

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2014:13

Patientens upplevelse av att bli vårdad av deltidsbrandmän
i samband med akut bröstsmärta
- En kvalitativ intervjustudie om att bli akut sjuk på landsbygden

Johan Adolfsson
Mikael Jardenius



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

- Uppsatsens titel:** Patientens upplevelse av att bli vårdad av deltidsbrandmän i samband med akut bröstsmärta.
– En kvalitativ intervjustudie om att bli akut sjuk på landsbygden.
- Författare:** Johan Adolfsson, Mikael Jardenius
- Huvudområde:** Vårdvetenskap
- Nivå och poäng:** Magisternivå, 15 högskolepoäng
- Kurs:** Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård
- Handledare:** Gabriella Norberg
- Examinator:** Angela Bång

Sammanfattning

Räddningstjänsten är i stor utsträckning utplacerad på små orter och har betydligt fler stationer än vad ambulanssjukvården har. Räddningstjänsten har större möjligheter än ambulanssjukvården att snabbt vara på plats hos en svårt sjuk patient. Verksamheten med sjukvårdslarm har pågått i många år, men hur patienten upplever vården är inte väl studerat. Syftet med studien var att beskriva hur patienter med akut bröstsmärta upplever att bli vårdade av deltidsbrandmän under ett sjukvårdslarm. En empirisk studie med kvalitativ ansats genomfördes och analyserades med konventionell innehållsanalys enligt Hsieh & Shannon. Åtta intervjuer genomfördes med informanter boende på två skilda geografiska områden i södra Sverige. Efter analys framkom 21 stycken underkategorier som kunde sorteras in under sex kategorier. Kategorierna är; väntan på hjälpen, kunskap och utbildning, närhet och närvaro, vårdhandling, lokal närhet/vara igenkänd samt vårdarnas förhållningssätt. Innehållet i dessa kategorier med tillhörande underkategorier ger en översiktlig bild av hur patienterna uppfattar den vård de får av brandmännen. Patienterna uppskattar särskilt den snabba hjälp som brandmännen kan erbjuda, patienterna blir lugnade och de känner sig trygga i deras sällskap. Brandmännen pratar med patienten, kontrollerar vitalparametrar och ger syrgas. Syrgasen uppskattas mycket av patienterna.

Nyckelord:

Sjukvårdslarm, IVPA, upplevelse, patient, landsbygd, akut bröstsmärta, samverkan.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Akut sjukdom ur ett patientperspektiv	1
Patientens upplevelse av att ringa 112/att söka hjälp	1
Att vänta på hjälp	2
Mänskligt lidande	2
Sjukdomen hotar människans tillvaro	3
Ta kontrollen genom information	3
Mötet med den prehospitla hjälpen	3
Hjälplöshet och litenhet	3
Kommunikationens betydelse i vårdmötet	4
Akut bröstsmärta och akuta koronara syndrom	4
Hjärtinfarkt i Sverige	4
Att söka vård i tid	5
Definition av landsbyggd	5
Definition av deltidsbrandmän	5
Samhällets beredskap när ambulanssjukvården inte räcker till	6
I Väntan På Ambulans (IVPA) och sjukvårdslarm	6
Ambulanssjukvårdens beredskap i Sverige	6
Ambulanssjukvårdens beredskap i Norges	7
Ambulanssjukvårdens beredskap i Danmark	7
Utbildning av deltidsbrandmän	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Kvalitativ intervjustudie	8
Urval och informanter	8
I väntan på ambulans på landsbygden	9
Ambulansorganisation i Jönköpings län	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden	11
Författarnas förförståelse	12
RESULTAT	12
Väntan på hjälpen	13
Känna oro och rädsla	13
Så kom dom	14
De väntar tills ambulansen åkt	14
Upplevelsen av sjukdom	14
Kunskap och utbildning	14

De var välutbildade _____	15
Var det brandmän? _____	15
Närhet och närvaro _____	15
Han pratade med mig _____	15
Att någon tar i mig _____	16
Han stod nära mig _____	16
Framförallt var jag inte ensam längre _____	16
De tog reda på vad som hänt _____	16
Vårdhandling _____	16
Medicinska åtgärder (att få syrgas) _____	16
Lokal närhet/ vara igenkänd _____	17
Lokal kännedom _____	17
Vet vem jag är _____	17
Jag kände igen honom _____	18
Vårdarnas förhållningssätt _____	18
Bemötande med humor _____	18
De tog ansvar _____	18
Vi var jämlika _____	18
Jag kunde vara avslappnad _____	19
Avslappnade/stressade brandmän _____	19
De var diskreta _____	19
<i>DISKUSSION</i> _____	<i>19</i>
Metoddiskussion _____	19
Trovärdighet _____	20
Resultatdiskussion _____	21
Väntan på hjälpen _____	21
När hjälpen kommer _____	22
Närvaro _____	22
Kunskapen och vårdhandlingens betydelse _____	23
Överrapportering _____	24
Slutsats _____	24
Kliniska implikationer _____	25
<i>REFERENSER</i> _____	<i>26</i>
Bilaga 1 _____	30
Bilaga 2 _____	31
Bilaga 3 _____	33

INLEDNING

De senaste åren har det blivit allt svårare att få hjälp vid behov av ambulanssjukvård. Patienter får oftare vänta längre tid på ambulans än som var fallet tidigare. Vårdverksamheten inom ambulanssjukvården är belastad, uppdragen har ökat med bibehållna resurser. Ambulanssjukvården klarar inte av alla uppdrag samtidigt som det ställs allt större krav på tillgänglighet. Bristande tillgänglighet kan på många platser också förklaras med att det är långa avstånd till närmaste ambulansstation. På landsbygden har avtal med räddningstjänsten arbetats fram för att snabbt kunna vara på plats hos människor som kallat på hjälp, göra en första bedömning och starta behandling av livshotande tillstånd. Denna studie avser att undersöka hur patienter med akut bröstsmärta upplever att bli vårdade av deltidsbrandmän under ett sjukvårdslarm på landsbygden.

BAKGRUND

Akut sjukdom ur ett patientperspektiv

Patientens upplevelse av att ringa 112/att söka hjälp

En vanlig orsak att ringa 112 är bröstsmärta, många av de som ringer har aldrig tidigare ringt efter hjälp. Känslor som oro, osäkerhet, stress, rädsla, desperation och en känsla av ensamhet är vanligt förekommande hos både patient och anhöriga. Anhöriga upplever att de får kämpa för att hantera sin emotionella stress för att så gott de kan hjälpa sin partner (Forslund, Quell & Sorlie 2008, ss. 235-237; Ahl, Nyström & Jansson 2005, ss. 15-16). Att ta steget och ringa 112 upplevs ofta som ett stort beslut att fatta och föregås ofta av överläggning med sig själv och anhöriga. Känslan av att inte kunna hantera situationen är ofta det som leder fram till beslutet att ringa. Tiden som går innan larmsamtalet är olika lång, men när väl beslutet att ringa är fattat önskas hjälp omgående, väntan på hjälp upplevs arbetsam och lång. När väl hjälpen anländer får många en känsla av lättnad (Ahl et al. 2005, ss. 13-16).

En studie gjord av Herlitz, Hjalte, Karlsson, Suserud och Karlsson (2006, ss. 779) visar på att människor på landsbygden är mer benägna att ringa ambulans när de upplever bröstsmärta än människor som bor i stad. De som väljer att larma ambulans är ofta äldre, 12 år äldre i genomsnitt, och har ofta fler kända sjukdomar än de som tar sig till sjukhus själva (tidigare infarkt, angina, diabetes och hjärtsvikt). Patienterna som ringer efter ambulans lider också oftare av symptom relaterade till hjärtsvikt. Nästan hälften av patienterna på landsbygden med bröstsmärta bedöms ha en potentiell hjärtinfarkt vid ankomst till sjukhus, hos gruppen som åker egen bil är det färre patienter som bedöms ha en hjärtinfarkt. De patienter som sedan får den definitiva diagnosen hjärtinfarkt är också fler i gruppen som åker ambulans än de som åker till sjukhus på annat sätt.

Att vänta på hjälp

När patienten eller anhöriga har behövt larma efter en ambulans, kan väntetiden på ambulansen upplevas som väldigt lång, och det i sig skapar ett stort lidande. När väl vårdpersonalen anländer lindras detta lidande och många patienter vill helt överlämna ansvaret samt vården av sig själva till vårdarna (Dahlberg et al. 2003, s. 94). Dahlberg et al. (2003, s. 93) menar att det ställer stora krav på att den prehospitla vårdpersonalen har ett förhållningssätt som är öppet och följsamt gentemot patientens erfarenheter och perspektiv på den rådande hälsosituationen. Det är viktigt att den första kontakten med vården blir en positiv upplevelse, här har vårdaren ett viktigt ansvar i att lyckas skapa en vårdande relation med avsikten att stärka patientens känsla av trygghet och självkänsla redan från början, vilket i sin tur kan minska dennes upplevelse av sjukdomskänsla och lidande (Dahlberg och Segesten 2010, s. 193).

Mänskligt lidande

Lidande som fenomen innebär människans upplevelse av något ont, oönskat och oundvikligt som i större eller mindre grad påverkar eller stör balansen i livet. Att uppleva lidande är ofta starkt förknippat med smärta, förlust och död. Många ser smärta och lidande som synonymer. Arman och Rehnfeldt (2006, s. 30) menar att så inte är fallet. De menar att det inte är smärtorna i sig som skapar lidandet utan de eventuella existentiella frågorna som väcks i samband med dessa. Exempelvis frågor kan vara; vad kan framtiden innebära? Hur kommer mitt liv förändras, och så vidare (Arman & Rehnfeldt 2006, s. 30)?

Mänskligt lidande, liksom var och ens önskan att eliminera eller lindra lidande, är det som i grunden motiverar alla vårdande handlingar (Arman & Rehnfeldt 2006, s. 26). I den prehospitla vården finns samma typer av lidande som i vården i övrigt. Dessa är livslidande, sjukdomslidande samt vårdlidande (Dahlberg et al. 2003, s. 93).

Sjukdomslidande är det lidande som frambringas av sjukdom eller annan ohälsa. För att kunna lindra ett sjukdomslidande i den prehospitla vården är det nödvändigt att identifiera orsaken till lidandet samt att inleda en god och professionell vårdrelation (Dahlberg et al. 2004, ss. 33, 94). När en vårdrelation inleds mellan vårdaren och patienten finns det en risk för att ett vårdlidande kan uppstå. Ett vårdlidande kan orsakas av vårdaren på grund av olämpligt bemötande. Bagatelliserar vårdpersonalen en annan människas sjukdomslidande kan det göra den lidande människan skyddslös. Patientens kan då uppleva sitt lidande osett, oönskat och faller på ett outtalat sätt utanför hälso- och sjukvårdspersonalens vårdansvar. Detta leder till att patientens lidande ökar på grund av vårdpersonalens bristande intresse av patientens livsvärld (Arman & Rehnfeldt 2006, s. 31).

