



**AMBULANSSJUKSKÖTERSANS UPPFATTNINGAR GÄLLANDE
OMHÄNDERTAGANDE OCH BEDÖMNING AV DET AKUTA
SJUKVÅRDSBEHOVET HOS VÅRDSÖKANDE**

**THE AMBULANCENURSE OPINIONS CONCERNING THE
DISPOSAL AND THE ASSESSMENT OF THE ACUTE CARE NEEDS
OF HEALTHCARE SEEKERS**

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot
ambulanssjukvård 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 2013-11-28
Kurs: ht12

Författare:
Christer Zackrisson

Handledare:
Caroline Hybinette
Veronica Vicente
Examinator:
Monica Rydell
Karlsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: När larmoperatören tar emot ett samtal börjar den prehospitla processen i vårdkedjan. Som första länk tar operatören beslut om vårdbehov och ärendets prioriteringsgrad. Med dessa förhandsuppgifter möter ambulanssjuksköterskan den som söker vård. I mötet mellan sköterskan och patienten sker bedömningen av vårdbehov på både medicinska och vårdvetenskapliga grunder. Utifrån vårdbehovet tas beslut om vilka omvårdnadsåtgärder som främjar patientens hälsa på bästa sätt. Ambulanssjuksköterskans intention är att besluta om lämpligaste vårdnivå utifrån patientens vårdbehov. Det är en komplext och svår uppgift att besluta om lämplig vårdnivå och bristen på forskning och kunskap gällande styrning till olika vårdnivåer kan resultera i individuella lösningar som i förlängningen inte är till fördel för vårdsökaren.

Syfte: Syftet var att belysa ambulanssjuksköterskans uppfattningar om att arbeta i ambulans gällande omhändertagande och bedömning av det akuta sjukvårdsbehovet hos vårdsökande.

Metod: Kvalitativ intervjumetod valdes som datainsamlingsmetod. Nio ambulanssjuksköterskor delgav sina uppfattningar utifrån studiens syfte. En fenomenografisk ansats användes i studien.

Resultat: Resultatet visar på att ambulanssjuksköterskorna med stöd av sina färdigheter bedömer patientens vårdbehov ur ett helhetsperspektiv. I vårdrummet tar ambulanssjuksköterskan ställning till vårdbehovet som kan skilja sig jämfört med larmoperatörens bedömning. Resultatet visar också på att patienten har egna erfarenheter av sitt vårdbehov. Slutligen uppfattar informanterna svårigheter att se sig som beslutstagare för att optimera kommande vårdnivå utifrån bedömd vårdnivå.

Slutsats: Slutsatsen av denna intervjustudie visar på att kompetensen består av olika delar, dels kunskap genom studier och dels erfarenhetskunskap. Den samlade kunskapen skiljer sig därför mellan ambulanssjukvårdens personal beroende på yrkeserfarenhet. Med den samlade kunskapen gör ambulanssjuksköterskan bedömningen och tar ställning om vårdbehov. Syntesen visar också på att ett vårdbehov i de flesta ambulansärendena finns men kanske inte behöver åtgärdas via den slutna vården alla gånger. Ambulanssjuksköterskans önskar stöd i sitt beslutstagande om att hjälpa patienten till lämplig vårdnivå, ett beslutstöd som oavsett yrkeserfarenhet, hjälper ambulanssjuksköterskan till trygga och säkra beslut.

Nyckelord: Ambulanssjuksköterska, prehospitäl vård, vårdnivå, vårdbehov, uppfattningar

ABSTRACT

Background: When the emergency operator receives a call the pre-hospital care process chain begins. That first link operator takes decisions on health needs and the priority level. With these preliminary data meets ambulance nurse for care. In the meeting between the nurse and the patient is assessing the care needs of both medical and nursing scientific grounds. On the basis of the need for care are the nursing interventions that promote patient's health in the best possible way. The nurse intention is to decide the most appropriate level of care based on a patient's health care needs. It is a complex and difficult task to decide on the appropriate level of care. The lack of research and knowledge on governance to different care levels can result in individual solutions that ultimately do not benefit the healthcare seeker.

Objective: The objective was to highlight the ambulance nurse's perceptions about working in an ambulance for treatment and assessment of the urgent medical needs of healthcare seekers.

Method: Qualitative interview methodology was chosen as a data collection method. Nine ambulance nurses reported their perceptions based on the study's purpose. A phenomenographic approach was used in the study.

Results: The results show that ambulance nurses with the assistance of their skills assessment patient care needs from a holistic perspective. In the nursing room takes ambulance nurse position on the need for care that may differ compared to alarm the operator's judgments. The result also shows that the patient has personal experience of their care needs. Finally, informants perceive difficulty in itself as the decision-making persons in order to optimize future level of care based on the assessed level of care.

Conclusion: The conclusion of the interview study demonstrates competence consists of different parts, and knowledge through learning and sharing knowledge. The accumulated knowledge differs between ambulance care staff depending on work experience. With the accumulated knowledge allows ambulance nurse assessment and decision about care needs. The synthesis also shows that a care needs in most cases exist but might not ambulances need to be addressed via the enclosed care all the times. Ambulance nurses are supported in their decision-making about helping the patient to the appropriate level of care, a decision aid regardless of experience, to help ambulance nurse for safe and secure decisions.

Keywords: Ambulance nurse, pre-hospital care, level of care, care needs, perceptions

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Prehospitala länkar i vårdkedjan	1
Orsaker till att söka vård via larmcentralen	3
Att skapa ett vådrum.....	3
Ambulanssjuksköterskans bedömning av vårdbehov ur medicinsk och vårdvetenskapligt perspektiv i vådrummet	4
Definition av vårdbehov och vårdnivå	4
Rätt vårdnivå utifrån bedömt vårdbehov	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Val av metod	5
Urval	6
Genomförande	6
Dataanalys.....	8
Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet	9
Etiska överväganden	10
RESULTAT	10
Att arbeta som ambulanssjuksköterska innebär - att man i det akuta omhändertagande använder sig av sina färdigheter för att kunna ta emot och behandla kritiskt sjukpatienter.....	12
Att arbeta som ambulanssjuksköterska innefattar ställningsstagande i vådrummet om vårdsökarens vårdbehov	13
Att arbeta som ambulanssjuksköterska innebär att man ikläder sig rollen som beslutstagare för att optimera vårdnivån i utifrån vårdbehovet.....	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	18
Slutsats.....	22
Fortsatt forskning	22
REFERENSER	23
Bilaga I Intervjuguide	
Bilaga II Brev till verksamhetschef	
Bilaga III Brev till företagschef vid privat ambulansstation	
Bilaga IV Forskningspersoninformation	

INLEDNING

En ambulans är ett ”transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade. Vidare beskrivs ambulanssjukvård som hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans” (SOSFS 2009:10). Ett ambulansärende föregås av en bedömning från larmoperatören och inleds med att ambulanspersonalen tar del av operatörens uppgifter om den drabbades tillstånd och allvarlighetsgrad. Enligt Khorram- Manesh, Lennquist Montán, Hedelin, Kihlgren och Örtenvall (2010) används ambulansresurser till uppdrag som de egentligen inte är avsedda för och resultatet i Hjälte, Suserud, Herlitz och Karlberg (2007a) studie visar på att larmoperatören ibland kan tvingas använda sig av en säkerhetsmarginal gällande prioriteringsbedömning. Till skillnad från larmoperatören kan ambulanssjuksköterskan med alla sinnen möta den som söker vård i den situation som denne befinner sig i. I denna ömsesidiga vårdrelation erbjuds ambulanssjuksköterskan förnämliga möjligheter att bedöma vårdbehovet samt ta ställning till tänkbara omvårdnadsåtgärder. Bortsett från socialstyrelsens definition av ambulans som transportmedel har ambulanssjukvårdens ambulanssjuksköterska en vårdande roll som skall vara till förmån för dem som har en akut sviktande hälsa.

BAKGRUND

Prehospitala länkar i vårdkedjan

Den prehospitala vårdkedjan som detta arbete omfattas av är prioriterings- och dirigeringscentral samt prehospital ambulanssjukvård.

Prioriterings- och dirigeringscentral

Svenska alarmeringscentralen SOS alarm har sedan 1973 varit tillgänglig för vem som helst i Sverige att ringa till om behov av akut hjälp uppstått. Operatörerna tar emot alla samtal rörande bland annat ambulans- räddningstjänst- och polisbehov (Forslund, Kihlgren & Kihlgren, 2004). Larmnumret 112 är ett rikstäckande larmnummer som används när det anses finnas ett behov om akut sjukvårdshjälp. Larmcentralen har enligt avtal tillgång till högre medicinsk kompetens, legitimerad sjuksköterska, som kan sköta medicinska bedömningen och- eller prioritering. Konsultation med läkare är också möjlig om oklarheter eller osäkerhet finns om bedömningen (SOS Alarm, 2012). Prioriteringsgrader enligt 2§, kap. 5, i SOSFS:2009:10 lyder:

Prio 1 - Akuta livshotande symtom eller olycksfall.

Prio 2 - Akuta men inte livshotande symtom.

Prio 3 - Övriga uppdrag med vård- eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd.

Larmoperatörer på prioriterings- och dirigeringscentral

När larmoperatören tar emot ett samtal startar en vårdprocess mellan operatören och inringare. Larmoperatörens precision i bedömningen är beroende av flera faktorer. Larmoperatören bedömer med hjälp av inringaren och frågar om vitala funktioner såsom andningsfunktion, puls och medvetandegrad (Stålhandske, 2010). Erfarenhet och aktivt lyssnande är viktiga verktyg i bedömningen. Det faktum att operatören bara kan använda hörsel, erfarenhet och beslutsstöd i sitt beslut om vårdbehov och vårdnivå, visar på att arbetet är en viktigt men en

möjlig skör länk i den prehospitala kedjan (Stålhandske, 2010).

Larmoperatören ställs ofta inför svåra, snabba beslut och det är viktigt att inringaren blir förstådd och får stöd av operatören (Forslund m.fl., 2004). De måste lita på inringarens uppgifter som är högst individuell. Inringaren har många gånger svårt att precisera orsaken till varför de söker hjälp, de beskriver flera olika symtom som för operatören kan upplevas som diffusa. Ofta tar operatören emot andrahandsinformation när det är andra än patienten själv som ringer och ibland befinner sig inte inringaren på samma plats som den nödställda (Karlsten & Elowsson, 2004). Vid sådana tillfällen tar operatören det säkra före det osäkra och ärendet prioriteras högt på grund av oklara uppgifter från inringaren. Enligt Hjalte m.fl. (2007a) övertragerar larmoperatören för att ha en säkerhetsmarginal. Denna övertragering och säkerhetsmarginal i tidigt skede är enligt Hjalte m.fl. (2007a) generellt accepterad bland ambulanspersonal.

Prehospital ambulanssjukvård i Sverige

Historiskt sett har ambulanssjukvården utvecklats snabbt fram till idag. Bara för trettio år sedan var kompetensen bland ambulanspersonal långt ifrån vad den är idag. Åttioalets ambulansbesättning bestod oftast av växeltjänstgörande brandmän eller taxipersonal med en ytterst basal medicinsk utbildning. Men 80-talet bjöd också på ökat kompetenskrav. Kravet för nyanställning blev undersköterskekompetens och sedermera tillägg med 20 veckors påbyggnadsutbildning i ambulanssjukvård (Gårdelöf, 2002). Svensk ambulanssjukvård har idag tre yrkestitlar- ambulanssjukvårdare, grundutbildad sjuksköterska och specialistsjuksköterska. Arbetet som specialistsjuksköterska med inriktning mot prehospital vård, ambulanssjuksköterska, innefattar självständighet, problemlösning och vårdande bedömning (Suserud & Rådestad, 2010).

Ambulanssjuksköterskans kompetens och erfarenhet

När socialstyrelsen 1 oktober 2005 beslutade att endast sjuksköterskan får ta ut, iordningställa och administrera läkemedel enligt generella direktiv innebar det i praktiken att varje ambulansbesättning måste bestå av en sjuksköterska (SOSFS 2000:1). Suserud och Rådestad (2010) menar på att en grundutbildad sjuksköterska har en bred baskompetens i mötet med patienterna och menar vidare att patienterna förtjänar samma kompetens prehospitalt som hospitalt. I ambulanssjukvården återfinns också specialistkompetenser, bland annat ambulanssjuksköterska kompetens. Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (RAS, 2012) belyser i sin kompetensbeskrivning för ambulanssjuksköterska att vårdarbetet ska utgå från ett etiskt förhållningssätt och möta patienten som en unik individ med individuella behov, vara lyhörd för patientens egna erfarenheter av sjukdom, skada eller ohälsa.

Ambulanssjuksköterskan har förutom utbildning från högskola eller universitet även konceptutbildningar som är ett krav i många landsting. Dessa koncept är en standardiserad behandlings och undersökningspolicy vilket är tänkt att stärka vårdkedjan mellan pre- och intrahospitala vården. Koncepten Advanced Medical Life Support (AMLS) och Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) är ett systematiskt och strukturerat sätt att undersöka patienten (Jonsson, 2010). Det innebär att den primära bedömningen i mötet med patienten utgår från A- luftväg, B- andningsfunktion, C-cirkulatorisk påverkan, D-disability eller neurologisk påverkan eller medvetandegrad och E-exposure det vill säga helkroppsundersökning. Konceptet innebär att vidta åtgärder vid livshotande tillstånd direkt innan ambulanssjuksköterskan går vidare med undersökningen, om A-luftvägen är ofri åtgärdas det innan B-andningsfunktionen bedöms (Hagiwara & Wireklint Sundström, 2009; Holmberg &

Fagerberg, 2010).

