

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2011:47

Mina kollegor är min andra familj

Ambulanssjusköterskors upplevelse av att hantera känslomässigt sin arbetsituation

Adolfsson Lovisa
Pavlovic Jenny



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Mina kollegor är min andra familj Ambulanssjuksköterskors upplevelse av att hantera känslomässigt sin arbetssituation
Författare:	Adolfsson Lovisa Pavlovic Jenny
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård.
Handledare:	Angela Bång
Examinator:	Eva Robertson

Sammanfattning

Tidigare forskning visar att prehospitalt arbete upplevs stimulerande, men är också fysiskt och psykiskt påfrestande. Syftet var att beskriva hur ambulanssjuksköterskor upplever och hanterar känslomässigt sin arbetssituation. En kvalitativ ansats valdes och djupintervjuer av sex ambulanssjuksköterskor i södra Sverige genomfördes. Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med inspiration av ett fenomenologiskt närmelsesätt. Ambulanssjuksköterskorna beskrev att deras arbete innebär att vara skärpt och uppfylld av sitt arbete, vilket innebär att de såg det som världens roligaste yrke, där de gör nytta och är en hjälpare hand för anhöriga men också att känna sig osäker i ett nytt vådrum. De påtalade också hur de konfronteras med patienters tunga verklighet och att möta sorg, vilket väcker känslor av rädsla, ilska, frustration och maktlöshet. De betonade behov av stöd för att orka hantera sina egna känslor där kollegor sågs som en andra familj men även den egna familjen är ett stöd. De ifrågasatte de möjligheter till stöd som erbjöds i organisationen, men framförallt betonade de att ingen annan än kollegor kunde förstå. Ur ett framtida arbetssmiljöperspektiv är detta viktigt att uppmärksamma för att möjliggöra att hälsa bevaras bland ambulanspersonal.

Nyckelord: *Prehospital, Ambulanspersonal, Känslomässig påverkan, Hantering.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Att arbeta prehospitalt	1
En spännande och stimulerande arbetsmiljö.....	2
Ett påfrestande och stressfullt arbete.....	2
Stress	2
Skuld och skam	3
Oro	3
Psykosomatiska symtom	3
Att hantera påfrestande och stressfulla situationer och känslor	4
Organisatoriskt stöd	4
Individuellt stöd	4
Kollegialt stöd	5
Att sätta känslorna i ett sammanhang.....	6
Bibehålla hälsa.....	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Ansats	7
Urval/deltagare.....	7
Datainsamling	8
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	10
Att vara skärpt och uppfyllt av sitt arbete.....	11
Att vara osäker i ett nytt vårdrum.....	11
Att ha världens roligaste yrke.....	11
Att göra nytta.....	12
Att vara en hjälpare för andra	13
Behov av skärpta sinnen.....	13
Att konfronteras med patienters tunga verklighet.....	14
Rädsla.....	14
Ilska och frustration.....	14
Maktlöshet.....	15
Att möta sorg.....	15
Behov av stöd för att orka	16
Att hantera sina egna känslor	16
Mina kollegor är min andra familj	17
Familjen där hemma är också ett stöd	18
Ingen annan än kollegorna kan förstå.....	18
Möjlighet till organisatoriskt stöd	19
METODDISKUSSION	20

RESULTATDISKUSSION	21
Slutsats	24
Kliniska implikationer	25
Framtida forskningsförslag	25
REFERENSER	25
Bilaga 1	29

INLEDNING

Vårt intresse för ämnet har fångats med vetskapen om att vi själva inom en snar framtid kommer att vara nya inom ambulanssjukvårdens arbetsfält. Diskussionen kring arbetsmiljön och hur sjuksköterskor påverkas känslomässigt av sin arbetssituation inom ambulanssjukvård har debatterats aktivt den sista tiden. Detta har fångat författarnas intresse för den upplevda känslomässiga påverkan av arbetet under de första åren i yrket. Hur påverkas man egentligen känslomässigt av att arbeta i en miljö som ambulanssjukvård och vilka känslor kommer vi att tvingas möta i vårt arbete, som noviser inom ambulanssjukvårdens komplexa arbetsfält?

Ambulanspersonal har vid flertalet tillfällen de senaste månaderna figurerat i massmedia med beskrivningar av arbetsmiljön och den känslomässiga påverkan som: *"Om vi inte finns tillgängliga...//...de är de gånger man inte mår bra"*, *"I vårt yrkesutövande är vi ofta ensamma och utsatta, jag och min kollega"*, *"Jag och mina kollegor älskar vårt jobb. Det är underbart att få hjälpa den som mest behöver det. Ambulansyrket är utmanande, självständigt och ansvarsfullt. Vi är stolta över vad vi gör"*, *Jag går till jobbet varje dag med vetskapen om att jag kan få hantera plötslig spädbarnsdöd, barn som dör i olyckor, anhöriga som plötsligt förlorar en familjemedlem eller partner genom självmord eller olyckshändelse"*, *"När någon börjar prata om något de varit med om är det som att starta en lavin. Många har ett behov av att få prata av sig"*. Genom att följt denna debatt i media vill vi nu fördjupa oss i ämnet och få svar på våra funderingar kring vad man påverkas av och hur detta hanteras.

BAKGRUND

Att arbeta prehospitalt

Prehospital vård är detsamma som ambulanssjukvård, vård som ges utanför sjukhus, direkt i hemmet, under transport till vårdenhet eller på skadeplats. Detta tillsammans gör att ambulanssjukvårdens arbetsfält inkluderar ett brett spektrum av situationer att möta, detta ställer höga krav på personalens flexibilitet och kreativitet. Prehospital akutsjukvård börjar redan vid samtalet då larmcentralen kontaktas, och bedrivs tills dess att patienten överlämnas till mottagande vårdenhet och vårdkedjan kan beskrivas som hälso- och sjukvårdens förlängda arm. Ambulanssjukvården utgör ett komplext kunskapsområde då vårdaren måste integrera kunskap från både det medicinska och vårdvetenskapliga fältet. Det innebär att bedöma aktuell situation och med bedömningen som grund, planera och prioritera omvårdnadsåtgärder (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003) Ambulanssjukvårdens breda spektrum av situationer och möten, innebär ofta etiska problem och ställningstaganden (Sandman och Nordmark, 2006).

Arbetsmiljöns som sådan kan innebära stress i form av problem med att hitta fram till patienten och miljön på skadeplats kan variera kraftigt. Yttre miljö såsom väder och vind kan inte påverkas och målet måste vara att skydda patienten från dessa omständigheter. Vårdaren tvingas till självständiga beslut vilket ibland upplevs ensamt och utlämnande och ställer krav på flexibilitet och kreativitet. Det gäller att hitta lösningar i alla situationer. Utrustningen är mobil och finns i fordonet, en övervägning bör ske kring vad som skall tas med till patienten. Vård sker ofta under korta möten, där vårdaren har en begränsad tid att agera, i mer eller mindre akuta situationer. Patienterna kan lida av ickemedicinska problem, eller direkt livshotande tillstånd, vilket kräver bred kunskap och god social kompetens i varje vårdmöte. Arbetet kräver stresstålighet i syfte att hantera vårdandet och arbetsmiljön runt om (Dahlberg et. al, 2003) exempelvis trafiksituation, hot och våld eller möte med

anhöriga (Hedlin, 1998). Vårdaren bör kunna samverka med andra instanser, såsom räddningstjänst, polis och försvarsmakt och ha kännedom om hur dessa verksamheter fungerar för att ha förutsättningar för ett gott samarbete, då detta krävs (Jansson, 2009). Ambulanssjukvård bedrivs i en arbetsmiljö med hög psykisk och fysisk belastning och en välmående vårdare har större förutsättningar att genomföra ett optimalt möte. Genom detta görs korrekta bedömningar, vilket leder till ett gott omhändertagande av patient och närstående (Dahlberg et. al, 2003).

En spännande och stimulerande arbetsmiljö

Att arbeta inom ambulanssjukvård upplevs stimulerande och mötet med patienten är för ambulanspersonalen mycket meningsfullt, (Hedlin, 1998; Dahlberg et al, 2003; Poljak, Tveith & Ragneskog, 2006 & Wireklint Sundström, 2005). I många situationer upplevs detta möte av patientens som skrämmande och ambulanspersonalen upplever det då viktigt att lyckas skapa trygghet för patienten (Poljak et. al, 2006; Elmqvist, Brunt, Fridlund & Ekeberg, 2009). Detta skapas genom ett gott vårdmöte (Dahlberg et al, 2003; Elmqvist et. al, 2009). Om detta lyckas anses det ha lika stor effekt på patientens välbefinnande som de medikamenter man inom ambulanssjukvården kan erbjuda (Elmqvist et al, 2009). Den positiva upplevelsen av ambulansyrket uppväger de negativa. Upplevelsen av flexibilitet, frihet, spänning, utmaning och det oförutsägbara med att inte veta vad som komma skall, gör yrket spännande. Ingen dag är den andra lik och det erhålls positiv respons av såväl allmänhet, anhöriga som patienter. Att rädda liv ger bekräftelse av betydelsen av arbetet. Samhörigheten i kollegiet är stark och ambulansstationen upplevs vara ett andra hem. Arbetet upplevs dock ge både välbefinnande och olustkänslor och balansen är en viktig faktor för den totala upplevelsen av hälsa (Wireklint Sundström, 2005 & Wiitavaara, Lundman, Barnekow Bergkvist & Brulin, 2007). Flertalet studier visar dock att det också finns negativa känslomässiga faktorer vid arbete i ambulanssjukvård, vilka i förlängningen visat sig kunna ge upphov till ohälsa (Hedlin, 1998; Jonsson & Segesten, 2003; 2004; Van der Ploeg & Kleber, 2003; Wiitavaara et. al, 2007).

Ett påfrestande och stressfullt arbete

Ambulanspersonal utsätts för olika situationer i sitt arbete, dessa leder till olika form av känslöpåverkan såsom stress, oro, skuld och skam. Tidigare forskning visar på att dessa känslor påverkar personalen på olika sätt. Nedan beskrivs konsekvenser av de påfrestningar som arbetet kan ge.

Stress

Ambulanspersonal utsätts för stressfulla händelser i sitt dagliga arbete. De omhändertar skadade och sjuka människor vilket medför risk att utveckla stressymtom. Att utsättas för olika form av stress ökar vidare risken att drabbas av fysiska, psykiska och sociala reaktioner (Aasa, Brulin Ångquist & Barnekow-Bergkvist, 2005; Jonsson & Segesten, 2003; 2004; Poljak et al, 2006). Stress bland ambulanspersonal kan ses som en naturlig reaktion vid omhändertagande av patient i en traumatisk situation. Dock är ambulanspersonal i den direkta situationen så fokuserade och koncentrerade att de distanserar sig från den egna känsloupplevelsen, vilket föranleder att stressupplevelsen istället uppstår i efterförloppet (Jonsson & Segesten 2003). Den största stressupplevelsen uppstår vid tillfällena då personalen identifierar sig med den skadade och därigenom involveras känslomässigt (Jonsson & Segesten, 2003; 2004; Svensson & Fridlund, 2008). Känslan av kontrollförlust över patientens möjlighet till överlevnad upplevs stressande i en form av maktlöshet. Tankar som ”vi kom för sent” eller ”vad vi än gör så går det inte att rädda denna person” ökar risken för att utveckla psykosomatiska stressymtom (Jonsson & Segesten, 2003). Ambulanspersonal med lång erfarenhet av

ambulanssjukvård är mer benägna att utveckla stressymtom (Hedlin 1998; Jonsson & Segesten, 2004). Anledningen till detta anses vara att kontinuerlig exponering för traumatiska situationer och minnen efter dessa, med tiden riskerar att utvecklas till psykosomatiska symtom (Jonsson & Segesten, 2004).

