

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:33

”TRYGGHET”

En fenomenografisk studie om ambulanssjuusköterskors
olika uppfattningar av trygghet

Anna Johansson
Maria Karlsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: **”TRYGGHET”** En fenomenografisk studie om ambulanssjuksköterskors olika uppfattningar av trygghet.

Författare: Anna Johansson, Maria Karlsson

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Ambulanssjuksköterskeutbildning

Handledare: Birgitta Wireklint Sundström

Examinator: Susanne Knutsson

Sammanfattning

Trygghet är ett centralt begrepp inom allt vårdarbete och inom vårdvetenskap. Hälso- och sjukvårdslagen från år 1982 anger att ett krav för god vård är att den tillgodoser patientens behov av trygghet. När en patient drabbas av plötslig sjukdom eller trauma uppstår en känsla av otrygghet. Trygghet är dock ett relativt outforskat begrepp inom vårdvetenskap och bl.a. finns det svårigheter att använda begreppet från engelsk litteratur då det finns en rad synonyma begrepp. Ambulanssjuksköterskan är första länken i vårdkedjan och ska på bästa sätt vårda patienten tills de når mottagande enhet. Detta innebär att vårda utifrån ett förhållningssätt som förmedlar en känsla av trygghet till patienten. Gemensamt för samtliga ambulansuppdrag är att patienten upplever sitt problem som akut och sin situation som en plötslig förändring av livet. Utifrån kunskapen om otrygghetskänslan som uppstår vid akut sjukdom samt kravet från Hälso- och sjukvårdslagen finns det behov av att tydliggöra vilka förhållningssätt som kan förmedla trygghet till patienten. Syftet med studien är att beskriva ambulanssjuksköterskors uppfattningar av att förmedla trygghet i prehospitla vårdrelationer. I studien har en kvalitativ metod med fenomenografisk ansats tillämpats. Tio ambulanssjuksköterskor intervjuades om deras uppfattningar av hur de förmedlar trygghet. Analysen resulterade i följande fem beskrivningskategorier; Visshet, Företrädelse, Bekräftelse, Mångsidighet och Professionalitet. Dessa presenteras tillsammans med femton olika uppfattningar. Det är troligt att handledning eller annan form av professionellt stöd krävs för att bygga upp och bevara ett så innehållsrikt förhållningssätt.

Nyckelord: trygghet, vårdrelation, prehospital sjukvård.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Trygghet	1
Ambulanssjukvård	2
Ett komplext vårdområde	2
Vårdrelationen	3
Den första kontakten	3
Korta möten	4
Ansvar och makt i vårdrelationen	5
Förmåga till kommunikation	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
Kvalitativ metod med fenomenografisk ansats	7
Informanter	7
Datainsamling	7
Forskningsetiska överväganden	9
Dataanalys	10
RESULTAT	12
Visshet	13
Öka patientens kunskap	13
Öka sin kunskap om patienten	14
Företrädelse	15
Företräda patienten	15
Ombesörja mänskliga behov	15
Visa respekt	16
Avleda patientens tankar	17
Bekräftelse	17
Bejaka vårdbehov	17
Vara beredd på att lyssna	18
Erbjuda fysisk närhet	19
Mångsidighet	19
Anpassa sig till patienten	19
Anpassa sig till situationen	20
Professionalitet	21
Vara kunnig och säker	21
Visa upp ett yttre lugn	22
Ha ett kollegialt samspel	23
Möta patientens fördomar	23
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24
Den fenomenografiska ansatsen	24

Informanter _____	24
Datainsamling _____	25
Dataanalys _____	27
Resultatdiskussion _____	28
<i>SAMMANFATTNING</i> _____	31
<i>KLINISKA KONSEKVENSER</i> _____	31
<i>REFERENSER</i> _____	32
<i>BILAGOR</i>	
Bilaga 1 : Brev till verksamhetschefer	
Bilaga 2: Information till och samtycke från ambulanssjuksköterskor	
Bilaga 3: Intervjuguide	

INLEDNING

Det finns få studier som beskriver hur trygghet kan förmedlas genom vårdarens förhållningssätt, ännu färre studier finns om vårdarens förhållningssätt i prehospitla vårdrelationer. Däremot finns det mycket litteratur som betonar hur viktigt det är att patienten känner sig trygg. Trygghet påverkar patienten och är ett grundläggande behov. Om trygghet inte kan förmedlas i vårdrelationen påverkar det sannolikt hela vårdkedjan negativt och kanske även i slutändan det sammanlagda resultatet av den givna vården.

Anledningen till vårt val av problemområde grundar sig i våra egna erfarenheter från att arbeta inom akutsjukvård. Där möter vi varje dag människor som blivit akut sjuka eller skadade. Förutom eller till följd av deras ofta allvarliga medicinska problem uppkommer en känsla av otrygghet hos patienten som tar sig uttryck på olika sätt. Erfarenhetsmässigt och precis som litteraturen beskriver kan vi se att det påverkar patienten negativt om vårdpersonalen som möter honom eller henne inte kan förmedla trygghet. En stor utmaning för ambulanssjukvårdare är att bygga upp en vårdande relation för att möta patienternas breda vårdbehov utifrån individuella villkor. Därför finner vi det intressant att fördjupa kunskaperna om hur trygghet förmedlas i den prehospitla vårdrelationen.

BAKGRUND

Trygghet

Trygghet beskrivs i Nationalencyklopedin som *"det att vara trygg"*. Vidare beskrivning av begreppet framkommer inte. Trygghet har heller ingen precis översättning inom det engelska språket (Segesten, 1994; Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Det finns däremot en lång rad synonyma begrepp som ligger i närheten av svenskans ord *"trygghet"*. Bland dessa kan nämnas ord som *"trust"*, *"security"*, *"safety"* och *"confidence"*. I denna studie används främst *"trust"* som översättning då vi ansett att det bäst motsvarar det fenomen vi vill beskriva. Dock anses trygghetsbegreppet vara så viktigt att det har instiftats i Hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) anger att ett krav för god vård är att *"den skall särskilt vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen"*.

Segesten (1994) har beskrivit trygghet som ett komplicerat begrepp. Det framkommer att trygghet kan beskrivas utifrån grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet. Grundtryggheten uppstår mycket tidigt i livet och resulterar i känslan av att *vara trygg*. Situationsrelaterad trygghet beskrivs som det att *ha trygghet* och innefattar yttre komponenter som materiella resurser, sociala relationer, kunskap/vetskap samt kontroll men även individens tolkning av den situation som hon befinner sig i. Vid en störning i trygghetskänslan uppkommer en känsla av hot. Hotet innebär förlust av kontroll över situationen och det är detta som är svårt att bära. Det individen vet har han eller hon däremot möjlighet att hantera. Plötslig sjukdom kan vara ett sådant hot som medför känslan av otrygghet. Otrygghetskänslan kan återställas genom att hotet elimineras alternativt blir verklighet och på så vis får individen kontroll över situationen och måste anpassa sig efter den. Den förändrade situationen skapar nya förutsättningar för en ny trygghetskänsla (Segesten, 1994).

Trygghet är en mycket viktig del i vårdrelationen och kan ses både som ett resultat och en förutsättning för denna. Att förmedla trygghet är ett sätt för sjuksköterskan att påverka resultatet av vården då patienten måste känna trygghet och tillit för att acceptera den vård och behandling som erbjuds. Den medverkar även till ökat självförtroende och delaktighet hos patienten och medför att denne lättare når sina mål (Johns, 1996; Hams, 1997; Kasén, 2002; Mok, 2004; Tarlier, 2004).

Ambulanssjukvård

Prehospital akutsjukvård är idag den första länken i vårdkedjan (Gårdelöf, 1998; Poljak, Tveit & Ragneskog, 2006). Här ingår den vård och behandling som genomförs utanför sjukhus, direkt på platsen samt under transporten till sjukhus eller liknande. Det innefattar tiden från att SOS kontaktas till att patienten når den mottagande enheten (Dahlberg m.fl., 2003). Tidigare har ambulanssjukvården huvudsakligen betraktats som en transportenhet men har under senare år utvecklats till prehospital akutsjukvård som anses spela en viktig roll i patientens totala vård (Ahl, Hjalte, Johansson, Wireklint Sundström, Jonsson, & Suserud, 2005). Från år 2005 är det endast legitimerad personal som får administrera läkemedel i ambulanssjukvården och detta har gett ett kraftigt ökat behov av sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2004). I varje akutambulans skall det finnas minst en sjuksköterska (Suserud, Bruce & Dahlberg, 2003a). SOS-centralen är den enhet som gör den första bedömningen av patienten. Enligt ett beslutsstöd fastställs angelägenhetsgraden och ärendet får en prioritet. Det finns fyra nivåer. Prioritet-1 innebär livshotande symtom. Prioritet-2 innebär att patienten är akut sjuk men ej av livshotande karaktär. Prioritet-3 innebär inte brådskande ambulanstransport. Prioritet-4 är en annan form av transport eller hänvisning där patienten ej är i behov av vård under transporten. Detta kan innebära att patienten kan åka sjuktaxi eller kopplas vidare/hänvisas till högre medicinsk kompetens (Socialstyrelsen, 2002). Ambulanserna larmas därefter ut till platsen där patienten befinner sig. Vårdarna måste på plats skapa sig en egen uppfattning om patientens tillstånd genom att samla in information från patienten, anhöriga och från omgivningen. Därefter måste ett snabbt beslut tas om behandling skall ges direkt på plats eller om patienten bör transporteras direkt till sjukhus (Ahl m.fl., 2005).

Ett komplext vårdområde

Inom ambulanssjukvården är vårdaren tvungen att hela tiden göra fortlöpande bedömningar, göra omprioriteringar och revidera tidigare ställningstagande. Detta innebär att vårdaren måste anpassa sig till att situationen förändras från uppdrag till uppdrag men också under pågående uppdrag. Situationen kan dessutom vara av akut karaktär. Det handlar om att vårda i ”nuet” men att också ha en handlingsberedskap inför hur situationen kan skifta och vara beredd på detta (Wireklint Sundström, 2005). Även Dahlberg m.fl. (2003) och Ahl m.fl. (2005) beskriver hur varierande den prehospitala miljön kan vara och det ställer stora krav på sjuksköterskan eftersom förutsättningen för vårdförhållandena snabbt förändras och många gånger är oförutsägbara. Dessutom händer det vanligtvis flera saker samtidigt och flera personer blir ofta berörda av det som hänt. Det kan t.ex. finnas publik till vårdarbetet. Störande faktorer är vanligt speciellt när vården ska ske offentligt ute i samhället (Wireklint Sundström, 2005). Miljön på hämtplatsen är alltså av stor betydelse och ger olika förutsättningar för vården. Här gäller det för sjuksköterskan att minimera den negativa inverkan som de yttre miljöfaktorerna kan innebära. Det kan dock vara faktorer som sjuksköterskan inte kan påverka som t.ex. väder och vind (Dahlberg m.fl., 2003). Trafiken är

ett annat exempel på stressande yttre miljö faktorer som personalen måste hantera i den prehospitla vårdmiljön. Den prehospitla akutsjukvården utgör därför ett komplext arbetsområde där sjuksköterskan måste ta självständiga beslut vad gäller vård och behandling samt vara kreativ och hitta lösningar i nya situationer. Besluten måste ofta fattas snabbt och utan att ha någon annan än sin kollega att rådfråga, detta speglar ambulanssjuksköterskans utsatthet och kan skapa en känsla av ensamhet och att vara utlämnad (Dahlberg m.fl., 2003; Ahl m.fl., 2005).

Ambulanssjukvården upptogs så sent som år 1982 i hälso- och sjukvårdens lagstiftning (Wireklint Sundström, 2005). Idag är detta ett område under stark utveckling då allt mer avancerade medicinska metoder införs i ambulanssjukvården för att allt tidigare kunna diagnostisera samt påbörja behandling av svårt sjuka patienter (Wireklint Sundström, 2005; Poljak m.fl., 2006). Utvecklingen pekar också mot att akutsjukhusen blir färre och färre vilket innebär allt längre transportsträckor och i och med det längre vårdtid i ambulansen (Gårdelöf, 1998; Socialstyrelsen, 2003). Detta ställer allt större krav på den personal som finns i ambulanserna (Gårdelöf, 1998; Wireklint Sundström, 2005; Poljak m.fl., 2006). Dahlberg m.fl. (2003) beskriver att ambulanssjuksköterskan skall kunna balansera den medicinska kunskapen respektive den vårdvetenskapliga kunskapen för att kunna genomföra rätt bedömning av patienten. Detta uttrycks på följande sätt:

En sådan vårdande balans kännetecknas av att vårdarna på ett kreativt sätt ger trygghet och skapar tillit i vårdrelationen trots mycket komplexa situationer och omständigheter (Dahlberg m.fl., 2003, s. 87).

Det blir en utmaning för sjuksköterskor i prehospit akutsjukvård att arbeta så att dessa båda ansatser förenas istället för att polariseras i omvårdnaden (Dahlberg m.fl., 2003; Nyström, 2003; Wireklint Sundström, 2005).

Vårdrelationen

Den första kontakten

Det prehospitla vårdandet börjar när patienten ringer efter en ambulans och får löfte om att hjälp är på väg. Att vara tvungen att ringa 112 och att vänta på ambulans kan i sig innebära ett lidande för patienten och leda till att han eller hon inte upplever full värdighet (Dahlberg m.fl., 2003) samtidigt som det kan inge patienten en känsla av säkerhet och trygghet att hjälpen är på väg (Ahl, Nyström & Jansson, 2006). Människor som är i behov av prehospit akutsjukvård har dessutom oftast drabbats av allvarlig sjukdom eller trauma (Dahlberg m.fl., 2003). Människan är därmed utsatt för en obehaglig upplevelse som hotar hennes existens (Bowman, 2001; Wiklund, 2003). Lidandeaspekterna i den prehospitla vården försvåras därför av att det ofta är ett akut omhändertagande och att vårdssituationen utgörs av skadeplats eller annan plats utanför sjukhuset (Dahlberg m.fl., 2003). Detta kräver att sjuksköterskan kan skapa goda möten med patienterna var de än befinner sig. Det är därför viktigt att bemöta patienten med lyhördhet och stödja patientens självkänsla på insjuknande- eller skadeplats. Kasén (2002) menar att det första mötet med vården är mycket viktigt för hur vårdrelationen utvecklar sig, det följer patienten genom hela vårdkedjan och är viktigt för att lindra lidande och optimera välbefinnandet. Även Dahlberg m.fl. (2003) skriver att det första mötet är oerhört viktigt då bemötandet från vårdarna kan dröja sig kvar i minnet under en längre period.