Huvudresultatet i Wireklint Sundström (2005) studie åskådliggör att ambulanssjukvårdarnas förmåga att vara förberedd på att vara oförberedd är beroende på erfarenhet vilket också antyds i Holmberg och Fagerberg (2010) studie. Där framgår det att sjuksköterskan ofta använder sin intuition och erfarenhet i relationen till den vårdsökande. Wireklint Sundström (2005) menar på att mindre erfarna sjukvårdarna har svårare att ha ett öppet förhållningssätt inför nya vårdsituationer. Erfarenhet som kunskap innefattar både medicinsk vetenskap och vårdvetenskap och bör enligt Wireklint Sundström (2005) tillämpas i ett vårdvetenskapligt patientperspektiv. Den erfarenhetsbaserade kunskapen inom vårdområdet bygger på individuella erfarenheter från möten i vårdsituationer. En viktig aspekt på erfarenhetsbaserad kunskap är att ta med patienters erfarenheter av sina upplevelser (Östlinder, Norberg, Pilhammar Andersson & Öhlén, 2006).

Orsaker till att söka vård via larmcentralen

Orsaken till att inringaren väljer att påkalla hjälp via larmcentraler är mångskiftande (Olsson & Hangasi, 2001). De menar på att människor som söker vård först försöker avvakta och gör stora ansträngningar för att klara den upplevda situationen men känslan av hjälplöshet får dem att söka hjälp. Palazzo, Warner, Harron och Sadana (1998) intervjuade patienter med avsikt att inventera orsaker till varför de väljer att ringa larmcentral. Orsaker som nämndes var att en del ansåg sig behöva ambulanssjukvård för att de befann sig i en livshotande situation men inte visste någon annan att ringa till eller uppgav att de inte hade någon annan möjlighet att ta sig till sjukhus. En annan orsak var att de ville undvika väntetid på akutmottagningen. Ahl, Nyström och Jansson (2006) valde att göra en studie angående patienters levda erfarenheter från att de valde att påkalla ambulanssjukvård och väntan på dess framkomst. Resultat visar på att ett beslut om att ringa larmcentral är ett stort beslut för den enskilde och många gånger har vårdsökaren rådgjort med anhöriga. Vårdsökaren hade också försökt hantera situationen under en längre tid tills de ansåg att medicinsk hjälp behövdes. Det framkom tydligt i studien att en stor del av informanterna inte ville besvära sjukvården utan hade prövat alla andra alternativ innan de larmat efter ambulans. Enligt Vicente, Ekebergh, Castren, Svensson och Wireklint Sundström (2011) så har beslutet om att påkalla ambulanshjälp föregåtts av känslan av ohälsa och att existentiella tankar om livet och döden infunnit sig. Att påkalla hjälp av larmoperatörer på prioriterings- och dirigeringscentralen är enligt Vicente m.fl. (2011) endast aktuellt när människor inte längre har kontroll över sin egen situation.

Att skapa ett vådrum

Wireklint Sundström diskuterar i sitt resultat ”att bedömning av patienten är centralt i vårdandet och att vårdandet hör ihop med bedömningen” (2005, sid149). Bedömningssituationen kan i den prehospitla miljön vara en olycksplats, utomhus, inomhus. Den kan också vara i offentlig miljö eller i vårdsökarens privata revir, bostaden. Oavsett vart skapar ambulanspersonalen ett vådrum där de kan frambringa förutsättningar för en god relation och bra vårdarbete (Hagiwara & Wireklint Sundström, 2009; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2010). I vådrummet möts medicinsk vetenskap och vårdvetenskap och flätas samman för att hjälpa patienten i sin utsatta situation. Vårdvetenskapen handlar om att se individen bakom symtombilden med ett öppet synsätt och genom att ta del av patientens egna erfarenheter av sjukdom (Nyström & Herlitz, 2010). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) kännetecknas vårdvetenskapen av patientperspektivet vilket innebär att patienten utgör medelpunkten för vårdandet. Patientens livsvärld blir det centrala i vårdsituationen.

Ambulanssjuksköterskans bedömning av vårdbehov ur medicinsk och vårdvetenskapligt perspektiv i vårdrummet

I mötet med patienten har ambulanssjuksköterskan nytta av sin erfarenhet och breda kompetens för att bedöma och vidta vårdåtgärder. Oavsett om vårdrummet är hemma eller på en olycksplats är ett helhetstänkande kring patienten viktigt. Likaså att ha ett fördomsfritt tänkande och vara lyhörd för information om och av patienten. Ambitionen bör alltid vara att bekräfta och förstå patienten i dennes situation och försöka hitta de bästa lösningarna efter patientens vårdbehov (Berntsson & Hildingh, 2012; Holmberg & Fagerberg, 2010, Suserud, 2005). Vårdandet tar sin form utifrån patientens livsvärld och närheten till patienten är en viktig faktor för att skapa en bra relation i vårdgivandet. Närhet som visar att patienten är i fokus (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2010). Genom att lyssna och sätta sig in i patientens livsvärld hjälpte det vårdaren att utföra specifika omvårdnadsåtgärder i patientens utsatta livssituation (Arman & Rehnsfeldt, 2007; Morse, 2001).

En undersökning kommer till stånd samtidigt som ambulanssjuksköterskan möter patienten. Patientens allmäntillstånd (AT) bedöms utifrån AMLS eller PHTLS koncepten. De undersökningarna ger ambulanssjuksköterskan en bild över vårdsökarens medicinska status. Det vårdvetenskapliga förhållningssättet innefattar helhetssyn och med respekt för den drabbades integritet, och sker underförstått i hela bedömningsfasen (Dalton, Limmer, Mistovich & Werman, 2007; Wireklint Sundström, 2005). Enligt Holmberg och Fagerberg (2010) är det viktigt för sjuksköterskorna att se på patienten med ett holistiskt synsätt, ta vara på patientens egna erfarenheter samt tillgodose integriteten. Omvårdnaden baseras på patientens behov av både medicinskt karaktär och omvårdnadspekter. Vidare fann de att sköterskan bekräftar och förstår patientens situation och försöker lösa den på ett bra sätt, ofta i samråd med anhöriga. En vårdar och patient relation bygger på ömsesidig interaktion och medicinska riktlinjer. Med det menar Vicente m.fl. (2011) att både patient och vårdare ska vara delaktig när ett beslut ska fattas. Hon menar att det är ambulanspersonalens ansvar att tillåta patientens medverkan och att använda riktlinjer med anpassning till patienten. Att som vårdare utföra omvårdnadsåtgärder till en annan individ kräver enligt livsvärldsperspektivet att vårdaren försöker förstå patientens reaktion på sjukdom eller skada och hela situationen (Nyström & Herlitz, 2010).

Definition av vårdbehov och vårdnivå

Med vårdbehov menas den ”vård någon bedömer, individen själv eller professionell bedömare- att befolkningen behöver vid ett visst hälsotillstånd” (Davidsson, 1998, sid. 34). Det innebär att behovets omfattning är beroende av hur individen bedöms på den nivå som denne anlitar.

Vårdnivå definieras olika beroende på var patienten befinner sig i vårdkedjan. Primärvården (öppna vården) ska ”svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens” (Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763). För patienten innebär det att primärvården är ett alternativ där inte specialistvård krävs.

Sluten vården är sjukhusvård och en vårdnivå där specialistvård utförs och där patienten förväntas bli inlagd för vård. Akutmottagningar finns öppna dygnet runt på akutsjukhusen. Patienten kan också få en remiss från primärvården till slutna vården om läkaren på vårdcentralen bedömer att sjukhusvård behövs (1177.se).

Rätt vårdnivå utifrån bedömt vårdbehov

Det prehospitla vårdbehovet hos patienterna är mångfasetterat och att transportera patienter till rätt vårdnivå utifrån patientens vårdbehov är inte alltid givet på förhand. Likväl som att det prehospitalt transporteras patienter till specialistvård som barn-, kvinno-, infektions-, hjärtsjukvård och geriatrikavdelningar, likväl finns det patienter som inte har ett akut behov av vård (Bång, Castrén, Herlitz, Suserud & Svensson, 2009). Ett vårdvetenskapligt synsätt hjälper ambulanssjuksköterskan att se situationen och lättare förstå hur patienten påverkas av sin sjukdom eller skada. Ambulanssjuksköterskan är beroende av patientens och ibland närståendes berättelse (Nyström & Herlitz, 2010; Wireklint- Sundström, Sjöstrand & Vicente, 2010). Ambulanssjuksköterskans hänsyn till patientens levda erfarenheter främjar rätt beslut tidigt i vårdkedjan och gynnar inte bara patientens upplevelse utan också det medicinska förloppet och slutgiltiga utfallet (Bång m.fl., 2009). Vinsterna med alternativa vårdnivåer är ökad vårdkvalitet, tidsvinst för patienter och ett fördelaktigt patientflöde mot såväl slutenvård, primärvård och kommunala verksamheter. Ett nytt arbetssätt kräver mer utbildning, triageprotokoll som stöd, en bättre samverkan mellan olika vårdnivåer. I förlängningen kan det leda till bättre användning av ambulansresurser som också leder till att vårdsökare får en snabbare bedömning och vård på prehospital nivå (Hagiwara & Wireklint-Sundström, 2009; Snooks, Kearsley, Dale, Halter, Readhead & Foster, 2005; Wireklint-Sundström, Sjöstrand & Vicente, 2010).

PROBLEMFÖRMULERING

Ambulanssjuksköterskans vårdmiljö inbjuder till en mångfald av olika möten och sjukdomstillstånd. I och med att ambulanssjuksköterskan bedömer patienten finns möjligheten att utifrån vårdbehovet ta beslut om passande vårdnivå. Bedömning av vårdbehov utgår från vårdarens yrkeserfarenhet och kompetens vilket kan medföra olika beslut om vårdnivå. Förutsättningarna för en individuellt anpassad vårdnivå minskar eftersom yrkeserfarenheten ser olika ut hos ambulanssjuksköterskor. Sett ur ett vårdarperspektiv är det således en komplex och svår uppgift att bedöma patienten till rätt vårdnivå. Författaren har inte funnit studier som beskriver ambulanssjuksköterskornas uppfattningar om vårdbehovet i relation till vårdnivå.

SYFTE

Syftet var att belysa ambulanssjuksköterskans uppfattningar av att arbeta i ambulans gällande omhändertagande och bedömning av det akuta sjukvårdsbehovet hos vårdsökande.

METOD

Val av metod

En kvalitativ studie med fenomenografisk ansats valdes för att få veta mer om mänskliga uppfattade fenomen. I fenomenografiska ansatsen eftersöks variationer i människors sätt att uppfatta fenomen i deras livsvärld (Dahlgren & Johansson, 2009). Fenomenografins fördel är

att studera skillnaden mellan hur något är och hur det uppfattas vara (Olsson & Sörensen, 2011). Hur något är benämns som första ordningens perspektiv t.ex. forskarens redan inhämtade faktakunskaper. Andra ordningens perspektiv som används inom fenomenografin representerar hur fenomen uppfattas dvs. det är informantens oreflekterade uppfattning om fenomen som vill frambringas (Paulsson, 2008).

Urval

Ett strategiskt urval tillämpades i studien. För att inhämta data om studiens syfte valdes intervjupersoner vid ambulansstationer i Y län. Specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning mot ambulans och aktiv ambulanstjänstgöring valdes ut vid fem olika stationer. Fyra av dess var i landstingets regi och en i privat regi. Ambulansstationerna har en geografisk spridning vilket kan vara en fördel dels för att erhålla variation i uppfattningar i förhållande till närhet till akutsjukhus samt att se skillnader i personalgrupper utan att de påverkas av varandra (enligt Paulsson, 2008). Bland ambulanssjuksköterskorna var fem män och fyra kvinnor vilket skapade en jämn könsfördelning. En dispersion i både ålder (29-43 år) och yrkesverksamma år (4-14 år) befäste inklusionskriterierna. Författaren såg en fördel med att intervjua personal som var ganska nya i sammanhanget och var jämnt könsfördelat för att erhålla en variation i undersökningsgruppens uppfattningar (enligt Starrin & Svensson, 1994). För att få en djupare beskrivning ansåg författaren att det räckte med 8-10 informanter. Olsson och Sörensen (2011) beskriver det som att söka ett stort antal variabler på ett litet antal människor. Informanterna arbetar på fem av de nio stationer som finns i aktuellt län. En av dessa är författarens egen arbetsplats som dock exkluderades från studien. Detta motiverades med att författaren med sin förförståelse kunde påverka sina kollegor i den riktning han själv uppfattar fenomenen och därmed prägla resultatet från intervjuerna (enligt Malterud, 2009).