Skuld och skam

Ambulanspersonal upplever känslor av skuld och skam i samband med minnen av särskilda situationer. Upplevelsen beskrivs särskilt i samband med tillfällen där personalen gentemot anhöriga beskrivit patientens möjlighet till tillfrisknande som god och då detta senare inte gått att uppbringa. Upplevelsen förstärks vid frågeställningar om något ytterligare kunde ha gjorts för patienten, även vid vetskap om att allt som var möjligt gjordes. Orsaken till upplevelse av skam är ibland också den att vårdaren påverkats i vårdsituationen, på ett sätt som denne inte förväntat sig. Självuppfattningen om att vara stresstålig och att klara alla situationer förändras och vårdarens identitet slås i spillror (Jonsson & Segesten, 2003; 2004). Vårdaren kan då drabbas av sömnsvårigheter, mardrömmar och minnen som är svåra att hantera (Hedlin, 1998; Van der Ploeg & Kleber, 2003; Jonsson & Segesten, 2004; Aasa et. al, 2005;). Det är vanligt att uppleva reaktionen som ett misslyckande vilket gör att vårdaren vill dölja detta för kollegorna. Vårdarens självkänsla sjunker och upplevelsen av att vara värdelös infinner sig. Detta kan fördjupa känslan av att det är vårdarens fel att patienten inte överlevde situationen, även om det rationella tänkandet säger att så inte var fallet, vilket fördjupar upplevelsen av skam och skuld (Jonsson och Segersten, 2003; 2004).

Oro

Vissa situationer är mer överväldigande och upplevelsen hos ambulanssjuksköterskan kan orsaka hög grad av oro. Det har visat sig att personer som tenderar att oro sig över saker som sker, riskerar att utveckla psykosomatiska symtom (Jonsson & Segesten, 2003; 2004; Jonsson et. al, 2003; Antonovsky, 2005; Svensson & Fridlund, 2008). Intensiv oro underminerar det rationella tänkandet som normalt används i problematiska situationer. Så småningom stegrar detta och ju oroligare och ängsligare personen blir desto större är risken för utvecklande av psykosomatiska symtom. Pressen som ambulanssjuksköterskor utsätts för kan leda till detta (Jonsson & Segesten, 2003; Jonsson, Segesten & Mattson, 2003; Svensson & Fridlund, 2008). Det finns ett samband mellan arbetsrelaterad oro och psykosomatiska symtom som magont, huvudvärk och sömnproblem (Jonsson & Segesten; 2003; Van der Ploeg, 2003; Aasa et al, 2005; Svensson & Fridlund, 2008). Därför skall oro ses som en riskfaktor, som inte bör ignoreras (Svensson & Fridlund, 2008).

Ambulanspersonal upplever oro över risken att behöva någon man känner (Svensson & Fridlund, 2008)samt i samband med vård av svårt sjuka eller skadade barn (Jonsson & Segesten, 2004; Svensson & Fridlund, 2008) Vidare upplevs stark oro i samband med situationer där det föreligger risk för hot och våld samt vid tillfällen då teknisk apparatur inte fungerar (Svensson & Fridlund, 2008).

Psykosomatiska symtom

Oro, skuld, skam och stress upplevs kunna gestalta sig som psykosomatiska besvär såsom huvudvärk, sömnproblem och magproblem (Hedlin, 1998; Jonsson & Segesten, 2003; 2004; Van der Ploeg & Kleber, 2003; Aasa, et. al, 2005) och upplevelsen av psykosomatiska symtom skiljer sig inte

mellan manlig och kvinnlig ambulanspersonal (Aasa et. al, 2005). Många identifierar reaktioner hos sig själva, så som ilska och irritation, förändrad varseblivning, så som tunnelseende, och hörseländringar. Det är också vanligt med nedsatt minne och tankeförmåga, förvirring och skiftande sinnesstämning (Poljak et al, 2006). Andra symtom kan vara att vakna i panik, se hemska fantasier och ha mardrömmar om nätterna vilket i förlängningen kan leda till diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSS). Riskfaktorerna för detta anses vara upplevelse av tidspress, oregelbundna arbetstider, sociala aspekter i arbetsmiljön, ålder, familjemönster och tidigare erfarenheter av våld (Hedlin, 1998; Jonsson & Segesten, 2003; 2004; Jonsson et. al, 2003; Van der Ploeg & Kleber, 2003; Aasa et al, 2005; Fridlund & Svensson, 2008).

Symtomen kan i förlängningen leda till kroniskt trötthet och för tidig pensionsavgång. Ambulanspersonal konfronteras ofta med obehagliga händelser och får senare fysiskt lida av detta om känslor och reaktioner inte hanteras tillfredsställande (Jonsson & Segesten, 2003; 2004; Jonsson et. al, 2003; Van der Ploeg & Kleber, 2003; Poljak et. al, 2006). Jonsson & Segesten (2003) hävdar dock att en medvetenhet om individens "Sense of coherence" kan förebygga utvecklandet av ohälsa bland ambulanspersonal.

Att hantera påfrestande och stressfulla situationer och känslor

Organisatoriskt stöd

Att organisatoriskt arbeta med förebyggande insatser för personal, avseende arbetsmiljön, har visat sig vara framgångsrikt. Det kan exempelvis handla om att öva verklighetstroga situationer tillsammans med andra yrkeskategorier. Detta föranleder att ambulanspersonal är nöjdare med arbetsmiljön, organisationen och dess stöd, då man upplever sig ha förvärvat fördjupade kunskaper kring sällsynta situationer. Detta ger en ökad trygghet i yrkesutövandet och minskar stressupplevelsen i samband med ovana situationer i verkligheten (Jonsson & Segesten, 2003; Svensson & Fridlund, 2008). Att känna stöd och god kommunikation med arbetsgivare är viktiga aspekter för undvikande av psykosomatiska besvär som exempelvis utbrändhet och trötthet (Jonsson & Segesten, 2003; 2004; Jonsson et. al, 2003; Van der Ploeg, 2003; Svensson & Fridlund, 2008). Dock visar studier att få upplever sig ha detta stöd från närmsta chef (Jonsson & Segesten, 2003; Hedlin 1998) vilket riskerar att öka risken för ohälsa bland ambulanspersonal (Jonsson och Segesten, 2003). Ambulanspersonal upplever att det finns behov av professionell debriefing i samband med mycket svåra händelser (Poljak et al, 2006). Detta upplevs givande, i syfte att hantera händelsens efterkommande reaktion på ett hälsosamt vis. Detta för att förstå beteenden efter traumatiska upplevelser och därigenom minska risken för utvecklandet av ohälsa (Jonsson & Segesten, 2003). Arbetsgivaren har ett överhängande ansvar för arbetsmiljö och välbefinnande (Arbetsmiljöverket, 2010) men det är också viktigt att förtydliga att varje individ har ett eget ansvar att uppmärksamma behov av organisatoriskt stöd, vid tillfällen då egenreflektion eller kollegialt stöd inte upplevs räcka till (Van der Ploeg, 2003).

Individuellt stöd

Ambulanspersonal hanterar negativ känslomässig påverkan i samband med utlarmning till en början med det egna strategiska tänkandet. Detta innefattar att på väg ut till patienten skapa sig en inre bild av vad som komma skall, en form av mental förberedelse, även om detta ibland kan vara omöjligt.

Det skapas en bild av hur illa det kan vara och denna bild baseras på tidigare erfarenheter. Ju längre erfarenhet personalen har, desto mindre oro under färden fram till patienten (Jonsson & Segesten, 2004; Wireklint Sundström, 2005). Personalen beskriver att den negativa upplevelsen i samband med utlarmning kraftigt ökar vid brist på, eller missvisande information. Men också då det uppstår problem i att hitta fram till patienten (Jonsson & Segesten, 2004). Vidare upplevs en extra stressande faktor vara då verkligheten inte visar sig stämma överens med den bild som på väg till platsen skapats. Då patienten upplevs vara i sämre skick än förväntat (Jonsson & Segesten, 2004; Wireklint Sundström, 2005).

Ambulanspersonalen beskriver att all personal upplever och hanterar känslor på olika vis, men att tiden för när känslorna visar sig kan variera mellan någon timma, upptill flera år senare. Bilder från traumatiska situationer upplevs uppkomma utan förvarning, vid tillfällen som inte går att styra, och det upplevs skrämmande att ibland inte ha förmåga att lägga minnena bakom sig. Minnena kan uppkomma när lukter, syner och ljud påminner om tidigare upplevda situationer (Jonsson & Segesten, 2004).

Ambulanspersonal för ofta en inre dialog för att hantera känslorna, där individen själv besvarar frågor utifrån egen erfarenhet, för att hantera känslor och frågeställningar som uppstår i samband med arbetet. Det rationella tänkandet besvarar hur de känslor som erfarenheten fört med sig skall hanteras (Jonsson & Segesten, 2004). Denna metod upplevs dock enbart meningsfull om vårdaren har tidigare erfarenhet av liknande situationer. Har individen inte detta ter sig denna modell föga värdefull (Jonsson & Segesten, 2004) eftersom känslorna blir hanterbara först då meningen med erfarenheten kan ses, Det vill säga då individen kan sätta känslorna i det rätta sammanhanget (Dahlberg & Segesten, 2010; Jonsson & Segesten, 2004; Wiklund, 2003).

Kollegialt stöd

Ambulanspersonal beskriver vikten av att ha någon att ventilerar tankar, frågor och känslor med. Denne någon skall helst kunna erbjuda svar på vårdarens frågor, det vill säga vara en kollega som själv varit delaktig i situationen och som därigenom kan göra den möjlig att förstå och lämna bakom sig (Jonsson & Segesten, 2004; Hedlin, 1998). Det överlägset bästa anses vara en riktigt nära vän att tala med. En sådan beskrivs vara en kollega som finns tillgänglig i alla lägen, oavsett tid på dygnet och som lyssnar utan nedlåtande eller ifrågasättande attityd (Jonsson & Segesten, 2004). Det organisatoriska stödet anses också viktigt men kan aldrig mäta sig med den upplevda vikten av kollegialt stöd (Hedlin, 1998; Jonsson & Segesten, 2004). Personalen upplever att kollegan används som en form av container i syfte att hantera känslorna. Vidare använder sig kollegiet ambulanspersonal av humor. En särskild och rå jargong där råa skämt om patient och, eller anhörig anses okej, i de flesta situationer, bortsett från situationer som involverar barn eller situationer som är för makabra. Jargongen är ett sätt att acceptera och orka med den känslomässiga upplevelse som många situationer innebär (Jonsson & Segesten, 2004). Att acceptera och gå vidare sker inte från ett tillfälle till ett annat utan är en dynamisk process som pendlar mellan upplevelsen av hälsa och dess motsatta upplevelse, ohälsa, då känslorna av skuld och skam tränger sig på (Jonsson & Segesten, 2004). För att acceptera och gå vidare krävs det ibland att man tillsammans får diskutera varför man gjorde på ett eller annat sätt. Detta i syfte både att agera bättre och mer effektivt vid nästa tillfälle, men också för att bearbeta det man varit med om (Elmqvist et. al, 2009) för att på så sätt undvika uppkomsten av psykosomatiska symptom, vilket annars är en risk (Jonsson & Segesten, 2004).