Dalberg et al. (2003, s. 89) betonar betydelsen av bemötandet inom den prehospitla akutsjukvården, men menar också att det kan vara en svår utmaning för vårdpersonalen. Människor som är i behov av prehospitla akutsjukvård kan vara under stor stress och stort lidande. Den prehospitla vården präglas ofta av att patienten har ett behov av akut

medicinskt omhändertagande samt att händelseförloppet inte sällan går väldigt snabbt. Detta kan leda till att vårdrelationen med patienten och bemötandet med eventuella anhöriga kan förringas och negligeras.

Sjukdomen hotar människans tillvaro

Att uppleva otrygghet har en nära koppling till förändringar och hot som inte människan kan påverka. När exempelvis sjukdom hotar människans tillvaro uppstår otrygghet och en önskan att avlägsna hotet. Botas sjukdomen återställs tryggheten, skulle den inte botas så kan en trygghet ändå uppstå genom att personen kan få kontroll över sin situation och en möjlighet att hantera sjukdomen (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg 2003, s. 40).

Det är av stor vikt att vårdarna möjliggör trygghetsskapande åtgärder för patienten oavsett situation. För att skapa en optimal vårdrelation är det essentiellt att patienten upplever sig trygg och dessutom sedd som en unik person och inte bara en människa med en sjukdom eller skada. På det viset kan patienten känna sig mer delaktig och engagerad i den vård som ges (Dalberg et al. 2003, s. 94). Alla vårdare måste vara medvetna om vilket budskap som ges till patienterna (Dahlberg & Segesten 2010, s. 193). Hur vårdare uttrycker sig och i vilket tonläge är av betydelse av hur patienten upplever situationen. Uttrycker de sin egen oro för patienten eller är stressade och ovänliga bidrar det till en ökad otrygghet hos patienten. Däremot känner de en upplevelse av trygghet när vårdarna bemöter dem på ett lugnt och vänligt sätt (Franzén, Björnstig & Jansson 2006, s. 109).

Ta kontrollen genom information

Ett vårdlidande kan orsakas av att patienten inte får tillräckligt med information om vad som händer eller kommer hända (Dahlberg et al. 2003, s.35). Kontroll handlar mycket om att förstå sin sjukdom, förstå vårdarnas agerande och den vård som ges (Dahlberg & Segesten 2010, s. 85). Som patient känner man sig maktlös när man blir utestängd från sin egen vård, utan att förstå vad som händer. Att patienten hela tiden får information om vad som sker och vad som kommer att ske är oerhört viktigt för att motverka ett vårdlidande (Dahlberg et al. 2003, s. 34). Ger vårdpersonalen enkel, kontinuerlig samt individuell information och instruktioner ökar patientens känsla av säkerhet och trygghet (Franzén et al. 2006, s. 108).

Mötet med den prehospitla hjälpen

Hjälplöshet och litenhet

Enligt Elmqvist, Fridlund och Ekebergh (2008, ss. 187-190) upplever traumapatienter som väntar på hjälp från ambulanssjukvården ofta hjälplöshet. Traumapatienten har ofta en överklighetskänsla, förlorad självkontroll och förlorad tidsuppfattning, patienterna upplever en stark önskan att lämna över ansvar till någon som var mer kvalificerad att hantera den uppkomna situationen, detta fick gärna vara en brandman. För patienten

betyder livräddning mer än att upprätthålla vitala funktioner. Även existentiella faktorer som att lugna, finnas nära och en vänlig klapp på axeln spelar stor roll. Osäkerheten kring vad som ska hända härnäst är svår att hantera för patienten, hopplösheten fick tiden att stå stilla och hela livet passerade förbi. Känslan av rädsla och oro att inte få hjälp i tid blir starkare och starkare. När sedan hjälp anländer får patienterna en känsla av lättnad. En person som känner sig rädd och orolig upplever ofta samtidigt en känsla av litenhet och hjälplöshet (Elmqvist et al. 2008, ss. 187-190).

Kommunikationens betydelse i vårdmötet

Togher, Davy och Siriwardena (2012, ss. 942-948) utförde en intervjustudie för att försöka belysa vad patienter med bröstsmärta tycker är viktigt för att uppleva en god prehospital vård. Studien mynnade ut i fyra huvudteman; kommunikation, professionalism, behandling och transport. Deltagarna i studien upplever att vårdarens kommunikation är grundpelaren för att bygga en god relation. Kommunikation ska vara individriktad, omsorgsfull, kontinuerlig och enkel. Deltagarna vill ses som individer och inte som objekt. De vill mötas av vårdare som ställer frågor om hur de mår på ett genuint och omsorgsfullt vis. Det gör att patienterna upplever sig mer trygga i att lämna över ansvaret för sig själv till vårdaren. Det är också viktigt att få enkel och kontinuerlig information under hela vårdprocessen. Patienter som får god information, som de förstår, blir lugnare och känner sig mer delaktiga i sin vård. Deras tillit till vårdarna ökar.

Patienterna i studien är ofta osäkra på sina symtom och på att ringa efter hjälp. Många känner att de inte vill belasta sjukvården. Bekräftelse av den prehospitala vårdpersonalen att de gör rätt i att ringa efter hjälp är väldigt uppskattat. Det gör att patienterna lättare kan slappna av och lämna över sig till vårdarna utan ett dåligt samvete. Flera deltagare i studien upplever svår bröstsmärta och beskriver att de vill ha smärtlindring så fort som möjligt. Ju snabbare behandling de får mot smärtan desto bättre upplever de vården. Deltagarnas upplevelse av vårdarens professionalism är starkt förknippat med deras medicinska och sociala kompetens. En vårdare som skapar en god relation med patienten och initierar behandling snabbt, exempelvis administrerar smärtlindring, anses mycket professionell. Upplevelsen av en god vård är vidare starkt förknippad med hur snabbt de får hjälp efter att de ringt 112 (Togher et al. 2012, ss. 942-948).

Akut bröstsmärta och akuta koronara syndrom

Hjärtinfarkt i Sverige

Under 2012 drabbades ungefär 30000 personer i Sverige av hjärtinfarkt. Incidensen har sjunkit markant sedan år 2004 då siffran låg på strax under 40000 personer. Män har fortfarande en ökad risk att drabbas jämfört med kvinnor. Männens incidens var ungefär tre gånger så stor år 2012 för åldrarna under 60 år. För åldrarna 70-80 år är männens incidens ungefär två gånger högre än kvinnornas. Förhållandena mellan könen har dock planats ut. Fram till mitten av 90- talet för det fyra gånger så vanligt för män att drabbas

av hjärtinfarkt i åldrarna 60 år och yngre. För både män och kvinnor har förstagångs insjuknande i hjärtinfarkt minskat med 30 % från år 2001 till år 2012 (Socialstyrelsen, 2012).

Ungefär 10000 personer i Sverige drabbades av hjärtstopp utanför sjukhuset år 2012 (Herlitz 2013, s. 16-17). Den vanligaste orsaken till hjärtstoppen, ungefär 66 %, var av kardiell genes (Herlitz 2013, s. 31).

Att söka vård i tid

När en person får en hjärtinfarkt, speciellt om det är en ST-höjningsinfarkt, är det viktigt att snabbt få vård. Allra viktigast är tiden mellan symtomdebut och tiden för ballongvidgande behandling på sjukhus. I USA är mediantiden för symtom till behandling mellan 1,5 till 6 timmar. Uppskattningsvis ökar ettårsdödligheten med 7,5 % för varje halvtimma som går innan den drabbade kommer till behandling (Sullivan, Ciechanowski, Russo, Soine, Jordan-Keith, Ting & Caldwell 2009, s. 148-153).

Den allra största tidsvinsten för att snabbt komma till vård är om patienter med bröstsmärta ringer efter hjälp omgående (Herlitz, Engdahl, Svensson, Young, Ångquist & Holmberg 2003, s.1755). En faktor som påverkar om patienter söker vård tidigt är om symtomen de upplever stämmer överens med de symtom som patienten förväntar sig förekomma vid en hjärtinfarkt (King & McGutre 2007, s. 240). Många patienter (70 %) förväntar sig central eller vänstersidig bröstsmärta, majoriteten av patienterna (80 %) upplever också sådana symtom när de råkar ut för en hjärtinfarkt, medan få patienter (38 %) förväntar sig illamående som ett tecken på hjärtinfarkt. Lite mer än hälften av patienterna (58 %) upplever de symtom som de tror skulle förekomma vid en hjärtinfarkt. En tredjedel (30 %) tror att deras symtom beror på andra mindre allvarliga problem. De patienter som inte tolkar symtomen som hjärtrelaterade söker vård senare än de som tolkar symtomen som relaterade till hjärtat (75 minuter mot 50 minuter) (Li, Hong-bing, Jin-gang, Yi-hong & Da-yi 2010, s. 1842). Personer som har en sämre tillit till vården väntar längre med att söka vård vid bröstsmärta. De kan ha fått en sämre tillit på grund av tidigare negativa upplevelser av vården och har därför förlorat förtroende för att få en god och kompetent vård (Sullivan et al. 2009, ss. 148-153).

Definition av landsbygd

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av vad som är landsbygd och vad som är glesbygd. Glesbygdverket, som numera bytt namn till Landsbygdsverket, har en definition som existerat sedan 1996. Enligt definitionen är glesbygder områden med mer än 45 minuters bilresa till närmaste tätort, samt öar utan fast landförbindelse. Landsbygder är områden som finns inom fem till 45 minuters bilresa från närmaste tätort. Tätorter är orter som har fler än 3 000 invånare samt områden inom fem minuters bilresa från tätorten (Glesbygdsverket 2007, s. 3).

Definition av deltidsbrandmän

Enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) är 69 % av Sveriges brandmän så kallade deltidsbrandmän, dessa kallas även räddningstjänstpersonal i beredskap. Övriga 31 % av brandmännen är anställda på heltid. Personer som arbetar

som deltidsbrandmän har vanligtvis en annan huvudarbetsgivare än räddningstjänsten, men får beredskapsersättning för jour och timlön när de får ett larm från räddningstjänsten. Huvudarbetsgivaren måste godkänna att deltidsbrandmännen lämnar sitt ordinarie jobb för att åka på utryckningar med räddningstjänsten (MSB, 2014, s 2).

