeläget att försöka klargöra hur ambulanspersonal upplever och hanterar sin arbetssituation.

1.6 Syfte

Att beskriva hur ambulanspersonal upplever och hanterar sin arbetsituation. Ytterligare ett syfte var att granska hur studiernas urval skett.

1.7 Frågeställning

- Hur beskriver ambulanspersonal att de upplever och hanterar sin arbetsituation?
- Hur redovisar de inkluderade studierna sina urval?

2. Metod

2.1 Design

Litteraturstudien har genomförts med en deskriptiv design (Polit & Beck 2016; Wallengren & Henricson 2012).

2.2 Sökstrategi och sökord

För att säkerställa att alla relevanta artiklar för litteraturstudiens syfte och frågeställningar hittades, samt minimera risken för snedvridet urval, gjordes sökningen i två databaser; Medline via PubMed och Cinahl. Dessa valdes utifrån sin erkänt stora räckvidd vad gäller vetenskapliga publikationer inom hälso- och sjukvård respektive omvårdnad (Polit & Beck 2016; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016).

Sökord valdes efter att deras definitioner kontrollerats i respektive databas ämnesordslista; dess tesaurus, och blev söktermer/nyckelord som ringar in önskat sökområde, i Cinahl benämns de Cinahlheadings och i PubMed MeSH-termer (Polit & Beck 2016; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016). De söktermer som använts för denna studie var: *Ambulances, Attitude of Health Personnel, Emergency Medical Services, Job Experience, Prehospital Care, Work Experience*. Dessa kombinerades med varandra samt med fritextsökningar, som inkluderar alla de referenser där sökordet finns med någonstans i texten (Polit & Beck 2016; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016). Fritextsökning gjordes med sökorden: *experience, nurse*. Trunkering användes för sökordet nurse (nurs*). Ordet söktes i och med detta som fritext med alla tänkbara ändelser, vilket gav en betydligt bättre täckning inom valt sökområde (Polit & Beck 2016; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016).

För att både kunna ringa in så mycket som möjligt av den för studien relevanta litteraturen samt rikta sökningen mot ett avgränsat område användes de booelska sökoperatorerna AND

och OR. Med hjälp av OR breddades sökningen genom att söktermerna kombinerades och bildade sökblock, medan AND avgränsade sökningen samt gjorde den mer riktad och specifik (Polit & Beck 2016; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016).

I Cinahl begränsades sökningen genom att använda ett filter som gav endast artiklar som genomgått peer reviewed i resultatlistan. Detta kan i viss mån borga för en högre vetenskaplig kvalitet (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016). Vidare användes även filtret linked full text för sökning i Cinahl. I PubMed valdes den träfflista som endast visar de artiklar som fanns tillgängliga i fulltext via Högskolan i Gävles bibliotek. En överskådlig bild av hur sökord och begränsningar användes kan ses nedan under *Tabell 1. Sammanställning av sökträffar*.

Tabell 1. Sammanställning av sökträffar

Databas	Begränsningar (limits) sökdatum	Söktermer	Antal träffar	Lästa Abstract	Valda artiklar (exklusive dubletter)
Cinahl	Linked Full Text, Peer Reviewed 2017-01-30	(“Job Experience” (Cinahl Headings) OR “Work Experience” (Cinahl Headings)) AND (“nurs*” (fritext)) AND (“Prehospital Care” (Cinahl Headings) OR “Emergency Medical Services” (Cinahl Headings))	29	22	5
Cinahl	Linked Full Text, Peer Reviewed 2017-01-30	("Ambulances" (Cinahl Headings)) AND (“nurs*” (fritext)) AND (“experience” (fritext))	17	9	1
PubMed via Medline	2017-01-30	(“Attitude of health personnel” [Mesh] OR “experience” (fritext)) AND (“nurs*” (fritext)) AND (“Emergency Medical Services” [Mesh]) AND (“Ambulances” [Mesh])	110	69	6
Totalt:			156	100	12

2.3 Urvalskriterier

Urvalet för de artiklar som ingick i föreliggande litteraturstudie grundades utifrån följande kriterier:

Inklusionskriterier: Alla artiklar vars resultat svarade på föreliggande litteraturstudies syfte och frågeställningar inkluderades. Vidare inkluderas endast artiklar som presenterade empiriska studier.

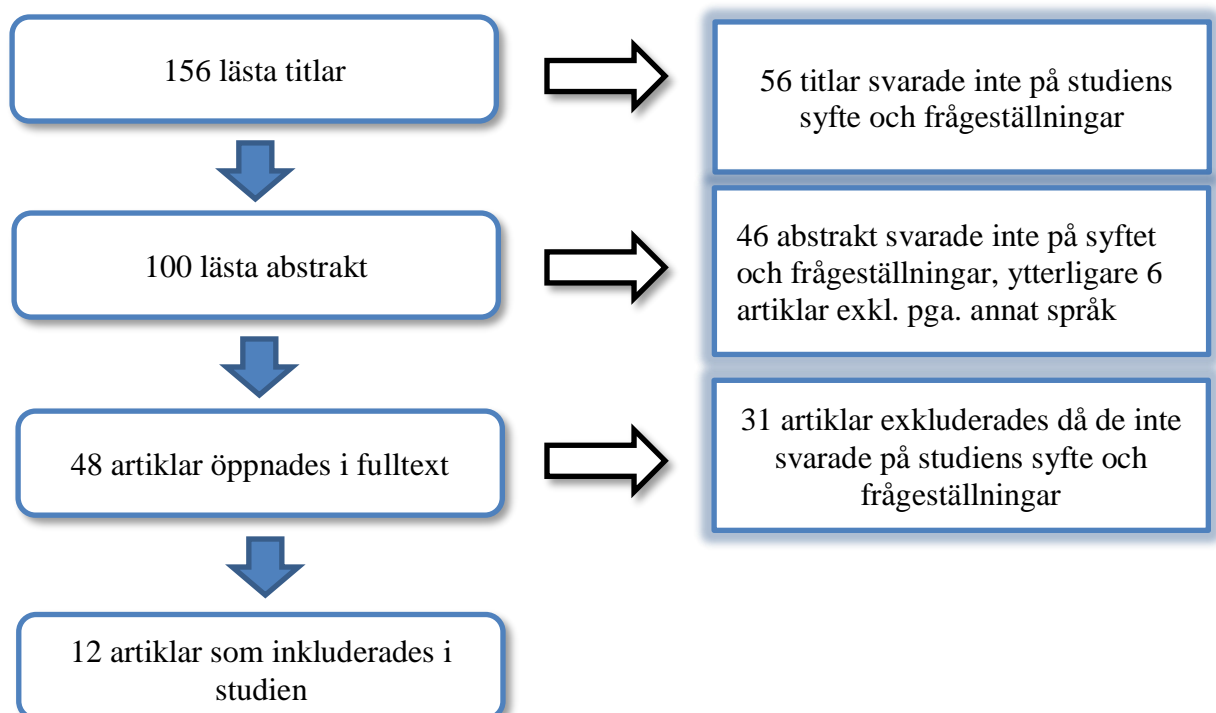
Exklusionskriterier: Artiklar som presenterade studier utförda i annan miljö än inom ambulanssjukvården eller som beskrev patienters och anhörigas upplevelser exkluderades.

Vidare exkluderades andra litteraturstudier, artiklar som var skrivna på annat språk än svenska och engelska samt vars fulltextupplaga inte fanns fritt tillgängligt eller kunde nås via Högskolan i Gävles bibliotek.

2.4 Urvalsprocess

Beskriven sökstrategi; sökordskombinationer och begränsningar, gav 156 träffar. För att finna möjliga artiklar till studien kontrollerades i första hand titeln. Artiklar där det redan i titeln framkom att vårdmiljön var en annan än ambulanssjukvårdens, samt de artiklar som hade skrivits på annat språk än svenska och engelska, sållades bort. För de 100 kvarvarande artiklarna lästes abstract och nyckelord noggrant för att ytterligare stärka att de kunde besvara föreliggande litteraturstudies syfte. Artiklar vars abstract tycktes stämma med syfte och frågeställningar öppnades och lästes i fulltext, vilket även skedde med artiklar där abstract saknades, för att ytterligare kunna bedöma deras relevans. När detta arbete var slutfört återstod 12 möjliga artiklar. Urvalsprocessen presenteras överskådligt nedan i *Figur 1*.

Flödesschema urvalsprocess.



Figur 1. Flödesschema urvalsprocess

2.5 Dataanalys

Analysprocessen inleddes med att författarna till föreliggande litteraturstudie enskilt läste igenom de valda artiklarna ett flertal gånger för att tillfullo förstå dem, dvs. få en klar bild av deras helhet. Särskild tyngdpunkt lades vid att korrekt förstå och översätta språket, då litteraturen inte är skriven på författarnas modersmål. Det enskilda arbetet fortsatte genom att kodning av de inkluderade artiklarnas resultatdel utfördes. Detta innebar att de avsnitt i textmassan som belyste och besvarade litteraturstudiens syfte lyftes fram (Forsberg & Wengström 2013; Polit & Beck 2016). Därefter fördes diskussioner om det som lyfts fram var relevant utifrån syftet, tills samstämmighet uppnåts. Artiklarna lästes sedan ytterligare en gång enskilt för att säkerställa att inget av betydelse för studiens syfte och frågeställningar missats. Tidigt sågs ett mönster i materialet; att upplevelser och hanteringsstrategier skiljde sig åt före, under och efter ett vårdmöte. Därför valdes dessa som huvudteman och den mer koncentrerade textmassan strukturerades upp utifrån detta. Valda subkategorier skapades ur de underliggande mönster som framträdde genom denna struktur, som synliggjorde ytterligare likheter, skillnader och motsatser (Forsberg & Wengström 2013; Polit & Beck 2016). Peer debriefing tillämpades genom att den första preliminära tolkningen som gjordes av data diskuterades med handledaren samt kritiska studiekamrater (Polit & Beck 2016; Wallengren & Henricson 2012).

Artiklarnas urval granskades med stöd av de ”guidelines” som Polit och Beck (2016) utarbetat för detta ändamål. Utifrån dessa skapades tabellkolumner (se *Tabell 4* i *Bilaga 2*) som fungerade som ett stöd vid sammanställning av resultatet samt var utgångspunkt för den metodologiska aspektens diskussionsdel.

2.6 Forskningsetiska överväganden

En viktig aspekt i analysprocessen har varit att bibehålla objektivitet genom att tolka artiklarna sanningsenligt, dvs. att fakta och resultat stämt överens med ursprungsartikeln och inte har färgats av eventuell förförståelse (Forsberg & Wengström 2008; Polit & Beck 2016). Avstånd har tagits från oredlighet, så som plagiering, genom att god referenshantering tillämpats (Forsberg & Wengström 2008; Hellberg & Suld 2015; Olsson & Sörensen 2011; Polit & Beck 2016).

3. Resultat

Resultatet baseras på tolv vetenskapliga artiklar och presenteras i löpande text utifrån tre teman: *Före mötet - Upprätta handlingsberedskap*, *Under mötet - Balans mellan närhet och distans* samt *Efter mötet - Att gå vidare*. En översikt av de inkluderade artiklarna återfinns i *Bilaga 1* under *Tabell 2* och *Tabell 3*. I presentationen av resultatet förekommer växlande benämningar; ambulanspersonal och ambulanssjusköterska, vilket grundat sig i hur de inkluderade studierna valt att redovisa sina deltagare. När det tydligt framgått att deltagarna varit ambulanssjusköterskor har författarna till föreliggande litteraturstudie önskat synliggöra detta.

