

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
M201415

Upplevelsen av att vårda en skadad kollega i ett militärt
insatsområde
-En kvalitativ intervjustudie

Andersson, Ulf
Zetterblad, Hans



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Upplevelsen av att vårda en skadad kollega i ett militärt insatsområde
Författare:	Andersson, Ulf Zetterblad, Hans
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård
Handledare:	Lundberg, Kristina. Jonsson, Anders
Examinator:	Suserud, Björn-Ove

Sammanfattning

Sedan 1956 har ungefär 100.000 kvinnor och män deltagit i militära internationella insatser, sanktionerade av FN i mer än 60 länder världen över. Intresset för tjänstgöring utomlands är stort och insatserna i dessa områden kommer snarare att öka än att minska. Arbetet i insatsområdena skiljer sig ifrån det civila i Sverige så tillvida att hotbilden är ständigt närvarande, man är långt hemifrån, möjligheten till kontakt med anhöriga är liten, samt att sjukvårdspersonalen lever tillsammans med dem de är rekryterade att omhänderta. Att under rådande omständigheter som omhänderta en skadad kollega som de har en relation till, ställer stora krav på sjukvårdspersonalens professionalism och det är både psykiskt och fysiskt påfrestande. Det är bakgrunden till författarnas intresse kring frågan hur man som sjukvårdspersonal upplever det att vårda en kollega. Syftet med studien är att beskriva upplevelsen av att vårda en kollega i ett militärt insatsområde. För att undersöka detta fenomen gjordes en kvalitativ forskningsintervju, där sju personer intervjuades som alla hade erfarenhet av att vårda en skadad kollega i ett militärt insatsområde någonstans i världen. Fem kategorier identifierades: Att hantera händelsen, Lättnad, Utsatthet, Frustration/Maktlöshet samt Att växa som människa och vårdare. Flera av kategorierna genomsyras av att sjukvårdspersonalen upplevde en otillräcklighet, att inte ha gjort tillräckligt för den skadade kollegan. Otillräckligheten hade sin grund i allt från rådande omständigheter till avsaknaden av resurser.

Nyckelord: Omhänderta en kollega, Upplevelse, Militär sjukvård

Förord

Detta examensarbete på magisternivå är den sista delen i specialistsjuksköterskeutbildningen men inriktning mot ambulanssjukvård, 60 poäng vid högskolan i Borås, institutionen för vårdvetenskap. Vi vill tacka alla informanter som ställt upp och berättat och era upplevelser, utan er hade det inte gått att göra den här studien. Ett stort tack går även till våra handledare Kristina Lundberg och Anders Jonsson som varit ett stort stöd under arbetets gång med deras kunskaper om det akademiska skrivandet men även deras kunskaper inom studiens ämnesområde. Sist men inte minst vill vi rikta ett tack till våra familjer och vänner som med stort tålamod stöttat oss under arbetet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	7
Utlandstjänstgöring	7
Historik.....	7
Arbetet.....	7
Taktiskt omhändertagande vid strid	8
Tidigare forskning.....	9
PROBLEMFÖRMLERING	10
SYFTE	10
METOD	10
Design	10
Urval.....	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden.....	12
Förförståelse	13
RESULTAT	13
Att hantera händelsen.....	14
Att bygga upp bilder.....	14
Fokuserad på uppgiften	14
Distansering	15
Bli personligt engagerad.....	15
Fördröjd känslreaktion	16
Behov av debriefing	17
Lättnad	17
Att få hjälpa	17
Tillit.....	18
Sårbarhet	18
Det kunde varit jag.....	18
Psykisk och fysisk belastning	19
Frustration och maktlöshet	20
Att vilja hjälpa men inte kunna.....	20

Brist på resurser	20
Att växa som människa och vårdare	21
Växa med uppgiften	21
Bekräfta sitt värde	21
DISKUSSION	22
Resultatdiskussion	22
Metoddiskussion	25
Slutsats	26
Fortsatt forskning	26
REFERENSLISTA.....	27
BILAGOR	A

INLEDNING

Allmänintresset för utlandstjänstgöring i områden där det förekommer väpnade konflikter har med åren ökat och därmed har även flertalet frågor kring detta uppstått. Vikten att få svar på detta är stor då tidigare forskning kring detta ämne är mycket begränsad samt att svensk närvaro på utlandsinsatser snarare kommer att öka än minska i framtiden (Försvarmakten u.å.). Att under dessa omständigheter ta hand om en kollega som det finns en relation till, ställer stora krav både psykiskt och emotionellt. En av författarna har gjort utlandstjänstgöring och reflekterade under tiden som insatsen varade på hur det skulle kunna vara att omhänderta en utav sina kollegor och där med väcktes intresset för den följande studien.

BAKGRUND

Utlandstjänstgöring

Historik

Svenska Försvarmakten har sedan 1956 skickat cirka 100.000 män och kvinnor på 120 olika uppdrag i över 60 olika länder världen över. De insatser¹ som Sverige deltar i är sanktionerade av Förenta Nationerna (FN) och de är där på uppdrag av Sveriges regering och riksdag, detta för att bidra till fred och på så sätt hindra att konflikterna sprids till andra länder. Afghanistan, Bosnien, Cypern, Kosovo, Liberia, Mali, Tchad och Sudan är några länder där svensk personal varit verksamma. Det har skickats både beväpnad och obeväpnad personal (Försvarmakten, u.å.). Bland dessa män och kvinnor har även sjukvårdsutbildad personal så som läkare, sjuksköterskor och stridssjukvårdare deltagit i arbetet. Stridssjukvårdare är icke legitimerad personal. Dessa yrkestitlar kommer framöver i studien benämnas som sjukvårdspersonal.

Arbetet

Att agera som sjukvårdspersonal i ett insatsområde innebär att det finns vissa regler att följa, dessa beskrivs i Genève-konventionen (Henckaerts & Doeswald-Beck 2007., International Committee of the Red Cross 1949., Regeringskansliet, u.å.). De ska förutom att behandla sina kollegor även omhänderta skadade ur civilbefolkningen och även skadade från motståndarna och erbjuda dem likvärdig vård (Stewart 2009 s.91).

Att arbeta som sjukvårdspersonal i ett militärt insatsområde skiljer sig från att arbeta inom den civila hälso- och sjukvården i Sverige. De befinner sig först och främst i ett konfliktområde där hotbilden är ständigt närvarande, de lever och bor i den. Personalen i konfliktområdet befinner sig långt hemifrån, de har ofta begränsade möjligheter till kontakt med anhöriga där hemma. Arbetssättet liknar inte alltid det som används på hemmaplan, personalen måste ofta arbeta under en så kallad ljud- och ljusdisciplin. Vid prehospitäl sjukvård i ambulansverksamheten i Sverige så har personalen reflexer och starka färger för att synas till exempel i mörker. De kan också använda ficklampor eller vårda i ljuset av fordonets ljuslyktor för att se och bedöma patienten, görs detta i ett konfliktområde där personalen kan ses som ett hot så kan de snabbt bli ett mål för motståndarens beskjutningar. Detta innebär att personalen kan behöva arbeta i totalt mörker med att känna sig fram till en bedömning av patientens skador och tillstånd, eventuellt kan de ta hjälp av ett mörkerhjälpmedel för att se

¹ Insats är själva uppdraget som har en varaktighet på ungefär sex månader. Denna föregås av en utbildningsperiod på ungefär lika lång tid.

något av patienten. Ljudnivån skall dessutom vara på så låg nivå som möjligt för att dölja sin position för motståndarna (NAEMT 2007 s.537).

Beroende på vilken befattning sjukvårdspersonalen har i insatsen kan denne arbeta självständigt eller tillsammans med annan sjukvårdspersonal, vissa befattningar är längst fram vid fronten och andra längre bak i sjukvårdslinjen. En väsentlig skillnad mellan arbetet i ett konfliktområde och i Sverige är att sjukvårdspersonalen är rekryterade för att ta hand om sina kollegor vid en eventuell skada. I Sverige är det relativt ovanligt att som sjukvårdspersonal behöva göra ett omhändertagande av någon kollega, det finns oftast någon annan kollega att "lämna över" till. Detta fungerar inte i insatsområdet. För många gånger är sjukvårdspersonalen ensam tillsammans med en grupp soldater. Beroende på befattningen som sjukvårdspersonal, så ingår individen i en mindre grupp eller kan vara personal på mottagande fältsjukhus, vårdcentral eller ambulans. Lever och bor gör sjukvårdspersonalen tillsammans med just sin grupp bestående av 8-10 soldater. Det kan även vara så att de bor på en förläggning med ytterligare 500 soldater. Oavsett så lever och bor sjukvårdspersonalen tillsammans med de personer de är rekryterade för att vårda (Försvarsmedicinskt Centrum).

Personal märkt med röda korset symbolen ska vara registrerade i Röda korset och bära en armbindel med symbolen samt ett särskilt Röda korset identifikationskort. Sjukvårdspersonal i insatsområden som är märkta med Röda korset symbolen ska inte räknas till stridande förband, dock får de utbildning och utrustas med vapen för att kunna försvara sig själva och sina patienter. Detta kan vara en stor omställning för sjukvårdspersonal som i vanliga fall endast arbetar med att vårda och omhänderta andra (Lindblad & Sjöström 2005 s.30).

Vidare beskriver Lindblad och Sjöström (2005 s.34), att det finns stora likheter mellan att arbeta i en ambulans och att arbeta i ett militärt insatsområde. Inom de båda områdena måste personalen kunna arbeta effektivt under stressade förhållanden och kunna fatta snabba beslut om hur de ska gå tillväga med omhändertagandet. Personalen inom båda områdena måste vara fysiskt starka och vara väl förtrogna med utrustningen för att kunna vidta korrekta åtgärder på såväl skadplats som under transport. Sjukvårdspersonalen måste också vara inställda på att ta hand om mycket svårt skadade, döende eller avlidna.