Samhällets beredskap när ambulanssjukvården inte räcker till

I Väntan På Ambulans (IVPA) och sjukvårdslarm

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anges målen för all hälso- och sjukvårdspersonal. Lagen avser att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar. Målsättningen är att säkerställa en god vård, eftersträva god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Här framgår det att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och med tanke på den enskildes värdighet. Lagen innehåller också bestämmelser om att vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde (SFS 1982:763). Enligt SFS (2009:10) 7 kap. kan ett avtal om "första hjälpen i väntan på ambulans" upprättas mellan räddningstjänsten och landsting. Detta avtal ska säkerställa att den som utför ett IVPA-uppdrag kan ge första hjälpen med enkla hjälpmedel, ge den vårdbehövande trygghet och hålla kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen i ambulansen. Dessa åtgärder benämns "prehospital akutsjukvård" och är omedelbara medicinska åtgärder som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus. I IVPA-avtalet ska det framgå om medicinsk oxygen och defibrillering ingår i IVPA uppdraget. Personal som under ett IVPA-uppdrag ger behandling med medicinsk oxygen ska anses som hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas av inspektionen för vård och omsorgs tillsyn (SFS 2009:10). Det innebär att de har tystnadsplikt och ett ansvar att dokumentera de medicinska åtgärder de utfört, dokumentationen ska sedan lämnas över till hälso- och sjukvårdspersonalen i ambulansen samtidigt med patienten. De landsting och kommuner som ingår i ett IVPA-avtal ska kontinuerligt följa upp dessa vad gäller patientsäkerhet och dokumentation. I en del landsting benämns IVPA-larm istället sjukvårdslarm.

Ambulanssjukvårdens beredskap i Sverige

I Sverige har antalet ambulansuppdrag ökat de senaste åren. Totalt har antalet ambulansuppdrag ökat med 10 % från 2009 till 2011, de senaste nio åren har ökningen varit 30 %. Genomsnittstiden i Sverige för att få hjälp av en ambulans i de mest akuta fallen är 13 minuter, en ökning med 1 minut från 2009 till 2011. Antalet ambulanser är på många orter detsamma som för 10 år sedan. Ambulanserna är ofta lokaliserade nära ett sjukhus och detta gör att framkörningstiden till små orter på landsbygden ibland tar mer än 20 minuter. Flertalet landsting i Sverige har som målsättning att patienter ska nås av ambulans inom 20 minuter i 80 % av prio1-uppdragen (Riksrevisionen 2012, s. 53). Denna målsättning uppnås inte och därför har avtal med räddningstjänsten arbetats fram. Räddningstjänsten är i större utsträckning utplacerade på små orter och har betydligt fler stationer än vad ambulansen har (Landstinget Jönköpings län, 2013, s. 7). Räddningstjänsten har därmed större möjligheter än ambulansen att snabbt vara på plats hos en svårt sjuk patient (Emlqvist, Fridlund & Ekebergh 2008, s. 186). Räddningstjänsten larmas ut på uppdrag enligt avtal med landstinget. Oftast inkluderar avtalet endast misstanke om akut hjärtstopp, dessa uppdrag brukar benämnas "I Väntan

På Ambulans” (IVPA). På vissa håll i Sverige larmas räddningstjänsten ut på alla akuta prio1-uppdrag, dessa larm benämns vanligen för sjukvårdslarm (Räddningstjänsten 2013, ss. 20, 38-44).

Ambulanssjukvårdens beredskap i Norges

Det är inte bara i Sverige som det finns avtal mellan ambulanssjukvård och räddningstjänst. År 2009 startade Norge med projektet ”I Väntan På Ambulans”. Det startades av Norwegian Air Ambulance Foundation. Projektet innebär att lokala brandmän och sjukvårdspersonal på landsbygden skickas ut när en patient är i behov av livräddande åtgärder eller är svårt sjuk och behöver tillsyn tills en ambulans eller helikopter anländer. År 2009 var det 15 kommuner som deltog i projektet men redan år 2013 utökades med ytterligare 40 kommuner (Norsk luftambulans, 2014).

Ambulanssjukvårdens beredskap i Danmark

Enligt Stabschefen¹, ansvarig för region Själland, ligger ansvaret över ambulanssjukvården i Danmark hos de fem regioner som landet är indelat i. Varje region kan sedan göra överenskommelser med enskilda kommuner om att brandkåren ska hjälpa till med första hjälpen fram tills dess ambulans anländer. Kommuner som har dessa överenskommelser är främst de med långa framkörningstider för ambulansen.

På många av Danmarks öar finns det så kallade 112-medhjälpare. Det är volontärer med utbildning i hjärt- och lungräddning samt användandet av automatiska defibrillatorer. Systemet med 112-medhjälpare subventioneras av regeringen. I Danmark finns också så kallade akutbilar. De bemannas oftast av ambulanspersonal och räddningspersonal med extra sjukvårdsutbildning. Dessa bilar är placerade i områden med långt avstånd till närmaste sjukhus. När en person har en sjukdom som är livshotande kan en akutbil skickas ut tillsammans med ambulansen. Akutbilarna är oftast först på plats, de har medicin och medicinteknisk utrustning med sig, men kan inte transportera patienten utan enbart initiera behandling fram tills ambulansen kommer (Region Själland, 2014)

Utbildning av deltidbrandmän

Deltidsbrandmän har sedan 2003 genomgått ”utbildning för räddningsinsats”, som omfattar 15 veckor. Utbildningen inleds med två veckor preparandkurs för att sedan innehålla fem veckor skolbunden tid som varvas med 160 timmar distansutbildning (8 veckor på halvfart). En av dessa 15 veckor är sjukvårdsutbildning, här lär sig brandmannen att bedöma och åtgärda akuta livshotande problem enligt ett koncept kallat L-ABCDE. Till sin hjälp har brandmannen enkla hjälpmedel, till exempel pocketmask (MSB 2003, s. 15, 75-76; Räddningstjänsten 2013, s. 20). Varje år övar en deltidbrandman minst 50 timmar, sjukvårdsutbildning är inkluderat i dessa timmar (Räddningstjänsten 2013, s. 68). Vårdvetenskap vävs in i utbildningen genom att

¹ Stabschef Beredskapsstyrelsen Region Själland, mejlkontakt 7 maj 2014.

brandmännen ihop med instruktören diskuterar hur de bäst lugnar och lindrar smärta hos en svårt sjuk patient t.ex. med andningssvårigheter, frakturer eller bröstsmärta.

PROBLEMFORMULERING

Vid akut sjukdom, och inte minst vid bröstsmärta, är det av stort värde att snabbt få vård. För personer som larmar ambulans på landsbygden kan det dröja innan hjälp anländer. För hjälpsökande människor på landsbygden kan därför räddningstjänsten göra en viktig insats i väntan på ambulans. Räddningstjänstpersonalen utbildas medicinskt i förstahjälpen-åtgärder, dock saknar de nästan helt vårdvetenskaplig utbildning utan baserar sitt vårdande på medmänsklighet och empati. Patienter har fått vård av brandmän sedan mitten av 1980-talet, men det är inte väl undersökt hur patienter upplever den vård som ges av deltidsbrandmän under ett sjukvårdslarm. Det är viktigt att utvärdera patientupplevelsen av den vård som ges av brandmän för att upptäcka styrkor, svagheter och kunna utveckla verksamheten, men också för att påvisa om det finns nytta med verksamheten.

SYFTE

Beskriva hur patienter med akut bröstsmärta upplever att bli vårdade av deltidsbrandmän under ett sjukvårdslarm på landsbygden.

METOD

Kvalitativ intervjustudie

Kvalitativ intervjustudie valdes som metod då intervjuer lämpar sig väl då studiens syfte var att studera patienternas perspektiv. De intervjuade hade då möjlighet att med egna ord fritt beskriva upplevelser och egna reflektioner relaterat till studieområdet (Polit & Beck 2006 ss. 210-226). Enligt Kvale och Brinkmann (2009, s. 15) så är samtal det bästa sättet att förstå hur en människa upplever sin omvärld, på så sätt kan vi ta del av varandras tankar.

Den kvalitativa intervjustudien hade en induktiv ansats (Polit & Beck 2006 ss. 210-226). Att ansatsen var induktiv innebär att studien har genomförts förutsättningslöst utifrån människors berättelser. Induktiv ansats innebar vidare att intervjumaterialet har analyserats utan någon strävan efter att söka bevis och finna den sanna erfarenheten. I stället har kvalitativa skillnader och likheter i intervjumaterialet eftersökts (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 188-189)

Urval och informanter

Studien genomfördes på två orter på landsbygden i Jönköpings län. Dessa orter har avtal med räddningstjänsten om att åka på alla akuta sjukdomsfall. Verksamhetschefen på räddningstjänsten respektive ambulansen kontaktades via brev med bifogad

information om studiens syfte och metod, även landstingets kansli kontaktades. De ombads efter samtycke skriva under ett skriftligt godkännande. I informationsmaterialet som skickades till verksamhetscheferna angavs att vi önskade intervjua patienter som sökt vård för bröstsmärta och att vi önskade dessa personers kontaktuppgifter. Informanterna hittades via de register som räddningstjänsten i Jönköping har över sina sjukvårdslarm.

Vi använde oss av ett kriterieurval (Dalen 2007, s. 56). Kriterierna för urvalet av informanter var att;

- Informanterna hade sökt vård för bröstsmärta från och med första januari 2014 på de utvalda orter där avtal finns mellan kommunal räddningstjänst och landsting.
- Informanterna var över 18 år.
- Hade möjlighet att kommunicera sina erfarenheter.

Efter insamlandet av kontaktuppgifter skickades ett brev med information och förfrågan om deltagande i studien (Dalen 2007, ss. 21-26). Informanterna var åtta personer, 3 kvinnor och 5 män, i åldern 58-82 år. Informanterna intervjuades i sitt hem, vilket de själva valde. Samtliga intervjuer genomfördes av författarna under våren 2014. Intervjuerna varade mellan 20 och 38 minuter, (median 28 minuter). Alla intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.

I väntan på ambulans på landsbyggen

Liksom i övriga Sverige har ambulansuppdragen ökat i Jönköpings län, från år 2007 till 2012 har ökningen varit närmare 50 %. De ambulansuppdrag som har haft den mest stigande kurvan är prio-1 uppdragen, de har ökat från ungefär 7000 uppdrag år 2007 till 15 000 uppdrag år 2012. Den långa framkörningssträckan och antalet ambulansuppdrag har gjort att avtal med räddningstjänsten har arbetats fram. Räddningstjänsten finns på 40 platser i Jönköpings län medan ambulansen har tio stationer, det större antalet stationer ger räddningstjänsten större möjlighet att snabbt vara på plats hos patienten (Landstinget Jönköpings län, 2013, ss. 7-8).