Lidandet lindras oftast av att ambulansen anländer och första kontakten med vårdaren sker, detta ger patienten en möjlighet att överlämna sig själv till de professionella vårdarna i en för dem främmande situation (Mannberg-Hedlund, 2004; Ahl m.fl., 2005). Även Franzén, Björnstig och Jansson (2006) beskriver hur människor som råkat ut för trafikolyckor upplevde en känsla av trygghet och tillit när ambulanspersonalen anlände och tog över ansvaret. Detta upplevs som en känsla av lättnad och lugn av patienterna (Ahl m.fl., 2005).

Wireklint Sundström (2005) beskriver hur de prehospitala vårdarna måste hantera sin egen stress för att åstadkomma en lugn atmosfär. Det framkommer att det är väsentligt att dölja sin egen eventuella oro för att på så vis skapa förutsättningar för en bra första kontakt (Wireklint Sundström, 2005). Det är också viktigt att vårdaren bekräftar patientens hjälpbehov i mötet och inte låter sig styras av larmnivån. Vårdaren visar att det är patientens upplevelse som kommer i första hand genom att t.ex. säga ”*vi är här för att hjälpa dig*” (Dahlberg m.fl., 2003; Poljak m.fl., 2006). Då kan patienterna känna att de blir behandlade som unika individer med specifika behov. Om de inte får denna bekräftelse uppstår en känsla av osäkerhet (Franzén m.fl., 2006).

Att fysiskt få komma in i ambulansen är trygghetsskapande i sig (Dahlberg m.fl., 2003). Vidare vårdar ambulanssjusköterskan en patient i taget vilket ger goda förutsättningar för att skapa en god och trygg vårdrelation. Vårdrummet i ambulansen medför en fysisk närhet mellan patient och ambulanssjusköterska. Denna närhet ställer stora krav på engagemang och närvaro i vårdrelationen. Som exempel på fysisk kontakt kan nämnas att patienten ofta känner trygghet i att hålla handen och att inte lämnas ensam utan har vårdaren vid sin sida (Jay, 1996; Ahl m.fl., 2005).

Korta möten

Vårdandet i den prehospitala akutsjukvården präglas också vanligtvis av korta möten. Detta innebär att vårdaren under en begränsad tid och i en akut situation måste försöka skapa en god relation till patienten. Det kan gälla att på bara några minuter skapa ett bra möte och påbörja den vård som patienten behöver (Dahlberg m.fl., 2003; Poljak m.fl., 2006). En sådan vårdrelation kräver ett professionellt engagemang som innebär att vårdaren använder sin kunskap och erfarenhet till att skapa ett vårdande möte (Nyström, 2003). Det är alltså avgörande för utvecklingen av vårdrelationen att sjuksköterskan kan etablera en omedelbar kontakt i mötet med patienten (Suserud, Bruce & Dahlberg, 2003b). Mötet bör karakteriseras av respekt för patienten och dennes upplevelse dvs. hur patienten upplever sin verklighet (Dahlberg m.fl., 2003; Poljak m.fl., 2006). Genom att visa respekt bevaras patientens värdighet och integritet (Jay, 1996). Det framhålls hur viktigt det är att genom en stödjande framtoning få patienten att känna sig unik och viktig (Ahl m.fl., 2005). Att beakta är dock att det inte är tiden i sig som medför om en bra vårdrelation kommer att uppstå eller ej, utan sjuksköterskans skicklighet i att skapa goda relationer (Tarlier, 2004).

Poljak m.fl. (2006) beskriver omvårdnad som att betrakta en människa som en helhet där ande kropp och själ samverkar och bidrar till att man känner välbefinnande. Människan ska ses som unik med en förmåga att kunna utvecklas och ta ansvar även om situationen för tillfället visar på motsatsen. Professionell omvårdnad innebär att kunna stödja och hjälpa patienten att klara av sina hälsoproblem i sitt dagliga liv. Målet är att uppnå välbefinnande hos patienten. Det handlar om att kunna växla mellan närhet och distans för att kunna förstå patientens situation.

Ansvar och makt i vårdrelationen

För att uppnå en bra vårdrelation krävs också att de prehospitla vårdarna har en bred kunskap om olika patientgrupper för att kunna vara förberedda på alla de olika situationer de kan möta. Osäkerhet och oro från vårdaren ökar patientens rädsla och oro (Jay, 1996). Är sjuksköterskan inte trygg i sig själv och sin kunskap finns det risk för att trygghet inte kan överföras till patienten (Johns, 1996; Hams, 1997). Däremot innebär ett tryggt och lugnt omhändertagande att patientens sjukdomskänsla lindras och rädslan minskar (Mannberg-Hedlund, 2004; Poljak m.fl., 2006). Att poängtera är också att en vårdare som mår bra har större möjlighet att skapa ett bra möte (Dahlberg m.fl., 2003). Det gäller att patienten tror att sjuksköterskan är kompetent och tillförlitlig för att tillit och därmed trygghet skall uppstå (Johns, 1996; Mannberg-Hedlund, 2004; Mok, 2004; Sellman, 2007). Förutom en bred baskompetens krävs också en god social kompetens för att kunna möta patienten (Dahlberg m.fl., 2003). Sjuksköterskan bör ”känna sig för” i processen och ge patienten utrymme samtidigt som det är sjuksköterskans ansvar att ta initiativet till att inleda en vårdrelation (Kasén, 2002; Nyström, 2003; Suserud m.fl., 2003b; Mok, 2004). Relationen mellan vårdare och patient bör präglas av att båda är lika mycket värda men vårdaren har en större kunskap om olika behandlings- och vårdformer. Vårdaren har också en maktposition i och med sitt yrke och sin kunskap. Det är viktigt att vårdaren använder sin makt för att främja patientens bästa. Wiklund (2003) menar att om vårdaren lyckas använda sin makt för att i sin tur stärka patientens makt fungerar vårdaren som en trygg bas för patienten, då kan patienten växa och tillvarata sina egna resurser. Patienten å andra sidan har en djupare kunskap om sig själv och relationen ska växa fram ur patientens behov. Detta kännetecknar en väl fungerande vårdrelation (Wiklund, 2003).

Kasén (2002) beskriver också att det finns en asymmetri i vårdrelationen som bygger på att vårdaren vårdar och har ett ansvar för att minska patientens lidande. Patienterna framhåller att vårdarens hållning d.v.s. den professionella kunskapen är viktigt för utvecklingen av en vårdande relation. Att vårdaren har förståelse för patientens situation samt att vårdaren har ett ansvar för både hela situationen och patienten framhålls också som betydelsefullt. Vårdarens hållning och ansvar inbjuder då patienten till att känna tillit och förtroende (Kasén, 2002).

Förmåga till kommunikation

Kommunikationen är en av de viktigaste delarna för att patienten skall bli nöjd med vården (Melby & Ryan, 2005). Sjuksköterskan måste starta konversationen på patientens villkor (Suserud m.fl., 2003b). Kommunikationen i vårdrelationen kan vara både verbal och icke verbal, vårdaren kan t.ex. få mycket information om patienten genom att vara uppmärksam på dennes kroppsspråk (Dahlberg m.fl., 2003; Suserud m.fl., 2003b).

En viktig del av kommunikationen är att informera patienten om vad som händer för att skapa trygghet i situationen, det är också viktigt att informationen är rak och ärlig (Mok, 2004; Poljak m.fl., 2006). De behöver få veta vad som har hänt, vad som händer och vad som kommer att hända. Det gör att patienten kan hantera sin rädsla inför det okända (Jay, 1996; Franzén m.fl., 2006). Ytterligare en aspekt är hur informationen ges, det gäller att förvissa sig om att patienten förstår (Melby & Ryan, 2005; Franzén m.fl., 2006).

Att ta sig tid och lyssna är viktigt för att uppnå en bra kommunikation med patienten (Mok, 2004). Vidare beskrivs hur viktigt det är att en vårdande relation skapas för att patienten inte

ska känna sig ensam och övergiven. När patienten upplever att de ej är ensamma och kan vara sig själva i relationen, uppstår istället en känsla av trygghet enligt Mok (2004).

Det kan vara svårt att kommunicera med vissa patientgrupper t.ex. medvetlösa och barn. En direkt kommunikation blir svår att få tillstånd och man kan då behöva vända sig till anhöriga (Dahlberg m.fl., 2003; Suserud m.fl., 2003b). Detta kan innebära en risk då fokus läggs på dem istället för på patienten. Exempelvis är det därför viktigt att försöka kommunicera direkt till barn eftersom det är enda sättet att skapa förtroende mellan patient och vårdare (Dahlberg m.fl., 2003). Äldre kan också ha kommunikationsproblem med dålig syn och hörsel (Melby & Ryan, 2005).

Relationen mellan vårdare och patient kan utformas på olika sätt beroende på om patienten kan knyta an till vårdaren på ett tryggt sätt eller om relationen präglas av otrygghet. Ofta är det de patienter som har störst behov av en trygg relation som har svårast att knyta an till andra och detta ställer naturligtvis stora krav på vårdarens lyhördhet och yrkesskicklighet (Wiklund, 2003). Tillit är en mycket känslig process och det gäller för både sjuksköterskan och patienten att våga mötas i en relation för att patienten ska få en möjlighet att avslöja sina inre känslor och lidande. Det krävs alltså en vilja från både patienten och sjuksköterskan för att forma en god vårdrelation. Att gå in i en tillitsfull relation medför att sårbarheten visas (Johns, 1996; Mok, 2004; Sellman, 2007). Patienterna har också ofta erfarenheter från tidigare relationer som påverkar hur de tolkar vårdarens sätt att agera. Detta gör också att det är viktigt att vårdaren är tydlig och sann i sina reaktioner eftersom det skapar positiva erfarenheter hos patienten (Wiklund, 2003; Sellman, 2007).

PROBLEMFORMULERING

Ambulanssjuksköterskan möter patienter som lider av en rad varierande problem, dels av klart akutmedicinskt karaktär och dels problem som inte vanligtvis betraktas som akutsjukvård. Gemensamt för samtliga ambulansuppdrag är dock att patienten upplever sitt problem som akut och sin situation som en plötslig förändring av livet. När något händer i människors liv som upplevs hotande, t.ex. sjukdom eller olyckshändelse uppstår lätt en känsla av otrygghet.

All vård oberoende av karaktär utgår från ett möte med patienten, dvs. vård och behandling bygger på en vårdrelation. Förutsättningarna för prehospitala vårdrelationer är att de är relativt tidsbegränsade och sker i föränderliga vårdssituationer. I en ibland stressad situation måste ambulanssjuksköterskan inte bara konkret vårda patienten utan också förmedla en känsla av trygghet i en för patienten orolig situation. Det är sjuksköterskans ansvar att genom ett vårdande förhållningssätt skapa en sådan vårdrelation. Det finns behov av att tydliggöra detta förhållningssätt eftersom det är en central del i allt vårdarbete. Därför finner vi det intressant att studera trygghet i den prehospitala vårdrelationen utifrån ambulanssjuksköterskans perspektiv.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva ambulanssjuksköterskans uppfattningar av att förmedla trygghet i prehospitala vårdrelationer.

METOD

Kvalitativ metod med fenomenografisk ansats

Vi har valt att använda en kvalitativ metod med fenomenografisk ansats för att beskriva det valda fenomenet; ”hur trygghet förmedlas i den prehospitla vårdrelationen, såsom det uppfattats av ambulanssjuksköterskor”.

Denna forskningsansats utvecklades av en grupp med forskare som kallas INOM-gruppen vid institutionen för pedagogik vid Göteborgsuniversitet. Den fenomenografiska ansatsen syftar till att identifiera människors olika uppfattningar av ett fenomen i deras omvärld och är en kvalitativ metod. Fenomenografin kan alltså användas till att beskriva företeelser som inte kan mätas med kvantifierade metoder (Larsson, 1986; Granskär & Höglund, 2008). Inom fenomenografin skiljer man också på första och andra ordningens perspektiv. Med första ordningen perspektiv riktar man intresset på själva företeelsen i sig, hur något är dvs. det som brukar kallas fakta och kan observeras utifrån. Med andra ordningens perspektiv fokuserar man på hur företeelsen uppfattas av en person, hur något ter sig för någon. Här beskrivs relationen mellan människor och omvärlden. Det är en människas oreflekterade uppfattning om det fenomen som studeras som forskaren vill få fram. Till skillnad från t.ex. fenomenologin är syftet alltså inte att finna den unika essensen utan variationer och olika aspekter som definierar ett fenomen. (Dahlberg, 1997; Marton & Booth, 2000; Granskär & Höglund, 2008). Med vår studie vill vi medvetandegöra hur olika ambulanssjuksköterskor agerar i vårdrelationen för att förmedla trygghet hos patienterna och använder oss alltså av andra ordningens perspektiv. Metoden är deskriptiv och innehållsorienterad. Vidare är det kvalitativt skilda uppfattningar av ett fenomen som beskrivs.

Informanter

För att få ett så varierande urval som möjligt har vi valt att intervjua ambulanssjuksköterskor från tre ambulansorganisationer på fyra olika ambulansstationer. Stationerna är till viss del belägna i olika landsting och upptagningsområdena varierar mellan mycket landsbygd och stadsmiljö. Vi har strävat efter att ha en så jämn könsfördelning som möjligt samt en bred åldersspridning bland de intervjuade. Intervjupersoner har också valts med tanke på hur många års erfarenhet de har av ambulanssjukvård. Vi har också strävat efter att få en blandning mellan specialistutbildade och icke specialistutbildade sjuksköterskor. Allt detta för att kunna uppnå fenomenografins krav på variation, urvalet görs alltså inte slumpmässigt utan strategiskt för att få fram så många olika uppfattningar som möjligt av det fenomen som studeras (Larsson, 1986; Alexandersson, 1998; Granskär & Höglund, 2008).

I undersökningsgruppen ingick sex kvinnor och fyra män med en åldersspridning från 27 år till 52 år och medelåldern var 38,9 år. Alla var utbildade sjuksköterskor och sju av dem var vidareutbildade inom prehospitla sjukvård. Antal år av erfarenhet i yrket varierade från tre månader till 12 år. Alla deltagarna var anställda av landstinget men en av dem hade också erfarenhet av att arbeta för privat arbetsgivare inom ambulanssjukvården.

I figur 1 nedan presenteras uppgifter om de informanter som ingick i studien.

