

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
M2014:4

Patienters upplevelser av vårdmöten när sjuksköterskor
inom ambulanssjukvården hänvisar till annat färdstätt

-
En kvalitativ intervjustudie

Viktor Henriksson
Petter Major



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Patienters upplevelser av vårdmöten när sjuksköterskor inom ambulanssjukvården hänvisar till annat färd sätt En kvalitativ intervjustudie
Författare:	Viktor Henriksson Petter Major
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård
Handledare:	Gabriella Norberg och Birgitta Wireklint Sundström
Examinator:	Anders Bremer

Sammanfattning

Antalet ambulansuppdrag ökar i Västra Götalandsregionen i snabbare takt än ambulansresurserna, samtidigt som kraven på ambulanspersonalen blir allt högre. I området Norra Älvsborgs Länssjukhus och Uddevalla sjukhus (NU-sjukvården) har ett beslut fattats sedan juli 2013 att endast de patienter som brådskande måste till sjukhus, alternativt är i behov av vård under transport, ska medfölja ambulansen till vårdinrättning. Övriga patienter ska hänvisas till annat transportsätt. Upplevelsen av att hänvisas till ett annat färd sätt än ambulans sparsamt studerat. Därför görs denna studie, i syfte att undersöka patientens upplevelse av vårdmötet med sjuksköterskor inom ambulanssjukvården i samband med att de hänvisats till annat färd sätt. Nio kvalitativa intervjuer genomfördes med patienter som hänvisats till annat färd sätt av sjuksköterskor inom ambulanssjukvården. Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Underkategorier framkom som bildade sex kategorier. Resultatet påvisar både nöjdhet och missnöje hos patienterna. Attityden hos sjuksköterskan har spelat stor roll, men även deras förmåga att låta patienten vara delaktig i beslutet samt informera om dess tillstånd och vad som föranleder hänvisningen. Känslor såsom ilska, uppgivenhet och sorg har framkommit, men också glädje, förståelse och tillit. De patienter som känt sig väl bemötta, delaktiga och som har fått information har behållit eller stärkt sitt förtroende för ambulanssjukvården och framhåller att det är en organisation att lita på. De patienter som inte känner sig väl bemötta, delaktiga eller informerade ger i sin tur uttryck för en stark besvikelse över ambulanssjukvården. Tveksamhet till att överhuvudtaget kontakta ambulanssjukvården igen framkommer.

Nyckelord: *Patientupplevelse, ambulanssjukvård, prehospital, nekad vård, bemötande, vårdlidande.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kompetens inom internationell ambulanssjukvård	1
Kompetens inom svensk ambulanssjukvård	1
En autonom specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvården	1
Styrdokument för ambulanssjukvården	2
Lokala behandlingsriktlinjer	3
Ökade krav på ambulanssjukvården	3
Ambulanspersonalens syn på ambulanssjukvård	4
Patientens förväntan på ambulanssjukvården	5
Patientens berättelse och helhetsperspektiv	7
Vårdetiska problem	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Kvalitativ intervjustudie	8
Urval och informanter	9
Studiens förutsättningar	10
Datainsamling	10
Kvalitativ innehållsanalys	11
Forskningsetiska överväganden	12
Författarnas förståelse	12
RESULTAT	13
Bemötandets betydelse	13
Bli trevligt bemött	14
Bli bristfälligt bemött	14
Tillitens betydelse	14
Lita på sjuksköterskan.....	14
Känna trygghet.....	15
Misstro till sjuksköterskan	15
Delaktighet	15
Ta gemensamt beslut.....	15
Få information.....	15
Sakna information	16
Bekräftelse som patient	16
Bli bekräftad	16
Få hjälp	17
Nekad patientroll	17

Känna sig i vägen.....	17
Sakna bekräftelse	17
Känna sig övergiven	18
Missnöjsamhet.....	18
Känna besvikelse	18
Känna uppgivenhet	18
<i>DISKUSSION</i>	20
Metoddiskussion.....	20
Trovärdighet.....	21
Resultatdiskussion	21
Bemötandets betydelse.....	21
Tillitens betydelse	22
Delaktighet.....	22
Bekräftelse som patient.....	23
Nekad patientroll.....	23
Missnöjsamhet	24
<i>SLUTSATSER</i>	25
<i>KLINISKA IMPLIKATIONER</i>	26
<i>REFERENSER</i>.....	27
Bilaga 1.....	35
Bilaga 2.....	36
Bilaga 3.....	37

INLEDNING

I en prehospital vårdorganisation där belastningen stiger kraftigt utan att resurserna ökar i motsvarande takt, tvingas sjuksköterskor inom ambulanssjukvården att allt oftare hänvisa sina patienter till annat transportsätt än ambulans för transport till sjukhus. Detta gäller till exempel i NU-sjukvården (Norra Älvsborgs länssjukhus och Uddevalla sjukhus) i Västra Götalandsregionen. Förändringen genomfördes plötsligt och utan förberedande arbetsprocess. Detta föranledde ett överraskande beslut från ledningen att patienter utan akut behov av sjukvård eller utan sjukvårdsbehov under transport, inte längre skulle medfölja i ambulans, utan av sjuksköterskan i ambulans hänvisas till annat transportsätt. En sådan förändring kan antas leda till problem för såväl patienter som för sjuksköterskan. Ingen har tidigare undersökt hur patienterna upplever att bli hänvisad annat transportsätt av sjuksköterskor inom ambulanssjukvård. Denna studie avser därför att med kvalitativa intervjuer undersöka patienters upplevelse av att bli hänvisade till annat färdssätt, då patienten själv upplever ett akut behov av vård.

BAKGRUND

Kompetens inom internationell ambulanssjukvård

I Storbritannien och USA bemannas de flesta ambulanser av paramedics och sjuksköterskor har ingen funktion i dessa länders ambulansorganisationer. Sjuksköterskor bemannar företrädesvis ambulanser i Australien, Holland och Sverige (Melby & Ryan, 2005). Det finns fem nivåer på en paramedic, från att ha ett "University Certificate" eller till att vara en "Assistant Practitioner" till att ha en "PhD" och vara en "Consultant Practitioner". Paramedicutbildningarna ger enbart förberedande kunskap för prehospital vård med speciell inriktning mot ambulansverksamhet. Dessa utbildningar är mer praktiskt betonade än utbildningen till legitimerad sjuksköterska (Wollard, 2006).

Kompetens inom svensk ambulanssjukvård

Enligt Socialstyrelsen får, från och med första oktober 2005, ingen icke legitimerad personal administrera läkemedel prehospitalt. Kravet innebär att varje ambulans skall vara bemannad med minst en legitimerad sjuksköterska (SOSFS, 2000:1). Kraven fortsätter att stiga och önskvärt är idag att även sjuksköterskan är specialistutbildad i ambulanssjukvård. Suserud (2005a) menar att specialistutbildningar inom anestesi, intensiv-, operations- och ambulanssjukvård, alla vardera ett år på avancerad nivå, är meriterande.

En autonom specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvården

Specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård är ett reglerat yrke med skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvård (SFS 2001:319). Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (SOSFS 2005:105-1) och Suserud (2005) har sjuksköterskan ett stort ansvar, inte bara för vårdandet av patienten, utan även för att utföra relevanta undersökningar och därefter att ge avancerad medicinsk behandling.

Sjuksköterskan förväntas också ge information till patienter och närstående, handleda kollegor och studenter samt hålla sig uppdaterad inom aktuell och relevant forskning. Sjuksköterskan förväntas även att kunna planera och leda arbetet inom det prehospitalla fältet, samarbeta med andra yrkesgrupper samt vara en del av den verkställande funktionen och ta hand om skadade på katastrofplats.

Enligt Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor, RAS (2012), skall den specialistutbildade ambulanssjuksköterskan bland annat ha förmåga att självständigt, tillämpa omvårdningsprocessen genom att observera, bedöma, planera, genomföra och utvärdera patientens omvårdnad. Ambulanssjuksköterskan skall också se till att patientens basala och specifika omvårdningsbehov tillgodoses genom att kommunicera med patienten på ett lyhört, respektfullt och empatiskt tillvägagångssätt och tillsammans med patienten ge vägledning och stöd för att möjliggöra optimal delaktighet i dennes vård och behandling. Ambulanssjuksköterskan skall kunna identifiera och bedöma patientens resurser och värna om patientens rättigheter och möjligheter och att kunna förmedla kontakt med rätt vårdinstans. Vidare beskrivs att den specialistutbildade ambulanssjuksköterskan skall medverka till att patienten erhåller rätt vårdnivå via samverkan med specialistvård, primärvård och kommunal vård. I och med sjukvårdens förändring förväntas den specialistutbildade ambulanssjuksköterskans profession också att förändras. Kunskapsutvecklingen kommer i framtiden än mera att fokusera på tidig bedömning och ett vårdande uppdrag att hjälpa patienter till rätt vårdnivå. En ökad andel äldre människor i samhället föranleder också att behovet av ambulanssjukvård kommer att öka. Fler patienter med krav på ett snabbt och kvalificerat omhändertagande, gör att den specialistutbildade ambulanssjuksköterskan kommer att fylla en än viktigare roll för en relevant, välgrundad och av, patient och anhöriga, accepterad prioritering av kvalificerade vårdresurser (RAS, 2012).

Styrdokument för ambulanssjukvården

Enligt målet för hälso- och sjukvården skall all vård ges med respekt för alla människors lika värde. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård skall ha företräde till vården. Vården skall bland annat tillgodose patientens behov av trygghet, främja kontakten mellan patienten och vårdpersonalen samt bygga på respekt för patientens självbestämmande genom att vården skall, så långt det är möjligt, utformas och genomföras tillsammans med patienten (HSL, 1982:763).

Vårdgivare inom hälso- och sjukvården i Sverige har en lagstadgad skyldighet att tillhandahålla vård- och omsorgstjänster till medborgarna (Socialstyrelsen, 2014). Hälso- och sjukvården skall omgående bereda en patient som söker vård, en medicinsk bedömning och individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd (SFS, 2006:493 i HSL, 1982:763). Denna vård skall dessutom vara lättillgänglig, tillgodose patientens trygghet och bygga på respekt för dennes autonomi och integritet (HSL, 1982:763). Socialstyrelsen (2014) menar dock att medborgaren inte har någon rätt att utkräva några tjänster, förutom i vissa specialfall, då grunden i det svenska välfärdssystemet inom vård- och omsorg inte vilar på någon rättighetslag.

Vad gäller ambulanssjukvården så regleras inte utformningen och omfattningen av några specifika lagar utan det åligger huvudmannen, i de flesta fall landstinget eller

motsvarande, att organisera ambulanssjukvården. De skall tillse att patienten, om tillståndet så kräver, kan transporteras till och från sjukhus, vårdcentral eller läkare i ett fordon som är speciellt inrättat för ändamålet (HSL, 1982:763; SOSFS, 2009:10). I den aktuella omstruktureringen av sjukvården, med ökad specialisering och allt färre akutsjukhus, kommer betydelsen och användandet av ambulanssjukvården på ett adekvat sätt att spela en allt större roll (SOSFS, 2004).

Lokala behandlingsriktlinjer

Ambulanspersonalens befogenhet att bedöma patientens faktiska behov av vård och efterföljande ambulanstransport skiljer sig mellan landstingen. I fyra landsting har ambulanspersonalen inga som helst befogenheter att på egen hand bedöma vård- och transportbehovet hos patienten. I fyra landsting har ambulanspersonalen befogenhet att göra en egen bedömning av patientens vårdbehov och behov av ambulanstransport, dock styrda av respektive landstings behandlingsriktlinjer. I övriga tretton landsting skall en bedömning av patientens vård- och transportbehov föregås av kontakt och i samförstånd med läkare. Även här är ambulanspersonalen styrda av landstingens behandlingsriktlinjer (RIR, 2012:20).