I Jönköpings län har brandmän åkt på akuta sjukvårdslarm sedan starten 1 juni 1985 i Gränna och i Bottnaryd och Visingsö sedan 1988 (Räddningstjänsten 2012, s. 20). Enligt Hans-Erik Lugn¹ var det inte självklart att brandmän skulle syssla med sjukvård. En förfrågan om att starta upp verksamheten ställdes till landstingsråden Lars Isaksson och Hans Toll under våren 1985, men båda sade nej. En förfrågan om att starta verksamhet med sjukvårdslarm gick då till Brand- och Civilförsvarsnämnden som godkände en försöksperiod på sex månader i Gränna. Brandmän fick då bara rycka ut i väntan på ambulans om den hjälpbehövande befann sig utomhus.

¹ Hans-Erik Lugn, biträdande avdelningsföreståndare ambulansen Jönköping, intervju den 16 december 2013.

Detta visade sig ohållbart enligt Hans-Erik Lugn¹, folk som ringt ambulans lade sig utanför sina hus för att få hjälp av brandmännen och 1986 fick brandmännen även hjälpa patienter inne i husen. Ambulansöverläkaren Harry Öрман skrev den första instruktionen för hur brandmän skulle vårda patienter. Gränna fick sin första defibrillator 1989. Under 2013 larmades brandmän i Jönköpings kommun ut på 451 sjukvårdslarm, 103 av dessa var larm om hjärtstopp (Räddningstjänsten 2013, s. 84). Under 2011 skrevs ett avtal mellan landstinget och räddningstjänsten om att utrusta alla räddningsstyrkor i kommunen med defibrillator och att åka på hjärtstoppslarm. Under 2012 larmades räddningstjänsten 90 gånger och kunde medverka till att minst fyra personer överlevde ett hjärtstopp (Räddningstjänsten 2012, s. 20). Räddningstjänsten bidrar med en av de första länkarna i kedjan som räddar liv. Akutsjukvården och det vårdvetenskapliga handläggandet börjar inte då patienten rullar in på sjukhuset utan startar redan då patienten ringer 112 (Hagiwara, M. & Sundström, B.W. 2009, s. 117). Detta innebär att det är av stor vikt att även den vård som utförs av brandmän utvärderas och följs upp.

De brandmän som åker på sjukvårdslarm i Jönköpings län får utöver ordinarie utbildningstid ytterligare 20 timmar sjukvårdsutbildning/år. Avtalet med landstinget i Jönköping säger att räddningstjänsten står för material och personalkostnad medan landstinget står för kostnaden för sjukvårdsinstruktör (Räddningstjänsten 2013, s. 68).

Ambulansorganisation i Jönköpings län

I Jönköpings län finns ambulanser stationerade på tio platser. På dessa platser finns totalt 17 ambulanser bemannade dygnet runt, utöver dessa tillkommer fyra ambulanser som bemannas dagtid. Ambulanssjukvården använder vad som kallas gränslös dirigerings, det vill säga att ambulanserna kan dirigeras för ambulansuppdrag i hela länet, samt för transporter mellan sjukhus även utanför länet. I Jönköpings län är det SOS Alarm som sköter prioritering och dirigerings av länets ambulanser. I gränsområdena till Jönköpings län finns samverkansavtal om samutnyttjande av ambulansresurser (Räddningstjänsten 2013, ss. 5-6; Landstinget Jönköpings län 2013, s. 7). Ambulanspersonalen fungerar som handledare under uppdrag ihop med räddningstjänsten, ofta kontaktar räddningstjänsten anländande ambulans för att ställa frågor och få direktiv för hur de ska vårda patienten.

Datainsamling

En intervjuguide skapades innehållande två öppna riktade frågor och följdfrågor som svarade mot studiens syfte (Kvale & Brinkman 2009, ss. 146-157; Dalen 2007, ss. 31-33). Dessa riktade frågor var; "Berätta om din upplevelse av att bli vårdad av brandmän", "Var det något de gjorde som vara extra bra, respektive dåligt?". Följdfrågor som ställdes var; " Beskriv mer", "Hur kändes det?", "Hjälpte det de gjorde?", "Beskriv hur de agerade?", "Hur då menar du?", "Berätta mer", "På vilket sätt", "Varför". Den första intervjun fungerade som en provintervju, denna spelades in och transkriberades ordagrant, för att senare analyseras av författarna (Dalen 2007,

s.69). Båda författarna deltog i denna intervju, den ena intervjuade och den andra lyssnade.

Dataanalys

Först transkriberades intervjumaterialet, därefter bearbetades och analyserades materialet med hjälp av konventionell innehållsanalys (Hsieh & Shannon 2005, ss. 1277-1288). Konventionell innehållsanalys används då syftet är att beskriva ett fenomen. Denna design är lämplig då teori saknas inom området eller om studier inom området är få. Om data samlas in genom intervju används öppna frågor. Analysen startar med att intervjumaterialet läses igenom noggrant flera gånger och på så sätt få en uppfattning om dess helhet. Därefter stryks ord under som verkar vara nyckelord eller koncept. Sedan läses texten och i marginalen skrivs noteringar av första intrycket som texten ger, detta är första analysen. När denna process fortgår så framkommer koder och underkategorier som fångar innehållet i flera de understrukna orden. Underkategorierna sorteras sedan in i kategorier. Kategorierna skapas utifrån hur underkategorierna är relaterade och sammanlänkade. De kategorier som växer fram används till att organisera och gruppera underkategorier i meningsfulla kluster, helst ska antalet kluster vara 10-15 stycken för att kunna särskilja antalet underkategorier på ett bra sätt. I en konventionell innehållsanalys jämförs data med befintliga teorier i diskussionen (Hsieh & Shannon 2005, ss. 1277-1288).

Etiska överväganden

En undersökning innebär i regel att man gör intrång i enskilda individers privatliv. I sin önskan att kartlägga ett fenomen kan man riskera att kränka några av dem man undersöker (Jacobsen 2007, s. 21). Helsingforsdeklarationen bygger på fyra forskningsetiska krav som författarna tog hänsyn till i denna studie (WMA Declaration of Helsinki 2013).

Informanterna i denna studie har fått muntlig samt skriftlig information om syftet med studien, om hur den är upplagd och om vilka risker samt fördelar som kan vara förenade med deltagandet i forskningsprocessen (se bilaga 2). I brevet framkom också att deltagande i studien är frivilligt och att de när som helst kan välja att avbryta, utan att ange en orsak samt att konfidentialitet angående deras personliga data gällde. De fick också information om att de kunde kontakta författarna om de hade frågor eller synpunkter (Kvale & Brinkmann 2009, s. 87). Efter att deltagarna erhållit information om studien samt förstått den, fick de ge ett skriftligt informerat samtycke innan intervjuerna påbörjades (Kvale & Brinkmann 2009, s. 87).

Namn på informanterna till studien inhämtades med tillstånd av räddningschefen, verksamhetschef på akutkliniken samt Landstingets kansli. Ingen information given av informanterna till studien ska kunna härledas till en enskild individ (WMA Declaration of Helsinki 2013). Deltagarna i studien garanterades största möjliga konfidentialitet. Det innebär att författarna garanterade att personuppgifter inte sprids och att åtgärder vidtas

för att förhindra att utomstående kan identifiera enskilda individer i presentationen av resultatet (Jacobsen 2007, s. 25). Deltagarna i studien fick information om att all insamlad data kommer att förstöras efter avslutad uppsats.

Författarna är medvetna om att fenomenet denna studie fokuserar på kan vara känsligt för informanterna. Det material som framkommer ur studien kommer endast att användas för forskningsändamål (WMA Declaration of Helsinki 2013). Det är viktigt att bedöma konsekvenserna av en kvalitativ studie, både efter den skada som deltagarna kan lida och efter de vetenskapliga fördelar som deras deltagande i studien medför (Kvale & Brinkmann 2009, s. 88). Ansträngning gjordes för att minimera de risker informanterna kunde utsättas för. Författarna tillsammans med handledaren bedömde att nyttan med studien övervägde riskerna eftersom studien bidrar med relevant kunskap inom det området den är ämnad att användas för.

Författarnas förförståelse

Vid en kvalitativ intervjustudie är forskaren med och påverkar datainsamlingen. Forskaren är delaktig genom att i samspelet under intervjun vara medskapare av data. Det innebär att resultatet av en intervjustudie inte kan ses som oberoende av forskaren. Forskarens förförståelse är en viktig del i tolkning processen och är viktig att illuminera (Granskär & Höglund-Nielsen, s. 170). Dalen (2007, s. 13) menar att det viktigaste är att medvetandegöra sin förförståelse som forskare, för att sedan kunna närma sig sitt forskningsområde så förutsättningslöst som möjligt. Ett sådant tillvägagångssätt stimulerar till ökad förståelse av informantens upplevelser. Författarna i denna studie har varierad kunskap och erfarenhet om det aktuella forskningsområdet. En författare har arbetat på en akutmottagningsavdelning i 2,5 år och har ingen egen erfarenhet av hur räddningstjänsten arbetar vid ett sjukvårdslarm. Den andra författaren har både erfarenhet inom ambulanssjukvården och inom räddningstjänsten. Båda är mycket medvetna om hur viktig vården är av en patient som lider av svår bröstsmärta. Författarnas erfarenheter är att brandmännen snabbt kan göra en enkel och övergripande bedömning över patientens hälsotillstånd. Författarna tror också brandmännen kan skapa ett lugn hos patienterna och är därför en väldigt viktig länk mellan patient och ambulanspersonal. Båda reflekterar dock över om en patient kan känna sig besviken av att brandmän kommer och inte ambulanspersonal när det ringt 112. De kanske till och med blir överraskade och oroliga om det kommer brandmän när de sökt hjälp för något som har med sjukvård att göra. Författarna är också intresserade hur patienterna uppfattar brandmännens språkliga och kroppsliga kommunikation och vilket gensvar det ger hos patienten.

RESULTAT

I studiens resultat redovisas patienters upplevelser av att få hjälp av deltidsbrandmän i samband med akut bröstsmärta på landsbygden. Resultatet presenterar patienternas upplevelse utifrån sex kategorier med tillhörande underkategorier (tabell 1).

Tabell 1. Kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Väntan på hjälpen	Känna oro och rädsla Så kom dom De väntar tills ambulansen åkt Upplevelsen av sjukdom
Kunskap och utbildning	De var välutbildade Var det brandmän?
Närhet och närvaro	Han pratade med mig Att någon tar i mig Han stod nära mig Framförallt var jag inte ensam längre De tog reda på vad som hänt
Vårdhandling	Medicinska åtgärder (att få syrgas)
Lokal närhet/vara igenkänd	Lokal kännedom Vet vem jag är Jag kände igen honom
Vårdarnas förhållningssätt	Bemötande med humor De tog ansvar Vi var jämlika Jag kunde vara avslappnad Avslappnade- Stressade De var diskreta

Väntan på hjälpen

Väntan på hjälpen kännetecknas av en mängd olika känslor hos den hjälpbehövande. Känslor av oro, rädsla och de fysiska besvären frambringar en önskan om att snabbt få hjälp. Brandmännen finns sedan hos patienten under hela vårdtiden och lämnar först samtidigt som ambulansen.