Att sätta känslorna i ett sammanhang

Antonovskys teori bygger på vad det är som gör att människor, trots tillvarons alla påfrestningar, förblir friska. För att försöka besvara denna fråga utvecklades begreppet "Sense of coherence". Begreppet har i Sverige översatts till "känsla av sammanhang", KASAM. Tre centrala begrepp bildar tillsammans KASAM, vilka Antonovsky kallar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet syftar till hur information och intryck upplevs. Den kan upplevas organiserad, sammanhängande, ordnad och tydlig, det vill säga begriplig, eller istället oväntad, förvirrad och oförståelig. Hanterbarheten beskriver vilka resurser som står till förfogande och vilka möjligheter man har att möta de krav som ställs i olika situationer. I KASAM: s hanterbarhet ingår tron på att man kan klara de mesta av livets svårigheter med egen eller andras hjälp. Meningsfullhet betraktas som KASAM:s motivationskomponent och syftar till i vilken utsträckning livet har en känslomässig innebörd. Meningsfullheten beskriver också en frågeställning kring om det är värt att investera energi och engagemang i upplevelsen. Antonovsky anser meningsfullheten vara det viktigaste begreppet i denna hanteringsteori. Om man inte upplever, eller får hjälp att uppleva meningsfullhet, blir svårigheterna man ställs inför varken begripliga eller hanterbara och kan således leda till ohälsa. Antonovsky menar vidare att svårigheterna i livet, hos vissa personer i slutändan vänds till en positiv erfarenhet, medan samma upplevelse hos andra kan ge upphov till ohälsa. Anledningen till att somliga upplever det som en positiv erfarenhet anses vara att de klarar att sätta händelsen i ett begripligt, hanterbart och meningsfullt sammanhang, vilket är ett sätt att hantera känslorna och som därmed hjälper personen att bibehålla hälsa (Antonovsky, 2005).

Bibehålla hälsa

Upplevelse av hälsa förutsätter att man klarar att ge en händelse mening och sammanhang (Antonovsky, 2005; Wiklund, 2003). Upplever människan ingen mening i livet och inte heller kan sätta detta i ett sammanhang, erfar människan heller inte hälsa (Wiklund, 2003; Dahlberg & Segesten, 2010). Ambulanspersonal beskriver möjligheten att sätta situationer i sitt sammanhang som en viktig faktor, för att möjliggöra att lämna arbetsrelaterade händelser bakom sig och därigenom hantera dessa på ett hälsosamt vis (Jonsson & Segesten, 2004). Bergstrand 2004 menar att stress och belastning, socialt stöd och nätverk, arbetssituation och självförtroende samt förmåga att ha kontroll över sin tillvaro, är faktorer som påverkar upplevelsen av hälsa (Bergstrand, 2004) och inom ambulanssjukvårdens arbetspektra, ingår många av dessa faktorer på daglig basis, vilket således är något som skulle kunna påverka personalens hälsa i negativ riktning (Hedlin 1998). Fenomenet hälsa är komplext och kan variera. Detta innebär att upplevelsen av hälsa varierar mellan olika personer och kan hos en och samma person också förändras med tiden (Wiklund, 2003; Dahlberg och Segesten, 2010). En person reflekterar sällan över sin hälsa förrän den hotas, det vill säga då man hotas av ohälsa och hälsan inte längre kan tas för given (Wiklund, 2003). Så många som trettio procent av ambulanspersonalen anser sig drabbas av ohälsa på grund av bristande arbetsmiljö och relaterar då detta till brist på organisatoriskt stöd och ohälsa är vanligare hos de som arbetat inom ambulanssjukvård i många år (Hedlin, 1998). För att uppnå, eller behålla hälsa använder människan olika resurser. De inre resurserna anses vara förmågan att sätta ord på och reflektera över egna tankar och känslor. Som yttre resurser används exempelvis strukturerad tillvaro och stöd av vänner eller arbetskamrater (Wiklund, 2003). Just kollegialt stöd och samvaro är det som ambulanspersonal beskriver som den allra viktigaste komponenten för bibehållen upplevelse av hälsa (Jonsson et. al, 2003; Jonsson & Segesten; 2003; 2004, Van der Ploeg & Kleber, 2003; Wiitaavara et. al, 2007).

PROBLEMFORMULERING

Arbete inom den prehospitala akutsjukvården upplevs som givande men medför också olika risker för ambulanspersonalens hälsa. Arbetet är både fysiskt och mentalt ansträngande med tunga lyft, tidspress, påfrestande arbetsställningar och svåra situationer med lidande och död. Kan det vara så att ambulanspersonal med åren blir känslolika och har svårt att prata om hur de mår eller blir de tvärtom, mer öppna och känslomässiga inför sina närstående och sina patienter? Beroende på hur de påverkas kan detta antas få konsekvenser för såväl familjeliv, relationer som vårdande. I detta examensarbete vill vi beskriva hur ambulanspersonal berättar att de upplever hur de påverkas känslomässigt av sitt arbete. Detta kan ge kunskap och förståelse för hur arbete inom ambulanssjukvård kan påverka ambulanspersonal.

SYFTE

Att beskriva hur ambulanspersonal upplever och hanterar känslomässigt sin arbetssituation

METOD

Ansats

För uppnå studiens syfte valdes en kvalitativ ansats, vilket enligt Kvale & Brinkman (2009) är det bästa sättet att beskriva ett livsvärldsperspektiv (Kvale & Brinkman, 2009). Ansatsen valdes med anledning av författarnas vilja att förstå fenomenet utifrån informantens subjektiva livsvärld. Enligt Dahlberg et. al (2003) innebär livsvärldsperspektivet att uppmärksamma människans vardagsvärld och dagliga tillvaro och med hjälp av detta se och förstå upplevelsen, så som den erfars (Dahlberg et. al, 2003). Enligt Kvale & Brinkman (2009) syftar den kvalitativa intervjun till att just fånga intervjupersonens levda upplevelse. Detta genom att intervjuaren tolkar det som sägs, med de nyanseringar som används i berättandet (Kvale & Brinkman, 2009). Dock skall intervjuaren vara väl insatt i sin egen förförståelse (Dahlberg et. al, 2003).

Urval/deltagare

Vi har valt att använda ett strategiskt urval av informanter, funna med ett så kallat bekvämlighetsurval. Enligt Kvale (1997) innebär detta att redan kända informanter som uppfyller kriterierna för det strategiska urvalet intervjuas (Kvale, 1997). Att använda bekvämlighetsurval gjordes för att få en spridning av informanternas bakgrund och erfarenheter inom det strategiska urval som föranlåg denna studie, det vill säga yrkeslivserfarenhet inom ambulanssjukvård mellan 1 till 5 år.

Vi utarbetade ett informationsbrev (v.g. se bilaga 1) och sände till 37 stycken blivande specialistutbildade sjuksköterskor inom ambulanssjukvård. Brevet sändes till samtliga registrerade studenter på ambulanssjuksköterskeprogrammet i Borås med anledning av författarnas medvetenhet om att flertalet av dessa studenter uppfyllde författarnas önskade strata. Informationen skickades ut via Högskolan i Borås Internetbaserade kommunikationsportal, Pingpong. I brevet framgick en fråga om frivilligt deltagande i studien, samt en önskan om svar från dem som kände igen sig i det strata som beskrevs i brevet. Informationsbrevet innehöll kortfattad information om studiens syfte samt kontaktuppgifter till författarna. Svar erhöles av 7 sjuksköterskor som kunde tänka sig att delta i studien. Utfallet av intresserade blev fem män och två kvinnor, ett åldersspann av 27-42 år, arbete både i storstad och på landsbygd och samtliga tidigare grundutbildade sjuksköterskor utan annan specialistutbildning, men med erfarenhet från arbete på vårdavdelning. Under datainsamlingsfasen visade sig två informanter inte längre vilja delta i studien, en man och en kvinna. Båda avböjde genom att inte besvara våra försök att boka tid för intervju, varför ingen intervju kunde genomföras. Ytterligare en informant värvades då och således baseras studiens resultat på intervjuer av fem män och en kvinna. Tid och plats för intervjun anpassades efter informantens önskemål.

Datinsamling

Beslut om tid och plats för intervjun har planerats i samråd med informanten i syfte att denne skall känna sig bekväm med vald lokal. Samtliga intervjuer har genomförts i enskilda rum och på informantens lediga tid. Detta för att minimera risken att informanten blir störd under intervjufrasen, men också för att detta ansetts vara en "neutral" miljö, utan risk att bli färgad av miljön på arbetsplatsen, eller att informanten upplever sig stressad över risken att bli avbruten för larmuppdrag. Innan intervjuens början har informanten informerats om att materialet kommer att behandlas konfidentiellt, att det kommer att presenteras anonymt i citatform, samt vårt syfte med studien.

Intervjuerna har genomförts som kvalitativa djupintervjuer och enligt Kvale & Brinkman (2009) är strukturen i en sådan intervju liknande ett vanligt samtal. Det vill säga ostrukturerad, där informanten får beskriva en upplevelse, helt fritt och med egna ord (Kvale & Brinkman, 2009). Intervjutekniken har inspirerats av ett fenomenologiskt perspektiv. (Kvale & Brinkman, 2009). Under intervjun ska intervjuarens eget förhållningssätt åsidosättas och det viktiga är att få informanten att beskriva sitt perspektiv så exakt och utförligt som möjligt (Dahlberg, 1997).

Intervjuerna genomfördes under 30-60 minuter och baserades på en ställd utgångsfråga, "*kan du berätta för mig vad ditt arbete på ambulansen innebär?*". Frågan står inte i direkt relation till syftet, men har använts i syfte att få informanten att fundera på sitt yrke, innan frågan direkt relaterat till fenomenet ställts. Efter att informanten beskrivit sitt yrke styrs frågeställningen mot vårt syfte. "*Påverkas du känslomässigt av ditt arbete på något sätt?*" Öppna följdfrågor i förhållande till svaret på frågan har sedan använts i syfte att fördjupa beskrivningen av fenomenet. Exempel på dessa är: "*kan du berätta mer om det?*", "*Hur kändes det?*", "*Kan du beskriva hur?*" eller "*hur menar du då?*". Samtliga intervjuer har spelats in för att bevara den autentiska versionen samt att säkerställa att den återges ordagrant. Banden har märkts med en numrerad kod för att kunna återfinna vem som sagt vad, samt fakta om personen, utan att avslöja dennes identitet.

Dataanalys

Intervjuerna lyssnades till, och i samband med detta transkriberats till läsbar text, vilket enligt Kvale & Brinkman (2009) möjliggör ett undvikande av reducering av intervjuernas innehåll (Kvale & Brinkman, 2009). Därefter har texterna lästs av båda författarna flertalet gånger för att få en överblick av vad datan innehöll. Detta syftar enligt Kvale & Brinkman (2009) till att finna likheter och skillnader i resultatet för att sedan kunna presentera detta i kategorier på ett överskådligt vis (Kvale & Brinkman, 2009).

Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Metoden anses ge författarna en känsla av helhet i texten och därigenom möjlighet att presentera resultatet på ett för läsaren överskådligt vis (Graneheim och Lundman, 2004). Vi kodade de utskrivna meningsbärande enheterna i olika färger för att kunna särskilja vilken informant som sagt vad. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna och kodades sedan. Slutligen i analysen framkom subkategorier och kategorier efter jämförelser med likheter skillnader som diskuteras mellan författarna. Under analysen gick vi från helhet till del och tillbaka till helhet för att inte förlora det ursprungliga sammanhanget, som sedan stärkts med citat för att tydliggöra förståelse för de fenomen som framstod.

Resultatet presenteras med citat. Citaten har redigerats vid de tillfällen då platser, namn eller annan information ansetts kunna avslöja patient eller informants identitet eller arbetsplats. Vid dessa tillfällen ersätts ord med beteckningen XXX. Delar ur berättelsen som inte ansetts stå i relation till studiens syfte eller ha någon essens i citatet, exempelvis mellannord i talspråk eller tvekansord har kondenserats ner och då markerats ...//...i de för övrigt autentiska citaten, i syfte att underlätta för läsaren.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	KOD/Abstraktion	Underkategori	Kategori
När jag pratar om gemenskap så pratar jag om en arbetsgemenskap, det stöd man får av sina kollegor	Det är en arbetsgemenskap, det stöd man får av sina kollegor	Kollegial gemenskap/stöd	Mina kollegor är min andra familj	Behov av stöd för att orka
Om man åker ut på någonting som är jobbigt, då får man alltid prata om det. Man pratar alltid om körningen efteråt	Man får alltid prata	Kollegialt Stöd och förståelse	Mina kollegor är min andra familj	

Är en gemenskap som jag tycker om, kollegor emellan.	Det är en gemenskap kolleger emellan.	Kollegial gemenskap	Mina kollegor är min andra familj
--	---------------------------------------	---------------------	-----------------------------------

Tabell 1.