Taktiskt omhändertagande vid strid

Taktiskt omhändertagande vid strid (TOS) är en grundläggande del för både soldater och sjukvårdspersonal som arbetar i ett militärt insatsområde. Inför en insats med Försvarmakten genomgår sjukvårdspersonal en utbildning enligt Battlefield Advanced Trauma Life Support (BATLS) (Lindblad & Sjöström 2004 s.30). I BATLS-konceptet beskrivs fyra olika nivåer av omhändertagande; Care Under Fire, Tactical Field Care, Field Resuscitation och Advanced Resuscitation. Nedan beskrivs de två första stegen då dessa är prehospitala omhändertaganden. De två olika nivåerna benämns "Care Under Fire" och "Tactical Field Care" där Care under fire är den primära och Tactical field care sekundära omhändertagandet (Meijer 2012 s.12) och dessa förklaras nedan.

"Care Under Fire" innebär att omhänderta under tiden som striden fortgår. Primärt är att få den skadade i skydd, alternativt om den skadade själv kan krypa i skydd. Sjukvårdspersonal som agerar som de brukar göra civilt och ta sig fram till patienten så fort som möjligt, blir ganska snart ett lätt mål för motståndaren. Målsättningen är att förhindra ytterligare skador och detta görs bäst genom att besvara beskjutningarna så att motståndaren trycks ner i skydd. Den skadade kan om möjligt applicera en tourniquet eller ett tryckförband om det finns en yttre blödning. Prioriteten ligger alltså på att inga fler skador uppstår och att försöka få den skadade ur skottlinjen. Väl i skydd så arbetar sjukvårdspersonal enligt <C>-ABCDE dock är det endast <C> och A som behandlas vid detta tillfälle. <C> står för livshotande blödning,

detta är den vanligaste orsaken till onödiga dödsfall i stridsmiljö. En påbörjad behandling av den skadade kan behöva avbrytas om skyddet inte längre är tillräckligt.

”Tactical Field Care” innebär att omgivningen för stunden är säker och att sjukvårdspersonalen kan arbeta med den medicinska utrustningen de har tillgång till. Läget kan dock fortfarande snabbt förändras och därför görs endast det mest nödvändigaste med målet att så snabbt som möjligt komma bort från platsen. Här kan sjukvården behandla <C> till E om situationen tillåter. Ljud- och ljusdisciplin råder fortfarande.

Det primära inom TOS-konceptet är att sjukvårdspersonalen försvarar sig själva och gruppen. Samt överblickar situationen innan vård kan påbörjas. En skadad eller avliden sjukvårdspersonal kan inte behandla någon alls.

Tidigare forskning

Det finns forskning om hur patienterna från konfliktområden bör omhändertas på plats med skador som till exempel traumatiska hjärnskador, traumatiska amputationer, skottskador eller posttraumatiskt stressyndrom och även vad vårdpersonalen bör tänka på vid omhändertagandet av patienter med dessa tillstånd. De studier från konfliktområden hanterar till största delen statistik över vilken typ av skador som patienterna drabbats av (Agazio. 2010 s.167). Det är även en begränsad mängd forskat på upplevelsorna av att vara först på plats på större olycksplatser (Elmqvist, Brunt, Fridlund, Ekebergh 2010 s.266)

Stewart (2009 s.94) beskrivs att sjukvårdspersonal som arbetat i krigsområden ofta gick tillbaka till sina civila arbeten efter avslutad mission. Sjukvårdspersonal och soldater som omhändertagit allvarligt skadade och avlidna upplevde en ökad stress kring detta. De ur sjukvårdspersonalen som ofta var mer utsatta för denna typ av stress hade större problem som kunde kopplas samman med något som kallas för ”medlidandeutmattning”. Sjukvårdspersonal som var utbildade på att ta hand om skadade upplevde att de många gånger inte kunde lösa sin uppgift på ett tillfredställande sätt. Personalen på sjukvårdsenheterna i krigsområdena drabbades också i större utsträckning av utbrändhet relaterat till en hög arbetsbelastning. Vidare beskrev Stewart (2009 s.92) att sjukvårdspersonalen upplevde en ökad stress av att omhänderta de som varit med om de traumatiska händelserna utan att själva ha haft någon direkt anslutning till händelsen i sig.

Enligt Jones, Fear, Greenberg, Jones, Hull, Hotopf, Wessely och Rona (2008 s.423-425) är PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) en stresssjukdom som inte är lika vanlig hos sjukvårdspersonal som hos soldater men i deras studie hade sjukvårdspersonal i högre utsträckning fler antal sjukdagar i samband med sin insats samt att en högre andel sjukvårdspersonal blev hemskickade i förtid relaterat till psykologiska besvär.

I en studie av Jonsson och Segesten (2003 s143-150) beskrevs att ambulanspersonal som identifierar sig med den skadade löpte större risk att drabbas av PTSD. De beskrev även att personalen använder sig av olika copingstrategier för att kunna distansera sig från de starka känslorna som kan upplevas vid en skadeplats med svårt skadade patienter. Jonsson och Segesten (2004 s.217) beskrev även att inte ens den mest erfarna ambulanspersonal kan skydda sig från att identifiera sig med patienten och känslor av otillräcklighet och ensamhet. Ambulanspersonalen beskrev att de upplevde det mycket svårare att distansera sig och att agera professionellt om de identifierade sig med patienten. Identifieringen innebar att de såg sin patient som om de kunde vara sina föräldrar, sitt barn, sin vän eller kollega. Detta stöds av Svensson och Fridlund (2007 s.36-38), Regehr och Goldberg (2002 s.510) samt Jonsson och Halabi (2006 s.92).

Det verkar finnas en ytterst begränsad mängd studier om hur sjukvårdspersonal i insatsområden upplever hur det är att vårda eller riskera att vårda de som de arbetar med, det vill säga deras kollegor (Lundberg, Kjällström, Jonsson & Sandmand 2014). Griffiths och Jasper (2007 s.92) beskrev att krig är en antites till hälsa och detta på alla plan: spirituellt, fysiskt, psykiskt och ekonomiskt.

PROBLEMFORMULERING

Att omhänderta någon som står en nära ställer stora krav på sjukvårdspersonalens professionalism. Sjukvårdspersonalen ska kunna prioritera bland skadade som de har en personlig och känslomässig relation till. Samtidigt som de ska omhänderta sina skadade kollegor så kan de själva vara utsatta för direkt livsfara. Hur tänker och känner sjukvårdspersonalen i denna situation? Klarar de av att lösa ut sin uppgift?

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva sjukvårdspersonalens upplevelse av att vårda en kollega i ett militärt insatsområde.

METOD

Design

För att svara på studiens syfte genomfördes en intervjustudie med kvalitativ ansats. Den kvalitativa forskningsintervjun har till syfte att förstå världen utifrån individens perspektiv, åstadkomma en mening från deras upplevelser, återspegla individens levda värld som den var innan de vetenskapliga tolkningarna (Kvale & Brinkmann 2009 s.17)

Vidare beskriver Kvale & Brinkmann (2009 s.18), forskningsintervjun som ett samtal två personer emellan, där båda personerna intresserar sig för ett visst ämne.

Urval

Personlig och tidigare erfarenhet kring utlandstjänstgöring, ledde till att information om studien och sökandet av informanter delvis gjordes via personliga kontakter. Även sociala medier som till exempel Facebook användes och där riktat mot grupper med individer som gjort en utlandstjänstgöring för att därefter spridas genom en "snöbollseffekt" (Esaiasson 2007 s.216). Snöbollseffekten innebär att informationen om studien sprids från person till person, detta kan vara fördelaktigt när det är svårt att finna informanter på de traditionella sätten. Detta tillvägagångssätt kan med fördel användas när forskare söker informanter i t.ex. minorietsgrupper. Kontakt med FörsvarsMedicinsktCentrum (FörMedC) togs för att kunna bli hänvisade till lämpliga informanter. Inklusionskriterierna för deltagande i studien var svensk legitimerad sjuksköterska eller stridssjukvårdare. Informanten fick gärna ha någon form av specialistutbildning inom sjukvård. Informanten ska ha utfört minst ett utlandsuppdrag, samt vårdat en kollega som blivit skadad fysiskt eller psykiskt. Önskemålet var att själva händelsen inträffat inom en så snar dåtid som möjligt, men ändå inte allt för snar då minnena kan vara alldeles för starka. Det ger dock studien en bättre tillförlitlighet om informanten har bilden av händelsen så färsk i minnet som möjligt, för att kunna återge denna så tydligt som möjligt.

Datainsamling

Personlig kontakt etablerades med tänkbara informanter till studien. De fick erbjudande om de ville delta i studien. När de visade sitt positiva intresse, samt lämnat medgivande till att

kontakt fick etableras skickades ett e-postmeddelande till informanterna. I e-post meddelandet kunde informanterna läsa en presentation av studien samt vad som är studiens syfte. I e-postmeddelandet fanns även en svarstalong där informanterna kunde kryssa i huruvida de ville delta eller ej samt om de ville erhålla mer information om studien (bilaga 2 och 3). Svaret på svarstalongen skickades tillbaka till författarna via e-post. Informanter som svarat att de ville veta mer eller ville delta kontaktades via telefon eller e-post. Mer information gavs om efterfrågad. Förfrågan om att frivilligt deltagande i studien skickades ut via e-post till 11 tilltänkta informanter som samtliga tidigare tillfrågats om deltagandet i studien. Av dessa elva föll fyra bort. Två personer hörde inte av sig och två personer tackade nej på grund av tidsbrist av personliga skäl. Sammanlagt gjordes sju intervjuer. Fördelningen mellan dessa var två kvinnor och fem män som var i åldrarna 25-47 vid tidpunkten för de upplevelserna de beskriver i intervjuerna. Fyra av informanterna var sjuksköterskor och tre var stridssjukvårdare. Tre utav sjuksköterskorna hade en specialistutbildning inom antingen psykiatri, distrikt eller ambulanssjukvård. Händelserna hade en spridning i tid från 1994-2011 i olika delar av världen. Därefter bokades tid och plats för respektive intervju. Informanterna fick i största möjliga mån bestämma tid och plats själva. Dock var det viktigt att platsen som valdes var ett ställe där intervjun kunde genomföras utan störande moment. Resultatet blev en del resande från södra till mellersta Sverige. Två intervjuer gjordes på informantens arbetsplats, en i en skola, tre i informantens bostad och slutligen en på ett bibliotek.