I Västra Götalandsregionen föreskrivs följande för behov av ambulanstransport: ”Om det inte föreligger behov av vård under transport är det angeläget att ambulanstransporter till och från vårdinrättningar undviks, annars används inte ambulanserna på ett fullt ut ändamålsenligt sätt och de blir mindre tillgängliga för akuta larm.” (Västra Götalandsregionen, 2004). Enligt lokala behandlingsriktlinjer i NU-sjukvården (Norra Älvsborgs Länssjukhus och Uddevalla sjukhus) från och med 2013, kan ambulanssjuksköterskan göra en värdering av patientens vårdbehov och/eller vårdnivå, antingen på egen hand eller efter samråd och stöd av jourläkaren på akutmottagning på Norra Älvsborgs Länssjukhus (Ambulanscentrum, 2013).

Ökade krav på ambulanssjukvården

Ambulanssjukvården har traditionellt sett handlat om att transportera akut sjuka eller skadade patienter till akutvårdcentraler eller till vårdcentraler för att få bedömning och vård av patienten genomförd (Wireklint Sundström 2005; Knapp, Tsuchitani, Sheele, Prince & Powers, 2009). Idag kan en första bedömning och kvalificerad vård utföras redan hos patienten (Wireklint Sundström, 2005; Lennquist, 2007). Ambulanssjukvårdens kompetens av att bedöma patientens tillstånd och vårdbehov behöver dock utvecklas, ökas och förfinas, framförallt i avseende att anpassa vårdnivån efter patientens behov (Wireklint Sundström, 2005; Karlberg, 2009). Att optimera bedömningen av patientens vårdbehov och vårdnivå kräver dock patientsäkra och väl utvecklade vårdalternativ på mottagande enheter (Snooks, Kearsley, Dale, Halter, Redhead & Cheung, 2004; Porter, Snooks, Youren, Gaze, Whitfield, Rapport & Woolard, 2007).

Förändringar i form av besparing och centralisering av dagens vård bidrar till att allt fler och längre ambulanstransporter behöver genomföras. Längre transporter betyder också att befintliga ambulansresurser är upptagna under längre tid. Allt fler planerade transporter med fler svårt sjuka patienter gör att fler skall förflyttas mellan vårdenheter

(Hjälte, 2005; Karlberg, 2009). Därmed ökar också kraven på att undvika onödiga transporter och att utnyttja ambulansresurserna på ett lämpligt och optimalt sätt (Hjälte, 2005; Wireklint Sundström, 2005). Med ett ökat behov av ambulanssjukvård och minskande resurser, måste resurserna fördelas annorlunda och patienter med störst behov måste prioriteras (Collste, 2002; HSL, 1982:763). Den svenska Riksrevisionen (RIR, 2012:12) har nyligen granskat statens insatser för en effektiv och säker larmkedja för ambulanssjukvården. Rekommendationerna till regeringen och socialstyrelsen landade i förslag på tydligare föreskrifter om ambulanssjukvårdens uppgifter, tillgänglighet och utförande. Riksrevisionen menade att staten kan medverka till en bättre, säkrare och mer effektiv ambulansverksamhet genom att socialstyrelsen ger föreskrifter och stärker tillsynen över ambulanssjukvården, samt att regeringen styr larmcentralernas uppdrag tydligare.

Eftersom hälso- och sjukvårdens prioritering av patientomhändertagandet styrs av att den med störst behov skall få hjälpen först samtidigt som sjukvårdens resurser är ansträngda, så ökar trycket på att patienterna vägleds till rätt vårdnivå och erhåller lämplig vård. Ett sätt kan vara att ge specialistutbildade ambulanssjuksköterskor möjlighet att vårda färdigt i hemmet och därefter kvarlämna patienten eller hänvisa till annan vårdnivå än sjukhussjukvård när detta bedöms optimalt för patienten. Exempel på annan vårdnivå är primärvård eller kommunal vård (Wireklint Sundström, Sjöstrand & Vicente, 2009).

Enligt SOS Alarm har inkommande samtal i hela landet, där uppringaren önskar ambulans, ökat med cirka trettio procent under en period av nio år. Mellan åren 2009-2011 har antalet faktiska ambulanstransporter ökat med drygt tjugo procent. En av orsakerna kan vara medborgarnas ökade krav och förväntningar på att få snabb och professionell vård och ambulanstransport, men att det också finns ett ökat reellt behov (RIR, 2012:20). Samtidigt som allmänhetens krav ökar, så ökar också sjukvårdens interna krav, vilket leder till att redan begränsade tillgångar måste utnyttjas ännu effektivt. Sortering och prioritering av patienter inför ambulanstransporter kommer därmed att spela en allt större roll (Ansvarskommittén, 2007; SOSFS, 2004).

I och med allmänhetens ökade krav på ambulanssjukvården finns det en risk att missnöjsamheten med vården ökar. Detta visar sig då anmälningar mot ambulanspersonalen har ökat under 2000-talet. Mellan 2000-2011 inkom 160 anmälningar till socialstyrelsen. Många av anmälningarna rör ambulanspersonalens bemötande och bedömning av patientens vårdbehov och där patienten blir lämnad hemma och inte bedömts ha behov av ambulanstransport. Socialstyrelsen påpekar dock att, trots att anmälningarna ökar, så är de få i förhållande till genomförda vårdmöten inom ambulanssjukvården. De framhåller samtidigt att det möjligen finns ett mörkertal bland de tillbud som leder till en anmälning (RIR, 2012:20).

Ambulanspersonalens syn på ambulanssjukvård

Internationell forskning visar att redan på 1990-talet var ambulanspersonalens uppfattning att ambulansresurserna utnyttjades på ett opassande sätt, utan att behov av ambulanstransport kunde påvisas (Gill & Riley, 1996; Malone, 1995; Murphy, 1998; Walsh, 1994; Palazzo, Warner, Harron & Sadana, 1998). Flera nyare studier rapporterar

om ambulanspersonalens syn på ambulansutnyttjandet. Det framkommer att allt fler, icke akuta uppdrag förekommer inom ambulanssjukvård, vilket kan ses som en felaktig användning av värdefulla resurser och därmed ett stort problem för ambulanssjukvården både i Sverige och internationellt (Snooks, Dale, Hartley-Sharpe & Halter, 2004; Snooks, Kearsley, Dale, Halter, Redhead & Cheung, 2004; Ahl, Nyström & Jansson, 2006; Knapp, Tsuchitani, Sheele, Prince & Powers, 2009; Karlberg, 2009; Beillon, 2010; RIR, 2012:20).

Ambulanspersonal har i studier bedömt att mellan en tredjedel och upp till femtio procent av alla ambulanstransporter var helt onödiga eller där patienten inte ansågs vara i behov av transport med ambulans (Hjälte, 2005; Hjälte, Suserud, Herlitz & Karlberg, 2007a; Porter, Snooks, Youren, Gaze, Whitfield, Rapport & Woolard, 2008; Beillon, 2010). Patienter skulle kunna använda andra transportmedel, såsom liggande sjuktransport eller åka med egen transport till sjukhus (Hjälte, 2006; Hjälte, Suserud, Herlitz & Karlberg, 2007b; Karlberg, 2009). "Felanvändningen" av ambulansresurser gör att många patienter i akut behov av ambulans därför kan tvingas vänta på hjälp, med risk för ökat lidande, då ambulanserna är upptagna med att transportera icke akut sjuka patienter (Richards & Ferall, 1999; Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003; Sandman & Nordmark, 2006; Karlberg, 2009; Beillon, 2010).

Patientens förväntan på ambulanssjukvården

Orsakerna till att människor ringer efter ambulans kan vara flera. Vanligast är att deras sjukdomstillstånd upplevs så pass akut att inget annat färdmedel eller vårdform för patienten är tänkbart. Patienterna menar att de aldrig skulle ringa efter ambulans om de inte ansåg att det fanns ett behov av ambulanssjukvård (Morgans, Archer, Walker & Thuma, 2005; Ingarfield, Jacobs, Julinek & Mountain, 2005; Ahl, Nyström & Jansson, 2006; Thuresson, Berglin, Lindahl, Svensson, Zedigh & Herlitz, 2008). Dock finns det de som efterfrågar ambulans av andra orsaker, exempelvis fall där anhöriga tagit beslutet om att kontakta larmcentralen då de bedömt att patientens tillstånd varit allvarligt nog (Ahl et al., 2006). Oftast är det någon annan än patienten som larmar ambulans. I en studie av Johansson, Strömberg och Svahn (2004) var det en sjuksköterska på sjukvårdsrådgivningen eller en anhörig som, i drygt 70 % av fallen, tog beslutet att ringa larmcentralen åt patienten (Johansson et al., 2004). Det kan även vara patienten själv som ringer, men inte bara på grund av allvarlighetsgraden av sin åkomma, utan för att inte behöva belasta sina anhöriga med sina besvär. Om de tar sig in till sjukhus med ambulans behöver de inte besvara sina vänner, släktingar och grannar genom att be om skjuts. Även ambulansen som rent transportmedel ses av flera som ett snabbt och tryggt sätt att komma till sjukhus (Ahl et al., 2006).

Beslutet att ringa efter ambulans kan vara svårt att fatta för patienten. En orsak kan vara att denne riskerar att känna sig kränkt av att behöva söka vård och inte kunna klara sig själv. En annan kan vara att det är svårt för patienten att veta när det är befogat att ringa. För många är det en sista utväg att ringa ambulans, när det inte finns några alternativ kvar (Nyström, Nydén & Petersson, 2003; Ingarfield et al., 2005; Ahl et al., 2006). Dessutom finns det en viss dramatik kring ambulanser och att de kan dra till sig en oönskad uppmärksamhet, exempelvis från grannar (Nyström et al., 2003; Ahl et al., 2006).

Många patienter ser ambulansen som ett transportmedel till sjukhus endast för de som är allvarligt skadade eller sjuka, och de tror inte alltid att de själva tillhör den kategorin (Ingarfield et al., 2005; Morgans et al., 2005; Ahl et al., 2006; Thuresson et al., 2008). En del patienter ville bara få transport till sjukhus, då de faktiskt upplevde sig svårt sjuka och att de själva eller anhöriga inte kunde ta dem till sjukhus (Nyström et al., 2003). Inte alla som åkte ambulans gjorde det för att de själva trott sig vara akut sjuka. Flera av dem berättade att de i brist på eget transportmedel ringt efter ambulans och att flera ringde ambulans endast i syfte att slippa sitta i väntrummet på akuten. De trodde att ankomst till akuten med ambulans automatiskt ledde till ett snabbare möte med läkare och att man som patient, inkörd av ambulans, inte kan bli nekad vård (Ahl et al., 2006; Yarris, Moreno, Schmidt, Adams & Brooks, 2006; RIR, 2012:20). I en svensk studie trodde patienter däremot att det skulle gå fortare att åka in själv till sjukhuset, än att ringa efter ambulans (Thuresson et al., 2008). Det finns patienter som är ovetande om den specialistutbildade ambulanssjuksköterskan och dennes kompetens och därför ser ambulansen enbart som ett transportmedel och inte en vårdande och behandlande resurs (Johansson et al., 2004; Ahl et al., 2006). Vidare visar Vicente, Castren, Sjöstrand och Wireklint Sundström (2013), i en studie gjord i Stockholm, att flertalet äldre patienter inte förväntade sig någon undersökning eller behandling av ambulanspersonalen utan istället snabb transport in till sjukhus.

De flesta patienter som vårdas av ambulanspersonal är nöjda med vården (Kuisma, Määttä, Hakala, Sivula & Nousila-Wiik, 2003; Melby & Ryan, 2005; Wihlborg, Franzen & Johansson, 2009) och att vända sig till ambulanssjukvården upplevs som ett snabbt och tryggt sätt att få sjukvård (Nyström et al., 2003; Ingarfield et al., 2005). Internationella studier visar att det finns patienter som blir färdigbehandlade och vårdade i hemmet av ambulanspersonal eller hänvisade till en mer passande vårdnivå, och att dessa patienter var mycket nöjda. Dels var de nöjda med själva vården som upplevdes trygg och dels var de nöjda med att inte alltid behöva åka in till en sjukvårdsinrättning (Snooks, Dale, Hartley-Sharpe & Halter, 2004; Yarris et al, 2006; Gray & Walker, 2008).