Informant	Kön	Antal år i yrket	Utbildning
Nr 1	Kvinna	10 år	Spec ssk
Nr 2	Kvinna	12 år	Ssk
Nr 3	Man	6 år	Spec ssk
Nr 4	Kvinna	4 år	Spec ssk
Nr 5	Man	8 år	Spec ssk
Nr 6	Kvinna	6 år	Spec ssk
Nr 7	Kvinna	6 år	Spec ssk
Nr 8	Man	3 månader	Ssk
Nr 9	Kvinna	1 år	Spec ssk
Nr 10	Man	1 år	Ssk

Figur 1. Uppgifter om informanter.

Datansamling

Som datansamlingsmetod valdes intervjuer vilket också är den vanligaste metoden inom den fenomenografiska ansatsen. Vi började med att tänka efter vilka sjuksköterskor som kunde vara lämpliga att intervjua, dvs. vilka ambulanssjuksköterskor som hade mest varierande uppfattningar av fenomenet trygghet. Sjuksköterskorna valdes ut från olika ambulansstationer genom personlig kännedom. Därefter kontaktades informanterna via telefon och blev tillfrågade om de kunde tänka sig att delta i studien och fick också information om studiens syfte. De informerades också om att deltagandet var helt frivilligt och att de när som helst och utan skäl kunde tacka nej till att delta i intervjun och att materialet enbart skulle läsas av oss och vår handledare, dvs. behandlas konfidentiellt. I samband med detta skickades brev till respektive verksamhetschef med information om studien (bilaga 1). Sjuksköterskornas deltagande i studien godkändes också på så sätt av deras verksamhetschefer. Samtliga av de tillfrågade sjuksköterskorna tackade ja till att delta i intervjuerna.

Vi genomförde fem intervjuer var och i samband med varje intervju fick sjuksköterskan skriftlig information (bilaga 2) om studien, sju intervjuer utfördes i enrum på respektive arbetsplats och tre stycken utfördes hemma hos informanten. Detta för att underlätta för informanterna och bespara dem tid samt undvika störningar under intervjuerna. Intervjuerna påbörjades efter ett kort inledande samtal om studien, ämnet samt upplägget för intervjun. Detta för att skapa en avslappnad atmosfär innan bandinspelningen påbörjades, i en kvalitativ intervju är det viktigt att intervjuare och informant känner tillit för varandra (Kvale, 1997).

Intervjuerna spelades in med bandspelare, det gav intervjuaren möjlighet att helt koncentrera sig på ämnet och senare kunna lyssna samt skriva ut intervjun ordagrant. Bandspelare och mikrofon testades före varje intervju eftersom det är viktigt att inspelningen är av god kvalitet när materialet senare ska skrivas ut. Kassetbanden som användes markerades med olika nummer för att när de senare skrevs ut inte skulle kunna förknippas med en specifik informant. Eftersom vi gjorde fem intervjuer var skrev vi också ut våra egna intervjuer. Innan utskriften påbörjades kom vi överens om att skriva ut allt ordagrant inklusive upprepningar och ord som ”ehhh” och ”mm”. Detta var viktigt eftersom vi senare under datanalsen skulle analysera innehållet tillsammans och då kunna göra jämförelser mellan intervjuerna för att leta efter variationer och kategorier. Utskrifterna gjorde också materialet hanterbart och

strukturerat och var i sig början till analysen. Efter utskrift raderades intervjuerna från bandet (Kvale, 1997).

Varje intervjuperson intervjuades en gång och varje intervju tog mellan 35 och 60 minuter, och omfattade 5-15 utskrivna sidor med enkelt radavstånd. Antalet intervjuer valdes med tanke på tidsbegränsningen för uppsatsen men i efterhand kan vi dock se att vi också uppnådde en mättnad i materialet.

Frågorna i vår intervjuguide (bilaga 3) utformades för att intervjun skulle bli så öppen som möjligt, vi strävade efter att få informanterna att berätta om sina oreflekterade tankar om trygghet utan att vi styrde dem. Detta skapade en spontanare intervjuprocedure och gav livliga och beskrivande svar (Kvale, 1997). Vi försökte i största utsträckning undvika ”vad?” och ”hur?” frågor och använde istället uttryck som ”Berätta för mig om trygghet...” m.m. Traditionellt används dock vad och hur frågor inom fenomenografin (Granskär & Höglund, 2008) men efter samtal med vår handledare bestämde vi oss för att vara mera utmanande och öppna i våra frågor. Däremot kommer vi svara upp mot vad och hur i den senare kommande analysen. Inledningsfrågan ställdes på samma sätt till alla informanterna eftersom den var övergripande och gällde det fenomen vi ville studera (Larsson, 1986; Granskär & Höglund, 2008). Den syftade till att ge en spontan och rik beskrivning av fenomenet. Informanternas svar följdes sedan upp för att få dem att berätta mera om sina upplevelser med kommentarer som ”Kan du förklara mer?”, ”Kan du berätta mera...” eller ibland bara ett ”mm” för att visa att vi var intresserade av att höra dem berätta mera. Samtidigt som vi lyssnade efter vad som var viktigt för informanten och uppmuntrade dem till att berätta mer om det försökte vi hålla forskningsfrågorna i minnet så att vi kom att samtala om det specifika fenomenet. Frågorna ställdes på ett enkelt sätt för att inbjuda informanten till att berätta om sina uppfattningar och erfarenheter (Kvale, 1997).

I de tio intervjuerna ingick två pilotintervjuer som skrevs ut ordagrant och sedan lästes och godkändes av vår handledare, detta för att säkerställa kvaliteten på vår intervjuteknik, skapa självförtroende hos oss samt pröva vår intervjuguide. Det visade sig att intervjuerna blev bra och de fick därför också ingå i studien som helhet. Att göra pilotintervjuer kvalitetssäkrar arbetet eftersom den ursprungliga intervjun är grunden för den senare analysen och rapporteringen (Kvale, 1997).

I kvalitativa studier används vissa begrepp för att bedöma säkerheten vid insamling och analys av materialet. Enligt Granskär & Höglund (2008) är det i fenomenografiska studier begrepp som: Tillämplighet, trovärdighet, överensstämmelse och noggrannhet. Huruvida dessa uppfylls i föreliggande studie kommer att tas upp i metoddiskussionen.

Forskningsetiska överväganden

Etiska avgöranden har beaktats under hela forskningsprocessen, alltså från undersökningens början till dess att det slutliga resultatet var klart. Under studien har ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2005) tagits i beaktande. Här förtydligas att det är viktigt att reflektera över det etiska förhållningssättet i forskning. Det är väsentligt att resultatet bör kunna komma både patienter och sjuksköterskor till nytta (Helsingforsdeklarationen, 2000). Detta är en viktig etisk aspekt då det handlar om att resultatet skall förbättra vården. För att genomföra studien krävdes inget godkännande från etisk kommitté (Helsingforsdeklarationen, 2000). Risken att någon av undersökningens personer skulle lida skada av sitt deltagande bedömdes som minimal (Helsingforsdeklarationen, 2000; Vetenskapsrådet, 2002).

Informerat samtycke betyder att informanterna har fått information om studiens syfte och upplägg. Informationen som gavs i förväg var övergriplig och inte speciellt ingående p.g.a. att vi i intervjuerna ville ta del av informanternas spontana och oreflekterade beskrivningar av trygghet. Att ge en begränsad mängd information minskar risken att styra informanterna till specifika svar och enligt Vetenskapsrådet (2002) kan informationen vara mer eller mindre detaljerad. De har också både skriftligt i förväg och muntligt i samband med intervjusituationen fått information om att deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan motivation. Verksamhetscheferna för respektive organisation har också meddelats per brev om studien (Helsingforsdeklarationen, 2000; Vetenskapsrådet, 2002).

Konfidentialitet betyder att sådant som kan identifiera undersökningsspersonerna inte redovisas i studien. Intervjuerna spelades in på band som sedan kodades och skrevs ut. På grund av antalet intervjuer var det omöjligt att undvika att vi kunde känna igen personen bakom enskilda intervjuer, däremot redovisas inget i resultatet som kan härröras till en specifik informant. Deltagarna fick även information om detta innan intervjuerna påbörjades (Helsingforsdeklarationen, 2000, Vetenskapsrådet, 2002).

Forskaren själv spelar en viktig roll i alla intervjuundersökningar vad gäller etiska övervägande eftersom det etiska ansvaret åligger varje enskild forskare (Vetenskapsrådet, 2002). Det handlar om att vara känslig och medveten om etiska frågor samt känna ett ansvar för att hantera dessa om de dyker upp. Under själva intervjun är det speciellt viktigt eftersom det är forskaren själv som till stor del styr förvärvandet av kunskap. Det är därför viktigt att ha kunskap om etiska riktlinjer men det handlar också om forskaren som person –hans eller hennes ärlighet, rättrådighet, erfarenhet och kunskap. Som forskare är det också viktigt att bevara sin objektivitet i intervjusituationerna. I föreliggande studie har detta fått betydelse pga. att vi arbetar inom samma yrke som våra informanter. Under analysens gång har det varit viktigt för oss att reflektera över detta för att objektivt kunna bearbeta materialet utan förutfattade meningar (Kvale, 1997).

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på att finna kvalitativa beskrivningar och används bl.a. inom vårdvetenskaplig forskning. Ett sådant exempel är analys av utskrivna intervjuer (Larsson, 1986; Granskär & Höglund, 2008). Nedan följer en beskrivning av hur vi har bearbetat texten i intervjuerna.

Allt eftersom vi transkriberade intervjuerna läste vi igenom dem flera gånger för att få ett helhetsintryck och ”lära känna” innehållet i dem. Vi läste in oss på alla tio intervjuerna för att senare göra analysen tillsammans. Hela dagar avsattes till att läsa intervjuerna och det innebar också att vi kunde koncentrera oss helt på läsningen utan att bli störda. Det är viktigt att ha möjlighet att jobba på detta sätt eftersom det då blir lättare att komma in i arbetet och få en förståelse för materialet (Larsson, 1986). När vi kände att vi hade en helhetsbild av varje intervju började vi tillsammans läsa dem mera i detalj och leta efter meningsbärande enheter, det vill säga uttalande som beskrev hur informanterna uppfattade fenomenet trygghet. Nästa steg i analysen bestod av att börja titta på de meningsbärande enheterna och leta efter likheter och skillnader. Genom att jämföra dessa kunde vi sedan gruppera dem i uppfattningar med gemensamma drag. Dessa drag var inte fasta utan förändrades under analysens gång allteftersom nya uppfattningar upptäcktes i materialet (Granskär & Höglund, 2008). För att tydliggöra analysen klipptes intervjuerna sönder och pusslades sedan ihop i grupper, det

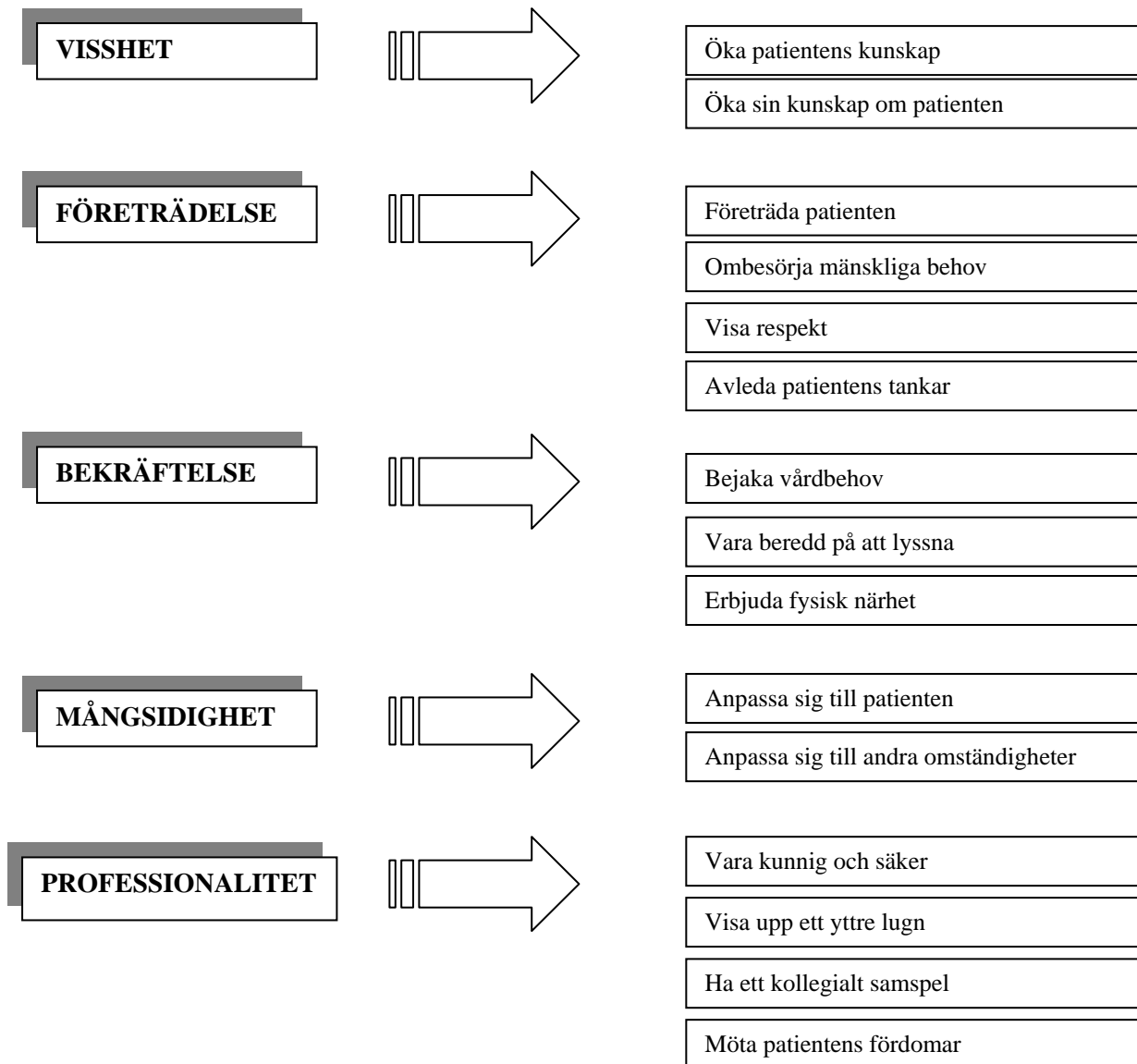
hjälpte oss att konkretisera arbetet och gjorde det lättare att få idéer och nya tankar om materialet (Kvale, 1997). I analysarbetet gäller det att inte nöja sig med de resultat som först framträder utan fortsätta läsa och reflektera. På det viset upptäcks nya uppfattningar och en djupare förståelse för materialet fås allteftersom arbetet fortskrider (Larsson, 1986). Efterhand som materialet bearbetades gång efter gång sammanslogs en del uppfattningar och andra delades, till slut fanns det femton kvalitativt skilda uppfattningar som rörde hur ambulanssjuusköterskor förmedlar trygghet. Under analysens gång ställde vi oss hela tiden frågan om uppfattningarna var intressanta i förhållande till studiens syfte. Som ett exempel på vår analysprocess uttryckte en ambulanssjuusköterska följande: *"En välinformerad patient känner sig trygg"*. Detta kom sedan att hamna under uppfattningen "öka patientens kunskap" som tillsammans med uppfattningen "öka sin kunskap om patienten" placerades under beskrivningskategorin "Visshet".