Data samlades in via induktiva intervjuer. Induktiva intervjuer är fördelaktiga att använda sig av då det finns begränsat med bakgrundmaterial och det inte finns en ordentlig grund att bygga upp intervjuerna på (Lundman & Granheim 2012 s.188). I denna studien användes en öppningsfråga där informanten ombads beskriva en specifik händelse som denne upplevt. Alla informanter fick samma grundfråga och utifrån vad informanten berättade så ställdes följdfrågor som "kan du berätta mer?", "kan du utveckla?", "hur kände du då?" och "hur tänkte du?" för att förtydliga och för att nyansera tankarna och känslorna av upplevelserna så bra som möjligt. På så sätt bereds informanten möjlighet att berätta kring en händelse, och lämna förklaringar samt beskrivningar som är målande (Polit & Beck 2008, s.394). Stor hänsyn lades på att inte orsaka informanten onödigt lidande. Intervjuerna spelades in med hjälp av en mobiltelefon. Dessa inspelningar transkriberades sedan vilket innebar att den inspelade intervjun omvandlades till text på ett papper. Detta i syfte att förenkla själva analysarbetet. Intervjun skrivs ut så att informationen på banden finns med i texten (Dahlberg 1997 s.105).

Efter avslutad intervju fördes ett allmänt samtal med respektive informant som även erhöll kontaktuppgifter till Försvarmaktens veteransamordnare samt Fredsbaskarnas kamratstödare och förklaring till respektive organisations verksamhet. Informanten ombads även att höra av sig till intervjuerna om de hade några frågor eller funderingar kring intervjun. Vid två av intervjuerna var båda författarna närvarande. De andra fem delades upp emellan de båda författarna till studien. Detta gjordes för att det skulle ta för lång tid om båda skulle vara närvarande vid samtliga intervjuer.

Dataanalys

Transkriberingen av intervjuerna delades upp mellan författarna. Dessa kontrollerades sedan av den andre så att den transkriberade datan kunde läsas samtidigt som bandet avlyssnades ännu en gång. På detta sätt säkerställdes att den information som framkom under intervjuerna, återgavs ordagrant i transkriberingen. Därefter lästes materialet igenom upprepade gånger i syfte att bekanta sig och lära känna materialet. Materialet analyserades utifrån studiens syfte med fokus på upplevelsen av att vårda en kollega i ett militärt insatsområde. För att kunna

analysera den transkriberade datan använde författarna en kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys syftar till att finna teman och i dessa teman olika mönster, dessa tydliggörs ju längre analysen av materialet fortskrider (Polit & Beck s.517. och Malterud 2001 s.486). Efterföljande steg i analysprocessen är att dela upp texten i meningsbärande enheter, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori (Graneheim & Lundman 2012 s.191-195).

Polit och Beck (2008 s.517-518) samt Granheim och Lundman (2012 s.191-195) beskriver båda liknande sätt att arbeta med det råa materialet för att lyfta fram meningsbärande enheter och att fördela dem i olika kategorier. Granheim och Lundmans (2012 s.191-195) mall valdes då denna upplevdes som mer lättöverskådlig och smidigare att följa. Koderna jämfördes utifrån att identifiera likheter och de sorterades först in i 33 underkategorier. Några utav dessa underkategorier hade samma innehåll och slogs då ihop så slutligen blev det 13 underkategorier. Underkategorierna analyserades ännu en gång i syfte att finna likheter som mynnade ut i 5 kategorier. Lundman & Granheim (2012 s.190-191, 194), beskriver och ger tydligt exempel på tillvägagångssätt för en kvalitativ innehålls analys.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Just därför att man hör de här skriken på hjälp i ena örat och vet att det finns ingenting som jag kan göra nu, jag får inte göra ett piss. Kliver jag ut nu innan jag ens vet vad det är som händer gör ju att jag riskerar att bli skjuten själv.	Därför man hör skriken på hjälp..och jag får inte göra ett piss	Höra skriken på hjälp och inte kunna göra något	Att vilja hjälpa men inte kunna	Frustration/Maktlöshet
Det som är väldigt väldigt frustrerande i den här situationen det är att det blir väldigt uppenbart för oss att den hjälp vi ska få den uppbackning vi ska få den kommer och dröja.	Väldigt frustrerande att den hjälp vi ska få kommer att dröja..	Hjälpen dröjer	Brist på resurser	

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden har gjorts enligt vetenskapliga rådets skrift ”God forskningssed”(2005) det vill säga med avseende på informerat samtycke, frivilligt deltagande, möjligheten till att avbryta sin medverkan samt konfidentialitet (Vetenskapliga rådet 2005)

Enligt Kvale & Brinkmann (2009, s.87), innebär informerat samtycke att informanterna delgivits klar och tydlig information kring studiens syfte, samt dess förlopp och uppbyggnad.

Vidare är det av vikt och poängtera att deltagandet i studien sker på helt frivillig basis och informanten kan när helst han/hon önskar avbryta deltagandet

Konfidentialitet innebär att informanternas namn inte lämnas ut till obehöriga samt att den information som framkommit under intervjun inte går att härleda tillbaka till informanten (Polit & Beck (2008, s.180). Vidare skriver Polit & Beck (2008, s.170), Fördelarna med att delta i studien skall överväga i förhållande till riskerna.

Dahlberg (1997, s.103) menar att ett specifikt ämne kan beröra informanten på ett negativt sätt. Denne kan reagera med att till exempel börja gråta eller prata om skuld känslor när de blir påmind eller minns en speciell känsloladdad händelse. Intervjuarna beredde sig på detta men ingen sådant inträffade. Efter avslutad intervju erbjöds informanterna stödsamtal via Försvarsmakten samt en frivillig organisation (Fredsbaskrarna).

Förförståelse

Det kan vara bra att besitta tidigare kunskap och erfarenhet vad det innebär att bedriva vård i en stridsmiljö till exempel vad gäller att hitta tidigare information och även informanter till den tänkta studien. Men det kan också vara till en nackdel då personliga tankar och upplevelser gör sig påmind under själva processen av studien. Det är av största vikt att förförståelsen inte färgar informanternas berättelser och påverkar tolkningen av dessa. Dock menar Henriksson och Månsson (1996 s.101-102), att tidigare kunskap och erfarenhet kring forskningsområdet kan vara positivt. Händelser och företeelser som kan kännas meningslösa eller oförståeliga för andra utan denna kunskap och erfarenhet kan utgöra en central roll i situationen, och då göras förståeliga och givande av någon med denna kunskap och erfarenhet.

RESULTAT

Resultatet beskriver hur sjukvårdspersonal i ett militärt insatsområde upplever hur det är att göra ett omhändertagande av en skadad kollega. Fem huvudkategorier som framträdde under dataanalysen bildar i resultatet egna rubriker. I dessa huvudkategorier presenteras respektive underkategori

Underkategori	Kategori
Att bygga upp bilder	Att hantera händelsen
Fokuserad på uppgiften	
Distansering	
Fördröjd känsloreaktion	
Behov av debriefing	Lättnad
Att få hjälpa	
Tillit	Sårbarhet
Det kunde varit jag	
Psykisk och fysisk belastning	
Att vilja hjälpa men inte kunna	Frustration och maktlöshet
Brist på resurser	

Underkategori	Kategori
Att växa med uppgiften	Att växa som människa och vårdare
Att få bekräfta sitt värde	

Att hantera händelsen

Kategorin är uppbyggd av fem underkategorier som beskriver olika delar av att kunna hantera känslor och tankar omkring den aktuella händelsen.

Att bygga upp bilder

Att kunna tänka ut ett möjligt scenario om vad som hänt och vilka skador som förväntas på skadeplats innebär att sjukvårdspersonalen hinner förbereda sig något på vad de kan komma att se. Det är viktigt att även kunna förbereda sig mentalt på vilken typ av omhändertagande som krävs relaterat till vilka skador som rapporterats eller upptäckts.

”jag förväntar mig att se en kille som blivit överkörd av 26ton bil men hittar en kille som hoppat ner och landat fel..”

När sjukvårdspersonalen inser att ens kollegor inte är allvarligt skadade eller att de kommer att klara sig utan större men är ett glädjeämne bland informanterna.

”..så att när vi kommer fram och han är såpass hel ändå så blir jag bara glad när jag inser att han har ramlat och inte blivit överkörd.”

Detta är både på gott och ont beskrev informanterna då det tar tid att ställa om sig om det uppmålade scenariot inte stämmer. Sjukvårdspersonalen beskrev att vid de tillfällen som de uppbyggda bilderna inte stämde överens med det aktuella skadepanoramats upplevdes som en lättnad. En del av den mentala förberedelsen som även till viss del ingår i en av de kommande underkategorierna (Distansering) innebar att sjuksköterskan såg alla soldater som potentiella patienter.

Fokuserad på uppgiften

Informanterna beskrev samstämmigt att när de väl börjat omhänderta sin skadade kollega att de inte uppfattar vad som pågår runt omkring utan att all koncentration ligger på den eller de skadade som de har framför sig. Fokuset i uppgiften ligger på själva omhändertagandet och de uppgifter som finns i samband med detta så som i vilken ordning de skadade skall tas omhand, vilken typ av avtransporteringsmöjligheter det finns och vad som behövs på plats.

”Jaha nu har han sprängt sönder foten då måste jag göra så här, i den här ordningen”

Även om fokuset ligger på själva omhändertagandet så är det även viktigt att tänka på säkerheten på skadeplatsen. Det gäller framförallt vid de tillfällen då de skadade befunnit sig i ett minfält eller liknande då fokuset även legat på att inte trampa fel eller att tappa/slänga utrustning omkring sig. Fokuseringen gör även att några av informanterna inte reagerat över starka dofter som funnits på platsen såsom diesel och brandrök.