Forskningsetiska överväganden

Informanterna har kontaktats via ett socialt nätverk knutet till specialistutbildningen vid högskolan i Borås, vilket per automatik innebär att författarna har en form av relation till informanten. Detta måste enligt Kvale & Brinkman (2009) beaktas som en etisk problematik (Kvale, & Brinkman, 2009) då studien kan ha ett för informanten känsligt syfte. Denna etiska problematik undanröjdes genom brevets uppmaning om att informanten själv, vid önskan om att delta i studien kontakta författarna. Således borde de informanter som upplever detta känsligt, då ha valt att inte besvara förfrågan om att delta.

Kvale & Brinkman menar att vikt skall läggas vid informantens samtycke till att delta i studien (Kvale & Brinkman, 2009) vilket har gjorts då informanten vid intresse ombetts att kontakta författarna. Studien har utformats i överensstämmelse med etikprövningslagen (SFS 2003:460) samt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002). Enligt dessa principer har studiens informanter fått skriftlig information där framgick studiens syfte. De har fått information om att deltagandet är på frivillig basis och att de när som helst kan avbryta intervjun. Fullständig anonymitet garanteras. Materialet har använts konfidentiellt och enbart för forskning. (Vetenskapsrådet 2002)

RESULTAT

Resultatet presenteras i fyra kategorier med tillhörande underkategorier samtliga presenterade i tabell 2 nedan. Resultatet klargör novisen inom ambulanssjukvårdens känslspektra, hur detta upplevs och hanteras, med en såväl positivt som negativ framtoning.

<u>Underkategori</u>	<u>Kategori</u>
Att vara osäker i ett nytt vådrum	Att vara skärpt och uppfylld av sitt arbete
Att ha världens roligaste yrke	
Att göra nytta	
Att vara en hjälpende hand för anhöriga	
Behovet av skärpta sinnen	
Rädsla	Att konfronteras med patienters tunga verklighet
Ilkska och frustration	
Maktlöshet	
Att möta sorg	

Att hantera sina egna känslor	Behov av stöd för att orka
Mina kollegor är min andra familj	
Familjen där hemma är också ett stöd	
Ingen annan än kollegorna kan förstå	
Möjlighet till organisatoriskt stöd	

Tabell 2

Att vara skärpt och uppfyllt av sitt arbete

Att vara osäker i ett nytt vårdrum

Informanterna beskrev en vilja att ständigt utvecklas i yrkesrollen. Funderingar kring vad som möjligen kunde ha gjorts annorlunda eller bättre, uppstår efter varje patientsituation och en vilja att lära av erfarenheter är ständigt påtaglig. Det finns situationer då behovet av att utveckling i yrkesrollen är extra påtagligt. Känslan upplevs starkast i samband med osäkerhetskänslor i situationer då det ställs stora krav på goda kunskaper kring organisation och ledarskap. Informanterna påpekade att det är osäkerheten som gör det påfrestande att vara novis i yrket. Men det lägger också grunden för en extra stor vilja att vilja lära och utvecklas.

Informanterna beskrev vidare att den pressande upplevelsen inte bara uppstår i samband med stora olycksplatser, utan även i samband med vård som skall utföras i det för informanterna nya vådrummet, ambulansen. Informanterna påtalade att det inte är patientvården som ger upphov till osäkerhet, utan snarare den för ambulanssjukvården specifika utrustningen. Utrustningen är särskilt anpassad för ambulanssjukvård och upplevs kräva goda kunskaper för att möjliggöra optimal patientvård. Informanterna beskrev stor önskan att alltid göra rätt, inte bara i patientbundna situationer utan även i det praktiska arbetet runt omkring vården och belyser det faktum att praktiskt handhavande med utrustning ibland stjälar fokus ifrån patientvården och att detta kunde upplevas skrämmande i efterhand.

Läsa kartor, prata i radio och leda olycksplatser. Vilket sjukhus ska man åka till?...//...Att vi ska köra fel...//...att jag ska trycka på fel knappar på radioapparaten och börja prata med polisen när jag ska prata med min kollega...//...man är ju nervös inför de här bitarna...//... patienten skulle kunna ha dött för tjugo minuter sen utan att jag har märkt det för jag har knappt tittat på den, fast den ligger bredvid mig.

Att ha världens roligaste yrke

Informanterna beskrev arbetet som ett givande och stimulerande arbete och det roligaste i arbetet beskrevs vara känslan av att hjälpa patienterna. Upplevelsen av att hjälpa en person i kris beskrevs som värdefull. Yrket beskrevs som världens bästa yrke med många aspekter avseende positiva känslor. Informanterna beskrev det som en utmaning att arbeta inom ambulanssjukvård och arbetet

som sådant upplevs vara en glädjekälla. Vidare beskrevs arbetsmiljön ligga till grund för glädjekänslor över småsaker i det egna livet. Informanterna värdesätter det lilla i sin egen vardag, på ett sätt som tidigare inte upplevts lika tydligt. Känslor som dessa uppstår i samband med insikt i andra människors vardagsliv och informanterna upplevde en tacksamhet över det lilla, i den egna tillvaron.

Jag är gladare över sådana småsaker som man har tagit för givet. Att barnen är friska och att man inte har hamnat i någon form utav missbruksproblem ...//...hur himla mysigt det är att kunna gå och väcka sina barn, och kunna ta på dem hela, rena kläder och gå på föräldramöten och massa sådana där saker ...//...man vanligtvis inte tänker på, ser man på med glädje!

Informanterna beskrev vidare ett ständigt sug efter att genomföra arbetet på bästa sätt, det ses som en utmaning vid de situationer som är något utöver det vanliga. Det upplevdes som roligt att lösa situationer som inte tillhör vardagen inom ambulanssjukvården, och informanterna beskrev sig själva som en form av adrenalinjägare. De var i ständig jakt på nya erfarenheter, kunskaper och utmaningar. Dock ser informanterna på sitt yrke med ödmjukhet och känsla av förmån i möjligheten att finnas till och hjälpa tredje man, i mer eller mindre akuta situationer. Informanterna beskrev det som en förmån att få träffa den stora variationen av patienter, anhöriga och spektra av olika sjukdomar. Att få rädda liv, eller vara med då detsamma avslutas och att hjälpa till att göra detta på ett för patient och anhörig värdigt vis beskrevs av informanterna som ett av yrkets stora förmåner.

Det är ett fantastiskt yrke, man dras mellan hopp och förtvivlan och det är en otrolig förmån att få vara med om skillnaden mellan liv och död. Att få förlösa någon, eller vara med om någons sista andetag, att vara den personen som ändå är där för att göra sitt bästa för att situationen ska bli bra, det är en otrolig förmån...//...det är fantastiskt att kunna vara där och hjälpa tredje man

Att göra nytta

Informanterna beskrev en personlig tillfredsställelse över upplevelsen att kunna göra nytta. Ibland bara genom att finnas till för patienten. Informanterna beskrev att de betytt något för en främmande människa. Upplevelsen av att göra nytta uppstår inte bara i den mest akuta situationen, utan även i andra situationer som inte är akuta. Detta beskrevs av informanterna som positivt. Kontakten med patienten och dennes uppskattning är det som enligt informanterna ligger till grund för nyttokänslan.

Att vi får en sådan personlig tillfredsställelse, utav att kunna göra skillnad någonstans någon gång. Man kan ge lite glädje, man kan skoja, man kan ge trygghet, bara genom att vara där...//...Man kan ge stöd i sorg och man känner att man har betytt någonting för en vilt främmande människa

Informanterna beskrev vidare att upplevelsen av att vilja göra nytta kan vara stark i samband med att vara på väg till akuta situationer. Det kan vara situationer som vårdaren aldrig tidigare erfarit och som därför krävde extra förberedelse i bilen för att uppleva trygghet inför vad som komma skall. Det uttrycktes som en positiv stress som förstärkte viljan av att komma fram fort till patienten och hjälpa denne i sitt sjukdomstillstånd, därigenom fås en upplevelse av att göra nytta.

Det ger ju ett stresspåslag, man varvar upp lite mer och redan där börjar man bearbeta med sin kollega...//...Jag har aldrig känt att jag vill inte komma fram,

eller att jag vill inte komma till den här situationen. När man väl får larmet så blir man ändå taggad på att detta ska vi lösa...//...

Att vara en hjälpare hand för anhöriga

Informanterna beskrev positiva aspekter av att möta anhöriga i sorg. Att kunna stödja och finnas till hands och att av anhöriga erhålla bekräftelse trots deras plötsliga sorg.

Vidare beskrevs även en positiv känslomässig upplevelse som tas med och som användes som en erfarenhet och ett verktyg för att hantera liknande situationer i framtiden.

Informanterna upplevde tacksamhet från anhöriga även i situationer när det för patienten inte gått bra. En bekräftelse över arbete utfört med värdighet inför patient och anhöriga.

Denna bekräftelse talade informanterna om att den härstammade från att ha vårdat patienten med anhörig närvarande. Anhörig hade då sett att allt som var möjligt för patienten gjordes. Informanterna beskrev vidare att i situationer som dessa lades den största vikten på anhöriga och att stötta dem genom deras sorg.

Vidare upplevdes en form av identifiering som något positivt i vården av patienters anhöriga. Den egna erfarenheten kunde användas som ett verktyg för att stödja anhöriga, då informanternas upplevelse var att en vetskap om den anhöriges känslomässiga spektra finns, tillsammans med självupplevda erfarenhet kring hur dessa känslor bör hanteras av vårdaren. Erfarenheten från den egna livsvärlden används som ett verktyg i syfte att hjälpa den anhörige.

När man träffar dessa patienter så tror jag att jag behandlar dem på ett annorlunda sätt än vad många andra gör, som inte har samma erfarenhet som jag. Framförallt framför anhöriga, jag förstår hur ni känner, jag förstår maktlösheten...//... jag tror att jag kan stötta och visa förståelse,...//... för anhöriga glöms ofta bort.

Behov av skärpta sinnen

Informanterna beskrev i samband med vissa situationer en känsla av adrenalinpåslag som liknas vid upplevelsen av att vilja vara extremt närvarande och förberedd, för att i situationen kunna erbjuda bästa tänkbara vård för patienten. Ordet ”taggad” nämns av många informanter i samband med utlarmning där patienten är ett barn. ”Taggad” förklarade informanterna som något positivt i sammanhanget, som en mental förberedelse för att ha en handlingsberedskap och därigenom kunna utföra arbetet på ett oklanderligt och professionellt sätt. Informanterna menade att de utarbetar strategier på väg ut till patienten vilket ger en känsla av trygghet i vetskapen om vad som skall utföras på plats. Strategin beskrevs då oftast utarbetas utifrån värsta tänkbara scenario. Vidare beskrevs informanterna att när patientens tillstånd visar sig vara okritiskt då pustade informanterna ut.

Informanterna upplevde att det i värsta fall kunde vara tvärt om. Att informanterna innan ankomst har upplevelsen att det nog inte är så allvarligt och vid ankomst visar det sig vara allvarligare än förväntat. Det beskrevs som en känsla av att behöva ”tagga upp” vilket upplevs vara svårare, då ingen strategi för omvårdnaden utformats i förväg. Informanterna upplevde dock ingen känslomässig påverkan i den direkta situationen. Upplevelsen är istället att vården bedrivs professionellt och att vårdarna skärmar av sig från situationen. Den känslomässiga påverkan kommer istället efteråt.