Genomförande

Datainsamlingsmetod

Intervju valdes som metod för att samla in data. Argumentet till det var att förstå informanternas livsvärld utifrån deras synvinkel, söka en innebörd i deras uppfattning av fenomen. Den kvalitativa forskningsintervjun kan ses som ett professionellt samtal där kunskap skapas i samspelet mellan intervjuaren och intervjupersonen (Kvale & Brinkman, 2009). Starrin och Renck (1996) beskriver det som en speciell form av samtal med syftet att samla in information.

Intervjuguiden

För att validera och garantera intervjufrågornas brukbarhet utfördes tre pilotintervjuer på författarens egna kollegor. Författaren fick då även tillfälle att träna sin intervjumetodik. Det visade sig att frågornas utformning behövde ändras och följdfrågor behövdes för att erhålla en mer utvecklande dialog mellan informanten och författaren. Följdfrågorna behövdes dock i studien inte användas dynamiskt, utan fungerade som en hjälp när informanten hade svårt att sätta ord på sin uppfattning om ett visst fenomen. Den testade intervjuguiden (bilaga I) användes därefter i de intervjuer som ingick i studien. Intervjuer utfördes under februari 2013.

Kontakt med chefer

I det län där studien utfördes fanns både ambulansstationer i landstingets regi och de som drivs i privat företagsform. Telefonkontakt etablerades med både verksamhetschef och den

företagschef som berördes av studien och de gavs en presentation av studien. Därefter skickades en skriftlig information via mail (Bilaga II och III) med en utförligare beskrivning av studien samt ett intyg om skriftligt godkännande för att bedriva studien. Godkännandet returnerades med post tillbaka till författaren.

Författaren tog kontakt med samtliga enhetschefer i det län där studien genomfördes i syfte att få ta del av personallistor som innehöll kompetensbeskrivning. Cheferna gavs även information om att intervjuer kommer att utföras med medarbetare på ambulansstationen. Informanterna valdes ut utifrån dessa personallistor enligt urvalskriterier. Totalt valdes tio potentiella informanter ut med geografisk spridning över hela länet.

Kontakt med informanterna

De valda intervjupersonerna kontaktades initialt telefonledes och delgavs information om kommande intervjustudie och dess syfte. Informationen belyste deltagarens frivillighet men även att deras medverkan är viktig för att få ett rättvist resultat (enligt Patel & Davidson, 2011). Om muntligt medgivande och intresse för medverkan fanns skickades en forskningspersonsinformation (bilaga IV) med mail där också personerna godkände och skrev under deltagandet. Detta dokument överlämnades i tidigt skede till författaren vid intervjumötet i enlighet med Paulsson (2008) och Kvale och Brinkman (2009).

Författaren tog återigen kontakt med informanterna för att boka lämplig tid för intervju. Bokningen gjordes i god tid för varje informant och författaren anpassade sin tid för att göra det så smidigt som möjligt för den enskilde informanten. Av det tio planerade intervjuerna utfördes nio. En uteblev på grund av sjukdom hos en av informanterna. Författaren ansåg sig dock nöjd med antalet informanter eftersom åtta intervjuer initialt var tanken.

Intervjumötet

Intervjuerna genomfördes i ett enskilt rum på ambulansstationen och i två fall i informantens bostad, detta för att undvika avbrott och andra störande moment under intervjun. För inspelning användes ett diktafonprogram kopplat till mobiltelefon. Innan den inspelande intervjun inleddes ställde författaren allmänna frågor kring jobbet, antal år inom yrket, kompetens och ålder hos informanten och gav en vidare orientering där syftet kortfattat beskrevs. Informanten erbjöds tillfälle att ställa frågor innan intervjun började. Detta skapade förhoppningsvis en bra interpersonell situation och att informanten kände sig trygg i relationen med forskaren (Kvale & Brinkman, 2009).

Intervjun följde en intervjuguide (bilaga I) med en viss grad av standardisering och låg strukturering. Med det menas att frågorna ställdes i en viss ordningsföljd utifrån intervjuguiden men att informanten gavs utrymme att svara med egna ord. Varje fråga följdes av en följdfråga om författaren fann det intressant att erhålla ett fördjupat svar. Denna teknik kallas tratt-teknik vilket innebar att intervjun startade med stora öppna frågor och kunde bli mer specifik beroende på svaret från informanten (enligt Patel & Davidson, 2011). Samtliga intervjuer kodades med en siffra för att författaren kunde härleda till vem som sagt vad i den kommande analysen. Den sammanhängande tiden för intervjumötet blev i de flesta fall 40-50 minuter varav intervjuerna tog mellan 15-30 minuter.

Transkribering

Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att transkribering är tidsödande, stressigt och tröttande. Av den anledningen valde författaren att skriva ut inspelade intervjuer i nära anslutning till avslutat intervju. Författaren såg en vinst med tidig transkribering, dels för att utvärdera sin intervjumetodik, dels för att minnas de icke verbala uttrycken från intervjumötet. Det innebär också att en tolkning av insamlad data inleds i tidigt stadium. Författaren lyssnade på inspelningen och skrev ner det i text så ordagrant som möjligt. Efter varje avslutad transkribering lyssnade författaren återigen på inspelningen samtidigt som det jämfördes med nedskrivna text och korrigerades vid behov. Samtliga utskrifter märktes med informantens kodnummer.

Dataanalys

Intentionen med studien var att med hjälp av kvalitativ intervjustudie belysa ambulanssjuksköterskans uppfattningar om att arbeta i ambulans gällande omhändertagande och bedömning av det akuta sjukvårdsbehovet hos vård sökande. Ett fenomenografisk analysförfarande användes för att gruppera skillnader och likheter från informanternas uppfattningar. Uppfattningar är kvalitativt skilda sätt att erfara något i omvärlden. Människors olika sätt att uppfatta ett fenomen innehåller också ett antal olika sätt att förstå en företeelse. Denna uppsättning av uppfattningar betecknas utfallsrummet för förstått fenomen (Dahlgren & Johansson, 2009).

Redan under intervjusituationen började en tolkning, vad som förmedlades och hur det förmedlades. Minnesbilden från mötena med informanterna i intervjusituationen fungerade som ett hjälpmedel när de utskrivna intervjuerna bearbetades. Den transkriberade texten från intervjuerna ägnades noggrann läsning för att få en helhetsbild av innehållet. Detaljerad läsning om specifika uppfattningar som stämmer in på syftet är att föredra (Larsson, 1986). Vidare beskriver Larsson (1986) att det är viktigt att avgränsa sin frågeställning om vilket fenomen forskaren vill beskriva uppfattningar av. I informanternas utsagor gjordes jämförelser för att finna likheter och olikheter. Informanternas uppfattningar som relaterar till varandra genom uppfattningar om samma innehåll fördes in i beskrivningskategorier. I de transkriberade texterna markerades uppfattningar med nummer, där varje nummer representerade uppfattningar i en specifik beskrivningskategori. Dessa olika kategorier sammanställdes i ett utfallsrum där syftet var att undersöka relationer dels mellan beskrivningskategorier, dels mellan beskrivningskategorier och det undersökta fenomenet. Beskrivningskategorierna sammanfattades i huvudkategorier med beskrivande text (enligt Paulsson, 2008).

Analysmodell i arbetet innehåller 7 steg enligt Dahlgren och Fallsberg (1991).

1. *Att bekanta sig med materialet* – transkriberade intervjuer läses upprepade gånger för att lära känna materialet. Anteckningar kan föras samtidigt med inläsningen.
2. *Kondensation* – här startar analysen. Här skall viktiga, betydelsefulla uttalanden skiljas ut genom att stycken klipps ut från intervju utskrifter. Metod är att använda papper som sedan grupperas eller med dataprogram som är specifika för kvalitativ analys.
3. *Jämförelse* – Här försöker forskaren hitta likheter och skillnader i materialet. Det primära målet för fenomenografien är att urskilja variation eller skillnader mellan uppfattningar. För att göra det bör även likheter sökas. Olika kategorier delas in, dessa kan skilja i innehåll men innehåller var för sig flera individers uppfattning om samma fenomen.

4. *Gruppering* – De funna likheterna och skillnaderna grupperas i detta steg. Det innebär
5. att passager eller stycken samlas in i olika grupper (högar) och sedan försöka relatera dem tillsammans.
6. *Artikulera kategorierna* – innebär att likheterna står i fokus. Forskaren försöker finna kärnan av likheter (essensen) i de olika kategorierna. Steg fyra och fem kan behöva evalueras flera gånger tills kategorierna framträder med tydlighet.
7. *Namnge kategorierna* – kategorierna namnges relativt kortfattat med en betoning på uppfattningens karaktäristiska innehåll. Det blir också en vägledning om vad kategorin handlar om.
8. *Kontrastiv fas* – Alla stycken/ passager granskas för att se om de får plats i mer än en kategori. Detta görs genom att jämföra passagerna mot varandra och se om de matchar flera kategorier. Detta moment resulterar ofta att flera kategorier förs samman till ett mindre antal och blir mer exklusive eller med andra ord, mer uttömmande. Detta resultat kallas inom fenomenografin för utfallsrum.

Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet

I studien lades mycket energi på att erhålla en geografisk spridning bland informanterna i aktuellt län. Enligt Hartman (2007) kan en undersökning på en grupp utvalda människor vara av vikt om resultatet skall vara överförbart på andra liknade grupper eller människor. Anledningen till att intervjuer användes för insamling av data var möjligheten för informanterna att beskriva uppfattningar om ett fenomen. Intervjuerna skedde vid olika orter där vissa orter har ett sjukhus i staden till skillnad med andra som endast har hälsocentraler på orten. Författaren valde att intervjua personer som har en anställning som specialistutbildade inom ambulanssjukvård samt en jämn könsfördelning, en spridning i ålder samt en spridning i yrkeserfarenhet. Målet var att erhålla variation i uppfattningar av det fenomen som studerades (Svensson, 1996). Detta anser författaren har stärkt giltigheten i resultatet eftersom förutsättningarna kan se olika ut hos informanterna (enligt Hartman, 2007).

Validiteten stärktes också genom att författaren själv utförde intervjuer enligt en väl prövad intervjuguide som tillät informanterna att fritt beskriva sina uppfattningar. Intervjuerna utfördes efter att informanterna fått information om studien och dess syfte och innan intervjun startade fanns tillfälle för ytterligare information och frågestund. Författaren har med sin förförståelse till trots försökt gå in i intervjutillfällena med öppna sinnen och neutralt förhållningssätt för att inte hämma informanterna att fritt beskriva sina uppfattningar (Paulsson, 2008). Enligt Malterud (2009) är antalet intervjuer tillräcklig när inte längre ny information tillförs kring ett fenomen. Författaren bedömde därför att nio intervjuer var tillräckligt för studien.

Insamlad data transkriberades omsorgsfullt och genomlästes flertalet gånger för att därefter utmytna i olika huvudkategorier som var relevanta mot syftet. Beskrivningskategorierna förklaras i resultatet och följs av intervjuцитat för att ge läsaren intryck från intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2009). Det överläts till läsaren om resultatet är trovärdigt och kan vara överförbart på andra grupper (Graneheim & Lundman 2004).

Etiska överväganden

Ett forskningsarbete kan användas som verktyg för att erhålla viktig och trovärdig kunskap som är till gagn för såväl individen som för samhället. Det finns därför krav på hur forskning bedrivs och att den innehåller väsentliga frågor och är av god kvalitet. En balans mellan allmännyttan och den personliga integriteten måste alltid övervägas vid forskningsprojekt så att inte individer på något vis utsätts för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse och kränkning. Det gäller även vid mindre uppsatser (Patel & Davidson, 2011). I studien valde författaren att inte intervjua på sin egen arbetsplats. Detta motiverades med att författaren med sin förståelse och beroendeställning kunde hämma sina kollegor att delge sina uppfattade fenomen och därmed prägla resultatet från intervjuerna (Malterud, 2009).

Verksamhetschefen och privat företagare informerades om studiens syfte, de delgavs information och en skriftlig önskan om tillstånd (se bilaga II och III) för att dels bedriva en intervju studie och dels tillstånd att via personallistor söka informanter till studien enligt vissa inklusionskriterier. Enligt Patel och Davidson (2011) krävs tillstånd om information ska inhämtas om individer utan deras vetskap, speciellt om det rör uppgifter från officiella register.

De tänkta informanterna kontaktades med syftet att ge en kort introduktion om studiens bakgrund, syfte och metod. Enligt veteskrådet (2013) åligger det forskaren att informera om studiens syfte och om undersökningen i stort. Om de önskade delta skickades en skriftlig forskningspersoninformation (bilaga IV) via epost till de utvalda informanterna. I den informationen fanns uppgifter om vilka som står till hands med upplysningar om det uppstod frågor eller om informanterna önskade dra sig ur deltagandet. Forskaren tog fullt ansvar för att informanterna fick en information som var lättförståelig och på den nivå att projektbeskrivningen kunde förstås av personer utan medicinsk kompetens (enligt Olsson & Sörensen, 2011). Alla inblandade informanter upplystes att de har rätten på sin sida att bestämma om de ville delta i studien samt att de när som helst kunde välja att inte längre medverka i studien. Informanterna i studien garanterades konfidentialitet. De försäkrades om att all insamlad data inte skall användas för andra ändamål, att insamlad data inte kunde härledas till en viss individ efter transkribering samt att all insamlad data och personuppgifter förvarades på ett säkert sätt för obehöriga (Patel & Davidson, 2011.; Olsson & Sörensen, 2011). Insamlad data raderades efter att studien var klar.