Inom fenomenografisk forskning kan ett sätt att öka analysens trovärdighet vara att låta någon utomstående läsa beskrivningskategorierna och ge sin tolkning av dem. Detta benämns medbedömarreliabilitet (Larsson, 1986; Dahlberg, 1997). I denna studie har det skett på så sätt att vår handledare vid upprepade tillfällen läst materialet och kommit med synpunkter på kategoriseringen.

De femton skilda uppfattningarna som framkom under analysens gång sammanställdes sedan under fem olika beskrivningskategorier. Varje beskrivningskategori kom då att innehålla olika uppfattningar av samma innehåll. I fenomenografiska studier kallas detta för utfallsrummet. Här återges vad den intervjuade ambulanssjuusköterskan har gett för innebörd till en specifik företeelse i en abstrakt form.

RESULTAT

Analysen av datamaterialet resulterade i fem olika beskrivningskategorier med femton skilda uppfattningar. Detta redovisas sammanfattningsvis i figur 1 nedan för att sedan beskrivas i text. Texten exemplifieras med hjälp av citat från intervjuerna.



Figur 2. Sjuksköterskors uppfattning av trygghet i den prehospitala vårdrelationen.

Visshet

Visshet innebär att öka patientens kunskap och på så vis delaktiggöra patienten i vårdrelationen. Denne får då en möjlighet att genom sin nya kunskap se situationen ur ett annat perspektiv och därmed också en möjlighet att återfå kontrollen i den för patienten ostrukturerade och främmande upplevelsen. Information kan ses som en grundläggande del av att förmedla trygghet och är nödvändig för att uppnå förutsägbarhet i den akuta och oförutsägbara situationen. Vårdarens ärlighet är nära sammankopplad med att patienten upplever sig trygg eftersom de då förväntar sig att det vårdaren förbereder dem på också kommer att inträffa i det följande vårdförloppet. Visshet innebär också att öka sin kunskap om patienten. Denna information ger vårdaren en unik möjlighet att ta ett steg in i patientens värld och skapa sig en uppfattning om den situation patienten befinner sig i. Visshet tar sig uttryck i skillnaden mellan patientens perspektiv i att erhålla information, till ambulanssjuksköterskans perspektiv att få information om patienten.

Öka patientens kunskap

Enligt ambulanssjuksköterskorna är det viktigt att försöka öka patientens kunskap om vad som händer i situationen och vad som kommer att hända längre fram. Om patienten känner att han eller hon inte vet vad som ska hända uppstår en känsla av osäkerhet och otrygghet. Därför är det viktigt att tala om vad som görs hela tiden. Deras uppfattning är att: *"en välinformerad patient känner sig trygg"* (10). Ambulanssjuksköterskorna beskrev att informationen är mycket viktig och att de måste ha förmågan att förmedla den så att patienten förstår, dvs. anpassa den till rätt nivå. Det beskrevs som:

Att jag som sjuksköterska har tryggheten i att veta vad den här patienten kommer att gå igenom och att jag i förväg kan berätta, den största otryggheten upplever dom när dom inte får vetskap om vad som kommer hända, där ingen kan förmedla vad som händer framöver under vårdtiden. (6)

Att vara steget före och föregå patienten är viktigt. Ambulanssjuksköterskorna beskrev det som att berätta vad som kommer att ske innan det inträffar genom att: *"....situationen blir förutsägbar i det oförutsägbara"* (1). Information till patienten är lika viktig i både akuta situationer som i mer rutinartade uppdrag men i den akuta situationen får informationen en annan karaktär, den ges i en högre hastighet och blir mer kortfattad. För att kompensera detta försöker ambulanssjuksköterskorna sedan i ett lugnare skede av vårdrelationen förvissa sig om att patienten har förstått händelsen. Att informera i tid ökar också enligt ambulanssjuksköterskorna förutsättningarna för att nästa vårdrelation ska bli bra. Patienten tar med sig det positiva de upplevt i ambulansen när de sedan möter ny personal inne på sjukhuset, vilket beskrevs som att: *"man kan bygga upp ett förtroende på att man informerar i tid det underlättar för nästa vårdkontakt...."* (6).

Ambulanssjuksköterskorna beskrev också hur hela patientens attityd till sjukvården förändras om de är trygga. De uppfattar då patientens inställning som mer positiv både till ambulanssjukvården och till mottagande enhet. Motsatsen är en patient som inte blir nöjd vad de än gör och deras uppfattning är då att det bottnar i en grundotrygghet. En ambulanssjuksköterska beskrev det på följande sätt:

Dom uppskattar det man gör dom uppskattar det som kommer att händaäven om dom inte riktigt vet vad som kommer att hända så .." ja det är ju tryggt att få komma till sjukhuset" "Vad skönt att ni är här nu, nu är det snart över" Att .. ja dom har en

positiv förväntan det kan man märka på patienter som har en trygghet. Annars kan det bli misstroende.... Ja mycket misstroende.....//. (1)

Information motiverar och förbereder patienten vid t.ex. nålsättning och annat som på något sätt kan vara obehagligt. Det handlar också om att informera om de läkemedel som ges till patienten. Det beskrevs som:

//... om man ska ge något läkemedel att det läkemedlet får den effekten och kanske dom biverkningarna så att det inte blir som en tråkig överraskning för patienten. (8)

Kommunikationen måste också vara ärlig och rak för att patienten ska känna att ambulanssjuusköterskan är en person att lita på. Ambulanssjuusköterskorna uppfattar att det är viktigt att inte lova något som inte kan hållas då det skapar misstroende och osäkerhet, vilket beskrevs så här: *"vi får otrygga patienter om det händer som vi har lovat inte skulle hända"* (6). Det handlar även om att vara ärlig mot patienten genom att t.ex. tala om för denne om det är något man inte vet istället för att ge svävande svar på frågor. En ambulanssjuusköterska beskrev det som: *"ett rakt igenom ärligt uppträdande, att jag inte svarar på det som jag inte har vetskap om"* (2).

Att lyckas förmedla trygghet till patienten medför positiva effekter som att: *"dom känner sig delaktiga, dom vågar fråga, dom vågar ifrågasätta, dom blir mer delaktiga"* (1). Detta ansågs vara ett resultat av att patienten hade uppnått trygghet i situationen.

Öka sin kunskap om patienten

Ytterligare en uppfattning är att öka sin kunskap om patienten och dennes situation. I och med att ambulanssjuusköterskan försöker att sätta sig in i situationen genom olika handlingar och frågor ökar hennes förståelse för patienten. Det innebär kunskap om patientens bakgrund såsom familjesituation, hälsohistoria, livsmiljö och olika kulturer för att kunna anpassa vårdssituationen efter patienten. Det beskrivs exempelvis så här: *"om jag har den kunskapen har jag bättre förutsättningar för att vårda på ett bättre sätt på vägen in"* (6). Förutom att fråga patienten om dennes bakgrund framkommer också att ambulanssjuusköterskorna skulle se det som en fördel att ha tillgång till journalhandlingar i ambulansen för att på så sätt öka förståelsen för patienten ytterligare. Detta ser de som en nackdel när de jämför sig med sjuusköterskor som t.ex. jobbar på akutmottagningen. En ambulanssjuusköterskas uppfattning är följande:

För varenda gång man träffar en patient så är det ett förstagångsmöte medan man i övriga vårdvärlden har tillgång till journalanteckningar.....upplysningar som stödjer en att komma vidare fortare, man trevar varje gång i sitt första möte som ambulanssjuusköterska... (6)

En annan källa till information om patienten är ofta anhöriga som finns med på hämtplatsen. De kan enligt ambulanssjuusköterskorna ofta bidra med värdefull information och patienterna känner sig oftast trygga om de anhöriga kan vara delaktiga. Noteras bör dock att de anhöriga inte får ta över utan att patienten i största möjliga mån får berätta sin historia först.

Patientens hem och omgivning kan också ge ambulanssjuusköterskorna värdefull information som hjälper dem i sin bedömning av hur patienten har det och hur de bäst bemöter denne. Det kan handla om allt från att förstå hur en gammal människa har det till att upptäcka tecken på att ett barn far illa i hemmet. Miljön som patienten befinner sig i uppfattas därmed som viktig, det rör sig om:

//.....att ta in miljön så ger det mig en ökad förståelse för vem människan är och det vill vi ju alltid få en ökad förståelse för så att sägaOch också att man kanske hämtar in värdefull information som är viktig att föra vidare i organisationen...//. (9)

Företrädelse

Företrädelse innebär att bli ambassadör för patienten och tillvarata dennes intressen i en situation där patientens egen förmåga för tillfället är sviktande. Vårdandet måste här karaktäriseras av en balansgång mellan att överta patientens autonomi och att låta patienten klara sig själv i en situation som för tillfället är omöjlig att bemästra utan stöd. Detta innebär då att företräda patienten med en lyhördhet där vårdaren kompenserar patientens svaghet samtidigt som patienten tillåts medverka i det som situationen ger möjlighet till. Väsentligt blir att åstadkomma företrädelse utan att skada patienten. Vårdandet kan här också gestaltas genom att avleda patienten från det som upplevs som skrämmande och otryggt samt att visa respekt och på så sätt skydda patientens integritet och vilja.

Företräda patienten

Vid akuta sjukdomar eller olycksfall hamnar den drabbade i en situation som är främmande och oftast väldigt otrygg. Det kan vara svårt för patienten att själv ta allt ansvar och medverka i vårdandet. Detta kan göra att ambulanssjuksköterskan behöver företräda patienten eftersom han eller hon kan förlora förmågan att själv föra sin talan och bemästra situationen. Att som patient behöva ringa efter en ambulans är att erkänna att de inte klarar sig själva och det kan kännas väldigt utlämnande vilket en ambulanssjuksköterska beskrev så här: *"det var ett jättestort steg för dom att ringa efter hjälp och lämna ut sig själva, oerhört otrygga i detta"* (6). Ambulanssjuksköterskorna upplever att patienterna oftast känner en stor lättnad så fort de anländer och kan ta över ansvaret vilket framkommer i följande citat:

när vi väl kommer då kan man släppa det.....då släpper ju ansvaret hos dom tror jag många känner.....nu kommer det någon annan här som kan ta över. (3)

De känner ett ansvar för att ta hand om patienten och företräda dennes intressen på bästa sätt utan att frånta patienten mer autonomi än nödvändigt. Deras uppfattning är att: *"patienten känner att man har ett ankare med sig, att man har någon som förestår en"* (1). Det kan gälla att ta beslut åt eller i samråd med patienten och sedan bistå denne i sitt beslut, vilket en ambulanssjuksköterska beskrev som: *"att vara med och stötta upp där patienten inte orkar eller förmår i stunden....."* (6). Det kan också innebära att skydda patienten från obehagliga situationer och förhindra att de känner sig utlämnade. Här nämns bl.a. uppfattningar som rör folksamlingar vid olyckor. I följande exempel beskrev en ambulanssjuksköterska hur patienten skyddades från en utsatt situation så här:

hon tyckte det var obehagligt att ligga där på gatan med så mycket människor runtomkring....vi så att säga skärmade av lite där, vi fick vår lilla vrå. (9)

Det kan också beskrivas enligt följande:

I efterhand kan jag känna att jag skulle morskat upp mej lite och gått och sagt till honom-Vem är du och vem fotograferar du för? (9)

Ombesörja mänskliga behov

När patienterna blir akut sjuka kan de behöva hjälp med att ordna vardagliga saker och praktiska lösningar för att de ska kunna känna sig lugna när de lämnar sitt hem.

Ambulanssjuksköterskorna beskrev att de ofta får hjälpa till med allt från att ordna barn- och hundvakt till att släcka lampor och låsa dörren innan de åker från patientens hem. Det är viktigt för patienten att veta att allt fungerar hemma fast de åker iväg med ambulansen. En ambulanssjuksköterska säger att:

Det är väldigt lätt att göra en patient trygg genom att tala om att nu låser vi din dörr, dörren. Nu lägger jag nyckeln här. (8)

Att ombesörja de mänskliga behoven kan också innebära att se till så att patient och även anhöriga få något att äta i de situationer där det är möjligt. Som exempel tas bl.a. upp svåra situationer där ambulanssjuksköterskan använder sig av mat för att lättare få kontakt med patient/anhörig och kunna skapa trygghet i situationen. Det nämns situationer som dödsfall i hemmet, självmordsförsök eller oroliga patienter som inte vill följa med till sjukhuset. Mat uppfattas som ett grundläggande behov, vilket en ambulanssjuksköterska beskrev så här:

Mat tycker jag är viktigt som en trygghetsfaktor, oboý har alla barnfamiljer och även denna, så jag gjorde smörgås och oboý under tiden som vi åt förklarade jag... (1)

Visa respekt

Att som ambulanssjuksköterska komma hem till någon uppfattas som speciellt, det är att komma in på patientens revir. Ambulanssjuksköterskorna beskrev att: *"där måste man visa ännu mer hänsyn än vad man gör på sjukhus"* (2). Det går inte som många säger *"bara klampa in"* (4), utan att presentera sig och hälsa ordentligt på patienten. Några ambulanssjuksköterskor går ett steg längre och beskrev det som att vara inbjuden gäst i patientens hem och livsvärld.

Vidare beskrevs att genom att ge patienten alternativ som båda leder till det utstakade målet delaktiggörs patienten och på så vis respekteras också dennes åsikt. De kan själva påverka situationen vilket bidrar till att bibehålla patientens egenansvar. En ambulanssjuksköterska uppfattade det som att *"man ska inte övervårda patienten"* (9) utan låta dem klara så mycket som möjligt själva. Det ökar patientens självkänsla. Här beskrevs också ett fall där en patient hade fobi för städer. Han hade stort behov av vård och det var viktigt att han kom under behandling. De fick köra honom sex mil istället för fyra mil för att ta sig till sjukhuset, på de vägar som han angav. Detta benämndes som att: *"vi körde han på hans premisser"* (6). På så vis, genom en enorm respekt för patienten, klarade de av sitt uppdrag – att ta patienten till akutmottagningen.