I det här fallet så träffade jag mamman i hallen, på henne får man uppfattningen att det är lugnt...//...när man kommer ner så märker man ju på 5 sekunder att han är svindålig...//... det blir ju alltid jobbigt när man plötsligt skall snäppa upp sig ett steg att gå ifrån att här är inga konstigheter, till att ha en patient som är jättedålig.

Att konfronteras med patienters tunga verklighet

Rädsla

Informanterna beskrev flertalet olika rädslor i samband med arbetet. Vid uttryckning beskrevs känslor som rädsla för att den drabbade skall vara någon man känner, särskilt då utlämningsadressen geografiskt ligger i närheten av någon anhörigs bostad eller liknande. Informanterna påtalade obehagskänslor kring tankar över risken att någon dag tvingas vårda en nära anhörig i samband med svåra sjukdomstillstånd. Tankar på att behöva göra detta fanns närvarande och reflekterades över men upplevdes inte vara något som påverkade det dagliga arbetet.

Jag väldigt rädd när vi åkte ut...//...rädd att det skulle vara någon jag kände...//...situationen var sån att det kunde ha varit någon jag kände...//...det var min rädsla just då...//...Situationen, jag kände mig inte bekväm i den

Vidare beskrevs obehagskänslor i samband med arbete i miljöer såsom social misär, missbruksproblem eller miljöer där det kunde förekomma hot och våld. Informanterna beskrev att det uppstod tankar på hur man skall kunna ta sig ifrån situationen på ett säkert sätt. Informanterna upplevde också ibland identifiering mot egna anhöriga på ett sätt som ledde till rädsla. Särskilt i situationer då patienten har en sjukdomsbild liknande den anhöriges och nu på ett destruktivt vis skadat sig själv eller liknande.

Jag blev rädd i det fallet, för att jag har en bror som mår ungefär exakt lika dåligt, då kommer jag ihåg att jag blev jätterädd.

Ilkska och frustration

Informanterna upplevde ibland ilska. Känslorna beskrevs av informanterna vara hanterbara och möjliga att hålla tillbaka i den direkta situationen, men omöjliga att inte uppleva. Särskilt beskrevs frustration och ilska i situationer där upplevelsen är att barn inte mår väl, och då särskilt när barnen far illa i hemmiljön eller då den vuxna inte upplevdes ta sitt ansvar.

Jag blev jättearg! Jag gjorde mitt jobb, jag var jättetrevlig och försökte skoja med barnen. Jag behandlade henne precis som jag skulle ha behandlat vilken annan person som helst...//...Men jag var så arg, hur kan man göra så mot sina barn!? (gestikulerar). Hur kan man som vuxen människa må så dåligt att man väljer att mitt framför ögonen på sina barn försöka avsluta sitt liv? Intellectuellt så förstår jag ju varför. Men känslomässigt så är det svårt då att göra det

Ilskan beskrevs av informanterna upplevas på samma sätt vid möten med dysfunktionella familjer. Familjer där patienten till åldern är vuxen men upplevs behöva en annan vuxens stöd. Ilskan och frustrationen grundar sig då på anhörigas okunskap, eller ovilja att kontakta sjukvården. Patienten upplevdes ha en sjukdomsbild som krävde vård mycket tidigare i förloppet. Informantens upplevelse

var då att den anhörige rimligtvis borde ha förstått detta tidigare, alternativt inte haft förmågan att orka bry sig vilket beskrevs skapa en frustration hos informanterna inför förståelsen för patientens livsvärld.

Han är ju tokdålig när vi kommer dit, då känner man fy fan vad folk har det skit. Hur kan man ha en familjesituation där mamman som verkar ganska normal, inte bryr sig om att hennes son sitter i en stol, i princip okontaktbar och dagen efter sitter han helt nerspydd och skitdålig, och hon verkar inte det minsta orolig, det tyckte jag, så ska det fan inte va.

Maktlöshet

Informanterna beskrev en känsla av maktlöshet i samband med vissa situationer. Fullbordade suicid där försök till livräddande insatser misslyckats upplevdes ge en känsla av maktlöshet inför vården av de anhöriga och hur den vården skulle utföras. Vidare beskrevs känslan av att stötta den anhörige i en situation som den anhörige kanske inte kunnat förutspå, en anhörig som befinner sig i chock. Upplevelsen beskrevs som maktlöshet över att inte kunna hjälpa, trots vetskapen om att deras närvaro hade en positiv och stöttande effekt för den kvarvarande anhörige.

Anhöriga till sådana som har begått självmord. Det blir en märklig situation då. När man ska sitta hos någon, som precis förlorat någon på det sättet. Ja, på något sätt trösta då. Det tycker jag, det är en märklig situation. Å vad kan man säga, det känns väldigt jobbigt, att man inte kan göra något, mer än att lyssna, om den vill prata.

Informanterna beskrev att maktlöshetskänslor även infann sig i situationer där patienten upplevdes leva i en vardag där avsaknad av trygga sociala nätverk var påtaglig. Patientens livssituation upplevdes mer känslomässigt påverkande än det sjukdomstillstånd som patienten sökt vård för. Informanterna beskrev en vilja att agera, åtgärda och förbättra för patienten och vid tillfällen då andra instanser upplevdes vara de som egentligen är den rätta hjälpen för patienten, upplevde personalen svårhanterlig maktlöshet. Maktlöshet beskrevs bero på samhällets misslyckande i att hjälpa människor i deras vardagliga tillvaro, eftersom besök i personens hemmiljö gav en inblick i hur miserabel denna faktiskt är.

När man kommer hem till folk så ser man att folk har det jobbigt när de inte är sjuka, det är kanske den biten som man märker av mer...//...det kommer ju efteråt, varför hamnade han där? Varför är det ingen som gör någonting?

Att möta sorg

Informanterna beskrev negativa aspekter av att möta anhöriga i sorg. Särskilt i samband med dödsfall med förtvivlade anhöriga. Det beskrevs som något som följde informanterna känslomässigt. I den direkta vårdsituationen beskrev informanterna att de agerade, utan känslomässig påverkan. Efteråt beskrevs det dock vara svårt att avskärma sig, då ingen praktisk uppgift att utföra föreligger. Informanterna upplevde ibland en ovilja att utsätta sig för dessa situationer. I tragiska situationer som exempelvis att närvara vid dödsbesked av barn ville informanterna skydda sig själva från anhörigas sorgreaktion, i syfte att om möjligt minimera den egna känslomässiga påverkan. "Jag ville slippa se och höra eländet, jag ville skärmat av men i det läget går det inte att skärma av sig, det finns inget

att fokusera på”. Vidare beskrev informanterna den anhöriges sorgereaktion var det som till största delen låg till grund för den egna känslomässiga påverkan och var det som fanns kvar i informanternas minne längst.

Vi påbörjar HLR, sedan kommer nästa bil och då sticker vi iväg med barnet till XXX...//...Då skulle vi vara med då läkaren skulle ge det här beskedet...//... Det skriket kommer jag ihåg ifrån mamman, hon fullkomligt vrålar ju och på sina knän ber läkarna snälla gör någonting, det är sånt som sitter fast...//...det är fruktansvärt...//...jag kan börja gråta när jag tänker på det nu, det här skriket, när hon fullständigt vrålar ut...//...det kommer jag ihåg, det för jag ganska illa av faktiskt...//...i efterhand så sa jag att jag ville inte varit där inne och sett hennes reaktion.

Informanterna beskrev vidare att det fanns tillfällen i vårdens efterförlopp då vårdaren upplevde det positivt att finnas till hands för anhöriga. Det beskrevs en känsla av bekräftelse i samband med att möta patient eller anhörig i vårdens efterförlopp. Det upplevdes som positivt att av patientens anhöriga få bekräftat att personalen gjort ett väl utfört arbete och att anhörig var nöjd med detta, trots att patientens liv inte gick att rädda. Det sågs som oerhört positivt att få träffa anhörig i efterförloppet både för den egna positiva bekräftelsen, men också för att som vårdare hjälpa den anhörige i dennes sorgprocess. Informanterna upplevde att de erbjuder den anhörige en möjlighet att få en helhet kring vården av patienten, en möjlighet för den anhörige att få ”knyta ihop säcken”.

Det är en ganska ung man, vars fru börjat med HLR, hon är ju med medan vi tar över arbetet och vi träffade dem senare på IVA. och pratade med dem...//...hennes upplevelse har ändå varit positiv, hon känner att hon gjorde allt hon kunde och kunde va med när vi kommer på plats och hon ser att vi gör allt vi kan...//... det är ju skönt och träffa dem efteråt

Behov av stöd för att orka

Att hantera sina egna känslor

Informanterna beskrev att de i vården av patienten gick in i en professionell roll, för att avskärma sig från situationen och på så sätt inte ta åt sig av de intryck som denna innebär. Detta hävdade informanterna att de gjorde för att lyckas fokusera på det som skulle göras och för att inte bli överväldigade av de egna känslorna. Informanterna påpekade att det fanns en gräns för hur mycket man orkade vara med om.

Det sättet jag har är nog att inte ta åt mig...//...Jag skärmar av mig...//...man går in i sin professionalism...//...på så sätt stänger jag ute eller stänger inne känslor...//...men hade jag fått ett stillestånd en vecka efter det stilleståndet, då hade jag sagt upp mig. ...//... Det hade blivit för mycket att bearbeta helt enkelt, man har en bägare ändå som rinner över.

Informanterna beskrev vidare att det är vanligt att situationen glimmade till i tanken då och då. De beskrev då att de funderar på det en stund och sedan lades det åt sidan i samband med att man lämnade arbetsplatsen. Situationer som glimmade till beskrevs kunna vara bilder av barn som farit illa och dess utsatthet. Känslor och funderingar på barnets nuvarande situation sades uppkomma i samband med att återse barnet, antingen i arbetet eller privat. Informanterna beskrev också att byggnader eller liknande kunde väcka tankar och känslor.

*Även om man sitter och pratar om det, det är ju så att man bär med sig...//...
man kommer ihåg så fort man åker förbi stugan att ja just det, där var vi för ett
antal år sedan...//...men det är inget som man går och grämer sig över*

Informanterna beskrev att känslorna kunde medföra en upplevelse av att vilja avskärma sig. Då möjlighet att ventilerat tankar med kollegor inte funnits beskrevs känslorna läggas på hög inom sig, vilket gjorde informanterna mindre utåtriktade under en tid framöver. Det upplevdes vanligt att som ny i yrket, hamna i situationer där man trodde att "så här är det" och att då välja att arbeta vidare utan känslomässig reflektion. Informanterna beskrev att det då till slut uppstod en psykisk form av trötthet och i samband med denna trötthet upplevdes övriga familjen påverkas. Detta beskrevs kunna yttra sig genom lättretlighet, tystlåtenhet eller en känsla av att den egna familjens vardagliga bekymmer bagatelliserades då dessa upplevdes små.

Mina kollegor är min andra familj

Sjuksköterskorna framhöll en form av familjär stämning på arbetsplatsen. Gemenskapen beskrevs som en form av samhörighet bland kollegorna. Vidare beskrev informanterna att i ett väl fungerande arbetslag talade man om det mesta med ett öppet och naturligt förhållningssätt. Det upplevdes viktigt att i arbetslaget vara goda kollegor. Arbete i lag var vanligt på stationerna och vikten av lagkänsla. Denna byggdes på en tydlighet avseende aspekten lyhördhet gentemot varandra och varandras förväntade, icke uttalade, eller uttalade behov.

*Och får ett uppdrag...//...en plötslig spädbarnsdöd. Som inte gick att rädda och
då när vi kommer tillbaks till stationen efter det, så är våra kollegor där och
hade förberett lite fika och så ...//... det är ju en sån lyhördhet som är väldigt
uppskattad, att man hade tänkt på det helt enkelt*

På stationerna beskrevs en rå men hjärtlig stämning som upplevdes användas i syfte att avdramatisera den dagliga tillvaron, vilket gjordes med något som kan liknas med ironi och sarkasm. Jargongen beskrevs handla om skämt om varandra, patient eller anhörig men upplevdes av informanterna inte användas i syfte att förnedra eller förödmjuka någon. Jargongen beskrevs snarare som något som används i syfte att orka med vardagen, och användes på stationen eller i bilen och aldrig i närvaro av patient eller anhörig. Informanterna beskrev vidare en djup gemenskap tillsammans med den närmaste kollegan, som berodde på den nära arbetsrelationen och de situationer du tillsammans med kollegan måste bemästra. De framhöll att den känslomässiga påverkan i första hand hanterades tillsammans med den närmsta kollegan. Samtal med kollegor med tidigare upplevelser från liknande situationer beskrevs av informanterna som det bästa sättet att hantera det som nu hänt.

*Efteråt, när vi satt i bilen och körde till kapellet med den avlidne så satt vi och
pratade om hur vi kände, bägge två. Och att få känna det, att man inte är ensam
om de här känslorna, den här rädslan, att min kollega som jag åkte med den
dagen, har jobbat jättelänge, men han kommer ihåg sin första dödsolycka också*

Att aktivt be kollegor om att samtala beskrevs dock ibland vara svårt, framför allt som ny då man inte kände kollegorna ordentligt. Informanterna beskrev vidare att det inte alltid är den närmsta kollegan för dagen, som är den som är bäst lämpade att samtala med. Personkemin upplevdes ha stor betydelse och vara det som avgjorde vem man valde att samtala med. Informanterna beskrev att vid

tillfällen då de arbetade tillsammans med någon som upplevdes ha en ovilja mot att diskutera känslomässig påverkan, valde informanterna istället att spara diskussionen och söka sig till de kollegor där det upplevdes accepterat att ventilera tankar och känslor.

En del är väl så här, att skit i det, det var väl inget. De har jobbat i hundra år och tycker inte någonting är något. Det är väl deras strategi, och så kanske det blir efter ett tag. Men med de flesta känner man ett bra stöd och man kan prata om det mesta sedan har man alltid de som man är lite närmare, som man föredrar att prata med.

Familjen där hemma är också ett stöd

Informanterna beskrev situationer där tid, arbetsmiljö eller andra faktorer begränsade möjligheten till kollegialt stöd, detta gjordes att känslorna ventileras på andra sätt. I sådana situationer användes ofta partnern där hemma, vänner eller andra anhöriga som en form av container för att hantera upplevelsen, vilket ibland kan vara tillräckligt för att bearbeta känslorna. Informanterna beskrev vidare att det inte alltid krävdes att mottagaren hade en direkt förståelse för händelsen, utan snarare att det fanns ett behov av att få ventilera tankar och känslor som uppstått. Mottagaren för dessa känslor kunde ibland vara oväsentlig, då det viktigaste är att få sätta orden i ett sammanhang för den egna bearbetningens skull.

Nu är ju detta självklart en fredag eftermiddag och man jobbar inte helgen...//...när vi väl kom till station så slängde jag över bilen, för nästa uppdrag var redan på gång så att säga. Så vi hann inte sätta oss ner och prata ordentligt. Följden blev att man pratade med sin fru om detta...//...det handlar egentligen bara om att få prata av sig om händelsen.

Ingen annan än kollegorna kan förstå

Informanterna påtalar en ovilja att efter allvarliga händelser avsluta arbetspasset och gå hem och upplever att personalgruppen tillsammans rekommenderar varandra att stanna på stationen efter särskilt tragiska händelser. Detta för att tillsammans bearbeta det som upplevts. Då de påtalade att det kan vara ohälsosamt att vara ensam med tankar och funderingar. Att tillsammans sätta känslorna i ett sammanhang för att på så sätt kunna bearbeta och gå vidare. Vidare beskrevs en tydlig åsikt om att ingen annan än kollegorna riktigt kan förstå det man kan utsättas för i yrket och vilka känslor detta ger upphov till.

De förstår vad man ser och vad man utsätts för, de förstår vilka känslor jag kan ha inför en uppgift eller en känsla efter en uppgift...//...Jag kan fullständigt förstå den kollegan när den återberättar...//...jag kan förstå den rädslan, jag kan sätta mig in i det, för jag kan också vara den som kan gå in genom den dörren, eller få det här döda barnet...//...man behöver inte sätta ord på det. Man vet vad man har varit med.

Informanterna upplevde att kollegorna förstod deras upplevelse, oavsett vad, och kunde relatera till egna erfarenheter. Åsikten är att det är omöjligt för en lekman att förstå de lukter, ljud och synintryck som exempelvis en olycksplats, eller stor brand medför. En lekman ansågs heller aldrig kunna förstå känslan av att stötta en anhörig i chocktillstånd över ett barns död. Informanterna beskrev att en lekman kunde förstå att det är en fruktansvärd upplevelse, men de upplevde att de aldrig på djupet

kunde förstå vårdarens innersta känslspektra. Informanterna beskrev vidare att anledningen till att ingen annan kunde förstå, var att personer som aldrig arbetat inom ambulanssjukvård har en snedvriden uppfattning om vad detta innebär. Massmediala forum ansågs av informanterna ge allmänheten en missvisande och glorifierad bild av yrket, som något där utgången för patienten alltid var god. Massmedia ansågs utesluta de bitar som gav upphov till en negativ känslomässig påverkan, vilket av informanterna ansågs vara en del i att ingen annan än de som faktiskt arbetat inom ambulanssjukvård kunde förstå vad verkligheten innebar.

Olika tv program...//...de visar inte ens hälften vad vi egentligen ser. De klipper ju alltid bort dom tragiska grejerna...//... det är en missvisande bild, vad man utsätts för många gånger...//..Dom förstår att vi kör en plingplong-taxi som kör runt här på gatorna och blinkar blått, dom förstår att vi hämtar sjuka människor, men mer förstår dem inte

Möjlighet till organisatoriskt stöd

Informanterna upplevde att det från arbetsgivarens sida fanns goda teoretiskt utarbetade rutiner avseende att stödja personalen. Dock ansågs av informanterna att då den teoretiska planen skall omsättas i praktik fanns det stora skillnader. Informanterna framhöll att personal arbetandes på landsbygd sällan eller aldrig upplevde det som något problem att från arbetsgivaren erhålla det stöd som behövdes. Informanter som arbetade i storstad sade sig uppleva att det fanns en ovilja att erbjuda personalen den tid som en organisatorisk debriefing krävde. Upplevelsen var att det stora antalet uppdrag i storstadsmiljö var anledningen till att det fanns svårigheter i samband med att ta en eller några ambulanser ur tjänst för några timmar.

I stor grupp så skulle det ta sådan tid, det tar ju en fruktansvärd tid. När man har en debriefing i storstad, då är kanske 2 eller 3 ambulanser avställda på den här debriefingen. Då vet man att man har kollegor som kör runt i staden och kör häcken av sig och SOS har redan ringt och sagt att ni får gärna skynda er, och man har den här pressen hela tiden så man hinner inte sitta och prata

Informanterna påtalade att det organisatoriska stöd som finns är snarare en form av debriefing i grupp tillsammans med andra yrkeskategorier och informanterna upplevde att debriefingen vara riktad till att i framtiden förbättra insatser där flera olika yrkeskategorier skall samarbeta. Detta ansågs av informanterna ge en erfarenhet inför framtida liknande situationer och samtidigt en möjlighet att utföra dessa på ett bättre vis. Debriefingen upplevdes av informanterna rikta sig mer mot organisation, än debriefing av den individuella känslomässiga upplevelsen, och debriefing i grupp som sådan, var inte uppskattad av de informanter som hade erfarenhet av detta. Att inte uppskatta debriefing i grupp beskrevs ha flertalet anledningar. Debriefingen upplevdes vara tidsödande och krävde att ambulansen ställdes av under en tid. Detta gav informanterna en upplevelse av att belasta övriga kollegor i organisationen, för egen vinnings skull. Informanterna beskrev vidare att de hellre samtalande med de närmsta kollegorna och att detta var den i särklass viktigaste hanteringen av känslomässig påverkan. Anledningen till detta beskrevs vara att informanterna hade en ovilja att blotta känslor inför personal från andra professioner, exempelvis räddningstjänst eller polis där ingen personlig relation finns etablerad.

Den viktigaste debriefingen är den som är emellan kollegorna i bilen. Den andra debriefingen...//...när man sitter med brand, polis, SOS och kollegorna...//...då är det mest organisatorisk debriefing...//...det rent psykiska, när man mår dåligt och är trött, då pratar man med sin kollega. Det pratar man inte om i grupp med 20 personer. Nej, den saknar jag inte särskilt mycket, och jag har aldrig känt glädje av en sådan debriefing...//...man känner inte de personerna som är med ...//... och då kanske inte man vill blotta sig”

METODDISKUSSION

Valet av kvalitativ ansats gjordes för att fånga informantens livsvärldsperspektiv på ett djupare vis. Enligt Kvale & Brinkman (2009) görs detta på bästa sätt genom den kvalitativa ansatsen (Kvale & Brinkman, 2009). Att ha använt sig av kvalitativ ansats kan ha anses stärkt tillförlitligheten genom att ansats väljs utifrån syftet (Graneheim & Lundman, 2008), det vill säga att ambulanspersonal ges möjlighet att själva beskriva den känslomässiga upplevelsen och hanteringen av denna, så som den erfars.

Studien gjordes med ett strategiskt bekvämlighetsurval. Antalet informanter sex sjuksköterskor kan ses som en begränsning då resultatet bygger på informanternas subjektiva upplevelse. Enligt Kvale & Brinkman (2009) kan resultatets överförbarhet diskuteras, eftersom metoden är bunden till dessa informanternas subjektiva upplevelse (Kvale & Brinkman, 2009). Informanterna har delgivits en frivillig förfrågan om att delta i studien, vilket vi ser som en styrka då informanterna själva haft en vilja att delge författarna sin livsvärld. Enligt Kvale & Brinkman (2009) är goda informanter deltagare som är villiga att delge intervjuaren sin upplevelse på ett sanningsenligt och målande sätt. (Kvale & Brinkman, 2009).

Vi genomförde intervjuerna som kvalitativa djupintervjuer det för att skapa en dialog. För att skapa ett förtroende lät vi informanterna fritt berätta om sin upplevelse. (Trost, 2010) Enligt Trost (2010) är ingångsfrågan i en intervju avgörande för hur den följande intervjun avlöper. Vi hade som intervjuare inte tidigare någon yrkeslivserfarenhet inom ambulanssjukvården, och det kan detta sammanhang ses som en fördel att ha begränsad kännedom om fenomenet, då intervjuaren då inte drar sig för att ställa följdfrågor som av intervjuaren eller informanten kan upplevas ha ett självklart svar (Trost, 2010). Samtliga intervjuer genomfördes under informantens fritid, utan tidspress. Intervjuerna har genomförts av båda författarna vilket beslutats i samråd med informanten. Detta kan ses som en styrka i studien då det enligt Trost (2010) ger möjlighet till en intervju med större informationsmängd och förståelse, då intervjuaren är novis inom intervjuteknik (Trost, 2010). Vidare ser författarna en möjlig svaghet i att ha varit två intervjuare då detta kan resultera i en maktsituation gentemot informanten (Trost, 2010). I möjligaste mån försökte denna upplevelse reduceras bland informanterna genom att ge informanten ett aktivt val, en möjlighet att välja bort att ha två intervjuare deltagande vid intervjutillfället.