Att bli nekad ambulanssjukvård, inte bli körd till sjukhus eller bli körd till en annan vårdnivå än den förväntade, var annars en orsak som skapade missnöje hos en grupp av patienterna (Colwell, Pons & Pi, 2003; Kuisma et al., 2003; Suserud, 2005b; Yarris et al, 2006). En annan orsak till missnöje var att det upplevdes som att det tog lång tid tills ambulansen kom fram till patienten (Colwell et al., 2003). Patienter kunde också bli förvånade när de själva ansåg sig sjuka och trodde att det var bråttom in till sjukhus, när de istället behandlades i hemmet av ambulanspersonalen (Nyström et al., 2003; Ahl et al., 2006). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är det ofta viktigt för patienten att få en förklaring till vad som orsakar dennes ohälsa och lidande och vad som krävs för att ställa allt till rätta, inte att specialistsjuksköterskan ställer en diagnos på de problem patienten upplever. Patienter vill ofta veta vad som kan göras och vad de som individer kan göra för att stärka sin hälsa och sitt välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010).

Att ambulanspersonalen förfogar över mer kunskap än att endast hålla människor vid liv är viktigt för patienten. Att ambulanspersonalen är närvarande, kroppsligen berör, håller handen samt kan informera och att patienten känner sig sedd och bekräftad, menar vissa

patienter är viktigare än allt annat. Patienterna vill ha information om sitt eget tillstånd och de vill vara delaktiga i sin egen vård (Hallström & Elander, 2001; Kiessling & Kjellberg, 2004; Poljak, Tveit & Ragneskog, 2006; Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2008; Frank, Asp & Dahlberg, 2009). De allra flesta patienterna var nöjda med den information och de förklaringar de fick av ambulanspersonalen. De ansåg även att personalen lyssnade och att det fanns tid för ömsesidig kommunikation (Melby & Ryan, 2005; Poljak et al., 2006; Frank et al., 2009). Dock fanns det de som kände sig i underläge gentemot sjuksköterskan, vilket gjorde att de upplevde svårigheter att kommunicera med ambulansbesättningen på ett förtroendegivande sätt (Frank et al., 2009). Förutom att det orsakar onödigt lidande, menar Dahlberg och Segesten (2010), kan fokus på diagnoser och bristen på helhetssyn orsaka ökad tidsåtgång och ökade kostnader. Bristande vård när det gäller patientens hela hälsobild kan i värsta fall leda till att patienter mår sämre när de lämnar vårdinrättningen än när de anlände. Eller som i det här fallet, när ambulansen lämnar dem.

Patientens berättelse och helhetsperspektiv

Då vårdarens mål är att förhindra eller lindra lidande, samt skapa förutsättningar för välbefinnande och hälsa, är det viktigt att vara lyhörd inför patienten och dess berättelse. Sådant vårdande innebär att lyssna på och att kunna hjälpa patienten utan att påverka dennes autonomi och dess självkänsla negativt (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Patienten ser allt i ett sammanhang där de själva, dess tillstånd, anhöriga och vårdare inkluderas. Allt har en mening och om patienten förstår meningen med det som händer ökar dess förståelse och hantering av sin situation. Förstår de sin situation och varför den är som den är, kan acceptansen öka och lidandet minska. Onödigt lidande skapas av att inte förstå helheten, att inte förstå varför det gör ont eller hur länge det ska göra ont (Dahlberg et al., 2003; Dahlberg & Segesten, 2010).

Även Antonovsky (1987) understryker betydelsen av ett helhetsperspektiv i vården och framhåller att människans upplevelse av hälsa styrs av en helhetssyn utifrån en känsla av sammanhang (KASAM). Känslan av sammanhang består enligt Antonovsky av tre delar. Den första är begriplighet; att individen förstår vad som händer, både vad det gäller bra som dåliga händelser och att omvärlden känns förståelig. Den andra delen är hanterbarhet och betyder att individen har ork och möjlighet att klara av sina egna och omgivningens krav. Den tredje delen, meningsfullhet, innebär att individen känner att livet har en andemening och innebörd i det individen gör eller råkar ut för. Är någon del svagare så kan den vägas upp av en starkare del så att individen ändå kan känna en känsla av sammanhang (Antonovsky, 1987).

Vårdetiska problem

Vad som definierar ett faktiskt akut sjuk- eller skadetillstånd skiljer sig mellan patienter och sjukvårdspersonal. Skillnaderna är ofta stora mellan patientens egen bedömning av vårdbehovet och sjukvårdspersonalens värdering av samma vårdbehov (Victor, Peacock, Chazot, Walsh & Holmes, 1999; Willems, Otte, Fonteyne, Jacobs, Khalil & Biarent, 2008; Beillon, 2010). En konflikt mellan vårdare och patient riskerar att uppstå då patienten, på grund av sitt tillstånd, nekas ambulanstransport eller hänvisas till att ta ett annat fordon in till sjukhus (Sandman & Nordmark, 2006). Ett annat vårdetiskt

problem, utifrån ett patientperspektiv, kan uppstå när patienten av vårdarna blir ifrågasatt för att överhuvudtaget ha beslutat sig för att ringa efter ambulans, beslut som ofta är tagna efter stor tveksamhet (Ahl et al., 2006). En konflikt mellan vårdare och patient kan också uppstå då patienten vill avstå erbjuden vård eller om denne önskar att bli körd till en annan vårdinrättning än den som vårdarna föreslår (Sandman & Nordmark, 2006; Bremer & Sandman, 2009). Samtlig vårdpersonal verksam inom svensk sjukvård skall ha ett etiskt förhållningssätt gentemot varje patient. Rättvisepincipen går ut på att alla bör behandlas lika, vilket betyder att alla som behöver ambulanssjukvård bör få det och då skall resurserna fördelas lika. Utifrån detta sätt att se finns en risk att ambulanssjuksköterskan kan hamna i en etisk konflikt när denne upplever att patienten inte har ett behov av en akutambulanstransport eller ambulanstransport överhuvudtaget (Sandman & Nordmark, 2006). Dock kan ett professionellt bemötande, som är en del av sjuksköterskans kunskapsområde och förenligt med kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor, bidra till att konflikter skulle kunna undvikas (Sjöström & Johansson, 2000).

PROBLEMFORMULERING

Antalet ambulansuppdrag ökar i snabbare takt än tilldelade ambulansresurser i hela Sverige. Samtidigt ökar kompetenskraven på sjuksköterskan i ambulans och dess förmåga att bedöma och fatta rätt beslut angående patientens vårdbehov och att transportera till optimal vårdnivå, alternativt hänvisa till annat färd sätt. Konsekvensen kan bli att allt fler patienter lämnas hemma med rådet att ta sig till vårdinrättning på annat sätt än med ambulans. Detta är problematiskt för både vårdare och patient. Forskning har påvisat att det oftast är patienternas sista alternativ när de sökt hjälp via larmcentral och önskat en ambulans. En konflikt mellan sjuksköterskan och patient riskerar att uppstå då patienten, på grund av sitt tillstånd, nekats ambulanstransport eller hänvisas till att ta ett annat fordon in till sjukhus. Det finns studier gjorda som belyser sjuksköterskans upplevelse av att bedöma och hantera icke akut sjuka patienter men det har inte belysts hur patienten upplever fenomenet att hänvisas till annat färd sätt. Detta understryker betydelse av föreliggande studie.

SYFTE

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av vårdmöten med sjuksköterskor inom ambulanssjukvården i samband med att bli hänvisad till annat färd sätt.

METOD

Kvalitativ intervjustudie

För att beskriva patienters upplevelser används en kvalitativ forskningsmetod med öppna intervjuer. I de öppna intervjuerna försöker man uppnå ett vardagligt samtal där syftet är att ta del av informanternas upplevelser med fokus på problemområdet (Kvale & Brinkmann, 2009). En induktiv ansats används i den kvalitativa intervjustudien,

vilket innebär att studien genomförs utifrån informanternas erfarenheter. Induktiv ansats innebär dessutom att författarna analyserar intervjumaterialet förutsättningslöst (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Urval och informanter

Studiens urval består av patienter som vid upplevelse av sjukdom och ohälsa haft besök av sjuksköterska inom ambulanssjukvården, där patienterna efter undersökning fått rådet att använda ett annat transportsätt än ambulans till vårdinrättning. De har sökt hjälp för flertalet olika somatiska tillstånd.

Sjuksköterskorna kan således ha hjälpt patienten med att boka sjuktransport eller taxi, alternativt hänvisat dem till att själva ta sig till vårdinrättning. Sjuksköterskorna som gjort bedömningen är grundutbildade sjuksköterskor eller specialistutbildade sjuksköterskor inom anestesijukvård, intensivvård eller ambulanssjukvård. Vidare i arbetet kommer samtliga av dessa benämnas ”sjuksköterska i ambulans”. Ibland nämns båda personerna i ambulansbesättningen och benämns då för ambulanspersonalen.

Studien har följande inklusionskriterier:

- Patienter som, från och med 2014-01-01 och framåt, är dokumenterade i ambulanssjukvårdens journalsystem Ambulink under uppdragskod A05, det vill säga ”Insats på plats med patient”.

Studien har följande exklusionskriterier:

- Patienten har demens eller uppenbar förvirring,
- ålder ≤ 16 år,
- vid tillfället varit berusad,
- ofullständig identitet,
- språksvårigheter,
- där det tydligt framgått i journalen att patienten själv begärt att slippa ambulanstransport.

Efter godkännande från ambulanssjukvårdens verksamhetschef i NU-sjukvården (bilaga 1) påbörjades journalgranskning i Ambulink. Granskningen påbörjades den 20 mars och gick sedan baklänges mot den 1 januari samma år. Författarna har var för sig gått igenom alla journaler med uppdragskod A05 från 20 till 1 mars 2014 och noterat ärendenummer på de journaler som bedömts svara an på studiens syfte och uppfyllt inklusionskriterierna. Totalt granskades 144 journaler.

Framkomna ärendenummer jämfördes mellan författarna och för 38 patienter sammanföll bedömningarna. Därefter granskades de utvalda journalerna och listades efter vilka som ansågs mest intressanta i förhållande till studiens syfte, vilket slutligen resulterade i 24 patienter. Övriga 14 patienter valdes bort efter mer ingående granskning och efter gemensamt beslut, för att de berördes av ett eller flera exklusionskriterier.

Av de 24 presumtiva informanterna, var det 8 som inte svarade på telefon, vilket innebar att de tilltänkta informanterna fortfarande inte svarat efter tre påringningar. 5 patienter valde att tacka nej direkt och 2 valde att tacka nej efter att intervjuerna var bokade. Studien består av 9 informanter.

Studiens förutsättningar

Studien har utförts i NU-sjukvården. Inom NU-sjukvården finns två sjukhus inom tre mils radie som har olika specialiteter. Det ena sjukhuset är en ortopedakut, ögonmottagning och jourcentral nattetid. Det andra sjukhuset är ett akutsjukhus inriktat mot medicin, kirurgi, gyn och barn. I NU-sjukvården har antalet uppdrag i genomsnitt ökat med ca 7,5 %, årligen, mellan 2008-2013. Under den tiden har NU-sjukvårdens antal ambulanser utökats med en dagambulans och en ambulansbuss 2010 (Ambulanscentrum, 2014).

Tabell 1. Antalet ambulansuppdrag och ambulanser i NU-sjukvården 2008-2013.

År	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antal uppdrag	39319	42734	45177	48653	53556	56674
Antal ambulanser	18 dygns-ambulanser 4 dag-ambulanser	18 dygns-ambulanser 4 dag-ambulanser	18 dygns-ambulanser 5 dag-ambulanser 1 ambulans-buss	18 dygns-ambulanser 5 dag-ambulanser 1 ambulans-buss	18 dygns-ambulanser 5 dag-ambulanser 1 ambulans-buss	18 dygns-ambulanser 5 dag-ambulanser 1 ambulans-buss

Dygnsambulans – 18 ambulanser verksamma dygnets alla timmar.

Dagambulans – Fyra ambulanser aktiv fem dagar/vecka och en ambulans sju dagar/vecka dagtid.

Ambulansbuss – Buss aktiv fem dagar/vecka. Ambulansbussen rymmer tre patienter och används företrädesvis till överflyttning av patienter mellan olika vårdenheter.