En vanlig situation som återkommer som exempel är att behöva klä av patienten t.ex. vid ekg undersökning. Det kan lätt kännas kränkande att bli blottad inför främmande människor i en utsatt situation. Ambulanssjuksköterskorna beskrev att det kan uppfattas som att ta bort en del av patientens självkänsla. För att patienterna ska känna sig bekväma och trygga uppfattar ambulanssjuksköterskorna att det är av stor vikt att visa respekt för patientens integritet genom att ha ett medvetet förhållningssätt i dessa situationer. Det är återigen viktigt med information samt att reflektera över hur det går att skärma av och skapa ett tryggt vårdrum där patienten inte känner sig utlämnad. Det beskrevs så här:

//...och även om du har kläder på dig ...visst kan det va skönt att ha en filt på sig och man känner att man ...vad ska jag säga....man kan alltså skylla över sig lite på nåt sättdet känns som att där ärskyddat. (4)

Ambulanssjuksköterskorna uppfattar det också som viktigt att respektera patientens rätt till sin egen kropp genom att förklara vad olika parametrar står för. Detta exemplifieras i citatet nedan.

//.....att man inte faller i det här som vi ofta gör i vården att vi tror att det är våra parametrar, vi har rätt till provsvaren och allting också skiter man i att patienten faktiskt är den som har störst rätt! (9)

Avleda patientens tankar

Många gånger handlar det om att kunna avleda patienten från det för dem svåra, detta kan göras genom att hitta samtalsämnen som är bekanta för patienten och där denne kan delta aktivt. En ambulanssjuksköterska berättade om hur hon skapade en avslappnad atmosfär genom att föra ett samtal med patienten:

Ett sätt och lugna ner är ju också att prata om andra sakerdå började hon skratta och sen började hon prata lite om det, och då hade vi ju lite genom avledningsmanövern där fått henne att bli lite lugnare. (9)

Som exempel tas också upp att smärta och andra fysiska symtom kan bero på otrygghet och rädsla och då beskrev ambulanssjuksköterskorna att det inte *"hjälper att spruta läkemedel"* (6) utan det krävs trygghet också för att åstadkomma smärtfrihet. Ambulanssjuksköterskorna uppfattade det som att avleda smärtan med andra metoder än enbart läkemedel. När det gäller barn beskrev ambulanssjuksköterskorna att det t.ex. kan handla om att leka fram saker:

Då kunde vi ta en av dom här nallarna och göra ett förband på den och det tyckte han var lite häftigt faktiskt och sen kunde vi göra motsvarande förband på honom. (9)

Det kan också handla om att avdramatisera situationen genom att prata och att på så sätt få patienten att förstå att det inte är så farligt. Det återgavs på följande vis: *"det här är en vanlig situation, vi är vana vid att hantera den här typen av bekymmer"* (5). Det är alltså viktigt att försöka hitta infallsvinklar som gör det möjligt att lyfta fram det positiva i situationen och utnyttja det för att skapa delaktighet och förmedla trygghet.

Bekräftelse

Bekräftelse innebär att patienten står i centrum för vårdarens uppmärksamhet och att denne ses som en unik individ. Hänsyn tas till patientens individuella behov och upplevelse av situationen. Vårdandet sker på patientens villkor där det centrala är att fokusera på patienten och få denne att känna sig betydelsefull. Bekräftelse innebär att upplevelsen blir central och tas i beaktande oavsett det medicinska tillståndet. Här blir det tydligt att det är en fördel att vårda en patient i taget. Det ger vårdaren en möjlighet att till fullo koncentrera sig på patienten men ställer också stora krav på vårdrelationen med tanke på den närhet som vårdutrymmet i ambulansen innebär. Närheten blir där uppenbart naturlig och kan innehålla både psykiska och fysiska aspekter.

Bejaka vårdbehov

Här beskriver ambulanssjuksköterskorna hur de bekräftar patientens olika behov av ambulanssjukvård. Det kan handla om att berömma patienten för att de ringt efter hjälp. Som

exempel kan nämnas: ”*vad bra att du ringde så vi fick komma till dig*” (7). Detta legitimerar att patienten är på rätt väg. Ambulanssjuksköterskorna visar på att de är där för patienten och är intresserad av vad denne vill ha hjälp med. Att som patient bli tagen på allvar lyfts fram som väsentligt. Frågor som ”*vad kan jag hjälpa dig med?*”(7) tydliggör att ambulanssjuksköterskan är där för patientens skull och på så sätt utvecklas relativt snabbt en vårdrelation. Det kan vara uppenbart för ambulanssjuksköterskan vad som är patientens problem men det framhålls ändå som viktigt att patienten får förklara, vilket en ambulanssjuksköterska beskrev så här:

//...att man talar om vilka man är och nu är vi här för att hjälpa dej och så tar man emot patientens berättelse//. (9)

Ett dilemma kan uppstå när det är många anhöriga runtomkring som också gärna vill förklara. Då gäller det att hantera situationen och smidigt få patientens version då det är trygghetsskapande att själv få berätta om sin situation.

Ibland larmas ambulansen ut på körningar som kan uppfattas som onödiga. Det är dock av värde att få patienten att känna att den inte är till besvär, trots att dennes tillstånd kanske inte är av akutmedicinsk karaktär. Fokus bör istället ligga på patientens upplevelse av situationen. Det kan skildras på följande sätt:

Utan att det räcker med att den känner att den är i en utsatt situation och att man själv stöttar den så mycket man kan under den tiden man har med patienten att göra.
(5)

Vara beredd på att lyssna

Här handlar det om att vara närvarande i situationen eller som en ambulanssjuksköterska beskrev det:

Att visa att jag är intresserad av dig är ibland det viktigaste som finns, jag vill ju bli sedd som den jag är. (2)

Att inbjuda patienten till att berätta och inte vara rädd att möta det patienten säger anses som väsentligt. De skall känna att vill de berätta något så kan de vara trygga med det. De beskrev att det handlar om: ”*att verkligen vara beredd på att lyssna*” (7). För att patienten ska känna sig trygg med att berätta om sig själv är det också viktigt att han eller hon känner att ambulanssjuksköterskorna hanterar informationen på ett bra sätt, dvs. de måste känna en trygghet i tystnadsplikten. Vidare bör vårdaren våga ställa obekväma frågor som de förstår är ett problem för patienten. Detta skapar en relation och patienten vågar öppna sig. Att få berätta hur de känner avlastar deras rädsla. Det beskrevs så här:

Ja de vågar börjar våga fråga, de börjar våga lyfta fram sin ångest, det kan va många förtroliga saker som man kanske aldrig har vågat fråga innan eller berätta...för någon annan, ja det är ett stort ansvar.....//. (1)

Vidare nämns också att det inte alltid handlar om att prata utan om att låta det vara tyst, få lov att vara, *närvarande* (10). En ambulanssjuksköterska nämner att det kan vara tyst i 40 minuter i en vårdssituation. Det är inget att vara rädd för. Ibland orkar inte patienten att prata eller vill inte det handlar om att lyssna in detta, följa sin intuition och anpassa sig efter det. Det gäller att försöka se bakom fasaden, se sin medmänniska. Att bara finnas till. En ambulanssjuksköterska uppfattade det som att :”*man trevar och lirkar sig fram*” (7).

Erbjuda fysisk närhet

Ambulanssjuksköterskorna berättade om hur de med hjälp av beröring får patienten att slappna av och komma till ro. I situationen patienten befinner sig i uppfattar ambulanssjuksköterskorna att det känns oerhört tryggt för patienterna att ha någon som sitter nära, håller handen, stryker över håret etc. Det kan återges så här:

Ja, man kan ju gärna hålla handen men man måste ju läsa av patienten, allt från att hålla i handen och lättare beröring till att fysiskt hålla om en patient... det finns inga givna regler. (1)

Det kan också handla om att vid en trafikolycka krypa in i den demolerade bilen för att på så vis få patienten att känna trygghet genom att: *"man va liksom med henne där... större delen av urtagningsarbetet"* (3).

Det kan också vara att fysiskt sätta sig i samma höjd som patienten och *"inte stå över patienten"* (2). Fysisk närhet kan också innebära att *"bona om"* (4) patienten som en ambulanssjuksköterska uttryckte det. Det kan också vara att lägga filter, se till att patienten får det varmt och gott, hjälpa patienten att finna ett komfortabelt läge genom att justera båren. Det är dock inte alla patienter som vill ha kroppslig kontakt utan det måste ambulanssjuksköterskan känna av och lägga på rätt nivå.

Vidare nämns kroppsspråket som en viktig del i att förmedla trygghet. Ambulanssjuksköterskorna anser att det är viktigt att ha fokus på patienten och t.ex. inte sitta och titta ut genom fönstret i samtalet. Det förtydligar citatet nedan:

En som bemöter mig och visar något annat med kroppsspråket än vad man gör med orden känner jag ingen trygghet men känner man att den engagerar sig i mig och mitt problem så tror jag det är trygghet för patienten. (2)

Genom patientens kroppshållning ser ambulanssjuksköterskorna när en patient blir trygg. Det tar sig uttryck i att de blir lugna och avslappnade, blicken och tonläget förändras, patienten kanske börjar prata och fråga eller skratta avslappnat.

Mångsidighet

Mångsidighetens innebörd inbegriper ambulanssjuksköterskans förmåga att möta den prehospitla verksamhetens oförutsägbarhet. Ambulanssjuksköterskan kan inte förbereda sig på vad som ska hända eller vilka patienter hon kommer att möta under sina uppdrag. Dessa villkor skapar ett krav på mångsidighet och en öppenhet inför olika situationer och patienter. Att anpassa sig till patienten och till föränderliga situationer blir därmed ofrånkomligt i det prehospitla vårdandet.

Anpassa sig till patienten

Vissa patientgrupper ställer extra stora krav på ambulanssjuksköterskorna när det gäller att kunna förmedla trygghet. Det kan vara patienter som har dålig erfarenhet av sjukvård, de som har psykiska handikapp eller drogproblem. Här måste ambulanssjuksköterskan vara medveten om patientens problem och samtidigt vara beredd att gå in i vårdrelationen utan fördomar och

se patienten för den han är. Detta kräver ett medvetet förhållningssätt och exemplifieras i citatet nedan:

Men att man har det förhållningssättet att det, det är min medmänniska, det är min nästa, det kan, kunde varit min familjemedlem. (6)

I dessa situationer kan det krävas mer av ambulanssjuksköterskan för att möjliggöra ett gott bemötande. De uppfattar det som att de får ge mer av sig själva för att förmedla trygghet till dessa patientgrupper. Det handlar om att inte låsa sig fast i rutiner utan att hela tiden vara reflekterande för att kunna möta patientens behov och därmed förmedla trygghet. En ambulanssjuksköterska beskrev det så här: *"man måste kunna vara öppen för mycket lösningar...det är en trygghet"* (10).

Det handlar också om att ibland möta aggressiva patienter som i sig utgör en hotbild mot ambulanssjuksköterskan. I sådana fall kan det vara en trygghet att ha polisen med sig på uppdraget. En ambulanssjuksköterska beskrev dock tydlig att det bästa är om polisen åker bakom ambulansen i de fall det går, så att patienten slipper att se. Ambulanssjuksköterskorna är ense om att lyckas de förmedla trygghet i dessa svåra möten minskar risken för att konfronteras med en aggressiv patient. Det besöks enligt följande:

Och jag kan ju inte vara trygg och vårda om jag inte vet att den patienten kommer att vara trygg mot mig, inte kommer att anfälla mig... (5)

En annan utmaning är patienter som är vana att söka vård ofta, *"de är vana vid vårdsvängen"* (6). Det kan vara svårt att få dessa patienter att förstå att ambulanssjuksköterskan är beredd att lyssna. De kan ha sökt upprepade gånger och tycker inte att de har fått någon riktig hjälp eller så är de inte mottagliga för den hjälp de erbjuds. Dilemmat blir då att dessa patienter är otrygga men samtidigt svåra att nå.

Barn upplevs av ambulanssjuksköterskorna som både lätta och svåra, de kan vara lättare än vuxna p.g.a. att de inte har några förutfattade meningar eftersom de saknar den vuxnes erfarenheter. Samtidigt kan de vara svårare eftersom de ibland är väldigt rädda och inte förstår vad som händer. En ambulanssjuksköterska uppfattade det som att:

Vuxna är mer...dom har så mycket erfarenhet med sig på gott och ont , dom skapar förutsättningar för kommande situationer , grundat på sin erfarenhetoch hörsägen!och rädsla i ett enda virrevarv. Så det är mer komplicerat med vuxna än barn. (1)

Det framkommer hur kulturella skillnader och språksvårigheter kan försvåra mötet med patienten. Ambulanssjuksköterskorna framhåller att det lätt uppstår en brist på trygghet i dessa situationer och att patienterna kan känna sig extra utlämnade, t.ex. när ambulanssjuksköterska och patient inte talar samma språk, vilket en ambulanssjuksköterska beskrev så här:

//...dom är inte trygga i sig och jag kan liksom inte förmedla vad det är jag gör , ofta genom en tolk i bästa fall , men jag är ju inte riktigt säker på att tolken förstår vad jag säger...//. (2)

Anpassa sig till situationen

Miljön som de prehospitla sjuksköterskorna vårdar i kan variera väldigt mycket allt från en lugn hemmiljö till bråkiga offentliga platser. Detta ställer stora krav på att kunna anpassa sig

till miljön och klara av att utföra sitt jobb och känna sig trygg i sin roll trots att de kan vara utsatta för varierande hot från omvärlden. Annars kan vården påverkas. En ambulanssjuksköterska beskrev det som att det:

Kanske är lätt och vara i en familj som inte har något hot ...hot mot mig själv ..än ha en hund som kanske är en hotbild mot mig för att jag kanske är livrädd... (2)

Det kan också vara olycksplatser som är svåra att överblicka, ett exempel som beskrevs är: *"//.....mängder med folk sprang runt, ingen riktigt tog tag i det, då kände jag själv att jag gör inget riktigt bra jobb.....//"* (5). I en rörig miljö gäller det att ta två steg tillbaka för att skaffa sig en överblick av situationen och på så sätt ta kontroll och känna sig trygg. Det handlar också om att vara öppen för situationens föränderlighet, här beskrevs det att det är:

Viktigt att man kan improvisera i vårt yrke , inte låsa sig fast vid nånting...för det är inget som säger att det jag gör är rätt den ena gången.. för nästa gång så kanske det är fel ...men det är en trygghet att kunna vara flexibel. (7)

Förmågan att rent praktiskt lösa olika situationer framställs som specifikt för ambulanssjukvården. Det kan handla om att finna kreativa, praktiska lösningar på problem som är tillsynes omöjliga. Exempel på sådana situationer är losstagning ur krockskadade bilar eller bära patienter nerför trånga trappor. Ambulanssjuksköterskorna beskrev det som grundläggande att kunna hantera detta för att på så sätt förmedla trygghet till patienten.