I samband med intervjutillfället fick informanterna en förfrågan om de ville ta del av den färdiga uppsatsen. I de fall det önskades skedde en överenskommelse att det färdiga arbetet skickas ut med E-post och om frågor sedermera uppstår så står forskaren till hands, främst via telefon att svara efter bästa förmåga. De upplystes även att studien är ett arbete på avancerad nivå och kommer inte att publiceras mer än på DIVA databibliotek för uppsatser.

RESULTAT

I intervjuerna har nio ambulanssjusköterskor delat med sig av sina uppfattningar från deras yrkesvärld och utövande i deras möte med vårdsökandes besvärliga livssituation. I resultatet framträdde tre huvudkategorier som belyser ambulanssjusköterskans färdigheter, ställningstagande i vårdrummet samt rollen som beslutstagare (se kursiverad text nedan). Innehållet i dessa kategorier redovisar informanternas uppfattningar som presenteras i resultatet. Under varje rubrik sammanfattas uppfattningarna i stort och verifieras därefter i utplockade citat från informanternas utsagor.

Omvårdnadsåtgärder som ambulanssjuksköterskan utför bygger på en helhetsbedömning av patientens aktuella status men även på dennes förutsättningar i relation till det fortsatta behovet av vård. Detta beskrivs under första huvudkategorin ” *Att arbeta som ambulanssjuksköterska innebär att man i det akuta omhändertagandet använder sig av sina färdigheter för att kunna ta emot och behandla kritiskt sjuka patienter*”.

Ambulanssjuksköterskans utgår initialt från larmoperatörens uppgifter från inringaren och kan också påverkas av patientens egen önskan om vård. Den slutna vården är inte alla gånger optimal vårdnivå enligt ambulanssjuksköterskorna. Det tydliggörs under huvudkategori ” *Att arbeta som ambulanssjuksköterska innefattar ställningsstagande i vårdrummet om vårdsökarens vårdbehov*”.

Ambulanssjuksköterskorna delger uppfattningar om att ställningstagande om vårdnivå undertrycks av osäkerhet och rädslan att göra fel. Beslut baseras på yrkeserfarenhet och det uppfattas en önskan om beslutsstöd för säkra beslut om alternativ vårdnivå. Detta skildras i den tredje huvudkategorin ” *Att arbeta som ambulanssjuksköterska innebär att man ikläder sig rollen som beslutstagare för att optimera vårdnivån i utifrån vårdbehovet*”.

Beskrivningskategorierna komprimerar informanternas uppfattningar som framkom i deras utsagor. (Tabell 1). Uppfattningarna illustreras med citat från intervjuerna.

Tabell 1 Ambulanssjuksköterskans uppfattningar gällande omhändertagande och bedömning av det akuta sjukvårdsbehovet hos vårdsökande- huvudkategorier, beskrivningskategori och uppfattningar

Uppfattningar	Beskrivningskategori	Huvudkategori
Säker i sin yrkesroll för att inge ett förtroende till patienten, skapa trygghet	Vara säker i sin yrkesroll för att kunna ta emot akut sjuka patienter i en akut situation	Att arbeta som ambulanssjuksköterska innebär att man i det akuta omhändertagande använder sig av sina färdigheter för att kunna ta emot och behandla kritiskt sjuka patienter.
Omvårdnaden i vårdmiljön innefattar möte med patient, bedömning, omvårdnadsåtgärder och transportera sjuka och skadade personer	Ambulanssjuksköterskans profession innebär att se och göra en helhetsbedömning av situation och patient	
Larmoperatörens prioritering Behov av vård men inte av slutna vård	Ambulanssjuksköterskan uppfattar en diskrepans mellan sig själv, larmoperatör och patient om vårdbehov	Att arbeta som ambulanssjuksköterska innefattar ställningsstagande i vårdrummet om vårdsökarens vårdbehov
Känsla av ensamhet och osäkerhet med beslut. Beslut baseras på yrkeserfarenhet	Beslut om vårdnivå föregås av ensamhet och osäkerhet där erfarenheten spelar stor roll.	Att arbeta som ambulanssjuksköterska innebär att man ikläder sig rollen som beslutstagare för att optimera vårdnivån i utifrån vårdbehovet
Önskan om beslutsstöd för ett tryggt beslutstagande av vårdnivå.	Ett uppfattat behov av tydliga styrdokument för att kunna rekommendera patienten till rätt vårdnivå utifrån bedömt vårdbehov	

Att arbeta som ambulanssjuksköterska innebär - att man i det akuta omhändertagande använder sig av sina färdigheter för att kunna ta emot och behandla kritiskt sjuka patienter.

I sin strävan att ge vårdtagaren ett gott omhändertagande och utföra omvårdnadsåtgärder använder sig ambulanssjuksköterskan av sina förvärvade kunskaper såsom utbildning, samlad erfarenhet, yrkesverksamma år och personlig social kompetens. De två beskrivningskategorierna som framträdde var ”*Vara säker i sin yrkesroll för att kunna ta emot akut sjuka patienter i en akut situation*” och ”*Ambulanssjuksköterskans profession innebär att se och göra en helhetsbedömning av situation och patient*”.

Vara säker i sin yrkesroll för att kunna ta emot akut sjuka patienter i en akut situation

Som första vårdgivare i den prehospitla vården är ambulanssjukvården och dess personal de första som möter patienter i en utsatt situation. Oavsett vilket tillstånd som den drabbade befinner sig i ska de alltid kunna känna sig säkra och trygga med den personal de möter. Ambulanssjukvård är ett yrke som spänner över flera olika specialiteter vilket innebär att ambulanssjuksköterskan bör ha mycket kunskap inom kirurgi, medicin, trauma med mera. De förväntas även besitta en förmåga till problemlösning, bilkörning och ta beslut som annars åligger läkare inom sjukhusets väggar. Ambulanssjuksköterskorna uppfattar att yrkeserfarenheten väger tyngst i de beslut som måste tas i vådrummet.

Säker i sin yrkesroll för att inge ett förtroende till patienten, skapa trygghet – Det prehospitla vådrummet bjuder på växlande karaktär, från olycksplats där flera olika yrkesgrupper är involverade till den enskilda patientens egna boende. Oavsett händelse har den drabbade sökt hjälp för att de befinner sig i ett tillstånd som avviker sig från det normala i deras livsvärld. I den vårdande rollen använder ambulanssjuksköterskan sina färdigheter, vilket består av utbildning, samlad yrkeserfarenhet och socialt samspel med patienten för att skapa ett tryggt, förtroendeingivande och professionellt omhändertagande i vårdprocessen.

”Jag tror att de vill ha ett gott bemötande, ett säkert omhändertagande om sig för de är ju i en ångestfylld och kanske kritisk situation i sitt liv när de ringer efter en ambulans och då tror jag att de vill bli bemött och omhändertagen på ett professionellt sätt, kanske till och med bli botad ”.

”Ibland kan det ju vara så att bara vi kommer så blir de lugna och får det till en helt annan status av bara lugnet... men sen kan det också vara att vi gör enkla åtgärder som gör att de mår bättre. Men bara att vi kommer dit brukar ge ett visst lugn... .å jag tycker generellt att folk har väldigt högt förtroende för ambulanssjukvården när man kommer, det är sällan man ifrågasatt som sköterska ”.

Ambulanssjuksköterskans färdigheter innebär att se och göra en helhetsbedömning av situation och patient

Ambulanssjuksköterskornas arbetsplats är i det vådrum som vårdsökaren befinner sig på. De ges ett unikt tillfälle att få en inblick i patientens livsrum samtidigt som de måste tänka på att de inkräktar på en annans revir. De måste omsorgfullt möta patienten med respekt och hänsyn till den enskildes integritet

Omvårdnaden i vårdmiljön innefattar möte med patient, bedömning, omvårdnadsåtgärder och transportera sjuka och skadade personer – Ambulanssjuksköterskorna uppfattar ambulanssjukvård som ett komplex arbete. I mötet med patient skapas en uppfattning om patientens existentiella situation. Hänsyn till fysiska, psykiska och sociala förutsättningar

ingår i helhetstänkandet som ambulanssjuksköterskorna uppfattar att det förväntas av dem. Ambulanssjuksköterskorna uppfattar ibland sig själva som problemlösare, att det uppfattas som att ambulans alltid finns tillgänglig när annan lösning inte är aktuell. I bedömningen tas hänsyn till hela situationen det vill säga patientens status, behov av prehospitäl omvårdnadsåtgärder, transportbehov och fortsatt vård inom den slutna vården, primärvård eller egenvård.

”... att vi ska hjälpa till där vi kan, nämen att vi åker ut och hämtar, hjälpa och behandla och transportera sjuka, skadade som är i behov av annan vårdnivå som vårdcentral eller inte kan ta sig till sjukhus själv, ja egenvård. Där man behöver nånting ytterligare ”.

”... jag tycker många patienter eller särskilt anhöriga ställer väldigt stora krav på att vi ska ta hand om allt... jag menar det är väldigt stort ansvarsområde och man kan, att ambulans är nåt man kan ringa till oavsett vilket tillstånd man har ”.

Att arbeta som ambulanssjuksköterska innefattar ställningsstagande i vårdrummet om vårdsökarens vårdbehov

Ambulanssjuksköterskorna uppfattar att flertalet ambulansärenden har ett vårdbehov som inte är i paritet med utlarmningen. Ett vårdbehov ses men inte alla gånger behov av den slutna vården.

Ambulanssjuksköterskan uppfattar en diskrepans mellan larmoperatören, sig själv och patient om vårdbehov

Ambulanssjuksköterskorna har en gemensam uppfattning om att prioriteten i flera ärenden är för högt prioriterad i förhållande till den bedömning de gör när de möter patienten. Till skillnad från larmoperatören har ambulanssjuksköterskorna förmånen att visuellt möta patienten och kan föra en dialog med patienten vilket de uppfattar ha en lugnande effekt och kan medföra en annan bedömning av vårdbehov. Ambulanssjuksköterskorna uppfattar att i flera ambulansärenden har patienten en tro att sjukhusvård alltid är det bästa alternativet.

Larmoperatörens prioritering - Gemensamt för alla informanter är att de tycker sig se ett ökat antal transporter med lite eller inget vårdbehov. De uppfattar en trend där högre prioritet oftare förekommer vid utlarmning, vilket dock kan komma att förändras när de möter vårdsökande. Informanterna inser sin egen fördel med att med alla sinnen kunna bedöma patienten.

”De måste litegrann ta det säkra före det osäkra och prioritera upp till en annan nivå. När vi kommer på plats och kan se den fysiska patienten då kan vi kanske ta ner priograden”..

”Ja det är nog ganska lätt därför att vi ser ju patienten, det gör inte dom. Jag har ju suttit med och medlyssnat själv och det är jättesvårt och då tror jag att man skickar ut en bil istället för att ha det på sitt samvete själv... ungefär som att man själv hellre kör in patienten så man slipper fundera på det efteråt ”.

Behov av vård men inte av slutna vård- Ambulanssjuksköterskorna uppfattar att ett vårdbehov finns men inte alla gånger av den slutna vården eller ambulanssjukvård. De uppfattar att vårdsökaren ibland inte har vetskap om vad en ambulansresurs idag kan utföra. De uppfattar också att patienten förväntar sig bli transporterad till sjukhus när de väl påkallat ambulanssjukvård.

”Större delen är ju i behov av vård på ett eller annat sätt men sen är det ju inte säkert att det är ett akut behov”.

”Ja jag vet att det låter dumt men jag skulle nästan tro att 80 % inte behöver ha prehospital hjälp, ambulans menar jag då i så fall. Det är möjligt att de behöver hjälp på ett annat sätt men inte kanske just av den prehospitala vården”.

Att arbeta som ambulanssjuusköterska innebär att man ikläder sig rollen som beslutstagare för att optimera vårdnivån i utifrån vårdbehovet

I den prehospitala vårdmiljön uppfattar ambulanssjuusköterskan sig som beslutstagare för att hjälpa vårdsökaren till lämplig vårdnivå utifrån bedömt vårdbehov. I informanternas utsagor uppfattas detta ställningstagande vara beroende på antal år inom yrket eller samlad kunskap men också av påverkan från patientens ansedda rätt att välja vårdnivå. Majoriteten av informanterna är av den uppfattningen att ett beslutsstöd tryggar patientsäkerheten och att det underlättar rekommendation till ”rätt” vårdnivå efter bedömt vårdbehov.

Ställningstagande om vårdnivå föregås av ensamhet och osäkerhet där erfarenheten spelar stor roll

Känsla av ensamhet och osäkerhet med beslut – Ambulanssjuusköterskan uppfattar att vårdnivån ska utgå ifrån det vårdbehov som framkommit i bedömningen i vårdrummet. Det framkommer dock att beslut om primärvård och egenvård föregås av en känsla av ensamhet och osäkerhet. Trots en relativ inre säkerhet om att beslutet är rätt så finns en tanke på att en felbedömning kan orsaka negativa konsekvenser för patienten. Om så är fallet tas det säkra före det osäkra och patienten transporteras till sjukhus för ytterligare bedömning.