Att vara noviser inom området intervjuteknik kan ses som en svaghet i studien. Trost uttalade försök att teoretiskt läsa in tekniken, samt några provintervjuer föreligger risken att till informanten ställa ledande frågor, vilket kan påverka resultatets trovärdighet. Även kan det medföra en risk att missa att följa upp viktiga trådar i berättelsen vilket Trost (2010) beskriver vara relativt vanligt bland ovana intervjuare, tillsammans med en form av rädsla för tystnad och oförmåga att finna nya

frågeställningar till informanten. Detta försökte vi vara medvetna om och att kompensera för genom att vara två intervjuare då Trost (2010) menar intervjuarna kan uppleva ett stöd i varandra.

Dataanalysen inleddes med att lyssna på intervjuerna ett flertal gånger för att fånga känslan för intervjuernas innehåll. Vidare transkriberades intervjuerna för att fånga den autentiska versionen i textform. Detta ett första steg för en tillförlitlig studies genomförande (Graneheim & Lundman, 2008). Vi analyserade data med hjälp av färgkoder för att på inget sätt kunna sammanblanda informanternas berättelser. Detta för att ingen informant skall uppleva sin berättelse som snedvriden, vilket enligt Kvale & Brinkman (2009) då helt skulle kunna ogiltiggöra resultatet (Kvale & Brinkman, 2009). Texternas egentliga innebörd diskuterades och reflekterades kring med hjälp av ett konsensusförfarande. Kvale & Brinkman (2009) menar att konsensusförfarandet innebär att texterna på djupet gås igenom och diskuteras för att säkerställa innebörden och att denna tolkas på samma sätt av båda författarna (Kvale & Brinkman, 2009). Graneheim & Lundman (2008) framhåller att detta stärker trovärdigheten för analysen av texterna, då det skapar en samstämmighet i tolkningen av det slutgiltiga resultatet. Att bevara den ursprungliga berättelsen beskrivs enligt Kvale & Brinkman (2009) vara ett sätt att höja studiens trovärdighet då detta görs genom att informanten känner igen sig i det slutliga presenterade resultatet (Kvale & Brinkman, 2009). Att vår förförståelse kan inverka på resultatet och dess tillförlitlighet har vi försökt reflektera och vara medvetna om och är något som Graneheim & Lundman (2008) påpekar.

Under en intervju av någon anledning föll en minut och trettio sekunders data bort, vilket inte gick att återlyssna på diktafonen. Detta har skedd av oklar anledning, vilket lett till att en del av data förlorades. Möjligen kan någon viktig innebörd av resultatet då ha gått om miste. Författarna tog lärdom av det tekniska misstaget och därefter valde att i möjligaste mån kompensera för eventuella ytterligare teknikproblem genom att ständigt genomföra intervjuerna med minst två diktafoner som bandade intervjun.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet av denna intervjustudie lyfter fram yrket som stimulerande och utmanande, men även frustrerande och känslan av maktlöshet var tydlig. Ambulanssjuksköterskorna beskrev deras arbete som att vara skärpt och uppfyllt av sitt arbete, vilket innebär att de såg det som världens roligaste yrke, där de gör nytta och är en hjälpande hand för anhöriga, men också att känna sig osäker i ett nytt vårdrum. De påtalade också hur de konfronterades med patienters tunga verklighet och mötet med sorg, vilket väcker känslor av rädsla, ilska, frustration och maktlöshet. De betonade behov av stöd för att orka hantera sina egna känslor där kollegor sågs som en andra familj, men även där den egna familjen var ett stöd. De ifrågasatte de möjligheter till stöd som erbjöds i organisationen, men framförallt betonade de att ingen annan än kollegorna kunde förstå.

Att vara skärpt och uppfyllt av sitt arbete

I resultatet beskrevs ambulansyrket, av informanter, med ord som givande, stimulerande och utvecklade. Det upplevs som en förmån att få hjälpa tredje man och dess anhöriga. Informanterna beskrev sitt arbete som en glädjekälla, men är också medvetna om den tragik och känslomässiga påverkan som arbetet inom ambulanssjukvård faktiskt innebär. Den positiva stimulansen upplevs härstamma från det varierande arbetsfältet. Informanterna betonade att de brann för den utmaning som yrket innebär och upplever nya erfarenheter och kunskaper som positivt. Enligt Ahl, Hjalte, Johansson, Wireklint Sundström, Jonsson & Suserud (2005) är personal inom ambulanssjukvård en

speciell typ av människor, som attraheras av att utsättas för utmaningar och som ser det som stimuli att lösa svåra situationer och att testa gränser (Ahl et. al, 2005) Denna studies resultat visade att ambulanspersonal är en form av adrenalinjägare och ovissheten om dagens händelser är det som ses som det absolut roligaste i yrket tillsammans med nyttokänslan över att finnas till för tredje man och dess anhöriga.

Informanterna i denna studie beskrev vidare kontakten med anhöriga som en viktig del i det dagliga arbetet. Det beskrevs som viktigt att stödja anhöriga särskilt vid tillfällena då inget mer finns att göra för patienten och det upplevs som positivt att anhöriga får se att allt som var möjligt blev gjort. Enligt Bremer (2008) är situationen för den anhörige i dessa lägen både ångestladdad och kaotisk. Den anhörige pendlar mellan hopp och förtvivlan och ambulanspersonalen kan förmedla en form av lugn i situationen, även vid tillfällena då de tvingas lämna ett dödsbud (Bremer, 2008). Informanterna i denna studie upplevde i samband med sådana besked att de kan göra stor nytta för den anhörige bara genom att finnas till på plats. Detta beskrevs vara en av ambulansyrkets värsta men samtidigt mest givande och viktiga stunder, vilka enligt Bremer (2008) om ambulanspersonalen agerar på ett stödjande vis, ur den anhöriges perspektiv är av stort värde (Bremer, 2008). I vår studies resultat framkom det att sjuksköterskorna upplevde det som en förmån att få finnas till hands, men det finns också en paradox i denna upplevelse. I dessa stunder kan det vara svårt att skärma av sig från egen känslomässig påverkan vilket kunde leda till identifiering och tankar kring hur det skulle kännas att själv stå som anhörig i situationen. Det upplevdes vara en situation som man som personal kan hantera, men som inte får upplevas med för täta intervall, då detta skulle leda till en känsla av att inte orka arbeta vidare inom den prehospitala vården. I samband med traumatiska eller känslomässigt starkt engagerade situationer var det således av största vikt att det fanns väl utarbetade rutiner för känslomässig återhämtning, reflektion och handledning. Detta då en tidigare studie (Hedlin, 1998) visat att ambulanspersonal har en ökad benägenhet för stressymtom och för tidig pensionsavgång. (Hedlin, 1998). Att känna stöd och god kommunikation med arbetsgivare är viktiga aspekter för undvikande av psykosomatiska besvär som exempelvis utbrändhet och trötthet (Hedlin, 1998, Jonsson & Segesten, 2003; 2004; Jonsson et al, 2003; Van der Ploeg, 2003; Svensson & Fridlund, 2008)

Att konfronteras med patienters tunga verklighet

Denna studies resultat beskrev stor frustration över att möta patient och anhöriga när familjeförhållandet upplevs vara dysfunktionellt. Upplevelsen är att det i dessa fall handlar om dysfunktionella familjer där de närmsta anhöriga inte tar sitt ansvar och väljer att kontakta sjukvården för sent, eller inte alls. Enligt Ahl, Nyström & Jansson (2006) finns det anledningar till att anhöriga ibland väljer att vänta, eller tvekar inför kontakt med sjukvården. De anhöriga vill undvika upplevelsen av att vara en börda, att visa sårbarhet eller att utsätta den sjuke för något obehagligt. Det finns en ovilja och en känsla av skam mot att visa sig sårbar inför exempelvis grannar. Det finns det anhöriga som har en stor vilja att försöka reda upp situationen själva och därför väljer att avvakta tillkallandet av ambulans, detta därför att de saknar kunskap kring när en ambulans skall tillkallas (Ahl et. al, 2006). Ambulanssjuksköterskan har enligt lag skyldighet att anmäla situationer där barn upplevs fara illa, det vill säga att anmäla missförhållanden till socialtjänsten (Socialtjänstlagen 2003: 418). Det bör vara en prioritering att ha ett strukturerat väl fungerande stöd i organisationen för att underlätta och stödja sjuksköterskor i dessa svåra lagstadgade arbetsuppgifter.

Resultatet beskriver vidare över det faktum att identifiering med patient och dess anhöriga inte är ovanligt. Dahlberg & Segesten (2010) menar att detta är mycket vanligt i vårdrelationen till

patienten (Dahlberg & Segesten, 2010). Ambulanspersonalen reflekterar ofta över tacksamheten över den egna hemsituationen och det beskrivs ibland kunna vara svårt att balansera mellan närhet och distans till patienten. Särskilt i de fall då patienten är i samma ålder som vårdaren. Enligt Elmqvist et. al (2009) är det viktigt att våga vara nära patienten, men att för den delen inte bli så psykologiskt påverkad att det hämmar möjligheten att agera i den faktiska situationen (Elmqvist et. al, 2009). Ambulanspersonalen upplever inte balansgången mellan närhet och distans som ett problem i den akuta situationen, då avskärmar sig personalen och agerar. Men känslan av identifikation uppkommer i efterförloppet med tankar som exempelvis *Man kände sig lite mer som en kompis än i sin yrkesroll...//...Det kunde lika väl varit min kompis*” vilket av ambulanspersonalen beskrivs som tungt att bära med sig. Det upplevs som något som måste hanteras för att orkar arbeta vidare. Enligt informanterna finns väl utarbetade rutiner och riktlinjer för hantering av känslomässig påverkan vilket också är lagstadgat (Arbetsmiljölagen, 2010). Dock ter det sig då för författarna märkligt att upplevelsen kring hur detta används och fungerar i praktiken kan vara så varierande från arbetsplats till arbetsplats.

Behov av stöd för att orka

Studiens resultat visade att informanterna ibland upplever att den känslomässiga påverkan måste hanteras direkt på plats, för att lyckas utföra de omvårdnadsåtgärder som krävs för att vårda patienten på ett optimalt sätt. För att lyckas med detta beskrev informanterna en form av avskärmning, för att inte involveras känslomässigt på ett sätt som omöjliggör en optimal arbetsinsats, ”*Det sättet jag har är nog att inte ta åt mig...//...Jag skärmar av mig.* Detta kan upplevas på ett sätt känslolokalt, men enligt Elmqvist, Brunt, Fridlund & Ekeberg (2009) är detta det enda sättet för ambulanspersonalen att lyckas agera professionellt och på detta vis lyckas distansera sig för att kunna utföra arbetet, även i situationer som för en lekman kan upplevas oerhört skrämmande och känslösamt. Det är ett sätt att på ett systematiskt vis försöka rädda liv (Elmqvist et. al, 2009). Resultatet visade att ambulanspersonalen stänger av känslorna och agerar i den direkta situationen men att dessa istället kommer över personalen vid senare tillfälle, exempelvis på stationen. Informanter beskrev vikten av en god relation med kollegorna, en lagkänsla där det upplevs viktigt att vara lyhörd för varandras uttalade och icke uttalade behov. Enligt Ahl et. al (2005) finns det inom ambulanssjukvården en extraordinär form av lagkänsla. Denna yttrar sig genom en unik vilja att samla kollegorna för samtal kring känslösamma och svåra situationer (Ahl et. al, 2005) Ambulanspersonalen beskrev en djup gemenskap tillsammans med kollegorna och denna anses grunda sig i en familjekänsla, där man både bor och arbetar tillsammans. Enligt Ahl et. al (2005) är en förutsättning för ett väl fungerande lag och lagkänsla (Ahl et. al, 2005).

