

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2009:42

Att själv hamna på bären  
- ambulanspersonals upplevelser av att  
vara patient i ambulanssjukvården

Erika Eskilsson  
Sylvia Kalju



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Ett stort tack till ...

... våra informanter för er tid och villighet att dela med er av era upplevelser. Ni har genom er öppenhet bidragit till vår egen utveckling i yrkesrollen och förhoppningsvis även en förbättring av den prehospitala verksamheten i framtiden.

... våra familjer och vänner för visad förståelse under en intensiv arbetsperiod.

... vår handledare Angela Bång för inspiration, outtröttligt engagemang, glöd, kloka ord och delgivande av kompetens.

... vår examinator Anders Bremer för värdefulla kommentarer, ett öga för detaljer och ett kreativt filosoferande.

Angela & Anders, ni trodde på vår idé från början vilket gjorde det spännande att fortsätta.

... docent Reidar Tyssen, vid Oslo Universitet, för engagemang och hjälp.

Alla ni ovannämnda har en del i att vår uppsats blev det den är idag.

Erika & Sylvia

Uppsatsens titel: Att själv hamna på båren - ambulanspersonals upplevelser av att vara patient i ambulanssjukvården

Författare: Erika Eskilsson och Sylvia Kalju

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Specialistutbildning inom ambulanssjukvård för sjuksköterskor

Handledare: Angela Bång

Examinator: Anders Bremer

## **Sammanfattning**

Fåtalet studier beskriver vårdpersonal som patientgrupp. Inga studier är funna som skildrar ambulanspersonals erfarenheter av att vårdas inom det egna yrkesområdet. Därför genomfördes en kvalitativ studie med sju informanter för att besvara frågan: Hur kan ambulanspersonal uppleva att vara patient i ambulanssjukvården? I resultatet beskriver informanterna två roller när de drabbas av akut sjukdom eller skada: en patientroll och en patientroll där yrkesrollen har inflytande. Patienter med yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvård fortsätter tänka som vårdare och har därför svårt att komma in i patientrollen. Detta kompliceras ytterligare om vårdaren backar i sin vådarroll och blir kollega. Det framstår som viktigt att vårdarna ser patienterna som individer och hjälper dem in i patientrollen. Patienterna vill känna sig trygga med att sekretess bibehålls. De upplever behov av att bli delaktiga i vården utan att känna ansvar för den. I vårdandet av dessa patienter framstår det som särskilt viktigt att följa behandlingsriktlinjerna samt känna till hur människor kan agera i chock. Vårdaren behöver också vara medveten om sin möjlighet att ta kontroll över situationen och hjälpa patienten i en situation då denne ibland inte förmår ta välgrundade beslut. Det behövs ett professionellt, medvetet vårdande där sunt förnuft och naturligt vårdande inte är tillräckligt. Studien tillför nya dimensioner om hur patienter som själva arbetar inom ambulanssjukvård kan uppleva patientrollen utifrån sina specifika yrkeskunskaper.

Nyckelord: ambulanssjukvård, patientupplevelse, sjuksköterska som patient, yrkesroll, kollegor, patientroll, vårdlidande

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>2</b>
<b>Att vara vårdpersonal</b> .....	<b>2</b>
Specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård .....	2
Kommunikation.....	3
Känslor .....	3
Att förstå andras livsvärld .....	3
<b>Att vara patient</b> .....	<b>4</b>
Krisreaktion .....	4
Den vårdande relationen.....	5
<b>Vårdpersonal som patientgrupp</b> .....	<b>5</b>
Att söka hjälp .....	5
Att särbehandlas som patient.....	6
Att bli sedd och bekräftad .....	6
Att få dubbla roller .....	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>7</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
<b>Kvalitativ intervjustudie</b> .....	<b>8</b>
<b>Urval</b> .....	<b>8</b>
Etiska överväganden .....	8
<b>Datainsamling</b> .....	<b>8</b>
Dataanalys .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
<b>Välbefinnande</b> .....	<b>10</b>
Får hjälp och känner sig beskyddad .....	10
Får bekräftelse från vårdarna.....	10
Yrkesrollen påverkar positivt .....	11
<b>Lidande</b> .....	<b>11</b>
Vardagen havererar .....	11
Påverkad av fysisk smärta .....	12
Vårdlidande som patient.....	12
Yrkesrollen påverkar negativt .....	13
Känner sig utsatt.....	14
Attityder inom ambulanssjukvården .....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>16</b>
Giltighet och tillförlitlighet .....	16
Överförbarhet .....	17
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>18</b>
Individuell vård .....	18

Sjukdomslidande och vårdlidande .....	18
Fortsätter ta vårdansvar som patient .....	19
Vårdarnas roll .....	20
Mättat informationsbehov .....	22
Inte vilja ringa 112 .....	22
Behov av bekräftelse .....	23
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>24</b>
Modell för omhändertagande av patient med yrkeserfarenhet i vård.....	24
<b>Framtida forskningsfrågor</b> .....	<b>25</b>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER UTIFRÅN ”ATT VARA PATIENT”</b> .....	<b>25</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>26</b>

### **BILAGA 1**

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

### **BILAGA 2**

Patientinformation till ambulanspersonal inför intervjun

### **BILAGA 3**

Resultatöversikt

## INLEDNING

Vi har vårdat kollegor som patienter i våra yrken som sjuksköterskor och funderat över vad som händer i mötet. Det verkar finnas en negativ stereotyp uppfattning om vårdpersonal som patientgrupp från vårdarnas sida. Samtidigt har vi mött patienter som inte velat berätta att de jobbar i vården. Kan detta bero på att de inte vill bli mötta utifrån dessa schabloner? Vi var från början nyfikna på vad som händer både hos personal och hos patienter i dessa möten.

Det finns undersökningar som beskriver hur patienter upplevt vården. I studier finns en generellt sett positiv bild av att bli vårdad i ambulans. Endast ett fåtal studier beskriver vårdpersonal som patientgrupp. Inga studier är funna som skildrar ambulanspersonal som blivit vårdade inom sitt eget yrkesområde. Vad händer om patienten har en djupare kunskap om vad ambulanssjukvården kan erbjuda?

Den sjukvårdspersonal som arbetar inom ett specifikt yrkesområde och vet vad som kan erbjudas är mer införstådd i rutiner och har mer kunskap om utrustningen inom just det området de själva är verksamma. Att vara undersköterska eller sjuksköterska på en vårdavdelning innebär inte automatiskt att de vet vad ambulanssjukvården har att erbjuda. Ambulanspersonal som vet vad det finns för möjligheter och hinder för vården borde kunna ge en unik bild av hur det är att vara patient i ambulanssjukvården. Kanske kan dessa patienter vara mer konstruktivt kritiska och visa på utvecklingsmöjligheter som patienter utan kunskaper i ambulanssjukvård kan ha svårare att beskriva?

Vi tror att ambulanspersonal skulle kunna tillföra en oumbärlig dimension om hur det är att vara patient i ambulanssjukvården eftersom de har en specifik erfarenhet och yrkeskunskap inom området. Därför har vi valt att intervjua ambulanspersonal som har erfarenhet av att vara patient i ambulans.

Om jag lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål.  
måste jag först finna henne där hon är och börja där.

Den som inte kan det lurar sig själv,  
när hon tror att hon kan hjälpa andra.

För att hjälpa någon  
måste jag visserligen förstå mer än vad han gör  
men först och främst förstå det han förstår.

Om jag inte kan det,  
så hjälper det inte och jag kan och vet mera.

Vill jag ändå visa hur mycket jag kan,  
så beror det på att jag är fåfäng och högmodig  
och egentligen, vill bli beundrad av den andre  
istället för att hjälpa honom.

All äkta hjälpsamhet  
börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa,  
och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa  
inte är att härska utan att tjäna.  
Kan jag inte detta så kan jag inte heller hjälpa någon.

*Søren Kierkegaard*

## BAKGRUND

### Att vara vårdpersonal

#### Specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård

Sjuksköterskor med specialområde inom ambulanssjukvård har ett arbetsfält som är mångfacetterat. Vårdrummet kan vara ute i kyla eller i hetta, på allmän plats, i någons hem eller under transport (Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor i ambulanssjukvård. Skriven för akutbil Stockholm<sup>1</sup>). Ambulanssjuksköterskor kan på olika sätt vara utsatta för risker och måste kunna sätta sig själva och andra i säkerhet eller undvika fara i tid. De måste även kunna hitta till patienter med hjälp av kartor och koordinater, framföra ett fordon i snabb fart, kommunicera med flera samverkansparter såsom larmcentral, räddningstjänst, polis och socialtjänst. Oavsett var vårdrummet är måste ambulanssjuksköterskor kunna ta hand om patienter i alla åldrar, med olika bakgrunder, skiftande sjukdomstillstånd, vid förlösningar, efter trauma och stora händelser. De måste kunna informera patienter och anhöriga, kunna ge råd och stödja patienter och närstående i kris. Likaså behöver de kunna göra bedömningar, prioritera, klara av medicinsk teknik, göra nödvändiga omvårdnadsåtgärder samt administrera läkemedel efter riktlinjer.

Förutom riktlinjer från ambulansöverläkare och de direktiv som finns inom ambulanssjukvården styrs sjuksköterskan av Hälso- och sjukvårdslagen och den etiska koden för sjuksköterskor, International Council of Nurses, ICN (SFS, 2009; ICN, 2009). Denna etiska kod har fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. I mötet med patienten skall sjuksköterskan ge omvårdnad som respekterar mänskliga rättigheter och ta hänsyn till och respektera människors värdighet, värderingar, vanor och tro. Sjuksköterskan skall även ge information som behövs för att uppnå informerat samtycke och för individens rätt att välja eller vägra behandling samt garantera sekretess. Lagen beskriver kraven specifikt i frågor om god kvalitet och trygghet i vården. Målet är även att vården skall främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Vårdrelationen beskrivs som en mellanmänsklig relation mellan patient och vårdare, där begreppet vård innebär förståelse att lindra lidande (Dahlberg, 2002). I vårdrelationen är rollerna bestående, patienten kan inte bli vårdare och vice versa. Ansvar för vården kommer därför alltid att vara hos vårdaren och vårdaren bär också ett större ansvar för relationen (Dahlberg, 2002; Kasén, 2002). Utöver utbildning, etisk hållning och lagar finns en annan dimension där yrket kan liknas vid att det är en konst att vårda (Benner, 1993). Att utveckla denna konst kräver tid, god organisation som bistår samt reflektion och en önskan om utveckling från sjuksköterskans sida. Att gå från nybörjare i sitt yrkesområde till att bli expert innefattar en kontext av sammanhang och tolkning av situationer som upprepas. I upprepningarna kan man bli skicklig att känna igen och se nya lösningar och utveckla sin yrkesskicklighet hela tiden. Erfarenhetsbaserad kunskap beskriver en kunskap som formell undervisning inte kan ge. Med erfarenhet kan sjuksköterskan prioritera så att rutiner frångås för att optimera patientens hälsa och vård efter de förutsättningar som ges (ibid).

---

<sup>1</sup>) Kompetensbeskrivningar från Socialstyrelsen är upphävda 2008

## **Kommunikation**

God kommunikation är ett betydelsefullt redskap för sjuksköterskeprofessionen (Anker, 1991; Purtilo & Haddad, 2007). Det är viktigt att skapa en relation till patienten, inge förtroende, ta anamnes och informera om vad som sker och varför. Eftersom sjukdom påverkar i stort och smått är det av stor vikt att som sjuksköterska förstå vilken inverkan denna händelse har i patientens liv. Kommunikationen är det mest avgörande redskapet för att skapa en respektfull relation. Det spelar roll vad som sägs och när det sägs. Mycket förmedlas också via en icke verbal kommunikation. Det är viktigt att mötet från början blir bra för att relationen skall bli bra framöver. Vårdpersonalens sätt att tänka kring patienten avspeglar sig i attityd, ansiktsuttryck och kroppsspråk. Det är svårt att få en god kommunikation med en patient som är rädd och arg och därmed blir det svårare att genomföra behandlingar. Det är viktigt att få en bild av var patienten befinner sig rent känslomässigt och vad sjukdomen eller skadan innebär i dennes liv och finkänsligt anpassa sig efter detta som vårdpersonal (ibid).

## **Känslor**

Rädsla, sorg och humor är känslor och attityder som ofta möter sjukvårdspersonal (Purtilo & Haddad, 2007; Zeitz, 1999). Ibland kan rädsla yttras som ilska, patienten kanske inte ens är medveten om att det är rädsla som gömmer sig där bakom. Rädsla kan också dyka upp hos personalen när dessa känner sig oerfarna eller när patienten upplevs som ett hot. Ibland kan det vara bra att vara öppen med sin rädsla inför patienten, istället för att gå i försvar och omöjliggöra fortsatt god kommunikation (ibid).