Denna kategori illustreras med underkategorierna; Känna oro och rädsla, Så kom dom, De väntar tills ambulansen åkt och Upplevelsen av sjukdom.

Känna oro och rädsla

Känslor av oro, rädsla och andnöd är något som patienterna upplever i väntan på att få hjälp. Känslan av att vara ensam upplevs mycket besvärlig. *”Då känner man sig väldigt orolig när man har ont och känslan av att inte kunna få luft.”*

Patienterna upplever en känsla av att inte reda ut situationen på egen hand. De känner också en stark upplevelse av ensamhet och rädsla. *”Jag var rädd minns jag med, det kändes mycket lugnare när brandmännen kom”*

Så kom dom

Patienterna upplever en stor tacksamhet över att snabbt få hjälp. De uttrycker även en rädsla att denna verksamhet ska tas ifrån dem. En patient beskriver hur hon efter att ha ringt 112 ligger och lyssnar efter ljudet av brandmännens bil vilket innebär att hon får hjälp. *”En ligger ju och lyssnar på vartenda litet ljud... om det är dom som kommer eller inte.”*

Patienterna upplever att de får hjälp mycket fort. De hinner knappt lägga på luren innan det knackar på dörren och brandmännen kliver in. *”För här kommer alltid brandmännen fortare än ambulansen. Ibland blir man förvånad hur snabbt de kommer.”*

Även tiden till dess att ambulansen kommer känns kortare när brandmännen har kommit, de har någon hos sig och har någon att prata med. När brandmännen kommer berättar de vilka de är och vad de gör där. Under hela vårdtiden pratar brandmännen med patienten. *”När brandmännen sen kommer så känns det mycket bättre. Det lindrar nästan lite.”*

De väntar tills ambulansen åkt

Brandmännen stannar hos patienterna ända till att ambulansen åker med dem till sjukhus och detta upplevs som positivt. Brandmännen rapporterar till ambulanspersonalen även om patienterna ibland uppfattar att ambulanspersonalen vänder sig direkt till patienten när de anländer och går förbi brandmännen, trots detta upplever inte informanterna att de behöver berätta sin historia flera gånger.

Jo, de frågade ju vad som hade hänt. Ambulansen när de kom, då frågade dom ju mig. Å sen så pratade dom ju med räddningstjänsten, dom var ju där.

Upplevelsen av sjukdom

Patienten upplever andnöd och tryck i bröstet och upplever en stark önskan om att få hjälp. De märker att det inte längre kan hantera situationen själva. En patient upplever stark oro när inte de egna medicinerna ger effekt. *”Då känner man sig väldigt orolig när man har ont och känslan av att inte kunna få luft.”*

Kunskap och utbildning

Patienterna upplever att brandmännen är professionella och har bra kunskap, även inom det medicinska kunskapsområdet. De känner stor tilltro till att brandmännen vet vad dom gör.

Denna kategori byggs upp av underkategorierna; De var välutbildade och Var det brandmän?

De var välutbildade

Patienterna upplever inte att det är stor skillnad i kunskap mellan brandmännen och ambulanspersonalen. Patienterna har även lite svårt att redogöra för vem som gör vad, brandmännen eller ambulanspersonalen, vem är det t.ex. som tar ett EKG? Brandmännen upplevs veta vad de gör och har goda kunskaper. *"Så dom kom där, var väldigt proffsiga till att sköta sitt."* Även utbildningen verkar vara god enligt patienterna.

Det som skiljer brandmännen från ambulansen anser en patient är mängden medicinteknisk utrustning. Patienterna upplever att brandmännen har en tydlig rollfördelning, en som vårdar en som sköter kommunikationsradio. Rollfördelningen upplevs som välfungerande och professionell. Patienterna uppfattar att de får god information av brandmännen; brandmännen berättar att smärtan i bröstet kan ha med hjärtat att göra och hur länge de förväntas behöva vänta på ambulansen. *"Jo, så en får reda på lite vad det handlar om."*

Var det brandmän?

Även om patienterna överlag har god kännedom om verksamheten med sjukvårdslarm på den orten de bor, så finns förvåning när de förstår att det är brandmän som kommer. Förvåning finns hos nyinflyttade på orten. Några patienter uttrycker i intervjun förvåning över att det var brandmän som kom och undrade om det inte var räddningstjänsten? Förvåningen vändes sedan till en positiv upplevelse när brandmännen förmedlade omtanke, trygghet och närvaro.

Jag förstod aldrig att det var brandmän. Jag tänkte att de har ju sjukvårdsutbildning. De kan det här med räddning och så. Jag tänkte att det var räddningstjänsten.

Närhet och närvaro

Medmänsklig närhet och närvaro lyfts fram som betydelsefulla delar av den vård som brandmännen ger.

Denna kategori byggs upp av underkategorierna; Han pratade med mig, Att någon tar i mig, Han stod nära mig, Framförallt var jag inte ensam längre och De tog reda på vad som hänt.

Han pratade med mig

Patienterna poängterar vikten av att brandmännen pratar lugnande med dem. Deras närvaro lindrar deras symtom. Brandmännen visar stort engagemang i samtalet med patienten vilket gör att informanterna känner sig omhändertagna.

en satt hos mig och pratade minns jag iallafall men jag kommer knappt ihåg om vad. Han ställde nog frågor om hur jag mådde

Att någon tar i mig

Fysisk beröring lugnar upplever patienten, en lugnande hand på axeln eller en hand att hålla i upplevs hjälpa mot den oro som patienten känner. *"jaa men de höll mig i handen också minns jag. Det får man att känna sig lugnare."*

Han stod nära mig

Att ha någon nära intill upplevs av patienterna som lugnande och tryggt, att inte bli lämnad betyder mycket. *"Dom stod jämte mig, det kändes skönt minns jag"*

Framförallt var jag inte ensam längre

Känslan av att få sällskap betyder mycket, att inte behöva vara ensam och ha någon att prata med. *"Framför allt var jag inte ensam längre"*

Patienterna blev lugna av brandmännens närvaro. *"Man känner sig lugnare på något vis när de kommer"*

De tog reda på vad som hänt

Brandmännen ställer frågor om hur patienterna mår och hur länge symtomen funnits, detta upplevs professionellt och patienterna känner stor respekt för brandmännens kunskap. *"De frågar ju hur det ä med mig, å var jag har ont"*.

Vårdhandling

Syrgasen uppskattas av patienterna, de tycker att den gör det mycket lättare att andas. Brandmännen förbereder för ambulansen och hjälper patienten att inta en kroppställning som lindrar. Denna kategori har bara en underkategori; Medicinska åtgärder.

Medicinska åtgärder (att få syrgas)

Patienterna uppskattar mycket att få behandling med syrgas. Detta upplever de har stor effekt på den andnöd flera av dem upplever. *"Jag minns tydligt syrgasen som hjälpte väldigt mycket"*

Vid något tillfälle hade en patient fått för högt flöde av syrgas i den grimma som patienten hade och upplevde detta lite otrevligt, men förstår att det är sådant som kan inträffa.

Jag fick ju så väldigt kraftigt då, för de hade problem med apparaten. Så... jag fick en riktig dos på en enda gång. Men då sa jag ifrån, och då kunde

dom justera. Det var helt kort alltså. Jag sa att nu kommer det för mycket. Det märkte väl han på en gång.

En patient beskriver hur brandmännen hjälper till så att informanten kan sitta med benen lågt för att underlätta för hjärtat att arbeta. Även att brandmännen kontrollerar blodtryck, puls och syresättning gör att patienten känner sig lugn och undersökt. Patienterna berättar om den lättnad de känner när de får besked om att syresättningen ser bra ut.

Ja, dom kollade, det har jag inte sagt, vad jag hade för mätvärden. Det var nästan hundra procent. Då är det ju inte så dåligt ställt. [haha]. Då kände man ju sig mera trygg. När jag hade så bra syretillförsel.

En negativ upplevelse som framkom rörde sig om hygien; en brandman hade haft smutsiga kläder på sig vilket patienten upplevde som obehagligt och icke hygieniskt. Patienten funderade kring vilken typ av smuts det kunde vara, allt från olja till farliga ämnen. Patienten ville inte riskera att bli utsatt för bakterier eller annan risk för smitta.

Kläderna tycker jag nog att de ska ha rena när de kommer till en sjukling för att, äh, smutsen i sig kanske inte är farlig, men man vet ju inte, räddningstjänsten är ju överallt, så jag är lite extra försiktig. Det har hänt en gång att jag tänkte på det och det var sista gången [senaste besöket]. Då var det overallen som var skitig.

Lokal närhet/ vara igenkänd

Flera av patienterna är väl införstådda med att brandmän rycker ut för att hjälpa till vid sjukvårdslarm och blir därför inte förvånade över att de kommer, medan det också förekom förvåning över att så var fallet. Denna kategori byggs upp av underkategorierna; Lokal kännedom, Vet vem jag är och Jag kände igen honom.

Lokal kännedom

Det är vanligt förekommande att brandmännen hjälper ambulanspersonalen att hitta fram till adressen, enligt patienterna. Patienterna är positivt inställda det stora pådrag som blir när de ringt efter hjälp. *”Utan de visste exakt vart jag bodde och bara svängde upp här. Jag tyckte det var helt perfekt”*

Vet vem jag är

Att vara igenkänd upplevs positivt. Patienterna upplever det som avslappnat och att stämningen är god när någon på orten som känner dem kommer. De känner tillit till vårdaren direkt *”De vet vem jag är, det känns bra”*

Jag kände igen honom

Att känna igen brandmännen är även det något som upplevs positivt. Patienterna har ibland haft besök av samma brandmän flera gånger och känner då att det är extra lätt att slappna av i deras sällskap.

Det är därför det är så bra att det är känt folk, att man kan säga precis vad som helst till dem.

Vårdarnas förhållningssätt

Hur brandmännen bemöter patienterna spelar stor roll för hur de mår. Ett trevligt bemötande och humor lindrar både ångest och oro. Denna kategori byggs upp av underkategorierna; Bemötande med humor, De tog ansvar, Vi var jämlika, Jag kunde vara avslappnad, Avslappnade/ stressade brandmän och De var diskreta.

Bemötande med humor

Patienterna är nöjda med hur de blir bemötta av brandmännen och tycker att de är mycket trevliga och gör sitt allra bästa för att hjälpa till så gott det går. Humorn framförs som ett viktigt redskap i mötet med brandmännen, att brandmännen skämtar med dem gjorde att de för en stund glömmer bort smärtan i bröstet. Humor skapar en trevlig atmosfär upplever patienterna. *"De kunde skoja och prata mycket. Det gör väldigt mycket. De var lite lättsamma."* Humorn gör att patienterna känner hopp och ger kraft att orka när de mår dåligt och är rädda.

De tog ansvar

Patienterna upplever en stor lättnad över att få lämna över ansvaret till någon som vet vad de ska göra och känner stor tilltro till brandmännen. Brandmännen upplevs ansvarsställande och tillförlitliga. Upplevelsen av att lämna över ansvar till brandmännen inger en trygghetskänsla i kroppen.

Lämnar jag över mig till deras ansvar så slipper jag tänka på det, oroligt kan man vara men man slappnar liksom av och litar på att man får den bästa möjliga hjälp.

Vi var jämlika

Patienterna upplever en känsla att vara på samma nivå som brandmännen och på så sätt kan de kommunicera ohindrat och prata naturligt. *"Jaa, när de sitter ner får man liksom känslan av att de är på samma nivå som en själv."*

Jag kunde vara avslappnad

När brandmännen anlände upplever patienterna att de direkt känner lugnare och avslappnade. Detta beror på att brandmännen pratar lugnande och genom sitt kroppspråk förmedlar att läget är under kontroll. *”De var lugna och behärskade och de gjorde sitt jobb, stressade inte upp sig och så där.”*

Avslappnade/stressade brandmän

Överlag tyckte patienterna att brandmännen jobbade lugnt, förtroendeingivande och effektivt. Brandmännen pratade självsäkert, med tydlig stämma och deras kroppshållning visade att de inte var nervösa. Brandmännen hade ögonkontakt med patienterna när de pratade med dem. *”de var aldrig stressade. De var cool lugna”*

Även om det framkom synpunkter på att brandmännen ibland kunde upplevas vara lite stressade. *”Det kan hända att de är lite stressade men, de vet ju inte hurdan det ser ut när de kommer in.”*

De var diskreta

En rädsla finns hos patienterna att väcka för stor uppmärksamhet i området och känner tacksamhet över att brandmännen stängde av sirener och blåljus innan de kom fram till bostaden. *”De gjorde ju inget väsen av sig när de kom heller, med massa ljud och ljus och väckte grannarna.”*

DISKUSSION

Metoddiskussion

I utformningen av studien diskuterades vilken metod som bäst lämpade sig för att uppnå studiens syfte, bland annat fanns tankar på att konstruera en enkät för att på så sätt få en mer heltäckande bild av vad patienterna anser om det prehospitla vården som utförs av brandmän. Efter en litteraturgenomgång gjordes bedömningen att det fanns för lite kunskap inom området och att det därför inte gick att göra en enkät. Intervjuer med informanter som själva blivit vårdade ansågs som det bästa alternativet för att besvara studiens syfte. Analysen genomfördes med konventionell innehållsanalys, vilken lämpar sig väl när syftet är att finna ny kunskap eller utöka kunskapen inom ett forskningsområde (Hsieh & Shannon 2005, ss. 1277-1288). Efter att verksamhetschefen för akutkliniken, räddningschefen och chefen för köpt vård och hälsa (kansliet) hade gett sitt godkännande samlades kontaktuppgifter till tilltänkta informanter in ur räddningstjänstens arkiv. Informanterna kontaktades först via telefon, därefter sändes ett informationsbrev, när brevet kommit fram kontaktades informanterna igen och fick då frågan om de ville delta i studien. Varje informant fick information om studiens syfte, metod och förväntad nytta. Informanterna fick även information om sina rättigheter i samband med studiens genomförande (Helsingforsdeklarationen 2008). När bakgrunden

skrevs var det mycket svårt att finna referenslitteratur kring hur räddningstjänsten samverkar med ambulans i andra länder.

Studien genomfördes på två orter, styrkan med detta var att synpunkterna från informanterna inte bara skulle spegla agerandet av en räddningskår. En övergripande bild av patientens upplevelse av att bli vårdad av brandmän ökar möjligheten till överförbarhet till liknade verksamheter. De räddningskårer som åker på sjukvårdslarm i Jönköpings län har samma personal som genomför utbildning, detta borde rimligen innebära att brandmännen på de båda orterna har likvärdig sjukvårdsutbildning.

Studien inkluderar åtta informanter, utifrån studiens syfte ansågs detta tillräckligt för att uppnå god giltighet i studien. Det finns ingen regel för hur många informanter det måste finnas i en kvalitativ studie. Storleken beror på syftet och allvarlighetsgraden med studien, vad som ska undersökas, och vad som är möjligt att göra inom ramarna för tid och resurser (Patton 2002, s. 244).

Den stora nackdelen med att använda sig av konventionell innehållsanalys är att författarna tidigt anser sig förstå vad informanterna menar, och därmed läser in sin egen förförståelse i materialet, genom att vara medvetna om detta försökte författarna minimera denna risk, detta benämns reflexivitet (Jacobsen, 2007, s.175). Det fanns även risk att informanterna kände förväntning på sig att vara extra nöjda med den hjälp de fått av brandmännen och därmed inte var ärliga med sina åsikter. Resultat i kvalitativa studier är starkt kontextburna (Jacobsen, 2007, ss. 169-175). Författarna i denna studie betonade deras anonymitet och att vi ville ha deras ärliga åsikter.

Intervjuguiden fungerade som ett hjälpmedel under intervjun, med hjälp av frågorna kunde samtalen styras till att handla om syftet med studien. Följdfrågor ställdes för att nå en djupare förståelse, t.ex. användes frågor som: ”hur menar du då?”, ”kan du utveckla det?”, ”berätta mer?”. Att använda en intervjuguide vid samtliga intervjuer ökade trovärdigheten i insamlad data. Alla intervjuer genomfördes på en plats informanten själv valt, alla informanter valde att intervjuas i sitt hem.

En styrka i analysen av intervjumaterialet var att de två författarna först analyserade materialet var för sig. Enligt Patton (2002, ss. 555-565) kallas denna metod för analys-triangulation. Efter att en enskild analys genomförts jämförs analysen med varandra för att se om båda författarna kommit till samma slutsats, detta hade de gjort. Detta arbetssätt ökade trovärdigheten i studiens resultat. För att ytterligare öka trovärdigheten/tillförlitligheten och den deskriptiva evidensen i resultatet presenterades citat från intervjumaterialet i resultatet (Hsieh & Shannon 2005, ss. 1277-1288).

Trovärdighet

För att säkerställa studiens trovärdighet inom kvalitativ forskning används fyra begrepp; tillförlitlighet, överförbarhet, pålitlighet samt bekräftelse (Dalen 2007, ss. 114-116; Patton 2002, s. 93, 467, 553). För att göra det möjligt för läsaren att tillgodogöra sig

forskningsresultatet och värdera dess nytta har författarna så tydligt som möjligt redogjort för studiens genomförande och resultat, på så sätt skapat pålitlighet (Dalen 2007, ss. 114-116). Författarna har försökt att beskriva ämnesområdet noggrant för att göra det möjligt för läsaren att förstå omfattningen och vilka faktorer som kan påverka studien. Även datainsamlingen och dataanalys har beskrivits. Data har samlats in genom intervjuer. För att öka trovärdigheten i intervjuerna skapades en intervjuguide, denna testades i en provintervju och analyserades av författarna i samråd med handledaren (Dalen 2007, s. 31, 119; Hsieh & Shannon 2005, s.1279). En intervjuguide bevarar datainsamlingens tillförlitlighet (reliabilitet), även om studien skulle dra ut på tiden (Polit & Beck 2012, s.324). För att trovärdigheten i studien skulle vara god intog författarna under intervjuerna en neutral hållning och förde inte fram egna perspektiv. När oklarheter uppstod ställdes följdfrågor för att klargöra svaret på den fråga som ställdes (Kvale & Brinkmann 2009, ss.150-157). Citat från informanterna används i resultatet för att stärka den analys som gjorts (Patton 2002, ss. 452-462). För att ytterligare öka trovärdigheten i analysen följde författarna noggrant de olika analysstegen i metoden (Hsieh & Shannon 2005, s. 1285).

Hur stor överförbarhet en studie har är beroende på vilka likheter som finns mellan det sammanhang där studien är gjord och det sammanhang där resultatet kan komma till användning (Patton 2002, ss. 583-584). För att överförbarheten av studiens resultat skulle bli god genomfördes studien inom två separata områden, med två olika räddningsstationer som ansvarade för uttryckningarna. Förhoppningsvis kommer erfarenheterna från de två geografiska områdena, dock inom samma län, ge läsaren en större möjlighet att värdera betydelsen av sjukvårdslarm utifrån ett patientperspektiv.

Resultatdiskussion

Väntan på hjälpen

Studien visar att patienterna känner rädsla, oro och har fysiska problem i form av andnöd i väntan på hjälp, vilket bekräftas av tidigare studier (Forsslund et al. 2008, ss. 235-237; Ahl et al. 2005, ss. 15-16). Bröstsmärta är ett tillstånd som genererar oro, rädsla och ångest. Forsslund, Kihlgren, Östman och Sörlie (2005, ss. 362-367) beskriver hur patienter med bröstsmärta upplever att tiden står stilla efter att de ringt till 112 efter hjälp. Tiden det tar för hjälpen att anlände känns som en evighet, minuter upplevs som timmar. Patienterna i studien känner sig sårbara, utsatta och väldigt ensamma i sin väntan. I den här situationen utsätts deltagarna för ett lidande. De upplever en smärta som sedan genererar en existentiell oro och rädsla (Arman & Rehnsfeldt 2006, s. 30). Sårbarheten bottenar i upplevelsen av att inte kunna hantera situationen själv (Arman & Rehnsfeldt 2006, s. 80). De inser att de är beroende av att få hjälp. Flera deltagare i studien betonar att de känner sig trygga med att ha räddningstjänsten så nära för då vet de att när de behöver hjälp så är den inte långt borta. Hade inte räddningstjänsten funnits hade de fått vänta kanske 10 minuter längre innan hjälpen kommer. När man är i en situation där man känner lidande och stor sårbarhet kan de 10 minuterna kännas som en evighet.

När hjälpen kommer

I denna studie beskriver patienterna att de inte vill vara ensamma när de upplever bröstsmärta, ångest och andnöd. Flera nämner lättnaden som kom när brandmännen äntligen var framme hos patienten. Ibland känner också deltagarna i studien de brandmän som anländer. Detta upplevs dock aldrig som något problem utan deltagarna beskriver att de kan lämna över ansvaret om sig själv till några de litar på, någon de känner igen. Dahlberg och Segesten (2010, s. 191) menar att det finns risker med att förväxla en professionell vårdrelation med en vänskapsrelation. Den professionella vårdrelationen är inte jämlik och ömsesidig som en vänskapsrelation. Patienten kommer alltid vara i en beroendeställning gentemot vårdaren. Detta är en maktförskjutning som inte går att undvika. Ansvaret över hur den vårdanderelationen kommer utvecklas kommer alltid ligga hos vårdaren (Holmberg, Forslund, Wahlberg & Fagerbeg 2013, s. 6). Det är vårdaren med sin kunskap, kompetens och ställning som ska se till att mötet blir vårdande (Dahlberg & Segesten 2010, s. 193). Det kan bli problematiskt att känna till personen som vårdar en själv, utifrån i vilka sammanhang och omständigheter patienten känner vårdaren. Är det under negativa sådana kan vårdrelationen bli ansträngd. Dahlberg och Segesten (2010, s. 195) menar att även om en professionell vårdande relation faller inom ramen för vårdarens ansvar så kan den aldrig utgå från en enkelriktad rörelse, där den ena parten är aktiv och den andra är passiv mottagare. Även om vårdaren försöker etablera ett vårdande möte så kan patientens svar på den inbjudan vara lika avgörande för mötets utformning och kvalitet.

Dock kan det också vara något positivt att patienten känner sin vårdare. Mötet med brandmännen vid ett sjukvårdslarm är ofta väldigt korta. Skulle en patient redan veta vem vårdaren är och känna tillit och förtroende för den personen kan det bidra till att stärka den vårdande relationen (Dahlberg & Segesten 2010, s. 195). Det gäller för varje vårdare att finna den delikata gräns som finns mellan den professionella och privata relationen, med patienternas hälsa och välbefinnande i fokus (Dahlberg & Segesten 2010, s. 192). Detta kan också ses i ett större sammanhang; måste brandmän som bor på landsbygden där de flesta invånare känner till varandra reflektera i större utsträckning om hur de bemöter och är mot andra människor som privatpersoner? För nästa gång de ses kanske det är som patient och vårdare.

Närvaro

En viktig aspekt i vårdandet av patienter med bröstsmärta prehospitalt är att ha handlingsberedskap för om patienten får ett hjärtstillestånd. Skulle detta inträffa är brandmännen på plats tidigt och kan påbörja HLR samt defibrillera om det skulle behövas. Brandmännen är inte bara på plats för att kunna utföra eventuella livräddande åtgärder utan deras närvaro hos patienten har visat sig ha många positiva aspekter. När en patient lämnar över ansvaret om sig själv till vårdaren är det väldigt viktigt att vårdaren låter patienten fortsätta känna sig delaktig i vårdprocessen. En patient kan dräneras på energi och utsättas för ett vårdlidande om vårdarna uppfattas som kalla och

oengagerade (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 193, 215). Brandmännen är hos patienten endast en kort stund innan ambulanspersonalen anländer, varför det kan vara enkelt att föreställa sig att man endast fokuserar på den fysiska smärtan hos patienten och missar att se sjukdomslidandets hela panorama. De har inte heller möjligheten att smärtlindra med läkemedel i den utsträckning ambulanspersonalen har, varför det blir särskilt viktigt att använda sig av sin närvaro för att lindra patientens sjukdomslidande. Togher et al. (2012, ss. 942-948) belyser hur viktig kommunikationen är i den vårdande relationen. Vid dessa snabba händelseförlopp blir den kroppsliga kommunikationen av särskild betydelse. En stor del av kommunikationen bör ske med ögonen, kroppshållningen, gester, beröring och tonfallet (Dahlberg & Segesten 2010, s. 211). Vår studie visar på att patienterna tyckte att brandmännen visade omtänksamhet, engagemang, de ställde frågor och lyssnade till patienten, gav information och hade ett lugnt och betryggande tonfall. Dessa patienter är väldigt utsatta och sårbara. Om inte denna sårbarhet bekräftas av vårdarna som något naturligt i dennes situation kan den upplevas som skamlig och som ett tecken på svaghet (Arman & Rehnsfeldt 2006, s. 81). Att ha en emotionell närvaro och omsorgsfullt bemötande bidrar det till att lindra patientens sjukdomslidande och utsatthet (Holmberg et al. 2013, s. 6). Genom detta förhållningssätt så låter brandmännen patienten känna sig bekräftad som en unik person med fortsatt delaktighet i sin vård (Togher et al. 2012, ss. 942-948; Franzén et al. 2006, s. 107). En studie gjord av White (2003, ss. 47-55) visar på liknande resultat och betonar dessutom hur leenden och humor har en extra betryggande inverkan för patienterna. Patienterna tycker det var skönt att vårdarna var lättsamma att prata med och att de kunde skoja med varandra. Det hade en lugnande och trygghetsskapande inverkan på deltagarna i studien.

Kunskapen och vårdhandlingens betydelse

Forslund et al. (2005, ss. 362-367) menar i sin studie att patienter med bröstsmärta upplever känslor av sårbarhet och beroende. Att ringa 112 upplevs som deras livlina. Efter samtalet med SOS förväntade de att personal med hög kompetens och kunskap ska anlända snabbt. Spelar det då någon roll i det initiala skedet om en person med 4 år sjukvårdsutbildning anländer jämfört med en person med några veckors utbildning? Deltagarna i denna studie tyckte det saknade betydelse. De flesta visste att räddningstjänsten skulle vara först på plats och kände sig väldigt trygga med det. Den faktorn som verkar vara viktigast är tidsaspekten, att få hjälp snabbt. Tidigare forskning visar på att få snabb hjälp efter att ha ringt 112 ökar tillfredställelsen av vården (Forslund et al. 2005, ss. 362-367; Togher et al. 2012, ss. 942-948).

Att vara ensam med bröstsmärta är starkt förknippat med förlust av kontroll samt ångest och det är uppenbart att det är något man inte vill vara. Forskning gjord av Moser (2007, ss. 361-369) visar på att det finns ett samband mellan ångest vid en hjärtinfarkt och ökad risk för arytmier, hjärtischemi och kardiella komplikationer efteråt. Här kan räddningstjänsten bidra till att lindra en del av ångesten bara genom att vara på plats hos patienten. Brandmännen är inte hos patienten speciellt länge innan ambulanspersonalen anländer. Under den tidsrymd som brandmännen är själva på plats så verkar deras

kompetens vara fullt tillräcklig och de kunskapsluckor som brandmännen har framkommer inte där och då. Brandmännen tar anamnes, kollar vitalparametrar och ger syrgas. De initiala åtgärderna skiljer sig inte speciellt mycket relaterat till vad en ambulanssjuksköterska hade gjort. Kunskapsskillnaden blir därmed inte är påtaglig.

Föreliggande studie påvisar betydelse av att snabbt få syrgas, flera studier visar på att få snabb medicinsk behandling redan i hemmet ökar patienternas förtroende till vårdarna (Forslund et al. 2005, ss. 362-367; Togher et al. 2012, ss. 942-948). Aktuell studie visar att patienterna inte bara blir lugnare, utan också upplever att syrgas hjälper, både mot deras upplevda andningsbesvär och bröstsmärta. Syrgas är däremot omdiskuterat efter att slutsatsen i en Cochrane-rapport framhåller att syrgas vid bröstsmärta saknar evidens av tillräcklig grad, därmed är det inte säkert att överlevnaden blir bättre med syrgasbehandling (Cabello, Burls, Emparanza, Bayliss & Quinn 2013, ss. 1-26). Vad ska då styra behandlingen, den medicinska forskningen eller den vårdvetenskapliga aspekten; vår studie visar ju att informanterna upplever stor effekt av syrgas, den hjälper mot både oro, andningsbesvär och upplevd bröstsmärta. Gränsen mot vårdvetenskapen är inte knivskarp, den medicinska kunskapen reflekteras mot det vårdvetenskapliga perspektivet (Sundström 2005, s. 120). Författarnas bedömning är att om inte syrgas visar sig skadligt för hjärtat är det rimligt att fortsätta med denna behandling inte minst ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Detta även om det inte går att påvisa ökad överlevnaden efter hjärtinfarkt med syrgasbehandling.

Överrapportering

Patienterna upplever inte att de behöver berätta sin hälsohistoria vid två tillfällen på kort tid. Informanterna upplever att brandmännen rapporterar över det de vet till ambulanspersonalen, även om det finns indikationer på att ambulanspersonalen ibland går direkt till patienten utan att brandmännen fått rapportera det de vet. Samtidigt visar omvårdnadsforskningen att vårdaren bör vända sig direkt till patienten (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 200-207). Möjligen kan det vara så att brandmännen berättar det de vet för ambulanspersonalen och att ambulanspersonalen kompletterar anamnesen med mer djupgående frågor på områden som brandmännen förbisett. Kanske är det så, men verkligheten är antagligen mer nyanserad.

Slutsats

Vår studie visar att verksamheten med sjukvårdslarm är mycket uppskattad hos patienter med bröstsmärta som bor på landsbygden. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv blir patienten lugn och trygg och ur ett medicinskt perspektiv uppskattar patienten syrgasbehandlingen, patienten förbereds också för den fortsatta vården genom att anamnes tas. Brandmännen är enligt patienterna mycket följsamma och lyssnar in patienternas behov. Författarna anser utifrån vår studie att verksamheten med sjukvårdslarm fyller en viktig funktion inom vården och bör fortsätta i sin nuvarande form. För att verksamheten ska fortsätta hålla en hög kvalitet är det av stor vikt att

brandmännen får fortsatt god utbildning. Utan god utbildning blir brandmännen osäkra, gör inte riktiga bedömningar och kan inte förmedla lugn och trygghet till patienten.

Kliniska implikationer

- Som förbättringsförslag vill vi nämna vikten av att alltid ha rena kläder, speciellt vid sjukvårdslarm där brandmännen besöker patienter i deras hem.
- I de fall det inte är så bör det finnas en tvättmaskin på varje brandstation för att tvätt av kläder ska gå snabbt och smidigt.
- Det bör om möjligt finnas brandmän i varje lag med sjukvårdsutbildning, gärna sjuksköterskeutbildning.

REFERENSER

- Ahl, C. Nyström, M. & Jansson, L. (2006). Making up one`s mind: - Patients` experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing* (2006) 14, ss. 11-19.
- Arman, M. & Rehnsfeldt. (2003). *Vårdande som lindrar lidande- etik i vården*. Stockholm: Liber AB.
- Cabello, JB., Burls, A., Emparanza, JI., Bayliss, S. & Quinn, T. (2013). Oxygen therapy for acute myocardial infarction. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 ss.1-26.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande. I teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur. (Kap 3 och 5).
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Student litteratur.
- Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. Gleerups utbildning AB. Malmö, ss.13-31.
- Elmqvist, C. Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: The patient`s first encounter with prehospital emergency care. *International emergency Nursing* 16, ss. 185-192.
- Forslund, F., Kihlgren, M., Östman, I. & Sörlie, V. (2005). Patients with acute chest pain – experiences of emergency calls and pre-hospital care. *Journal of telemedicine and telecare*, 11: 361-7.
- Forslund, F. Quell, R. Sörlie, V. (2008). Acute chest pain emergencies – spouses prehospital experiences. *Internatinal Emergency Nursing* 16, ss. 233-240.
- Franzén, C. Björnstig, U. & Jansson, L. (2006). Injured in traffic: Experience of care and rehabilitation. *Accident and Emergency Nursing*, 14, ss. 104-110.
- Glesbygdverket. (2007). *Fakta*.
<http://www.tillvaxtanalys.se/download/18.56ef093c139bf3ef890295b/1349863632507/fickfakta-om-gles-och-landsbygder-2007-07.pdf> [2014-03-11].
- Hagiwara, M. & Sundström, B. W. (2009). *Vård och bedömning*. I Suserud, B-O & Svensson, L.(red). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber, s. 117.
- Herlitz, J. (2013) Svenska hjärt- lungräddningsregistret – Årsrapport 2013. Göteborg: Föreningen för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård (FLISA) och Svenska rådet för Hjärt-lungräddning (HLR-rådet).

- Herlitz, J., Hjalte, L., Karlsson, B., W. Suserud, B. O. & Karlsson, T. (2006). Characteristics and outcome of patient with acute chest pain in relation to the use of ambulances in an urban and rural area. *American Journal of Emergency Medicine* 24, ss. 775-781.
- Herlitz, J., Engdahl, J., Svensson, L., Young, M., Ångquist, K. & Holmberg, S. (2003). A short delay from out of hospital cardiac arrest to call for ambulance increases survival. *European Heart Journal* 24, ss. 1750–1755.
- Holmberg, M., Forslund, K., Wahlberg, A. C. & Fagerberg, I. (2013). To surrender in dependence of another: the relationship with the ambulance clinicians as experience by patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10, ss. 1-8.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), ss. 1277-1288.
- Jacobsen, D-I. (2007). Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Lund: Studentlitteratur.
- King, K. B. & McGutre, M. A. (2007) Symptom presentation and time to seek care in women and men with acute myocardial infarction. *Heart & Lung* 36(4), ss. 235-243.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur, ss. 77-97.
- Li, S., Hong-bing, Y., Jin-gang, Y., Yi-hong, S. & Da-yi, H. (2010). Impact of patients' symptom interpretation on care-seeking behaviors of patients with acute myocardial infarction. *Chin Med J*, 123(14), ss. 1840-1844.
- Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2003). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Student litteratur, ss. 159-173.
- McGinn, A. P., Rosamond, W. D., Goff Jr, D. C., Taylor, H. A., Shawn Miles, J. & Chambless, L. (2005). Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: Experience in 4 US communities from 1987-2000. *American Heart Journal*, 150(3), ss. 392-400.
- Moser, D. K. (2007). "The Rust of Life": Impact of Anxiety on Cardiac Patients. *American Association of Critical-Care Nurses*, 16(4), ss. 361-369.
- MSB. (2014). Vill du göra en insats? <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/26608.pdf> [2014-06-04].

- MSB. (2003). *Deltidsanställda brandmän, kartläggning av orsaker till rekryteringsproblem och förslag till fortsatt arbete m.m.*
<http://rib.msb.se/Filer/pdf%5C18589.pdf> [2014-03-10].
- Norsk luftambulans. (2014). *Mens du venter på ambulansen.*
<http://www.norskluftambulans.no/mens-du-venter-pa-ambulansen/> [2014-05-08].
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods.* Sage Publications Inc.
- Persse, D., Jarvis, J., Corpening, J. & Harris, B. (2004). Customer Satisfaction in a Large Urban Fire Department Emergency Medical Services System. *Academic Emergency Medicine*, 11, ss. 106-110.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (6: e uppl.). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, ss.210-226.
- Region Sjælland. (2014). *Det grundlæggende akutberedskab i Region Sjælland.*
<http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/akut-hjaelp/Akutberedskabet/Sider/Det-grundlaeggende-akutberedskab-i-Region-Sjaelland.aspx> [2014-05-08].
- Riksrevisionen. (2012). *Statens insatser inom ambulansverksamheten.*
http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/16592/Anpassad_12_20_Statens%20insatser_in_om_ambulans.pdf [2014-03-05].
- Räddningstjänsten. (2012). *Verksamhetsberättelse för räddningstjänsten 2012.*
https://www.jonkoping.se/download/18.2077ae3813cab0e322d6c/1362554604477/Verksamhetsber%C3%A4ttelse_2012_Jkpg_webb.pdf [2014-03-03].
- Socialstyrelsen. (2012). *Statistikdatabas.*
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/hjartinfarkter> [2014-03-09].
- Sullivan, M. D., Ciechanowski, P. S., Russo, J. E., Soine, L.A., Jordan-Keith, K., Ting, H. H. & Caldwell, J. H. (2009). Understanding why patients delay seeking care for acute coronary syndromes. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2, ss. 148-154.
- SFS 1982:763. Hälsö- och sjukvårdslag. Stockholm: Riksdagen
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763 [2014-03-22].
- SFS 1998:204. Personuppgiftslag. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/?bet=1998:204 [2014-03-06].

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor.
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460 [2014-03-06].

SFS 2009:10. (2014). *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.*
Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10> [2014-03-04].

Togher, J. F, Davy, Z, & Siriwardena, N. A. (2012). Patients´and ambulance service clinicians´experience of prehospital care for acute myocardial infarction and stroke: a qualitative study. *Emerg Med J*, 15, ss. 942-948.

World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> [2014-03-06].

White, A.K. (2003). Interactions between nurses and men admitted with chest pain. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2: 47-55.

Wireklint, S. B. (2005). Förberedd på att vara oförberedd: en fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård. Växjö: Växjö University Press, s.120.

Magisteruppsats ambulansutbildningen
Patientens upplevelse att bli vårdad av deltidbrandmän under ett sjukvårdslarm, i samband med bröstsmärta.

Verksamhetens godkännande av datainsamling

Syftet med denna studie är att beskriva hur patienter med akut bröstsmärta upplever att bli vårdade av deltidbrandmän under ett sjukvårdslarm.

Räddningstjänsten har större möjligheter än ambulansen att snabbt vara på plats hos en svårt sjuk patient, då de har betydligt fler stationer utplacerade i länet jämfört med ambulansen. Verksamheten med sjukvårdslarm har pågått i många år, men hur patienten upplever vården är sparsamt studerat.

Studien bedrivs inom Jönköpings län på orterna Bottnaryd och Gränna.

För att kunna följa upp patienter som vårdats av deltidbrandmän önskas härmed åtkomst till dessa journaler. Informationen som fås behandlas konfidentiellt av forskarteamet vid Högskolan i Borås.

Med vänliga hälsningar

Johan Adolfson, Leg. Sjuksköterska
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås, Borås
Johanadolfson@hotmail.com
0706665607

Gabriella Norberg, doktorand
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås, Borås
gabriella.norberg@hb.se
033-435 45 08

Mikael Jardenius, Leg. IVA/Anestesi sjuksköterska
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås, Borås
Jardenius@hotmail.com
070-3010848

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att ovan givna medarbetare genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan angivits.

Wille Alstermark, verksamhetschef för Akutkliniken i Jönköping.

(datum)



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Forskningspersonsinformation

STUDIE

MAGISTERUPPSATS AMBULANSENUTBILDNINGEN

PATIENTENS UPPLEVELSE ATT BLI VÅRDAD AV DELTIDSBRANDMÄN VID ETT SJUKVÅRDSLARM, I SAMBAND MED BRÖSTSMÄRTA.

Målsättningen med denna studie är att undersöka hur patienter upplever det att bli vårdade av brandmän. Studien kommer förhoppningsvis att bidra till en ökad kunskap och möjligheter till utveckling inom området.

Bakgrund

Landstinget i Jönköpings län har som målsättning att patienter ska nås av ambulans i 80 % av prio1-uppdragen inom 20 min. Denna målsättning uppnås inte och därför har avtal med räddningstjänsten arbetats fram. Räddningstjänsten är i större utsträckning utplacerade på små orter och har betydligt fler stationer än ambulansen har. Räddningstjänsten har ofta större möjligheter än ambulansen att snabbt vara på plats hos en patient vid ett prio1-uppdrag, så kallat sjukvårdslarm hos räddningstjänsten. Verksamheten med sjukvårdslarm har pågått i många år, men hur patienten upplever vården är inte väl studerat.

Förfrågan om deltagande

De som tillfrågas om att delta i denna undersökning är patienter som drabbats av akut bröstsmärta och ringt 112, där SOS har skickat ut en brandstyrka.

Hur går studien till?

Detta är en intervju studie. Det innebär att författarna till studien intervjuar deltagarna. Varje intervju kommer ta ungefär 20-30 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in så att författarna i ett senare skede ska kunna analysera datan och få fram ett resultat. Inspelningen kommer att raderas.

Finns det några fördelar?

Det är sannolikt att man får ökad kunskap om hur det är att bli vårdad av brandmän.

Hantering av data och sekretess

All insamlad information kommer att hanteras konfidentiellt och resultatet i studien kommer inte att kunna härledas till person eller verksamhet. Insamlat material kommer att förstöras efter godkänt examensarbete. Som deltagare lämnar du endast ut den information som du själv vill. Intervjun kommer att ske på den plats du önskar och tidpunkt för intervjun planeras in i samråd med författarna

Hur får jag information om studiens resultat?

De som deltagit i studien är alltid välkomna att ta kontakt med någon av författarna, för att få information om resultatet som framkommit av studien.

Frivillighet

Det är frivilligt att när som helst avbryta sitt deltagande i studien, utan att behöva ange något skäl.

Vid eventuella frågor är man välkommen att kontakta någon av nedanstående personer.

Studieansvariga personer;

Johan Adolfson Leg. Sjuksköterska

Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap, Allég. 1, 501 90 Borås

Johanadolfson@hotmail.com Tel: 070-6665608

Mikael Jardenius Leg. IVA/Anestesi Sjuksköterska

Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap, Allég. 1, 501 90 Borås

Jardenius@hotmail.com Tel: 070-3010848

Gabriella Norberg, doktorand

Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap, Allég. 1, 501 90 Borås

gabriella.norberg@hb.se Tel: 033-435 45 08



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

KVALITATIV INTERVJUSTUDIE

—
**PATIENTENS UPPLEVELSE ATT BLI VÅRDAD AV
DELTIDSBRANDMÄN I SAMBAND MED BRÖSTSMÄRTA**

Informerat samtycke

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien, fått ställa frågor, fått frågorna besvarade och samtycker till att delta i studien.

Informantens underskrift

Ort, datum

.....