Några av informanterna beskriver även att de var så fokuserade på uppgiften att de knappt märkte av risker som fanns i den direkta närheten eller att de inte reagerat nämnvärt när de nästan blivit överkörda av en motorcykel. Det beskrevs även att när sjukvårdspersonalen

kommer fram till skadeplatsen och de skadade går omhändertagandet av sig själv. Detta beskrevs framförallt av de informanter som hade en lång erfarenhet inom bland annat ambulanssjukvård. Det är även mycket svårt att uppskatta tid vid skadeplatsen. Minuter känns som timmar och timmar känns som minuter.

"Hade jag svarat där och då... // kanske totalt nån halv två timmar och att själva händelsen i sig kanske tog 15-20 minuter. Svaret är..vi åkte typ kl 7 på morgonen och när vi kom tillbaka så hade solen gått ner."

Flera upplevde att omhändertagandet tagit lång tid men att de i efterhand insett, och även fått reda på, att det egentligen gått väldigt snabbt. Gemensamt för alla informanterna är att det är mycket svårt att uppskatta tiden, detta för att de är så pass fokuserade på just sin uppgift att omhänderta sin skadade kollega och för att de har ett sådant adrenalinpåslag vilket gör dem omedvetna om tidsaspekten i sammanhanget.

Distansering

Distansering beskrivs som ett sätt att hålla ett emotionellt avstånd till sina patienter. Detta kan vara problematiskt under en insats då de som potentiellt kan bli patienter även är kollegor som individen delar dygnets alla timmar med. Underkategorin "Distansering" har delats upp i två delar för att lättare skilja på upplevelserna av att kunna distansera sig och att inte kunna göra detta. Distansering beskrevs som att stänga av för att klara av att uthärda en hemsk upplevelse, att känslorna tillfälligt är bortkopplade i situationen. Den skadade individen blir för tillfället en siffra, något hanterbart, tills dess att det mest akuta i situationen klarats upp.

"han var en Prio4 han var redan borta så att säga, han glömmet man lite så att säga och så tar man han sen ungefär."

Några av informanterna anser att de inte hade några problem med att distansera sig men att deras distansering för den sakens skull inte är kall eller kylig. Distanseringen hjälpte sjukvårdspersonalen att agera utifrån vad de ser och hör snarare än att låta känslorna ta överhand och hindra omhändertagandet.

"Jag visste vad jag skulle göra..det var distanserat..det var inte kallt och kyligt, sån distans utan det var..man..en behaglig distans"

Att kunna distansera sig till en viss grad beskrevs som en nödvändighet för att kunna klara av att hantera sin situation på plats.

Bli personligt engagerad

Det beskrevs även skillnader att några tyckte att det var svårt att få en distansering som liknar den de arbetar med i sin roll i svensk civil hälso- och sjukvård. Anledningen till detta är att under insatsen så har de varit personligt engagerade i sina kollegors hälsa.

"jag har aldrig känt på samma sätt när jag jobbat i sjukvården. alltså det är inte det att jag inte känner med patienterna (skrattar) jag kan visst känna med patienterna men, inte så att man liksom engagerar sig personligt"

Vissa händelser var extra svåra att kunna skapa en distans ifrån, det kan handla om att bli medveten om att de hemska skadorna som en avliden individ åsamkats utförts medvetet av en annan människa i syfte att förnedra och skymfa kroppen och även för att skrämna andra.

”när man ser människor som är slaktade alltså man har att människor dör i olyckor det kan ju se jättehemskt ut. men när man vet att det är en medveten handling en annan människa har gjort att för att stympa en person, det blir så jävla brutalt då.”

Några av informanterna beskrev att vissa av känslorna som de hade under sin insats i samband med skadeutfallet, kan triggas igång av specifika stimulin. Och de kan då känna precis som de gjorde just i den stunden. Informanterna beskrev att de kände en oro för sina skadade kollegor. Oron över hur det kommer att gå för dem i det direkta efterloppet av skadan, kommer de att överleva? Vilka permanenta skador får de? Men även oron över hur kommer det att gå för de senare i livet, deras anhöriga, samt hur de ska hantera händelsen.

”Men jag ur någon slags medicinsk blick så så är jag väldigt orolig för dels om de ska klara livet..jag vet att jag tänkte nåt i stil med hur ska hur ska han kunna komma hem till sin familj och ja det blir ju uppenbart liksom att han har förlorat någonting på den här insatsen.. // Om han nu överlever. Det är det är en av de här känslorna jag fick att jag blev väldigt orolig för hur det skulle gå med de.”

En annan typ av oro är den som några av informanterna beskrev var den som uppstod när de skulle avtransportera den skadade kollegan. De beskrev att även om de vet att den skadade kollegan får mer kvalificerad hjälp vid avtransport till fältsjukhuset så vill de ogärna släppa kollegan ifrån sig då de inte vill tappa kontakten. Någon av informanterna beskrev att de känner att det är orättvist att just deras kollega har blivit skadad. Det är en ung människa med livet framför sig som sökt ett spännande uppdrag och som under insatsen blir allvarligt skadad och får men för livet.

Fördröjd känsloreaktion

Alla informanter beskrev samma sak om denna del av händelsen. Det finns inte någon tid eller plats för tankar och känslor vid det akuta omhändertagandet. Tankarna och känslorna kommer först när den skadade kollegan transporteras iväg med ambulansfordon, helikopter eller att kollegan blir överlämnad till sjukvårdspersonal på fältsjukhuset.

”När X flög iväg då då kom ju känslorna. Och det alla stod och krama om varandra såhär. (blir ledsen och darrar på rösten) . Det var det starkaste tyckte jag.”

Det beskrevs som en känslovåg som bubblar upp inom dem och även en stor tomhet inom dem när helikoptern lyfter eller personalen på fältsjukhuset tar över. Många inser först då vad det är som egentligen har hänt och hur illa det kunnat gå. För andra tar det längre tid innan känslorna och tankarna börjar komma, någon berättade att det tog två dygn innan känslorna kom. Informanterna beskrev ett adrenalinpåslag under tiden som omhändertagandet pågår och att när detta släpper så kommer tomheten och känslorna. En av informanterna berättade att när de fått rapport om att någon enhet råkat ut för en beskjutning eller IED² så höll de sig tills enheten kommit tillbaka till campen och att de ser att kollegorna är oskadade innan lättnadskänslorna kommer över dem. Dessa går snart över till tankar om hur det hade kunnat gå om de hade blivit allvarligt skadade eller avlidit i samband med händelsen.

² IED står för Improvised Explosive Device vilket är ett samlingsnamn för olika typer av sprängladdningar som används i väpnade konflikter. De är gjorda för att ej kunna upptäckas lika lätt som traditionella minor. Kan utlösas via tryckplatta när någon eller något går på den eller är fjärrstyrt med t.ex. en mobiltelefon.

”man grät ju som jag vet inte vad när de kom tillbaka, man höll sig ända tills de kommer liksom. och man vet att de är hela, det blir så här lättad, men sen blev det ju inte så, sen kom ju den här känslan, den här katastrofkänslan då efteråt när man börjar tänka tre kistor till.”

Behov av debriefing

Informanterna berättade att det pågår en ständig debriefing i huvudet hela tiden efter att denne fått omhändertat sin kollega. Detta för att försöka kunna gå vidare och arbeta med nästa uppgift som kanske inte alls har någonting med sjukvård att göra.

”För hur ska man slå bort...man gör ju en briefing för sig själv hela tiden så att säga. Hur ska man slå bort tankarna så att säga på vad som hände för tio minuter sedan?”

Det sker även en utvärdering av hur omhändertagandet utspelat sig. ”Hade det kunnat göras på något annat sätt?” Detta är något som samtliga informanter berättade att de gjorde efter att omhändertagandet är klart och kollegan är överlämnad till nästa sjukvårdsinstans. Informanterna beskrev den stora stress som det innebär att se sina skadade kollegor och de finner det svårt att efter ett omhändertagandet byta till en arbetsuppgift med betydligt lägre stressnivå. De upplever det svårt även att återgå till sin ordinarie grupp där kollegorna inte var delaktiga i det praktiska omhändertagandet, eftersom de befinner sig på en helt annan stressnivå än informanten. En tanke hos informanterna var att troligen varit lättare att varva ner om hela gruppen befunnit sig på samma stressnivå alternativt att sjukvårdspersonalen som kommer från en hög stressnivå gått in i en ny uppgift med samma eller högre stressnivå, t.ex. en beskjutning.

”så går jag då direkt från det kanske absolut största stressen man kan uppleva då..alltså att se kamrater ligga och typ avlida till att..inte göra någonting egentligen..det blev ett väldigt stort steg där.”

Lättnad

Kategorin byggs upp av de områden där informanterna beskrivit positiva delar med sina upplevelser från omhändertagandet. Det är tre underkategorier som bygger upp denna kategori.

Att få hjälpa

Att få hjälpa en kollega är det som sjukvårdspersonalen är rekryterade för att göra. De hoppas inte på att behöva göra det men de upplever det ändå som positivt att få hjälpa sina skadade kollegor, även att få känna sig behövd inom sin sjukvårdsroll är något som beskrevs av flera av informanterna, oavsett nivå på omhändertagandet.

”Det var ju inget avancerat direkt så men ändå..det känns ju som att..ja..då kom jag inte hit förgäves iallafall. Amen då kändes det som att man gjorde nytta iallafall, man kände sig behövd.”

Möjligheten till att få hjälpa en skadad kollega är inte helt självklart då omhändertagandet styrs av vilken hotbild det finns på den aktuella platsen. De beskrev det som en stor befrielse när chefen gav order om att det var tillräckligt lugnt för att kunna gå fram till den skadade.

”Så att det var en befrielse när jag hörde i de andra örat från interkomradion vagnchefen som ropade att ”nu är de på väg, nu kan du öppna dörrarna.””