Humor kan användas av både patienter och personal som en effektiv problemlösare eller något att gömma sin rädsla bakom (Purtilo & Haddad, 2007). Ironi, skämt och skratt kan vara ett sätt att lösa spänningar och skapa en relation. Vårdaren kan genom att använda sin humor bidra till en känsla av samhörighet i vårdrelationen (Kasén, 2002). Samtidigt kan humor vara destruktivt när fel ord sägs vid fel tidpunkt (Purtilo & Haddad, 2007). Traditionellt sett kan det ha ansetts oprofessionellt att konkret, t. ex. genom att gråta, visa sorg inför patienten men när deltagande och sorg visas förstår patienten att vårdarna bryr sig om (ibid).

## **Att förstå andras livsvärld**

Att skapa kontakt med en annan människa eller att göra kvalitativa intervjuer ställer krav på förståelse av den andres livsvärld (Bengtsson, 1999; Dahlberg, 2002; Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003; Wireklint Sundström, 2005). Livsvärlden är sammanhanget som människan lever i, påverkat av dåtid, nutid och framtid vilket gör enskilda erfarenheter eller handlingar fullt förståliga. Utifrån detta perspektiv kan vårdarna se, förstå, beskriva och till viss del även analysera den värld som levs av varje människa (ibid).

Förförståelse i vårdandet kan vara till hjälp när det gäller att förstå en annan människa och att se det unika i varje möte (Dahlberg, 2002; Frank, Asp & Dahlberg, 2009; Wireklint Sundström, 2005). Det är också viktigt att vårdaren är medveten om sin egen förförståelse och den begränsning detta kan skapa samt att vårdaren är öppen för det oförutsägbara. Denna öppenhet tillsammans med en etisk medvetenhet hjälper vårdaren att förstå patienten och att tillåta patienten visa lidande. Patienten sedd ur ett livsvärldsperspektiv är mer än att endast vara en "patient i centrum" och en konsument av vård, det är en människa med erfarenhet (Dahlberg, Todres & Galvin, 2008).

## **Att vara patient**

Sjukdom drabbar oftast när vi minst anar det. Detta kan innebära en känsla av sårbarhet, försvarslöshet och kontrollförlust (Anker, 1991; Forslund, Kihlgren, Östman & Sørli, 2005). Framtiden blir plötsligt oviss. Ångest och beroendeställning leder till ett regressivt beteende – vi får ett stort behov av närhet, tröst och omvårdnad (Anker, 1991). Gamla och gömda känslor kan dyka upp, t. ex. rädsla för att bli övergiven eller irrationellt uppror mot auktoriteter. Patientens beteende kan uppfattas som orimligt fordrande eller undergivet och det behövs stor inlevelseförmåga och tolerans från omgivningens sida. För att en patient skall kunna behålla sin identitet och slippa känna sig hjälplös behöver patienten känna sig bekräftad och delaktig i det som sker (Björvell, 2001). Genom att vara delaktig kan patienten ha fortsatt kontroll över sin livssituation. Patientens kunskap, förståelse för och upplevelse av sin sjukdom och känslomässiga kapacitet har stor betydelse för hur patienten agerar för att förbättra sin hälsa. Det är viktigt att göra patienten delaktig som en i sjukvårdsteamet om patienten önskar detta. Det är inte kvantiteten utan kvalitén och närvaron i det korta mötet i ambulanssjukvården som gör att patienter efteråt uppfattar att de fått god vård (Forslund et al., 2005). Individuell behandling väcker förtroende och tillförsikt i relationen mellan patient och vårdare. Har patienter tidigare haft dåliga erfarenheter av att ringa ambulans kan de tveka att ringa igen, de väntar in i det längsta och vill inte besvära (Ahl, Nyström & Jansson, 2005; Forslund et al., 2005).

Patienter har behov av att bli sedda, bekräftade, känna sig tagna på allvar, känna stöd och tröst (Söderlund, 1998). De har rätt att inte bli misstrodda, ifrågasatta, känna sig maktlösa och i underläge och att slippa vara rädda för repressalier. När behov och förväntningar inte tillfredsställs lider patienten. Förhållningssättet påverkar hela patientens existens. Att ha en existentiell säkerhet innebär att patienten visas respekt och känner att denne betyder något som människa. Brister respekten kan patienten känna sig som ett objekt. När patienten blir sedd känner hon/han sig värd att bli vårdad, att bli smärtlindrad och värd att tala med. Om vårdaren upplevs kämpa tillsammans med patienten så kan denne känna kontroll över situationen, även om patienten de facto inte har det (ibid). Även vårdarens kliniska kompetens är värdefull. En isländsk studie av Baldurdóttir och Jónsdóttir (2000) visade att patienterna satte störst värde på att sjuksköterskorna visste vad de gjorde och hade klinisk kompetens.

## **Krisreaktion**

Chockfasen är beskriven som den initiala reaktionen i samband med kris (Cullberg, 2003). Den kan vara ett kort ögonblick upp till några dygn. Individen kämpar med att hålla verkligheten ifrån sig, det går inte att ta in eller förstå det som hänt. Det kan verka bra på ytan men under fasaden är det kaos. Den drabbade kan ha svårt att komma ihåg vad som hänt och sagts och det är viktigt att sjukvårdspersonal är medveten om detta.

Patienterna möter vid en traumatisk upplevelse inte bara personal från räddningstjänst, polis och ambulans, de möter också sig själva och sin egen rädsla (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2008). Patienter kan då känna sig hjälplösa, att under dramatiska omständigheter ha förlorat oberoendet och också lättnad när hjälpen väl kommer. Det kan då vara viktigt att ha någon nära sig, någon som tar ansvar och följer med genom den medicinska processen, exempelvis genom att hålla handen och kalla vederbörande vid namn. Detta gör att patienten känner sig bekräftad, säker och har kvar en känsla av kontroll över livet. Elmqvists (2008) studie visar att patienterna upplever en enorm

lättnad när hjälpen väl anländer och någon tar över ansvaret. De bryr sig inte om vilken medicinsk kompetens denna första hjälpare har, utan närvaron är det väsentliga.

Sjukvårdspersonal möter ofta människor som befinner sig i en chockfas (Cullberg, 2003). Det är viktigt med en empatisk förmåga och självkänedom för att förmå möta individer i kris. Cullberg beskriver empati som en förmåga att förstå andra människors inre känslor utifrån hur de beter sig och vad de säger. Självkänedom innebär att vårdaren känner igen sina egna känslor, t. ex. irritation, oro eller osäkerhet inför vissa beteenden hos patienten. Annars är risken stor att det omedvetet kommer fram i relationen och orsakar en överdrivet engagerande, en onödigt kylig eller distanserande inställning från vårdarens sida. Varken empatisk förmåga eller självkänedom är medfödda egenskaper. De utvecklas genom erfarenhet och utbildning. Det krävs också en medvetenhet för att kunna påverka och förändra sitt beteende.

### **Den vårdande relationen**

Den vårdande relationen är både naturlig och professionell (Kasén, 2002; Wireklint Sundström, 2005). I den professionella vården finns den naturliga vården, men innehåller även vetenskapliga kunskaper, kompetens, erfarenheter, förpliktelser mot patienten som bl. a. styrs av etiska koder. Vårdaren har med sin kunskap och sitt yrke en maktposition som patienten inte kan ha. Detta ställer stort ansvarskrav på vårdaren. För att vården skall förbli etisk är det viktigt att vårdaren använder sin makt till att gynna patientens bästa. Det är vårdaren som har störst makt och därför störst ansvar. Vårdaren vet i regel mer om hälso- och sjukvård medan patienten ofta har störst kunskap om sig själv och sitt lidande (Wiklund, 2003). Total identifikation är inte eftersträvansvärd då den tenderar att bli oetisk eftersom patienten kränks när vårdaren säger att denne vet hur patienten har det. Istället bör vårdaren möta patienten ansikte mot ansikte och se den andre som denne är (ibid).

### **Vårdpersonal som patientgrupp**

#### **Att söka hjälp**

Det finns studier som visar att vårdpersonal inte söker till den allmänna sjukvården när de är sjuka (Tyssen, 2001). Detta kan bero på osäkerhet i förhållandet till patientrollen och/eller en osäkerhet inför att ta emot hjälp från en kollega. Eftersom det finns en stor tvekan till att bli patient är det bra att komma ihåg att inte anklaga patienten för att ha sökt hjälp sent. Personalen bör ta fullständig anamnes och göra samma fysiska undersökningar som denne hade gjort med en patient utan yrkesroll inom vården. Vid behandlingar är det av stor vikt att komma ihåg att olika patienter med vårdutbildning har olika förkunskaper inom patofysiologi. Det är också viktigt att inte låta dessa patienten ta ett större ansvar än andra patienter. Motståndet till att bli patient innebär risker för patienten då vårdpersonal kan underskatta den sjukes symtom och tro att denne också vid allvarliga symtom och trauma kan klara sig själv (Nielsen, 2002). Vidare kan den sjuke kollegans bekymrade frågor uppfattas som kritik och ett försök att "sätta sig över" den behandlande vårdpersonalen. Det behövs en personlig öppenhet och stor empati för att lyfta fram den sjukes behov.

Att känna till sin vårdmiljö behöver inte betyda att patienten känner sig bekväm. Upplevelsen som patient kan ju vara helt ny och ovan, ibland till och med obehaglig (Anderzén Carlsson, 1996; Zeitz, 1999). Att ha en bild av sig själv som en stark person

som orkar mycket och sköter sig själv och sedan plötsligt bli beroende av att andra behöver tolka ens behov kan upplevas outhärdligt (Anderzén Carlsson, 1996). Upplevelsen av denna svaghet kan vara skrämmande. Motsatt upplever patienterna att om de kan och får klara sig själva, erfar de en känsla av kontroll (Zeitz, 1999).

Att vara vårdpersonal och bli patient kan också innebära oro inför bruten konfidentialitet, speciellt om hjälp söks på den egna arbetsplatsen (Tyssen, 2001). Viktig information som användande av droger med mera kan hållas tillbaka. Det är därför väsentligt att sörja för att tystnadsplikt och journalföring håller måttet, samt att försäkra patienten om detta (Nielsen, 2002).

### **Att särbehandlas som patient**

Att vara sjuksköterska eller läkare och bli patient kan innebära positiv eller negativ särbehandling (Duke & Connor, 2008; Tyssen, 2001; Zeitz, 1999). Detta sker oberoende om patienterna själva försöker vara neutrala och inte påverka vården till egen favör genom att ”dra i några trådar”. Denna patientgrupp kan bli placerad i fack som negativa stereotyper, vårdpersonalen tycker de är krävande patienter. Personal kan även ignorera och vara ohjälpsam gentemot denna patientgrupp. Att ge information och undervisning är viktigt även till patienter med vårdutbildning för att de skall kunna behålla en känsla av kontroll (Zeitz, 1999).

Tyssen (2001) talar om risken med undvikande från vårdarens sida när det gäller en kollegas sjukdom. Detta innebär en behandling med stora brister och en risk att över- eller underdiagnostisera: ”Han kan inte vara så sjuk”, respektive ”Nu måste jag göra ett fullständigt jobb”. En vanlig reaktion är överidentifiering: ”Det kunde ha varit jag.” Detta grumlar omdömet och minskar det rationella tänkandet. Vårdpersonal kan också känna ett hot inför att vårda en kollega som antas ha samma eller kanske ännu mer medicinskunskaper än vårdpersonalen själv. Då rubbas tryggheten i vårdrollen och risken ökar för att fatta fel beslut (ibid).

### **Att bli sedd och bekräftad**

Vårdpersonal som patientgrupp önskar att bli sedda och bekräftade som individer (Zeitz, 1999). Detta sker i en vård som är människofokuserad istället för uppgiftsfokuserad. Informanterna i Zeitz studie beskriver hur vårdpersonal blir defensiva inför denna patientgrupp. Det kan också finnas höga krav, avståndstagande, en barskhet och ovänlig ton från vårdarens sida. Patientupplevelsen väcker många känslor, t. ex. rädsla eller ett obehag inför att personalen kanske talar illa om den enskilda som patient. Små saker från vårdpersonalens sida kan ge en djup existentiell mening och hjälpa till att minska sårbarheten hos patienterna (Duke & Connor, 2008). Detta kan ske genom att hjälpa till med enklare uppgifter och försäkra att patienten är i goda händer. Yrkeskunskapen kan göra att denna patientkategori även kan känna frustration och sårbarhet över att inte få den vård de förväntat sig (Duke & Connor, 2008; Zeitz, 1999). Ibland orsakar detta en extra sårbarhet eftersom de vet vad som kan gå fel.