Professionalitet

Det centrala är här betydelsen av professionell kunskap och innebär att åstadkomma en god vård som grundar sig på vetenskapligt kunnande om olika medicinska tillstånd. Detta för att på ett effektivt sätt behandla patientens besvär och uppnå en förbättring av dennes symtom. Professionalitet innebär också ett kollegialt samspel som bygger på att vårdarna är beroende av varandra för att utföra det prehospitala vårdandet. Det kan variera från att uppleva tvåsamheten som en resursbrist till att se det som ett fördelaktigt samarbete som gagnar den enskilda patienten. Det handlar om att lita på varandra och lösa vårdarbetet som ett team. Innebörden är också att visa upp ett yttre lugn trots att den inre stressen kan vara hög i olika situationer som vårdarna utsätts för. Det väsentliga är här att ge sken av ett lugn och bemästra sin inre stress för att förmedla trygghet till patienten. Professionalitet innebär också att på ett korrekt sätt möta de olika fördomar som kan dyka upp i mötet med patienten.

Vara kunnig och säker

För alla ambulanssjuksköterskorna var det viktigt att patienten skulle kunna lita på dem och uppleva dem som trygga och stabila i sin yrkesroll. Det beskrivs hur viktigt det är att ha god kunskap och väl känna till den utrustning som används i ambulansen för att på så sätt kunna visa patienterna sin kunnighet. Detta understryks i citatet nedan:

Och att patienten känner att personalen som tar hand om dom kan sin sak det tycker jag är jätteviktigt att inte man blir stående och säger "Du, hur var det med den här apparaten jag kan inte riktigt med denna" . Så får man inte säga till varandra för det gör patienten otrygg. (9)

En annan del i ambulanssjuksköterskans profession är att kunna välja rätt behandling till patienten och genom det få patienten att må bättre. Det beskrevs som: *"att behandlingen hjälper, det räcker inte med att klappa dom på handen om de är akut sjuka"* (3). De anser att

om patientens medicinska tillstånd förbättras under färden har de på så vis lyckats förmedla trygghet till patienten. Ambulanssjuksköterskan följer oftast de vitala parametrarna under den prehospitala vårdtiden och kan därmed se utvecklingen av patientens hälsotillstånd. Men detta ger även ambulanssjuksköterskan en möjlighet att se de fysiologiska svaren på patientens trygghetskänsla genom att de:

//.....fysiskt sett kan se på parametrar att patienten känner sig trygg... att blodtryck går ner att puls går ner, smärtan minskar med trygghet... det är sånt som man tycker är påtagligt. (1)

Att genom trygghet kunna förbättra patientens blodtryck, puls m.m kan också ha rent medicinska fördelar t.ex. vid en hjärtinfarkt. Här beskrevs också hur *"trygga ambulanssjuksköterskor som har förmågan att dela med sig av sin trygghet"* (6) kan få patienten smärtfri utan att använda läkemedel. En ambulanssjuksköterska beskrev att: *"jag har kollegor som nästan aldrig använder sig av läkemedel i ambulanssjukvården utan dom använder sig av tryggheten"* (6).

Det är också viktigt att uttrycka sig korrekt eftersom det annars lätt kan uppstå missförstånd över exempelvis medicinska termer som kan skapa otrygghet hos patienten, vilket framkommer i citatet nedan:

//....så hade vi lite problem med överföringen på ekg:t så det blev lite brusig data på ekg:t ...då sitter min kollega och tittar på ekg:t och säger "nämen titta vilka störningar det är på ekg:t" varpå dom väldigt oroliga anhöriga som står bakom patienten uppfattar ju att det är störningar på hjärtat....och det blev ju ganska så kaotiskt för patienten , det får man tänka sig för vad man säger, det var ju störningar på datorn inte på ekg:t//. (1)

Här handlar det också om vilken inställning ambulanssjuksköterskorna har till sitt arbete, de beskrev att det måste finnas en vilja att göra gott från vårdarens sida. En del går så långt att de säger att det är ambulanssjuksköterskans ansvar att ha detta förhållningssätt. En ambulanssjuksköterska uppfattade det så här:

//.....grunden är att man känner att i luften på nåt sätt, att det här är människor som vill mej väl och att dom gör sitt bästa för att jag ska få en braett bra omhändertagande då ...då blir jag trygg. (2)

Visa upp ett yttre lugn

Att visa sig lugn och säker i alla tänkbara situationer framkommer som ytterst väsentligt. Det kan handla om att trots att det inre är i uppror och situationen tillsynes olösbar visa upp ett yttre lugn. Här betonas alltså hur viktig förmågan att behålla sitt lugn är och det blir extra tydligt i svåra och akuta situationer där: *"man får anstränga sig mer för att behålla lugnet, behålla sitt cool...//"* (3). Vidare nämns att det är betydelsefullt att ambulanssjuksköterskan känner sig trygg i sin yrkesroll. Om så inte är fallet kan de heller inte förmedla någon trygghet till patienterna, vilket beskrevs som att:

Känner jag mig inte säker och trygg i min egen situation så tror jag inte personligen att man kan överföra det till patienten, det är viktigt att man känner sig trygg både i sig själv och med allt runtomkring för att det ska bli bra i slutändan. (5)

Ytterligare aspekter som framkommer är att ambulanssjuksköterskan själv måste må bra för att kunna förmedla trygghet. Privatlivet uppfattades ha stor betydelse. Om det fanns

störningsfaktorer där som togs med till arbetet blev det svårt att koncentrera sig och fokusera på patienten. Vilket betyder att: *"man måste vara i balans när man ska vårda, måste må bra, inte ha en massa bekymmer som man funderar över, vara tillfreds med sig själv"* (5). Centralt är att skapa en *"trygg stämning"* (10) genom att visa upp ett yttre lugn i situationen och inte låta sin inre stress eller andra privata bekymmer påverka vårdrelationen negativt.

Ha ett kollegialt samspel

Kollegialt samspel uppfattas som mycket viktigt av ambulanssjuksköterskorna, de jobbar alltid två och två i ett nära samarbete där var och en måste sköta sin del för att allt ska fungera i vårdarbetet. De menar att patienterna snabbt känner av om det är något personalen emellan som inte stämmer och reagerar negativt på det. Här framkom:

Att man är trygga med varandra, kan samarbeta, detta märker patienterna av. Inte stå och diskutera inne hos en patient hur man skall göra det ger ingen trygghet. (7)

Det nämns också exempel som att även om vårdaren gör ett bra jobb med patienten bak i bilen så hjälper inte det om föraren kör oförsiktigt och slarvigt, då blir patienten spänd och tycker det är obehagligt. Ambulanssjuksköterskorna tycker det är viktigt att patienten känner att de kan åka säkert in till sjukhuset. Detta exemplifieras nedan:

//...om vårdaren gör ett väldigt bra jobb men föraren kör som en galning.....patienten känner trygghet från ett håll men inte från ett annat...//. (5)

Det är viktigt att kollegorna hjälper och stöttar varandra, detta blir förstås extra tydligt i situationer som av olika anledningar är svårare än andra att hantera. De är oftast bara två i teamet och det ställs stora krav på samarbetet för att bemästra situationen. Ambulanssjuksköterskorna beskrev det också som viktigt att samarbetet med polis, räddningstjänst och sjukhus fungerar tillfredsställande för att patientens ska få ett bra omhändertagande. Det kan också handla om att vara prestigelös och att inte vara överlägsen, att kunna ta hjälp av andra i situationer där man själv misslyckats. Här beskrevs exempel som att kunna ta ett steg tillbaka om inte relationen med en patient fungerar och låta sin kollega ta över.

Möta patientens fördomar

Fördomar hos patienterna kan ibland skapa otrygghet som ambulanssjuksköterskorna måste kunna hantera. Det kan handla om att en patient känner otrygghet när båda ambulanssjuksköterskorna är kvinnor eftersom ambulanserna traditionellt sett tidigare har körts av män. Enligt ambulanssjuksköterskorna kunde det framkomma kommentarer som: *"Hur ska detta gå ska ni två små töser komma? Då förstår man att dom är otrygga i den situationen"* (6).

Ytterligare ett exempel på detta var att:

Många män säger ju det, ska du lilla köra bilen in och så ska min storvuxne kollega sitta bak som sjuksyster hos dom och så ska jag köra bilen, det undrar dom ju också över, lite otrygga där. (6)

Här måste ambulanssjuksköterskorna kunna bevisa sin förmåga för att kunna förmedla trygghet. De manliga intervjudeltagarna upplevde inte alls detta utan vanliga kommentarer till dem kunde istället vara: *"nu kommer det två stora starka ambulansare här och ska hjälpa dej"*

pappa” (3). Vidare beskrev de att för att undvika fördomar var det viktigt att tänka på hur patienterna uppfattade dem när de kom, exempelvis: ”vi har gått ifrån det här med blåa kläder för att folk associerade oss till poliser. Nu syns det att vi är sjukvård - vi är gröna” (6).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi har valt att diskutera metoden utifrån begreppen tillämplighet, trovärdighet, överensstämmelse och noggrannhet (Granskär & Höglund, 2008).

Den fenomenografiska ansatsen

Metodvalet stod från början mellan fenomenologin, hermeneutiken och fenomenografin. Efter att ha läst om de olika ansatserna samt diskuterat dem med vår handledare valdes den fenomenografiska ansatsen. Vi ansåg att den bäst motsvarade vårt syfte. Fenomenografin beskriver som nämnts tidigare uppfattningar och variationer i dessa istället för som t.ex. fenomenologin söka det innersta väsendet av ett upplevt fenomen. Hermeneutiken ägnar sig mycket åt tolkningar i syfte att vinna gemensam och giltig förståelse av det som studeras. Vårt syfte uppfylls genom beskrivningar och kräver inte den något djupare analysen som både hermeneutiken och fenomenologin innebär.

I samband med att informanterna intervjuades diskuterades det inledningsvis lite allmänt och då bl.a. åsikter om omvårdnadsforskning. Den allmänna uppfattningen var att forskningen ofta ligger allt för långt ifrån den kliniska verkligheten. Det upplevdes dock som mycket positivt när vi beskrev att det var deras uppfattningar vi var intresserade av. Detta bör därför också kunna motivera valet av ansats eftersom resultatet då förhoppningsvis intresserar sjuksköterskorna och kommer till användning i de olika verksamheterna.

Informanter

Vårt val av informanter var strategiskt och grundade sig i att få fram ett så brett och varierat urval som möjligt. Det är forskningsproblemet som styr valet av informanter dvs. undersökningsgruppens *tillämplighet* bedöms utifrån detta (Granskär & Höglund, 2008). För vår studie var det inga problem att hitta informanter som uppfyllde dessa krav. Det var heller inga problem med könsfördelningen, vilket annars kan vara ett problem inom omvårdnadsforskningen med tanke på att sjuksköterskeyrket inom många verksamhetsområden fortfarande är kvinnodominerat. Informanterna valdes från olika verksamheter och i och med detta också från olika upptagningsområden. Vi fick då också en variation med erfarenheter från både landsbygd och stadsområde. Det som kunde ha ökat undersöknings gruppens tillämplighet ytterligare hade kanske varit om någon informant kommit från ett storstadsområde, som det nu var fanns det en sjuksköterska som tidigare jobbat i storstadsområde och då som ambulanssjukvårdare. De övriga informanterna som arbetade i stadsområde har uteslutande erfarenheter från småstäder. Det kunde också ha varit önskvärt att ha intervjuat sjuksköterskor från flera stationer för att ytterligare uppfyllt fenomenografins krav på skillnader. Många urval baserar sig på att informanten ska ha ett visst antal års erfarenhet inom yrket. Vi satte ingen sådan gräns utan valde istället att medvetet intervjuar en sjuksköterska med bara tre månaders erfarenhet. Detta kan säkert ses

som en brist inom vissa forskningsansatser men enligt vår mening ökar det variationen och bör därför också kunna öka trovärdigheten i resultatet. Ingen av de tillfrågade informanterna tackade nej till att delta och alla var motiverade och intresserade av att under intervjuerna berätta så mycket som möjligt av det studerade fenomenet. Detta borde öka sannolikheten att materialet beskriver så många olika uppfattningar som möjligt.

Informanterna valdes ut genom personlig kännedom med tanke på att få ett urval som var så varierat som möjligt. Detta kan ha påverkat den senare intervjusituationen både positivt och negativt. Det kan ha varit positivt med tanke på att det kan vara lättare att prata med någon som inte är helt främmande. Det skulle också kunna vara negativt genom att det å andra sidan kan begränsa informantens berättande. Som exempel kan nämnas att någon informant uttryckte det som: "*det vet du ju hur det kan vara*". Det kan då finnas en risk att de inte tror vi vill att de ska berätta saker som vi själva sannolikt har erfarenhet av.

Ytterligare en metodologisk aspekt är hur verbala informanterna har varit under intervjuerna. Vissa har haft svårare att uttrycka sig medans en har varit synnerligen verbal. Detta kan föranleda reflektioner i hur stor utsträckning det är informantens egna åsikter som framkommit, eller om det är rent teoretiska fakta. Detta skulle innebära att resultatet påverkades negativt och därmed inte skulle medföra nya nivåer av kunskap inom det studerade området. Skillnaderna mellan informanterna kan också diskuteras utifrån kön, antal år i yrket samt eventuell specialistutbildning (figur 1). I studien framkom dock inga specifika skillnader i uppfattningarna som kunde härledas till om informanten var man eller kvinna, hur länge de hade varit yrkesverksamma eller om de var specialistutbildade inom prehospital sjukvård. Uppfattningarna tycks istället vara individuella och starkt förknippade med informantens unika personlighet.