”Vi har ingen bakom ryggen som kan stödja oss i det beslutet utan oftast står man ensam... nä vi har inget bra stöd bakom oss att ta de här besluten om annan vårdnivå”.

”Men är jag så tveksam då lämnar jag de inte hemma.. kommer de tankarna då lämnar jag inte de hemma.. de kan jag säga. Jag är ganska övertygad både i hjärta och hjärna och sedan har jag haft kontakt med en läkare på nån nivå, akuten eller vårdcentral man har ju bollat över det till nån och lagt upp en plan.. så att vid minsta tveksamhet då lämnar jag inte eftersom man inte har nåt stöd”.

Beslut baseras på yrkeserfarenhet- Informanternas antal yrkesverksamma år har betydelse när det gäller beslut om vårdnivå efter bedömt vårdbehov. Deras uppfattningar speglar en tydlig bild av att ”nya” inom ambulansyrket sällan tar beslut om annan vårdnivå än slutna vården. Här uppfattas att de som har lång erfarenhet inom ambulansvård eller annan vårdverksamhet oftare tar beslut om att rekommendera patienten till egenvård eller öppna vården, med ambulans, sjukresa eller på annat sätt.

”Som ny känner man ju själv från början att vågar man verkligen lämna den här patienten hemma även fast man inte funnit nåt... med erfarenheten man får så känner man sig tryggare så att man kan lämna hemma eller besluta om annan vårdnivå”.

”Är det två helt nya i ambulansen så blir det ofta det som SOS har sagt, står det till akuten så blir det så. En erfaren ambulansförare tar helt andra beslut”.

Ett uppfattat behov av tydliga styrdokument för att kunna rekommendera patienten till rätt vårdnivå utifrån bedömt vårdbehov

I det län där studien utförts används RETTS triagekoncept för att redan prehospitalt klassificera sjukdomstillstånd och bedöma vitala parametrar hos den vårdsökande. Väl framme på akutmottagningen är patienten redan bedömd och hur snabb vårdinsats som behövs. Informanterna anser att en utveckling av liknande beslutsstöd för triagering mot annan vårdnivå utanför sjukhus är önskvärt.

Önskan om beslutsstöd för ett tryggt beslutstagande av vårdnivå – Ambulanssjuksköterskan gör i sin bedömning en undersökning av olika parametrar och använder sig av sin kliniska blick för att skapa sig en helhetsbild av patientens status. Yrkeserfarenheten spelar stor i beslutet av vidare omvårdnadsåtgärder och fortsatta vårdinsatser. Deras uppfattning är att patienten får olika förutsättningar beroende på vilken ambulansbesättning som kommer till platsen. Med ett beslutsstöd som utgår ifrån patientens aktuella symtom, parametrar och vårdbehov blir beslut om nästa vårdinstans tryggare, oavsett vilken personal som är ansvarig för ärendet.

”Jag skulle vilja ha mer organisation i ryggen för att fatta beslut om andra vårdnivåer, för det vi har idag du får inte neka nån att åka med dig ... får vi ett bättre beslutsstöd så kan vi ju också motivera patienten att söka till rätt vård nivå ”.

”Med det nya triagesystemet Retts, det är ju ganska patientsäkert där man gör olika fynd och undersökningar beroende på tillstånd hos patienten. Vi gör ganska noggranna kontroller utefter det och utifrån parametrarna kan vi bedöma hur pass allvarligt det är och då skulle man gärna prioritera ner dem och kanske köra dem till hälsocentral eller liknande, eller till och med be dem ta sjuktransport ”.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Val av metod

En kvalitativ intervjustudie användes som metod i studien tillsammans med en fenomenografisk ansats för att inhämta kunskap. Författaren hade initialt en tanke på fenomenologi som metod men insåg att det lyfter fram erfarenheter om ett fenomen, individuellt upplevda fenomen. Det var inte vad som eftersträvades i studien. För att skaffa kännedom om studiens syfte användes istället en kvalitativ metod med fenomenografisk ansats eftersom den framhäver en individs spontana uppfattning av ett fenomen (Marton & Svensson, 1978; Marton & Booth, 2000). Författarens avsikt var att beskriva hur något förhåller sig, hur någonting uppfattas i den levda världen. Genom att studera uppfattningar om att arbeta i ambulans gällande omhändertagande och bedömning av det akuta sjukvårdsbehovet anser författaren att han lyckades fånga och ringa in data som anknyter till problemformuleringen. Fördelen med en intervjustudie enligt författaren är att intervjuaren träffar informanten. I det samspelet kan icke verbala probing förekomma som är en teknik för att fördjupa och utvidga ett samtal kring ett fenomen, till exempel en nickning eller ”hummar” för att visa att intervjuaren lyssnar intresserat och är beredd på fortsättningen i samtalet (Dahlgren & Johansson, 2009). Kvale och Brinkman (2009) anser dock att intervjustudier

kräver en professionell eftertanke och utvärdering av kunskap som inhämtats genom intervjuer. Författaren medger ödmjukt att studiens svaghet ligger i generell brist på erfarenhet och kunskap i forskning.

Urval samt exklusionskriterier

I första hand söktes specialistutbildade med inriktning mot ambulans, i andra hand även specialist inom anestesi och intensiv vård. I aktuellt län fanns gott om specialist utbildade med inriktning mot ambulans vilket gjorde det enkelt att finna önskade informanter. Författaren valde själv ut ett antal informanter utifrån personallistor som han erhållit från enhetschefer. Fördelen med det var att det var lätt att hitta tänkbara informanter utifrån urvalskriterierna. Nackdelen däremot, anser författaren, är att det möjligen blev en omedveten påverkan att utse informanter utifrån en kollegial vänskap som råder inom aktuellt län. Författaren anser dock att den geografiska spridningen i länet minskar den risken och såg också i enlighet med Paulsson (2008) fördelen med geografisk spridning med förhoppning om variation i uppfattningar från personalgrupper utan att de påverkas av varandra. Att det förekom skillnader i åldersspannet i både yrkeserfarenhet och ålder samt jämn könsfördelning upplevde författaren som positivt eftersom han uppfattade variation i undersökningsgruppens uppfattningar redan i intervjusituationen. Detta tillvägagångssätt belyses och beskrivs i Starrin och Svensson (1994).

Författarens egen arbetsplats exkluderades från studien. Detta motiverades med att författaren med sin förståelse kunde påverka sina kollegor i den riktning han själv uppfattar fenomenen (Malterud, 2009).

Av de tio informanter som önskade delta i studien genomfördes nio intervjuer. En intervju föll bort på grund av sjukdom. Av dessa var fem män och fyra kvinnor vilket skapade en jämn fördelning mellan könen. Det var dispersion i både ålder (29-43 år) och antal år inom yrket (4-14 år). Trots bortfall av en informant ansåg författaren att inhämtad data var tillräcklig för att genomföra kommande analys av intervjuerna.

Genomförandet

Författaren var i sammanhanget ”ny” som intervjuare och upplevde det ibland svårt att få informanterna att ”öppna sig”. Avsaknaden av intervjuteknik upplevde författaren som en brist i de första intervjuerna. Denna brist stöddes upp med hjälp av intervjuguiden som innehöll förutbestämda frågor som användes för att erhålla fördjupade utsagor från informanten. Det var högst individuellt hur dessa frågor behövdes i samtalet. Det visade sig också att vissa frågor fick upprepas, troligen för att frågeställningen var för lång. Patel och Davidson (2011) menar att långa frågor bör undvikas och att språket innehåller ord som gemene man förstår. Trots det så förlöpte intervjuerna väl och författaren utvecklade sin intervjuarteknik i kommande intervjuer och bedömde sig nöjd med det data som insamlats.

De flesta intervjuer verkställdes på respektive station med undantag för två där det var mest praktiskt för informanten att frågestundens plats bokades enligt deras önskemål. Intervjuerna på ambulansstationerna genomfördes i avskilt rum och under icke arbetstid. De två som intervjuades utanför respektive arbetsplats förlades i deras hem av personliga skäl. Författaren ansåg det inte som ett problem, tvärtom. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är det viktigt att ett samarbetsvilligt klimat skapas. Informanterna kände sig tillfreds i sin hemmiljö och samtalen blev förtroliga och avslappnade.

Författaren har lång erfarenhet av ambulanssjukvård och därmed erfarenhet och förståelse om de situationer som kan uppstå i det prehospitla vårdrummet. Författaren menar att det är

både för och nackdelar. Det positiva är att författaren är förtrogen med det område som studien handlar om och menar på att han innehar en förmåga att fånga upp det direkta innehållet i informantens uppfattningar. Det bör dock finnas i åtanke att personlig erfarenhet inte får överskugga informanten i intervjusituationen. Thomsson (2002) menar på att intervjuarens förförståelse kan hämma informanten att uttrycka sig tillräcklig eftersom det som sägs tas för givet av intervjuaren. Författaren försökte gå in i samtalen med en neutral hållning för att motverka påverkan på informanterna.

Författaren hade avsatt 50 minuter för varje samtal. Själva intervjuerna tog mellan 15 – 30 minuter. Det fanns gott om tid vilket möjliggjorde för författaren och informanten att lära känna varandra och dryfta studiens syfte innan frågestunden inleddes. Inom uppsatt tidsram fortsatte diskussionen kring studien efter intervjuens slut. Informanterna tycktes intresserade av studien och slutresultatet. Flera problemområden luftades och även tänkbara lösningar. Det låg dock utanför studiens syfte och upptogs inte i resultat.

Dataanalys

Analysprocessen inleds med att insamlad data, inspelade intervjuer transkriberas så ordagrant som möjligt. Författaren såg fördelen att påbörja transkriberingen så tidigt som möjligt efter avslutad intervju. Giorgi (2000) belyser värdet i att intervjuaren själv skriver ut intervjun så snabbt som möjligt, dels för att missuppfattningar utgallras och dels för att samtalet finns färskt i minnet. Texterna bearbetades upprepade gånger och likheter och skillnader grupperades. Författaren uppfattade denne del i processen som tidskrävande, nya infallsvinklar upptäcktes och den beskrivande texten fick omarbetas och uppfattningar reduceras. Att begränsa kategorierna innehåll och variation var också utmanande enligt författaren. I enlighet med Dahlgren och Fallsberg (1991) är det en kritisk del i analysen och kan behöva upprepas innan kategorierna som de uttrycker det, satt sig.

Författaren upplevde redan under intervjuens gång att olika beskrivningskategorier kunde urskiljas. En möjlig orsak var författarens intresse för studien och en smula förförståelse. Författaren försökte ödmjukt bortse från det för att inte påverkas i för stor utsträckning innan samtliga intervjuer var slutförda.

I sista fasen, kontrastiva fasen, granskades alla stycken eller passager för att säkerställa att de inte får plats i fler än en kategori. Författaren tog i detta skede hjälp av handledningen så att kategorierna och dess innehåll granskades med nya ögon.

Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Författaren valde medvetet informanter som var sprida över hela länet och var medveten om att det var kollegor på andra stationer som intervjuades. Författarens intresse för studien grundades genom egna erfarenheter. I tidigt stadium i intervjusituationen valde författaren att hålla låg profil för att inte påverka sina informanter (enligt Hartman, 2007; Paulsson, 2008). Men det faktum att informanterna inte i förväg hade blivit informerad om frågorna gör det trovärdigt att svaren är spontana och inte intränade.

Författaren var också medveten om att studien var ett ”enmansjobb”. Enligt Dahlgren och Johansson (2009) kan tillförlitligheten stärkas om det är flera som är inblandade i studien. Författaren stärkte dock tillförlitligheten genom att låta handledare ta del av studien under arbetets gång. Handledarna gav författaren goda råd och vägledde honom genom studien.

Intervjun följde en guide som författaren provat på sina egna kollegor. Författaren försökte snäva in frågorna samtidigt som informanterna blev informerade att inga rätt eller fel

eftersöktes. De uppmanades att berätta fritt på frågorna som ställdes. Följdfrågorna ställdes om det blev "muntorka" hos informanterna så att intervjuerna hölls levande. Det förstärker giltigheten hos svaren (Olsson & Sörensen, 2011). Intervjuguidens pricksäkerhet visade sig redan efter 3-4 intervjuer då svaren var ganska lika i innehåll. Samtidigt utvecklades än mer förförståelse hos författaren vilket kunde vara till en nackdel i kommande intervjuer.

Intervjuerna spelades in och transkriberades redan samma dag som de utförts. Författaren stärkte trovärdigheten genom att intervjua och därefter transkribera texterna själv. Data tolkades systematiskt med omsorg och sammanställdes i ett utfallsrum med olika kategorier. Huvudkategorierna blev tre till antalet. Författaren tyckte dock att de hade anknytning till studiens syfte. Starrin och Svensson (1994) menar på att det är hur kategorierna är giltiga som beskrivningar som är det viktiga. Det är tillförlitligheten i dessa som är avgörande för att en djupare förståelse för individens uppfattningar skall frambringas. Resultatet styrks med citat från intervjuerna (Kvale & Brinkman, 2009). Författaren utförde nio intervjuer. Uppfattningarna från informanterna tolkades av författaren som trovärdiga, de stämde överens med den information som informanterna fått om studiens syfte.