Datainsamling

Patienterna kontaktades via telefon där författarna presenterade sig, beskrev studien och syftet. Frågan ställdes om de var villiga att medverka i studien genom att bli intervjuade. Om informanterna svarade ja, bestämdes tid för intervjun. Informanterna fick sedan forskningspersoninformation via brev som bekräftelse på att intervjun skulle äga rum (Bilaga 2). Enligt Patel och Davidson (2011) är det viktigt att informanterna får information om studien, dess syfte och varför just deras medverkan är viktig. Vidare fick informanterna en samtyckesbilaga att skriva under för att försäkra sitt godkännande till medverkan i studien (Bilaga 3).

Platsen för intervjuerna bestämdes av informanten och skedde hemma hos denne eller på dennes kontor på arbetsplatsen. Samtliga intervjuer utom en, som var en pilotintervju, genomfördes med bara en författare som intervjuade. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är det viktigt att endast en författare närvarar vid intervjun för att beakta maktsymmetrin.

Intervjuerna genomfördes genom att det först ställdes en inledande ingångsfråga. Den inledande frågan var: ”Hur upplevde du det när sjuksköterskan hänvisade dig till annat

färdsätt än med ambulans?” Därefter strävade författarna efter att följa upp informantens uttalanden, men även att vara observanta på sättet denne uttryckte sig. När informanten gav uttryck för en känsla försökte författarna fånga denna genom att ställa följdfrågor som ”Vad kände du mer?”, ”Vad fick dig att känna så?” med mera. Avsikten var att röra sig mot det oförutsedda och okända utifrån att de samtalande parterna har ett gemensamt intresse av att fördjupa ämnet (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuerna var i genomsnitt 25 minuter långa och spelades in med bandspelare för att sedan transkriberas ordagrant. Under intervjuerna fördes även anteckningar som stöd för att fånga upp uttalande som sedan låg till grund för följdfrågor.

Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats har genomförts, enligt Elo och Kyngäs (2008). Författarna läste separat igenom alla intervjuer flertalet gånger. Texterna lästes noggrant för att uppnå en helhetsförståelse. Därefter lästes hela materialet igen för att hitta meningsbärande enheter som motsvarade studiens syfte. Detta gjordes genom att text ströks under och placerades ut på ett separat papper och bildade fristående enheter oberoende av varandra. Därefter kunde de meningsbärande enheterna koda, vilket kort beskrev innehållet. En jämförelse mellan koderna gjordes utifrån skillnader och likheter. Liknande innehåll fördes samman och bildade underkategorier. Innehållet i varje underkategori var nära besläktat med varandra och skiljde sig från innehållet i andra underkategorier. Underkategorier med liknande innehåll grupperades i sin tur in i kategorier där det lades stor vikt vid att ingen underkategori kunde passa in under flera kategorier. För att tydliggöra analysarbetet presenteras ett utdrag i tabell 2 nedan.

Initialt hittades 316 meningsbärande enheter. Tillsammans gick författarna igenom dessa och tog bort de som inte ansågs svara på syftet med studien. Slutligen blev det kvar 174 meningsbärande enheter. Flera av enheterna beskrev exakt, eller snarlikt, samma innehåll. Utifrån de 174 meningsbärande enheterna skapades lika många koder som senare resulterade i 15 underkategorier. Underkategorierna diskuterades sedan med handledarna och bildade tillsammans sex kategorier.

Tabell 2. Exempel på innehållsanalys.

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Det kändes mer som slöseri med deras tid	Kändes som slöseri med ambulanspersonalens tid	Att känna sig i vägen	Nekad patientroll
Han tyckte ju det att jag inte var dålig tillräckligt, för att åka med dem	Var inte tillräckligt sjuk för att få följa med	Att inte vara sjuk nog	
De funderade på vad de skulle göra och sen åkte de och då var det till ingen nytta att de kom hit. De kunde lika gärna ha låtit bli.	Ambulanspersonalen kunde lika gärna låtit bli att komma.	Att inte känna sig hjälpt	

Forskningsetiska överväganden

Denna studie är gjord som en intervjustudie och för att få genomföra patientintervjuer fordrades godkännande från institutionen för vårdvetenskap, Högskolan Borås. Godkännande gavs från skolan innan författarna skickade förfrågan till verksamhetscheferna på berörd ambulansverksamhet för tillstånd för insamling av informanter.

Då denna studie var ett examensarbete på avancerad nivå och genomfördes på Högskolan i Borås, behövdes enligt etikprovningenslagen (SFS 2003:460) ingen etiskt provning hos forskningsetiska granskningsnämnden. Studien genomfördes med hänsyn till Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer som beskriver fyra betydelsefulla krav: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. I denna studie uppmärksammades dessa forskningsetiska principer genom att informanterna först fick muntlig information om studien och sedan även skriftlig information. Därefter fick de skriva under ett informerat samtycke där de godkände sin medverkan i studien. Alla uppgifter, det vill säga listan över informanter och information om ärendenummer, namn, adress och telefonnummer kring informanterna behandlades med konfidentialitet (Vetenskapsrådet, 2002). Det innebar att personuppgifterna var kända endast för författarna till studien och förvarades på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av dem, allt i enlighet med Personuppgiftslagen (SFS, 1998:204) och Vetenskapsrådet (2002). Inte heller i resultatet av studien går det att koppla några citat eller övriga uppgifter till någon av informanterna. Nyttjandekravet innebär att uppgifter insamlade om enskilda personer endast får användas för det avsedda forskningsändamålet (Vetenskapsrådet, 2002).

Författarnas förförståelse

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är förförståelse den bild författarna har av fenomenet som skall undersökas. Detta inkluderar bland annat teoretisk kunskap, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar.

Författarna har tillsammans lång erfarenhet av ambulanssjukvård och arbetar inom den organisation som denna studie har genomförts i. Författarnas förförståelse gällande att hänvisa patienter som inte har behov av ambulans till annat färdstätt är mångfacetterad. Dels är det rimligt att anta att patientens förväntan är att bli medtagen i ambulansen och transporterad till vårdinrättning, då väl ambulansen kommit till patienten. Dels menar författarna att det finns en obalans mellan sjuksköterskornas bedömningar av vilka som inte uppfyller kravet för att få ambulanssjukvård, samt förmågan att förmedla detta till patienten på ett korrekt och etiskt försvarbart sätt. Författarna vill hävda att det finns en uppenbar risk för att patienten känner sig förbisedd och utan delaktighet i beslutet.

Det finns fördelar och nackdelar med förförståelsen. Fördelar kan vara att författarnas tidigare erfarenhet och kunskap ger en ökad förståelse för ämnet medan nackdelar kan vara att den tidigare erfarenheten och kunskapen förblindar författarna i deras mottagande av ny information. Att vara medveten om sin förförståelse möjliggör att intervjuerna blir så objektiva som möjligt medan en omedvetenhet om ens förförståelse kan ligga som ett hinder för objektiviteten.

RESULTAT

I studiens resultat redovisas patienters upplevelse av ett vårdmöte med en sjuksköterska i ambulans i samband med att bli hänvisad till annat färdstätt än ambulans. Resultatet presenterar patienternas upplevelse av hänvisning till annat färdstätt utifrån sex kategorier med tillhörande underkategorier (tabell 3). Underkategorierna illustreras med citat från informanterna.

Patienterna i studien har i samtliga fall blivit hänvisade till annat färdstätt av en legitimerad sjuksköterska med eller utan vidareutbildning. Ambulansbesättningen har bestått av både sjuksköterska och ambulanssjukvårdare. Då upplevelsen av vårdmötet i samband med hänvisningen är det som ska belysas nämns ibland hela ambulansbesättningen i resultatet, inte enbart sjuksköterskan.

Tabell 3. Kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Bemötandets betydelse	Bli trevligt bemött Bli bristfälligt bemött
Tillitens betydelse	Lita på sjuksköterskan Känna trygghet Misstro till sjuksköterskan
Delaktighet	Ta gemensamt beslut Få information Sakna information
Bekräftelse som patient	Bli bekräftad Få hjälp
Nekad patientroll	Känna sig i vägen Sakna bekräftelse Känna sig övergiven
Missnöjsamhet	Känna besvikelse Känna uppgivenhet

Bemötandets betydelse

Patienternas upplevelse av ambulanspersonalens bemötande karaktäriseras av att antingen uppleva ett trevligt bemötande eller ett bristfälligt bemötande. En del av patienterna menade att ambulanspersonalen hade ett trevligt bemötande och att det var betydelsefullt medan andra upplevde ambulanspersonalen som både otrevliga och nonchalanta vilket borgade för ett misslyckat vårdmöte. Kategorin *Bemötandets betydelse* byggs upp av underkategorierna: *Bli trevligt bemött* och *Bli bristfälligt bemött*.

Bli trevligt bemött

Patienterna beskriver mötet med ambulanssjuksköterskan som att de var snälla, trevliga och bra att ha att göra med. De menar att de blev väl bemötta och behandlades på ett respektfullt sätt. Ett trevligt bemötande borgade för ett lyckat möte där patientens genomgående upplevelse präglades av positivitet.

Jag tycker att jag har blivit behandlad väldigt bra [...] De var så trevliga båda två.

Bli bristfälligt bemött

Vidare beskriver informanterna upplevelser av ett bristfälligt bemötande från ambulanspersonalen. De har varit korta i tonen, uppträtt stressade och i vissa fall varit rent otrevliga. Patienterna har känt sig ifrågasatta och skuldbelagda för att de ringt efter ambulans. Andra patienter menar att de aldrig ens såg delar av ambulansbesättningen som istället befunnit sig utanför och pratat i telefon. Det förekommer även beskrivningar av fall där ambulanspersonalen vägrat komma in och istället ringt patienten och bett denne komma ut till ambulansen. Att få ett bristfälligt bemötande av ambulanspersonalen skapar en negativ känsla som överskuggar hela mötet.

De hade ju han den killen... den kraftige killen med sig, men han var ju aldrig i närheten av dem... Han stod ju i telefonen hela tiden... Det kändes nonchalant.

Tillitens betydelse

Patienternas tillit till sjuksköterskan i ambulans karaktäriseras av blandade upplevelser. En del av patienterna litar fullkomligt på sjuksköterskans bedömning och efterföljande beslut. Andra känner mindre tillit och ställer sig frågande till sjuksköterskans kompetens. Kategorin *Tillitens betydelse* byggs upp av underkategorierna: *Lita på sjuksköterskan*, *Känna trygghet* och *Misstro till sjuksköterskan*.

Lita på sjuksköterskan

Patienterna menar att de litar på sjuksköterskan och dennes bedömning. Tilliten bygger på att de själva ser sig som lekmän i sammanhanget medan ambulanspersonalen är de som kan och bör ta beslut om patientens behov av vård. Att hänvisas till annat färd sätt sågs inte som ett problem då tilliten till sjuksköterskan även gjorde att de kände sig övertygade om att ambulanstransport i deras fall var onödigt och kunde ersättas med annat färd sätt. Hänvisningen sågs dessutom som en positiv upplevelse då patienterna fann det smidigt att kunna ta sin egen bil till vårdinrättning.

Det är ju personal som jag litar på, det är så jag känner. De kan det här. De vet.

Känna trygghet

Vidare beskriver patienterna en form av trygghet som är relaterad till den tillit de känner för ambulanspersonalen. Förtroende för sjuksköterskan i ambulans är stort och de litar på dennes kompetens. Patienterna menar att när ambulanspersonalen anländer vet de att de är i goda händer och att de nu ska få hjälp på något sätt. En upplevelse av trygghet beskrivs.

*Är de legitimerade ambulansförare och sköterskor så känner jag mig trygg.
Så det har jag ingen svårighet att göra, att lita på dem.*

Misstro till sjuksköterskan

Även en misstro till sjuksköterskans kompetens visar sig bland informanterna. Patienter ger uttryck för att inte känna förtroende för sjuksköterskan i ambulans och ställer sig frågande till om denne verkligen har kompetens nog att göra bedömningar av denna svårighetsgrad. Även sjuksköterskans låga ålder nämns som ett skäl till minskat förtroende.