När informanterna har gjort allt som de kunnat för att hjälpa sin skadade kollega och att denne sedan blir omhändertagen av sjukvårdspersonal i ambulans, helikopter eller på fältsjukhuset är något som upplevdes som en lättnad även om det inte är helt utan en viss oro.

Den som omhändertagits är glad över att kollegan kommer iväg till en högre vårdnivå och känner sig nöjd över sitt arbete. Samt över att de gjort allt de kunnat på plats och med de resurser som fanns att tillgå.

Tillit

Att känna att sjukvårdskollegorna har ett förtroende för den yrkesroll informanten har och ger uttryck för detta i samband med ett skadetillfälle gav individen ett ökat självförtroende och en känsla av befrielse. Att kunna få förtroende att arbeta fritt utan direkt övervakning av en högre medicinsk kompetens.

”Men i den situationen där han sa till mig du får göra vad som krävs. Jag litar på dig. Gör detta bara. Då fick jag ju liksom ett mandat av honom vilket betyder att han lite på mig och då kändes det faktiskt befriande.”

Sjukvårdarna beskrev även sitt stora förtroende för sjuksköterskan i teamet. Sjuksköterskorna berättar att när de väl etablerat ett förtroende hos soldaterna så håller det. När soldaterna visade tillit till att sjuksköterskan är en kompetent medarbetare gjorde att de kände sig stolta och att det var det som de var på plats för att göra. Det behöver inte handla om att göra ett akut omhändertagande utan även att soldaterna kommer till dem med sina dagliga besvär upplevdes som mycket givande.

”folk började komma till mig när de började känna..långt innan de tuppade av..jag mår inte bra, så jag gav dem mycket resorb och det var mycket daglig sjukvård och det tyckte jag var jättejättetrevligt, det var precis därför jag var där.”

Sårbarhet

Arbetet i ett konfliktområde ställer en del krav på personalen, både fysisk och psykiskt. De följande två underkategorierna beskriver den utsatthet som sjukvårdspersonal i konfliktområden kan känna.

Det kunde varit jag

Flera av informanterna beskrev en känsla när de inser att det faktiskt kunde vara de själva som kunde blivit skadade eller mått så psykiskt dåligt som deras kollegor nu gör.

”en tanke som kom upp där var ju att..den där var ju egentligen ämnad för mig. För det var ju jag som stod på samma plats som han som blev av med benet.”

”Och de här killarna, jag satt i deras jeep, i den jeepen som precis har sprängts i luften där satt jag för 24timmar sedan och hade vi inte åkt så många så hade jag suttit där.”

De inser att det är ytterst lite eller enbart en slump som avgör att det lika gärna kunde ha blivit allvarligt skadade. Även att inse att ens kollegor mår psykiskt dåligt över händelser som de varit med om under sin insats gör att de funderade över vart de själva kommer att vara i sitt psykiska välmående när insatsen närmar sig sitt slut.

"..vad i helvete gör jag här..jag vill, du har fem barn hemma och sju månader framför dig och han bryter ihop nu därför att han har tre dagar kvar här och hade han suttit i något annat fordon så hade han varit död nu och det är väl det som sjunker in..vad kommer jag..hur kommer jag må om sju månader."

Några av informanterna beskrev en överklighetskänsla när själva händelsen utspelades, vad som ses, luktas och upplevs under direkt vid och efter IED:ns briserande eller när de samtalar med sina kollegor som varit med om beskjutning, IED-attack eller olyckor när de kommit tillbaka till campen.

Psykisk och fysisk belastning

Hur mycket orkar en individ att hantera känslomässigt under en insats? Flera av informanterna beskrev en stor utmattning i samband med att ha omhändertagit sina skadade kollegor, både fysiskt och psykiskt. Även de som inte varit en del av det akuta omhändertagandet, utan istället tagit hand om de som mått dåligt psykiskt efter en IED-attack eller olycka där deltagarna klarat sig utan skador, upplevde en stor psykisk belastning. Sjuksköterskorna upplevde en ensamhet i sin yrkesroll under insatsen. De arbetar under sekretess och kan inte berätta för andra vad de är med om. Vem ska de samtala med om sina upplevelser när de omhändertar skadade och avlidna eller mår dåligt över de berättelser som de får höra från soldaterna som mår psykiskt dåligt?

"och alla dödsfall som bara dök upp. då blev det det blev liksom för mycket. och samtidigt var det liksom, // det blir en väldigt ensam roll på nått sätt och vara sköterska då. för du kan inte berätta så mycket för de andra för då blir det på nått sätt att man det är ändå en sekretess"

Att ställas inför att ensam omhänderta en eller flera svårt skadade kollegor är något flera av informanterna berättade om. De beskrev då en upplevelse av ensamhet under tiden som de omhändertar men att detta byts ut mot en stor lättnad när det kommer mer sjukvårdsutbildad personal som kan hjälpa till och avlasta dem i situationen. De berättade att de gärna skulle vilja ha fler resurser på plats omgående. Obehagskänslor är något som förekom i alla informanternas upplevelser. Obehag i att se de skador som kollegorna drabbats av eller att de blivit så allvarligt skadade att de avlidit på plats. Obehagskänslor relaterade till själva begynnelsen av händelsen, det vill säga i samband med att informanten såg IED:n brisera eller hör skriket av en skadad kollega eller någon i den direkta närheten av den skadade. Det upplevdes även ett stort obehag när sjukvårdspersonalen hör sina kollegor berätta om de tankar och känslor som de haft vid tillfället för olyckan eller att kollegorna mår psykiskt dåligt men att de istället försöker hålla skenet uppe att de inte gör det.

"och att det gjorde så himla ont verkligen och se en annan person som försöker hålla liksom humöret lite glatt uppe men precis ha suttit med en pistol och tänkt skjuta sig. och försöker skämta bort de lite sådär. det är det är en jäkla smärta på nått sätt. det gör ju fan fysiskt ont alltså."

Flera av informanterna beskrev även glädjen eller lättnaden som uppstod när de inte längre var själva på skadeplatsen utan de får förstärkning med sjukvårdspersonal från grupperna runtomkring, ambulansfordons eller helikoptrars anländande. Informanterna kände sig ensamma på skadeplatsen även om de i själva verket kanske inte var detta. När det då kom

fler med sjukvårdsutbildning som kunde hjälpa till på plats med de skadade är något som upplevdes som en stor lättnad.

Frustration och maktlöshet

Frustration eller maktlöshet är något som beskrevs av samtliga informanter. Frustration och maktlöshet byggs upp av två underkategorier som båda spelar en stor roll i att informanterna upplevt en stor frustration eller maktlöshet vid den beskrivna händelsen.

Att vilja hjälpa men inte kunna

Att vilja hjälpa sin skadade kollega men att förhindras att göra detta av olika anledningar upplevdes som mycket frustrerande av samtliga informanter. Det är även frustrerande för att sjukvårdspersonalen vill komma fram till skadeplatsen och se vad som hänt och att kunna börja arbeta med det som denne är där för att göra, lösa sin uppgift.

”Det kändes som jag kan föreställa mig att det skulle kännas att stå utanför ett hus och se sina barn brinna inne, lite grand då...hela jag ville liksom bara springa därifrån och springa ut till fordonet och sätta igång.”

Känslan av maktlöshet ligger bl.a. i att veta att det finns ett flertal skadade men att inte kunna hitta fram till dem eller osäkerhet på vad som egentligen hänt dem. Känslan av frustration innebär även att ha fått en annan uppgift än just den sjukvårdsrelaterade i samband med händelsen, det är förvisso en del av arbetet i ett insatsområde men det upplevs som frustration att vilja få utlopp för sina kunskaper och att få använda dem för att hjälpa sina skadade kollegor. Att vara förhindrad att hjälpa på grund av den rådande hotbilden är något som upplevs som maktlöshet och frustration. Likaså att höra ropen på hjälp från sina skadade kollegor eller att ha dem inom synhåll och att vara förhindrad att kunna gå fram till dem oavsett avståndet är något som beskrevs som extra svårt av flera av informanterna.

”Just därför att man hör de här skriken på hjälp i ena örat och vet att det finns ingenting som jag kan göra nu, jag får inte göra ett piss. Kliver jag ut nu innan jag ens vet vad det är som händer gör ju att jag riskerar att bli skjuten själv.”

Informanterna beskriver en maktlöshet när de inser att de inte kan hjälpa sin kollega antingen till följd av en dödlig skadeutgång eller att inte veta vad informanten ska säga till en kollega som lider av psykisk ohälsa över en händelse.

”För jag hade ingen tröst att ge, jag hade ingenting att säga till honom för jag hade ingen aning om hur det kunde kännas”

Brist på resurser

Sjukvårdspersonalen blir frustrerade över att inte ha tillgång till sina mest basala hjälpmedel så som stetoskop och första förband. De känner då att de blir hämmade i sitt arbete. Då ser sjukvårdspersonalen en trygghet i den mest basala sjukvårdsutrustning.

Bristen på kommunikation och information är något som ger upphov till en stor frustration. När de till exempel får information om att en sjukvårdshelikopter är på väg för att hämta upp de skadade och dessutom få en tidsangivelse för när den ska landa för att sen få veta att helikoptern inte ens har lyft upplevs som mycket frustrerande hos informanterna. Då vårdkedjan inte fungerar tillfredställande i de mest stressade situationerna uppger sjukvårdspersonalen vara en av de stora anledningarna till frustration i vårdssituationen.

”Nu är det tjugo minuter kvar, nu är det en kvart kvar, och sen vänder det till

att nä helikoptrarna har inte lyft de är någon annanstans. Det är frustration.”

Det kan även upplevas en frustration med att det kommer alldeles för mycket resurser på en och samma gång när ansvarig sjukvård på plats inte är medveten om detta, framförallt om det kommer resurser som inte förväntas. En informant berättade om hur denne möttes av ett filmteam som första resurs på plats när de letade efter två skadade vid en trafikolycka vid en flodbädd.