Datainsamling

I en fenomenografisk intervjustudie krävs det att antalet intervjuer är tillräckligt många för att uppnå en mättnad i de olika uppfattningarna som framträder (Kvale, 1997; Granskär & Höglund, 2008). Vi intervjuade tio ambulanssjuksköterskor eftersom det bedömdes som rimligt för att få fram tillräckligt många uppfattningar. Den tidsmässiga ramen för underökningen gjorde också att det fanns en gräns för antalet intervjuer och därmed en risk att detta påverkade resultatet. Fler intervjuer kunde visserligen gett en större spännvid i uppfattningarna men med ett större material finns också en risk att analysen blir ytlig (Larsson, 1986). Med tanke på vår oerfarenhet och tidsbegränsning hade vi inte klarat av att hantera ett större material. Vi bedömde också att kvaliteten på intervjuerna överlag var bra och de var informationsrika. De två första intervjuerna sågs som pilotintervjuer för att vi skulle få möjlighet att träna på att agera forskare i en intervjusituation. Dessa lästes av vår handledare och i samråd bestämdes att de skulle ingå i studien eftersom de höll tillräckligt god kvalitet. Nämnas bör dock att vi båda upplevde intervjusituationen som lättare allteftersom fler intervjuer genomfördes. Vår erfarenhet av detta är därför att det är viktigt att genomföra provintervjuer, detta för att skapa erfarenhet och självförtroende hos forskaren samt därmed öka kvaliteten på intervjuerna (Kvale, 1997). I kvalitativa studier grundar sig ju pålitligheten på hur *trovärdig* datainsamlingen har varit (Granskär & Höglund, 2008). Vi delade antalet intervjuer mellan oss så att vi genomförde fem var. Det kan säkert ses som både positivt och negativt. Vi valde att göra så här dels för att spara tid men också för att intervjusituationen skulle bli mer förtrolig genom att det bara fanns två närvarande- forskaren och informanten (Kvale, 1997). Detta skapade enligt vår uppfattning också en balans i mötet,

om vi varit två forskare och en informant hade det funnits en risk att situationen blivit mer kravfylld. Detta kunde därmed ha påverkat spontaniteten hos informanten och hämmar dennes oreflekterade beskrivning av trygghet. Vi menar därför att detta ändå stärker trovärdigheten i materialet.

Intervjuerna varade i genomsnitt 45 minuter vilket är något längre än vad metodböckerna beskriver (Granskär & Höglund, 2008). Detta borde säkerställa att vi fått rikligt med uppfattningar trots att vi inte gjorde mer än tio intervjuer. Eftersom intervjuerna bedömdes vara innehållsrika kunde vi också märka att vi fick en mättnad i materialet under analysens gång. Därmed uppfylls även det kravet (Kvale, 1997).

En annan erfarenhet från intervjuerna som bör lyftas fram är att det är olika lätt att intervjua olika personer (Kvale, 1997). Informantens förmåga att öppet beskriva begreppet och att ge spontana exempel påverkade hur aktiva vi som forskare behövde vara i situationen. De som inte självmant pratade så mycket behövde mer stöd och uppmuntran för att delge sina uppfattningar. Det var då viktigt att som intervjuare reflektera över hur vi hjälpte dem vidare i samtalet utan att styra deras svar. Vi kan se en risk i detta eftersom vi sedan tidigare inte har erfarenhet av att intervjusituationer men genom att diskutera och reflektera dessa frågor före intervjuerna startades anser vi att vi minimerat risken för att vi genom t.ex. följdfrågor styrt de svar vi fått. Meningen med följdfrågor är ju istället att de ska stimulera till att berätta vidare.

En annan aspekt på trovärdigheten i materialet är att vi båda jobbar inom akutsjukvården och har god insyn i den prehospitla verksamheten, dvs. vi har också erfarenhet av det vi intervjuade sjuksköterskorna om. Det kan göra det svårt att vara objektiv och låta informanten berätta om sina uppfattningar utan att som intervjuare använda sin förförståelse av det som sägs. Det kan enligt Granskär & Höglund (2008) göra att informanten inte tillåts berätta tillräckligt mycket. Nackdelen kan vara att intervjuaren tar det som sägs för givet och inte låter informanten utveckla sin berättelse ytterligare. Eftersom vi läst om detta innan intervjuerna påbörjades har vi försökt hantera det precis som Granskär & Höglund (2008) beskriver det, genom att försöka närma sig forskningsområdet så förutsättningslöst som möjligt och med bibehållen nyfikenhet.

Efter varje intervju transkriberades materialet, vilket vi utförde själva för att minska risken för feltolkningar av det som sades (Granskär & Höglund, 2008). Nackdelen med detta var dock att det var väldigt tidskrävande, dels för att intervjuerna var långa men också p.g.a. vår ovana att skriva ut texter. Om materialet hade varit större hade vi varit tvungna att anlita någon som kunde skriva ut texterna då det annars hade blivit en omöjlighet att hinna det också.

Intervjuguiden (bilaga 3) som användes var öppen i syfte att vara utmanande och samtidigt ge informanten möjlighet att öppet utan påverkan från oss beskriva hur de förmedlar trygghet. Vi upptäckte ganska snart att det kan upplevas skrämmande för informanten när de förstår att det är de som ska berätta och att de inte kommer få ett antal olika frågor att förhålla sig till. För att undvika att de kände att vi ställde för stora krav på dem berättade vi om detta inledningsvis innan bandinspelningen påbörjades. Detta fungerade bra och gjorde situationen mer avslappnad. Informationen som gavs om studiens syfte och upplägg syftade också till att säkerställa att våra frågor gav svar på det som var menat d.v.s. att beskrivningarna *överensstämde* med den information frågan var avsedd att inhämta (Granskär & Höglund, 2008). Efter pilotintervjuerna lärde vi oss också att det i en öppen intervju blir extra viktigt att vara mjuk i sin framtoning för att inbjuda informanten till att öppet berätta om sina uppfattningar. Intervjuguidens innehåll var från början tänkt att vara mer strukturerat men

efter samtal med vår handledare i inledningen av arbetet bestämde vi oss för att pröva den här formen.

Traditionellt sett har det inom fenomenografiska studier använts mer strukturerade intervjuer där frågor ställts om "vad och hur". "Vad" och "hur" är viktiga begrepp inom den fenomenografiska forskningen eftersom det här handlar om att beskriva hur informanterna uppfattar olika aspekter av det studerade fenomenet (Marton & Booth, 2000; Granskär & Höglund, 2008). I studien beskrivs "vad" aspekten under beskrivningskategorierna som en abstraktare nivå av resultatet. "Hur" aspekten beskrivs under uppfattningarna och här framkommer en mer konkret skildring av de olika utsagorna. Uppfattningarna som bildar respektive beskrivningskategori är relaterade till varandra eftersom de innehåller olika uppfattningar av samma fenomen. Detta sker alltså i en helhet som inom fenomenografin benämns som utfallsrummet (Granskär & Höglund, 2008).

Efter genomfört forskningsarbete upplever vi det som positivt med en öppen intervjuguide och vi har känslan av att intervjuerna blev djupa och innehållsrika. Det ställde dock sannolikt större krav på oss då vi var tvungna att rama in intervjun så att den kom att handla om trygghet samtidigt som informanten skulle känna sig fri att berätta om det som föll honom eller henne in. Det var också väldigt viktigt att "följa" informanten i intervjun och uppmuntra till att berätta mer om de uppfattningar som vi var intresserade av. Vi kan här se att det fanns en risk att ändå styra intervjun speciellt med de informanter som inte spontant berättade mycket utan behövde mera stöd under samtalet.

Dataanalys

För att säkerställa *noggrannheten* i analysen är det som nämnts tidigare i diskussionen viktigt att datainsamlingen sker korrekt men också att analysen utförs omsorgsfullt (Granskär & Höglund, 2008). För att uppfylla kraven på en noggrann analys började vi med att läsa alla intervjuerna i sin helhet. Det var nu dags att läsa allt material och inte bara de intervjuer vi själva utfört. Det tog mycket längre tid att läsa och förstå de intervjuer som vi inte utfört själva. Sannolikt p.g.a. att när vi läste våra egna intervjuer kände vi igen dem från intervjusituationen och hade då också lättare för att förstå dem. När vi båda kände att vi var väl förtrogna med materialet började vi plocka isär helheten till delar genom att plocka ut meningsbärande enheter (Kvale, 1997). Vår ovana vid sådant arbete gjorde att vi fick svårt att begränsa oss och se vad som var relevant för vår studie. Detta löste vi genom att klippa sönder intervjuerna i meningsbärande enheter för att sedan på ett mer konkret sätt kunna plocka i dem och gruppera dem i olika uppfattningar. Det upplevdes av oss som mycket positivt och gjorde att vi lättare kunde se vad materialet egentligen beskrev för oss. Det borde också öka kvaliteten på analysen då det enligt vår mening gav oss en ökad förståelse för de olika texterna.

Vi har utfört hela analysen tillsammans vilket har lett till mycket diskussioner och funderingar om vad olika textavsnitt egentligen står för. Det har varit tidskrävande men lärorikt och vi ser det som en styrka att vi analyserat intervjuerna tillsammans. Detta nära samarbete under analysen har varit möjligt dels för att vi bor så nära varandra och dels för att vi är tjänstlediga från våra ordinarie jobb. Vi har under hela dagar suttit och funderat över olika uppfattningar och sedan försökt gruppera dem under olika beskrivningskategorier. Dessa har varit flytande och ändrat sig under analysens gång. Vi har försökt att inte låsa fast oss vid något utan låtit materialet styra oss från helhet till delar och åter till en ny helhet som beskriver sjuksköterskors olika uppfattningar av att förmedla trygghet i prehospitäl sjukvård. För att få

ytterligare hjälp har vi kontinuerligt under analysens gång diskuterat med vår handledare dels via mailkontakt men också genom träffar. Detta bör stärka trovärdigheten i analysen då någon med erfarenhet av tidigare intervjustudier också har värderat våra beskrivningskategorier.

I resultatet förtydligas texten med hjälp av citat ur datamaterialet. Enligt Larsson (1986) kan citat hjälpa läsaren att skapa sig en egen uppfattning om beskrivningskategoriernas innebörd.

Avslutningsvis vill vi lyfta fram tidsaspekten och energin som krävs för att genomföra en intervjustudie. Det kräver ett stort engagemang och mycket tid. Emellanåt har det känts övermäktigt och otroligt krävande. För att sedan så småningom kännas bättre när vi faktiskt såg att vi presterade något. När resultatet började framträda infann sig både en stor lättnad och stolthet av att ha genomfört detta arbete.

Resultatdiskussion

Föreliggande studies resultat förtydligar att förmedling av trygghet är en väsentlig del i vårdandet och krävs för att patienten ska uppleva att de får ett gott omhändertagande. Utifrån kunskapen om patientens otrygghetskänsla i samband med akut sjukdom kan det ses som logiskt att just de initiala trygghetsskapande åtgärderna från ambulanspersonalens sida är oerhört viktiga för att kravet från hälso- och sjukvårdslagen om tillgodoseendet av trygghet i vården skall uppnås.

Vi kan se att resultatet generellt stämmer väl överens med den tidigare forskningen på området. Däremot framkommer nya aspekter på trygghet som är specifika för just ambulanssjukvården. I diskussionen som följer nedan kommer vi därför välja att fokusera på det som är specifikt för den prehospitala sjukvården.

Det som genomsyrar hela resultatet är att ambulanssjusköterskorna möter patienter som redan förlorat en del av sin trygghet genom det som har inträffat. Ambulanssjusköterskorna är dessutom oftast den första kontakten patienten får med sjukvården förutom samtalet med SOS. Vi menar att vårdarna i den prehospitala sjukvården redan från första stund när de möter patienten, aktivt måste börja fundera på hur de ska förhindra ytterligare otrygghet och i stället förmedla en ökad känsla av trygghet till patienten. Tidigare forskning (Gårdelöf, 1998; Wireklint Sundström, 2005; Poljak m.fl., 2006) beskriver att ambulanssjukvården är ett område under stark utveckling och att detta ökar kraven på ambulanssjusköterskorna genom att de medicinskt kan behandla fler och fler symtom prehospitalt. Redan här tydliggörs komplexiteten i ambulanssjusköterskans profession. Det krävs precis som Dahlberg m.fl. (2003), Nyström (2003) och Wireklint Sundström (2005) beskriver en balans mellan den vårdvetenskapliga och den medicinska kunskapen. På samma gång och ofta i en akut situation måste ambulanssjusköterskan påbörja en effektiv medicinsk behandling samtidigt som hon genom sitt professionella bemötande förmedlar trygghet till patienten. Vi anser att dessa båda kunskapsområden måste vara väl integrerade med varandra för att trygghet ska kunna förmedlas. Det ena får inte utesluta det andra. Detta blir tydligt i vårt resultat där ambulanssjusköterskorna genom beskrivningar ger exempel på olika situationer. Ett typiskt exempel är hur bristande kunskap om medicinsk utrustning ökar patientens otrygghet men att det tvärtom också kan inge en känsla av otrygghet när vårdaren har god kunskap om sin utrustning men inte informerar patienten om vad som händer. Det finns alltså uppenbara risker som vi ser det att vården upplevs som otrygg om vårdarna misslyckas med att integrera dessa båda ansatser med varandra. Vi anser också att det i en akut och oförberedd situation ställs ännu större krav på ambulanssjusköterskans förmåga att kunna hantera dessa båda

ansatser på ett fördelaktigt sätt. Antagligen är det så att detta blir extra tydligt i den prehospitla verksamheten. De måste fokusera på den medicinska delen av omhändertagande när de möter svårt sjuka eller skadade patienter och det som då tydliggörs i resultatet är att deras vårdvetenskapliga kunskaper kanske får stå åt sidan ett kort tag men att de direkt efter det initiala omhändertagandet åter försöker skapa en balans dem emellan.

Specifikt för ambulanssjukvården är att de möter patienten utanför sjukhus. När vårdarna möter patienten i hemmet får de möjlighet till en unik inblick i patientens situation och därmed mycket information som är viktig att förmedla vidare till nästa länk i vårdkedjan. Detta ger också goda förutsättningar till en ökad förståelse för patientens villkor och medför att ambulanssjuksköterskan har lättare att skapa en relation och förmedla trygghet. Vi menar att det är positivt att se patienten i sin vanliga miljö, det borde ge en ökad förståelse för dennes situation. Dock vill vi påpeka att det även kan innebära svårigheter att möta patienter i skiftande miljöer jämfört med på sjukhus. Detta beskrivs också i tidigare forskning av Dahlberg m.fl. (2003), Ahl m.fl. och Wireklint Sundström (2005) liksom i denna studies resultat. I och med detta är vi av den åsikten att det ställs större krav på mångsidigheten hos sjuksköterskan prehospitalt jämfört med sjuksköterskor som arbetar inne på sjukhus eller vårdcentraler. Liksom i resultatet anser vi att det är viktigt att kunna anpassa sig efter olika situationer och vara uppfinningsrik för att kunna möta alla de olika patientgrupper och situationer som ambulanssjuksköterskan gör. Detta kan ses som ytterligare ett av de specifika trygghetsförmedlande områden som finns inom ambulanssjukvården.