Den granskning som gjorts av urvalet presenteras i löpande text vid slutet av denna resultatdel samt översiktligt i *Bilaga 2* under *Tabell 4*.

3.1 Före mötet – Upprätta handlingsberedskap

3.1.1 Att vara personligt och professionellt förberedd

Arbetsmiljön inom ambulanssjukvården kunde i vissa avseenden upplevas kaotisk, då ambulanspersonalen ställdes inför nya utmaningar varje dag med oväntade larm, svåra etiska situationer, starka känslor och adrenalinrusher. Detta medförde att arbetstempot skiftade, ofta snabbt och oväntat, samt att ambulanspersonalen förutsattes kunna arbeta under hård psykologisk stress. Detta ställde olika krav på individen, både ur ett personligt och professionellt perspektiv (Ahl et al. 2005; Nordén, Hult & Engström 2013; Romanzini & Bock 2010, Wireklint Sundström & Dahlberg 2012).

Grundutbildningen upplevdes inte räcka som förberedelse inför det professionella ansvar som ambulanssjusköterskorna förväntades axla (Romanzini & Bock 2010). Även de ambulanssjusköterskor som vidareutbildat sig kunde känna sig osäkra i utsatta lägen, så till vida att de hade teoretisk kunskap, men saknade den praktiska trygghet som skapas via erfarenheter (Abelsson & Lindwall 2012; Romanzini & Bock 2010). Genom frekvent praktisk övning av olika scenarier strukturerades den teoretiska kunskapen och handfasta erfarenheter skapades, vilket ansågs viktigt och givande. Vidare reflekterade ambulanspersonalen återkommande över sina kunskapsbrister, vilket medförde att ny kunskap gärna söktes via litteratur, genom interna utbildningar samt genom att erfarenheter delades med kollegorna (Abelsson & Lindwall 2012; Larsson & Engström 2013; Svensson & Fridlund 2008). Känslor av frustration uppkom inför särskilt svåra situationer som ambulanssjusköterskan inte tyckte

sig fått tillräcklig träning inför, t.ex. vid vård av svårt sjuka eller skadade barn (Nordén, Hult & Engström 2013).

3.1.2 Förberedande strategier

I ambulansen på väg ut till patienten måste ambulanspersonalen förhålla sig till och hantera sin oro, som ofrånkomligt uppkommer inför situationer vars omfattning och detaljer fortfarande ligger i det fördolda. Jonsson och Segesten (2004a) studie beskrev hur deltagarna förde en inre dialog, som en reflektion, grundad i tillägnad kunskap och tidigare erfarenheter utifrån den information som de fått ta del av. Den mentala bild av situationen som härigenom skapades fungerade förberedande genom att ambulanspersonalen ökade sin vakenhet och handlingsberedskap. Tillsammans gick kollegorna igenom aktuella behandlingsriktlinjer och vem som skulle göra vad, samt förberedde vilken utrustning som kunde tänkas behövas. Vid larm som gällde barn repeterades barns normala vitala värden och medicindosering baserat på de symtom som rapporterats (Nordén, Hult & Engström 2013). Ambulanspersonalen upplevde att deras inre stress ökade om den mentala bild de skapat utifrån sin förförståelse motsades av den information de fick från larmcentralen, om det var svårt att hitta eller komma fram till olycksplatsen eller om kontakt med larmcentralen inte var möjlig (Jonsson & Segesten 2004a). Ökade erfarenheter ledde generellt till minskad oro. Dels genom en ökad professionell trygghet, men även genom att ambulanspersonalen erfarit det kontraproduktivt att skapa sig en alltför detaljerad mental bild av det som väntade (Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Vidare var den erfarne mer medveten om sina styrkor och svagheter. Vad som gav upphov till oro förändrades under karriären, vilket relaterades till det ökade ansvaret som ålades den med mer kunskap och erfarenhet (Jonsson & Segesten 2004a; Svensson & Fridlund 2008).

3.2 Under mötet - Balans mellan närhet och distans

3.2.1 Svåra situationer föder starka känslor

Vissa situationer upplevde ambulanspersonalen som särskilt svåra vilket starkt påverkade och utmanade deras förmåga att hantera sina upplevelser. Att vårda barn i kritiska tillstånd beskrevs som det allra svåraste att ställas inför. Ambulanspersonalen beskriver detta som en mycket kravfylld situation; att ingenting får gå fel. Dessa krav gav överväldigande känslor av otillräcklighet och hjälplöshet, vilket ytterligare accentuerades av föräldrarnas oro och behov av stöd (Nordén, Hult & Engström; Svensson & Fridlund 2008).

Förmåga till närhet och empati hos ambulanspersonalen krävdes för att uppnå en god omvårdnad (Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2004a; Romanzini & Bock 2010; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Vissa situationer medförde dock att ambulanspersonalen inte kunde förmå sig att behålla sin professionella distans, vilket resulterade i att identifikationen med offret eller dennes anhöriga blev i det närmaste total. Detta var vanligt om situationen i något avseende speglade ambulanspersonalens eget liv, t.ex. att möta en patient i sin egen eller sina barns ålder. Detta gav tankar som; *det kunde ha varit jag eller någon ur min familj*, vilket kunde hindra rationella tankar och handlingar i vårdarbetet. Det var även svårt att emotionellt distansera sig i de fall då inget aktivt kunde göras för att lösa situationen, t.ex. när offret redan avlidit innan ankomst till platsen (Jonsson & Segesten 2003; Svensson & Fridlund 2008).

Rädsla uppkom i de situationer där ambulanspersonalens egen säkerhet riskerades, t.ex. när deras arbetsmiljö influerades av både våld och hotfulla inslag; bland annat möten med personer som var drogpåverkade, stora folkmassor, att indirekt och direkt bli utsatt för hot och fysiskt våld. (Ahl et al. 2005; Svensson & Fridlund 2008; Suserud, Blomquist & Johansson 2002). Suserud, Blomquist och Johansson (2002) studie visade att 98,1% av deltagarna upplevde att relationen mellan vårdare och patient påverkades om det fanns hot och/eller våld med i bilden.

3.2.2 Strategier för att hantera det svåra

En strategi som ambulanspersonalen använde för att hantera både situationen och de känslor som den väckte var att återkommande skifta sitt fokus. Genom detta skapades balans mellan den närhet som krävdes för att vårda på ett fullt integrerat sätt, samt den distans som gav förutsättningar att förhålla sig professionell och kunna ta in den föränderliga situationens alla aspekter (Abelsson & Lindwall 2012; Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2003, 2004a; Suserud, Blomquist & Johansson 2002; Suserud & Haljamäe 1997; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Förmåga att distansera sig var en förutsättning för att få den överblick som krävdes för att förstå vad som hänt, samt identifiera de avgörande faktorer som styrde val och planering av vårdåtgärder. Detta gynnade även förmågan att kunna ta in information från flera källor samtidigt (Abelsson & Lindwall 2012; Suserud & Haljamäe 1997).

Ambulanspersonalen ansåg att ett stort mått av försiktighet krävdes för att hantera situationer med hotfulla och/eller våldsamma inslag, vilket inbegrep att förstå sin roll och snabbt kunna skifta sitt fokus, för att inte utsätta sig själv för onödiga risker (Ahl et al. 2005; Suserud, Blomquist & Johansson 2002). Genom att ambulanspersonalen försökte förstå

varför, en person betedde sig hotfullt och/eller våldsamt, kunde den kontakt som krävdes för att ge en god omvårdnad upprättas (Suserud, Blomquist & Johansson 2002). Ytterligare fördelar med ett reflekterande arbetssätt sågs, t.ex. i de fall när patienten inte svarade som förväntat på den givna behandlingen. Förmåga till reflektion och distans underlättade acceptans, när situationen inte utvecklade sig som förväntat, och att prestigelöst kunna erkänna att den initiala bedömningen varit felaktig. Detta skapade den öppenhet som krävdes för att finna andra vägar att hjälpa patienten (Abelsson & Lindwall 2012; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012).

För att skapa de grundförutsättningar som krävdes för att upprätta en trygg vårdrelation valde ambulanspersonalen att ignorera sin egen oro och osäkerhet genom att rikta sitt fokus mot patienten; att söka närhet (Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2003, 2004a; Nordén, Hult & Engström 2013; Svensson & Fridlund 2008; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Detta underlättades av ambulansens inre miljö som upplevdes skapa den avskildhet och det lugn som krävdes för att hantera svåra vårdssituationer. Under dessa förhållanden uppkom en naturlig fysisk närhet mellan ambulanspersonal och patient. Detta ansågs särskilt viktigt i omvårdanden av barn (Nordén, Hult & Engström 2013).

I kritiska situationer upplevde ambulanssjuksköterskan det svårt att räkna till för de anhöriga, speciellt om patientens åkomma eller skador bedömdes livshotande (Nordén, Hult & Engström 2013; Larsson & Engström 2013; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Dock ansågs det viktigt att en god relation upprättades då deras stöd kunde vara oumbärligt för att kunna hantera en svår situation, t.ex. genom att de kunde ge information om vad som hänt, patientens sjukdomshistoria etc. (Larsson & Engström 2013; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Särskilt viktigt upplevdes det att skapa en god kontakt med föräldrarna till sjuka eller skadade barn. En trygg förälder ansågs som en tillgång i kommunikationen med barnet och uppnåddes genom att bemöta och ge föräldrarna information på ett lugnt sätt, samt genom att involvera dem i vården (Nordén, Hult & Engström 2013).

Att arbeta i väl sammansvetsade team upplevdes av ambulanspersonalen ge en ökad känsla av trygghet (Abelsson & Lindwall 2012; Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2004a; Larsson & Engström 2013; Svensson & Fridlund 2008; Suserud & Haljamäe 1997). Ute på larm var ambulanssteamet relativt isolerat vilket innebar att de måste komplettera varandra väl samt förlita sig på sin gemensamma erfarenhet och kunskap. Att tillsammans ta sig igenom svåra situationer och uppleva starka känslor skapade en unik samhörighet inom gruppen. Detta beskrevs som att teamets medlemmar förstod varandra utan att behöva uttrycka sig verbalt och arbetade i flow tillsammans (Ahl et al. 2005). Jargong kollegor emellan, företrädelsevis

innehållande svart humor, användes som en ventil för stress. Dock ansågs det olämpligt vid särskilt tragiska situationer som t.ex. när barn var inblandade, eller om patienten och/eller anhöriga kunde höra (Jonsson & Segesten 2004a). På en olycksplats intog ambulanssjuusköterskan ofta en ledande roll vilket krävde såväl formell som reell kunskap (Abelsson & Lindwall 2012; Romanzini & Bock 2010; Suserud & Haljamäe 1997). Den oerfarne överväldigades lättare av alla intryck i den obekanta och stressande situationen, att följa en mer erfaren kollegas ledning uppskattades därav och ingav trygghet. Således var ett sätt att skapa kontroll i situationen att i förväg bestämma vem som ska ha den ledande rollen (Ahl et al. 2005; Abelsson & Lindwall 2012; Suserud & Haljamäe 1997).

Att vara väl förtrogen med behandlingsriktlinjerna upplevdes av ambulanspersonalen ge ett gott stöd för ett strukturerat arbetssätt, genom att tillhandahålla en övergripande handlingsplan för vårdinsatsen (Abelsson & Lindwall 2012; Romanzini & Bock 2010; Suserud & Haljamäe 1997; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Vidare gav möjlighet att tillkalla extern hjälp en ökad trygghet samt minskade känslor av isolering och sårbarhet, t.ex. att kunna ringa sjukhuset för att få rådgivning och stöd i olika behandlingsbeslut eller att tillkalla en barnmorska (Svensson & Fridlund 2008). Även den tekniska utrustningen upplevdes ge ett gott stöd för bedömning och behandling av dem som var väl förtrogen med dess funktioner. Det visade bland annat Larsson och Engström (2013) studie genom att belysa hur behandlingsstödet LUCAS (Lund University Cardiopulmonary Assist System) vid ett hjärtstopp gav ambulanssjuusköterskorna fria händer att utföra andra åtgärder, samt bidrog till en säkrare arbetsmiljö då bilbältet kunde användas under transport. Deltagarna i Wireklint Sundström och Dahlberg (2012) studie belyste dock att en viss risk fanns för distansering från, och objektivering av, patienten om för stort fokus riktades till den tekniskt betonade delen av vården.

3.3 Efter mötet - Att gå vidare

3.3.1 Att vinna professionell och personlig utveckling

För att lyckas gå vidare efter svåra upplevelser var det viktigt för ambulanspersonalen att finna förståelse, endast då var det möjligt att lämna känslorna av meningslöshet bakom sig (Jonsson & Segesten 2003, 2004a). Detta uppnåddes lättast om upplevelsen användes som en möjlighet till professionell och personlig utveckling. Vilket förutsatte att upplevelsen internaliserades i ambulanspersonalens livsvärld genom reflektion, både i ensamhet och tillsammans med andra (Abelsson & Lindwall 2012; Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten

2003, 2004a; Larsson & Engström 2013). För att detta skulle lyckas ansågs det viktigt att aktivt möta sina intryck och reaktioner på det som upplevts (Jonsson & Segesten 2003, 2004a). Ambulanspersonalen hade ett stort behov av att få bekräftelse för att kunna bearbeta sina upplevelser. Detta kunde uppnås genom att jämföra sina handlingar med vad en annan mer erfaren kollega skulle gjort i samma situation. Detta besvarade frågor som; ”*Vad gjorde jag rätt?*” ”*Vad kunde gjorts bättre?*” (Abelsson & Lindwall 2012; Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2003). Många önskade även att kunna få direkt bekräftelse om hur det gått för patienten efteråt, om de bedömningar och behandlingsåtgärder som initialt vidtagits varit korrekta. Detta motiverades genom påpekanden att det annars fanns en risk för att patienter konstant skulle felbedömas och att viktiga utvecklingsmöjligheter för ambulanssjukvården gick förlorade (Abelsson & Lindwall 2012; Jonsson & Segesten 2003; Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013).

Inom ambulanssteamet delades många erfarenheter, insikter och känslor spontant. Att öppet kunna prata om svåra känslor både förutsatte och skapade en trygg, accepterande och respektfull atmosfär. Detta stärkte sammanhållningen och gav en god grund för att tillsammans bearbeta svåra situationer (Ahl et al. 2005; Larsson & Engström 2013). Deltagare i Larsson och Engström (2013) studie beskriver att organiserad debriefing sällan förekom, undantaget efter katastrofer där Suserud och Haljamäe (1997) belyser dess värdefulla nytta för bearbetningsprocessen. Stöd kunde även sökas utanför arbetsgruppen; hos vänner, anhöriga eller en sjukhuspräst. Genom samtal kunde en annan människa fungera som en container för svåra känslor som skam och skuld, vilket gjorde det lättare att gå vidare (Jonsson & Segesten 2004a; Svensson & Fridlund 2008).

En strategi, som frekvent användes av ambulanspersonalen, för att bearbeta svåra känslor på egen hand var att tillämpa en inre dialog. Detta fungerade som en reflektion över hur situationen hanterats. För att detta skulle fungera fördelaktigt krävdes både gedigen erfarenhet av arbete inom ambulanssjukvården, för att kunna ställa olika tänkbara handlingsalternativ mot varandra, samt positiva erfarenheter från tidigare liknande copingförsök. Icke verbala sätt för att bearbeta de svåra känslorna var att ge dem utlopp under fysisk aktivitet, t.ex. genom att spela fotboll eller hockey (Jonsson & Segesten 2004a).

3.3.2 Att förlora sig själv

Om ambulanspersonalens upplevelser varit särskilt svåra, om de känslor som därigenom uppkommit skrämde så mycket att de undertrycktes, och/eller om det sociala stödet brast fanns en stor risk att känslor av skam, skuld och självföreläelser stannade kvar och

undergrävde deras självbild (Jonsson & Segesten 2004a). Ur detta kunde allvarlig psykisk ohälsa utvecklas, t.ex. posttraumatiskt stressyndrom- PTSD (Jonsson & Segesten 2004a, 2004b). Jonsson och Segesten (2004b) studie visade att ett visst samband kunde skönjas mellan lång anställningstid inom ambulanssjukvården och förekomst av symptom för PTSD. Obearbetade känslor väcktes till liv då ambulanspersonalen utsattes för specifika sinnesintryck; vanligen via syn, hörsel och lukt, som utlöste okontrollerbara, påträngande minnesbilder. Detta gav upphov till en känsla av överklighet; att världen upplevdes som kaotisk utom kontroll (Jonsson & Segesten 2003, 2004a). Vidare ledde dessa svårigheter till isolering då engagemang för andra människor försvårades genom bristande förmåga att känna empati. Detta medförde betydande försämringar av både den professionella och sociala prestationsförmågan. Vid bristande förmåga till närhet i patientrelationen var det inte längre möjligt att tillgodose patientens behov ur ett fullt integrerat perspektiv (Jonsson & Segesten 2004a).

3.4 De inkluderade artiklarnas urval

Metod för urval redovisades i fem artiklar. Ett strategiskt urval var vanligast och motiverades av Abelsson och Lindwall (2012) utifrån en önskan om att uppnå en god geografisk spridning i det valda upptagningsområdet, samt att det strategiska urvalet var en förutsättning för den analysmetod de tillämpat. Jonsson och Segesten (2003) valde strategiskt ut de berättelser om traumatiska händelser som de fann mest detaljerade och informationsrika. Ytterligare två studier tillämpade strategiskt urval för att uppnå god spridning vad beträffar kön, ålder, utbildningsnivå och arbetslivserfarenhet (Jonsson & Segesten 2004a; Svensson & Fridlund 2008). Larsson och Engström (2013) skrev att de tillämpat ändamålsenligt urval utifrån de angivna inklusionskriterierna.

Någon form av urvalskriterier redovisades för nio studier. För deltagande i studier av Abelsson och Lindwall (2012), Larsson och Engström (2013) samt Nordén, Hult och Engström (2013) krävdes både specialistsköterskekompetens och erfarenhet inom ambulanssjukvård. Ett minimum av 2,5 års arbetserfarenhet inom ambulanssjukvård sattes av Abelsson och Lindwall (2012), medan Larsson och Engström (2013) liksom Nordén, Hult och Engström (2013) efterfrågade minst 2 år samt att erfarenheterna skulle inkludera utförande av prehospital hjärt-lungräddning (CPR) respektive att prehospitalt ha vårdat svårt sjuka och skadade barn. Specifika erfarenheter hos sjuksköterskorna efterfrågades även av Suserud och Haljamäe (1997) som angav arbete vid en av två utvalda katastrofplatser som inklusionskriterie. Jonsson och Segesten (2004a) inkluderade deltagare med erfarenheter av

traumatiska händelser så som författarna definierat dem innan studien inleddes, medan Ahl et al. (2005) sökte deltagare med mer allmän erfarenhet av ambulanssjukvård i kombination med god förmåga att beskriva denna. Ingen av ovannämnda studier angav några exklusionskriterier. Tre studier redovisade endast exklusionskriterier. Jonsson och Segesten (2004b) angav att deltagare som både innehade brandkårs- och ambulanstjänstgöring exkluderades. Romanzini och Bock (2010) exkluderade alla sjuksköterskor som inte arbetade aktivt vid det mobila akutteamet under september 2007. Wireklint Sundström och Dahlberg (2012) exkluderade deltagare med mindre än 1 års erfarenhet av ambulanssjukvård, samt de deltagare som var nära vän till Wireklint Sundström, som var ansvarig för datainsamlingen.

I fem av de inkluderade artiklarna beskrivs hur rekryteringsprocessen gått till. Två studier (Abelsson & Lindwall 2012; Larsson och Engström 2013) rekryterade sina deltagare genom att låta ambulansstationernas chefer ge muntlig och skriftlig information om studiens syfte till de deltagare som mötte inklusionskriterierna. Jonsson och Segesten (2003) hänvisade till att de använt deltagare som redan rekryterats för en enkätstudie. Nordén, Hult och Engström (2013) delade själva ut inbjudan för deltagande i studien till de sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. Suserud, Blomquist och Johansson (2002) valde ut en kontaktperson ur personalgruppen för varje ambulansstation. Denna person ansvarade för att dela ut enkäterna till alla i personalgruppen och samlade sedan in dem.

I sju artiklar redovisas eventuellt bortfall. Jonsson och Segesten (2003) informerade att 500 enkäter skickades ut för en annan studie, där information för deltagande även i denna studie skickades med. 223 deltagare bidrog med berättelser om traumatiska upplevelser. Av dessa valdes 54 berättelser (25%) strategiskt ut för att representera resultatet. Jonsson och Segesten (2004b) skickade ut 500 enkäter och 362 av dessa returneras besvarade. Larsson och Engström (2013) fann 15 möjliga deltagare, 7 av dessa valde att delta i studien. Nordén, Hult och Engström (2013) informerade att samtliga 8 deltagare som tillfrågades valde att delta. Romanzini och Bock (2010) uppgav att studiens 9 deltagare utgör 56,2% av de verksamma ambulanssjuksköterskorna vid enheten. Suserud, Blomquist och Johansson (2002) gav ut 72 enkäter varav 66 blev besvarade. Wireklint Sundström och Dahlberg (2012) redovisade att 36 personer arbetade på den ambulansstation som studien utfördes vid. Av dessa deltog 15 i de 25 situationer som valdes ut för analys, 5 personer exkluderades utifrån beskrivna kriterier.