Att växa som människa och vårdare

Känslan att klarat av uppgiften samt insikten att jag klarar mer än vad jag trodde, ledde till en utveckling hos individen både som människa och vårdare. De följande två underkategorierna bygger upp denna kategori

Växa med uppgiften

Arbetet i ett insatsområde ställer andra krav än vad sjukvårdspersonal är vana vid från den civila arbetsplatsen. Det beskrevs som om att dom ställer större krav på självständighet och beslutsfattande på individnivå. Flera av informanterna berättade att de först på plats inser vilket ansvar de faktiskt har för sig själva och sina kollegor och att de då växer in i sin roll.

”och det fick mig att växa, först då efter kanske två veckor i fält så insåg jag vad det innebär, vilket ansvar det innebär och i och med att jag gjorde det så kunde jag börja fatta rätt beslut”

Sjukvårdsarbetet i insatsområdet skiljer sig i många fall gentemot hur sjukvård bedrivs i Sverige. En sjuksköterska som inte är van vid att fatta några egna beslut, utan att ha dem ordinerade av en läkare, inser att nu är det han/hon som har ansvaret och därmed måste fatta besluten angående patientens hälsa och välmående. Det är först när sjuksköterskan eller sjukvårdaren förstått sin verkliga roll som de beskriver att de växer med uppgiften och som individer. Sjukvårdspersonalen beskrev att de tvingas till att fatta beslut då de många gånger är ensamma på plats med medicinskt ansvar. De möjligheter som finns till att ta kontakt med t.ex. läkare på fältsjukhus eller kampen är tidskrävande och inte alltid väl fungerande.

Arbetet i ett insatsområde beskrevs som att det tar hårt på den psykiska hälsan men att det är värt det för att individen får så mycket tillbaka från sina kollegor och sina upplevelser från området. Dessa upplevelser är något som de bär med sig resten av livet och som i många fall hjälper dem att bli bättre människor och bättre vårdare.

Bekräfta sitt värde

Vid intervjuerna betonades vikten av att få visa vilka kunskaper och färdigheter inom sjukvårdsområdet som sjukvårdspersonalen besitter samt att kunna ”rättfärdiga” sin existens inom förbandet. Att kunna bevisa att sjukvårdspersonal fyller en verklig funktion och tillför något till gruppen är något som upplevdes som viktigt, speciellt då sjukvårdsresurser tidigare oftast ansetts som ett nödvändigt ont i de stridande förbanden och att de är förhindrade att delta i de aktiviteter som räknas som stridande så som t.ex. bevakning och vakthållning.

”..oss då inom sjukvården att vi faktiskt inte bara är med som nått sorts onödigt ont som man ska ge mat och pyssla om utan att vi faktiskt gör nån nytta...”

När sjukvårdspersonalen klarat av sin uppgift och gjort det som förväntades av de upplevdes som viktigt. Just att kunna få visa detta för både sig själv och för kollegorna. På detta sätt bekräfta sitt värde gjorde att individen växte i sin yrkesroll men även som människa.

Även att ha klarat av att utföra de uppgifter som ingår i sjukvårdsbefattningen upplevdes som viktigt för utvecklingen i sin yrkesroll och som människa. Utöver detta så beskrevs det som viktigt att se jag som individ fungerade i min yrkesroll under de omständigheter som rådde i det aktuella insatsområdet och vid de aktuella händelserna.

*”ja utan att man faktiskt kan göra det som man ska göra
och det var jätteskönt efter de här gångerna som vi blev
beskjutna att det faktiskt fungerade, eller att jag fungerade”*

Även att vårdkedjan fungerade tillfredställande och att sjukvårdspersonalen kunnat göra det som förväntades av dem, både av dem själva och av deras kollegor, upplevdes som mycket positivt trots de svåra händelserna och omständigheterna (Beskjutning, IED:er, Hotbilder)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I studien framkom det vad sjukvårdspersonal i insatsområden upplever när de ställs inför att omhänderta en skadad kollega.

En känsla av otillräcklighet verkar genomsyra hela upplevelsen dvs. att inte kunna göra tillräckligt för sin kollega. Anledningarna till att inte kunna hjälpa sin kollega på ett tillfredsställande sätt är flera, där det rådande säkerhetsläget förhindrar att sjukvårdspersonalen kan ta sig fram till den skadade är en av dem. Även brister i information och resurser beskrivs som stora anledningar till frustration och maktlöshet bland deltagarna. Sjukvårdspersonalen vill hjälpa och göra allt de kan för sina skadade kollegor och när de inte kan hjälpa eller är begränsade att göra detta på ett korrekt sätt upplevdes det som otillräcklighet.

Sjukvårdspersonal vill hjälpa och arbetar med att hjälpa människor dagligdags, att då förhindras att hjälpa blir en stor frustration. Jonsson och Segesten (2004 s.218) beskrev att känslan av att inte ha kunnat gjort tillräckligt för sin patient gör att sjukvårdspersonalen känner sig otillräcklig och värdelös men att dessa känslor kan uppstå även när de gjort allt som de kunnat för sin patient. Detta stöds även av De Jong, Benner, Benner, Richard, Kenny, Kelley, Bingham och Debisette (2010 s.56). Bristen på resurser och information leder till att sjukvårdspersonalen känner att de inte gör tillräckligt för den skadade och det är då känslan av otillräcklighet framträder. Otillräckligheten påverkas troligen av vilken erfarenhet sjukvårdspersonalen har av liknade skador och behandlingen utav dessa både i positiv och negativ bemärkelse. Vidare reflektion om otillräckligheten är att denna kan påverka hur sjukvårdspersonalen påverkas i sitt civila arbete efter insatsen. Skadeutfall som involverad dödsfall och där otillräckligheten varit stor relaterat till bristen på resurser och känslan av maktlöshet kan göra att sjukvårdspersonalen lägger mer energi på lättare skador alternativt att de blir oengagerade i patienter, som enligt dem, har obetydliga problem.

Att bygga upp bilder verkar vara något som kan ge sjukvårdspersonalen en viss förberedelse på vad de kan tänkas få se när de kommer fram till skadeplatsen men att det även ger dem en

möjlighet att kunna börja planera sitt omhändertagande. Detta stöds av Jonsson och Segesten (2004 s.217-218) och Regehr och Goldberg (2002 s.509). Att få eller ha möjligheten till att kunna bygga upp ett möjligt scenario verkar vara det som ökade handlingsberedskapen mest. Andersson, Dahlgren, Lundberg och Sjöström (2007 s.154-155) menar att den utbildning sjukvårdspersonalen erhåller innan uppdraget bör vara praktisk och så verklighetstrogen som möjligt. Samt varvas med tidigare förvärvad sjukvårdserfarenhet. På så sätt erhålls goda förutsättningar att utföra sjukvård i en militär miljö. Detta ger dem chansen att kunna planera ett eller flera olika sätt att omhänderta en skadad kollega beroende på typen av skada. Två av informanterna beskrev att de inte alls hunnit förbereda sig på vad de skulle se då de inte visste att någon var skadad när de kom fram till platsen. De beskrev också en större frustration över att inte kunna hjälpa de skadade på ett, för dem, adekvat sätt. Det verkade även som att dessa två individer krävde längre tid på sig innan de kunnat lugna ner sig efteråt för att kunna börja hantera känslorna från upplevelsen.

Möjligheten att bygga upp en bild av skadeplatsen och tänka igenom en handlingsplan för olika typer av skador verkar ge sjukvårdspersonalen en chans att förbereda sig mentalt på vad de kan komma att få se. Författarna tror dock att denna möjlighet kan påverkas av både tidigare erfarenhet, dvs. om sjukvårdspersonalen varit med om liknande händelser tidigare, och av vilken tid de har på sig innan ankomst till skadeplatsen. Dock beskrev Jonsson och Segesten (2004 s.230) att det inte fanns något bevis för att en längre yrkeserfarenhet skulle minska riskerna för PTSD. Informanterna beskrev även svårigheter att kunna distansera sig gentemot sina kollegor och de som beskrev att de kunde distansera sig under tiden för omhändertagandet nämner att de har känslor om händelserna som sitter kvar långt efter insatsens slut. En studie av Stewart (2009 s.92) visade på att sjukvårdspersonal som identifierar sig med sin patient till slut kan börja känna samma fysiska och psykiska smärta och i det långa loppet drabbas av något som kallas för medlidande utmattning. Om man kan distansera sig är det ett sätt att skydda sig själv från känslomässig smärta och obehag och det är något som sjukvårdspersonal behöver kunna för att klara av att arbeta med svårt sjuka patienter (Jonsson & Segesten 2003 s.143) samt Suserud (2002 s.27). I en annan studie av Segesten och Jonsson (2004 s.217) beskrivs att inte ens den mest erfarne ambulanspersonal kan förbereda sig eller skydda sig från känslorna som uppstår vid identifiering med den skadade eller känslan av otillräcklighet och ensamhet. Detta stöds även av Svensson och Fridlund (2007 s.36) samt De Jong et.al (2010 s.56) Det borde vara svårare men inte omöjligt för sjukvårdspersonalen att distansera sig från någon som de har en relation till. En informant beskriver att denne inte hade några problem med att distansera sig från sina kollegor vid skadetillfället. Kanske att känslorna kommer långt senare och då kan den här individen vara i stort behov av hjälp efter hemkomst för att hantera sin upplevelse och för att kunna fungera normalt i det vardagliga livet. Det kan också vara så att den här informanten inte haft en tillräckligt nära relation till de som omhändertagits.