Vidare anser vi att det kan upplevas som en resursbrist att vara två, varav endast en person kan vara hos patienten under transporten och utföra de olika vårdåtgärder som krävs. Ambulanssjuksköterskans egen trygghet står här i relation till känslan av att vara utlämnad och ensam i sitt möte med patienten. I resultatet framkommer hur viktigt det är att själv känna sig trygg och tillfreds för att kunna förmedla trygghet vidare till patienten. Detta framställs under beskrivningskategorin "professionalitet". Även Jay (1996), Johns (1996) och Hams (1997) beskriver hur ett lugnt och tryggt omhändertagande kan lindra patientens sjukdomskänsla och minska rädsla. Att vara en som vårdar patienten och oftast bara möta en patient i taget kan också ses som en fördel istället för kopplat till resursbrist. Detta tydliggörs under beskrivningskategorin "bekräftelse" där ambulanssjuksköterskorna beskriver hur viktigt det är att bejaka patientens vårdbehov, erbjuda fysisk närhet samt vara beredd att lyssna på patienten. Vi kan se att arbetet i ambulansen skapar goda förutsättningar för att förmedla trygghet genom dessa uppfattningar. Ambulanssjuksköterskan har här möjlighet att fokusera på en patient i taget och det begränsade utrymmet i ambulansen skapar en naturlig närhet. Liknande forskningsresultat framförs av Jay (1996), Dahlberg m.fl. och Ahl m.fl. (2005). Vidare vill vi lyfta fram att uppfattningen "erbjuda fysisk närhet" kan ta sig annorlunda uttryck i den prehospitla verksamheten jämfört med annan vårdverksamhet. Här kan det t.ex. handla om att krypa in i demolerade bilar för att ge patienten den närhet som han eller hon behöver för att uppleva trygghet.

Liksom Ahl m.fl. (2005) och Mannberg-Hedlund (2004) beskriver framställs i resultatet att lidandet lindras vid ambulansens ankomst när sjuksköterskorna tar över ansvaret för situationen. Det tycks vara trygghetsskapande för patienten att slippa ansvaret och få lov att överlämna sig. Wiklund (2003) beskriver dock risken med det maktförhållande som uppstår i en vårdssituation där det gäller att använda makten för att främja patientens bästa. I resultatet framkommer inte den negativa aspekten på maktförhållandet lika tydligt. Ambulanssjuksköterskorna ser det som sitt ansvar att företräda patienten och tillvarata dennes

intressen. Det blir väldigt påtagligt i resultatet att det är en del av ambulanssjuksköterskans profession att kunna lindra patientens lidande genom att ta över ansvaret för situationen i det akuta skedet. Detta ses som något positivt och de ser det som att hjälpa och stötta istället för att det uppstår ett maktförhållande. Att inte maktförhållandet blir lika tydligt i resultatet som i bakgrunden kan bero på att ambulanssjuksköterskorna förutsätter att makten inte utnyttjas i negativt syfte. Det bör dock vara värt att notera maktförhållandet då det alltid finns en risk att patienten känner sig underlägsen i situationen. Vi anser att ambulanssjuksköterskorna måste ha ett öppet förhållningssätt och ha god självkänedom om hur de möter patienterna för att minimera risken att det uppstår en relation där ambulanssjuksköterska och patient inte är lika mycket värda.

Segesten (1994) beskriver att plötslig sjukdom innebär en förlust av kontroll i situationen och orsakar en känsla av otrygghet. En mycket tydlig uppfattning i resultatet beskriver hur väsentligt det är med information till patienten för att delaktighetsgöra denna och på så vis hjälpa patienten att uppnå kontroll i situationen. Detta beskrivs även av Jay (1996) och Franzén m.fl. (2006) genom att de menar att patienten behöver veta vad som har hänt, vad som händer och vad som kommer att hända. Detta kan ses som en motpol till det som diskuterats i stycket ovan dvs. att företräda patienten och ta över ansvaret. Skillnaden i dessa båda uppfattningar blir uppenbar när de ställs emot varandra. Att företräda handlar om att patienten överlämnar sig och överlåter åt ambulanssjuksköterskan att fatta olika beslut och styra situationen. Medans uppfattningen om ”öka patientens kunskap” och ”öka sin kunskap om patienten” som bildar beskrivningskategorin ”visshet” syftar till att involvera patienten i egna beslut och aktivt kunna medverka i sin egen vård. Dessa uppfattningar framkommer i samtliga intervjuer och kompletterar varandra genom att ambulanssjuksköterskorna anpassar sig efter patienten och känner in situationen. Båda kan innebära såväl trygghet som otrygghet om de används felaktigt.

Vidare framkommer i resultatet att ambulanssjuksköterskorna ofta hjälper patienten med diverse mer eller mindre praktiska detaljer innan de lämnar hemmet. Det kan som det beskrivs i resultatet handla om att stänga av kaffebyggaren eller ta hand om hunden. Detta område rör alltså bitar som egentligen ligger utanför ambulanssjuksköterskans yrkesområde men som ändå ter sig väldigt specifika och värda att lyfta fram. Återigen vill vi påtala hur omfattande trygghetsskapandet är och att det finns många aspekter som måste beaktas i bedömningen och mötet med patienten. Det finns sedan tidigare väldigt lite forskning som beskriver den här delen av den prehospitla vårdrelationen. Uppfattningen som ambulanssjuksköterskorna beskriver och som vi benämnt ”ombesörja mänskliga behov” kan beskrivas som grundläggande för att patienten ska kunna lämna sitt hem och känna sig trygg i att åka. Om vårdarna inte tar sig tid att göra detta hämmar det relationen samt ökar otryggheten. Det borde också påverka hela vårdkedjan och kan kopplas till det som Kasén (2002) och Dahlberg m.fl. (2003) skriver om hur viktigt det första bemötandet är för den fortsatta vården.

En annan del av resultatet som vi vill lyfta fram och som också delvis kan ses som ny kunskap då den tidigare inte finns specifikt beskriven i samband med trygghet är hur patienten förändras när ambulanssjuksköterskan lyckas förmedla trygghet. För att knyta an till den ovan beskrivna komplexiteten gällande vårdvetenskap och medicinsk kunskap vill vi här ta upp ett exempel från intervjuerna. Det gäller en patient med akut hjärtinfarkt. Här beskriver ambulanssjuksköterskan hur den medicinska och vårdvetenskapliga ansatsen går hand i hand och kompletterar varandra. Den medicinska behandlingen förstärks här på ett effektivt sätt genom att ambulanssjuksköterskan förmedlar trygghet samtidigt som hon ger läkemedel. När

patienten känner sig trygg minskar kroppens stresspåslag och på så sätt minskar hjärtats arbete och medicinen får en bättre effekt. Vi vill med detta påstå att ambulanssjuksköterskan till viss del kan behandla fysiska besvär som t.ex. smärta genom att få patienten att känna trygghet. I resultatet tydliggörs också att ambulanssjuksköterskorna ser på patienterna när de har lyckats förmedla trygghet både genom att se förändringar på fysiska parametrar och på skiftande emotionella svar. Det tycks vara ett sätt för dem att mäta resultatet av den givna vården och utgör ofta också ett mål för sjuksköterskan. De är nöjda med sin insats när de ser att pulsen sjunker, blodtrycket går ner och patienten ligger lugnt och avslappnat på baren.

Resultatet i studien bör med fördel kunna läsas och finnas intressant av alla som möter patienter i sitt arbete, så fort ett sådant möte sker inleds en vårdande relation. Att kunna förmedla trygghet är enligt flera tidigare forskare både en förutsättning och ett resultat av en god vårdrelation (Johns, 1996; Hams, 1997; Kasén, 2002; Mok, 2004; Tarlier, 2004). Det bör alltså vara intressant för vårdpersonal att här kunna läsa om och reflektera över vad som är viktigt för att kunna förmedla trygghet till patienten prehospitalt.

Framtida forskning inom det område som är av intresse torde vara att intervjua patienter för att få deras uppfattningar av trygghet i vårdrelationen, detta skulle då också öppna möjligheten för att sedan jämföra vårdarens och patientens uppfattningar och titta efter likheter och skillnader. Beroende på hur resultatet av denna studie värderas skulle det kunna ses som en nackdel att beskriva vårdarens uppfattning av trygghet när det är patienten vi vill förmedla trygghet till. Vi vill dock försvara vår studie med att avslutningsvis poängtera att det är en del av ambulanssjuksköterskan profession att förmedla trygghet till patienten och att hon som vårdare har ett ansvar att skapa en vårdrelation. Det är därför även intressant att tydliggöra vårdarens syn på detta.

SAMMANFATTNING

Mångsidighet är en förutsättning för att förmedla trygghet till patienten inom ambulanssjukvård. Det saknas ofta ordnade förhållanden som trots allt råder inne på sjukhus, här måste ambulanssjuksköterskorna möta patienten där denne befinner sig och utifrån detta och patientens tillstånd lösa situationen. Det står också klart att det är en förutsättning att vårdaren är trygg i sin egen yrkesroll. Gedigen kunskap och förmågan att uppträda lugnt i stressade situationer samt ett gott samarbete med sin kollega är då centralt. Vidare krävs ett personligt engagemang och en ansvarskänsla för patienten som sträcker sig från att fatta viktiga beslut åt eller i samråd med patienten till att hjälpa till med olika praktiska lösningar. Genom att bekräfta och delaktiggöra patienten förmedlas trygghet.

KLINISKA KONSEKVENSER

Ambulanssjuksköterskor bör sträva efter att integrera aspekterna av visshet, företrädelse, bekräftelse, mångsidighet och professionalitet till ett vårdande förhållningssätt. Det är troligt att handledning eller annan form av professionellt stöd krävs för att bygga upp och bevara ett så substansrikt förhållningssätt – det väsentliga är att detta görs med utgångspunkt i en tydlig vårdvetenskaplig kunskapsbas.

REFERENSER

- Ahl, C., Nyström, M. & Jansson, L. (2006). Making up one's mind: -Patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 11-19.
- Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint Sundstöm, B., Jonsson, A & Suserud, B-O. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency Nurse*, 13(8), 30-36.
- Alexandersson, M. (1998). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus i kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.
- Bowman, G. (2001). Emotions and illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 256-263.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Franzén, C., Björnstig, U. & Jansson, L. (2006). Injured in traffic: Experiences of care and rehabilitation. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 104-110.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gårdelöf, B. (1998). Snabb utveckling av de nya ambulanserna. Från akuta sjuktransporter till mobil akutsjukvård. *Läkartidningen*. 95, 1-2, 6-9.
- Hams, S. (1997). Concept analysis of trust: a coronary care perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13, 351-356
- Helsingforsdeklarationen. (2000).
- International Council of Nurses. (2005). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.
- Jay, R. (1996). Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of Accident and Emergency interventions. *Accident and Emergency Nursing*; 4, 125-131.
- Johns, J. (1996). A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 76-83.
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo Akademi, institutionen för vårdvetenskap, doktorsavhandling.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys – exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.
- Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Mannberg-Hedlund, C. (2004). *Patienters upplevelse av landsvägsburen ambulanssjukvård i glesbygd*. Luleå: Luleå Universitet, Institutionen för Hälsovetenskap, Avdelningen för Omvårdnad. Magisteruppsats.

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

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

Nationalencyklopedin. Hämtat 08-01-10 <http://www.ne.se/>.

Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning – om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.

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

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: Segesten förlag.

Sellman, D. (2007). Trusting patients, trusting nurses. *Nurse Philosophy*, 8(1), 28-36.

SFS (1982:763) Hälso- och sjukvårdslag. Svensk författningssamling.

Socialstyrelsen. (2002). *Medicinsk kompetens i ambulansalarmering*. Stockholm. Hämtat 2008-04-28 från <http://www.sos.se/>.

Socialstyrelsen. (2003). *Meddelande blad. Svensk ambulanssjukvård 2002*. Stockholm. Hämtat 2008-04-28 från <http://www.sos.se/>.

Strömberg, A. (2002). *Nya stora synonym ordboken*. Stockholm: Strömbergs bokförlag.

Strömquist, S. (2000). *Skrivboken*. Malmö: Gleerups.

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

Suserud, B-O., Bruce, K. & Dahlberg, K. (2003b). Ambulance nursing assessment: part two. *Emergency Nurse*, 1(11), 14-18.

Svenska språknämnden (2000). *Svenska skrivregler*. Stockholm: Liber.

Tarlier, D. (2004). Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5, 230-241

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtat 2008-04-01 från <http://www.vr.se/>.

Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd – en fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård* (Doktorsavhandling). Växjö universitet, Växjö.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

För kännedom

Till verksamhetscheferna för ambulanssjukvården i
Svenljunga, Gislaved, Värnamo och Ljungby

Vi är två sjuksköterskor som läser Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap.

Under våren 2008 kommer vi att skriva vårt examensarbete på avancerad nivå. Vi har valt att studera hur sjuksköterskor förmedlar trygghet i den prehospitaled vårdrelationen. Därför kommer vi att genomföra ett antal intervjuer med sjuksköterskor som arbetar inom ambulanssjukvården i Era verksamhetsområden. Sjuksköterskorna kommer att tillfrågas och deltagandet är frivilligt.

Med vänlig hälsning

Maria Karlsson

Tel: 070-6342048

Anna Johansson

Tel: 070-3668928

Information till och samtycke från ambulanssjuksköterska

Syftet med studien är att beskriva hur ambulanssjuksköterskor tänker om trygghet i mötet med patienten. Därför kommer vi att göra intervjuer med olika ambulanssjuksköterskor. Intervjuerna kommer att spelas in och sedan skrivas ut ordagrant.

Examensarbetet är en del av specialistutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård och utförs på avancerad nivå.

Materialet kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att det är endast vi och ev. vår handledare som kommer att läsa utskriften av intervjuerna. Det kommer inte att gå att koppla ihop någon specifik person med innehållet i det färdiga examensarbetet.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst och utan motivation avbryta ditt deltagande.

Med vänliga hälsningar

Maria Karlsson

Student/leg sjuksköterska

Tel 070-6342048

Anna Johansson

Student/leg sjuksköterska

Tel 070-3668928

Jag har muntligen fått information om studien samt tagit del av ovanstående skriftliga information. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt.

Ort och datum

Namnteckning

INTERVJUGUIDE

HUVUDFRÅGA	Ev. UNDERFRÅGOR
Berätta för mig om trygghet/otrygghet	Exempel på situationer, icke akuta och akuta uppdrag? Hur såg situationen/mötet ut?
Berätta för mig om en situation med trygghet/otrygghet	Vad hände? Vårdrelationer där det är svårt att nå fram – hur gör ni då? Vad kan göras annorlunda? Vilka förhållningssätt och handlingar från sjuksköterskans sida är önskvärda för att patienten ska nå ökad trygghet?