Det är viktigt för patienter i vårddyrket att känna att de har kontroll (Duke & Connor, 2008; Williams, 1998; Zeitz, 1999). Att söka vård och behöva hjälp ger en känsla av sårbarhet och förlorad kontroll vid insjuknandet. Vårdpersonal kan som patienter känna sig extra utsatta när de upplever att de inte får ha åsikter om sin vård (Duke & Connor, 2008). För att få patienter att känna sig trygga krävs att vårdare själva är trygga och

visar en fysisk och mental närvaro (Harker, 2000; Zeitz, 1999). Om personalen däremot bedriver vård utan närvaro förstärker detta känslan av maktlöshet hos patienten. I ett sådant scenario kan patienterna känna sig svikna och förrådda. För att minska känslan av maktlöshet kan patienter bli ”snälla” och inte kräva någon vård (ibid).

### **Att få dubbla roller**

Att både vara patient och vårdpersonal ställer krav på den behandlande sjukvårdspersonalen (Zeitz, 1999). Det kan finnas ett behov från patienten att bli sedd som kollega. Patienter kan använda sjukvårdstermer när de ville påtala allvaret eller vikten av en fråga (Williams, 1998). Det finns stora svårigheter i rollbytet från att vara vårdpersonal till att bli patient (Zeitz, 1999). Att vårda en kollega kan både vara skrämmande samt motivera till extra god omvårdnad. Patienter kan vara rädda att tycka till om vården eftersom de riskerar att få sämre vård vid nästa vårdtillfälle eller vara rädda att äventyra professionella relationer i de fall då det är kollegor som är vårdare (Duke & Connor, 2008; Williams, 1998; Zeitz, 1999). Det kan upplevas pressande att ha förkunskap om vården, att ha en idé om vad som är ”rätt” samtidigt som de inte vill uppfattas som ”krävande”. Att vårda patienter med sjukvårdsutbildning kräver en hänsynsfull vård som visar respekt för varje patients livsvärld, i sin egen kultur och sammanhang. Williams (1998) beskriver i sin studie att patienter med vårdutbildning kan uppleva att de får klara sig själv mer än andra patienter. En del patienter väljer att inte berätta att de är vårdpersonal för att få bli behandlade som andra patienter och någon kanske väljer att berätta för att få högre status som patient. Det finns patienter med yrkeserfarenhet inom vården som uttrycker en känsla av frustration och marginalisering som patient eftersom de inte känner att de tillhör någon av de två separata grupperna. Andra patienter lyckas få personalen att se dem som en av dem och personalen medger privilegier (ibid).

## **PROBLEMFORMULERING**

Forskningen kring patienters upplevelser inom prehospital akutsjukvård är starkt begränsad. Enkätundersökningar visar att patienter generellt sett är väldigt nöjda med vården. Frågan är dock hur mycket kunskap dessa patienter hade om vad ambulanssjukvården egentligen kan erbjuda? Vi tror att kunskap om hur ambulanspersonal kan uppleva sin egen verksamhet utifrån en patientroll skulle kunna tillföra en oombärlig dimension om hur det är att vara patient inom ambulanssjukvården utifrån den specifika erfarenhet och yrkeskunskap som ambulanspersonal har. Hur är det att själv bli vårdad och ligga på ambulansbåren jämfört med yrkesrollens perspektiv betraktat från vårdarstolen? Hur upplevs patientrollen från det att ambulansen anländer till att avrapportering sker på akutmottagningen? Kunskap om detta kan bidra till ökad medvetenhet hos ambulanspersonal om den egna vårdarrollens betydelse för patientens välbefinnande och risken att tillfoga vårdlidande.

## **SYFTE**

Syftet med denna uppsats är att beskriva ambulanspersonals upplevelser av att vara patient i ambulanssjukvården.

## **METOD**

### **Kvalitativ intervjustudie**

En kvalitativ metod med en narrativ inriktning valdes. Genom kvalitativa intervjuer med en öppen inledande fråga fick informanterna berätta om det som de själva tyckte var viktigast utifrån sin upplevelse. En induktiv ansats valdes för att få en förutsättningslös analys av materialet (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

### **Urval**

Vi bestämde oss för att söka efter både ambulanssjuksköterskor och ambulanssjukvårdare med erfarenhet av att ha blivit vårdade i ambulans. Våra urvalskriterier inkluderade erfarenhet av ambulanssjukvård innan patientupplevelsen samt att informanten varit vid medvetande under hela vårdtillfället. Eftersom vi misstänkte att det kunde bli svårt att rekrytera informanter valdes ett lämplighetsurval (Polit & Beck, 2008). Vi kontaktade nio chefer inom olika ambulansverksamheter i sydvästra Sverige. Samtliga var positiva till vår studie. Informationsbrev (se bilaga 1) och godkännande av studien (se bilaga 2) skickades till cheferna. De skulle i sin tur skicka informationsbrevet vidare till sina anställda, via e-post. Vi fick tillbaka två påskrivna godkännanden från cheferna, varpå vi sedan skickade kopia åter, påskrivet av båda parter. Vi valde att inte skicka förfrågan om medverkan i vår studie till de arbetsplatser där vi själva är anställda. Endast en person meddelade intresse av att delta i studien. Senare kunde inte den personen delta av personliga skäl. Därför började vi fråga anhöriga, vänner och kollegor om de kände till någon som kunde medverka i vår studie. Kollegor vi arbetat med tillfrågades dock inte. Två tillfrågade tackade nej då de ansåg att de inte kom ihåg händelsen tillräckligt bra. Slutligen inkluderades sju informanter. Av dessa var sex män och en kvinna varav fyra sjuksköterskor och tre ambulanssjukvårdare. Två av sjuksköterskorna har specialistutbildning. Erfarenheten av att arbeta inom ambulanssjukvården varierade mellan 7 och 33 år, med en median på 23 år och ett medelvärde på 21,3 år. Alla hade svenska som modersmål. Informanterna bor i södra delen av landet med en region och ett landsting representerat.

### **Etiska överväganden**

Vi valde bort kollegor vi arbetat med då vi ville ha en så neutral relation som möjligt till informanterna. Av våra sju informanter träffade vi sex stycken för första gången vid intervjutillfället, efter telefonkontakt. De hade alla fått en muntlig förfrågan och övergripande information om studien, t. ex. möjligheter att avbryta medverkan utan att ange orsak samt att resultatet skulle avidentifieras. Informanterna informerades om att vissa citat kunde komma att användas i sin helhet i studien, men intervjuerna i sin helhet skulle avkodas och inte läsas av obehöriga. Vid intervjuerna fick informanterna även skriftlig information med våra kontaktuppgifter (bilaga 2). Vårt arbete har utförts i överensstämmelse med Vetenskapsrådets etiska principer (2009).

### **Datainsamling**

Informanterna har fritt fått berätta om dagen när de vårdades inom ambulanssjukvården. Vi har efteråt haft följdfrågor liknande ... ”Du nämnde tidigare ... kan du berätta mer om ...”, ”Hur menar du med det du sa förut ...?” Intervjuerna spelades in med hjälp av digital utrustning för att därefter transkriberas ordagrant. Intervjuerna pågick mellan 19 och 44 minuter. Informanterna valde plats för intervjuerna och sex av dessa

genomfördes på arbetsplatsen och en i hemmet. Det nedskrivna intervjumaterialet innefattar 35 sidor löpande text, med textformatet Times New Roman, storlek 12 punkter.

### Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter med målsättning att fånga variationerna i datamaterialet. Genom att välja ut de meningsbärande enheterna från intervjuerna kunde vi genomföra analysen och skapa kategorier och underkategorier enligt Lundman och Hällgren Granheim (2008).

Datamaterialet lästes igenom ett flertal gånger varvid två domäner som speglade helheten framträdde. Därefter plockades 207 meningsbärande enheter ut som svarade på syftet. Vi gjorde kondenserade enheter genom att förkorta citaten utan att förlora det centrala innehållet. Efter detta gjordes en abstraktion i koder genom att lyfta innehållet till en högre logisk nivå. Denna kod ska kortfattat beskriva innehållet i meningsenheterna. Med koderna i bakhuvudet gick vi vidare till underkategorier, där vi med en kortfattad benämning beskriver vad texten handlar om med frågeställningen ”att” före. I kategorin, efter underkategorin, svarar samma text på frågan ”vad”. Slutligen beskriver temat upplevelsen av hur det kan vara att som ambulanspersonal bli vårdad i ambulans.

Här följer tre exempel ur materialet som har analyserats från meningsenheter till kategorier, se figur 1.

<i>Meningsenhet</i>	<i>Kondenserad meningsenhet</i>	<i>Kod</i>	<i>Underkategori</i>	<i>Kategori</i>
... kommer man gåendes så tror man att det inte är nånting ...	Kommer man gående är det ingenting.	Inom ambulanssjukvård utgår man från att det inte är någonting om patienten kan gå	Förstå hur vårdarna tänker	Yrkesrollen påverkar negativt
”Nu är du patient”, liksom ... Det sa dom inte ordagrant, men det framgick så tydligt	”Nu är du patient”, framgick tydligt	Rollmarkering från vårdarna genom handling	Få hjälp in i patientrollen	Får bekräftelse från vårdarna
... att inte besvära, för jag ska vara dödssjuk för att åka ambulans	Jag ska vara dödssjuk för att åka ambulans	Anledningen att åka ambulans skall vara allvarlig	Ha en outtalad regel att inte ringa 112	Attityder inom ambulanssjukvården

Figur 1. Utdrag ur innehållsanalys

## RESULTAT

Efter att innehållsanalysen var klar kunde två skilda patientperspektiv utkristalliseras. Informanterna beskriver sina upplevelser utifrån att vara patient respektive att vara patient där yrkesrollen haft inflytande. Vem som än drabbas av plötslig sjukdom eller skada kan bli chockad, blockerad, uppleva smärta samt känna lättnad över att få hjälp och bli vänligt bemött. Har patienten dessutom yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvård uppstår andra fördelar och nackdelar som patient.

Resultatet presenteras under domänerna välbefinnande och lidande. Dessa är i sin tur uppdelade i nio kategorier. Underkategorierna ger en bredare och mer nyanserad bild av patientupplevelserna. En schematisk bild av resultatet visas i bilaga 3.

### Välbefinnande

#### Får hjälp och känner sig beskyddad

Behovet av vård och en önskan att komma under behandling har varit gemensam för samtliga informanter. Att känna lättnad när ambulanspersonalen anländer och hjälpen är på plats kunde uttryckas som *"det kändes skönt när dom kom... för då förstod jag att jag skulle komma därifrån"*. Det fanns en känsla av att inte kunna hantera situationen själv och en önskan att få komma till sjukhus. Att ha en diagnos och genomgå ett sjukdomsförlopp kan vara både kortvarigt och långvarigt. Det finns ett beskydd i att inte vara insatt i diagnosens konsekvenser, känslan av att inte kunna se vad som väntar framför sig i form av behandlingar och sjukskrivningar behöver inte vara ett lidande. Följande informant tyckte det kändes bra att inte veta hur illa skadan var: *"Och jag fattade ju inte, och det var bra att jag inte... Det fattade jag ju inte dagen efter heller... vad det här innebar. Vad den här skadan innebar. Jag fattade ju inte vilken skada jag hade när jag låg där på båren."*

#### Får bekräftelse från vårdarna

En bra kommunikation och ett vänligt bemötande är viktigt i mötet. Att känna in vad som är passande att prata om i just den patientens situation är viktigt. En informant upplevde det positivt att prata om annat än händelsen som förorsakat vårdbehovet och säger *"det var bra, man fokuserade på annat"*. Trygghet kan innebära att få vård efter förväntan. Patienterna vet vilken vård som finns tillgänglig i ambulansen: *"alltså, den förväntan man har som... som professionell själv... så gjorde dom precis"*. Att ha något att jämföra med och efteråt känna att det blev som man önskade eller som en informant beskrev det: *"så det var faktiskt inget att anmärka på, exemplariskt omhändertagande"*. Att få vara patient är viktigt för informanterna och det framgår att de behöver hjälp in i patientrollen. Det är positivt för de informanter som känner att de får lov att vara patient: *"Nu är du patient', liksom... Det sa dom inte ordagrant, men det framgick så tydligt"*. Att inte behöva ifrågasätta vilken roll patienten har som patient i ett möte med kollegorna upplevs som professionellt: *"så professionellt så att... jag hamnade i den där patientrollen utan att behöva ifrågasätta det där"*. Informanterna beskriver hur de känner sig delaktiga genom att själva få känna var gränsen går gällande exempelvis mobilisering och att få bestämma vilken vård som skall ges. En patient uttrycker att *"jag ville ju göra så mycket som möjligt"* och en annan säger att vårdaren *"erbjöd mig självklart allt, smärtlindring och såna saker"*. Det finns ett val där möjligheten att godta eller avböja vård respekteras.

## Yrkesrollen påverkar positivt

Trygghet kan också upplevas genom att patienterna känner igen behandlingsriktlinjerna. Då blir det uppenbart när riktlinjer följs. Informanterna är bekanta med vad som skall ske. *"Så jag visste ju precis vad dom skulle göra... vad nästa steg var. 'Håll händerna på magen så vi inte klämmer dig i dörrkarmen'... precis som en annan tjuvar på patienten."* När patienterna kan lita på vårdarna upplever de trygghet. Patienter som träffar kollegor som vårdare har en förförståelse om den kompetens som finns hos de individer som kommer att vårda patienten. Att veta att kollegan är duktig och kan sitt yrke upplevs tryggt: *"nu fick jag ju två som var rutinerade och det var ju bra, annars kanske jag hade lagt mig i lite mer"*. Patienterna upplever att det finns en fördel att vara känd i organisationen eller när vårdpersonal vet om att personalen arbetar inom samma område, *"jag tror ju nog att dom också agerade lite annorlunda när dom fick se att det var jag som låg där"*. Det sker en positiv särbehandling genom att vara känd i organisationen; *"blir man kanske som personal så att man överarbetar situationen eftersom man vet att personen som är patient är insatt i det hela ... så "* Nu överarbetar vi lite grann här, så att han inte tycker att vi gör ett dåligt jobb'." Informanterna beskriver också hur de får mandat att tycka till om vården. Det unika i situationen, att själv både ha en yrkesroll inom ambulanssjukvård och att vara patient, är den förkunskap som gör att patienten kan välja mellan olika behandlingsalternativ när det är möjligt. En informant uttryckte det som att *"dom var lyhörda och dom lät mig bestämma... och jag sa att det här går inte så gör det ni ska nu så blev det bra"*.

## Lidande

### Vardagen havererar

Det är vanligt att tankar kring det inträffade dyker upp först efter händelsen, då upplevelsen landar efter allt tumult. Informanterna ger också medicinska förklaringar till situationen: *"Man var i chock, adrenalinet sprutade ju i kroppen..."* Detta kan i sin tur få konsekvenser för det egna förhållningssättet till händelsen då det talas om att inte förstå sitt eget bästa samt att negligera de egna skadorna. I och med den akuta sjukdomen eller skadan så raderas den omedelbara framtiden; *"... hela tillvaron rasade ... med alla scheman och planeringar..."* Ovissheten inför vad konsekvenserna av skadan skulle vara beskrivs som *"...nu blir det röntgen, och bara dom inte hittar nånting..."*. Informanterna beskriver hur livet plötsligt och oväntat ändrar riktning och hur de hamnar i en omtumlande situation. Sjukdom och skada drabbar oväntat: *"... för jag själv ska ju inte råka ut för nåt, jag ska bara ta hand om dom som råkar ut för nåt... man har ju en liten försäkring när man jobbar med detta... (skratt)... att man inte själv ska bli drabbad"*. Det är ovant att vara patient och det är en ovan situation för både vårdarna och patienten. Någon talar om hur konstigt det känns att plötsligt ligga på baren och vara patient istället för att sitta på vårdarstolen och arbeta. Plötsligt är arbetsplatsen ens behandlingsrum som patient: *"När man jobbar i ambulansen och sitter där bak med en patient, så är det ju liksom... min hemmaplan på nåt sätt, här är det jag som är van. Det här är min arbetsplats."* Kollegorna ses också med nya ögon: *"Vi har åkt på ett antal trafikolyckor som har... liknat både det ena och det andra... Och dom har varit hur kalla, rutinerade som helst. Men här ligger jag... det var nog bland det värsta jag har sett... hos dom... och ta hand om mig."* Även sjukdomen och skadan orsakar tumult i livet. En informant talar om att plötsligt drabbas av det som tidigare bara varit ord på en åkomma i litteraturen.

## **Påverkad av fysisk smärta**

Informanterna beskriver stark fysisk smärta utifrån sjukdomen/skadan: *"Jag hade ju nästan tuppatt av... så jädra ont hade jag..."* Det finns en stark önskan om att smärtan ska gå över då den gör att det knappt går att andas: *"Det är obeskrivligt, nästan överkligt"*. Det finns också funderingar kring hur obekvämt det kan vara att transporteras i en ambulans; *"... att ligga på båren, fastspänd och åka baklänges och känna varenda liten ojämnheter... Det är inte något man tänker på när man sitter i en skön vårdarstol"*. Reflektioner görs utifrån vårdarperspektivet och efter att ha sett andra patienter med liknande problem: *"Jag kan inte komma ihåg någon patient, som jag har haft själv, som har haft så ont... som legat och kvidit så mycket."* Fysisk smärta kan i sin tur orsaka blockering, en oförmåga att "ta in" omvärlden. Det blir svårt att tänka och komma ihåg. En önskan om lindring är det enda som finns. Tiden stannar och informanterna beskriver en oförmåga att fokusera på något annat än den sjuka/skadade kroppsdel: *"Du är ju helt borta i huvudet, det går ju liksom inte att tänka på nåt."* Det görs försök att ha kontroll över situationen genom att fokusera på att uthärda smärtan: *"Jag vet ju att det inte är så, men jag hade en grundtro att allting löser sig bara man kommer till sjukhus... Jag biter ihop."* Smärtlindring avböjs och det görs försök att härda ut trots att det känns outhärdligt. Efter försök att härda ut, planera och prova olika lösningar beskriver en del hur de ger upp: *"... det var ju bara att ge sig... ge mig allt ni har... sätt en nål för h-te..."* Någon hade också, mitt i den tumultartade situationen, varit nöjd med att få transport till sjukhuset eller vilken vård som helst.

## **Vårdlidande som patient**

Vårdarna förmår ibland inte se patienterna. En informant beskriver hur vårdaren pratade om privata saker, då de kände varandra sedan tidigare, samtidigt som informanten var orolig över konsekvenserna av skadan: *"Jag hade ju mycket tankar i huvudet... hade mycket funderingar... samtidigt som han pratade mycket annat..."* Någon upplever att vårdaren ställer irrelevanta frågor istället för att påbörja behandling. Informanten upplever att vårdaren låter journalskrivandet gå före allt annat. Det finns också brist på samspel och kommunikation. Någon beskriver hur vårdarna inte visar någon reaktion vid mötet, trots att de kände informanten: *"Det var inte värsta 'Hej, är det du? Herregud vad har du gjort?'"*. När vårdarna inte förmår att se patienterna så tar de inte heller bra beslut utifrån ett patientperspektiv och patienterna känner sig därmed svikna. Det finns en känsla av att vårdarna inte gjort allt som de borde: *"Det fanns ju mycket man kunde ha gjort i bilen, på ett väldigt enkelt sätt, utan att behöva anstränga sig. Så det... det är en hemsk upplevelse, egentligen."* Det talas om att det känns oproffsig och att det saknas medmänsklighet. Någon upplever att vårdarna hade en attityd där personen kände sig till besvär. Bemötandet känns oengagerat och vårdarna bedöms inte ha sett allvaret i situationen. Någon reflekterar över att det var bättre förr, då ambulanspersonalen hade 7 veckors utbildning till ambulanssjukvårdare. Idag krävs allt högre utbildning inom ambulanssjukvård och trots detta har symtom missats och vården har inte varit optimal. En informant beskriver sina symtom som: *"kraftiga, klockrena skolexempelsgrejer"*. *"Det här hade ju en apa kunnat se att det var så..."* Trots de tydliga symtomen upplevs det som att vårdarna missat dessa. En informant tar upp att det borde finnas en vilja att bli ännu duktigare och göra ett gott jobb när patienten dessutom har en högre kompetens än vårdarna. Informanterna upplever ibland att vårdarna väljer att inte agera. Atmosfären är tyst och kylig: *"Det kändes nonchalant. Dom stod liksom med händerna i fickan och hade ingen väska med sig in, och ingenting..."* Det saknas inlevelse, även om vårdarna gör vad de förväntas göra så

saknar informanten engagemang från dessa. Undersökningar missas också och vårdarna går miste om att upptäcka symtom medan anhöriga förstår att det inte står rätt till: *"Alla andra, som inte var sjukvårdskunniga där, såg ju att det var ganska allvarligt. Det var tråkigt. Det är ju inte ens nån miss, utan det är ju bara nonchalans..."* Någon upplever att händelsen inte tas på allvar när det inte frågas efter vad som inträffat eller vad patienten själv tror det kan vara. Ibland ges behandling utan att patienten blir informerad om varför, det finns ingen delaktighet. Någon får smärtlindring intravenöst trots att det inte gjorde *"... så djävulsk ont..."* Informanten upplever att det sätts perifera venkatetrar för att vårdarna kanske blint följer behandlingsriktlinjer utan att först ta reda på hur patienten känner sig och därefter fundera över behandlingen. Detta innebär att patienten inte blivit delaktig i vården: *"Jag tror dom hängde nån Ringer också. Jag vet inte varför."*

### **Yrkesrollen påverkar negativt**

Informanterna beskriver en stor förståelse för vårdarnas utsatthet när dessa möter kollegan som patient. Samtliga informanter identifierar sig med vårdarnas yrkesroll och reflekterar kring att som vårdare känna sig besvärade i en udda situation. Vårdarna uppfattas komma av sig i sitt jobb när de ser vem patienten är. Någon beskriver sin identifikation med vårdaren: *"Men så är det ju när man jobbar, det kanske är så inom dom flesta yrkeskategorier... att det är lite jobbigt att handskas med folk som har lika mycket eller kanske mer kunskap än man själv har. Det är ju så, man vill ju gärna vara den som... vet mer..."* Det finns en förståelse för att det är svårare att jobba när personalen vet att patienten har lika mycket kunskap som vårdaren själv. Någon misstänker att det blivit hotfullt för vårdarna att ta hand om en patient som har mer erfarenhet än de själva. Känslan av att vårdarna varit besvärade i sin vårdarroll beskrivs. Det antas att det hade varit lättare om man varit en patient som inte jobbade inom ambulanssjukvård eftersom vårdaren då hade kunnat ikläda sig sin yrkesroll fullt ut. Någon tror att vårdaren funderat över: *"Ska jag vara ambulanssjukvårdare eller ska jag va kompis, privat? Det blev lite konstigt"*. Det finns en förståelse för att det är en annorlunda situation som påverkat vårdarna starkt. Någon talar om att arbetsbelastningen är hög och att informanten därmed har stört verksamheten genom att ringa 112. Informanterna berättar hur de tror att personalen tänkt och resonerat under händelsen: *"Kommer man gåendes så tror man att det inte är nånting."* Det finns även en förståelse för att vårdarna inte informerat patienterna lika utförligt eftersom de är ambulanspersonal. *"Han tänkte väl att..."* *"Det är ingen idé jag talar om nåt här, för NN vet ju allt ändå."* Informanterna beskriver ett stort ansvarstagande som patient. De fortsätter att tänka som vårdare och tar själva på sig ansvaret för att ha fattat fel beslut, t. ex. tackat nej till smärtlindring. Det finns en tendens att lägga skulden på sig själv för det som inte blev bra, istället för att ha förståelse för sin egen patientroll: *"Och precis det här man tänker själv då, när man jobbar... att det är bra att starta en smärtlindring och... Det har man att vinna på fram i tiden. Men när det var jag själv så tänkte jag inte på det"*. När mötet med vårdarna blivit ansträngt reflekterar någon över att: *"Man är obekvämt själv... jag förmedlar någonting, jag kanske inte var personen att nå just då."* Det finns också en identifiering med vårdarna och ett ansvarstagande för deras väl och ve när det är uppenbart att de är stressade över att ta hand om en drabbad kollega: *"Alltså, jag utsatte dom för en belastning på nåt sätt... en mental belastning."* *"Jag hade väl önskat att jag inte hade ont... Så att dom... Ja, för att det kändes som att JAG utsatte DOM för det här, på nåt sätt..."*

I de fall där vårdarna även var nära vänner visade sig ytterligare dimensioner. Detta satte mycket ur spel, speciellt då patienterna såg hur stressade och obekväma vårdarna blev. Det blev också tydligt att rutinerna blev annorlunda: *"Dom tog av sig skorna. Det reagerade jag på. Det gör ju vi aldrig... när det är en prio 1:a. Det var väl för att det var hemma hos mig, då ..."* Det finns en önskan om att få hjälp in i patientrollen, att få höra: *"Nu är du patient, slappna av, vi grejar detta"*. Bekräftelse på att få vara patient saknas. Känslan av att vara omhändertagen och att slippa ta ansvar för situationen mitt i kaoset saknas: *"Man kan inte bortse från min profession, det kan man inte, när man vet, självklart... men det kanske just därför det är ännu mer viktigt att säga det till mig, att 'nu är du patient och vi tar hand om dig nu'."* En informant resonerar att det varit lättare hamna i patientrollen om det hade varit på sjukhuset. Det är extra svårt att vara vårdpersonal och bli patient inom sitt eget yrkesområde. Ibland behövs konkreta förslag/order från den yrkeserfarna patienten för att vården ska förbättras och informanterna beskriver hur de tar beslut åt vårdarna. Det handlar om upplevda felaktiga prioriteringar där vårdarna inte förstått patientens problem. I och med patientens förkunskap finns en möjlighet att vara delaktig i besluten på ett konkret sätt: *"Så pratade dom... så där vi gör: 'Vad är det som har hänt?'... 'Lägg ner det här, det är inte intressant just här! Utan nu ser ni till att jag kommer på baren och in i bilen!"* Någon uttrycker det som: *"Jag fick ju säga åt honom till slut att han fick sluta att skriva den där jävla journalen där bak och sätta nål först och ge något så kunde han skriva sen. För det hade ju inte han kommit på själv"*.

När det talas om att information ej givits finns det också en förståelse för varför detta skett. Det finns en identifikation med vårdaren och händelsen tolkas utifrån vårdarperspektivet, även som patient: *"Men det berodde ju naturligtvis på att han tyckte det var onödigt. Och skulle han ha börjat berätta allt det här så kanske jag hade tänkt att... Va fasan berättar han det här för? Det vet jag ju, det är ju inget att tjata om."* Patienterna verkar inte ha saknat information utan påpekar istället att de känt sig trygga med att känna till rutiner. Informanterna beskriver hur de genom dåliga erfarenheter dragit hårda lärdomar som patient, främst gällande att ha tackat nej till smärtlindring. Det finns en ånger inför att inte nyttjat ambulanssjukvårdens möjligheter bättre.

Informanterna talar uppgivet om att det är problematiskt att inte kunna vara anonym. Hela vårdapparaten verkar tycka det är intressant med patienternas yrken: *"att man är sjuksköterska och det tas upp hela tiden, det står överallt i journalen... Det ältas om detta... att man är i branschen"*. Någon poängterar att det är omöjligt att som patient vara anonym om du också arbetar inom vården. En informant konstaterar att alla längs vårdkedjan visste vem patienten var: SOS Alarm, ambulanspersonalen, personalen på akuten och slutligen också på vårdavdelningen. Många vårdare upplevs bli extra engagerade till följd av detta samtidigt som det finns en önskan från patientens sida om att i detta läge få vara ifred, men ingen ork att säga ifrån. Det finns funderingar på hur detta på ett konkret sätt påverkar patienten själv vid behov av vård: *"Om jag hade åkt ambulans nån annanstans så kanske jag hade tänkt på ett annat sätt, då hade jag nog blivit som vilken patient som helst."*

### **Känner sig utsatt**

Mitt i den omtumlande händelsen att plötsligt drabbats av sjukdom eller skada finns en känsla av att vara i underläge och i behov av hjälp utifrån. *"Även fast jag var trygg och van vid den miljön så kände jag mig ändå väldigt utelämnad. Väldigt... i behovsställning..."* Det är en utsatt position att ligga på baren och patienten känner sig

liten. Det efterfrågas vård som uteblir och det är en kamp för att få hjälp. En informant får själv ta sig upp på båren: *"Sen var det jädligt tufft att komma upp... och dom tog inte ens ner sängen till mig så jag kunde sätta mig, utan den lämnade dom kvar på bårredet. Och det är klart, det gjorde ganska ont. Dom hjälpte ju inte till direkt, om man säger så".* Någon beskriver hur smärtlindring valdes bort då det fanns en rädsla att läkaren på akuten inte skulle kunna göra en rättvis undersökning och det finns en rädsla för felbedömning. En informant beskriver dessutom en ren felbehandling från vårdarnas sida: *"Sen när vi kom till sjukhuset och doktorn sa att 'Det här är förmodligen... (diagnosen)', då sa vederbörande vårdpersonal att 'Ja, det var det vi misstänkte.' Om man misstänker (diagnosen)... varför säger man då till chauffören att 'vi kör på en prio 2:a?'. Det var ju klart larm, alltså..."*

Det finns funderingar kring vad som hänt om några andra vårdare arbetat i den aktuella ambulansen. Patienterna upplever att vissa vårdare är mer professionella än andra. De tror att de agerat annorlunda själva om vårdarna varit några andra än de som kom. Någon informant tror att *"om man råkat ha nån konflikt med nån, då kanske det inte hade varit så bra"*. Det finns teorier om att om det hänt i en annan del av landet, där informanten inte var känd, så hade bemötandet blivit annorlunda. Det talas om att det spelar stor roll om vårdaren och patienten känner varandra. Någon tänker vidare och resonerar kring att bemötandet blir annorlunda om vårdaren träffar någon som denne vet är en sympatisk person med trevliga åsikter. Informanterna reflekterar över att vårdaren påverkas av vem patienten är. Det finns också tankar kring att vården som ges påverkas av hur trygg vårdaren är i sin yrkesroll.

### **Attityder inom ambulanssjukvården**

Flera talar om en initial ovilja att ringa efter ambulans, trots att samtliga uppvisat symtom som krävt omedelbar behandling samt säker transport till sjukhus. Det verkar hos vissa finnas en outtalad regel att inte ringa 112. I och med att informanterna själva jobbar inom ambulanssjukvården så vill en del ta sig själva till sjukhuset. *"Jag ville ju inte ringa ambulansen först givetvis eftersom jag jobbar med detta själv. Man vill ju klara sig i det sista."* Någon vill inte besvara: *"Jag visste ju att... när man jobbar inom ambulansen så känner man att då vill man nog vara dödssjuk för att åka ambulans"*. Det finns också en reflektion över att det är lätt att tänka så här när inte behovet av ambulanssjukvård finns. Dagen när sjukdom eller skada drabbar har denna princip ingen betydelse längre. Hjälpt behovet gör att det blir lättare att ringa 112. Om informanterna inte känt sina vårdare hade de tvekat att berätta att de var kollegor eftersom behandlingen då antas ha blivit annorlunda. Det är långt ifrån neutralt att arbeta inom samma vårdområde som sina hjälpare. Någon säger: *"... det är ju inte det första man talar om att man jobbar i ambulansen och 'gör så här' utan då hade man ju vart mer utlämnad"*. I situationen som uppstod beskriver en informant att *"... man höll en ganska låg profil just då kan jag säga"*. Efter mötet med ambulansvården kommer tankar kring vad vårdarna kommer att säga till kollegorna: *"Kommer det va' utspritt nu snart?"* Misstankarna är grundade på egna erfarenheter: *"Man vet ju att det snackas"*.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Inledningsvis kontaktades cheferna i olika ambulansorganisationer i södra Sverige och informerades om den planerade studien. De var alla positiva och vi skickade därefter material via e-post, men vi vet inte om materialet skickats vidare. Av åtta utskick returnerades två med skriftligt godkännande att genomföra studien. Vi gjorde aldrig någon uppföljning till cheferna eftersom vårt alternativa tillvägagångssätt att finna informanter via personliga kontakter redan satts i verket med gott resultat. Vi hade en bred urvalsgrupp i och med att våra urvalskriterier innefattade att vara ambulanssjukvårdare eller ambulanssjuksköterska och ha vårdats i ambulans som patient och varit vid medvetande. Det var bara att fråga alla runt om tills vi funnit våra informanter. Vi undrar dock huruvida samtliga chefer skickat ut materialet via e-post, om alla anställda sedan öppnat denna e-post och om de som ingått i våra urvalskriterier därefter gjort ett aktivt val att inte medverka. Det finns en misstanke att personal i berörda organisationer inte orkat/hunnit ta till sig vår förfrågan då informationsflödet via e-post förefaller stort.

### **Giltighet och tillförlitlighet**

Författarnas förförståelse är påverkad av en sammanlagd yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvård, akutsjukvård, operationssjukvård, hemsjukvård och psykiatri. Erfarenheten som vårdare inom olika vårdområden är en tillgång i och med att vi har en kunskap om informanternas professionella utgångspunkt. Samtidigt kan erfarenheten utgöra en belastning om den styr intervjuerna och dataanalysen till att bekräfta egna föreställningar och erfarenheter. Detta har vi varit medvetna om och hela tiden försökt vara öppna, följsamma och återhållsamma i intervjuerna. I dataanalysen har författarnas fört en kritiks dialog med varandra och med handledare i relation till datamaterialet. Tillförlitligheten bör därmed ha stärkts. Vi har själva vårdat kollegor och erfarit att det ”händer något speciellt” i det mötet. Det är inte neutralt och kan vara komplicerat. Inför intervjuerna trodde vi att ambulanspersonalen skulle beskriva konkreta situationer där vårdarna kanske inte spritat inför PVK-sättning samt förslag kring hur de velat ha det istället eftersom de vet hur det ”borde vara”. Vi tror att vi kunnat lägga en del av vår förförståelse åt sidan eftersom resultatet blev annorlunda än vad vi först tänkt oss.

De sju informanterna representerar två yrkesgrupper av båda könen, ålder från ca 30 till 60 år och patientupplevelser efter både lång och kortare arbetslivserfarenhet. Patientupplevelserna har ägt rum mellan tre månader och sex år sedan. Resultatet och informanternas upplevelser tycks inte vara direkt kopplade till informanternas ålder, antal år i yrket eller utbildning. Istället tyder resultatet på att det är erfarenheten av att arbeta inom ambulanssjukvård som påverkat upplevelsen av att vårdas av kollegor. För att se hur ålder, yrkeserfarenhet och utbildning möjligen påverkar upplevelsen av att bli vårdad inom det egna vårdområdet, krävs ytterligare och större studier.

Intervjuerna utfördes på platser valda av informanterna. Sex av sju valde arbetsplatsen och där var det ofta störningsmoment som påverkade koncentrationen. Telefoner ringde, personal knackade på dörren och vid ett tillfälle genomfördes ett platsbyte. Två intervjuer avbröts av larm, en av dem bedömdes vara färdig och avslutades därmed. Den andra kompletterades vid ett senare tillfälle då informanten först fick läsa utkastet från

första intervjun. En intervju gjordes i informantens hem och den blev inte störd alls. Intervjuerna har genomförts enskilt för att som intervjuare inte vara i numerärt överläge. Vi har försökt hålla en återhållsam profil under intervjutillfället och tillåta tystnad för att vänta in de djupare tankarna. Det blev tidigt märkbart att många reflektioner dök upp i slutet av intervjun, efter att de berättat om händelsen och vi hade bett dem berätta mer kring vissa saker. Vi försökte därför anpassa oss till detta vid de följande intervjuerna, att tillåta informanterna fundera kring ”Är det något mer du vill berätta?”. Vi tror att informanterna kunnat berätta det som varit viktigast i sin upplevelse vilket påverkar giltigheten positivt.

Allteftersom intervjuerna fortskred insåg vi vikten av konfidentialitet. Det uttrycktes oro över att känsliga uppgifter skulle komma fram. Allt material som har kunnat kopplas till enskilda individer är avidentifierat, även vad gäller diagnoser och vårdande enheter. Vi har varit noga med att försäkra informanterna om detta.

Informanternas berättelser har blivit ordagrant nedskrivna och återges som citat i resultatet. Vi har tolkat berättelserna tillsammans och försökt göra dem rättvisa utifrån materialets kontext efter att ha träffat informanterna, lyssnat på inspelningarna och läst de nedskrivna intervjuerna flertalet gånger. Detta har hjälpt oss att få fler nyanser och en förståelse för helheten. Informanterna talar ofta i halva meningar med retoriskt brus och byter ämne efter olika associationsbanor. Under innehållsanalysen har vi delat långa meningar för att få med nyanserna i det som sagts.

Frågan är hur vårt resultat sett ut om all ambulanspersonal som har erfarenhet av att vara patient inom ambulanssjukvård funnits tillgängliga att intervjua. Erikson (1991) beskriver att vår värdighet påverkas av att lida, vi känner oss kränkta. Denna känsla av kränkning kan leda till att vi inte vill tala om vårt lidande. Har detta påverkat att inte fler hört av sig till oss för att berätta om sin upplevelse? Å andra sidan beskrivs positiva upplevelser av vården i denna studie, exempelvis som en form av positiv särbehandling. I vilken grad de positiva erfarenheterna förekommer i en större population är oklart. Föreliggande studie har dock inte haft som syfte att mäta förekomsten av gott eller dåligt vårdande utan hur ambulanspersonal upplever att bli vårdade av kollegor. En större kvalitativ intervjustudie med samma syfte som föreliggande studie skulle det kunna komma fram fler nyanser av lidande och välbefinnande.

## **Överförbarhet**

Vårt material är litet och kan närmast betraktas som en pilotstudie. Då vi inte har hittat någon studie som beskriver ambulanspersonal som patientgrupp, varken inom eller utanför det egna vårdområdet, är det svårt att få perspektiv på denna studies överförbarhet i den specifika kontexten. Vi har dock kunnat se likheter mellan vår studie och övrig litteratur med beskrivna patientupplevelser, både med och utan yrkeserfarenhet inom sjukvård. Artiklarna vi använt oss av har beskrivit patientupplevelser från Nordeuropa, USA samt Australien och Nya Zeeland. Vi ser tendenser till vissa kulturella skillnader men i stort finns det skäl att anta att vårt material i stora delar är överförbart i liknande situationer.

## Resultatdiskussion

Vad skulle hända om du plötsligt drabbades av sjukdom eller skada och behövde ambulanssjukvård?

Det kan vara lätt att se alla hjälpbehövande som en enda stor patientgrupp, som vi sjuksköterskor ska vårda och informera. Men att vara patient innebär i allra högsta grad att vara människa och vi är alla individer. Studier visar att vårdpersonal har ett stort behov av att bli sedda och bekräftade som individer när de blir patienter (Duke & Connor, 2008; Harker, 2000; Zeitz, 1999). Vi har träffat sju individer som valt att berätta om sina upplevelser av att bli patient, att plötsligt se tillvaron rasera, att bli blockerad av smärta och chock och att möta sin arbetsplats liggandes på baren istället för sittandes på vårdarstolen.

Majoriteten har vi träffat på arbetsplatsen, i arbetsuniform och med sökaren i fickan. Vi har sett dem som kollegor som med sina förkunskaper inom ambulanssjukvård skulle ge oss nya perspektiv kring hur det är att vara patient. Det har de också gjort. Men vi fick så mycket mer. Det kom detaljerade beskrivningar om den utelämnande känslan av att vara drabbad och i behov av hjälp, en önskan om att få bli patient och svårigheter att släppa sin yrkesroll.

Våra informanter har alla kastats omkull mitt i vardagen. Ingen hade kunnat tänka sig att hamna i ambulanssjukvården som patient när de vaknade just den här morgonen. Erfarenheten har påverkat den egna yrkesrollen. Flera informanter berättar hur de förändrat sitt eget professionella bemötande, sin syn på patientrollen samt förhållningssättet till liknande skador/sjukdomstillstånd. Vi har dock valt att inte ta med dessa tankar i resultatet för att begränsa materialet.

### Individuell vård

Det behövs en vård som tar hänsyn till varje patient i sin egen livsvärld, i sin egen kultur och sitt eget sammanhang (Dahlberg, 2002, Duke & Connor, 2008; Frank; 2009, Wireklint Sundström, 2005). I Zeitz studie (1999) önskade sjuksköterskorna som blivit patienter att i första hand bli bemötta som individer. Vi tror det kan vara lätt att tro att patienterna får en god vård om alla behandlas lika, men det behövs ett bredare perspektiv. Många vårdare utgår säkerligen omedvetet från sig själva istället för att först ta reda på vilka behov som finns och möta patienten individuellt. En av våra informanter beskriver hur skönt det var att prata om något annat än sjukvård under resan till sjukhus medan en annan mötte en vårdare som pratade om gemensamma privata saker och därmed inte lade märke till patientens funderingar. Det finns en skillnad mellan att vara medveten i sitt vårdande och att ha en jargong där alla får samma bemötande. Då blir det slumpen som avgör huruvida det blir rätt just vid det tillfället eller inte. Det krävs reflektion samt träning i att "läsa av" patienten för att kunna möta patienten individuellt. Ekebergh (2001) betonar att det inte räcker med att bli duktig på medicinsk teknik och rutiner, det behövs också reflektion över handlandet för att vården och sjuksköterskan ska kunna utvecklas. Endast erfarenhet är inte nog.

### Sjukdomslidande och vårdlidande

Det är skillnad mellan sjukdomslidande och vårdlidande. Sjukdomslidande är exempelvis smärta som försämrar livskvaliteten. Vårdlidande är en konsekvens av

brister i vård och behandling. Att inte bli tagen på allvar och tappa kontrollen är kränkande för patienterna och blir därmed också ett vårdlidande (Dahlberg, 2002).

Enligt litteraturen känner sig ofta patienterna beroende av andras kunskap, förmåga och vilja för att få sina allmänmännsliga behov tillfredsställda (Dahlberg, 2002; Erikson, 1994; Öhlén, 2001). Vår mänskliga värdighet påverkas av att lida, varje gång vi lider känner vi oss kränkta. Denna känsla av kränkning kan leda till att patienterna inte vill tala om sitt lidande, speciellt inte när vi befinner oss mitt uppe i det. Det krävs stor finkänslighet i mötet med en lidande individ och denna måste få bekräftelse på sin värdighet som människa (Eriksson, 1991). Våra informanter beskriver en brist på kommunikation, avsaknad av bekräftelse vid första mötet och försenad behandling. Om vi blir tvungna att be om hjälp för de mest fundamentala behoven och känner att ingen ser och förstår vad vi behöver så upplever vi inte full värdighet som människa (Dahlberg, 2002; Erikson, 1991; Öhlén, 2001). I vårt material finns avsaknad av både behandling och hjälp beskriven. Dessutom skildras en felbehandling och nonchalans då vårdarna inte tar anamnes eller gör en grundlig undersökning. Är det så här vi som ambulanspersonal behandlar oss själva? Samtliga informanter blev vårdade av personal som visste att deras patient hade yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvård. Blir vårdare ibland blockerade när de får en kollega som patient? Då finns risk att missa viktiga symtom. Vi tror det är betydelsefullt att som vårdare vara ödmjuk och medveten om sin egen reaktion i mötet med en kollega som patient för att lindra sjukdomslidandet och minimera vårdlidandet.

### **Fortsätter ta vårdansvar som patient**

Precis som i vårt resultat visar andra studier att patienter har ett stort behov av att bli bekräftade (Eriksson & Svedlund, 2007; Söderlund, 1998). Detta är ett behov vi har som människor och det blir extra tydligt när vi lägger våra liv i händerna på andra (Söderlund, 1998). Patienterna vill att vårdare skall ha tilltro till deras upplevelser och visa tillit till patienternas kunskap om sin egen kropp och dennes erfarenheter av att vara patient samt bli berörda av lidandet (Frank, 2009; Söderlund, 1998; Öhlén, 2001). Litteraturen beskriver hur patienter inom ambulanssjukvård känner lättnad när ambulansen kommer för att de då kan släppa ansvaret (Ahl et al., 2005; Elmquist et al., 2008; Forslund et al., 2005). Vi ser en tydlig skillnad i vårt resultat jämfört med ovanstående studier, då våra informanter fortsätter att ta ansvar genom att aktivt vara med och bestämma hur vården ska genomföras samt i vilken turordning.

Informanterna beskriver svår smärta och hur de blir blockerade av denna. De har svårt att tänka och fokusera, tiden står stilla. I det läget erbjuds en del smärtstillande läkemedel och några avböjer. Det görs försök att härda ut istället. Här går sjukdomslidandet över till ett vårdlidande då vårdaren inte ger fullgod smärtlindring. Zeitz (1998) påpekar att det är en grundläggande behandlingsåtgärd inom all sjukvård att bli smärtlindrad. Ändå kan detta vara svårt att få per automatik. Det kan kännas förödmjukande att behöva tigga och be om smärtlindring. En informant beskriver hur smärtlindring givits först efter att detta frågats efter vid upprepade tillfällen. Andra ångrade att de tackat nej vid erbjudande. Det finns en svår gränsdragning mellan att göra patienten delaktig i beslut kring smärtlindring och att som vårdare ta över situationen, ge adekvat vård efter symtom med hänsyn till adrenalinpåslag och chock. En del informanter tar på sig ansvaret för den uteblivna behandlingen, vilket i sin tur skapar ett vårdlidande eftersom de själva anser sig vara orsaken till att läkemedel ej givits. Ett förtroendefullt bemötande gör skillnad mellan sjukdomslidande och

vårdlidande. Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS, 2009) har patienten rätt att vara med och bestämma om sin vård, därför kan det bli komplicerat för vårdaren när patienten under smärta och i chock inte förmår ta välgrundade beslut. Vi tror detta blir extra komplicerat när patienten själv är vårdpersonal och ännu mer invecklat då patienten dessutom har yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvård. Vårt material visar att dessa patienter haft svårt att släppa ett ansvar de egentligen aldrig skulle ha haft, de har tagit ett ansvar utifrån sin yrkesroll och inte sin patientroll. Vi misstänker att vårdarna också släppt ansvaret på ett sätt de inte skulle ha gjort om det handlat om en patient utan yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvård.

Williams (1998) beskriver hur sjuksköterske-patienterna i hennes studie kände frustration och marginalisering som patienter eftersom de inte kände att de tillhörde någon av de två separata grupperna. I Zeitz (1999) studie önskade sjuksköterskepatienterna tid att kunna förbereda sig för patientrollen. En del av informanterna har uttryckt en önskan om en klar markering från vårdarna för att tydliggöra att kollegan nu är patient. Detta talar för att det är en mycket speciell situation att hamna i, att vara vårdpersonal och patient innebär att hamna mellan stolarna. Eftersom vårdaren enligt Dahlberg (2002) och Kasén (2002) bär ett större ansvar i relationen anser vi att vårdaren aktivt behöver hjälpa patienten med denna yrkeserfarenhet att få komma in i en patientroll utan ett destruktivt ansvar. Ett omedvetet handlande kan orsaka vårdlidande även när patienten görs delaktig. Informanterna får själva gå till baren trots smärta, ta beslut om framför allt smärtlindring som de sedan ångrar. Tyssen (2001) tar upp risken att som vårdpersonal bli alltför kollegial med sin patient, att låta patienten ta ett för stort ansvar vad gäller den egna behandlingen.

Dahlberg (2002) understryker att om vårdlidande är ett omedvetet handlande, som har sin grund i kunskapsbrist och en avsaknad av reflektion, måste alla som är ansvariga för vårdande i någon form se till att dessa brister avhjälpas. Vi tror att vårdarna fortsätter se patienterna som kollegor och därför överlåter mycket av ansvaret i en situation där den drabbade har ett sjukdomslidande och kanske inte kan ta samma beslut som denne hade tagit under arbetstid utan sjukdom och skada. Det blir ett moment 22 då patienten tänker utifrån sig själv som vårdare och tar ansvar för vården utifrån sin yrkesroll.

### **Vårdarnas roll**

Flertalet av informanterna har känt av en attityd från vårdarna där det "varit ok" att få bli patient. De har fått bekräftelse på sin patientroll och uppskattat detta.

Benner (1993) hävdar att erfarenhet inom vårddyrket ger patienterna bättre vård eftersom sjuksköterskorna blir trygga i sin yrkesroll. I Duke & Connors (2008) studie talar sjuksköterskepatienterna om att de erfarna sjuksköterskorna, med trygghet i yrkesrollen, uppfattades som bättre vårdare. Vid en intervjustudie på magisternivå beskriver ambulanssjuksköterskor hur de känner större trygghet i sig själva i och med lång erfarenhet och utbildning (Holmgren & Niemi, 2008). I vårt resultat beskrivs en reflektion kring hur tryggheten hos vårdarna påverkar patientomhändertagandet. Wintch (2007) beskriver hur han som sjuksköterska förändrat sitt bemötande efter att själv ha varit patient och att han i vissa situationer delar med sig av dessa erfarenheter till andra patienter. Det är också viktigt att till patienten adressera vetskapen om att patienten är kollega, fråga vad denne önskar för information och tidigt ta reda på hur insatt denne är i det aktuella ämnet (Campbell, 2000). Även om det ur ett vårdarperspektiv är fullt förståeligt att känna sig obekvämt då vården ska ges till en kollega, finns det ingen ursäkt

för att smita från förpliktelserna att ge god omvårdnad. Vår studie bekräftar att en trygghet i yrkesrollen även måste innefatta förmågan att bekräfta för kollegor att de får vara patienter då de sökt vård.

I litteraturen beskrivs dessutom en positiv särbehandling gällande vårdpersonal som patienter (Duke & Connor, 2008; Tyssen, 2001; Williams, 1998; Zeitz, 1999). Några informanter tror att vårdarna överarbetar och tänker annorlunda då det visat sig att de fått en kollega som patient. Någon uttrycker även att det är lättare att vara trevlig gentemot en patient som väcker sympati. Vi tror det är viktigt att vara medveten om dessa mänskliga reaktioner, det kan vara lätt att lura sig själv och tro att vårdare bemöter alla patienter likadant. Vi finner det högst intressant att vissa vårdare dock verkat bete sig tvärtom.

Vårdpersonal kan känna ett hot inför att vårda en kollega som antas ha samma eller kanske ännu mer medicinska kunskaper än vårdpersonalen själv (Tyssen, 2001). Då rubbas tryggheten i vårdarrollen och risken ökar för att fatta fel beslut. En del informanter talar om att de förmodligen fått annan vård om de blivit patienter där de hade kunnat vara anonyma. De känner frustration över att vårdarna orsakat vårdlidande när dessa enligt informanterna borde ha ansträngt sig än mer när de vet att det är en kollega som är patient. Det finns en oro över sekretessbrott, vilket är anmärkningsvärt när patienterna är skyddade enligt lag och etisk kod (ICN, 2009; SFS, 2009). I Duke & Connors studie (2008) beskriver sjuksköterskepatienter hur de inte vill vara till "besvär" eftersom de efter vårdtillfället kommer att möta vårdpersonalen som kollegor. Ingen av våra informanter har direkt uttryckt detta problem, men vi misstänker att det här skulle kunna påverka relationen mellan patient och vårdare när patienten vet att de förmodas komma att träffas igen som kollegor.

I resultatet tog informanterna upp att de hade förkunskap om kollegornas kompetens, de var nöjda när de kände att de var i "goda händer" men hade också funderingar kring vad som hänt om de fått någon "annan vårdare". Enligt en isländsk studie (Baldurdóttir & Jónsdóttir, 2000) värdesätter patienter på akutmottagningen klinisk kompetens, patienterna känner sig trygga när sjuksköterskorna "vet vad de gör". Vi tror att patienter i ambulanssjukvården hade resonerat på samma sätt. Däremot misstänker vi att sjuksköterskorna i ovanstående studie med sitt sätt att bete sig förmedlat att de är trygga i sin yrkesroll då patienterna vanligtvis inte har kunskap om sjuksköterskornas arbetsuppgifter. Inom ambulanssjukvården känner vårdpersonal som blir patient till behandlingsriktlinjerna och kan därför väldigt konkret avgöra vårdarnas kliniska kunskap.

I litteraturen beskrivs risken för undvikande och därmed också underdiagnos av kollegor (Tyssen, 2001). Eriksson & Svedlund (2007) beskriver att personal som orsakat vårdlidande och senare inte erkände sina misstag orsakade känslor av misstro hos patienten. Sjuksköterskepatienter i andra studier känner stor förståelse inför vårdarnas mänskliga missar, men detta innebär inte alltid en större förståelse om problem uppstår (Williams, 1998; Zeitz 1999). Det kan finnas en frustration när det inte blir som patienten tänkt sig. Även om patienterna med vårdutbildning tyckte de blivit dåligt behandlade så tog de i Williams och Zeitz studier upp att de förmodligen gjort samma misstag själva, i sin egen profession. Campbell (2000) talar om osäkerheten hos vårdaren, rädslan att patienten med yrkeserfarenhet i vården kommer att upptäcka alla misstag gällande vården. Utifrån resultatet i vår studie verkar det av stor vikt att vara

ärlig med rädslan, utan att låta osäker i yrkesprofessionen. Chansen är stor att patienten kommer känna igen känslan. Informanterna visar att de identifierar sig med sina vårdare genom att uttrycka förståelse för både given och försummad behandling då de återger tankar kring hur de tror vårdarna resonerat. Denna stora förståelse riskerar kväva de egna behoven.

I resultatet framträder också en ny dimension avseende vårdar- respektive patientrollen, nämligen att bli vårdad av vänner. Vi ser i informanternas berättelser hur de tror att vårdarna påverkas av att ta hand om en kollega. Det finns dessutom beskrivningar av vänskapsrelationer till vårdarna som komplicerar situationen ytterligare. Vi misstänker att det i en akut situation är betydligt svårare att agera professionellt gällande en nära vän jämfört med en kollega. Inga studier är funna som behandlar detta ämne.

### **Mättat informationsbehov**

Vårdpersonal som patienter behöver få god information för att känna att de har kontroll (Zeit, 1999). Det går inte att utgå från att all personal känner till alla områden inom vårdsektorn utan det gäller att ta reda på patientens förkunskaper (Tyssen, 2001). I vårt resultat säger däremot flera informanter att de inte saknade information eftersom de visste vad som väntade. De kände stor trygghet i att känna igen behandlingsriktlinjer och många har också fått vård efter förväntan. Vi tror att detta beror på att informanterna har en specifik kunskap och dessutom blivit vårdade inom sitt eget yrkesområde. Vi ser därför att det finns ett mindre behov hos denna patientkategori gällande förklaringar till hur åtgärder kommer att genomföras. Vi tror däremot det är väsentligt att fortsätta informera om vad som görs och varför, eftersom informanterna har beskrivit chocktillstånd där de inte förmår tänka som de annars tänker i sin yrkesprofession.

### **Inte vilja ringa 112**

Ahl et al. (2005) beskriver i sin studie patienters tvekan till att ringa 112, de försöker hantera situationen in i det längsta och uttrycker en tro att personen i fråga måste vara döende för att berättigas ringa SOS Alarm. I vårt resultat ser vi en stor ovilja till att ringa 112 och det finns en attityd av att inte kontakta ambulanssjukvården såvida ingen är döende. Patienterna i Ahl et al.'s studie (2005) talar om rädsla och skam som gör det till ett svårt val att ringa 112. Det finns en sårbarhet inför att behöva hjälp, en oro inför att andra ska tycka att de utnyttjar ambulanssjukvården samt en vilja att inte vara en börda för vården. I vår studie finns känslan av att inte vilja besvära, trots symtom som har klara indikationer för ambulanssjukvård. Vi misstänker att rädslan och skammen som finns beskriven i Ahl et al.'s studie (2005) också ligger till grund för tvekan att ringa 112 hos ambulanspersonal. Vi förvånades över denna ovilja att ringa. Informanterna hänvisade till att de inte ville ringa eftersom de jobbade inom ambulanssjukvård medan vi upplever att de borde ha ringt 112 utan att tveka just för att de arbetar inom yrket och därmed vet när ambulansvård är initierat. Kanske är detta en kombination av chock mitt i händelsen samt den tidigare beskrivna rädslan och skammen. Vi misstänker att det finns tveksamheter att ringa efter ambulans eftersom det inom ambulanssjukvården kan finnas åsikter om vem som har behov av ambulanssjukvård eller inte.

## **Behov av bekräftelse**

Akut sjukdom och skada innebär ofta att abrupt förlora kontrollen över sin egen situation och bli beroende av andra (Wiman & Wikblad, 2004). Några av våra informanter beskriver svårigheter att få relevant hjälp. Att bli patient innebär en kontrollförlust till att börja med, vilket innebär en utsatthet (Anker, 1991; Forslund et al., 2005). Om individen därefter inte får hjälp blir känslan av utsatthet ännu större. Att utöver detta behöva kämpa för sin behandling gentemot vårdare som också är kollegor borde göra situationen ännu mer komplex och lidandet ännu större. Informanterna berättar om utsattheten att ligga på en bår och känna sig liten. Det efterfrågas vård som uteblir och det är en kamp för att få hjälp. Därför är bekräftelse av patienten av stor vikt. Våra informanter beskriver hur de önskar få hjälp att hamna i patientrollen, bli delaktiga och få vård efter förväntan. Vårdaren behöver därför möta varje enskild patient där denne befinner sig (se sid 1, Søren Kieregaard).

Patienter i Eriksson och Svedlunds studie (2007) beskriver en kamp att bli tagen på allvar i en situation där de kände sig små och maktlösa. Författarna tar upp att patienter är en utsatt grupp, då de i ett utsatt läge blir beroende av vårdare de själva inte valt. De argumenterar för att både patienter och vårdare behöver bekräftelse. I sina kliniska implikationer talar de om vikten att ledningen stöttar och bekräftar vårdpersonalen för att det ska bli lättare för dessa att i sin tur orka ge patienterna bekräftelse. Utifrån resultatet i vår studie tror vi också att detta är en viktig hörnsten. Om vårdarna känner att de egna behoven blir sedda av ledningen är förutsättningarna större för att kunna hantera komplicerade situationer och bemöta patienterna med ödmjukhet och inlevelse. Vi tror även att processorienterad handledning och reflektion bidrar till en utveckling i yrkesprofessionen. Denna medvetenhet kommer påverka de kommande patienterna med yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvård eftersom de själva och deras vårdare deltagit i handledningen.

## SLUTSATS

Våra informanter, utbildade inom ambulanssjukvård, identifierar sig med hur vårdarna tänker och agerar, eftersom de själva har stått i liknande situationer. Detta kan ha bidragit till att de har svårt att bli patienter. Därför är det viktigt att få patienterna att känna sig bekräftade som individer och hjälpa dem in i patientrollen, som patient med yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvård. Det är även betydelsefullt att patienterna känner sig trygga med sekretess och anonymitet. De behöver bli delaktiga i sin vård utan att behöva känna ansvar för den. Det är också viktigt att vårdare känner till hur människor agerar i chock och med finkänslighet hjälper patienterna att acceptera lämplig vård, exempelvis smärtlindring, samt följer behandlingsriktlinjerna. För att tillgodose de beskrivna behoven behövs ett medvetet vårdande där "sunt förnuft" och naturligt vårdande inte är tillräckligt.

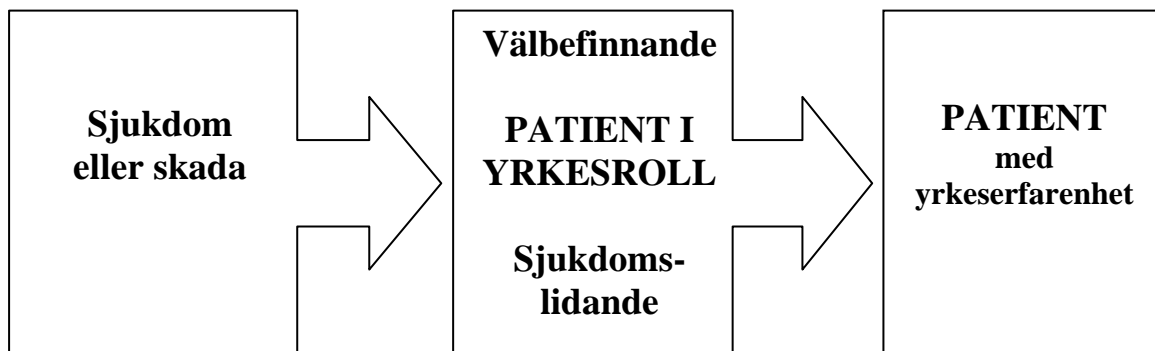
### Modell för omhändertagande av patient med yrkeserfarenhet i vård

Att vara vårdare, med förkunskap inom ambulanssjukvård, och bli patient kan innebära att patienten har förståelse för sin egen ohälsa och åtgärderna som behöver göras för att återfå hälsa. Men att göra detta själv är ofta omöjligt då patienten är just patient och inte vårdare. Patienten växlar mellan att vara patient och vårdare på ett osunt sätt om vårdare och patient inte har tydliga roller. Både vårdare och patient bör sträva efter att patienten, med sin yrkeserfarenhet blir delaktig i vård utan att vara ansvarig för vården efteråt.

### Undersökningens resultat: Dubbel patientroll



### Patientens önskan: Patientroll med delaktighet utan ansvar



Figur 2. Modell för omhändertagande av patient med yrkeserfarenhet i vård

## **Framtida forskningsfrågor**

- Hur påverkas den egna yrkesrollen av att själv bli patient i samma verksamhet? Vi har en tanke om att denna erfarenhet kan komma att påverka den fortsatta yrkesrollen på olika sätt beroende på upplevelsen som patient.
- Vad händer hos ambulanspersonal när de som patienter behöver ringa 112? Vi har sett att det finns ett motstånd till att ringa 112, vilket vi finner intressant då det bland ambulanspersonal finns stor kunskap gällande kriterierna att kontakta SOS Alarm.
- Hur upplever patienter, med yrkeserfarenhet inom ambulanssjukvård, vården på sjukhus efter att ha blivit vårdade i ambulans? Vi ser inte att våra informanter t. ex. saknat information, då de redan känt till vårdmiljön i ambulansen. Men vad händer då de kommer till en mer okänd vårdmiljö?
- Vad händer hos personal som får vårda en kollega som patient i ambulansen? Vi tror att det händer något ”annat” i mötet när patienten också är en kollega.
- Hur påverkar det att bli vårdad av vänner respektive att vårda en vän? Är det en kollega som dessutom är en nära vän kan detta påverka ytterligare.
- En liknande studie skulle behöva liknande förutsättningar för att få en hög överförbarhet. I vårt material visste alla vårdare att patienterna själva arbetade inom ambulanssjukvård. Vi tror att resultatet skulle ha blivit annorlunda om vårdarna i en ny studie inte visste om detta.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER UTIFRÅN ”ATT VARA PATIENT”**

- Genom att låta ambulanspersonal och verksamhetschefer ta del av studien kan medvetenheten samt förutsättningarna för fortsatta diskussioner kring detta ämne öka.
- Det behövs processhandledning för att få hjälp att reflektera kring sin vårdarroll och därmed utvecklas.
- Det behövs omvårdnadsriktlinjer för bemötande av kollegor som patienter, där ett individuellt bemötande och en försäkran angående sekretess betonas.
- Kontinuerlig fortbildning kring olika symtom, behandling av dessa samt konsekvenserna av utebliven åtgärd.

## REFERENSER

- Ahl, C., Nyström, M., & Jansson, L. (2005). Making up one's mind: - Patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing, 14*, 11-19.
- Anderzén Carlsson, A. (1996). *Så sjuk av så lite*. Laholm: Ruter Press.
- Anker, H. (red.). (1991). *När doktorn blir sjuk – nio läkare berättar*. Stockholm: Natur och kultur.
- Baldurdóttir, G., & Jónsdóttir, H. (2000). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. [Electronic version]. *Heart & Lung, 31*, 67-75.
- Bengtsson, J. (red.). (1999). *Med livsvärlden som grund*. (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, H. (2001). Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. Ingår i Klang-Söderkvist, B. (red). *Patientundervisning* (15-39). Lund: Studentlitteratur.
- Campbell, K. (2000). When your patient is a nurse – How to base the potential awkwardness of caring for a colleague. [Electronic version]. *Nursing, 32*.
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. (Fjärde upplagan). Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. [Electronic version]. *Vård i Norden. Vol. 22*(1), 4–8.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Todres, L., & Galvin, K. (2008). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being. [Electronic version]. [In press]. *Med Health Care and Philos*. Hämtad 09-05-15 från: <http://www.springerlink.com.lib.costello.pub.hb.se/content/jwh0212q300705m2/fulltext.pdf>
- Duke, J., & Connor, M. (2008). Senior nurses as patients. Narratives of special and meagre care. *Contemporary Nurse, 31*(1), 32-43.
- Ekebergh, M. (2001) *Tillägnet av vårdvetenskaplig kunskap –Reflexionens betydelse för lärandet*. Åbo: Åbo Akademi University Press.
- Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: The patient's first encounter with prehospital emergency care. [Electronic version]. *International Emergency Nursing, 16*, 185-192.

- Erikson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Erikson, K. (1991). *Vårdteologi*. (Tredje upplagan). Åbo: Åbo Akademis kopieringscentral.
- Eriksson, U., & Svedlund, M. (2005). Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 438-446.
- Forslund, K., Kihlgren, M., Östman I., & Sørli, V. (2005). Patients with acute chest pain – experiences of emergency calls and pre-hospital care. [Electronic version]. *Journal of Telemedicine and telecare*, 11, 361-367.
- Forskningsetiska principer (2002). Vetenskapsrådet. Hämtad 2009-06-12 från: [http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska\\_principer\\_tf\\_2002.pdf](http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_principer_tf_2002.pdf)
- Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care – A phenomenographic study based on patients' lived experience. [Electronic version]. *International Emergency Nursing*, 17, 15-22.
- Harker, D. Y. (2000). *Nurses as Patients: The stories of two woman nurse educators as recipients of nursing care*. [Electronic version]. A thesis submitted to the Victoria University of Wellington in the fulfilment of the requirements for the degree of Masters of Arts in Nursing. Hämtad 09-05-15 från: <http://researcharchive.vuw.ac.nz/bitstream/handle/10063/39/thesis.pdf?sequence=2>
- Holmgren, J., & Niemi, A. (2008). *Sjuksköterskors upplevelser av omvårdnad av patient under långa ambulanstransporter*. D-uppsats. Luleå tekniska universitet, Institutionen för hälsovetenskap. Hämtat 09-05-20 från: <http://epubl.ltu.se/1402-1552/2008/100/LTU-DUPP-08100-SE.pdf>
- ICN, International Council of Nurses. (2009). Etisk kod för sjuksköterskor. Hämtad 09-05-15 från: <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. (akad.avh.) Åbo Akademi. Finland.
- Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor i ambulanssjukvård. Skriven för Akutbil Stockholm. Hämtad 09-05-05 från: <http://home.swipnet.se/cristina/Arbetsuppg.html>
- Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Ingår i Granskär, M., & Höglund Nielsen, B. (red.). Lund: Studentlitteratur.
- Nielsen, B. M. (2002). Jeg er læge, så det har jeg styr på. [Electronic version]. *Ugeskrift for læger*, 164(45), 5235-5239.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: principles and methods. Eight edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Purtilo, R., & Haddad, A. (2007). *Health Professional and patient interaction*. (Sjunde upplagan), United States of America: Saunders Elsevier.
- SFS, Svensk författningssamling. (2009). *Hälso- och sjukvårdslagen, (1982:763)*. Hämtad 09-05-05 från:  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?bet=1982:763&nid=3911>
- Söderlund, M. (1998). "En mänsklig atmosfär" Trygghet, samhörighet och gemenskap – God vård ur ett patientperspektiv. Stockholm: Elanders Gotab.
- Tyssen, R. (2001). Lege-pasient-forholdet når pasienten også er lege. [Electronic version]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121, 3533-3535.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Williams, A. (1998). The experience of the female nurse who is a patient: powerless or in control? *The Australian Journal of Holistic Nursing*, 5, 32-38.
- Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. [Electronic version]. *Issues in Clinical Nursing*, 13, 422-429.
- Wintch, R. (2007). Gaining insight through experience: caregiver becomes the patient. (letters). [Electronic version]. *Journal of Emergency Nursing*, 33(4), 312-313.
- Wireklint-Sundström, B. (2005). *Förberedd på det oförberedda – en fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Växjö: Växjö University Press.
- Zeitz, K. (1999). Nurses as patients: The voyage of discovery. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 64-71.
- Öhlén, J. (2001). *Lindrat lidande*. Falun: AIT Falun AB.

## Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete (magisteruppsats) där vårt syfte är att beskriva hur ambulanspersonal erfar det prehospitla mötet som patient.

Kunskapen om hur ambulanspersonal upplever att vara patient inom ambulanssjukvård är starkt begränsad. Tanken med vårt examensarbete är att få fördjupad kunskap om upplevelsen av denna vårderfarenhet. Metoden i examensarbetet är en öppen intervju med 6-8 sjuksköterskor/undersköterskor inom ambulanssjukvården, följt av en innehållsanalys.

Intervjuerna kommer att göras av undertecknade studenter under februari – mars 2009. Vi har skickat ut ett flertal förfrågningar inom XX samt YY. Vi önskar att ni vidarebefordrar brevet till ambulanspersonalen via e-mail och/eller sätter upp det på stationen. Deltagarna kommer att informeras både muntligt och skriftligt om examensarbetets syfte och intervjuernas genomförande. Efter deltagarnas samtycke genomförs intervjuerna på en plats som bestäms av den deltagande. Intervjuerna spelas in och skrivs ut ordagrant. Enstaka citat kan senare komma att användas i uppsatsen. Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort. Ingen obehörig har tillgång till inspelat material eller utskrifter. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

### Handledare

Angela Bång  
Universitetslektor, Med dr  
Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås  
Telefon: 033-435 47 83  
E-post: [angela.bang@hb.se](mailto:angela.bang@hb.se)

Med varma hälsningar

---

Erika Eskilsson  
Leg sjuksköterska  
Tel 0708-14 44 68  
[erikaeskil@hotmail.com](mailto:erikaeskil@hotmail.com)

---

Sylvia Kalju  
Leg sjuksköterska  
Tel 0739-766 794  
[sylvia.kalju@vgregion.se](mailto:sylvia.kalju@vgregion.se)

### Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Erika Eskilsson och Sylvia Kalju genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Stad/datum: \_\_\_\_\_

---

Verksamhetschef, Ambulansverksamheten i \_\_\_\_\_



# Har du blivit vårdad i ambulans?

*Vi är intresserade av att få veta hur du upplevt detta!*

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistutbildningen inom ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås. I vår skall vi skriva en D-uppsats om ambulanspersonals egna upplevelser av att vara patient i ambulanssjukvården. Vi söker dig som har erfarenhet av detta.

## Bakgrund

Årligen åker 800.000 svenskar ambulans. Det finns undersökningar som beskriver hur patienter upplevt vården, men vi har svårt att hitta material som beskriver vårdpersonal som patientgrupp. Vi tror att ambulanspersonal skulle kunna tillföra en oumbärlig dimension om hur det är att vara patient i ambulans eftersom det finns en specifik erfarenhet och yrkeskunskap inom området.

## Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva hur ambulanspersonal erfar det prehospitala mötet som patient.

## Tillfrågan om deltagande

Du tillfrågas eftersom du är ambulanspersonal och vi önskar kontakt med dig om du har vårdats i ambulans. Skriv e-mail eller ring oss och berätta vem du är och kortfattat om din erfarenhet. Vi kommer i slutet av februari att höra av oss till ett antal intressenter angående vidare intervju. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan avstå från deltagande, eller när som helst avbryta din medverkan i studien, utan att ange orsak. Vi beräknar att den öppna intervjun kommer ta ca 45 minuter, där du berättar om din upplevelse av att vara patient i ambulans. Du bestämmer tid och plats för intervju. Om du önskar bli intervjuad på arbetstid hänvisar vi till din chef. Vi önskar en första kontakt med dig **senast den 8 februari**.

## Hantering av data

Uppgifter från studien (bandinspelade intervjuer) kommer att databehandlas. Enstaka citat kan komma att användas. Dina uppgifter är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till intervjuerna. Då data från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:

### Studenter:

Erika Eskilsson  
Leg. sjuksköterska  
Mobil nr: 0708-144 468  
E-post: erikaeskil@hotmail.com

Sylvia Kalju  
Leg. sjuksköterska  
Mobil nr: 0739-766 794  
E-post: sylvia.kalju@vgregion.se

### Handledare:

Angela Bång  
Universitetslektor, Med dr,  
Institutionen för vårdvetenskap,  
Högskolan i Borås  
Telefon:033-435 47 83  
E-post: angela.bang@hb.se

## RESULTATÖVERSIKT

Domäner	Underkategorier	Kategorier	Tema
VÄLBEFINNADE	Känna lättnad över att få hjälp Inte vara insatt i diagnosens konsekvenser	Får hjälp och känner sig beskyddad	
	Känna sig vänligt bemött Få vård efter förväntan Få hjälp in i patientrollen Känna sig delaktig	Får bekräftelse från vårdarna	
	Känna igen behandlingsrutiner Kunna lita på vårdarna Bli positivt särbehandlad Få mandat att tycka till om vården	Yrkesrollen påverkar positivt	
LIDANDE	Känna sig chockad Känna att tillvaron rasar Hamna i en omtumlande situation	Vardagen havererar	
	Känna fysisk smärta Vara inbunden på grund av smärta Härda ut Ge upp	Påverkad av fysisk smärta	
	Inte bli sedd Känna sig sviken Känna nonchalans från vårdarna Inte bli delaktig	Vårdlidande som patient	Bli delaktig utan att vara ansvarig
	Förstå hur vårdarna tänker Ta för stort ansvar som patient Bli vårdad av vänner Ha svårt att komma in i patientrollen Ta beslut åt vårdarna Inte få information Dra hård lärdom Inte kunna vara anonym	Yrkesrollen påverkar negativt	
	Känna sig i behovsställning Inte få hjälp Känna rädsla för felbedömning Bli felbehandlad Känna sig utlämnad till vårdarnas skiftande professionalitet	Känner sig utsatt	
	Ha en outtalad regel att inte ringa 112 Hålla låg profil Känna rädsla för sekretessbrott	Attityder inom ambulanssjukvården	