*Jag tänkte på det att de var väldigt unga... Är de verkligen kompetenta för
att avgöra om jag är så sjuk som jag var eller om jag inte är det?*

Delaktighet

Delaktighet karaktäriseras av att patienterna antingen känner sig delaktiga i besluten som tas kring vårdnivå och färdväg eller att de inte gör det. I vissa fall framkommer en upplevelse av att en dialog förs med sjuksköterskan och man tillsammans beslutar om bästa möjliga fortsättning på vårdmötet medan det i andra fall vittnas om ambulanspersonal som fullkomligt förbiser patienten och tar beslut ovanför deras huvud. Kategorin *Delaktighet* byggs upp av underkategorierna: *Ta gemensamt beslut*, *Få information* och *Sakna information*.

Ta gemensamt beslut

Patienter menar att sjuksköterskan i ambulansen var resonabel och samtalsvillig. Ingenting gjordes utan patientens medgivande och även diskussionen kring vilket färdväg till vårdinrättningen som ansågs lämpligast var ett gemensamt beslut som diskuterades fram mellan sjuksköterskan och patienten. Då patienten fick vara med och ta del av beslutet skapade detta en positiv känsla och det sågs som en självklarhet att åka med annat fordon än ambulans när möjligheten fanns.

*Utifrån deras bedömning och att de förberedde akuten så såg inte jag det
som ett bekymmer att sitta i egen bil [...] Vi fick samsyn så att vi tog egen
bil.*

Få information

Vidare menar patienterna att när de fick god information om sitt tillstånd ökade också deras förståelse och mötet upplevdes positivt. Oavsett hur akut eller icke akut det var

eller vilken vårdnivå och färdssätt som lämpade sig bäst, upplevdes information om tillståndet som viktig. Den goda informationen skapade en trygghet hos patienten som innebar minskad oro och att ett lugn infann sig. Informationen främjade acceptans och förståelse för vilket färdssätt som i det specifika fallet var lämpligast.

Ambulanskillarna skötte sig bra, de var informativa [...] De ringde upp till akuten, de återkopplade till mig hela tiden om vad som hände [...] Hela tiden så informerade de mig, nu gör vi det här och vad anledningen till varför vi gör det är för att du skall se det här. De var som jag upplevde det, jäkligt pedagogiska.

Sakna information

I de fall där informationen varit bristfällig skapades missnöje hos patienterna. Att inte förstå och få vara delaktig i besluten upplevdes negativt och en frustration och förvåning infann sig hos patienterna. I vissa fall har sjuksköterskan försökt förklara varför patienten hänvisats till annat färdssätt men inte lyckats så att patienten förstår. I andra fall har sjuksköterskan endast sagt till patienten att denne inte behöver åka ambulans utan att ge en vidare förklaring till varför.

Jag kände ju att jag inte klarade mer och så fick jag inte följa med! Jag var helt chockad! Så jag sa: - Men herregud, jag fick inte följa med! Jag har aldrig varit med om det förut [...] Jag blev väldigt förvånad för jag hade inte väntat mig det att jag inte skulle få åka med.

Bekräftelse som patient

Att bli bekräftad som patient speglas av att man i mötet med sjuksköterskan i ambulans upplever sig få vara just patient. Patienterna menar att de känner sig bekräftade som individer men också att de fått hjälp med det som de önskat. Kategorin *Bekräftelse som patient* byggs upp av underkategorierna: *Bli bekräftad* och *Få hjälp*.

Bli bekräftad

Patienterna vittnar om en sjuksköterska i ambulans som ser dem som individer. Undersökningarna handlar inte endast om att kontrollera vitala parametrar. Patienterna upplevde sig som människor, respekterades som människor och behandlas på ett bekräftande sätt. Att ambulansen kommer till dem kan upplevas bekräftande i sig, men än mer bekräftade upplevde sig patienterna när sjuksköterskan såg dem och mötte dem med respekt för individens integritet och livsvärld.

De lugnade mig genom att prata med mig och jag var inte bara ett stycke utan jag var en människa som de snackade med. För de pratade ju med mig [...] de glömde inte mig utan de pratade med mig och informerade. Och när de skulle undersöka någonting... ja, de slängde inte bara på mig grejerna, de frågade först.

Få hjälp

Vidare menar patienterna att de upplevde sig hjälpta av sjuksköterskan trots att de hänvisades till annat färd sätt än ambulans. Det framkommer att dessa patienter inte nödvändigtvis hade en förväntan på att transporteras av ambulansen till sjukhus. Inte ens en föreställning om att de skulle behöva åka till sjukhus var given. Det som upplevdes positivt var att de fick någon som kom till dem och bekräftade att deras upplevda sjukdomstillstånd inte var mer akut än att de med annat färd sätt än ambulans kunde ta sig till vårdinrättning.

De kommer för att hjälpa en, oavsett vad det är [...] De kommer och kollar till en. Det är ju också skönt, tycker jag, att bli omhändertagen om man är sjuk.

Nekad patientroll

Att nekas sin patientroll karaktäriseras av att som patient inte bekräftas i sin sjukdomsupplevelse. Upplevelsen har varit att ambulanspersonalen tyckt att de inte är sjuka nog, att de har ringt i onödan och på så sätt belastar ambulansverksamheten. En negativ upplevelse av mötet framträder hos patienterna och dessutom en tvekan att i framtiden kontakta ambulanssjukvården om behovet skulle uppstå. Kategorin *Nekad patientroll* byggs upp av underkategorierna: *Känna sig i vägen*, *Sakna bekräftelse* och *Känna sig övergiven*.

Känna sig i vägen

Patienterna upplever sig vara i vägen och belasta ambulansverksamheten. Detta var inte den första känsla som infann sig och inget som patienten reflekterade över när de påkallade ambulans. Detta framkom när ambulanspersonalen anlät och genom sitt bemötande belastade patienten med skuld känslor över att ha sökt hjälp. Ambulanspersonalen har varit stressade och sagt att de har bråttom därifrån på grund av att det finns andra mer sjuka som behöver hjälp. Även fall där patienten fått mediciner och sedan skickats med taxi till sjukhus förekommer. Vidare har ambulanspersonalen förklarat sin stressade arbetssituation och på så sätt belastat patienten med en känsla av att ha påkallat ambulans i onödan. Det framkommer vidare att hänvisningen till annat färd sätt i sig inte var det stora bekymret, utan känslan av att belasta verksamheten och att vara i vägen var det som skapade den negativa känslan av att inte få vara patient.

De satt och klagade på hur lite ambulanser, att de bara hade två ambulanser... De klagade på det till mig bara som är patient... Hur lite resurser de har och... Det kändes kasst [...] Då hade jag känt mig ännu mer i vägen... Förmodligen ännu mer, eftersom de var så dryga och stressade.

Sakna bekräftelse

Patienterna upplevde att sjuksköterskan i ambulansen menat att de inte är sjuka nog att få medfölja i ambulansen till sjukhus, trots den egna upplevelsen av sjukdom. Det framkommer även fall där patientens upplevelse är att sjuksköterskan nekat dem att söka vård överhuvudtaget. Patienterna beskriver en ointresserad ambulanspersonal som

står frågande till varför patienten sökt hjälp och verkar ointresserade av att höra svaret. Att söka hjälp vid sjukdom eller upplevelse av sjukdom och sedan få höra att man inte är sjuk nog skapar en negativ känsla hos patienten.

Själva sköterskan han, han tittade aldrig på pappret. [...] Han brydde sig inte utan han ville härifrån [...] Han var ju intresserad av att komma härifrån så fort som möjligt. [...] Han tyckte ju det att jag var ju inte dålig tillräckligt, för att åka med dem.

Känna sig övergiven

Att inte känna sig hjälpt beskrivs också av patienterna. Inte nog med att de, till sin stora förvåning, nekades att medfölja ambulansen till sjukvårdsinrättning, de upplevde dessutom att de inte fick någon hjälp av sjuksköterskan på plats. Det framkommer exempel där patientens upplevelse av ambulansbesättningen varit att de endast kommit in och pratat en stund och sedan åkt utan att ha undersökt patienten. Känslan av att stå utan hjälp har överskuggat patientens upplevelse av mötet.

De funderade på hur de skulle göra och sen åkte de. Och då var det till ingen nytta att de kom hit. De kunde lika gärna ha låtit bli.

Missnöjsamhet

I mötet med ambulanspersonalen och där sjuksköterskan hänvisat till annat färd sätt framkommer det i flera fall en stark missnöjsamhet. En förväntan och tro om att bli hjälpta till sjukvårdsinrättning när de påkallat ambulans skapar både förvåning, besvikelse och uppgivenhet när de istället blir hänvisade till ett annat färd sätt. Kategorin *Missnöjsamhet* byggs upp av underkategorierna: *Känna besvikelse* och *Känna uppgivenhet*.

Känna besvikelse

Patienterna upplever en stark besvikelse när de sökt hjälp och lämnas med känslan av att inte ha fått någon. Patienterna menar att de inte hade påkallat ambulans om de inte ansåg sig behöva en. Att då hänvisas till att åka i ett annat fordon till sjukvårdsinrättning kränker patienterna som menar att de själva vet vilken hjälp de behöver.

Jag har aldrig varit med om att de inte tar med en om en behöver det. Jag menar att man kan väl själv avgöra om man behöver det, om man kan ta sig dit för egen maskin eller om man måste ha hjälp. Och nu behövde jag ju hjälp för att komma dit. Jag menar, jag hade ju inte klarat att ta mig dit själv.

Känna uppgivenhet

När patienten inte får den hjälp denne förväntat sig och inte heller förstår varför, skapas känslor av ilska och sorg men också en känsla av att ge upp. Att ringa efter ambulans är för många patienter en sista utväg och när de inte får följa med i ambulansen skapar det

en känsla av uppgivenhet och ibland till och med likgiltighet. Patienterna beskrev en känsla av lamslagenhet och att inte orka kämpa för sin sak. De gav upp.

Sen blev jag ledsen för att jag tänkte att de gör som de vill med en, de brydde sig inte om vad jag tycker utan, det är vad de tycker som gäller. De bestämmer.

Jag gav på sätt och vis upp [rycker uppgivet på axlarna]. Klockan var ju mycket också. Så jag gick och lade mig och tänkte det att lever jag inte mer så lever jag inte mer. Skit samma.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då det var människors upplevelser av någonting som skulle undersökas, valdes en kvalitativ ansats i denna studie. Nyberg (2000) menar att kvalitativa ansatser syftar till att uttyda och förstå hur/på vilket sätt och varför ett fenomen erfars på ett speciellt sätt.

Innan denna studie genomfördes, diskuterades och reflekterades det kring möjliga genomföranden av studien. Initialt var tanken att undersöka vårdpersonalens upplevelse av att ta beslut kring patientens kommande vårdnivå, men efter samråd med handledare valdes slutligen ett patientperspektiv. Vidare diskuterades bästa tänkbara metod. Alternativet att göra en enkätstudie diskuterades för att på ett effektivt sätt kunna få svar på hur många av informanterna som var missnöjda, alternativt nöjda av de som hänvisats till annat transportsätt än ambulans till vårdinrättning. En enkätstudie hade förvisso kunnat ge en stor mängd data att bearbeta, som på så sätt kunnat visa om majoriteten är nöjda eller missnöjda. Men då vi kände ett djupare intresse för studien, och verkligen ville veta vad som gjorde informanterna nöjda respektive missnöjda, valdes slutligen enskilda intervjuer som insamlingsmetod. Vidare diskuterades etiska aspekter. Att via ambulanssjukvårdens journalsystem leta upp möjliga informanter för studien innebar samtidigt att den personal som skrivit journalerna skulle blottläggas. Dock fanns inget sätt att kringgå detta, och fokus låg trots allt inte på sjuksköterskans bedömning av patienten utan endast på hänvisningen i sig. Vidare diskuterades etiken i att kontakta möjliga informanter. För att förhindra att någon skulle känna sig ofrivilligt delaktig i studien gavs möjliga informanter både skriftlig och muntlig information om att de själva, helt utan motivering och när som helst under studiens gång kunde avböja medverkan. Forsman (2009) menar att just informerat samtycke är den del i forskningen som är viktigast. Föreliggande studies tillförlitlighet bedöms ha blivit stärkt genom att samtliga informanter deltagit frivilligt, medvetna om dess syfte och väl informerade om att de när som helst utan motivering kan avböja sin medverkan.