Att inte kunna distansera sig kan bli ett problem i omhändertagandet. Om sjukvårdspersonalen blir för känslomässigt engagerade så kan detta troligen förhindra en korrekt bedömning, prioritering och behandling. Detta stöds även av Jonsson och Segesten (2003 s.150 och 2004 s.216) där författarna beskriver att den ambulanspersonal som fokuserar för mycket på en patient kan missa den stora helheten och därmed inte kunna ge samtliga patienter en adekvat vård

Enligt Jonsson och Segesten (2003 s.146 och 2004 s.216), Regehr och Goldberg (2002 s.509), Jonsson och Halabi (2006 s.93) är avlastningssamtal en stor hjälp för sjukvårdspersonal som omhändertagit allvarligt skadade patienter. Att samtala med andra om händelserna måste de

aktivt ta itu med sina upplevelser med de tankar och känslor som detta inneburit hjälper dem att hantera de efterföljande emotionella effekterna. Maguen, Turcotte, Peterson, Dremsa, Garb, McNally och Litz (2008 s.7) menar att sjukvårdspersonal i insatsområden är en högriskgrupp för PTSD och att avlastningssamtal skulle kunna genomföras redan innan insatsens start. Detta för att minska eventuell ångest inför insatsen och på så sätt förbättra möjligheterna för att kunna hantera de psykologiska aspekterna på längre sikt. Detta verkar även stämma in på informanterna i denna studie, de kände att avlastningssamtalen gav dem resurserna att hantera sina känslor från upplevelserna i insatsområdet. Det kan vara så att man inte har några specifika känslor vid det akuta omhändertagandet och det är något som beskrivs av samtliga informanter i studien. Kan det vara så att detta är en mekanism i människans sinne att stänga av den känslomässiga delen av hjärnan för att kunna fatta beslut om handling med de mest primära delarna av vår hjärna så som syn, lukt och hörsel? fight/flight reaction? Detta beskrev Gibbons, Shafer, Aramanda, Hickling och Benedek (2013 s. 6), som ett sätt att klara jobbet och att skydda sig själv. Att komma för nära skulle kunna vara kontraproduktivt och resultera i negativ sinnesstämning, irritation och skuld-känslor som leder till ilska.

Tillgång till rätt resurser, att inte vara ensam på plats och att ha en ordentlig erfarenhet av akutsjukvård verkar vara centralt för sjukvårdspersonalen för att kunna hantera upplevelserna när de omhändertagit en skadad kollega. Lundblad och Sjöström (2005 s.32) beskrev i sin studie att sjukvårdspersonal som inte var tillåten att utföra sina uppgifter p.g.a. att området inte var säkert, eller att arbeta under miserabla förhållanden och att inte ha tillräckligt med utrustning kunde påverka sjukvårdspersonalens möjlighet och vilja till att ge adekvat vård. Författarna reflekterade över att sjukvårdspersonalen finner en trygghet i den mest basala sjukvårdsutrustningen; kan det vara så att sjukvårdspersonalen skulle behöva bli trygg med att inte använda just den utrustning som de är bekväm med utan kunna vara mer kreativa i sina lösningar för att genomföra ett omhändertagande utan ”rätt” utrustning? Troligen så finner de trygghet i de saker som de känner igen och att det är p.g.a. detta som de känner sig maktlösa när utrustningen inte finns att tillgå.

Samtliga informanter beskrev hur de växer som människor och även hur de växer i sin yrkesroll i samband med händelserna. Det som beskrevs som viktigast i att växa som människa är de vänskapsrelationer och de intryck som de får under sin tid i insatsområdet. Den yrkesmässiga växten består i att lära sig eller klara av att omhänderta en skadad med väldigt små resurser i utsatta miljöer där sjukvårdspersonalen ibland även agerar ensamt. Detta beskrevs även i en studie av Scannel-Desch och Doherty (2010 s.10) samt Elmqvist, Brunt, Fridlund och Ekebergh (2010 s.271) där sjuksköterskor berättade hur de vuxit i sin profession under tiden som de varit i insatsområden. Självförtroendet har vuxit då de klarat av många typer av olika trauman på ett adekvat sätt. Många sjuksköterskor har upplevt sin tid i ett insatsområde som mycket givande. De Jong et al (2010 s.56) beskrev att sjuksköterskorna i ett insatsområde såg möjligheten att ha fått hjälpa skadade som en stor del i coping-mekanismen i den känslomässiga hanteringen av händelsen. Författarna tror att informanterna upplever en växt som människa och som vårdare då de ställs inför utmaningar i skadescenarion som de annars aldrig hade upplevt i sina civila arbeten i Sverige. Att växa som människa relateras mest troligt också till de vänskapsband som knyts samt kravet på att fatta egna beslut om omhändertagandet.

Metoddiskussion

Det fanns inte någon tidigare erfarenhet av att göra intervjustudier hos författarna. Viss kunskap och övning kring denna metod erhöles i form av ett seminarietillfälle. Detta seminarietillfälle låg inom ramen för kursen ”Examensarbete på avancerad nivå” vid Högskolan i Borås. Till detta tillfälle genomfördes en övningsintervju som det under seminariet gjordes en innehållsanalys på. Vidare upplevdes det svårt att just i stunden komma på adekvata följdfrågor. Ytterligare kunskap kring kvalitativ forskningsintervju och innehållsanalys har erhållits från litteratur av Kvale & Brinkmann (2009) samt Granheim & Lundman (2012). I denna studie gjordes urvalet genom personliga kontakter och genom ett socialt nätverk som t.ex. Facebook, och utifrån detta bildades en snöbollseffekt. Fördelen av att använda sig av ett socialt nätverk är att de informanter som kan tänka sig att delta själva anmäler intresse. Risker med detta är att många informanter som skulle kunna tänka sig att delta aldrig får informationen då de ej använder sig av till exempel Facebook. Det går även att diskutera kring huruvida sju informanter var tillräckligt underlag för resultatet. Dock ansågs det av författarna att utav dessa intervjuer framkom en stor mängd av data. Vid genomläsning av den insamlade datan stod det ganska snart klart att många av informanterna upplevde samma sak. Av de sju informanterna hade endast en informant en nära relation till sin kollega. De andra sex informanterna hade inte en lika nära relation till den kollega som de omhändertagit. De kände till vem personen var, de hade arbetat tillsammans vid något tillfälle och samtalat under utbildningen eller på campen, men hade ingen närmre kontakt i övrigt. Under en insats så har trupperna en väldigt stark gemenskap och en känsla av samhörighet vilket gör att de har en närmre relation med varandra under insatsen än vad de hade haft i det civila livet. Författarna tror att detta kan ha haft en viss inverkan på det slutliga resultatet.

Att ej ha haft tidigare erfarenhet kring den kvalitativa forskningsintervjun, urval av tydliga meningsbärande enheter, samt analysprocessens förfarande gör att studiens tillförlitlighet och trovärdighet kan ifrågasättas. Enligt Kvale och Brinkmann (2009 s. 33), så är det genom att genomföra intervjuer som individen lär sig. Dock har författarna gjort så gott de har kunnat genom att läsa på i litteratur och koncentrerat sig på att plocka fram det väsentligaste ur insamlad data. Med den nya kunskapen och medvetenheten om vart eventuella brister i analysarbetet kan ligga ha läst igenom de transkriberade intervjuerna och suttit tillsammans under hela analysfasen och gemensamt kommit fram till resultatet borde ha minskat risken för feltolkningar i det färdiga arbetet. Med en tydlig beskrivning av metoden och allteftersom analysarbetet fortgick återvände författarna till det ursprungliga materialet. Detta för att den grundläggande innebörden ej skulle gå förlorad i de kondenserade meningsenheterna och koderna. På så vis hävdar författarna att de kan stärka innehållet såsom Granheim & Lundman (2012 s.197-198), beskriver beträffande giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet samt delaktighet. God hjälp har även erhållits av handledare med god kompetens kring den valda analysmetoden. Vidare anser författarna att resultatet styrks genom att intervjuerna genomfördes genom ett personligt möte och inte via telefonintervjuer, just för att själva fenomenet i sig kunde vara jobbigt känslomässigt att berätta om.

Fördelarna och nackdelarna kring att båda författarna var närvarande vid två tillfällen diskuterades de emellan. Det upplevdes positivt att då visste författarna att varje informant fick samma frågor, intervjuerna genomfördes på liknande sätt och det var enklare att följa upp berättelsen med följdfrågor. Negativt var att risken för att informanten kunde känna sig i underläge, och då inte känna sig bekväm med att berätta kring sin upplevelse precis som den

var. Känslorna efter varje genomförd intervju var blandade. Ibland kändes det som att här finns det bra datamaterial, och ibland kändes det som att det inte fanns någonting alls. Dock var det först när analysen påbörjades, som det kunde avgöras om kvaliteten på de genomförda intervjuerna var tillräcklig. Då märkte vi huruvida intervjuerna var uttömmande och informativa, eller om information hade missats.

Slutsats

Att omhänderta en skadad kollega i ett insatsområde är mest troligt ett större känslomässigt trauma, livsvärlden är allvarligt hotad hos både den skadade och den vårdande. Sjukvårdspersonalen upplever en otillräcklighet, att de inte kan göra tillräckligt för sin skadade kollega. Det verkar som att det som påverkar de känslomässiga reaktionerna hos sjukvårdspersonalen är tre saker:

- Hur nära relation de har till den skadade
- Tidigare erfarenhet från akut- eller prehospitalsjukvård
- Möjlighet till att bygga upp mentala bilder av skadeplatsen

I det långa loppet verkar även ett väl genomfört avlastningssamtal efter skadefall gynna sjukvårdspersonalens mentala hälsa. Detta är något som bör gälla alla som varit involverade i arbetet omkring den skadade, soldater som sjukvårdspersonal. Även sjukvårdspersonal som får ta del av berättelserna och den psykiska ohälsan från de som överlevt skadetillfället verkar vara i stort behov av avlastningssamtal. De tankar och känslor som beskrivits av informanterna i denna studie har likheter med de studier som gjorts på sjukvårdspersonal i det civila arbetslivet inom prehospital- eller akutsjukvård. Författarna anser att resultatet i studien kan dra paralleller till den civila hälso- och sjukvården. Då främst inom ambulanssjukvård men även inom de andra områdena av akutsjukvård.

Fortsatt forskning

Förslag på fortsatt forskning är att lokalisera den sjukvårdspersonal som omhändertagit en kollega de har en nära relation till. Detta för att se om närheten i relationen har en påverkan för upplevelsen. Även undersöka vad som påverkar den psykiska och fysiska hälsan hos de som varit delaktiga i omhändertagandet av skadade kollegor, samt kollegor med psykisk ohälsa efter en allvarlig händelse.

- Vad kan göras för att förhindra känslan av otillräcklighet?
- Utökad forskning på området att omhänderta någon som står en nära, både civilt och militärt.
- Kan sjukvårdspersonalen bli bättre förberedda på insatsen, vad kan påverka detta?
- Hur kommer det sig att vissa känslor, tankar, funktioner stängs av vid skadefallen?
- Skiljer sig upplevelserna mellan män och kvinnor?
- Varför vill individen göra en insats i ett militärt insatsområde?

REFERENSLISTA

- Agazio, J. (2010). Army nursing practice challenges in humanitarian and wartime missions. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 166–175.
- Andersson, S-O., Dahlgren, L., Lundberg, L. & Sjöström, B (2007). The criteria nurses use in assessing acute trauma in military emergency care. *Accident and Emergency Nursing*, 15(3), 148-156.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- De Jong, M., Benner, R., Benner, P., Richard, M., Kenny, D., Kelley, P., Bingham, M., Debisette, A (2010). Mass Casualty Care in an Expeditionary Environment: Developing Local Knowledge and Expertise in Context. *Journal of Trauma Nursing*, 17 (1), 45-58.
- Elmqvist, C., Brunt, D., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2010) Being first on the scene of an accident - experiences of 'doing' prehospital emergency care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 266-273
- Esaiasson, P. (2007). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. (4. uppl.) Stockholm: Norstedts juridik.
- Försvarsmakten. (<http://www.forsvarsmakten.se/sv/information-och-fakta/var-historia/internationella-insatser/>) [2013-12-02]
- Försvarsmakten. (www.mil.se) [2014-05-10]
- Gibbons, SW., Shafer, M., Aramanda, L., Hickling, EJ. & Benedek, DM. (2013) Combat Health Care Providers and Resiliency: Adaptive Coping Mechanism During and After Deployment. *Psychological Services*. doi: 10.1037/a0033165 I väntan på publicering
- Graneheim, Hällgren, U & Lundman, B. (2012). *Kvalitativ innehållsanalys*. I Granskär, M & Höglund, Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Griffiths, L & Jasper, M. (2007) Warrior nurse: duality and complementarity of role in the operational environment. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (1), 92-99.
- Henckaerts J M, Doswald-Beck L, red. Customary International Humanitarian Law, Chapter 7, Rule 25. In: International Red Cross, editor. Cambridge: ICRC, 2007.
- Henriksson, B., & Månsson, S,-A. (1996). *Deltagande observation*. Ingår i M. Granskär, B. & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Kap 6 (s. 101-102) Lund: Studentlitteratur.
- ICRC: *International Committee of the Red Cross, article 12, Convention (1) for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field*, 1949.

- Jones, M., Fear, N. T., Greenberg, N., Jones, N., Hull, L., Hotopf, M., Wessely, S., Rona, R. J. (2008) Do medical services personnel who deployed to the Iraq war have worse mental health than other deployed personnel? *European Journal Of Public Health*. 18(4) s422-427
- Jonsson, A & Halabi, J. (2006) Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*
- Jonsson, A & Segesten, K. (2004) Daily Stress and Concept of Self in Swedish Ambulance Personnel. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(3), 226-234.
- Jonsson, A & Segesten, K. (2004) Guilt, shame and need for at container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency nursing*, 12, 215-223
- Jonsson, A., & Segesten, K. (2003) The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing* 11, 141-152
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindblad, C. & Sjöström, B. (2004). Battlefield emergency care: a study of nurses perspectives. *Accidents and Emergency Nursing*, 13, 29-35. 21
- Lundberg, K., Kjällström, S., Jonsson, A. & Sandmand, L. (2014) Experiences of Swedish military medical personnel in combat zones: Adapting to Competing Loyalties. *Journal Of Military Nursing Under publicering*
- Malterud, K. (2001) Qualitative nursing: standards, challenges and guidelines. *The Lancet*, 358 (9280), 483-488.
- Maguen, S., Turcotte, D.M., Peterson, A.L., Dremsa, T.L., Garb, H.N., McNally, R.J. & Litz, B.T (2008). Description of Risk and Resilience Factors among Military Medical Personnel before Deployment to Iraq. *Military Medicine*, 173 (1), 1-9
- Meijer, C. (2012). *Lärobok BATLS*. Stockholm: Försvarsmakten.
- mil.se. www.mil.se/ [2014-05-18]
- NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians (U.S.). Prehospital Trauma Life Support Committee. (2007). *PHTLS - prehospital trauma life support*. (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby, inc.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Regehr, C & Goldberg, G. (2002) Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 505-513
- Regeringskansliet. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/14/51/15/7396747f.pdf> [2013-11-29]

Scannell-Desch, E. & Doherty, M-E. (2010). Experiences of U.S. Military Nurses in the Iraq and Afghanistan Wars, 2003–2009. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (1), 3-12.

Stewart, D. (2009). Casualties of war: Compassion fatigue and health care providers. *Medsurg Nursing*, 18(2), 91-94.

Suserud, B-O. (2002) Ambulance responses at a disaster site. *Emergency Nurse*, 9, 22-27.

Svensson, A & Fridlund, B. (2007) Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A critical incident study. *International Emergency Nursing*, 16, 35-42

Vetenskapliga rådet (2005), God forskningssed. Hämtad från Vetenskapliga rådet:
<http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forsknin+gssed+2011.1.pdf> [2014-05-12].

-

BILAGOR

Bilaga 1

Förfrågan till informanter om deltagande i en intervjustudie

Under vårterminen 2014 kommer det att skrivas en uppsats på magisternivå. Lärosäte är Högskolan i Borås.Handledare är NAMN NAMNSSON vid Institutionen för Hälso och Vårdvetenskap, Högskolan i Borås.

Syftet med studien kommer vara att belysa sjukvårdspersonals upplevelse av att vårda en kamrat/kollega i ett militärt insatsområde. Att göra denna studie är för författarna viktigt då det finns mycket lite forskning inom just detta område. Tidigare forskning undersöker nästan enbart utifrån perspektivet hur sjuksköterskan upplever att vårda anhöriga till en patient. Författarna hoppas att med hjälp av denna studie kunna bidra till att sjukvårdspersonalen skall känna sig bättre förberedd, tryggare och säkrare i situationen att vårda en kamrat/kollega som är allvarligt sjuk eller skadad.

Metoden för att kunna genomföra studien kommer att vara intervjuer (c:a 10 st). Varje person som deltar i studien får innan intervjun startar lämna sitt samtycke till att vara med. Själva intervjun kommer att äga rum på en plats som du som deltagare själv har valt och som är neutral för dig som deltagare. Avsatt tid för varje intervju beräknas till ungefär en timma och sker enskilt med varje deltagare. Varje intervju kommer att spelas in med hjälp av en diktafon (eller liknande utrustning) och förvaras på ett sådant sätt att obehöriga ej kan få tag i materialet. Endast författarna och deras handledare har tillgång till den inspelade informationen. Vidare kommer varje intervju att skrivas ut via dator ordagrant, för att författarna sedan i lugn och ro skall kunna analysera materialet.

Deltagande bygger på fullständig frivillighet. Du som deltagare kan utan någon som helst förklaring avbryta ditt deltagande. Dock önskar vi författare att du som deltagare ger ditt samtycke till att eventuell information som framkommit innan du avbryter får användas till det kommande resultatet i studien. Rådande regler beträffande sekretess och forskning efterföljs enligt Helsingforsdeklarationen. Som deltagare har du rätt att få ta del av den information som du har bidragit med. Vidare har du även rätt att få direkta felaktigheter rättade. Informationen kommer att hanteras på ett sådant sätt att namn, identitet, och insats ej går att identifiera i den färdiga studien.

Du som är intresserad av att delta bör överväga att en intervju kan dra upp obehagliga eller känsliga minnen och upplevelser till ytan igen. Detta oberoende på om händelsen utspelats nyligen eller en längre tid tillbaka i tiden.

Tycker du att detta verkar intressant, vill veta mera eller har frågor och funderingar kring studien, kontakta författarna eller dess handledare. Uppgifter för kontakt finner du nedan. De som anmält intresse till att vilja delta kontaktas av författarna. Slutresultatet av uppsatsen kommer att finnas tillgängligt på [WEBADRESS](#) under hösten 2014. Om du som deltagare önskar så finns även möjligheten att erhålla slutresultatet via mail.

Med vänliga hälsningar,
Ulf Andersson och Hans Zetterblad

Borås den-.-..

Ulf Andersson
författare av uppsatsen
0704-434346
nossrednaflu@hotmail.com

Hans Zetterblad
författare av uppsatsen
0768-657545
zetterblad79@hotmail.com

NAMN NAMNSSON
handledare
TELEFON?
EPOST?

Bilaga 2

Svarstalong för deltagande i studien

Information har delgivits mig beträffande att syftet med studien är att belysa sjukvårdspersonalens upplevelse av att vårda en kamrat/kollega i ett militärt insatsområde. Information har jag erhållit skriftligt gällande intervjuens tillvägagångssätt, att deltagandet är frivilligt, samt att precis när jag själv vill kan avbryta mitt deltagande efter att jag givit mitt samtycke till att delta i studien. Genom att du kryssar i rutan för deltagande, godkänner du att författarna kontaktar dig enligt den kontaktinformation du lämnar. Du godkänner även att den information du delgivit under intervjun, om du nu inte väljer att avbryta ditt deltagande, får användas av författarna för att forma resultatet i studien.

- Mer information kring studien önskas

- Jag vill delta i studien

- Nej, jag vill inte delta i studien

Namn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Bilaga 3

Intervjuguide

Namn:

Ålder:

Specialistutbildning:

Tidpunkt för händelsen:

1. Berätta om ett tillfälle då du vårdat en skadad kollega/kamrat

-Vad kände du?

-Vad tänkte du?

-Kan du berätta mer om...

-Kan du utveckla...