Överförbarheten till andra grupper inom samma yrkeskategori anses tillämpbar enligt författaren. Detta trots en liten intervjugrupp och att den utförts inom ett län. Genom att läsaren kunde följa hela processens gång i studien förstärks trovärdigheten.

Etiska överväganden

Författaren hade en hög ambition att värna om den enskilde informantens integritet och att vinna informantens respekt så att denne kunde uttrycka sig förbehållslöst i intervjusituationen. För att lyckas med det informerade författaren initialt kort om studiens bakgrund, syfte och metod. De informanter som deltog i studien delgavs brevlades en forskningspersoninformation där de upplystes om sina rättigheter i sitt deltagande i studien. De gavs också tillfälle att ställa frågor om studien och deras medverkan vid intervjutillfället. Författaren ansåg att detta stärkte förtroendet och tilliten till forskarens trovärdighet (Malterud (2009)).

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att ambulanssjuksköterskan använder sig av sina färdigheter för att finna en säkerhet i sin yrkesroll och göra en helhetssyn av vårdtagarens situation. Uppfattningarna belyste ambulanssjuksköterskans kompetens, vilket inkluderar inlärd kunskap - grundutbildning, specialistutbildning och arbetslivserfarenhet. Dessa tillsammans skapar en individuell kompetens. Det som skiljer grundutbildade eller specialistutbildad sjuksköterskor är erfarenheten, en faktor som spelar in i mötet och bedömning med vårdtagaren. En ambulanssjuksköterska i början på sin yrkesbana stöder sig på inlärd kunskap medan en med mångårig yrkeskunskap även använder sig av erfarenhet. Yrkeserfarenhet är det som väger tyngst enligt föreliggande studie som tillsammans med utbildning och social kompetens skapar den profession som ambulanssjuksköterskan tillhör. Kunskap genom erfarenhet beskriver Malterud (2001) som ett samspel av tankar, kommunikation och erfarenheter, något som byggs på under livets gång. Erfarenhetskunskap i vårdandet beskriver Wireklint Sundström (2005) i sin avhandling som att erfarna vårdare vet vad och hur ett omvårdnadsuppdrag skall utföras i olika vårdsituationer och det sker ofta oreflekterat och spontant. Kännetecknande är att vårdutföraren inte kan redogöra hur de handlat utan tillskriver sitt agerande i en vårdsituation som en känsla om att de gör rätt. Eftersom

erfarenhet är högst individuell finns det farhågor med att endast förlita sig på denna kunskap vid ett vårdtillfälle. Ambulanssjuksköterskan bör förhålla sig kritisk till yrkeserfarenheten och reflektera och sätta den i relation till den inlärd kunskap de inhämtat via studier. Ekebergh (2001) betonar vikten av att granska erfarenhetskunskapen i vårdvetenskaplig forskning men bidrar även med sin forskning kring ämnet till ökad förståelse för att erfarna sjuksköterskor använder sig av känslan i mötet med vårdtagare. Herbig, Büssing och Ewert (2000) såg i sin studie att sjuksköterskors användande av erfarenheten visade på att det var skillnad på huruvida erfarna sköterskor använder känslan mer än sjuksköterskorna med mindre erfarenhet. De menar vidare att erfarenheten tillsammans med helhetssyn kan vara vägledande i omvårdnadsarbetet. Informanterna i föreliggande studie uppfattar helhetssynen som en viktig egenskap i mötet med patienter framförallt i bedömningen om vilket vårdbehov vårdtagaren önskar få hjälp med.

I vårdrummet tar ambulanssjuksköterskan ställning till vård sökarens vårdbehov. Ambulanssjukvården är den första länken i vårdkedjan där en vårdare med alla sinnen möter patienten. I studien framkom att informanterna uppfattar en skillnad i allvarlighetsgrad mellan larmoperatörens utlarmning och av den bild de får när de bedömt patienten. Poljak, Tvieth och Ragneskog (2006) studie visar på att ambulanspersonalen var kritiska mot SOS alarm och tyckte deras utlarmning ibland var bristfällig. Deltagarna i föreliggande studie är dock gemensamt överens att larmoperatören som tar emot ett samtal från en vård sökare inte har en lätt uppgift att bedöma inringarens uppgifter. Forslund m.fl. (2004) beskriver i sin studie svårigheterna för larmoperatörerna att identifiera problemet från inringaren och Karlsten och Elowsson (2004) menar på att ibland måste dirigenten ta det säkra före det osäkra och ge ett kommande ambulansuppdrag högre prioritet för att säkerställa att snabb hjälp når vård sökaren. Föreliggande studie visar på att ambulanssjuksköterskan ibland uppfattar ett annat vårdbehov efter deras bedömning i patientens vårdmiljö. Deltagarnas uppfattningar styrks av den studie som Hjalte et al. (2007b) utfört som visar på att prioriteringsbedömningarna från SOS alarm har en säkerhetsmarginal. Statistik från journalsystemet Paratus som används i det län där studien utförts, visar på att under en ettårs period var antalet prio ett från SOS alarm 10430 och efter ambulanssteamets bedömning var dessa siffror nere på 2325. Över 60 procent omvärderades från prio ett till prio två, mer än 30 procent från prio två till prio tre. Detta är inte så anmärkningsvärt i sig med tanke på att ambulanssjuksköterskan har som studien visat, förmånen att med sina färdigheter och medicinsk teknisk hjälp kunna göra en bedömning till skillnad från larmoperatören som endast kan förlita sig på de uppgifter de får höra av inringaren och därefter göra en bedömning.

Informanterna i studien uppfattar att kompetensen många gånger inte behövs, de menar på att transporterna ökat men inte ambulansärenden med akut vårdbehov. Men i studien framkom inga uppfattningar som tydde på onödiga ambulansärenden När ambulanssjuksköterskan möter vård sökaren i sin vårdmiljö har de i de flesta fall tagit del av larmoperatörens bedömning. Väl framme på hämtplats kan ambulanssjuksköterskan efter ny bedömning ta ställning om vårdbehov och vidare omvårdnadsåtgärder. I föreliggande studie framkom uppfattningar att flera ambulansärenden utförs där det inte finns ett vårdbehov under transport eller att ett vårdbehov finns men kanske inte av ambulanssjukvård eller den slutna vården. En tidigare studie av Ahl m.fl. (2006) visar på att beslutet att påkalla ambulanshjälp föregås av stor tveksamhet och att andra alternativ än ambulanssjukvård övervägts.

Ahl och Nyström (2011) fann i sin studie att flera av de som intervjuats blev överraskade av ambulanssjukvårdens kompetens och inte förväntade sig en noggrann undersökning i prehospital vårdmiljö. Däremot så fanns förväntningar på att bli transporterad till sjukhus.

Dessa förväntningar ses också i Vicentes m.fl. (2013) resultat. Ahl och Nyström (2011) konstaterar att ambulanssjukvården i Sverige är så mycket mer än bara en transportorganisation och att allmänheten generellt inte är medveten om detta.

I föreliggande studie fanns det indikationer i uppfattningarna att ambulanssjuksköterskan ibland påverkades av vårdsökarens eller av närstående om vilket vårdbehov patienten har. Ambulanssjuksköterskan påverkas i sin vårdande roll först av larmoperatören och i vårdmiljön av vårdsökare, anhörig eller den som ringde 112. Ett etiskt dilemma kan lätt uppstå om patient och vårdare inte har samma uppfattning om vad som är lämpligaste vårdnivå efter bedömt vårdbehov (Sandman & Nordmark 2006). I mötet med vårdsökaren är det av stor vikt att ambulanssjuksköterskan ser på patienten som en individ som av någon anledning känner att deras livsvärld är i gungning. Denna del av den prehospitla vårdprocessen är betydande i bedömningsförloppet. Enligt Bruce, Dahlberg och Suserud (2003) är det viktigt att ambulanssjuksköterskan har ett öppet förhållningssätt och inte låter sig påverkas för mycket på uppgifter från ambulansdirigenten.

Enligt patientsäkerhetslagen (SOSFS, 2010:659); 1§, kap. 6 så skall vården så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I resultatet i föreliggande studie framkom att ambulanshjälp söktes för icke akuta tillstånd där informanterna inte såg ett vårdbehov som kräver ambulanstransport eller som inte kräver vård från den slutna vården. Här anser författaren att ambulanssjuksköterskan har den medicinska kompetensen för att avgöra vilket vårdbehov samt vilken vårdnivå som kan bli aktuell. Sandman och Nordmark (2006) påpekar dock att den etiska konflikten kan göra att ambulanssjuksköterskan inte orkar ta en diskussion med patienten eller närstående. Ambulanssjuksköterskorna i studien anser sig ha bra kompetens för att kunna bedöma vårdbehov. Deras uppfattningar visar på att vårdsökare i flera fall kan lotsas mot primärvård istället för transport mot sjukhus, även med annat transportsätt som sjukresa med taxi, med hjälp av närstående. Det framkom också i studiens intervjuer att egenvård i hemmet kan vara ett alternativ efter att ambulanssjuksköterskan utfört en grundlig undersökning och att kontakt med primärvårdsläkare etablerats.

Flera studier tyder på att uppfattningarna om ökade ambulansuppdrag med lågt eller inget vårdbehov är både ett nationellt och internationellt fenomen (Hjälte m.fl. 2007b; Kawakami, Kubota, Ohshige & Tochikubo, 2007; Patton & Thakore, 2012; Durant & Fahimi, 2012). I tidningen Samverkan 112 (2013), nr 4: sid 4 beskrivs detta fenomen med att antalet uttryckningar i Jönköpings län ökat med 50 procent mellan 2007 och 2012. I texten benämns det som onödiga transporter som inkluderar att en patient inte behöver följa med, att uppdraget kunde avbrytas eller att patienten behandlats på plats. I ett reportage P4 Kalmar den 9 mars 2012 uppmärksammades detta med onödiga ambulanstransporter. Men avsikten med det reportaget var också att upplysa om att det skulle drivas ett försök där ambulanspersonalen med understöd av läkare ska göra en bedömning av vårdbehovet hos vårdsökare nattetid. Om inte vårdbehovet bedömdes vara av akut karaktär fanns avsedda tider dagen efter hos hälsocentral som de kan bokas in på. Förhoppningen med försöket är att minska antalet onödiga långa ambulanstransporter nattetid för att ambulansen ska vara tillgänglig för mer akuta uppdrag. Det intressanta med det upplägget enligt föreliggande studies författare är att ambulanssjuksköterskan ikläder sig en annan roll, en prehospitla beslutstagar roll om vårdnivå utifrån vårdbehovet.

I det län där föreliggande studie utförts finns idag inga riktlinjer som ger ambulanssjuksköterskan stöd för att föreslå patienten till annan vårdnivå, annat transportsätt eller råd om egenvård utifrån den bedömning av vårdbehov som utförts. Brown, Hubble,

Cone, Millin, Schwartz, Patterson, Greenberg och Richards (2009) litteraturstudie undersökte riktlinjers användbarhet vid vårdärenden utan akut vårdbehov och där patienten kunde lämnas hemma. Studien visar på att personalen måste inneha högre kompetens och speciellt framtagna riktlinjer. Kompetens i dagens svenska ambulanssjukvård är i den nivån studien belyser och indikerar att svensk ambulanssjukvård är redo för beslutsstöd.

Ambulanssjukvården grundar sig på socialstyrelsen föreskrifter om ambulanssjukvård (SOSFS: 2009:10) som antyder att ambulans ska användas för transport av skadade och sjuka och att prehospital sjukvård är omedelbara medicinska åtgärder utanför sjukhus. Det är den allmänna bilden och generella uppfattning om hur ambulanssjukvård ser ut idag enligt författarens tolkning av intervjuerna. Informanterna i föreliggande studie uppfattar dagens ambulanssjukvård som ovanstående föreskrift men också att det förekommer bedömningar som leder till att vårdsökare kan lotsas till primärvården i stället för den slutna vården, men också lämnas hemma om ambulanssjuksköterska och vårdsökare är överens. Trots vetskapen om att en annan vårdnivå i många fall skulle vara ett mer gynnsamt alternativ för patienten förekommer det enligt studien att vårdsökaren skjutsas till sjukhus för vidare vård. Beslutet föregås av osäkerhet och en känsla av att vara ensam med ansvaret om annan vårdnivå.

Ambulanssjuksköterskan som arbetar i det län där studien genomfördes, för patientens talan i kontakten med ansvarig läkare. Om vårdsökaren vill vara hemma eller bedöms kunna ta ett annat transportsätt mot hälsocentral förankras det hos ansvarig läkare eller primärvårdsjour. Trots noggrann bedömning och konsultation med läkare uppfattas en rädsla att beslutet ska skapa negativa konsekvenser för patienten. Informanterna delade uppfattningen om att yrkeserfarenheten spelade stor roll i bedömning om vårdbehov i de icke akuta situationerna. Deras uppfattningar är samstämmiga med resultatet i Snooks m.fl. (2005) studie. Där framkom också att erfarenheten och intuitionen spelade en stor roll när en säker bedömning skulle utföras. Det visade sig också att ambulansbesättningen lättare kunde föreslå ett annat förslag om vårdnivå om vårdsökaren hade en bra kontakt med distriktssköterska eller läkare.