Journalerna i studien granskades från aktuellt datum och bakåt i tiden. Detta var ett aktivt val då avsikten var att göra intervjuer med informanter som hade mötet med ambulanspersonalen färskt i minnet. När granskningen hade nått bakåt till den 1 mars 2014, ansågs tillräckligt många informanter ha funnits för en första kontakt. Tillräckligt många informanter ansågs funna i ett tidigt stadie vilket gjorde att ingen ytterligare sökning bakåt i tiden bedömdes nödvändig.

Intervjuerna bandades och anteckningar fördes under intervjuerna. Forsman (2009) menar att informanten kan störas i sina svar om intervjuaren antecknar under tiden. Många, särskilt gamla människor, är rädda för bandspelaren. Detta var något som togs i beaktande men som inte kunde undvikas då vi ville fånga så mycket information som möjligt från informanterna. En första pilotintervju utfördes där båda författarna medverkade men endast en ställde frågor. Denna gjordes för att få en känsla för hur det är att genomföra en intervju och samtidigt för att den under intervjun inaktiva författaren senare skulle kunna ge konstruktiv kritik. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är det att utnyttja maktförhållanden mot informanten när författarna är fler än en. Initialt skulle därför inte pilotintervjun medräknas i resultatet, men då den gav flera

meningsbärande enheter kunde den inte bortses från och inkluderades därför i studien. Dock kan det ses som en svaghet avseende giltigheten då en intervju är genomförd på detta sätt.

Trovärdighet

Studien är liten och endast nio informanter innefattas. Detta innebär att generaliseringar inte är möjliga vilket därmed ses som en svaghet. Intervjuerna är dessutom genomförda av två oerfarna intervjuare vilket kan bidra till att viktiga meningsbärande enheter från informanterna kan ha missats både under själva intervjun men också under själva analysen. Önskvärt i studien hade varit att alla informanterna hade haft aktuellt besök av en specialistutbildad ambulanssjuksköterska. Men då fokus har legat på patientens upplevelse och inte på ambulanspersonalens utbildningsnivå så har det inte ingått i inklusionskriterierna utan informanterna i studien har haft besök av såväl allmänsjuksköterskor som specialistsjuksköterskor inom anestesi, intensivvård och ambulanssjukvård, samt ambulanssjukvårdare.

Styrkan i studien ligger i att dess innehåll baseras på informantens verkliga upplevelser av mötet och hänvisningen av sjuksköterskan. Både negativa och positiva åsikter har framförts och format ett resultat som förhoppningsvis kan utveckla ambulanssjukvårdens omhändertagande av framtida patienter.

Resultatdiskussion

Studiens resultat visar i stora drag att de patienter som var nöjda med mötet och hänvisningen, blev det genom att ha fått ett bra bemötande, varit i fokus och känt sig omhändertagna. Detta ledde till att de kände tillit till sjuksköterskans bedömning i mötet och att de känner en fortsatt tilltro till ambulanssjukvården. Det finns patienter som kände att mötet inte var helt till belåtenhet, men ändå kände tilltro till personalens bedömning och var nöjda med hänvisningen. Till sist fanns det patienter som upplevde ett dåligt bemötande, som inte var nöjda med, eller ens förstod, hänvisningen och till och med upplevde att de blev nekade vård. Orsaken till detta upplevdes framför allt vara bristande information och att patienterna upplevde att de inte fick vara delaktiga i beslutet. Detta ledde till att patienterna inte känner något förtroende för ambulanssjukvården längre.

Bemötandets betydelse

Det framkommer tydligt i resultatet att den attityd och det förhållningssätt som ambulanspersonalen har bemött patienterna med har avspeglat hela mötet och varit avgörande för utgången av mötena. Ambulanspersonalens goda attityd har gett dem förutsättning att kunna motivera sina beslut för patienterna och samtidigt skapat ett tillfredställande vårdmöte. Den dåliga attityden som beskrivs av flera patienter handlar om nonchalant ambulanspersonal som verkar ointresserade av patienterna. Vad som motiverar ambulanspersonalen till denna bristfälliga attityd är inte undersökt men Jakobsson (2007) menar att stress och hög arbetsbelastning kan leda till att vårdpersonalen försöker distansera sig från patienten. Liksom Jakobsson (2007) visar även MacDonald (2007) att riskerna för ett mindre bra bemötande gentemot patienten

ökar om vårdpersonalen är stressade. I förevarande studie var detta en gemensam nämnare i de fall där patienten till slut var missnöjd med mötet och hänvisningen. Ambulanspersonalen upplevdes vara stressade och visade ointresse för patienten och dennes situation och de upplevdes vilja komma iväg från patienten så snabbt som möjligt.

Tillitens betydelse

Tillit till ambulanspersonalen är en annan faktor som varit avgörande för huruvida patienterna varit nöjda med hänvisningen eller inte. Med ett förtroende för ambulanspersonalens kompetens kom också en naturlig acceptans för det som sjuksköterskan i ambulansen beslutade om. Patienterna litade helt enkelt på att det som sjuksköterskan sa var det riktiga och det lämpligaste och flera av dem såg ingen anledning att ifrågasätta denne. Men tydligt är också att ett missnöje finns hos patienter där de inte litar på sjuksköterskans bedömningar och rekommendationer. Det kommer bland annat fram en misstro till sjuksköterskan på grund av dess låga ålder. Patienten får inget förtroende för den unga personalen och kan därför heller inte känna sig trygg med de besked som ges. Hela mötet blir sårbart och en stark känsla av misstro träder fram. Resultatet överensstämmer med Kettunen, Poskiparta och Gerlanders (2002) som funnit att patienten måste känna ett förtroende för sjuksköterskan för att en vårdande relation ska kunna etableras.

Delaktighet

Delaktighet beskrivs av patienterna som ett vårdmöte som antingen speglades av en dialog patienter och vårdare emellan eller brist på en sådan där ambulanspersonalen, enligt patienterna, mer eller mindre förde en monolog mot dem och sedan tog beslut över deras huvud. Detta visar sig också vara en viktig del i vårdmötet. Patienterna har förvisso sökt efter ambulans för att få hjälp av någon professionell inom sjukvården, men de vill ändå själva vara delaktiga i de beslut som tas och påverka i vilken grad de är i behov av hjälp. Berglund, Westin, Svanström och Johansson Sundler (2012) menar att patienterna bör engageras genom att tillfrågas om deras åsikter för att därigenom minska risken för bedömningar som är svåra att acceptera. Även Tveiten och Ruud Knutsen (2010) menar att en dialog och att låta både patientens och vårdpersonalens tankar få utrymme, skapar förutsättningar för samarbete, vilket också förutsätter en känsla av trygghet och tillit hos patienten. Eriksson, Chiappe och Sellström (2003) visar att vårdpersonal som inte tar sig tillräckligt med tid för patienten, gör denne missnöjd. Missnöjet är också en följd av att patienten inte känner sig lyssnad på eller att vårdpersonalen samtalar över patientens huvud. Detta i sin tur, menar Eriksson, Chiappe och Sellström (2003), kan leda till att patienterna känner sig besvärliga eller maktlösa, vilket också framkommer i föreliggande studies resultat. Berglund et al. (2010) menar att den vanligaste orsaken till ett onödigt eller förstärkt lidande är att det brister i samspelet mellan vårdpersonal och patient. Liksom Berglund et al. (2012) och Tveiten och Ruud Knutsen (2010) skriver Eldh (2010) att en av sjuksköterskans kompetenser bör vara färdigheten att respektera patientens egen kunskap och erfarenhet och se dessa som en resurs. Sjuksköterskan skall även skapa förutsättningar för patienten att vara delaktig. Detta styrker även Ekman och Norberg (2014) och menar att möjligheten att få vara delaktig i planeringen av sin egen vård är en faktor som inverkar på patientens

lidande. Det som de missnöjda patienterna önskade var att komma till sjukhus och det visade sig att de hade accepterat en hänvisning till annat transportsätt, men att detta inte ens erbjöds patienten som alternativ.

Också information beskrivs som en viktig del i delaktigheten. Att ambulanspersonalen har varit tydliga och informerat samt försäkrat sig om att patienterna verkligen förstått den information de fått. Franzén, Björnstig och Jansson (2006) menar att det som vårdpersonal gäller att förvissa sig om att patienten har förstått den information som getts. Frank, Asp och Dahlberg (2009) framhåller att många patienter önskar att få mer information om sitt tillstånd. Ett sätt att skapa trygghet för patienten är, enligt Mok (2004), att informera patienten om vad som händer.

Bekräftelse som patient

Att bli bekräftad och sedd samt känna sig hjälpt av ambulanspersonalen ger upphov till positiva känslor. Det framkommer i fall där patienterna känt sig sedda och lyssnade på, att trots hänvisningen till annat färdstätt än med ambulans, upplever patienterna sig hjälpta av ambulanspersonalen och bekräftade som patienter. Samtidigt framkommer att patienter som inte känt sig sedda och bekräftade istället upplever en negativ känsla av hänvisningen och hela vårdmötet. Föreliggande resultat överensstämmer med Poljak, Tveit och Ragneskog (2006), som skriver att vara närvarande och ha förmåga att lyssna är några av de viktigaste och mest betydelsefulla egenskaper som en sjuksköterska kan förhålla sig till utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Dahlberg (2002) menar att lidandet kan öka om patienten inte känner sig sedd som patient av vårdpersonalen. Berglund, Westin, Svanström och Johansson Sundler (2012) menar att patientens behov är varierande och täcker både det andliga och kroppsliga. Om inte behoven blir tillfredsställda av vårdpersonalen kan patienten lida av utebliven vård.

Resultatet visar vidare att en sådan enkel sak som att få blodtrycket mätt eller ett EKG taget ökade patienternas känslor av att bli omhändertagna och bekräftade som sjuka. Att få vara patient liknades vid att få bli sedd som människa och att till och med existera. Dahlberg (2007) menar att en viktig del i att patienten känner sig omhändertagen, handlar om att få bekräftelse. Där beskrivs vidare den smärta som människor kan uppleva när de inte blir tagna på allvar, som inte får en känsla av bekräftelse eller får bli sedd som en lidande människa.

Nekad patientroll

Resultatet visar att patienter i flera fall kände att de var i vägen och att de belastade verksamheten. Det beskrivs bland annat hur patienter fick läkemedel och sedan att det var bråttom att komma iväg med taxi. Arman och Rehnsfeldt (2006) menar att patienter som får behandling men inte vård fråntas sin roll som lidande människor. Vidare sågs i föreliggande resultat hur patienterna skuldbelade sig själva genom att uttrycka att de inte vill vara till belastning, att de inte vill ta resurser från någon som behöver dem bättre och att de inte var nog sjuka för att åka ambulans. Detta förklaras med hjälp av Wiklund (2010) som menar att patienter i vissa fall hanterar sitt lidande genom att förneka det eller att skuldbelägga sig själva. Vidare menar Sundin, Axelsson, Jansson och Nordberg (2000) och Dahlberg (2002) att patienterna ofta intalar sig själva att

vårdarna nog har ont om tid och att de själva ska vara nöjda över den vård de får, som svar på deras upplevda vårdlidande.