Studiens resultat belyste ambulanspersonalens upplevelse av vikten kring relationen med kollegorna, för att orka konfronteras med patienter och anhörigas verklighet. Upplevelsen är att ingen som tidigare inte arbetat inom prehospital vård kan förstå dessa känslor och kollegornas känslor för varandra anses av Ahl et. al (2005) bottna i de erfarenheter och djupa känslor som upplevs tillsammans, i samband med och efter situationer som erfars inom det gemensamma arbetsfältet (Ahl et. al, 2005). Informanterna i denna studie beskrev den i särklass viktigast komponenten i hanterandet av känslomässig påverkan vara kollegialt stöd. Dock upplevdes inte detta alltid räcka till och det beskrevs då läggas ett stort ansvar på den enskilde individen för att starta igång den organisatoriska krisplan som enligt lag skall stå till förfogande på varje arbetsplats (Arbetsmiljöverket, 2010).

Informanterna beskrev att det på samtliga arbetsplatser fanns en utarbetad rutin för hur denna krisplan skall fungera och organiseras. Detta är dock ingen form av reflektion som sker kontinuerligt, utan lämnar ansvaret till individen att starta processen när denne upplever behov av stöd. Detta får ändå anses förvånande, för hur skall en arbetstagare kunna ansvara för att själv, inom rimlig tid uppmärksamma och uttala behovet av stöd? Rutinerna ger möjlighet till debriefing i grupp, men informanterna i denna studie påpekade att denna debriefing var föga viktig för bearbetning av de egna känslorna. Att ställa av ambulansen under en eller några timmar för återhämtning, var en möjlighet som fanns och av personalen uppskattades, då detta gav möjlighet till kollegialt stöd. Vårt resultat visar dock en skillnad avseende hur denna rutin användes, baserat på om informanten arbetade i storstad eller på landsbygd, vilket vi upplevde anmärkningsvärt. Hos informanter som beskrev arbetsmiljön och möjligheten till organisatoriskt stöd vid arbete i storstad upplevs en form av stress i samband med att ställa av ambulansen. Informanterna påpekade att de kände sig "jagade" av larmcentralen som prioriterar och dirigerar inkommande samtal till nödnumret. Detta då antalet uppdrag blir fler för de ambulanser som fortfarande är i tjänst. I samband med detta uppstod då en form av dåligt samvete gentemot de arbetande kollegorna vilket vi misstänker kunna vara en orsak till att välja att fortsätta arbeta, trots upplevelsen av att egentligen inte orka. Vi misstänker vidare att i förlängningen skulle detta kunna leda till en försämrad egenhälsa hos personalen, men också möjligen till en sämre vård av nästkommande patient.

Den tretton år gammal kartläggning som visade att det finns ett missnöje avseende arbetsgivarens förebyggande av ohälsa på grund av emotionell påverkan. Denna har inte följts upp, trots senare forskning som lägger särskild vikt vid ambulanspersonalens tydliga riskfaktorer för utvecklandet av ohälsa, på grund av emotionell stress (Jonsson et. al, 2003; Jonsson & Segesten; 2003; 2004, Van der Ploeg & Kleber, 2003; Wiitaavara et. al, 2007). Den enda uppföljning som gått att finna är istället en kvantitativ studie avseende förekomsten, det vill säga antalet tillfällen med hot och våld inom ambulanssjukvården (Arbetsmiljöverket, 2006). Denna studie diskuterar således inte den aspekt att en stor del av ambulanspersonalen upplever ett bristande stöd med inriktning på emotionell påverkan (Hedlin, 1998) vilket tedde sig märkligt då det för över ett årtionde sedan konstaterats att detta brister. I förlängningen skulle detta kunna leda till en försämrad egenhälsa hos personalen, men också möjligen till en sämre vård av nästkommande patient.

Som tidigare beskrivits i studien är det viktigt för bevarandet av hälsa att sätta känslor i ett sammanhang, för att upplevelsen skall få en meningsfullhet och därigenom bli begriplig och hanterbar (Antonovsky, 2005). Därför menar vi att det är av yttersta vikt att ambulanspersonal upplever det som accepterat att tillfälligt lyftas ur tjänst, det vill säga få möjlighet till kollegialt och professionellt samtalsstöd och hjälp att sätta känslorna i ett begripligt sammanhang, i syfte att bevara hälsa. För att ambulanspersonalen skall orka möta den tragik och många gånger sorg som deras arbetsmiljö innebär, krävs det möjligheter att göra just detta, vilket kan uppnås endast genom att personalen uppmuntras att sätta ord på, medvetandegöra och hantera de känslor som denna studie beskrev att sjuksköterskor inom ambulanssjukvård faktiskt upplevde.

Slutsats

I denna studie framkom att sjuksköterskor kunde uppleva sig som äventyrslystna men såg ödmjukt på den förmån det upplevdes vara att få hjälpa tredje man även i den ickeakuta situationen. Studien visade att sjuksköterskor inom ambulansvård i sin arbetsmiljö upplevde allt från spänning, behov av att vara skärpt och mycket stimulerande arbetssituationer, till djupt tragiska, frustrerande och ibland situationer involverandes stor maktlöshet. Lagkänslan tillsammans med det kollegiala stödet anses vara det som lägger grunden till att ambulanspersonalen upplever arbetets baksidor som hanterbara,

trots att det på många arbetsplatser beskrivs finnas brister i det organisatoriska stödet. Regelbunden, schemalagd och förebyggande reflektion existerar enligt informanterna inte inom ambulanssjukvården, bortsett från de kollegiala samtalsstöd som spontant sker på stationen, tack vare den gemenskap som byggs upp i kollegiet. Möjligheten till debriefing finns, men behovet måste påtalas av den enskilde. Detta kan anses lägga onödigt stort ansvar på individen att uppmärksamma symtom på ohälsa, särskilt med tanke på den bindande lag som ålägger arbetsgivaren att vara ytterst ansvarig för detta. Ur ett framtida arbetsmiljöperspektiv är det viktigt att uppmärksamma, för att möjliggöra ett bevarande av hälsa och en hållbar arbetsmiljö bland ambulanspersonal.

Kliniska implikationer

- Utvidgad utbildning avseende praktisk apparatur i syfte att öka tryggheten för ny personal
- Att som arbetsgivare avsätta schemalagd regelbunden reflektion bland ambulanspersonal i syfte att förebygga ohälsa, oavsett arbetsplats.

Framtida forskningsförslag

- Är orsaken till de för tidiga pensionsavgångarna, sjukskrivningarna och så vidare en påverkan av det egentliga arbetet, eller handlar det snarare om att arbetsmiljön ger för liten möjlighet till återhämtning mellan uppdragen?
- Är det så att ambulanspersonal som individer kan vara mer eller mindre rustade att klara den känslomässiga påverkan som arbetet innebär. Klarar somliga bättre än andra att vända negativa erfarenheter, till en i slutändan positiv erfarenhet att använda sig av senare i livet.

REFERENSER

Aasa, U., Brulin, C., Ängquist, K-A & Barnekow-Bergkvist, M. (2005). Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scand J Caring Sci*; Vol 19. S 251-258.

Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint-Sundström, B., Jonsson, A & Suserud B-O. (2005). Culture and care in the swedish ambulance services. *Emergency Nurse*. 13 (8).

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

Antonovsky, A. (2005). Hälsans mysterium. Köping: Natur och Kultur.

Arbetsmiljölagen (2002). *Allmänna skyldigheter Kap 3*. Tillgänglig: <http://www.av.se/lagochratt/aml/Kapitel03.aspx>

Arbetsmiljölagen (2010). *Allmänna skyldigheter Kap 3*. Tillgänglig: <http://www.av.se/lagochratt/aml/Kapitel03.aspx>

Arbetsmiljöverket (2006). *Sammanställning över tillsyn mot våld och hot inom akutmottagning och ambulans*. Tillgänglig: <http://www.av.se/pressrum/pressmeddelanden/2006/5877.aspx>

Bergstrand, M. (2004). *Hälsorådgivande samtal*. Lund : Studentlitteratur.

Bremer, A. (2008). *När livet skakas om- Patienter och närståendes erfarenheter av hjärtstopp utanför sjukhus*. Växjö Universitet: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund; Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund; Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*. Vol 24, S. 105-112.

Graneheim & Lundman (2008). (Red). *Kapitel 10*. Granskär, M., Höglund-Nielsen. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur

Hedlin, M. (1998). *Kartläggning av ambulanspersonalens arbetsmiljö*. Solna: Arbetarskyddsstyrelsen. Tillgänglig från: http://www.av.se/dokument/publikationer/rapporter/RAP1998_07.pdf

Jansson, K-Å. (2009). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm; Liber AB.

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

Jonsson, A & Segesten, K. (2004). Daily Stress and Concept of Self in Swedish Ambulance Personnel. *Prehospital and Disaster Medicine*. Vol. 19 (3).

Jonsson, A & Segesten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*. Vol. 12. S 215-223.

Jonsson, A, Segesten, K & Mattson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency medicine Journal*. Vol. 20. S 79-84.

Kvale, S & Brinkman, S. (2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Nordenfelt, L. (1991). *Hälsa och värde: studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik*. Stockholm; Thales.

Poljak, A., Tveith, J & Ragneskog, H. (2006). Omvårdnad i ambulans– den första länken i vårdkedjan. *Vård i Norden*. Vol. 26 (1). S 48-51.

Sandman, L., Nordmark, A. (2006). Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nurse ethics*. Vol 13. S592-607.

SFS, Svensk författningssamling. (2011). *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor, (2003:460)*. Hämtad 2011-06-09 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet02003:460>

Socialtjänstlagen (2 003:418). Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Tillgänglig: https://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course05717/published/1289756631194/resourceld/3966992/content/infoweb/node-1666563/Lag%20om%20yrkesverksamhet%20pa%20halso-%20och%20sjukvardens%20omrade.pdf

Svensson, A & Fridlund, B. (2008). Experience of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A critical incident study. *International emergency nursing*. Vol. 16. S 35-42.

Trost. J. (2010). Kvalitativa intervjuer. Lund; Studentlitteratur

Van der Ploeg, E & Kleber, RJ. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: Predictors of health symptoms. *Occup Environ Med*. Vol 60. S i40-i46.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer – inom humanistisk-Samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2011-06-09 från http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/H0014.pdf

- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm; Natur och Kultur.
- Wiitawara, B., Lundman, B., Barnekow-Bergkvist, M., & Brulin, C. (2007). Striking a balance – health experiences of male ambulance personnel with musculoskeletal symptoms : a grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 44 (5). S 770-779.
- Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd*. Doktorsavhandling: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Växjö Universitet. ISBN: 91-7636-460-7

Bilaga 1

Kvalitativ intervjustudie om hur ambulanspersonal påverkas känslomässigt av sitt arbete.

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som nu studerar till specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård. Vi skriver nu vår magisteruppsats, inom ämnet hur man som ambulanspersonal påverkas känslomässigt av sitt arbete och fokuserar på sjuksköterskor i ambulans med 1-5 års yrkeserfarenhet.

Tidigare forskning visar att ambulanspersonal påverkas känslomässigt av sitt arbete. Detta har gjort oss nyfikna på hur man påverkas känslomässigt när man fortfarande är relativt ny i yrket. Därför behöver vi din hjälp, som informant i vår studie som pågår under våren 2011.

Materialet kommer att samlas in i form av intervjuer och beräknas ta cirka 30-60 minuter. Under intervjun får du beskriva hur du känslomässigt påverkas av ditt yrke. Tid och plats anpassas efter dina önskemål.

Deltagandet i studien är frivilligt och deltagandet kan avbrytas när som helt utan förklaring till varför. All insamlad data kommer att behandlas och presenteras anonymt i vår studie. Materialet kommer att analyseras och därefter presenteras i citatform, avidentifierat i vår studie som sedan kommer att publiceras under sommaren 2011 på Högskolan i Borås hemsida [.http://bada.hb.se](http://bada.hb.se)

Ytterligare information och svar på frågor lämnas av:

Student:

Lovisa Adolfsson

lovisaadolfsson@hotmail.com

Student

Jenny Pavlovic

Jenny.thulin@hotmail.com

Handledare

Angela Bång Institutionen för vårdvetenskap

Angela.Bang@hb.se