Yarris, Moreno, Schmidt, Adams och Broke (2006) belyste ett annat vårdalternativ ur patientens synvinkel. Där framträdde i resultatet två kategorier, dels de som kunde tänka sig att åka med ett annat färdssätt än ambulans t.ex. egen bil eller taxi. Den andra kategorin kunde också tänka sig en annan vårdnivå som liknar den svenska primärvårdsnivån alternativt bli behandlad för att sedan vara kvar hemma. Studien motiverades med att akutmottagningar och ambulansresurser var överbelastade och att många som åkte ambulans och lämnades på akutmottagning inte var i behov av det. En annan studie visar på att patientens medverkan att välja vårdväg ökar välbefinnandet, också genom att ambulanspersonal ser och lyssnar till patientens levda erfarenhet av sjukdom (Vicente, Castren, Sjöstrand & Wireklint Sundström 2013).

Under intervjuerna framkom att beslut om alternativ vårdnivå är beroende av hur länge informanten arbetat inom ambulanssjukvården. Följden blir att en och samma patient av ”nya” kan bli transporterad till akutmottagning medan erfarna försöker hitta en annan vårdnivå som hälsocentral eller till och med låta patienten stanna hemma. Erfarenhetens dygder är således endast förunnat de med flera års yrkeserfarenhet vilket gör beslut av vårdnivå efter vårdbehov mycket individuellt. Resultatet i föreliggande studie indikerar på uppfattningar om att ett beslutsstöd eller styrdokument kan komma att vara till hjälp vid vårdtillfällen där vårdbehovet inte är av akut karaktär. Vicente, Sjöstrand, Wireklint-Sundström, Svensson och Castren (2013) visade i sin studie att med hjälp av prehospitalt beslutsstöd så kan ambulanssjuksköterskan på ett säkert sätt ta beslut om lämplig vårdnivå för äldre patienter. Andersson Hagiwara, Sjöqvist, Lundberg, Suserud, Henricson och Jonsson (2012) studerade ett databaserat beslutssystem som användes som komplement till lokala riktlinjer. Fördelen med systemet var främst vid den primära undersökningen och för att se

patientens sjukhistoria. Det påvisar dock stödets funktion, rätt använt och rätt utformat kan beslutsstöd hjälpa till att skapa ett säkert och tryggt beslut om omvårdnadsåtgärder.

I aktuellt län har nyligen triagesystem införts. Genomgående bland informanternas uppfattningar är att det är önskvärt att använda som stöd att besluta om annan vårdnivå, annat transportsätt eller att patienten efter bedömning kan stanna kvar hemma. Triagering som beslutsstöd kvalitetssäkrar omhändertagande genom att vården blir lika oavsett kompetens, yrkeserfarenhet och kapacitet hos vårdgivaren (Widgren, 2012). Enligt Snooks m.fl.(2005) var ambulanspersonal positivt inställda när de använde sig av triageprotokoll.

Ambulanspersonal ansåg att det stärkte deras självförtroende och kände sig mer nöjd med sitt arbete. Vissa reservationer uttrycktes dock bland annat att det ibland finns patienter som befinner sig i gråzon och inte passade in i triageprotokollet. Det fanns också skepsis bland ambulanspersonalen att inte alla patienter godtog annan vårdnivå. Det fann det också viktig att alla inblandade vårdnivåer bör vara införstådd i deras sätt att arbeta prehospitalt.

Slutsats

Resultatet visar på att kompetensen består av olika delar, dels kunskap genom studier och dels erfarenhetskunskap. Den samlade kunskapen skiljer sig därför mellan ambulanssjukvårdens personal beroende på yrkeserfarenhet. Med den samlade kunskapen gör ambulanssjuksköterskan bedömning och tar ställning om vårdbehov. Resultatet tyder också på att ett vårdbehov i de flesta ambulansärendena finns men kanske inte behöver åtgärdas via den slutna vården alla gånger. Ambulanssjuksköterskans önskar stöd i sitt beslutstagande om att hjälpa patienten till lämplig vårdnivå, ett beslutsstöd som oavsett yrkeserfarenhet, hjälper ambulanssjuksköterskan till trygga och säkra beslut.

Fortsatt forskning

Dagens ambulanssjukvård skiljer sig markant jämfört med 20 år sedan. Utvecklingen går mot mer avancerad prehospital vård, effektivitet och beslut som ska vara till fördel för patienten. Det kräver dock ett patientsäkerhetstänkande med givna riktlinjer i omhändertagandet av vårdsökande. Om ambulanssjuksköterskorna ges tillfälle med ett nytt arbetssätt för att patientstyra mot olika vårdnivåer bör det föregås av forskning kring ämnet. En framtida studie om ambulanssjuksköterskornas möjlighet att rekommendera olika vårdalternativ efter utförd bedömning i vårdrummet är önskvärd. Studien får med fördel även inkludera den öppna och slutna vårdens uppfattningar om ambulanssjukvårdens funktion som prehospital beslutstagare mot olika vårdnivåer. Sist men inte minst viktigt är forskningen kring patienternas upplevelser av ett möjligt nytt arbetssätt i ambulanssjukvården.

REFERENSER

1177 – råd om vård på webb och telefon. Hämtad 15 december, 2012 från <http://www.1177.se/Vasternorrland/Om-1177/>

Ahl, C., Nyström, M., & Jansson, L. (2006). Making up one's mind: - Patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 11-19.

Ahl, C., & Nyström, M. (2011). To handle the unexpected – The meaning of caring in pre-hospital emergency care. *Internationell Emergency Nursing*, 20, 33-41.

Andersson Hagiwara, M., Sjöqvist, B A., Lundberg, L., Suserud, B-O., Henricson, M., & Jonsson, A.(2012). Decision support system in prehospital care: a randomized controlled simulation study. *American Journal of Emergency Medicine*, 31, 145-153.

Arman, M., & Rehnfeldt, A. (2007). The little extra that alleviates suffering. *Nursing Ethics*, 14 (3), 372-386.

Berntsson, T., & Hildingh, C. (2012). The nurse-patient relationship in pre-hospital emergency care - From the perspective of Swedish specialist ambulance nursing students. *International Emergency Nursing*. Dec 13.

Brown, LH., Hubble, MW., Cone, DC., Millin, MG., Schwartz, B., Patterson, PD., Greenberg, B., & Richards, ME. (2009). Paramedics determinations of medical necessity: a meta- analysis. *Prehospital Emergency Care*. 13(4) 516-527.

Bruce, K., Dahlberg, K. & Suserud, B-O. (2003) Initial assessment in ambulance nursing – part one. *Emergency Nurse*, 10:10, 13-17.

Bång, A., Castrén, M., Herlitz, J., Suserud, B-O., & Svensson, L. (2009). Forskning och utveckling inom prehospital sjukvård. I B-O. Suserud & L. Svensson. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss.461-467). Stockholm: Liber Ab.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2013). *Hälsa och vårdande*. Stockholm: Författarna och Natur och Kultur.

Dahlgren, L-O., & Johansson, K. (2009). Fenomenografi. I A. Fejes & R. Thornberg. (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (ss.122-135). Stockholm: Liber.

Dahlgren, L-O., & Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in a social pharmacy research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8, 150-152.

Dalton, A-L., Limmer, D., Mistovich, J-J., & Werman, H-A. (2007). *Advanced Medical Life Support. Third Edition*. New Jersey: Pearson Education.

Davidsson, J. (1998). *Primärvård: en vårdnivå*. Lund: Studentlitteratur.

Durant, E., & Fahimi, J. (2012). Factors associated with ambulance use among patients with low acuity conditions. *Prehospital Emergency Care*, 16 (3), 329-337

- Ekebergh, M. (2001). *Tillägnet av vårdvetenskapligt kunskap-reflexionens betydelse för lärandet*. Doktorsavhandling. Åbo akademi. Vasa: Åbo akademins förlag.
- Forslund, K., Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2004). Operators' experiences of emergency calls. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10: 290-297.
- Giorgi, A. (2000). *The Status of Husserlian phenomenology in caring*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gårdelöf, B (2002). *Historien om Flisa*. Linköping. Hämtad 19 november, 2012 från <http://www.flisa.nu/web/page.aspx?refid=9>
- Hartman, J. (2007). *Vetenskapligt tänkande, Från kunskapsteori till metodteori*. Poland: Studentlitteratur.
- Hagiwara, M., & Wireklint Sundström, B. (2009). Vård och bedömning. I B.-O. Suserud & L. Svensson. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss.117-144). Stockholm: Liber Ab.
- Herbig, B., Büssing, A. & Ewert, T. (2000). The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (5), 687-695.
- Hoppas få slut på onödiga ambulans transporter (2012) hämtat 25 maj, 2013 från <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=86&artikel=5024688#srcomments>
- Hjälte, L., Suserud, B.-O., & Helitz, J., Karlberg, I. (2007a). Why are people without medical needs transported by ambulance. *European Journal of Emergency Medicine*, 14, 151-156.
- Hjälte, L., Suserud, B.-O., & Helitz, J., Karlberg, I. (2007b). Initial emergency medical dispatching and prehospital needs assessment: a prospective study of the Swedish ambulance service. *European Journal of Emergency Medicine*, 14, 134-141.
- Holmberg, M., & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experience of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 5, 5098.
- Explosionsartad ökning av ambulansuppdrag (2013) *Samverkan112*, (4) s.4
- Jonsson, L. (2010). Prehospitala kurser och utbildningar. I B.-O. Suserud & L. Svensson. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss.64-71). Stockholm: Liber Ab.
- Karlsten, R., & Elowsson, P. (2004). Who calls for an ambulance: implications for decision support. A descriptive study from a Swedish dispatch centre. *European Journal of Emergency Medicine*, 11,125-129.
- Kawakami, C., Ohsigi, K., Kubota, K., & Tochikubo, O. (2007). Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. *BMC Health Services Research*, 27 (7), 120.

- Khorram-Manesh, A., Lennquist Montán, K., Hedelin, A., Kihlgren, M., & Örtenvall, P. (2010). Prehospital triage, discrepancy in priority-setting between emergency medical dispatch centre and ambulance crew. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, DOI 10.1007/s00068-010-0022-0.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S.(1986). *Kvalitativ analys-exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, 358, 397-401.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Morse, J.M., (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24 (1), 47-59.
- Marton, F., & Boot, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Marton, F., & Svensson, L. (1978) Studying of environmental perception. Two contributions to methodology. Goteborg: Göteborgs universitet.
- Nyström, M., & Herlitz, J. (2010). Möten mellan två kunskapsområden. I B.-O. Suserud & L. Svensson. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss.13-21). Stockholm: Liber Ab.
- Olsson, M. & Hangasi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient´s perspective. *Emergency Medical Journal*, 18, 430-434.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Palazzo, FF., Warner, OJ., Harron, M., & Sadana, A. (1998). Misuse of the London ambulance services: how much and why? *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 15,368-370.
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Patton GG., & Thakore, S. (2012). Reducing inappropriate emergency department attendances- a review of ambulance service attendances at a regional teaching hospital in Scotland. *Emergency Medicine Journal*, 16.
- Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss.73-84). Lund: Studentlitteratur.
- Poljak, A., Tveith, J., & Ragneskog, H. (2006). Omvårdnad i ambulans – den första länken i vårdkedjan. *Vård i Norden*, 79(26): 48-51.
- Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor. *Kompetensbeskrivning för*

ambulanssjuksköterska. Hämtat 15 april, 2013 från
http://ambssk.se/images/dokument/ras_komp_beskr_ambssk2012.pdf

Sandman, L., & Nordmark, A. (2006). Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nursing Ethics*, 13, 592-607.

Snooks, H-A., Kearsley, N., Dale, J., Halter, M., Readhead, J., & Foster, J. (2005). Gaps between policy, protocols and practice: a qualitative study of the views and practice of emergency ambulance staff concerning the care of patients with no-urgent needs. *Quality & safety in Health Care* 14: 251-257.

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag. Hämtat 15 april, 2013 från
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SOSFS 2000:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården. Hämtat 30 augusti, 2013 från
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>

SOSFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 2 september, 2013 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

SOSFS 2009:10. Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 november, 2012 från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10/Documents/2009_10.pdf

SOS Alarm- För ett tryggare samhälle. Hämtad 15 november, 2012 från
http://www.sosalarm.se/PageFiles/5999/Faktautskrift_SOS_Alarm.pdf

Starrin, B. & Renck, B. (1996). Den kvalitativa intervjun. I Svensson, P-G. & Starrin, B. (Red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik*. (ss 52-78). Lund: Studentlitteratur.

Starrin, B., & Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Stålhandske, B. (2010). Prioriterings-och dirigeringscentral. I B.-O. Suserud & L. Svensson. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss.82-90). Stockholm: Liber Ab.

Suserud, B-O. (2005). A new profession in the prehospital care field- the ambulance nurse. *Nursing in the Critical care*, 10, (6) 269-271.

Suserud, B-O., & Rådestad, M. (2010) Högskoleutbildningar inom prehospital akutsjukvård. I B-O. Suserud & L. Svensson. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss.60-63). Stockholm: Liber Ab.

Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Svensson, P-G. (1996). Förståelse, trovärdighet eller validitet. I Svensson, P-G. & Starrin, B. (Red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik*. (ss. 209-227). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2013). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 23 december, 2013 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vicente, V., Ekebergh, M., Castren, M., Svensson, L., & Wireklint Sundström, B. (2011). Differentiating frailty in older people using the Swedish ambulance service: A retrospective audit. *International Emergency Nursing*. 20(4), 228-35. doi: 10.1016/j.ienj.2011.09.005

Vicente, W., Sjöstrand, F., Wireklint Sundström, B., Svensson, L., & Castren, M. (2013). Developing a decision support system for geriatric patients in prehospital care. *European Journal of Emergency Medicine*. 20 (4), 240-7. doi: 10.1097/MEJ.0b013e328356452d

Vicente, W., Castren, M., Sjöstrand, F., & Wireklint Sundström, B. (2013). Elderly patients' participations in emergency medical services when offered an alternative care pathway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 8:20014. doi: 10.3402/qhw.v8i0.20014

Widgren, B. (2012). *RETTS Akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur

Wireklint Sundström, B. (2005) *Förberedd på att vara oförberedd. En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Göteborg: Intellecta Docusys.

Wireklint Sundström, B., & Dahlberg, K. (2010). Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions. *International Emergency Nursing*. 19, 113-119.

Wireklint Sundström, B., Sjöstrand, F. & Vicente, V. (2010). Optimal vårdnivå vid icke-akuta tillstånd hos multisjuka äldre patienter. I B-O. Suserud & L. Svensson. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss.199-211). Stockholm: Liber Ab.

Yarris, LM., Moreno, R., Schmidt, TA., Adams, AL., & Brooks, HS. (2006). Reasons Why Patients Choose an Ambulance and Willingness to Consider Alternatives. *Academic Emergency Medicine*, 13:401-405.

Östlinder, A., Norberg, A., Pilhammar Andersson, E., & Öhlén, J. (2006) *Erfarenhetsbaserad kunskap - Vad är det och hur värderar vi den?* Hämtad 16 augusti, 2013 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Forskning%20och%20utveckling-publikationer/Erfarenhetsbaseradkunskap.pdf>

Ambulansstation:

Informant:

Kodnummer:

Intervjuguide

Intervjun inleds med uppvärmningsfrågor. Därefter inleds den bandade intervjun. Frågorna börjar med huvudfrågor och kan följas av följdfrågor för att få ett djup i intervjun.

HUVUDFRÅGOR (Markeras med fet stil stora bokstäver).

Följdfråga (Markeras med fet stil och små bokstäver).

Uppvärmningsfrågor

Vilken ålder har du?

Vilken utbildning har du?

Antal år inom yrket?

VAD INNEBÄR AMBULANSSJUKVÅRD FÖR DIG?

- Uppfattning om vad ambulansens ändamål.
- Uppfattning om vårdsökandes förväntningar på ambulanssjukvård?

VILKEN UPPFATTNING HAR DU OM DE VÅRDSÖKANDES PREHOSPITALA AKUTA VÅRDBEHOV GENERELLT?

- Vad är din uppfattning om varför det är en diskrepans mellan larmoperatörens bedömning och prioritering i jämförelse med din egen?
- Vilken uppfattning har du om att vårdnivån eller vårdbehovet för en patient kan förändras efter din bedömning?
- Vad är din uppfattning om att vårdsökande kan övervägt andra vårdvägar istället för påkallande av ambulanssjukvård?

VILKEN UPPFATTNING HAR DU OM ATT ANNAN VÅRDNIVÅ ÄR MER LÄMPLIG ÄN ATT TRANSPORTERA TILL EN AKUTMOTTAGNING?

VILKEN UPPFATTNING HAR DU OM AMBULANSSJUKSKÖTERS KANS MÖJLIGHETER ATT PÅ PATIENTSÄKERT SÄTT FÖRESLÅ ANNAN VÅRDNIVÅ OCH - ELLER ANNAT TRANSPORTSÄTT?

Bilaga II

XXX 121212

Till verksamhetschef XXX
Ambulansorganisationen i XXX

Hej XXX.

Jag heter Christer Zackrisson och arbetar vid ambulansstationen i XXX. Jag studerar vid Sophiahemmets Högskola där mitt mål är att erhålla examen i specialistprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård. I mitt examensarbete som omfattar 15 högskolepoäng har jag för avsikt att genomföra en kvalitativ intervjustudie. Syftet med denna studie är att belysa uppfattningar gällande omhändertagande och bedömning av det akuta sjukvårdsbehovet hos vårdsökande.

Intervjuerna är tänkt att utföras vid ambulansstationerna i XXX läns landsting. Jag planerar intervjua 2 personer på varje station och tiden för intervjuerna beräknas till ca en timme. Jag söker specialistutbildad personal inom prehospital sjukvård, gärna med deltagare från båda könen. Jag ser det också intressant att intervjua personal med olika yrkesverksamma år inom ambulansverksamheten för att få ett trovärdigt resultat om studiens syfte. Jag ber därför i all vänlighet att få tillstånd att via dig eller stationschefer, ta del av personallistor för att hitta de informanter jag eftersträvar. En önskan är också att de jag intervjuar får betald arbetstid (timtid) om intervjuerna sker före eller efter arbetspass. Fördelen med det är att inte intervjun blir avbruten av ambulanslarm. Detta kan motivera tilltänkta informanter till att delta i studien.

Om du finner denna studie relevant och intressant för ambulanssjukvården i XXX ber jag om dit godkännande för att genomföra studien. Jag bifogar en bilaga som behöver din underskrift samt att den returneras till mig personligen till XXX ambulansstation. Om du hyser några tvivel kring studien får du gärna höra av dig till mig eller min handledare med frågor eller besked om hinder för studien. Jag kommer att delge dig min forskningsplan samt forskningspersoninformation som studiedeltagarna får mailat till sig efter att de godkänt sitt deltagande.

Med vänlig hälsning

Student:
Christer Zackrisson

Handledare:
Caroline Hybinette

Jag godkänner Christer Zackrissons önskemål om att utföra en kvalitativ intervjustudie i XXX ambulansorganisation.

Datum och Ort:

.....

Namnteckning, Verksamhetschef

XXX

.....

Bilaga III

XXX 121212

Till företagschef vid privat ambulansstation i XXX

Hej.

Jag heter Christer Zackrisson och arbetar vid ambulansstationen i XXX. Jag studerar vid Sophiahemmets Högskola där mitt mål är att erhålla examen i specialistprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård. I mitt examensarbete som omfattar 15 högskolepoäng har jag för avsikt att genomföra en kvalitativ intervjustudie. Syftet med denna studie är att belysa uppfattningar gällande omhändertagande och bedömning av det akuta sjukvårdsbehovet hos vårdsökande.

Intervjuerna är tänkt att utföras vid ambulansstationerna i XXX läns landsting. Jag planerar intervjua 2 personer på varje station och tiden för intervjuerna beräknas till ca en timme. Jag söker specialistutbildad personal inom prehospital sjukvård, gärna med deltagare från båda könen. Jag ser det också intressant att intervjua personal med olika yrkesverksamma år inom ambulansverksamheten för att få ett trovärdigt resultat om studiens syfte. Jag ber därför i all vänlighet att få tillstånd att via dig, ta del av personallistor för att hitta de informanter jag eftersträvar. En önskan är också att de jag intervjuar får betald arbetstid (timtid) om intervjuerna sker före eller efter arbetspass. Fördelen med det är att inte intervjun blir avbruten av ambulanslarm.

Om du finner denna studie relevant och intressant för ambulanssjukvården i XXX ber jag om dit godkännande för att genomföra studien. Jag bifogar en bilaga som behöver din underskrift samt att den returneras till mig personligen till XXX ambulansstation. Om du hyser några tvivel kring studien får du gärna höra av dig till mig eller min handledare med frågor eller besked om hinder för studien. Jag kommer att delge dig min forskningsplan samt forskningspersoninformation som studiedeltagarna får mailat till sig efter att de godkänt sitt deltagande.

Med vänlig hälsning

Student:

Christer Zackrisson

Handledare:

Caroline Hybinette

Jag godkänner Christer Zackrissons önskemål om att utföra en kvalitativ intervjustudie med min personal inom mitt ambulansföretag.

Datum och Ort:

.....

Namnteckning och företag:

.....

SJUKVÅRDSBEHOV I DET PREHOSPITALA VÅRDRUMMET**Bakgrund och syfte**

Kompetensen i ambulanssjukvården har under 2000 talet utvecklats i rask takt. Från och med 1 oktober 2005 får endast sjuksköterska ta ut, iordningställa och administrera läkemedel enligt generella direktiv vilket innebär i praktiken att varje ambulansbesättning måste bestå av en sjuksköterska (SOSFS, 2000:1). Idag har flera landsting målsättningen att en i besättningen ska vara specialistutbildad inom ambulanssjukvård. Med ökad kompetens finns fler möjligheter att utveckla ambulanssjukvården. Statistik från journalsystemet Paratus i Y-län visar på att prioriteringgraden från larmoperatören ibland inte stämmer överens med den som ambulanspersonalen gör efter att de bedömt patienten. Det kan tolkas som att larmoperatören ofta övertriarerar sjukdomsbilden hos inringaren. Internationella studier visar på att ambulanserresurser många gånger inte är nödvändigt efter att ambulanspersonal bedömt patienten i vårdrummet (Khorram-Manesh m.fl.,2010., Hjalte m.fl., 2007). Beroende på vilket län man jobbar i ser riktlinjerna olika ut om hur prehospital personal kan föreslå annan vårdnivå. Efter genomgång av artiklar i ämnet framgår det att sjuksköterskan ofta förlitar sig på sin kompetens, omdöme och yrkeserfarenhet. Syftet med denna studie är att belysa uppfattningar gällande omhändertagande och bedömning av det akuta sjukvårdsbehovet hos vårdsökande.

Ditt deltagande

Eftersom du arbetar i XXX ambulansorganisation och är specialistutbildad i prehospital sjukvård så tillfrågas du om deltagande i studien. En presentation av studien har delgetts verksamhetschefen XXX som gett sitt godkännande för intervjustudien. Han godkände också förfrågan att jag genom honom eller stationschefer får ta del av personallistor som hjälper mig att strukturera välja ut informanter efter yrkesverksamma år, kön och kompetensnivå.

Studiens genomförande

Intervjuer kommer att utföras vid ambulansstationerna i anslutning till arbetspass eller annan överenskommelse. Ett önskemål framfördes till verksamhetschefen om att intervjupersonerna skall få ersättning (timlön) om intervjun sker utöver ordinarie arbetstid, vilket han också godkände. Intervjuerna beräknas till ca en timme och sker i ett avskilt rum på respektive arbetsplats. Om du önskar delta kommer mailar jag dig forskningspersoninformation samt att jag tar kontakt med dig för att avtala en lämplig tid för intervjun. Intervjun kommer att spelas in så att jag i ett senare skede kan överföra det i text för analysering. Inspelningarna förvaras sedan på ett USB minne och kommer att kodas för varje informant, lösenordskyddas och förvaras oåtkomligt för utomstående.

Hantering av data och sekretess

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ansvarig för studien ansvarar för att bandade intervjuer förvaras säkert. Inspelat material kommer att överföras till USB minne och lösenordskyddas. I resultattexten kommer inblandade informanter att avidentifieras så att de inte kan härledas till någon speciell person. Citat från intervjuerna kommer att finnas med i texten. Citaten är kodad till en viss informant och kan således inte anknytas till en viss person för utomstående. Intervjuerna kommer inte att

användas för annat syfte än denna studie. Efter avslutad studie kommer allt inspelat material att raderas.

Information om studiens resultat

Studien är ett arbete på avancerad nivå och kommer inte att publiceras mer än på DIVA databibliotek för uppsatser. I samband med intervjutillfället kommer en förfrågan om önskemål att få ta del av den färdiga uppsatsen. Det mest praktiska är att få det skickat med e-post och vid eventuella frågor står forskaren till förfogande via telefon.

Ersättning

Ingen ersättning utgår förutom att intervjun sker under betald arbetstid.

Frivillighet

De som medverkar i studien har rätten på sin sida att när som helst, utan att behöva ange en förklaring välja att avstå från vidare medverkan. Alla uppgifter om medverkan, personliga uppgifter och insamlad data kommer att raderas och förstöras. Om forskningspersonen önskar avbryta kontaktas forskaren för att samtycke ändras utan förbehåll.

Ansvariga

Ansvarig för studien:
Christer Zackrisson

Handledare:
Caroline Hybinette

SAMTYCKE

Forskningspersonen har erhållit information om studiens syfte och upplägg samt getts tillfälle att ställa frågor som besvarats till full belåtenhet. Forskningspersonen godkänner sitt deltagande enligt nedan.

Jag har tagit del av information om studien och har beretts möjlighet att ställa frågor: Jag godkänner mitt deltagande.

Forskningsperson:.....

Namnteckning:.....

Datum och Ort:.....