Vad som framkommer mer i resultatet är inte enbart upplevelser av att ha nekats vård. Även tydliga fall där patienten faktiskt har nekats vård framkommer. Det förekommer exempel där ambulanspersonalen till synes har gjort en undersökning, meddelat att tillståndet är ofarligt och därefter lämnat patienten hemma. Detta kan inte kallas hänvisning. Detta är snarare ett tjänstefel från ambulanspersonalen som inte har några befogenheter att neka patienter att söka hjälp. I flera fall framkommer dock en upplevelse av att nekats vård där ambulanspersonalen ändå försökt hjälpa patienten men inte gjort det så som patienten själv hade önskat eller förväntat sig. Det skulle kunna förklaras av att ambulanspersonalen inte har förstått patientens upplevelse av lidande och sjukdom. De har därmed inte gett den vård som patienten känner sig i behov av utan istället hänvisat dem till att åka med annat fordon till en annan vårdinrättning än förväntat. Känslan hos patienten har då blivit att de faktiskt nekats den vård de förväntat sig. Sunvisson, Habermann, Weiss och Benner (2009) menar att det är viktigt att som vårdare förstå hur sjukdom upplevs av patienten för att kunna ge bästa möjliga vård. Ekman och Norberg (2014) visar att förutsättningen för ett bra omhändertagande och vård är att aktivt lyssna på patienten och försöka förstå hur upplevelsen av ohälsa påverkar denne. Edvardsson (2010) belyser också vikten av att bekräfta patientens sjukdomsupplevelse och att ha detta som utgångspunkt när vården ska organiseras.

Missnöjsamhet

Sjukdomslidande är enligt Santamäki Fischer och Dahlqvist (2010) kopplat till patientens upplevelse av sjukdom och dess konsekvenser. Dahlberg och Segesten (2010), kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (SOSFS, 2005:105-1) och RAS (2012) framhåller att de som utför vården skall ha som utgångspunkt att stärka patientens hälsa, då denne är i lidande. Om detta fallerar kan det uppstå ett ökat lidande för patienten som redan är i ett sjukdomslidande. Ett misslyckande med att stärka patientens hälsa kan uppkomma genom missuppfattning, obetänksamhet eller tidspress och stress (Dahlberg & Segesten, 2010). Resultatet i denna studie visar att ambulanspersonalen, i mötet med patienten och i samband med att denne blir hänvisade ett annat transportsätt, misslyckats med sitt uppdrag att lindra lidandet. Patienter upplevde sig inte bara nonchalant bemötta utan kände även maktlöshet över att inte få vara med och bestämma över sin situation. Patienterna uppfattade sig till och med förvägrade att få åka till sjukhus med ambulans eller nekade att söka vård överhuvudtaget. Detta ledde till ett ökat lidande för patienten och tydliggjordes genom en mängd känslor i form av besvikelse, vrede, hopplöshet, ensamhet och att känna sig mindre värdig. Till och med känslan av uppgivenhet och att ge upp hoppet om livet framkom. Berglund, Westin, Svanström och Johansson Sundler (2012) styrker detta genom att visa hur ett ökat lidande tillfogas om vårdpersonal negligerar eller brister i sin skyldighet att stärka patienten i dennes hälsoutveckling och inte bekräftar patientens upplevelse av sjukdom och lidande. Vanligaste orsaken till ett onödigt eller förstärkt lidande är att det brister i samspelet mellan vårdpersonal och patient, i själva mötet (Berglund et al., 2010).

SLUTSATSER

Patienter beskriver vårdmötet i samband med att de hänvisades till annat färd sätt med nöjdhet eller besvikelse och ilska. De som fått god information, ett gott bemötande och känt sig delaktiga i besluten har också visat sig nöjda med hänvisningen medan de som upplever ett dåligt bemötande, bristfällig information och brist på delaktighet känner ett starkt missnöje.

Upplevelsen av mötet med sjuksköterskan i samband med att hänvisas till annat färd sätt är beroende av tillit, gott bemötande, att få vara patient, känna sig delaktig och att få information och förstå. När någon av dessa kännetecken saknas riskerar vårdmötet att misslyckas och missnöjsamhet uppkommer.

I de fall där patienten upplever sig ha blivit väl bemött, varit delaktig i mötet, förstått informationen och litat på sjuksköterskan har patienterna, trots att de inte fått medfölja ambulansen till sjukhus varit nöjda. Det kan kallas en känsla av sammanhang, vilket i sin tur ökar känslan av hälsa trots sjukdom.

Samtliga av de patienter som varit missnöjda med mötet och hänvisningen till annat färd sätt har velat göra en anmälan angående ambulanspersonalens attityd samt hänvisning men har av okänd anledning inte gjort det. Detta styrker det faktum att statistiken över de missnöjesanmälningar till socialstyrelsen som nämns i bakgrunden har ett mörkertal.

Vad som framkommer ytterligare och som är värt att belysa extra är:

- De patienter i denna studie som är missnöjda med hänvisningen har tidigare, vid flertalet tillfällen varit i kontakt med ambulanssjukvården och varje gång känt sig nöjda. Trots detta är nu samtliga besvikna till den grad att de inte vill kontakta ambulanssjukvården igen. Intressant vore att belysa hur ett negativt möte så starkt kan överskugga alla de tidigare positiva mötena och därmed leda till ett minskat förtroende för hela ambulansorganisationen.
- Då det framkommer att patienter faktiskt nekats transport helt och hållet misstänks det finnas en brist i nuvarande ambulansinstruktion, alternativt hur ambulanspersonalen tolkar den. Det bör med andra ord förtydligas att uppdraget inte handlar om att neka patienter vård utan endast att hänvisa dem till rätt vårdnivå med rätt transportfordon.
- Det framkommer i resultatet att patienter inte alltid ringer ambulans för att få snabb och säker transport till sjukhus. Patienterna önskar istället en undersökning i hemmet för att själva slippa ta sig någonstans. Det bör därför belysas om att synen på vad ambulanssjukvården egentligen är till för har förändrats.

KLINISKA IMPLIKATIONER

I samband med att patienter allt oftare hänvisas till annat färdstätt än ambulans krävs det åtgärder för att uppnå patienters tillit och nöjdhet. Föreliggande resultat understödjer följande kliniska implikationer:

- Lokala behandlingsriktlinjer bör revideras för att förtydliga vilka patienter som kan hänvisas till annat färdstätt och under vilka förutsättningar.
- Tydliggöra att hänvisning till annat färdstätt inte handlar om att lämna någon hemma utan uppföljning.
- Tydliggöra att det innebär att ett annat fordon, såsom sjuktransport, sjuktaxi eller privat fordon kan användas för transporten av den sjuke.
- Tydliggöra att sjuksköterskan måste försäkra sig om att patienten har förstått den information som ges och samtidigt inbjuda till dialog.
- I de fall patienten upplever att det är för krävande att sitta i en taxi bör istället en sjuktransport beställas.
- Undersökningarna måste vara noggranna och sjuksköterskan måste försäkra sig om att det aktuella tillståndet inte är under snabb försämring där patienten riskerar att fara illa under transporten in till sjukhus.
- Vidare bör sjuksköterskorna och organisationen se över vilket förhållningssätt sjuksköterskan har till sina patienter.

REFERENSER

- Ahl, C., Nyström, M. & Jansson, L. (2006). Making up one's mind: - patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing*, 14, ss. 11-19.
- Ambulanscentrum, NU-sjukvården (2014). *Statistik från Ambulink*, Ambulanscentrum, NU-sjukvården. Hämtad 2014-02-10.
- Ansvarskommittén (2007). *Hälso- och sjukvården*. Sekretariatsrapport NR 2 (SOU 2007:12). Stockholm: Finansdepartementet.
- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande*. Stockholm: Liber.
- Beillon, L.M. (2010). *Att värdera vårdbehov – ett kliniskt dilemma* (Akademisk avhandling). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Göteborg: Elanders.
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R. & Johansson Sundler, A. (2012). Suffering caused by care – Patients experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7, ss. 1-9. DOI:10.3402/qhw.v7i0.18688. doi: 10.3402/qhw.v7i0.18688
- Bremer, A. & Sandman, L. (2009). Etik inom ambulanssjukvården. I Suserud, B-O. & Svensson, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber, ss. 167-178.
- Collste, G. (2002). *Inledning till etiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Colwell, C.B., Pons, P.T. & Pi, R. (2003). Complaints against an EMS system. *The Journal of Medicine*, 25 (4), ss. 403-408.
- Dahlberg, K. (2002). *Vårdlidande – det onödiga lidandet*. *Vård i Norden*, 22 (1), ss. 4-8.
- Dahlberg, K. (2007). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. I Edvardsson, D. (red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, ss. 29-37.

- Ekman, I. & Norberg, A. (2014). *Omvårdnad på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Eldh, A.C. (2010). Delaktighet och gemenskap. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.). *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur, ss. 45-64.
- Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: the patient's first encounter with prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 16 (3), ss. 185-192.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), ss. 107-115.
- Eriksson, U., Chiappe, I. & Sellström, E. (2003). Att vårdas på sjukhus. Vad är patienter missnöjda med? *Vård i Norden*, 23 (2), ss. 36-39.
- Forsman, B. (2009). *Forskningsetik, en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Frank, C., Asp, M. & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care – a phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing*, 17 (1) ss. 15-22.
- Franzén, C., Björnstig, U. & Jansson, L. (2006). Injured in traffic: experiences of care and rehabilitation. *Accident and Emergency Nursing*, 14, ss. 104-110.
- Gill, M.J. & Riley, A. (1996). Nonurgent use of hospital emergency department: Urgency from the patient's perspective. *The Journal of Family Practice*, 42 (5), ss. 491-496.
- Gray, J.T. & Walker, A. (2008). Avoiding admissions from the ambulance service: a review of elderly patients with falls and patients with breathing difficulties seen by emergency care practitioners in South Yorkshire. *Emergency Medicine Journal*, 25, ss. 168-171.
- Hallström, I. & Elander, G. (2001). A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 15 (3), ss. 228-234.
- Hjälte, L. (2005). *Hur används ambulanssjukvårdens resurser?* Rapport Nr 18, ISSN 1651-8047. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys.
- Hjälte, L. (2006). *Ambulanssjukvård i tätort och glesbygd – är det någon skillnad?* Rapport Nr 21, ISSN 1651-8047. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys.
- Hjälte, L., Suserud, BO., Herlitz, J. & Karlberg, I. (2007a). Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *European Journal of Emergency Medicine*, 14, ss. 151-156.

- Hjälte, L., Suserud, B.O., Herlitz, J. & Karlberg, I. (2007b). Initial emergency medical dispatching and pre-hospital needs assessment: a prospective study of the Swedish ambulance service. *European Journal of Emergency Medicine*, 14, ss. 134-141.
- Ingarfield, S.L., Jacobs, I.G., Jelinek, G.A. & Mountain, D. (2005). Patient delay and use of ambulance by patients with chest pain. *Emergency Medicine Australasia*, 17, ss. 218-223.
- Jakobsson, U. (2007). Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*, 6, ss. 541-548.
- Johansson, A. (2013). *Prehospital bedömning av vårdnivå*. Ambulansinstruktion, komplettering till behandlingsriktlinjer, Ambulanscentrum, NU-sjukvården, 2013-07-01. Hämtad 2014-03-12 från: NU-ambulansens hemsida (intern åtkomst).
- Johansson, I., Strömberg, A. & Swahn, E. (2004). Ambulance use in patients with acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19 (1), ss. 5-12.
- Karlberg, I. (2009). Hälso- och sjukvårdens utmaningar. I Suserud, B-O. & Svensson, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber, ss. 30-32.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Gerlanden, M. (2002). Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling*, 47, ss. 101-113.
- Kiessling, K. & Kjellgren, K. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 24 (4), ss. 31-35.
- Knapp, B. J., Tsuchitani, S. N., Sheele, J. M., Prince, J. & Powers, J. (2009). Prospective evaluation of an emergency medical services – Administered alternative transport protocol. *Prehospital Emergency Care*, 13 (4), ss. 432-436.
- Kuisma, M., Määttä, T., Hakala, T., Sivula, T. & Nousila-Wiik, M. (2003). Customer satisfaction measurement in emergency medical services. *Academic Emergency Medicine*, 10 (7), ss. 812-815.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lenquist, S. (red.). (2007). *Traumatologi*. Stockholm: Liber.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 187-201.
- MacDonald, M. (2007). Origins of difficulty in the nurse-patient encounter. *Nursing Ethics*, 14 (4), ss. 510-521.

Malone, R. (1995). Heavy users of emergency services: Social construction of a policy problem. *Social Science Medicine*, 40 (4), ss. 469-477.