Någon form av kontextbeskrivning återfanns i elva artiklar. Majoriteten av dessa studierna var utföra i Sverige, undantaget Romanzini och Bock (2010) från Brasilien. Sveriges västra delar representerades i sex artiklar (Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2003, 2004b; Suserud, Blomquist & Johansson 2002; Suserud & Haljamäe 1997; Wireklint Sundström &

Dahlberg 2012). Där Suserud och Haljamäe (1997) ytterligare preciserade sin kontext genom att beskriva de två verkliga katastrofhändelser de utgått ifrån; en tågolycka och en spårvagnsolycka. Wireklint Sundström och Dahlberg (2012) gav en bild av hur landsbygdsområdet var befolkat genom att ange befolkningmängden, 275 000 personer, för det totalområde om 13 000 km² som vald ambulansstation trafikerade tillsammans med sex andra stationer. Södra Sverige representerades av Svensson och Fridlund (2008) samt Larsson och Engström (2013) som även preciserar att deltagarna i deras studie använde behandlingsstödet LUCAS. Nordén, Hult och Engström (2013) hade fyra deltagare vardera från Sveriges södra respektive norra del. Abelsson och Lindwall (2012) redovisade endast att deras deltagare kom från olika delar av två svenska län, men gav ingen information om var dessa var belägna.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet visade att ambulanspersonalen i stor utsträckning hanterade sina upplevelser utifrån tidigare kunskaper och erfarenheter, samt att förmåga till interaktion med andra var elementär, både före, under och efter mötet med patienten. I särskilt krävande situationer upplevdes det svårt att upprätthålla den balans mellan närhet och distans, som erfordrades för att vårda på ett fullt integrerat sätt. Om identifikation med patienten blev allt för stark förlorades förmågan till distans, och därmed även den överblick som krävdes för att kunna förstå det inträffade, samt identifiera de avgörande faktorerna som styr val och planering av vårdåtgärder. Samtidigt fanns en risk, om ambulanspersonalen distanserade sig i allt för stor utsträckning, att patienten objektifierades och inte sågs utifrån sina unika behov och önskemål. Genom reflektion kunde svåra upplevelser bearbetas vilket gynnade professionell och personlig utveckling. Att öppet söka stöd hos andra var en viktig del under denna bearbetningsprocess.

Av de tolv inkluderade artiklarna angav fem vilken urvalsmetod som använts. Nio av tolv artiklar angav någon form av urvalskriterier. Hur rekryteringsprocessen gått till beskrevs i fem artiklar. I sju artiklar redovisades eventuellt bortfall och kontexten beskrevs i någon form för alla studier utom en.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Vård på ett fullt integrerat sätt

Att vårda på ett fullt integrerat sätt innebär att se patienten ur ett mångdimensionellt perspektiv och ta hela dennes livsvärld i beaktande under omvårdnadsprocessen. För att detta ska vara möjligt krävs det att patienten blir delaktig utifrån sina förutsättningar, vilket innebär att bjudas in, känna sig trygg och sedd för att därigenom kunna uttrycka sina behov och önskemål (Ahl et al. 2005; Bruce, Dahlberg & Suserud 2003b; Holmberg & Fagerberg 2010; Snellman 2009; Wireklint Sundström & Dahlberg 2010, 2012). Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att det är ambulanssjuksköterskans ansvar att skapa de förutsättningar som krävs för denna interaktion och därigenom upprätta en god vårdrelation. Denna ses även ligga till grund för en korrekt bedömning av patientens vårdbehov, vilket leder till att både medicinska resurser och omvårdnadshandlingar kombineras utifrån ett holistiskt perspektiv (Bruce, Dahlberg & Suserud 2003b; Holmberg & Fagerberg 2010; Snellman 2009; Wireklint Sundström & Dahlberg 2010). Utöver detta är det viktigt att beakta den obalans som ofrånkomligen uppstår i alla vårdrelationer. Denna har sin grund i de olika parternas förutsättningar i vårdkontexten där ambulanssjuksköterskan är den som har tillgång till kunskaper, färdigheter och resurser, samt utöver detta tillskrivs både auktoritär och social legitimitet. Medan patienten, som är i behov av hjälp, således befinner sig i ett utsatt och sårbart läge. Till den som ges makt ges även ansvar för att i möjligaste mån utjämna denna obalans och använda sin makt på sådant sätt att det gynnar samt stärker den sårbare. Att inte förstå och ta detta ansvar innebär en överhängande risk för att vårdlidande uppstår (Bremer 2016b; Snellman 2009). För att kunna möta och hantera båda dessa ansvarsområden kan coping ses som ett värdefullt verktyg. Genom coping kan ambulanssjuksköterskan både stödja och vägleda patienter i olika stressfyllda situationer, utan att patienten förlorar sig själv. Vidare kan även de egna känslorna som väcks i mötet med den sårbare patienten hanteras, och emotionell överbelastning undvikas, vilket är viktigt för att upprätthålla sin empatiska förmåga under ett långt yrkesliv (Harris Kalfoss 2011). Resultatet visade att ambulanspersonalen i stor utsträckning förlitade sig på sin tidigare kunskap och erfarenhet, för att kunna hantera sina upplevelser och fokusera på vårdmötet, i den stundtals kaosartade miljön som ambulanssjukvården erbjuder (Ahl et al. 2005; Abelson & Lindwall 2012; Jonsson & Segesten 2004a; Nordén, Hult & Engström 2013; Romanzini & Bock 2010, Suserud & Haljamäe 1997; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Detta speglades även ur ett copingperspektiv (Harris Kalfoss 2011; Krohne 2002; Lazarus & Folkman 1984) där den

primära bedömningen kunde ses starta redan då ambulanspersonalen mottog larmcentralens information. Denna användes för att utifrån tidigare erfarenheter skapa en mental bild av de utmaningar som väntade (Jonsson & Segesten 2004a; Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Bilden fungerade som ett underlag för den sekundära bedömningen där olika behandlingsriktlinjer repeterades samt den utrustning som kunde tänkas vara aktuell att använda gick igenom (Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013). Dessa två delar av copingprocessen startade sedan om i den stund som ambulanspersonalen kom fram till patienten och situationens hela omfattning blottades (Jonsson & Segesten 2004a; Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Att utifrån de bedömningar som gjorts kunna tillämpa olika copingstrategier i samspel med varandra betonades som positivt även i andra studier (Alexander & Klein 2001; Mendonça Ribeiro, Alcalá Pompeo, Pinto & de Cassia Helú Mendonça Ribeiro 2015; Rodrigues & Chaves 2008). För hantering och kontroll av de egna känslorna användes emotionsbaserad coping, t.ex. då ambulanspersonalen använde sin oro inför mötet genom att låta den trigga deras vakenhet och beredskap (Jonsson & Segesten 2004a; Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012) samt att under mötet tränga undan oron och välja att uppträda lugnt inför patienten (Jonsson & Segesten 2003, 2004a; Nordén, Hult & Engström 2013; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012).

4.2.2 Samarbete

Samstämmighet återfanns bland flera av resultatets artiklar vad gäller vikten av ett gott samarbete med andra för att uppnå optimal vårdkvalitet inom ambulanssjukvården (Abelsson & Lindwall 2012; Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2004a; Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013; Romanzini & Bock 2010; Svensson & Fridlund 2008; Suserud & Haljamäe 1997). Holmberg och Fagerberg (2010) menar att ett gott samarbete mellan kollegor är en fundamental förutsättning för att hela den prehospitla vårdkedjan ska fungera. Gunnarsson och Warrén Stomberg (2008) styrker hur viktig tilliten inom det väl sammansvetsade teamet är, för att skapa den trygghet som krävs för att samarbetet ska nå sin fulla potential. Vidare bekräftas även att en god kontakt med de anhöriga är betydelsefull, då de är en viktig resurs för att kunna ge optimal vård. Särskilt i situationer där barn är inblandade (Bruce, Dahlberg & Suserud 2003b; Nordén, Hult & Engström 2013; Larsson & Engström 2013; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012).

Det goda samarbetet kan även ses som en effektiv copingresurs (Harris Kalfoss 2011; Krohne 2002; Lazarus & Folkman 1984) som frekvent brukades av ambulanspersonalen inom ramen för den problembaserade copingstrategin både inom ambulanssteamet samt tillsammans med patienten och med de anhöriga (Abelsson & Lindwall 2012; Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2004a; Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013; Svensson & Fridlund 2008; Suserud & Haljamäe 1997; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012).

4.2.3 Reflektion

Med hjälp av reflektion, i viss mån på egen hand men framförallt genom samtal med andra, kunde intryck och känslor få utlopp samt struktureras genom bearbetning. Under denna process kunde de tillsynes meningslösa händelserna tillskrivas ett värde i efterhand genom att meningsskapande coping tillämpades (Abelsson & Lindwall 2012; Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2003, 2004a). Att däremot fortsätta att undertrycka och förneka sina känsloupplevelser, som fungerade väl både inför och under mötet med patienten, fick i detta skede ödesdiga konsekvenser för ambulanspersonalen. Främst då det på lång sikt kunde leda till betydande psykisk ohälsa med nedsatt professionell och social prestation som följd (Jonsson & Segesten 2003, 2004, 2004b). Alexander och Klein (2001) belyser i likhet med Jonsson och Segesten (2004b) att lång erfarenhet inom ambulanssjukvården inte enbart kan ses som fördelaktig. Vidare belyser Alexander och Klein (2001) att psykisk ohälsa generellt är vanligare hos ambulanspersonal jämfört med befolkningen i stort, vilket de anser kan ha sin grund i att de som arbetat länge inom ambulanssjukvården haft en längre exponering för akuta traumatiserande situationer. De menar då att detta har en ackumulativ effekt, att återhämtning inte hinner tillgodoses, i kombination med bristande förmåga till coping. Vidare visar de att 94% av deltagarna bearbetar sina upplevelser genom att samtala med sina kollegor, vilket 96% av dem finner funktionellt. 84% av deltagarna väljer att hålla en del tankar och känslor inombords, vilket 71% av dessa upplever som ineffektivt ur ett copingperspektiv. Brink, Bäck-Pettersson och Sernert (2012) menar att en strukturerad modell av debriefing fungerade som ett verktyg för att lära sig och utveckla sina copingstrategier. Att göra sig medveten om sina copingstrategier är en förutsättning för att utvecklas i sin professionella roll, men det möjliggör även personlig utveckling. Att lyckas i denna ansats innebär att omvårdnadsarbetet i högre grad upplevs som meningsfullt och utvecklande, vilket leder till ökad arbetstillfredsställelse och minskad sjukfrånvaro (Mendonça Ribeiro, Alcalá Pompeo, Pinto & de Cassia Helú Mendonça Ribeiro 2015; Rodrigues & Chaves 2008).

Utifrån detta anser författarna till föreliggande litteraturstudie att debriefing borde användas på ett mer strukturerat sätt än vad som verkar vara fallet i dagsläget (Larsson & Engström 2013). Aasa och Wiitavaara (2016) definierar den formella debriefingen som att gemensamt utvärdera de åtgärder som vidtagits, i syfte att bedöma och bekräfta deras giltighet, utifrån de resultat som uppnåtts. I och med detta kan ambulanspersonalen befrias från det ansvar de burit i situationen. Detta styrks av Lynch och Cole (2006) som anser att strukturerad debriefing i en icke skuldbeläggande miljö öppnar möjligheter för att direkt lätta på den överväldigande stress som ansatt vårdaren, samt att det markant kan reducera risken för utveckling av långvarig psykisk ohälsa. Även McBrien (2007) anser att en mer formell inramning av reflektion är att föredra utifrån ett produktivt perspektiv, då vårdaren i andra sammanhang kan fastna i ett tillstånd där upplevelsen enbart beskrivs, och den viktiga analyserande delen av reflektionsprocessen går förlorad. Gunnarsson och Warrén Stomberg (2008) beskriver hur det som ses som misstag genom reflektion kan skapa ny kunskap hos vårdaren, som i efterhand kan se andra möjliga handlingsalternativ och med detta göra sig mer förberedd och rustad inför liknande situationer i framtiden. Brink, Bäck-Pettersson och Sernert (2012) belyser värdet i att kollegor inom hela arbetslaget delar sina upplevelser, då detta ger samtliga möjligheter att tillskansa sig större erfarenhet. Vilket inte minst var av stor nytta för de som nyligen börjat arbeta inom ambulanssjukvården.

4.3 Granskning av inkluderade artiklars urval

En klar majoritet av de inkluderade artiklarna i föreliggande litteraturstudie var kvalitativa. Endast Jonsson och Segesten (2004b) använder sig av kvantitativ ansats medan Suserud, Blomquist och Johansson (2002) tycks tillämpa en mix av dessa. Utifrån detta utformades de granskningskriterier för urvalet som använts med hjälp av de guidelines som Polit och Beck (2016) tillhandahåller, för i första hand kvalitativa studier.

Polit och Beck (2016) anser att en fullgod beskrivning av urvalet bör innehålla urvalsmetod, vilka inklusions- och exklusionskriterier som använts, i vilken kontext deltagarna befinner sig och hur rekryteringsprocessen gått till samt beskrivning av eventuellt bortfall. Endast två studier uppfyller samtliga av dessa kriterier (Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013). Författarna av föreliggande litteraturstudie misstänker att en av orsakerna till detta är att de flesta av de inkluderade artiklarna är betydligt äldre än 5 år, endast fyra är publicerade 2012 eller senare. På senare tid har medvetenheten ökat för vad som kan göras för att säkra den kvalitativa forskningens vetenskapliga värde, genom att

forskaren tydligt redovisar hur arbetet utförts utifrån trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet (Polit & Beck 2016).

Den kvalitativa forskningen syftar ofta till att beskriva olika fenomen, t.ex. deltagarnas upplevelser och erfarenheter. För att belysa detta krävs att deltagarna har varit med om det som önskas studeras. Därför är en strategisk och/eller ändamålsenlig urvalsmetod ett bra alternativ för dessa studier (Polit & Beck 2016), vilket även visades genom att samtliga av de inkluderade studierna som redovisat urvalsmetod valt någon av dessa (Abelsson & Lindwall 2012; Jonsson & Segesten 2003, 2004a; Larsson & Engström 2013; Svensson & Fridlund 2008). Fördelarna med denna urvalstyp är att det teoretiskt ger deltagare som kan lämna de mest berikande beskrivningarna av det fenomen som ska studeras. Samtidigt som det är möjligt att spegla variation i urvalsgruppen genom att sätta särskilda kriterier vad gäller ålder, kön, utbildning, arbetserfarenhet, civilstånd etc. Då forskaren helt styr urvalet och vilka ytterligare kriterier som bör uppfyllas, utifrån sin förförståelse, finns en liten risk att personer som saknar dessa attribut, men ändå skulle kunna belysa forskningsfrågan ur en annan vinkel, går förlorade. Det kräver även att deltagaren ska kunna uttrycka sig väl i sitt berättande eller i skrift om sådan datainsamlingsmetod väljs (Polit & Beck 2016).

Alla artiklar utom en (Jonsson & Segesten 2004a), redovisar någon form av miljöbeskrivning, vilket gav läsaren möjlighet att bedöma om rätt grupp av deltagare valts ut för studiens syfte, samt vilka liknande miljöer som resultatet skulle kunna tänkas appliceras på (Polit & Beck 2016). Urvalskriterier ger ytterligare möjlighet att förstå undersökningsgruppens sammansättning och deras villkor för att beskriva fenomenet, vilket i likhet med kontextbeskrivningen är en förutsättning för att tillförlitligt kunna förstå och tolka resultatet i en vidare mening (Polit & Beck 2016). Nio artiklar anger urvalskriterier i någon form (Abelsson & Lindwall 2012; Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2004a, 2004b; Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013; Romanzini & Bock 2010; Suserud & Haljamäe 1997; Wireklint Sundström & Dahlberg 2012). Men för två av dessa (Ahl et al. 2005; Jonsson & Segesten 2004a) beskrivs inte undersökningsgruppen på sådant sätt att det går att avgöra om författarna lyckats i sin ansats att skapa god spridning inom gruppen.

De artiklar som redogjorde för sin rekryteringsprocess gav sina läsare möjlighet till en djupare inblick och förståelse för hur undersökningsgruppen skapades, dvs. under vilka förutsättningar. Om dessutom eventuellt bortfall redovisas stärks denna bild ytterligare (Polit & Beck 2016). Båda dessa kriterier uppfylldes av fyra studier (Jonsson & Segesten 2003; Larsson & Engström 2013; Nordén, Hult & Engström 2013; Suserud, Blomquist & Johansson 2002).

4.4 Metoddiskussion

Grundtanken med föreliggande litteraturstudie var att beskriva hur ambulanssjuksköterskor upplever och hanterar sin arbetssituation. Men när de 12 artiklarna, som valda sökstrategier och urvalsprocess gett upphov till, lästes grundligt upptäcktes det att vissa av dem innehöll deltagargrupper med både ambulanssjuksköterskor och ambulanssjukvårdare. Då det inte tydligt framgick vem som sade vad så borde dessa artiklar egentligen exkluderats om studiens ursprungliga syfte skulle följas. Dock utgjorde dessa artiklar en betydande del av materialet genom att representera studier som belyste viktiga perspektiv för att frågeställningar och syfte skulle kunna besvaras. Därför beslutades, efter diskussion med handledare, att dessa artiklar skulle inkluderas genom att syftet breddades för att beskriva hur ambulanspersonal upplever och hanterar sin arbetssituation. Detta anses inte ha begränsat studiens resultat, utan snarare berika det, genom att ge en bredare och mer sanningsenlig bild av hur ambulansvårdens verklighet ser ut.

Artiklarna söktes via databaserna PubMed och Cinahl utifrån deras erkänt stora räckvidd vad gäller vetenskapliga publikationer inom hälso- och sjukvård respektive omvårdnad (Polit & Beck 2016). I efterhand kan författarna till föreliggande litteraturstudie anse att sökningar även borde gjorts genom databasen PsycINFO, som innehåller litteratur inom det psykiatriska området, där ytterligare relevanta artiklar skulle kunna hittats. Vidare gjordes ingen manuell sökning, som borde gjorts som en komplettering, efter sökningarna i databaserna (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016), vilket medför att relevanta artiklar kan ha förlorats.

Sökordens definition veriferades innan användning i respektive databas tesaurus, i syfte att kontrollera om dess betydelse stämde överens med avsedd användning (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016). I efterhand upplever författarna till föreliggande litteraturstudie att större eftertanke och reflektion av sökresultatet, utifrån valda sökord, borde tillämpats och getts ett större utrymme innan bearbetningsprocessen påbörjats. Det är möjligt att ett bredare urval av artiklar skulle blivit tillgängliga om vissa sökord slopats, t.ex. *experience*, och andra sökord valts, exempelvis *coping*. Detta är viktiga lärdomar som författarna till föreliggande litteraturstudie tar med sig i sin fortsatta akademiska utveckling.

Begränsningarna som gjordes i Cinahl var filtret *peer reviewed*. Detta medförde att sökningen till viss mån kunde ges en högre vetenskaplig kvalitet, genom att de artiklar som visades i träfflistan genomgått granskning innan publikation (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016). Vidare användes också filtret *linked full text* för att endast få fram studier där hela artikeln kunde läsas. I PubMed finns inget sådant filter tillgängligt. Istället valdes den träfflista som endast visade de artiklar som fanns tillgängliga via Högskolan i Gävles

bibliotek. Detta kan ses som en begränsning eftersom relevanta artiklar kan ha förlorats, ändock krävs att hela artikeln kan läsas för att den ska kunna ingå i studien.

Studier utförda i annan miljö än i ambulanssjukvården eller som beskrev patienternas eller anhörigas upplevelser exkluderades. Detta gjordes eftersom det inte var relevant utifrån föreliggande studies syfte. Även andra litteraturstudier exkluderades då en ny litteraturstudie inte kan byggas utifrån deras resultat. Vidare exkluderades även artiklar som var skrivna på annat språk än vad författarna behärskar. Detta medför att relevanta artiklar kan ha förlorats, men otillräckliga språkkunskaper skulle resulterat i att dessa artiklar inte kunnat tolkas och bearbetas på ett korrekt sätt.

En klar majoritet av de artiklar som vald sökstrategi gav upphov till presenterade svenska studier, endast en studie var utförd i Brasilien. Ytterligare två brasilianska studier hittades, men inkluderades inte, då endast abstrakt fanns tillgängligt på engelska. Artikelns fulltext version fanns enbart på portugisiska. Författarna till föreliggande litteraturstudie tror att det skulle kunna vara användningen av sökordet nurse som gett denna fördelning. Eftersom flera andra länder inte har detta uttalade kompetenskrav. Vilket även måste tas i beaktande om litteraturstudiens resultat ska överföras till andra kontexter.

En styrka med föreliggande litteraturstudie anses vara att författarna enskilt har tolkat och kodat artiklarna i syfte att bibehålla sin objektivitet, vilket även kan ses stärka studiens pålitlighet (Polit & Beck 2016; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016). Artiklarnas urval granskades med stöd av guidelines som utarbetats av Polit och Beck (2016), detta för att öka granskningens kvalitet. Oredlighet, så som plagiering, har undvikits genom att god referenshantering tillämpats (Forsberg & Wengström 2008; Hellberg & Söld 2015; Olsson & Sörensen 2011; Polit & Beck 2016). Vidare anser författarna till föreliggande litteraturstudie att tillämpning av peer debriefing stärkt dess trovärdighet (Polit & Beck 2016; Wallengren & Henricson 2012).

En svaghet som uppmärksammades var att merparten av de inkluderade artiklarna var äldre än 5 år, vilket kan medföra att resultatet kan uppfattas som inaktuellt. Dock anser författarna att de upplevelser och de hanteringsstrategier som framkommer ändå kan räknas som aktuella utifrån de krav som ställs på ambulanspersonalen även i dagsläget. Eftersom katastrofsituationer är ovanliga i Sverige inkluderades studien av Suserud och Haljamäe (1997) trots dess något daterade årtal, då det var den enda funna artikeln som belyste sjuksköterskors upplevelser samt hantering av dessa.

4.5 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning

Författarna anser att föreliggande litteraturstudie kan bidra med både vägledning och kunskap för såväl nyutexaminerade som mer erfarna sjuksköterskor, genom att stimulera skapandet av yrkesidentitet och ge nya infallsvinklar för personlig utveckling i yrkesrollen. Då alla sjuksköterskor förutsätts ha beredskap för akuta situationer och krishantering kan den inblick som ges av hur ambulanspersonalen upplever och hanterar sin arbetssituation stimulera till en ökad förmåga att vara förberedd inför det oförberedda. Då all form av omvårdnad är komplex förutsätts det att sjuksköterskan förstår sin roll och är villig att ständigt utvärdera och förbättra både sina emotionella och vetenskapliga kunskaper.

Fortsatta studier för hur ambulanspersonalen upplever och hanterar sin arbetssituation är nödvändiga, då det kan leda till ökad kunskap och förbättringar vad gäller hantering av svåra upplevelser. För fortsatt forskning skulle både kvantitativa och kvalitativa studier vara av intresse, t.ex. med avseende på hur strukturerad debriefing kan förbättra den psykiska hälsan hos ambulanspersonalen.

4.6 Slutsats

Resultatet visade att ambulanspersonalen i stor utsträckning hanterade sina upplevelser utifrån tidigare kunskaper och erfarenheter, vilka även sågs ligga till grund för hur det vårdande mötet förbereddes, skapades och sedan bearbetades tillsammans med kollegor, patient och/eller de anhöriga. I särskilt krävande situationer upplevdes det svårt att upprätthålla den balans mellan närhet och distans, som erfordrades för att vårda på ett fullt integrerat sätt. Under bearbetningsprocessen sågs reflektion som ett viktigt verktyg för att kunna omsätta sina upplevelser till en medvetenhet och förståelse för sina styrkor samt svagheter. Därmed kunde både professionell samt personlig utveckling vinnas, genom att ambulanspersonalen tillskansar sig utökad medicinsk- och omvårdnadsmässig kunskap likväl som ökad självkänedom. Detta var en förutsättning för att i en utsatt miljö fungera optimalt i sin vårdande roll. Ökad kunskap inom området anses därav vara betydelsefull för att säkra den psykiska hälsan hos ambulanspersonalen, både på kort och lång sikt. Därför skulle ytterligare forskning om hur upplevelser och erfarenheter på bästa sätt omsätts till kunskap vara värdefull.

Referenser

* = Markerar artiklar som ingår i studiens resultatdel.

Aasa, U. & Wiitavaara, B. (2016). Personalens hälsa och arbetsmiljö. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. 2. uppl., Stockholm: Liber AB, ss. 72-79.

* Abellsson, A. & Lindwall, L. (2012). The Prehospital assessment of severe trauma patients`performed by the specialist ambulance nurse in Sweden – a phenomenographic study. *BioMed Central*, 20(67), ss. 1-8. DOI: 10.1186/1757-7241-20-67

* Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint Sundström, B., Jonsson, A. & Suserud, B.O. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency Nurse*, 13(8), ss. 30-36. DOI: 10.7748/en2005.12.13.8.30.c1203

Alexander, D. A. & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), ss. 76-81. DOI: 10.1192/bjp.178.1.76

Andersson Hagiwara, M. & Wireklint Sundström, B. (2016). Vårdande och systematisk bedömning. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. 2. uppl., Stockholm: Liber AB, ss. 179-210.

Bremer, A. (2016a). Dagens ambulanssjukvård. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. 2. uppl., Stockholm: Liber AB, ss. 48-64.

Bremer, A. (2016b). Den mångfacetterade delaktigheten. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. 2. uppl., Stockholm: Liber AB, ss. 65-71.

Brice, J. H., Studnek, J. R., Bigham, B. L., Martin-Gill, C., Custalow, C. B., Hawkins, E. & Morrison, L. J. (2012). EMS Provider and Patient Safety during Response and Transport: Proceedings of an Ambulance Safety Conference. *Prehospital Emergency Care*, 16(1), ss. 3-19. DOI: 10.3109/10903127.2011.626106

- Brink, P., Bäck-Pettersson, S. & Sernert, N. (2012). Group supervision as a means of developing professional competence within pre-hospital care. *International Emergency Nursing*, 20(2), ss. 76-82. DOI: 10.1016/j.ienj.2011.04.001
- Bruce, K., Dahlberg, K. & Suserud, B-O. (2003a). Initial assessment in ambulance nursing- part one. *Emergency Nurse*, 10(10), ss. 13-17. DOI: 10.7748/en2003.03.10.10.13.c1052
- Bruce, K., Dahlberg, K. & Suserud, B-O. (2003b). Ambulance nursing assessment- part two. *Emergency Nurse*, 11(1), ss. 14-18. DOI: 10.7748/en.11.1.14.s16
- Bruce, K. & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 10(4), ss. 201-209. DOI: 10.1111/j.1362-1017.2005.00124.x
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. uppl., Stockholm: Natur och Kultur.
- Gunnarsson, B-M. & Warrén Stomberg, M. (2008). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*, 17(2), ss. 83–89. DOI: 10.1016/j.ienj.2008.10.004
- Gårdelöv, B. (2016). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. 2. uppl., Stockholm: Liber AB, ss. 40-47.
- Harris Kalfoss, M. (2011). Mötet med lidande och döende patienter: sjuksköterskans möte med sig själv. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk omvårdnad 2*. 2. uppl., Stockholm: Liber AB, ss. 475–498.
- Hellberg, S. & Söld, K. (2015). *Guide till Harvardsystemet*. http://hb.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A850239&dswid=gtm_autoEvent_1489652604026 [2017-01-23]
- Holmberg, M. & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 5(2), ss. 1-9. DOI: 10.3402/qhw.v5i2.5098

HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

* Jonsson, A. & Segesten, K. (2003). The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident & Emergency Nursing*, 11(3), ss. 141-152.

DOI: 10.1016/S0965-2302(02)00217-5

* Jonsson, A. & Segesten, K. (2004a). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), ss.

215-223. DOI: 10.1016/j.aaen.2004.05.001

* Jonsson, A. & Segesten, K. (2004b). Daily stress and concept of self in Swedish ambulance personnel. *Prehospital & Disaster Medicine*, 19(3), ss. 226-234.

DOI: 10.1017/S1049023X00001825

Krohne, H. W. (2001). Stress and Coping Theories. *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences*, ss. 15163-15170. DOI: 10.1016/B0-08-043076-7/03817-1

* Larsson, R. & Engström, Å. (2013). Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *International journal of nursing practice*, 19(2), ss. 197-205.

DOI: 10.1111/ijn.12057

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Lynch, A. & Cole, E. (2006). Human factors in emergency care: the need for team resource management. *Emergency Nurse*, 14(2), ss. 32-35. DOI: 10.7748/en2006.05.14. 2.32.c1226.

McBrien, B. (2007). Learning from practice – Reflections on a critical incident. *Accident & Emergency Nursing*, 5(3), ss. 128-133. DOI: 10.1016/j.aaen.2007.03.004

Mendonça Ribeiro, R., Alcalá Pompeo, D., Pinto, M. H. & de Cassia Helú Mendonça Ribeiro, R. (2015). Coping strategies of nurses in hospital emergency care services. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), ss. 216-223. DOI: 10.1590/1982- 0194201500037

* Nordén, C., Hult, K. & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 22(2), ss. 75–80. DOI: 10.1016/j.ienj.2013.04.003

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3. uppl., Stockholm: Liber AB.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10. uppl., Philadelphia: Wolters Kluwer.

Region Gävleborg (2017). *Behandlingsriktlinjer, VO Ambulans*.

<http://docplayer.se/13085661-Behandlingsriktlinjer-ambulanssjukvarden-gavleborg.html>
[2017-03-01]

Rodrigues, A. B. & Chaves, E. C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(1), ss. 24-28.

DOI: 10.1590/S0104-11692008000100004

* Romanzini, E. M. & Bock, L. F. (2010). Conceptions and feelings of nurses working in emergency medical services about their professional practice and training. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 18(2), ss. 240-246.

DOI: 10.1590/S0104-11692010000200015

Sjölin, H., Lindström, V., Hult, H., Ringsted, C. & Kurland, L. (2015). What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 23(2), ss. 127-132.

DOI: 10.1016/j.ienj.2014.09.002

Snellman, I. (2009). Vårdrelationer – en filosofisk belysning. I Friberg, F. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningsätt*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur AB, ss. 377-408.

SOS Alarm (2013). *Utalarmering av ambulans*. <https://www.sosalarm.se/Vara-tjanster/Vard/Utalarmering-av-ambulans/> [2017-01-04]

SOSFS 2000:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2009:10. *Ambulanssjukvård m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Suserud, B-O. (2005). A new profession in the pre-hospital care field - the ambulance nurse. *Nursing in critical care*, 10(6), ss. 269-271. DOI: 10.1111/j.1362-1017.2005.00129.x

* Suserud, B-O., Blomquist, M. & Johansson, I. (2002). Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 10(3), ss. 127-135. DOI: 10.1054/aaen.2002.0361

* Suserud, B-O. & Haljamae, H. (1997). Acting at a disaster site: experiences expressed by Swedish nurses. *Journal of advanced nursing*, 25(1), ss. 155-162. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025155.x

* Svensson, A. & Fridlund, B. (2008). Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A critical incident study. *International Emergency Nursing*, 16(1), ss. 35-42. DOI: 10.1016/j.ienj.2007.10.002

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 481-498.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 4. uppl., Lund: Studentlitteratur AB.

Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd (Prepared to be unprepared). En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvården*. Diss. Växjö: Växjö universitet.

<http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:697456/FULLTEXT01.pdf>

Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. (2010). Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions. *International Emergency Nursing*, 19(3), ss. 113-119. DOI: 10.1016/j.ienj.2010.07.005

* Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. (2012). Being Prepared for the Unprepared: A Phenomenology Field Study of Swedish Prehospital Care. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 38(6), ss. 571-577. DOI: 10.1016/j.jen.2011.09.003

Bilaga 1: Resultatöversikt

Tabell 2.

Sammanfattning och beskrivning av artiklar redovisade i resultatet utifrån metodologiskt innehåll

Författare Publ. år Land	Titel	Design och ansats	Undersöknings-grupp	Datainsamlings- metod	Dataanalys- metod
Abelsson & Lindwall 2012 Sverige	The prehospital assessment of severe trauma patients performed by the specialist ambulance nurse in Sweden- a phenomenographic study	Explorativ design. Kvalitativ/ fenomenologisk ansats.	15 specialistambulans-sjuksköterskor: 7 män och 8 kvinnor. Medelålder: 39 år (32-53 år) Antal år som sjuksköterska innan specialistutb.: 9,5 år (5-25 år) Antal år som specialistsjuksköterska: 4,5 år (2,5-12 år) Medelvärde för antalet traumabedömningar/år inom gruppen: 6 gånger/år	Semistrukturerade intervjuer. Samma person genomförde samtliga intervjuer inom en 5 månaders period. Plats: På ambulansstationen där deltagaren arbetade. Tidsåtgång: 40-70 min Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.	Fenomenografiskt enligt Marton för att fånga upp och beskriva deltagarnas tankar om det upplevda fenomenet. Utifrån detta framkom 3 strukturella teman med tillhörande underkategorier.
Ahl, Hjalte, Johansson, Wireklint Sundström, Jonsson & Suserud 2005 Sverige	Culture and care in the Swedish ambulance services	Deskriptiv design. Kvalitativ ansats.	10 deltagare: 5 ambulans-sjuksköterskor och 5 ambulanssjukvårdare.	Uppföljande intervju för de deltagare som inkluderats i studien utifrån en enkätundersökning. Plats: Varierande, utifrån deltagarens önskemål. Tidsåtgång: ca 60 min. Intervjuerna transkriberades.	Materialet bearbetades via innehållsanalys enligt Kvale för att skapa kategorier som kan grupperas under sammanhållande teman.
Jonsson & Segesten 2003 Sverige	The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service	Deskriptiv design. Kvalitativ/ fenomenologisk ansats	54 deltagare, både sjuksköterskor och ambulanssjukvårdare. Fördelning redovisas ej.	Utifrån en öppningsfråga får deltagarna fritt skriva om sina upplevelser av en traumatisk händelse. Deltagarna fick även inledningsvis en kort beskrivning av hur författarna definierar en traumatisk händelse.	Utifrån fenomenologisk metod av van Kaam för att fånga essensen av upplevelsen. Detta ger upphov till både en generell beskrivning av essensen samt redovisning av återkommande element.
Jonsson & Segesten 2004a Sverige	Guilt, shame and need for a container: A study of post-traumatic stress among ambulance personnel	Deskriptiv design. Kvalitativ/ fenomenologisk ansats	10 deltagare, både sjuksköterskor och ambulanssjukvårdare. Fördelning redovisas ej. Ålder och könsfördelning uppges ej.	Intervjuer med en bestämd öppningsfråga. Plats: Ambulansstationen där deltagaren arbetade. Tidsåtgång: ca 1,5 h.	Utifrån fenomenologisk analysmetod utvecklad av Giorgi som används för att först skapa förståelse för deltagarnas livsvärld. För att nå en djupare förståelse, utifrån ett existentiellt perspektiv,

				Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.	används sedan Heideggers modell för vidare analys.
Jonsson & Segesten 2004b Sverige	Daily stress and concept of self in Swedish ambulance personnel	Design ej angiven, men tolkas som en komparativ tvärsnittsstudie. Kvantitativ ansats.	362 deltagare: 240 ambulanssjukvårdare och 122 sjuksköterskor. 79% män, 21% kvinnor. Medelålder: 38 år (22-60 år) Medelvärde för arbetslivserfarenhet inom ambulanssjukvården: 12 år (1-33 år)	Enkätundersökning med hjälp av 2 enkäter som besvarades anonymt: IES-15, svensk version, som utvärderar förekomst av PTSD. PSDF, svensk version, som mäter deltagarens uppfattning om sin egen personliga förmåga i jämförelse med andra i samma situation.	Beskrivande statistik sammanställdes och korrelationsmatriser undersöktes för att finna statistiskt signifikanta samband mellan IES-15, arbetsbelastning, PSDF, beskrivningar av traumatiska händelser och bakgrundsinformation. Test: Mann-Whitney icke-parametriskt test. Faktoranalys- Varimax rotation i överensstämmelse med Kaiser's kriterier.
Larsson & Engström 2013 Sverige	Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest	Deskriptiv design. Kvalitativ/naturalistisk ansats.	7 specialistambulans-sjuksköterskor: 5 män, 2 kvinnor. Ålder: 35-52 år Medelvärde för arbetslivserfarenhet inom ambulanssjukvården: 11 år (2-6 år) CPR-erfarenhet: minst 10 fall/deltagare	Semistrukturerade intervjuer med intervjuguide. Samma person genomförde alla intervjuer under 2011 och hade inte träffat deltagarna innan. Plats: Ambulansstationen där deltagarna arbetade. Tidsåtgång: ca 20-40 min Intervjuerna transkriberades.	Med hjälp av kvalitativ tematisk innehållsanalys utifrån Downe-Wamboldt skapas 6 kategorier med ett sammanhållande tema.
Nordén, Hult & Engström 2013 Sverige	Ambulance nurses' experience of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care	Deskriptiv design. Kvalitativ ansats.	8 specialistambulans-sjuksköterskor: 3 män, 5 kvinnor. Medelålder: 36 år (30-48 år) Medelvärde för arbetslivserfarenhet inom ambulanssjukvården: 5 år (3-9 år) Medelvärde för antal svårt sjuka och skadade barn som vårdats/år: 36 barn/år (8-100 barn/år)	Semistrukturerade intervjuer med intervjuguide. Nordén och Hult intervjuade 4 deltagare var. Plats: Uppges ej. Tidsåtgång: Uppges ej. Intervjuerna transkriberades av samma författare som genomfört dem.	Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys utifrån Downe-Wamboldt skapas 5 kategorier under ett sammanhållande tema.

Romanzini & Bock 2010 Brasilien	Conceptions and feelings of nurses working in emergency medical services about their professional practice and training	Deskriptiv design. Kvalitativ ansats.	9 sjuksköterskor: 88,8% kvinnor och 10,2% män. 33,3% med en ålder mellan 41-45 år. 44,4% har arbetat 12-16 år sedan de tog sin sjuksköterskeexamen. 66,7% har specialistutbildning: 22,2% inom akutvård, 22,2% på mastersnivå och 11,1% har doktorerat. 66,6% har arbetat 5-7 år inom ambulanssjukvården.	Semistrukturerade intervjuer med intervjuguide. Genomfördes under september 2011. Plats: Enhetens huvudkontor. Tidsåtgång: Uppges ej. Intervjuerna transkriberades, även kroppsspråket dokumenteras.	Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys utifrån modell av Bardin skapas 6 kategorier.
Svensson & Fridlund 2008 Sverige	Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A critical incident study	Deskriptiv design. Kvalitativ ansats.	25 ambulanssjuksköterskor: 13 män, 12 kvinnor. År inom sjuksköterskeyrket: 12 deltagare <10 år, 13 deltagare >10 år. 17 deltagare har specialistkompetens, 8 är grundutbildade. Erfarenhet av ambulanssjukvård: 13 deltagare <10 år, 12 deltagare >10 år.	Semistrukturerade intervjuer med bestämd öppningsfråga. Samma person genomförde samtliga intervjuer. Plats: Uppges ej. Tidsåtgång: 12-25 min. Intervjuerna transkriberades.	Görs utifrån CIT utvecklad av Flanagan. 262 CI identifieras från intervjumaterialet som sedan jämförs utifrån likheter och skillnader för att skapa kategorier som sedan ytterligare grupperas under huvudområden.
Suserud, Blomquist & Johansson 2002 Sverige	Experience of threats and violence in the Swedish ambulance service	Deskriptiv design. Kvantitativ och kvalitativ ansats.	66 deltagare som alla arbetar inom ambulanssjukvården: 19 kvinnor, 47 män. Medelålder: 39 år (25-59 år) 40 deltagare (60%) har arbetat inom ambulanssjukvården i mer än 11 år. 39 deltagare (59%) har arbetat inom sjukvården >16 år.	Enkäter med både alternativfrågor och frågor där det var möjligt för deltagarna att lämna egna kommentarer.	Uppgifter om analysmetod saknas.
Suserud & Haljamäe 1997 Sverige	Acting at a disaster site: Experiences expressed by Swedish nurses	Deskriptiv design. Kvalitativ ansats.	16 sjuksköterskor: 14 kvinnor, 2 män. Ålder: 30-66 år 5 deltagare arbetade vid en HC, 9 arbetade inom anestesi/intensivvård, 2 var ambulanssjuksköterskor. Samtliga deltagare inom anestesi/intensivvård och	Intervjuer utifrån ett standardiserat frågeformulär. Plats: Uppges ej. Tidsåtgång: ca 60 min. Intervjuerna transkriberades i ett format som möjliggjorde analys med	Genomfördes med stöd av ett dataprogram för kvalitativ analys: The Ethnograph.

			ambulansvård har erfarenhet av att arbeta vid olycksplatser >5 gånger, medan endast 1 verksam vid HC har det.	hjälp av dataprogram.	
Wireklint Sundström & Dahlberg 2012 Sverige	Being prepared for the unprepared: A phenomenology field study of Swedish prehospital care	Deskriptiv design Kvalitativ/fenomenologisk ansats	11 deltagare: 9 män, 2 kvinnor 2 specialist ambulanssjuksköterskor, 3 leg. sjuksköterskor, 6 ambulanssjukvårdare. Erfarenhet av ambulanssjukvård: 1-19 år	Fältstudier i enlighet med fenomenologisk modell- RLR: Observationer, fältanteckningar och ostrukturerade intervjuer från 25 prehospitla vårdmöten under en 3 månaders period (april-juni 2001). Intervjuerna hölls i anslutning till situationen, både före och efter. De spelades in och transkriberades. Wireklint Sundström samlade in all data.	Utifrån RLR där först hela fenomenets essens blottläggs och synliggör vilka teman som tillsammans skapar helheten.

CI: Critical Incident

CIT: Critical Incident Technique

CPR: Hjärt-lungräddning

HC: Hälsocentral

IES-15: Impact of Event Scale

PSDF: Professional Self-Description Form

PTSD: Posttraumatiskt stressyndrom

RLR: Reflective Lifeworld Research

Tabell 3

Sammanfattning av de artiklar resultatet bygger på utifrån syfte och resultat

Författare	Syfte	Resultat
Abelsson & Lindwall	Att beskriva hur specialistambulanssjuksköterskan upplever bedömningen av patienter som utsatts för svårt trauma.	Specialistambulanssjuksköterskan tycker att det är komplicerat och svårt att bedöma patienter som blivit utsatta för svåra trauman. Detta uttrycks genom den beskrivna känslan av att varje traumascenario är unikt. Vidare uttrycks ett behov av mer träning/övning, samt att möjlighet till feedback efter ett traumaomhändertagande, är önskvärd för att kunna utveckla sina praktiska färdigheter.
Ahl, Hjalte, Johansson, Wireklint Sundström, Jonsson & Suserud	Att undersöka vad som särskiljer ambulanssjukvård genom att beskriva hur det är att vårda i ambulansmiljö med fokus på hur möten mellan vårdare och patient gestaltar sig.	Deltagarna synliggör vilka personliga attribut som krävs för att känna sig bekväm i denna unika vårdmiljö. Teamarbete lyfts fram som en viktig aspekt genom målande beskrivningar av hur man växer in sin roll och sammanlänkas med sina kollegor. Ur detta beskriver deltagarna sedan hur det goda vårdmötet uppstår mellan vårdare och patient samt vad som utmanar deras goda intentioner.
Jonsson & Segesten 2003	Att klarlägga essensen av traumatiska händelser upplevda av svensk ambulanspersonal.	Ambulanspersonal identifierar sig i stor utsträckning med offren vid traumatiska händelser. De beskriver hur det är omöjligt att förbereda sig inför oförutsedda händelser som upplevs meningslösa. Att tala om de överväldigande känslorna, som identifieringen i den traumatiska situationen ger upphov till, är ett sätt att förstå och hantera dem.
Jonsson & Segesten 2004a	Att klarlägga och fördjupa förståelsen för hur ambulanspersonal upplever och hanterar traumatiska händelser samt utveckla en förståelse för	Posttraumatiska stress-symtom så som skuld, skam och självförelösa är vanliga hos ambulanspersonal efter att ha upplevt traumatiska händelser i tjänsten. För att lyckas bearbeta och internalisera upplevelsen i sin livsvärld är det viktigt att få stöd från andra. En annan person som lyssnar utan att värdera eller döma kan då fungera som en container för dessa överväldigande känslor.

	deltagarnas livsvärld.	
Jonsson & Segesten 2004b	Att undersöka förekomsten av symtom för posttraumatiskt stressyndrom hos svensk ambulanspersonal samt om självkänedom kan vara till hjälp för att hantera effekterna av att dagligen utsätts för traumatiska upplevelser.	Ambulanspersonalens mentala hälsa och känslomässiga välbefinnande tycks äventyras av arbete i situationer som upplevs traumatiska. Förekomst av PTSD-symtom hos ambulanspersonal antyder att det finns en oförmåga att hantera den post-traumatiska stress som upplevelser inom den prehospitala akutvården kan orsaka.
Larsson & Engström	Att beskriva ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med hjärtstopp	Ambulanssjuksköterskan upplever olika svårigheter i omvårdnad och behandling av patienter som drabbats av hjärtstopp. Vilket inbegriper korrekt handhavande av olika återupplivningstekniker och att finnas där för de anhöriga, samt att ställas inför etiskt svåra beslut där både behandlingsriktlinjer och patientens önskemål ska beaktas. Det framkommer att ambulanssjuksköterskorna skulle värdesätta möjlighet till direkt feedback, angående given behandling, för att kunna utvecklas professionellt.
Nordén, Hult & Engström	Att beskriva ambulanssjuksköterskors upplevelser i omvårdnaden av svårt sjuka och skadade barn.	Deltagarna beskriver att omvårdnaden av svårt sjuka och skadade barn är en krävande aspekt av ambulanssjukvården som väcker starka känslor och skapar stor stress. Känslor av osäkerhet och att inte räcka till beskrivs återkommande. Ett starkt behov av mer specifik kunskap och träning inför dessa vårdssituationer uttrycks.
Romanzini & Bock	Att identifiera känslor som uppkommer hos sjuksköterskor som arbetar i ett mobilt akutteam, relaterat till deras praktiska och professionella utbildning.	Sjuksköterskorna uttrycker att många olika känslor uppkommer i deras arbetsvardag. Både känslor som upplevs som negativa så som oro, ilska och vemod, men även positiva i form av tillfredsställelse, tacksamhet och upplevelser av medmänsklighet. Deltagarna beskrev vidare vikten av att vara personligt, professionellt och känslomässigt förberedd för att känna sig säkra i arbetet inom denna vårdsektor och klargjorde att detta inte enbart kunde uppnås genom teoretisk utbildning.
Svensson & Fridlund	Att beskriva svåra händelser i ambulanssjuksköterskans yrkesliv som ger upphov till oro samt vilka handlingar som används för att förebygga och hantera den.	Sjuksköterskorna uttrycker oro både inför specifika vårdssituationer men även för aspekter som är kopplade till deras oförutsägbara arbetsmiljö. Denna oro kunde minskas genom sjuksköterskans egna handlingar och/eller genom att söka hjälp/stöd från andra. Ökad erfarenhet upplevs av sjuksköterskorna även ge ett ökat ansvar, för att kunna hantera alla situationer som uppkommer. Att känna starkt kollegialt stöd upplevs lätta denna börda.
Suserud, Blomquist & Johansson	Att beskriva hur ambulanspersonal uppfattar, utsätts för och influeras av hot och våld i sin arbetsvardag.	Ca 80% av studiens deltagare angav att de utsatts för hot och/eller våld. Vanligast är verbala hot i avsikt att skrämmas. Hur hoten upplevdes berodde på hela situationens karaktär och vem som hotade. Deltagarna försökte alltid att förstå varför en person är hotfull/våldsam. 98,1% av deltagarna ansåg att hot och våld påverkar relationen till patienten, både i de fall när patienten själv eller anhöriga uppträdde hotfullt/våldsamt. Alla var dock överens om att ingen patient skulle få sämre vård för att någon annan i dennes närhet betar sig illa.
Suserud & Haljamäe	Att detaljerat utvärdera och jämföra sjuksköterskans praktiskt funktionella roll och upplevelser från verkliga katastrofsituationer i 2 olika grupper: sjuksköterskor med erfarenhet av akutvård och sjuksköterskor utan liknande praktisk erfarenhet.	De skillnader som kunde klarläggas var att de som hade tidigare erfarenhet av arbete vid olycksplatser, samt mer utbildning inom akutvård, antog en ledande roll i räddningsarbetet. Sjuksköterskor med begränsade erfarenheter accepterade däremot en mer underordnad assisterande roll. Skillnader uttrycktes också ifråga om upplevd förmåga till handlingsberedskap, samt förekomst av negativa känslor under och efter katastrofarbetet. Där tidigare erfarenhet och adekvat utbildning fungerade stödjande och minskade de negativa känslorna.
Wireklint Sundström & Dahlberg	Att belysa den prehospitala vården; hur ambulanspersonal förbereder sig inför sitt dagliga arbete samt hur förhastade beslut undviks i vårdssituationer.	Beskriver ingående hur ambulanspersonalen förbereder sig inför larm, dvs. vad de tänker, känner och gör på väg ut till patienten samt hur den information som ges från larmcentralen influerar situationen. Det är viktigt att bibehålla ett öppet sinne i den första kontakten med patienten, och inte fatta behandlingsbeslut utifrån förförståelse grundad i den information som givits vid larmet. Vidare beskrivs hur vårdaren på bästa sätt ska kunna initiera och upprätthålla den trygga kontakt som krävs för att patienten ska samarbeta och uppleva sig delaktig.

PTSD- Posttraumatiskt stressyndrom

Bilaga 2: Metodologisk översikt

Tabell 4.

Sammanfattning av artiklar redovisade i resultatet utifrån granskning av urvalet

Författare	Urvalskriterier	Urvalsmetod	Beskrivning av rekryteringsprocessen	Beskrivning av kontext	Bortfall/ bortfalls-analys
Abelsson & Lindwall	Inklusionskriterier: Specialist-sjuksköterska inom ambulanssjukvården med minst 2,5 års erfarenhet. Exklusionskriterier: Inga angivna.	Strategiskt urval tillämpades i enlighet med vald analysmetod samt för att uppnå god geografisk spridning inom upptagningsområdet	Presumptiva deltagare fick muntlig och skriftlig information om studien från sin chef vid ambulansstationen. De blev sedan kontaktade av Abelsson och tid för intervju bestämdes för de som accepterade deltagande.	Deltagarna rekryterades från olika delar av 2 län i Sverige.	Uppges ej.
Ahl, Hjalte, Johansson, Wireklint Sundström, Jonsson & Suserud	Inklusionskriterier: Erfarenhet av ambulanssjukvård och förmåga att rikt kunna beskriva sina upplevelser. Exklusionskriterier: Inga angivna.	Ej angivet.	Beskrivning saknas.	Sex olika ambulansstationer i Sveriges västra del.	Uppges ej.
Jonsson & Segesten 2003	Inklusionskriterier/ Exklusionskriterier: Inga angivna.	Strategiskt urval tillämpades och berättelser med de mest rika och detaljerade beskrivningarna av traumatiska händelser valdes ut.	500 deltagare för en annan studie användes. I samband med denna fick deltagarna instruktioner om att skriva om upplevelser av traumatiska händelser. 223 personer bidrog med sina berättelser. Av dessa valdes 25% ut för att representera resultatet.	Deltagarna arbetade med ambulanssjukvård inom Västra Götalands län.	362 besvarade enkäterna för en annan studie, 223 av dessa bifogade sin berättelse om traumatiska upplevelser. Av dessa valdes 54 berättelser ut.
Jonsson & Segesten 2004a	Inklusionskriterier: Erfarenhet från traumatiska händelser som de definierats för denna studie. Exklusionskriterier: Inga angivna.	Strategiskt urval för att uppnå spridning vad gäller kön, ålder, utbildningsbakgrund och erfarenhet av arbete inom ambulanssjukvården	Beskrivning saknas.	Beskrivning saknas.	Uppges ej.
Jonsson & Segesten 2004b	Inklusionskriterier: Inga angivna. Exklusionskriterier: Att både ha brandkårs- och ambulanstjänstgöring	Ej angivet.	Beskrivning saknas.	Deltagarna arbetade med ambulanssjukvård inom Västra Götalands län.	500 tillfrågades och 362 besvarade enkäterna (72,4% svarsfrekvens).

Larsson & Engström	<p>Inklusionskriterier: Ambulans-sjuksköterska med specialistkompetens inom prehospital akutvård.</p> <p>Ha erfarenhet från prehospital CPR.</p> <p>Exklusionskriterier: Inga angivna.</p>	Ändamålsenligt urval utifrån angivna inklusionskriterier.	Den ansvarige för ambulansstationen blev informerad om studien och erbjöd 15 av sina medarbetare, som uppfyllde inklusionskriterierna, att delta. De som accepterade att delta blev kontaktade av författarna.	<p>En ambulansstation i södra Sverige.</p> <p>Som behandlingsstöd användes LUCAS.</p>	15 tillfrågades som möjliga kandidater, 7 tackade ja till deltagande.
Nordén, Hult & Engström	<p>Inklusionskriterier: Specialist-sjuksköterska inom ambulanssjukvård.</p> <p>Minst 2 års erfarenhet av att prehospitalt vårda svårt sjuka och skadade barn under 15 år.</p> <p>Exklusionskriterier: Inga angivna.</p>	Ej angivet.	Författarna fick godkännande av de ansvariga vid ambulansstationerna att dela ut inbjudan för studiedeltagande till de i personalgruppen som uppfyllde inklusionskriterierna. De som antog erbjudandet skickade in informerat samtycke via brev till författarna. Nordén och Hult kontaktade dem sedan via telefon för att boka in intervju enligt deltagarnas önskemål.	Två ambulansstationer, en i norra och en i södra Sverige. Fyra deltagare från vardera.	Inget bortfall då alla som mötte inklusionskriterierna valde att delta.
Romanzini & Bock	<p>Inklusionskriterier: Inga angivna.</p> <p>Exklusionskriterier: Sjuksköterskor som inte var aktiva i september 2007 eller de som ännu inte börjat arbeta med akutvård inom SAMU.</p>	Ej angivet.	Beskrivning saknas.	SAMU i Porto Alegre, Brasilien	9 deltagare utgör 56,2% av sjuksköterskorna vid enheten, redogörelse för resterande 42,8% saknas.
Svensson & Fridlund	<p>Inklusionskriterier/ Exklusionskriterier: Inga angivna.</p>	Strategiskt urval tillämpades i enlighet med vald studieansats för att få god spridning utifrån ålder, utbildningsnivå, kön och arbetslivserfarenhet.	Beskrivning saknas.	Tre ambulansstationer från små och medelstora län i södra Sverige.	Uppges ej.
Suserud, Blomquist & Johansson	<p>Inklusionskriterier/ Exklusionskriterier: Inga angivna.</p>	Ej angivet.	Ambulansstationens ansvarige kontaktades och gav sitt medgivande för att stationen skulle delta i studien. Vid varje ambulansstation valdes en person ur personalgruppen ut, för att fungera som kontaktperson, med uppgift att dela ut enkäterna och	Tre ambulansstationer belägna i Sveriges västra del, både stad och landsbygd är representerade.	66 av 72 utdelade enkäter returnerades (91,6% svarsfrekvens).

			<p>samla in dem i förslutna kuvert. Till sin hjälp hade kontaktpersonen en lista med deltagarnas namn för att kunna påminna de som inte lämnat in sina svar. Minst 2 påminnelser gjordes.</p>		
Suserud & Haljamäe	<p>Inklusionskriterier: Deltagande i räddningsarbetet i en av de 2 utvalda katastrofhändelserna.</p> <p>Exklusionskriterier: Inga angivna.</p>	Ej angivet.	Beskrivning saknas.	<p>Två verkliga katastrof-händelser i västra Sverige: en tågolycka och en spårvagns-olycka.</p>	Uppges ej.
Wireklint Sundström & Dahlberg	<p>Inklusionskriterier: Inga angivna.</p> <p>Exklusionskriterier: Mindre än 1 års erfarenhet av ambulanssjukvård.</p> <p>Att vara nära vän till Wireklint Sundström.</p>	Ej angivet.	Beskrivning saknas.	<p>En ambulansstation i västra Sveriges landsbygdsområde. Tillsammans med 6 andra ambulansstationer trafikeras ett totalområde om 13 000 km² med en befolkning-mängd av 275 000 personer.</p>	<p>36 personer ingick i den deltagande ambulansstationens personalstyrka. 15 av dessa deltog i de situationer som valdes ut för att representera studiens resultat, varav 5 uteslöts enligt angivna exklusionskriterier.</p>

CPR: Hjärt-lungräddning

LUCAS: Lund University Cardiopulmonary Assist System

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente (Urgent Medical Aid Service)