Mason, S., Knowles, E., Colwell, B., Dixon, S., Wardrobe, J., Gorringer, R., Snooks, H., Perrin, J. & Nicholl, J. (2007). Effectiveness of paramedic practitioners in attending 999 calls from elderly people in the community: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 335 (7626), 919.

Melby, V. & Ryan, A. (2005). Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? *Journal of Clinical Nursing*, 14, ss. 1141-1150.

Mok, E. (2004). Nurse-patient relationship in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5), ss. 475-483.

Morgans, A., Archer, F., Walker, T. & Thuma, E. (2005). Barriers to accessing ambulance services in rural Victoria for acute asthma: patients' and medical professionals' perspectives. *Australian Journal of Rural Health*, 13, ss. 116-120.

Murphy, W.A. (1998). "Inappropriate" attenders at accident and emergency departments: Definition, incidence and reason for attendance. *The Journal of Family Practice*, 15 (1), ss. 23-32.

Nyberg, R. (2000). *Skriva vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M., Nydén, K. & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit - a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing*, 11 (1), ss. 22-26.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Palazzo, F.F., Warner, O.J., Harron, M. & Sadana, A. (1998). Misuse of the London ambulance service: how much and why? *Journal Accident Emergency Medicine*, 15, ss. 368-370 doi:10.1136/emj.15.6.368

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Poljak, A., Tveit, J. & Ragneskog, H. (2006). Omvårdnad i ambulansen – den första länken i vårdkedjan. *Vård i Norden*, 79 (26), ss. 48-51.

Porter, A., Snooks, H., Youren, A., Gaze, S., Whitfield, R., Rapport, F. & Woolard, M. (2007). Should I stay or should I go? Deciding whether to go to hospital after a 999 call. *Journal of Health Services Research & Policy*, 1, ss. 1-32.

Porter, A., Snooks, H., Youren, A., Gaze, S., Whitfield, R., Rapport, F. & Woolard, M. (2008). "Covering our backs": ambulance crews' attitudes towards clinical

documentation when emergency (999) patients are not conveyed to hospital. *Emergency Medicine Journal*, 25, ss. 292-296.

RAS – Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor och Svensk Sjuksköterskeförening (2013). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Hämtad 2013-12-05 från: http://ambssk.se/images/dokument/ras_komp_beskr_ambssk2012.pdf

Richards, J. R. & Ferrall, S. J. (1999). Inappropriate use of emergency medical services transport: comparison of provider and patients perspectives. *Academic Emergency Medicine*, 6 (1), ss. 14-20.

RIR – Riksrevisionen (2012). *Riksrevisionen granskar: Staten och vården. Statens insatser inom ambulansverksamheten* (Rapport 2012:20). Stockholm: Riksrevisionen.

Sandman, L. & Nordmark, A. (2006). Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nursing Ethics*, 13 (6), ss. 592-607.

Santamäki Fischer, R. & Dahlqvist, V. (2010). Tröst och trygghet. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.). *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur, ss. 115-138.

Sjöström, B. & Johansson, B. (2000). *Ambulanssjukvård. Ambulanssjukvårdarens och läkares perspektiv*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

SFS 1982:763. *Socialstyrelsens författningssamling, Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SFS (1998:204). *Personuppgiftslagen*. Hämtad 2014-06-19 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

SFS (2001:319). *Förordning om ändring i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Hämtad 2014-06-25 från: <http://www.hsv.se>

SFS (2003:460). *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 2014-06-19 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460/om-etikprovning_sfs-2003-460/

Snooks, H.A., Dale, J., Hartley-Sharpe, C. & Halter, M. (2004). On-scene alternatives for emergency ambulance crews attending patients who do not need to travel to the accident and emergency department: a review of the literature. *Emergency Medical Journal*, 21, ss. 212-215.

Snooks, H.A., Kearsley, N., Dale, J., Halter, M., Redhead, J. & Cheung, W.Y. (2004). Towards primary care for non-serious 999 callers: results of a controlled study of "Treat

and Refer” protocols for ambulance crews. *Quality and Safety Health Care*, 13, ss. 435-443.

Snooks, H.A., Kearsley, N., Dale, J., Halter, M., Redhead, J. & Foster, J. (2005). Gaps between policy, protocols and practice: a qualitative study of the views and practice of emergency ambulance staff concerning the care of patients with non-urgent needs. *Quality and Safety Health Care*, 14, ss. 251-257.

Socialstyrelsen (2014). *Dina rättigheter i vård och omsorg*. Hämtad 2014-04-10 från: <http://www.socialstyrelsen.se/hittarattmyndighet/dinarattigheterivardochoomsorg>

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

SOSFS 2004. *Meddelandeblad. Svensk ambulanssjukvård 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2005:105-1. *Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2009:10. *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundin, K., Axelsson, K., Jansson, L. & Nordberg, A. (2000). Suffering from care as expressed in the narratives of former patients in somatic wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, ss. 16-22.

Sunvisson, H., Habermann, B., Weiss, S. & Benner, P. (2009). Argumenting the Cartesian medical discourse with an understanding of the person's lifeworld, lived body, life story and social identity. *Nursing Philosophy*, 10, ss. 449-459.

Suserud, B-O. (2005a). A new profession in the pre-hospital care field – the ambulance nurse. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 10 (6), ss. 269-271.

Suserud, B-O. (2005b). Culture and care in the Swedish Ambulance Service. *Emergency Nurse*, 13 (8), ss. 30-36.

Thuresson, M., Berglin-Jarlöv, M., Lindahl, B., Svensson, I., Zedigh, C. & Herlitz, J. (2008). Factors that influence the use of ambulance in acute coronary syndrome. *American Heart Journal*, 156 (1), ss. 170-176.

Tveiten, S. & Ruud Knutsen, I. (2010). Empowering dialogues – the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, ss. 333-340.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer*. Hämtad 2014-03-22 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

- Vicente, V., Castren, M., Sjöstrand, F. & Wireklint Sundström, B. (2013). Elderly patients' participation in emergency medical services when offered an alternative care pathway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2013: 8: 20014 – <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20014>
- Victor, CR., Peacock, JL., Chazot, C., Walsh, S. & Holmes, D. (1999). Who calls 999 and why? A survey of the emergency workload of the London ambulance service. *Journal of Accident Medicine*, 16, ss. 174-178.
- Västra Götalandsregionen (2004). *Prehospital akutsjukvård - I regionalt perspektiv*. Västra Götalandsregionen. Hämtad 2014-01-08 från: http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_molndal/ambulans/%C3%96versynsutredning%20040915.pdf
- Walsh, M. (1994). Study of the attitudes of A & E staff towards patients. *Accident and Emergency Nursing*, 2, ss. 27-32.
- Wihlborg, J., Franzén, I. & Johansson, A. (2009). *Patienttillfredsställelse inom ambulanssjukvården i Region Skåne 2009*. FoU-rapport i pdf-format. Hämtad 2014-01-15 från: http://www.skane.se/pages/267546/Rapport_CECSS_090113.pdf
- Wiklund, L. (2010). Lidande – en del av människans liv. I Friberg, F. & Öhlen, J. (red.). *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur, ss. 295-325.
- Willems, A., Otte, F., Fonteyne, C., Jacobs, A., Khali, T. & Biarent, D. (2008). Parents and physicians perception of pediatric emergency: A comparison. *Abstract Resuscitation*, 2008: 03:101.
- Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd. En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Doktorsavhandling. Växjö universitet. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.
- Wireklint Sundström, B., Sjöstrand, F. & Vicente, V. (2009). Optimal vårdnivå vid icke-akuta tillstånd hos multisjuka äldre patienter. I Suserud, B-O. & Svensson, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber, ss. 199-211 .
- Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. (2010). Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions. *International Emergency Nursing*, 19, ss. 113-119.
- Woollard, M. (2006). The role of the paramedic practitioner in the UK. *Australasian Journal of Paramedicine*, 14 (1). Hämtad 2013-12-05 från: <http://ro.ecu.edu.au/jephc/vol4/iss1/11>

Yarris, M-L., Moreno, R., Schmidt, TA., Adams, AL. & Brooks, HS. (2006). Reasons why patients choose an ambulance and willingness to consider alternatives. *Academic Emergency Medicine*, 13, ss. 401-405.

Bilaga 1

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå under vårterminen 2014.

Syfte med examensarbetet är att patientens upplevelser av vårdmötet med ambulanssjuksköterskan i samband med att bli hänvisad till annat färdstätt än ambulans.

Antalet ambulansuppdrag ökar i snabbare takt än tilldelade ambulansresurser i hela Sverige. Samtidigt ökar kraven på den specialistutbildade ambulanssjuksköterskans kompetens och förmåga att bedöma och fatta rätt beslut angående patientens vårdbehov och att transportera till optimal vårdnivå, alternativt hänvisa till annat färdstätt. Konsekvensen kan bli att allt fler patienter lämnas hemma med rådet att ta sig till vårdinrättning på annat sätt än med ambulans. Det har inte tidigare belysts hur patienten upplever fenomenet att hänvisas till annat färdstätt. Detta understryker betydelse av föreliggande studie.

Metoden i examensarbetet är kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats.

De deltagare som skulle vara aktuella för studien är patienter som i samband med besök av ambulanspersonalen hänvisats till annat färdstätt än ambulans till vårdinrättning. Vi önskar därför tillträde till ambulans journalssystem, uppdragskod A05 för åtkomst av ovan nämnda patientjournaler. Vi har fått godkännande av Högskolan i Borås att genomföra den här studien.

Deltagandet i studien är frivilligt och deltagarna kommer informeras om att de kan välja att avbryta sin medverkan när som helst utan förklaring. Vidare kommer allt material att behandlas med konfidentialitet.

Viktor Henriksson

Petter Major

Handledare:
Gabriella Norberg, Doktorand
Docent
Institutionen för vårdvetenskap,
Högskolan i Borås

Birgitta Wireklint Sundström,
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed åtkomst av uppdragskod A05 i ambulink.

Namn, titel/verksamhet/ort/datum

Bilaga 2

Inbjudan till deltagande i en intervju

Vi studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning ingår ett examensarbete på avancerad nivå som resulterar i en så kallad magisterexamen. Vi har fått lov att kontakta dig med en förfrågan om deltagande i denna intervjustudie av verksamhetschef Ulf-Peter Lundberg, ambulanssjukvården, NU-sjukvården. Syftet med vårt examensarbete är att beskriva patienters upplevelser av vårdmötet med ambulanssjuksköterskan i samband med att bli hänvisad till annat färd sätt än ambulans.

Genom att få ta del av dina erfarenheter kan detta förhoppningsvis leda till att vi, som ambulanspersonal, blir ännu bättre på att bemöta de patienter vi dagligen möter. Du har blivit kontaktad av Viktor eller Petter via telefon där förfrågan om deltagande i denna intervju ställts. Det är Du som informant som bestämt tid och plats för intervjun.

Intervjun kommer att spelas in. Därefter kommer intervjun att skrivas ut ordagrant. Texten och persondata kommer att behandlas konfidentiellt. Det innebär att inga obehöriga kommer att läsa intervjun och att Du inte kommer att registreras i någon databas. Det kommer heller inte att vara möjligt att koppla ihop någon specifik person med innehållet i det färdiga examensarbetet.

Vi vill poängtera att Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan när som helst kan avbryta vårt samarbete.

Med vänliga hälsningar

Viktor Henriksson
S122395@student.hb.se
Tlf: 0736-100817

Petter Major
S133233@student.hb.se
Tlf: 0705-372248

Examensarbetet handleds av:
Gabriella Norberg, Doktorand
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Norberg

Och

Birgitta Wireklint Sundström, Docent
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås

Bilaga 3

Samtycke till studien:

Jag har fått skriftlig och muntlig information om studien och dess genomförande.

Jag har fått information om vilka som får tillgång till materialet, att det kommer att behandlas konfidentiellt samt att det kommer förstöras efter att studien är genomförd.

Jag har fått information om att min medverkan är frivillig och att jag när som helst kan avbryta vårt samarbete utan förklaring till varför.

Härmed samtycker jag till att delta i denna studie:

Namnförtydligande:

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare:

Gabriella Norberg, Doktorand.
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås

Och

Birgitta Wireklint Sundström, Docent.
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås