



**Karolinska  
Institutet**

Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset  
Specialistsjuksköterskeutbildningen inom ambulanssjukvård 60 hp  
Kurs: 2AM019 EXAMENSARBETE FÖR SPECIALISTSJUKSKÖTERSKEEXAMEN  
AMBULANSSJUKVÅRD  
Termin: 3 VT 15

**Patienter med psykisk ohälsa- ambulanssjuksköterskors  
upplevelser av det vårdande mötet.**

**Patient´s with mental illness- ambulance nurse´s experience of the  
caring meeting.**

Författare: Jenny Karlsson Pajaujis  
Handledare: Veronica Vicente  
Examinator: Katarina Bohm

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Att möta patienter med psykisk ohälsa ingår i ambulanssjuksköterskans profession. Utifrån sin yrkesprofession ska ambulanssjuksköterskan, med sig själv som redskap, utföra god omvårdnad genom att möta dessa patienter utifrån individuella och ibland komplicerade behov.

**Syfte:** Syftet var att beskriva ambulanssjuksköterskornas upplevelser av att möta patienter med psykisk ohälsa.

**Metod:** Studien genomfördes med kvalitativ metod. Semistrukturerade individuella intervjuer användes som metod för datainsamling. Innehållsanalysen utfördes enligt Elo och Kyngäs (2008) beskrivning av analysprocessen.

**Resultat:** En huvudkategori framkom i resultatet: *”Lidandets olika behov av unikt omhändertagande skapar en ökad sårbarhet och utmaning hos ambulanssjuksköterskan i det vårdande mötet med patienter med psykisk ohälsa”*. Följande tre kategorier stöttar upp huvudkategorin: *”Lidandets nyanser”*, *”Närståendes livslidande och utökade ansvar”* samt *”Ambulanssjuksköterskans sårbarhet och utmaningar i det vårdande mötet”*.

**Slutsats:** Med sig själv som redskap i möten med patienter med psykisk ohälsa ska ambulanssjuksköterskan skapa ett vårdande möte. Mötet ska skapas med en unik individ, ofta drabbad av lidande, ibland i en oförutsägbar situation. Detta medför en ökad utmaning och sårbarhet både utifrån ambulanssjuksköterskans profession och person i en krävande vårdmiljö.

**Nyckelord:** psykisk ohälsa, ambulanssjuksköterska, lidande, omvårdnad, sårbarhet, innehållsanalys.

## **ABSTRACT**

**Background:** To meet patients with mental illness is included in the profession of the ambulance nurse. As a professional, with her self as a tool, the ambulance nurse shall accomplish good care by meeting these patients based on individual and sometimes complex needs.

**Purpose:** The purpose of this study was to describe the ambulance nurse's experiences of meeting patients with mental illness.

**Methods:** The study was performed using a qualitative method. Semistructured individual interviews were used as method for collecting the data. Content analysis was performed according to Elo and Satu (2008) description of the process of analyzing.

**Findings:** One generic category was found in the result: *“Suffering various needs of unique care creates increased vulnerability and challenge for the ambulance nurse in the caring meeting with patients with mental illness”*. The following three categories builds up the generic category: *“The shades of suffering”*, *“Relatives suffering from life and increased responsibility”* and *“The ambulance nurse's increased vulnerability and challenges in the caring meeting”*.

**Conclusion:** With her self as a tool in the meeting with patients with mental illness the ambulance nurse shall create a caring meeting. The meeting shall be created with a unique individual, often suffering, sometimes in an unpredictable situation. This entails an increased challenge and vulnerability both from the perspective of the profession and her self in a demanding health care environment.

**Keywords:** mental illness, ambulance nurse, suffering, caring, vulnerability, content analysis

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

### **BAKGRUND**

Fel! Bokmärket är inte definierat.

Definition av psykisk ohälsa	1
Att leva med psykiskt ohälsa	1
Psykisk ohälsa ur ett samhällsperspektiv	2
Attityder gentemot psykisk ohälsa	3
Psykisk ohälsa och stigmatisering	4
Kontext ambulanssjukvård	5
Vårdvetenskap ur ett livsvärldsperspektiv	6
Möten med patienter med psykisk ohälsa i ambulanssjukvården	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
Urval	9
Datainsamling	9
Dataanalys	10
<b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>	<b>11</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>13</b>
Lidandets nyanser	14
Närståendes livslidande och utökade ansvar	16
Ambulanssjuksköterskans sårbarhet och utmaningar i det vårdande mötet.	18
<b>DISKUSSION</b>	<b>22</b>
Resultatdiskussion	22
Metoddiskussion	29
<b>SAMHÄLLELIG NYTTA</b>	<b>31</b>
<b>SLUTSATS</b>	<b>31</b>
<b>REFERENSFÖRTECKNING</b>	<b>33</b>

## **BAKGRUND**

Psykisk ohälsa är ett globalt problem som stadigt ökar. Människor med psykisk ohälsa finns överallt i samhället och återfinns följaktligen i ambulanssjukvården (Shaban, 2012). Mellan tjugo och fyrtio procent av befolkningen i Sverige uppger att de lider av psykisk ohälsa enligt Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport (2009). Levnadsförhållanden för människor med allvarlig psykisk ohälsa är sämre avseende ekonomi, social gemenskap, fysisk hälsa och förankring på arbetsmarknaden (Nationell psykiatrisamordning, 2006). Enligt Pajonk, Schmitt, Biedler, Richter, Meyer, Luiz och Madler (2008) är tolv procent av alla ambulansuppdrag relaterade till psykisk ohälsa och utgör lika stor andel som trauma- och strokeuppdrag. Detta innebär att bedömning, behandling och omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa tillhör ambulanssjuksköterskans vardag enligt Shaban (2012). Hon beskriver även att det trots detta endast finns begränsad forskning angående psykisk ohälsa inom ambulanssjukvården.

### **Definition av psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa är ett stort begrepp som SKL i Öppna jämförelser: Folkhälsa (2014) definierar enligt följande:

*”Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som omfattar en rad olika aspekter av psykiska problem. Det gäller allt från självrapporterade besvär såsom trötthet, oro och ångest till depression och andra manifesta psykiska sjukdomar såsom schizofreni”*(s.48).

Författaren väljer att använda denna breda definition i studien eftersom ambulanssjuksköterskor inte alltid får kännedom om patientens diagnos alternativt vid vårdande av patienter med psykisk ohälsa som är odiagnostiserad.

### **Att leva med psykisk ohälsa**

Att leva med psykisk ohälsa kan innebära lidande utifrån en vårdkontext som beskrivs utifrån sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Sjukdomslidande innebär lidande orsakat av olycksfall, sjukdom, psykisk ohälsa eller lidande pga. behandling av sjukdom. Livslidande är ett lidande som relaterar till livssituationen, ett existentiellt lidande och har nära förbindelse med individens unika livsvärld. Vårdlidande är lidande som orsakas av vården eller brister i

vårdrelationen (Dahlberg, 2002). Varje lidande är unikt och tar sig därför unika uttrycksätt. Lidande uppstår vid upplevelser av att självet som helhet hotas. Lidande kan komma att uppstå utifrån känslor av otillräcklighet, självfördömelse eller oförmåga att leva det liv som önskas (Eriksson, 1994).

Deltagare i fokusgruppsintervjuer anser att förklaringar till varför psykisk ohälsa uppkommer kan vara kroppsliga mekanismer såsom hormoner och signalsubstanser samt kemisk obalans. Fler förklaringar som nämns är neurologiska orsaker och nedärvd känslighet. Yttre faktorer som de tror påverkar är påfrestande händelser i livet som skilsmässor, anhörigas död, ekonomiska problem, högt tempo och höga krav i samhället samt stress. Deltagarna har personliga erfarenheter av psykisk ohälsa som exempelvis ångest, depression och utmattningssyndrom. Upplevt lidande och konsekvenser såsom passivitet, nedsatt ork, kraftig rädsla, oförmåga till aktivitet, självdestruktivitet samt att de drar sig undan sociala sammankomster beskrivs. Känslor av att vara onormal, sämre självkänsla och självförtroende beskrivs också som konsekvenser liksom upplevelser av att känna sig stämplade som psykiskt sjuka och negligerade från vårdens sida. Denna negativa uppfattning dominerar, men även positiva erfarenheter av vården beskrivs och den präglas då av engagemang och att personliga relationer skapas. De upplever sig också som en lågprioriterad grupp i samhället, instanser som då nämns är landsting, försäkringskassa och arbetsmarknad (Ohlsson, 2009).

### **Psykisk ohälsa ur ett samhällsperspektiv**

Socialstyrelsens Hälsa- och sjukvårdsrapport (2009) beskriver en negativ utveckling av den psykiska hälsan det senaste decenniet, framförallt hos kvinnor mellan 15 – 24 år. Som tidigare beskrivits upplever tjugo till fyrtio procent någon form av psykisk ohälsa. Tre till fyra procent av vuxna svenska medborgarna söker psykiatrisk vård och fem till tio procent uppskattas vara i behov av det. De vanligaste orsakerna till psykiatrisk behandling är depression, missbruk, psykoser, schizofreni och ångest. Ca tre till fyra procent av vuxna svenskar behandlas årligen inom psykiatrin. Psykisk ohälsa behandlas och tas även om hand av primärvård och socialtjänst. Flera troliga orsaker till den ökande psykiska ohälsan föreslås i Socialstyrelsens Hälsa- och sjukvårdsrapport (2009); ökade krav på unga, ökning av missbruk, strukturella förändringar såsom minskade resurser inom förebyggande insatser, arbetslöshet och därmed ekonomiska problem med svårighet att skaffa bostad som följd.

Den vanligaste orsaken till att människor i Sverige står utanför arbetsmarknaden är psykisk ohälsa. Varje år drabbas ca tjugo procent av arbetskraften av detta. Fyrtio procent av alla sjukskrivningar är relaterade till psykisk ohälsa. En femtedel av de som arbetar uppger att de lider av exempelvis oro, sömnsvårigheter och nedstämdhet (OECD, 2013). Enligt OECDs rapport *Mental Health and Work: Sweden (2013)*, kostar psykisk ohälsa samhället ca 70 miljarder kronor om året i förlorade arbetsinsatser samt utgifter för vård och omsorg, detta motsvarar nästan tre procent av BNP (Bruttonationalprodukt).

### **Attityder gentemot psykisk ohälsa**

Människor som lider av psykisk ohälsa har genom tiderna varit en utsatt grupp som allmänheten varit rädda för och misstänksamma emot (Scanner, 2009).

Studier som belyser attityder gentemot psykisk ohälsa, både hos allmänheten och sjuksköterskor, ger tvetydiga resultat. Enligt Björkman, Angelman och Jönsson (2008) lever fördomar, negativa attityder och stigmatisering kvar både hos allmänheten och sjuksköterskor och tycks inte ha förändrats de senaste årtiondena. Allmänsjuksköterskors attityd tycks vara mer negativ än psykiatrisjuksköterskors, men Högberg (2010) påvisar att patienter upplever stigmatisering även inom den psykiatriska vården. Chambers, Guise, Välimäki, Botelho, Scott, Staniuliené och Zanotti (2010) beskriver att sjuksköterskors attityd gentemot patienter som lider av psykisk ohälsa överlag är positiv. Detta sågs tydligast hos kvinnliga äldre sjuksköterskor medan Kerrison och Chapmans (2007) studie kan tyda på motsatsen; här uppger sjuksköterskor att de medvetet undviker dessa patienter pga. att de anses som besvärliga och inte klassas som riktiga patienter. Dessa patienter får enligt dem vänta längre på bedömning och behandling samt triageras lägre. Shaban (2012) beskriver att patienter med psykisk ohälsa löper störst risk för undertriagering i mötet med ambulanssjukvården samt att de endast i ett fåtal fall hänvisas till vård avsedd för psykiska besvär.

Patienter med psykisk ohälsa löper samma risk, och ibland högre, att drabbas av somatisk sjukdom. Clarke, Dusome och Hughes (2007) studie visar att dessa patienter upplever att de inte tas på allvar när de söker vård på akutmottagningar, att oavsett om de söker för somatiska problem så förklaras deras symtom som psykiskt betingade; de får en stämpel som psykiskt sjuka. De upplever också att de får vänta längre, vilket överensstämmer med sjuksköterskornas uppfattning i Kerrison och Chapmans (2007) studie.

Motsatser ses i Högbergs (2010) och Brockington, Hall, Leving och Murphys (1993) studier avseende korrelation mellan utbildningsnivå och attityder. Högberg (2010) menar att mer

positiva attityder finns bland lågutbildade medan Brockington et al. (1993) tvärtom menar att högre utbildningsnivå genererar mer positiva attityder gentemot psykisk ohälsa. Även i Björkman et al. (2008) studie påvisas att högre utbildning genererar mindre rädsla för dessa patienter och till följd av detta mer positiv inställning. I Wolff, Pathare, Craig och Leff (1996) studie pekar resultaten på att kunskap förvärvat av eget intresse var mer betydelsefullt för utfall av positiva attityder än utbildningsnivån.

Patienter med psykisk ohälsa upplevs av allmänheten som aggressiva, konstiga, oförutsägbara och skrämmande. Personer med kunskap om psykisk ohälsa, egna erfarenheter samt de som själva arbetat med denna patientgrupp uppvisar mer positiva attityder. Detta påvisas i resultat både från Angermeyer och Dietrich (2006) och Högberg (2010) studier.

Egersand och Eriksson (2009) skriver om vårdares rädsla i möten med patienter som lider av psykisk ohälsa. Det finns rädsla för att bli fysiskt eller psykiskt skadade samt rädsla för det främmande och oförutsägbara som är svårt att relatera till. Detta kan leda till en känsla av kontrollförlust över situationen, att vårdaren ifrågasätter sin duglighet och professionalism samt känslor av vanmakt. Följden kan bli en negativ påverkan på vårdrelationen; hindra den vårdande relationen genom att vårdaren tar avstånd, ignorans eller konfrontation (Egersand & Eriksson, 2009).

Både Clarke et al. (2007) och Kerrison och Chapman (2007) visar att kunskapsbrist råder bland sjuksköterskor inom området psykisk ohälsa. Utbildning inom ämnet efterfrågas eftersom de upplever att de har bristande kunskap och färdigheter för att bedöma, bemöta och ta hand om dessa patienter (Clarke et al., 2007; Kerrison & Chapman, 2007).

### **Psykisk ohälsa och stigmatisering**

Enligt Lundberg (2010) kan negativa uppfattningar eller stereotyper gentemot psykisk ohälsa ur ett samhällsperspektiv beskrivas som en ond cirkel. Denna stigmatisering medför diskriminering såsom exempelvis social utstötning och sämre vårdutbud, vilket i sin tur kan leda till sämre självkänsla och i förlängningen till försämring av det tillstånd som var ursprunget till stigmatiseringen; den psykiska ohälsan. Ordet stigma betyder brännmärke eller märke efter stick. Från antiken och ända fram till 1800- talet brännmärktes i vissa länder brottslingar för att kännas igen. Den fysiska brännmärkningen är nu avskaffad, men den sociala lever kvar i form av utstötning. I nutid används ordet stigmatisering om individer eller grupper som uppfattas som hotfulla och annorlunda och avviker från normala samhällsnormer (Lundberg, 2010).



## **Kontext ambulanssjukvård**

Mötet med ambulanspersonalen är för patienten det första mötet med vården i vårdkedjan. Ambulansverksamheten har utvecklats från en transportorganisation till en organisation som bedriver högspecialiserad vård (Poljak, Tveith & Ragneskog, 2006). Ambulanssjukvårdens historia i Sverige går från 1880-talets hästdragna transporter till dagens fullt medicinsktekniskt utrustade bilar med hög medicinsk kompetens. Ambulanssjukvård som vårdområde grundlades när landstingen 1964 fick ansvar för verksamheten. Detta medförde ökade krav på utbildning och utrustning. Fram till 1964 låg ansvaret på sjukhuset, taxi eller brandkåren (Wireklint, 2005). Ambulanssjukvården styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 §; 2a §, med krav på god kvalitet, lättillgänglighet, tillgodoseende av patientens behov och trygghet. Vidare i lagen ställs krav på respekt för patientens självbestämmande samt främjande av individens integritet med målet att uppnå hälsa och välbefinnande.

I Kompetensbeskrivning för ambulanssjuksköterska beskrivs hur omvårdnaden bör utföras; den ska utgå från patientens individuella, och ibland komplicerade behov, främja välbefinnande, autonomi och värdighet samt lindra lidande. Patienten skall utifrån ett etiskt förhållningssätt bemötas utifrån hans individuella fysiska, psykiska- och sociala behov, detta i rätt vårdtempo för den enskilda patienten. Vidare i denna kompetensbeskrivning beskrivs att ambulanssjuksköterskan ska agera professionellt och respektfullt i den prehospitalla miljön. Personligt ansvar för omvårdnaden samt reflektion är förutsättningar för ett etiskt förhållningssätt och för att kunna ge god omvårdnad till patienter. Omvårdnad utgår från en helhetssyn på människan där hennes sociala, fysiska, psykiska och existentiella delar spelar lika roll (Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Ambulanssjukvård är både avancerad sjukvård på hämtplatsen och i ambulansen samt specialiserad transport till rätt vårdnivå för varje enskild patient. Kompetenser i ambulansen är idag undersköterskor, sjuksköterskor samt specialistsjuksköterskor (Wireklint, 2005). Vårdscenen är ny och unik för varje ambulansuppdrag och är från början en okänd plats någonstans i samhället utanför sjukhuset (Wireklint, 2005; Bremer, 2012). I en studie av Holmberg (2008) framkom det i resultatet tre huvudområden avseende ambulanssjuksköterskans ansvar för omvårdnaden. Det första är ”Förberedelser och skapar förutsättningar för omvårdnaden” och omfattar bl.a. kontroll av bil och utrustning, när larmet

från larmcentralen kommer, inläsning av behandlingsriktlinjer, anlända till patienten så fort som möjligt och inleda patientmötet. Det andra huvudområdet är ”Finns till för patienten och närståendes behov”. Detta innebär bl.a. att göra en erfarenhetsbaserad och medicinsk bedömning, det unika patientmötet, samarbete med andra instanser och överlämnade av ansvar till nästa vårdnivå. Det tredje och sista huvudområdet är ”Skapar trygghet för patienten och närstående” vilket i studien innebär att skapa trygghet, ge fortlöpande information till patienter och närstående, visa förståelse och kunna sätta sig in i patientens upplevelse av situationen och skapa en så lugn och skyddad miljö som möjligt (Holmberg, 2008).

Ambulanspersonalen skapar ett vådrum kring patienten vid varje vårdtillfälle med syfte att värna om hens integritet. De ska ta anamnes av patienten, bedöma, behandla och skapa en tillitsfull vårdrelation. Vårdrummet skapas ibland på offentliga platser och i närståendes närvaro (Bremer, 2012). Enligt Wireklint (2005) skapas detta vådrum genom ett kreativt förhållningssätt, fantasi och variation. Vidare krävs självständighet, anpassningsförmåga samt kommunikation och samarbete med kollegan mot ett gemensamt mål i såväl mycket akuta situationer som mindre akuta. Förberedelsefasen startar redan när larmet från larmcentralen mottages; vad som förväntas troligt samtidigt som öppenhet för det oväntade scenariot krävs. För att ambulanspersonalen ska uppnå ett professionellt vårdande behöver vårdvetenskap och medicinsk kunskap interageras. Även patientens samverkan krävs; att hen är villig att samarbeta, ger adekvat och sanningsenlig information samt att relationen bygger på ömsesidig respekt vårdare och patient emellan (Wireklint, 2005).

### **Vårdvetenskap ur ett livsvärldsperspektiv**

Karin Dahlbergs vetenskapliga beskrivning av patientens livsvärld används som referensram i studien (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). En helhetssyn på patienten och dennes upplevda värld bör genomsyra omvårdnaden för att kunna tillgodose individuella behov samt för ett bra bemötande. Omvårdnaden utgår från begreppen livsvärld, lidande/ välbefinnande, subjektiv kropp och vårdrelation ur ett etiskt patientperspektiv där hänsyn ska tas till integritet och värdighet. Livsvärlden är den enskilda patientens upplevda värld, den dagliga tillvaron, patientens perspektiv, vilket ambulanssjuusköterskan behöver vara öppen för. Varje patient är en unik människa och expert på sig själv. Lidande innebär enligt Dahlberg et al. (2003) att patienten kan ha ett välbefinnande trots att hen lider, inga motsatsförhållanden föreligger. Genom att hjälpa patienten, ur denna studies synvinkel patienter med psykisk ohälsa, att hantera sitt lidande kan välbefinnande främjas. Den subjektiva kroppen är en enhet av kropp, själ och ande och alla delar bör beaktas i

omvårdnaden. Omvårdnad utgår från mötet mellan patient och vårdare; vårdrelationen. Omvårdnadens mål är att skapa villkor för patientens välbefinnande och hälsa genom att lindra eller förhindra lidande. (Dahlberg et al., 2003).

### **Möten med patienter med psykisk ohälsa i ambulansjukvården**

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 §; 2a §, skall en god vårdrelation mellan patient och vårdgivare eftersträvas genom att bedriva vård utifrån en humanistisk människosyn med respekt för individen och hens integritet.

Varje enskild patient upplever vård på ett unikt sätt, patienten har ett liv utanför vården, en unik livsvärld som är påverkad av hens familj, bakgrund och erfarenheter. Detta medför att ambulanssjuksköterskor behöver kunna möta varje patient utifrån hens unika behov (Österberg & Nordgren, 2012). Detta överensstämmer med Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerbergs (2003) beskrivning av att vårdare ska vara öppna för patientens unika perspektiv. Både Österberg och Nordgren (2012) och Dahlberg et al. (2003) beskrivning av möten i vården utgår från ett vårdvetenskapligt perspektiv med patienten i fokus, de menar att vårdvetenskapens kärna är att se hela patienten. Österberg och Nordgren (2012) skiljer på vård och vårdande, vård omfattar det biologiska och medicinska perspektivet och vårdande är ett vårdvetenskapligt begrepp där fokus ligger på patienten. Professionellt vårdande omfattar att vårdarna har kunskap om och arbetar utifrån båda dessa perspektiv (Österberg & Nordgren, 2012).

Dahlberg et al. (2003) menar att omvårdnaden utgår från vårdrelationen och det unika mötet mellan den enskilda patienten och vårdaren för att uppnå målet att lindra eller förhindra lidande och därmed skapa villkor för patientens välbefinnande. Enligt Egersand och Eriksson (2009) är en vårdrelation relationen mellan patient och vårdare, oavsett kvalité på denna. De beskriver en skillnad på vårdrelation och en vårdande relation. Den vårdande relationen kännetecknas av att vårdaren lindrar patientens lidande genom att värna om hens värdighet (Egersand & Eriksson, 2009). Elmqvist, Fridlund och Ekebergh (2008) visar att patienters första möte med vårdare i ambulanssjukvården är mer än en medicinsk bedömning. Patienter befinner sig i en utsatt situation och kan känna sig sårbar och ensam. Patienter som lider av psykisk ohälsa kan vara än mer sårbara och ha svårare för att skapa relationer utifrån rädsla och osäkerhet relaterat till sin ohälsa (Ohlsson, 2009). Österberg och Nordgren (2012) beskriver att vårdrelationen är ojämlig eftersom patienten är beroende av vårdaren. Vidare menar de att vårdrelationen bör präglas av ömsesidig respekt. Vårdaren måste vara förberedd

både på den medicinska bedömningen och på att möta patientens lidande. Patienten överlämnar ansvar och beslut åt vårdaren samt att hans autonomi kan vara reducerad. Patienten behöver bli bekräftad, få mänsklig närvaro, fysisk beröring och bli kallad vid namn (Elmqvist et al., 2008). Lindvall och Peterson (2009) beskriver att patienters positiva upplevelser av möten med ambulanspersonalen utgår från lugnt och tryggt bemötande, att förtroende skapas, empati samt att information ges. Möten som upplevdes negativa var när patienten bemöttes med spydighet och ironi samt när de upplevde att de inte blev tagna på allvar (Lindvall & Peterson, 2009). Ett vårdlidande beskrivs som ett lidande i relationen mellan vårdare och patient då vårdrelationen brister (Dahlberg et al., 2003).

## **PROBLEMFORMULERING**

Tjugo till fyrtio procent av den svenska befolkningen lider någon gång under sitt liv av psykisk ohälsa. Kunskapsbrist om psykisk ohälsa finns både hos allmänheten och inom sjukvården. Forskning i ämnet inom sjukvården finns, dock inte mycket som berör ambulanssjukvården. Som representant för sjukvården tidigt i vårdkedjan har ambulanssjuksköterskan stort ansvar för bedömning, bemötande och omvårdnad. Ambulanssjuksköterskors upplevelser av att möta patienter med psykisk ohälsa kan belysa ämnet och skapa förståelse för hur det ser ut i ambulanssjukvården inom detta område då djupare kunskap saknas. Studien kan även bidra till ökad kunskap om det vårdande mötets betydelse för patienter med psykisk ohälsa. Som tidigare beskrivits efterfrågas kunskap inom området av ambulanssjuksköterskor för att kunna möta dessa patienter och erbjuda god omvårdnad.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie är att beskriva ambulanssjuksköterskornas upplevelser av att möta patienter med psykisk ohälsa.

## **METOD**

Studien hade en vårdvetenskaplig ansats med ett livsvärldsperspektiv. Kvalitativ metod med induktiv utgångspunkt användes då den eftersträvade att beskriva ambulanssjuksköterskornas

upplevelser av att möta patienter med psykisk ohälsa. Kvalitativ metod lämpar sig bäst just när man vill studera människors upplevelser av ett fenomen eller syn på verkligheten. Verkligheten kan uppfattas på olika sätt; det finns alltså inte en absolut sanning. I kvalitativa studier vill man beskriva, skaffa insikt och nå en djupare förståelse om fenomenet som skall undersökas; i detta fall ambulanssjuksköterskornas upplevelser (Ludvigsson, 2002). Kvalitativ metod ger deltagarna större frihet att uttrycka sina åsikter än en kvantitativ metod gör (Henricsson & Billhult, 2012). Studien hade en induktiv utgångspunkt eftersom meningen var att komma fram till förklaringar, att uppnå förståelse genom iakttagelser och tolka dessa. Detta tvärtemot deduktiv utgångspunkt där man utgår från en teori som testas. Induktiv utgångspunkt betyder att man utgår ifrån erfarenhetsgrundad kunskap dvs. information som samlas in om verkligheten genom intervjuer eller berättelser. Man studerar och observerar förutsättningslöst valt fenomen i verkligheten (Henricsson & Billhult, 2012).

## **Urval**

Studiens urval var ändamålsenligt vilket innebar att deltagarna skulle ha upplevt det som ämnades studeras för att svara an till syftet (Henricson & Billhult, 2012). Inklusionskriterier var vidareutbildade ambulanssjuksköterskor med minst två års erfarenhet av ambulanssjukvård för att ha hunnit skaffa sig erfarenhet av att möta patienter med psykisk ohälsa. Rekryteringen gjordes med hjälp av områdeschefen som efter skriftlig och muntlig information om studien gav sitt tillstånd till genomförande av intervjuer, se bilaga I. Områdeschefer kan med fördel användas som ”dörröppnare” enligt Polit & Beck (2012). Han vidarebefordrade brev, vilket sedan även skrevs på för samtycke, se bilaga II. Detta innehöll information och förfrågan om deltagande till ambulanssjuksköterskor i sitt område. De fick skriftlig och muntlig information samt skrev på samtyckesbrevet. Tjugonio ambulanssjuksköterskor tillfrågades och åtta valde att delta, fyra män och fyra kvinnor. Deras erfarenhet inom yrket varierade mellan två och femton år.

## **Datainsamling**

Semistrukturerade intervjuer gjordes för att samla in data till studien. Intervjuer som metod används oftast för att samla in data i kvalitativa studier. Detta för att få en innehållsrik och djup beskrivning av informanternas upplevelser av fenomenet som studeras (Baumbusch, 2010). Intervjuerna inleddes med att informanterna ännu en gång fick information om studien

och dess syfte. Intervjufrågorna utgick från en intervjuguide med tre huvudfrågor, se bilaga III. Följdfrågor till huvudfrågorna, relaterade till studiens syfte, ställdes för att stödja och fördjupa intervjuerna. Författaren gjorde två provintervjuer innan de faktiska intervjuerna startade. Detta för att testa både tekniken och intervjufrågorna samt för att författaren skulle komma in i rollen som intervjuare (Danielson, 2012). Den första provintervjun var ett övningstillfälle, den andra inkluderades då den ansågs vara berikande för studien. Intervjuerna ägde rum dels på Karolinska institutet, på informantens arbetsplats eller i hans hem i södra Sverige. Fyra kvinnor och fyra män deltog. De var alla vidareutbildade sjuksköterskor; en narkossjuksköterska och resterande ambulanssjuksköterskor.

### **Dataanalys**

Kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) användes för att svara an till studiens syfte. Innehållsanalys som metod kan användas vid både kvalitativa- och kvantitativa studier, med induktiv- eller deduktiv ansats (Henricson, 2012). Metoden är lämplig att använda när stora mängder data ska analyseras; i detta fall intervjuer. Fokus i innehållsanalys är tolkning av texter, tolkningen kan ske på olika nivåer och metoden kan användas på olika slags texter (Lundman & Graneheim, 2012). För att kunna skapa giltiga, överförbara slutsatser med ändamål att generera nya insikter och kunskap används innehållsanalys med fördel som forskningsmetod (Elo & Kyngäs, 2008). Syftet med innehållsanalys att uppnå en bred och innehållsrik beskrivning av valt fenomen. Datan analyserades med induktiv ansats och utgick därmed från innehållet i intervjutexterna. Detta är en lämplig metod att använda när känsliga ämnen inom omvårdnad ska utforskas samt då få eller inga tidigare studier gjorts om ett fenomen. Innehållet kan analyseras utifrån sitt manifesta eller latent innehåll. Med manifest innehåll menas det som direkt uttrycks i intervjuerna. Vid analys utifrån latent innehåll tolkas även det dolda, exempelvis suckar, stunder av tystnad och skratt (Danielson, 2012; Elo & Kyngäs, 2008). Studien är analyserad utifrån sitt manifesta innehåll.

Enligt Elo och Kyngäs (2008) kan analysprocessen delas in i tre huvudfaser; förberedelsefas, organisationsfas och redogörelsefas.

Analysprocessen inleddes med att datamaterialet transkriberades av författaren. Den transkriberade texten lästes sedan igenom upprepade gånger för att lära känna materialet och få en känsla för helheten. Meningsbärande enheter identifierades, kodades och sorterades in i nio underkategorier utifrån skillnader och likheter. Underkategorierna ledde sedan fram till tre

kategorier, även detta utifrån skillnader och likheter, och utmynnade slutligen i en huvudkategori som representerar resultatet av studien. Kategoriseringen har skett av författaren och det är därmed dennes tolkning av intervjutexterna som ligger till grund för resultatet.

Syftet med att skapa kategorier är att öka förståelsen för valt fenomen, tillhandahålla ett sätt att beskriva detta och för att skapa ny kunskap. En viktig aspekt i innehållsanalys är att under hela analysprocessen arbeta utifrån studiens syfte, att låta detta löpa som en röd tråd genom processen (Elo & Kyngäs, 2008). Författaren har ansträngt sig för att hålla syftet med studien levande under analysprocessen.

Slutligen granskade författaren processen utifrån syfte, frågor, design, urval, metod för datainsamling, analys och presentation. Egna erfarenheter, förförståelse och utbildning i förhållande till valt område granskades självkritiskt för att minska det subjektiva inflytandet på analysen (Elo & Kyngäs, 2008; Danielson, 2012).

## **ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Etiska överväganden i en studie är till för att bevara individens självbestämmande och integritet samt för att värna om människors lika värde. De etiska övervägandena ska gå som en röd tråd genom hela arbetet med studien för att undvika att någon såras, skadas eller utnyttjas (Kjellström, 2012).

För att uppnå detta ska fyra forskningsetiska principer följas; dessa är till för att skydda individen och för att vägleda författaren.

*Informationskravet* uppnåddes genom att deltagarna fick både muntlig och skriftlig information om studiens syfte, att deltagande var frivilligt samt att löfte om konfidentialitet utlovades. Författaren gjorde sig vinn om att deltagarna till fullo förstått informationen. Den skriftliga informationen innehöll även kontaktuppgifter till författaren och handledaren. Deltagarna hade rätt att bestämma över sitt deltagande och kunde när som helst avbryta detta utan negativa följder eller påtryckning från författaren. Detta beskrivs i *samtyckeskravet*. Integriteten har skyddats i enlighet med *konfidentialitetskravet*. Deltagarna kan inte identifieras; intervjuцитat kan ej härledas till en specifik deltagare. Insamlad data har förvarats på ett säkert sätt. *Nyttjandekravet* uppnåddes genom att insamlade uppgifter enbart används för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 1990).

Författare måste väga för- och nackdelar med studier gentemot varandra, dvs. nytta kontra risk (Kjellström, 2012). Författaren ansåg att nyttan för både ambulanssjuksköterskor och

patienter som lider av psykisk ohälsa övervägde riskerna för intervjudeltagarna. Detta enligt Belmontrapportens (1978) etiska princip om att göra gott; vald metod utgjorde minst risk och nyttan med forskningen överväger (Kjellström, 2012). Enligt Helsingforsdeklarationen (1996) väger hälsa, personlig integritet och individers säkerhet tyngst och det vetenskapliga värdet måste uppväga detta.

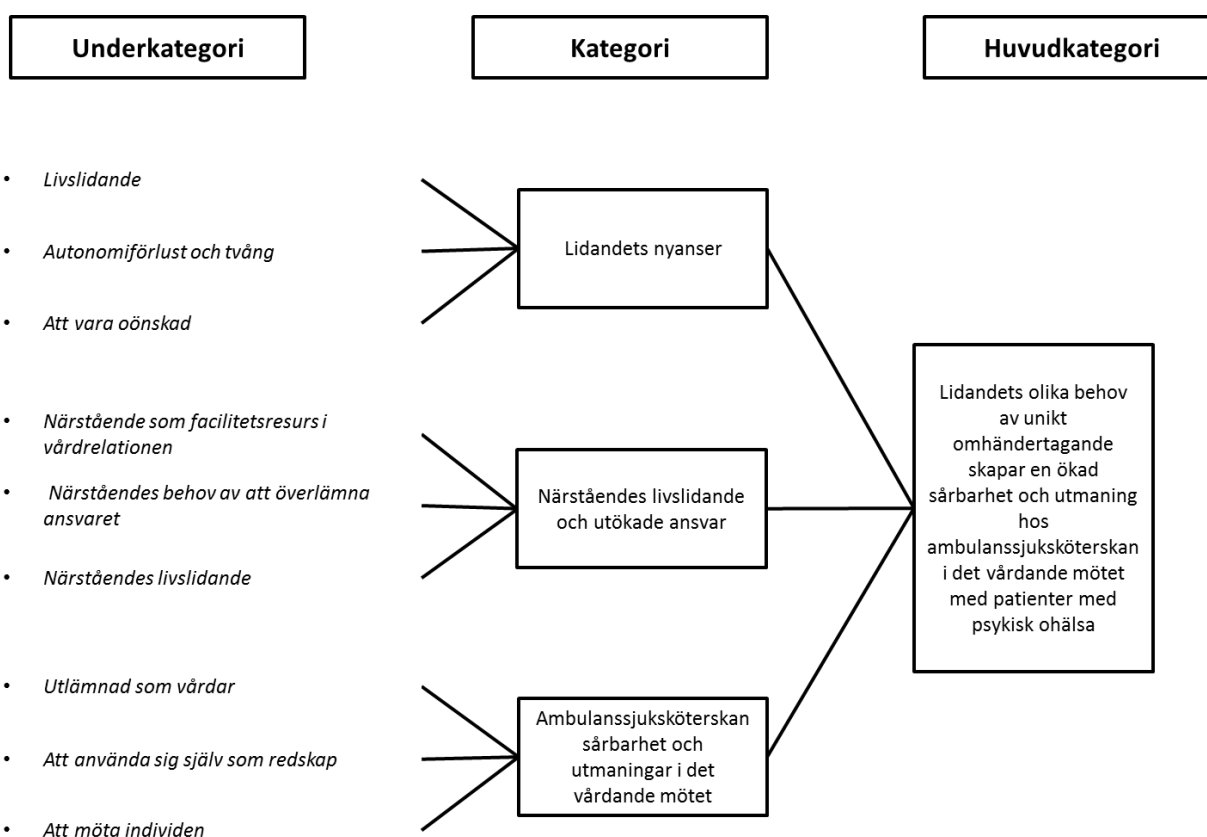
Författaren förhöll sig forskningsetiskt neutral genom att vara väl medveten om och tygla sin förståelse genom hela analysprocessen.



## RESULTAT

Analysen av intervjuerna resulterade i en huvudkategori utifrån studiens syfte: ”*Lidandets olika behov av unikt omhändertagande skapar en ökad sårbarhet och utmaning hos ambulanssjuksköterskan i det vårdande mötet med patienter med psykisk ohälsa*”. Denna huvudkategori understöds av tre kategorier med tillhörande underkategorier. Den första kategorin är ”*Lidandets nyanser*” med underkategorierna *Livslidande*, *Autonomiförlust och tvång* och *Att vara oönskad*. Nästa kategori är ”*Närståendes livslidande och utökade ansvar*” med underkategorierna *Närstående som facilitetsresurs i vårdrelationen*, *Närståendes behov av att överlämna ansvaret* och *Närståendes livslidande*. Den tredje kategorin är *Ambulanssjuksköterskan sårbarhet och utmaningar i det vårdande mötet* med underkategorierna *Utlämnad som vårdare*, *Att använda sig själv som redskap* och *Att möta individen*. Kategorierna beskrivs nedan tillsammans med respektive underkategorier med tillhörande citat för att stärka resultatet.

Resultatet visas i figur .1 nedan.



Figur 1: Underkategorier och kategorier som beskriver huvudkategorin utifrån informanternas upplevelser av att möta patienter med psykisk ohälsa.

## **Lidandets nyanser**

I denna kategori beskrivs upplevelser av möten med lidandets olika nyanser hos patienter med psykisk ohälsa och indelas i tre underkategorier; *"Livslidande"*, *"Autonomiförlust och tvång"* samt *"Att vara oönskad"*.

### Livslidande

Samtliga informanter upplevde att patienternas livssituation påverkades av den psykiska ohälsan. Den samlade uppfattningen var att detta lidande har ett brett spektrum. Livslidandet hos de patienter de hade mött beskrevs som allt från sömnsvårigheter, rastlöshet, oro och svårigheter i att interagera med andra människor till självdestruktiva beteenden, suicidförsök, vanföreställningar och dödsångest. Någon beskrev psykisk ohälsa som en dödlig sjukdom och syftade då på depression. Ensamhet var ett annat sätt som livslidandet gestaltade sig på och var ibland enda kontaktorsak med ambulans. Detta beskrevs bl a som;

*"Dom är isolerade i nån stuga ute på landet och träffar inte folk."*

Informanterna ansåg att livslidandet avspeglades i patienternas ansikten, på mimiken och uttrycket i ögonen. Även patienternas utstrålning och hållning speglade detta lidande. Detta beskrevs av en informant på följande sätt;

*"...det liksom syns i hela deras utstrålning//någonting som händer med mimiken..."*.

Upplevelser om att patienterna skämdes för sin psykiska ohälsa fanns också bland de intervjuade ambulanssjuksköterskorna. Patienterna satte ibland ord på dessa skamkänslor, uttryckte det genom att vilja prata ostört med ambulanspersonal i frånvaro av andra eller som undandragande beteende och ovilja att prata om sitt problem. Patientens upplevelse av skam bidrog till livslidandet. En av informanterna uttryckte det som;

*"Man skäms för sin sjukdom fortfarande//att det är lite tabu med psykisk ohälsa"*.

### Autonomiförlust och tvång

Samtliga informanter hade erfarenhet av att vara delaktiga i att patienter togs med till sjukhus mot sin vilja med hjälp av polishandräckning. Upplevelser av patienter som vägrade medverka fanns samt av patientmöten där patienten inte förstod vad som skedde eller varför. Utifrån patientperspektivet beskrevs detta som ett övergrepp med förlust av självbestämmandet som följd. De upplevde att detta var en obehaglig upplevelse både för patienterna och dem själva och att det var absolut sista utvägen när alla andra alternativ var uttömda. De såg rädsla, förtvivlan och oförståelse hos patienterna samt ibland burdusa och hårdhänta omhändertagande i samband med dessa situationer. Att förlora rätten att bestämma över sitt liv och med tvång, och ibland våld föras till sjukhus, beskrevs av intervjudeltagarna som kränkande och förödmjukande för patienterna och därmed som ett lidande. En informant beskrev detta lidande enligt följande citat;

*”Nån situation som har påverkat mig är ju när man behöver handräckning från polisen//dom är obehagliga för det blir så jobbigt för patienten”.*

En annan beskrev detta med;

*”Det är ju bland det grövsta vi kan göra mot en människa//att utöva tvång”.*

### Att vara oönskad

Denna underkategori beskriver intervjudeltagarnas upplevelse av lidande för patienten utifrån att vara oönskad. Att vara oönskad utgår från en ovilja att köra patienter med psykisk ohälsa i ambulansen samt oviljan att ta emot dessa patienter på sjukhus eller inom psykiatrien när ambulansen kommer med dem. Upplevelserna om ovilja att köra patienterna baseras både på de intervjuade ambulanssjuksköterskornas egna åsikter och deras uppfattning om kollegors åsikter. Majoriteten av informanterna var positiva eller neutrala till dessa körningar, men alla ansåg sig ha ett fåtal kollegor med en negativ inställning. Oviljan att köra patienter med psykisk ohälsa berodde dels på när ambulanspersonalen känner sig utnyttjad av patienter som upplevs ringa ambulansen i onödan och väldigt frekvent, dels på uppfattningen om att ambulansens syfte är att köra somatiskt sjuka patienter. En av informanterna beskriver denna ovilja;

*”För då känns det på något sätt som att vi blir utnyttjade//några patienter som använder ambulansen väldigt konsekvent”.*

En annan informants sätt att uttrycka detta var;

*”Det är ju mer eller mindre en taxiresa, han hade inga somatiska problem”.*

Att vara oönskad på sjukhus och inom psykiatrin härrör från upplevelser om att som ambulanssjuksköterska få tjata om och argumentera för att patienter ska tas emot. Informanterna upplevde att de relativt ofta fick vara påstridiga och bestämda för att få sjukhus eller psykiatri att ta emot patienten. Flera upplevelser när detta skedde framför patienten beskrivs i intervjuerna, vilket ytterligare ansågs förstärka patientens upplevelse om att vara oönskad och på så vis orsaka ett lidande. En av informanterna beskrev detta lidande på följande sätt;

*”Det är ju ingen som säger att man inte får komma om man har ont i magen”.*

Och en beskrev det så här;

*”...sen får man kanske sitta och argumentera i telefonen framför patienten som då redan är kanske i sin sämsta tidpunkt i livet och då känner den att den är ännu mindre önskvärd”.*

### **Närståendes livslidande och utökade ansvar**

Denna kategori beskriver närståendes lidande, förhållande till och delaktighet både i den psykiska ohälsan och vårdmötet. Underkategorierna är *”Närstående som facilitetsresurs i vårdrelationen”*, *”Närståendes behov av att överlämna ansvaret”* och *”Närståendes livslidande”*. Nedan beskrivs kategorierna med citat.

#### Närstående som facilitetsresurs i vårdrelationen

Informanterna beskrev att de närståendes kunskap och kännedom om patienten var till stor hjälp för omhändertagandet, bedömningen och vårdrelationen. De upplevde sig kunna få

värdefull information om patientens anamnes, habituelltillstånd och förändringar i mående och beteende. Detta sågs som ett verktyg att använda sig av och beskrevs så här av en informant;

*”...en tillgång, få höra lite historik tex, hur har det varit förut, är det någon större förändring...”*

En annan beskrev det enligt följande;

*”Dom känner ju den drabbade väl//ser ju nyansskillnaden”*.

Närståendes personliga relation med patienten ansågs också som en hjälp i kommunikationen med patienter som inte var så villiga att medverka. De kunde hjälpa till vid situationer när patienter hade svårt att lita på ambulanspersonalen eller behövde övertalas att följa med ambulansen, både utifrån förtroende, övertalningsmetod och genom att följa med i ambulansen ge patienten trygghet och stöd. Beskrivning av detta enligt en av informanterna;

*”Anhöriga är också ett bra hjälpmedel tycker jag//det är oftast lättare för dom att övertala”*.

#### Närståendes behov av att överlämna ansvaret

Samtliga informanter hade upplevelser av att möta de närståendes lidande och behov.

Lidandet visade sig genom oro för sin familjemedlem, frustration över att inte räkna till; att de egna hjälpinsatserna inte var tillräckliga och som uppgivenhet. Närstående kunde också upplevas som utmattade och ibland på bristningsgränsen till vad de klarade av pga. att de inte längre orkade ta hand om eller stötta familjemedlemmen som mådde dåligt. En av informanternas beskrivning av närståendes lidande och behov;

*”Ja, dom har det ju många gånger tufft dom också//försökt på sitt sätt för att hjälpa, en del är väldigt slitna, en del är uppgivna”*.

Informanterna beskrev även närståendes behov av stöd. De upplevde ett kontakt- och hjälpsökande från dem, en lättnad över att få hjälp och avlastning i omhändertagandet av sin närstående. Lättnad över att få överlämna ansvaret till ambulanspersonalen beskrevs också. Även behov av information om var de närståendes kunde vända sig för att få stöd beskrevs.

En av informanterna berättade att hon för att möta detta behov brukade ge tips om olika stödorganisationer för närstående. De närstående beskrevs vara i behov av stöd och uppmuntran från ambulanssjuksköterskan. En informant beskrev det enligt följande;

*”Många gånger så kanske man behöver stötta dem lite grann också”.*

### Närståendes livslidande

Denna underkategori beskriver att informanterna många gånger upplevde den psykiska ohälsan som hela familjens sjukdom där både negativa och positiva händelser påverkade alla inblandade. Interaktionen mellan ambulanssjuksköterska och patient omfattade även de närstående. Inte bara den som led av psykisk ohälsa var känslomässigt drabbad utan även de närstående, både vad gäller glädje och ledsamhet. Närståendes liv påverkades också av den psykiska ohälsan. De närståendes livslidande beskrevs bland annat i termer som oro och frustration. Bra omhändertagande från ambulans beskrevs som en positiv upplevelse även för de närstående liksom negativa omhändertagande även påverkade dem negativt. Närståendes livslidande beskrevs av en informant på följande vis;

*”De anhöriga går ju ofta i detta hela tiden”.*

Och av en annan så här;

*”Alla var nöjda, familjen också...”.*

### **Ambulanssjuksköterskans sårbarhet och utmaningar i det vårdande mötet.**

Denna kategori beskriver de utmaningar ambulanssjuksköterskan ställs inför i möten med patienter med psykisk ohälsa och om att använda sig själv som redskap i dessa möten. Tillhörande underkategorier är *”Utlämnad som vårdare”*, *”Att använda sig själv som redskap”* och *”Att möta individen”*.

### Utlämnad som vårdare

Upplevelser av att vara utlämnad i möten med patienter med psykisk ohälsa beskrivs av informanterna utifrån olika aspekter; utlämnad utifrån att känna sig ensam i vårdarsituationen, hot och rädsla, kontrollförlust samt brist på kunskap. Att bara vara två personer i ambulansen,

ensam som vårdare bak i bilen, avstånd till sjukhus eller polisens avstånd till ambulansen vid behov av hjälp och bristen på att kunna få stöd eller ordinationer från sjukhus eller psykiatri var upplevelser som fick ambulanssjuksköterskorna att känna sig ensamma och sårbara i vårdarsituationen. Samtliga beskrev att samarbete, stöd och konfirmation från kollegor blev extra viktigt p g a av denna utsatthet. Upplevelsen av att vara utlämnad beskrevs av en informant;

*”...och det tar ju alltid någon minut innan kollegan har hunnit stanna och komma bak”.*

En annan uttryckte det enligt följande;

*”...och larmat SOS och närmaste piképatrull var några mil bort”.*

Upplevelser om hot, våld och rädsla beskrevs av samtliga intervjudeltagare. Rädsla för att bli fysiskt skadad var störst och gemensam för alla. En av intervjudeltagarnas åsikt skiljde sig från övrigas angående rädsla; han upplevde inte att det fanns så mycket rädsla för patienter med psykisk ohälsa, men även han kunde känna sig rädd för att bli fysiskt skadad. Åsikter om att det var svårt att förutse om patienter skulle reagera med aggressivitet på frågor och omhändertagande fanns. Ett säkerhetstänk utifrån hot och våld var övergripande i intervjuerna; den egna säkerheten prioriterades och hjälp från polisen inväntades vid hotfulla situationer. Även medmänniskors och patientens säkerhet fanns med i beskrivningarna. Situationer med hot eller våld medförde att intervjudeltagarna kände sig mindre trygga i sin arbetsroll. Detta beskrevs så här av en informant;

*”Dom är så labila//man vet aldrig liksom”.*

Och på följande sätt av en annan;

*”...kalla på hjälp//man ska aldrig försätta sig i en situation där man känner att man blir hotad”.*

Att förlora kontrollen eller inte bemästra situationer var en annan aspekt av att känna sig utlämnad och sårbar som vårdare. Detta byggde på att patienterna ansågs oberäkneliga och

ibland inte helt adekvata och att det därför kunde vara svårare att skaffa sig en bild av hur de fungerade eller skulle reagera. Exempel på situationer där intervjudeltagarna kände att de hade tappat kontrollen var bl.a. när patienten plötsligt, utan förvarning hoppade ur bilen. Erfarenheter som denna medförde rädsla för att återigen hamna i liknande situationer. Att känna sig utlämnad och sårbar beskrevs på följande sätt av en informant;

*”Jag tycker det är svårt att vårda patienter som inte är helt adekvata//svårt att skapa mig en bra bild av hur patienten mår”.*

En annan uttryckte det så här;

*”Det är väl att man inte riktigt har kontroll på situationen”.*

Ytterligare en aspekt som påverkade känslan av att känna sig sårbar och utlämnad var brist på kunskap om och erfarenhet av patienter med psykisk ohälsa. Flera beskrev behov av utbildning och någon önskade handledning. En av informanterna beskrev detta;

*”Jag har lite erfarenhet//för lite kunskap om psykisk ohälsa”.*

#### Att använda sig själv som redskap

Intervjudeltagarna beskrev att de till stor del använde sig själva som redskap för att skapa en relation med patienter med psykisk ohälsa. Personliga egenskaper och erfarenheter från både privatliv och yrkesliv formade dem som redskap. Erfarenheterna kunde handla om tidigare möten med denna patientgrupp eller personliga erfarenheter. För att i sin profession kunna använda sig själv som redskap på ett framgångsrikt sätt ansåg flera att självkänedom och mod att blotta sig var en förutsättning. Att ge av sig själv på detta sätt var energikrävande och kunde medföra att egna känslor relaterade till påfrestande händelser i privatlivet blommade upp. En av de intervjuade menade att det var en fördel om man hade jobbat med sina egna känslor och rädslor. En informants beskrivning av detta;

*”Man har sig själv som instrument liksom//hur du själv är och hur du bemöter den här människan”*

En annan beskrev det på följande vis;



*”Det är ju väldigt, väldigt krävande av en annan och då får man ju vända ut och in på sig//så att en månads arbete kan vara lika med en patient i tre timmar som är väldigt psykiskt labil”.*

### Att möta individen

Samtliga informanter var överens om att det i alla patientmöten var viktigt att skapa en relation och se individen. Att göra detta i möten med patienter med psykisk ohälsa ansågs något svårare och utgjorde många gånger en utmaning för vårdaren. De strävade efter att vara extra noga med att bekräfta patienten, vara tydliga och ge information om vad som sker, lyssna och att inte döma eller förminska patienten. Detta skedde med mer försiktighet och varsamhet än vid möten med andra patientgrupper, någon beskrev det som ”fingertoppskänsla”. Upplevelser om att den psykiska ohälsan kan ta sig olika uttryck och att det är en utmaning för vårdaren att läsa av patienten och uppfatta dessa nyanser fanns. Det ansågs viktigt att se förbi den psykiska ohälsan och se den unika människan som en helhet. Att skapa lugn, förtroende och att arbeta i patientens takt, inte stressa igenom situationerna samt känna av om kroppskontakt är lämplig ansågs vara än viktigare i dessa möten och beskrevs enligt följande av en av informanterna;

*”Det är inget man ska stressa igenom, utan man får gå lite varsamt fram”.*

En annan informant uttryckte det så här;

*”Sålla bort det och titta på människan i stället”.*

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva ambulanssjuksköterskors upplevelser av att möta patienter med psykisk ohälsa. Utifrån den kunskapslucka som finns inom ambulanskontext i valt ämne diskuteras resultatet till viss del utifrån andra kontexter, men utifrån samma patientgrupp. Henricsson (2012) menar att detta är lämpligt när studier inom valt ämne är få eller saknas. För att den kvalitativa innehållsanalysen ska vara tillförlitlig krävs enligt både Henricsson (2012) och Danielson (2012) en strukturerad och tydlig presentation av resultatet vilket har eftersträövats. Resultatet presenteras därför utifrån kategorierna: *”Lidandets nyanser”*, *”Närståendes livslidande och utökade ansvar”* och *”Ambulanssjuksköterskans sårbarhet och utmaningar i det vårdande mötet”* vilka bygger upp huvudkategorin: *”Lidandets olika behov av unikt omhändertagande skapar en ökad sårbarhet och utmaning hos ambulanssjuksköterskan i det vårdande mötet med patienter med psykisk ohälsa”*.

### Lidandets nyanser

I resultatet framkommer olika former av lidande sett ur ett patientperspektiv. Symtom relaterade till den psykiska ohälsan, exempelvis ångest, interaktionsproblem och ensamhet återfanns liksom lidande utifrån förlust av autonomi i samband med tvångsåtgärder samt upplevelser av att vara oönskad. Beskrivna symtom tolkas som ett livslidande utifrån att de påverkar hela patientens livssituation. Den psykiska ohälsans olika sätt att påverka livssituationen negativt framkommer tydligt i resultatet. Livslidande beskrivet av Eriksson (2001) stärker denna tolkning. Enligt henne är detta lidande relaterat till allt som rör livet; upplevelser och erfarenheter, innebörden av att leva och förändring eller förlust av sådant som tidigare varit en självklarhet pga. ohälsa. Interaktionsproblem och ensamhet som livslidande kan ses både som ett resultat av den psykiska ohälsan eller som en del av dess orsak vilket är tydligt i resultatet. Även i detta ses ett livslidande. Svårigheter att interagera med andra människor pga. lidande återfinns i Morse (2001) artikel. Hon menar att upprättandet av en relation kan hindras eftersom lidandet är svårt att uttrycka eller beskriva. Även energin som går åt till att försöka uthärda lidandet hindrar interaktion med andra. Dahlberg och Segersten (2010) beskriver också ensamhet som ett lidande. De menar att ensamhet är en kraft stark nog att beröra hela individen och hans existens genom att skapa känslor som tomhet och att inte vara sedd. Eriksson (2001) menar att i lidandet är människan alltid i ett visst avseende ensam. Att lidande kan avspeglas i ansiktet genom mimik och *”vara skrivet i ansiktet”* på den som lider framkommer i resultatet. Detta överensstämmer med vad Dahlberg och Segersten (2010)

beskriver. De menar att ögonen är själens spegel och att de speglar en människas inre; känslor, sårbarhet och upplevelser av individens livsvärld. Morse (2001) menar däremot att ett svårt lidande kan gestalta sig som frånvaro av ansiktsmimik, en slutenhet och människan kan upplevas som känslolös. Även detta pga. att försöka utvärda lidandet, men också för att få grepp om situationen.

Resultatet visar även på ett lidande relaterat till känslor av skuld och skam, detta tolkas som ett sjukdomslidande även om psykisk ohälsa inte enbart definieras som en sjukdom i denna studie. Som författaren erfar det överensstämmer detta med Eriksson (2001) beskrivning av begreppet sjukdomslidande. Hon menar att detta lidande även omfattar själsligt och andligt lidande förorsakat av upplevelser av just skam, skuld eller förnedring i samband med sin ohälsa.

Resultatet visar att förlust av självbestämmande i form av tvångsvård sågs som ett övergrepp och grov kränkning mot patienten och hans integritet. Detta lidande tolkas som ett vårdlidande utifrån ett maktutövande i vårdrelationen. Denna tolkning stärks av Erikssons (2001) beskrivning av att makt mot den fria viljan kan orsaka ett vårdlidande. I resultatet framkommer att tvångsvård ansågs vara det sista alternativet utifrån att det i stunden ökar patientens lidande trots att det i förlängningen är för hans bästa. Detta ökade lidande i form av vårdlidande i första skedet kan tyckas motsägelsefullt i förhållande till de krav som ställs på sjuksköterskor i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 §; 2a §, om respekt för patientens självbestämmande. Även Kompetensbeskrivning för ambulanssjuksköterskor (2012) beskriver att omvårdnad bör utövas utifrån att lindra lidande (Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Resultatet pekar även på ett vårdlidande för patienten utifrån en oförståelse för vad som sker. Oförståelsen skapade osäkerhet och obehag och därmed lidande. Dahlberg och Segersten (2010) anser också att detta oförstående innebär ett vårdlidande och kan orsaka patienten en känsla av att vara underlägsen och förlust av självkänsla.

Även att vara oönskad tolkas som ett vårdlidande. Vårdlidandet finns i när patientens psykiska ohälsa inte tas på allvar av ambulanssjuksköterskan, inte ses som en ”riktig” orsak, dvs. ett somatiskt skäl, till att åka ambulans. Detta överensstämmer med Kasén (2008) beskrivning av ett vårdlidande. Hon menar att vårdlidande uppstår när patienter fördöms av vårdaren utifrån diagnos eller beteende. Vidare beskriver hon att vårdlidande kan uppstå när patienten upplever att det inte finns plats för hen vid avsaknad av vårdplats eller resurser. Resultatet pekar på vårdlidande utifrån detta perspektiv när sjukhus eller psykiatri inte vill ta

emot patienter med psykisk ohälsa och när ambulanssjuksköterskor öppet inför patienten får argumentera sig till att få komma. Att patienten då kan känna sig oönskad och att lidande orsakas är inte svårt att leva sig in i. Som en informant beskrev det så är det ingen som ifrågasätter vårdbehovet om patienten har ont i magen.

Kunskap om och förståelse för hur komplext lidande kan uttrycka sig hos den enskilda individen samt hur vården kan orsaka lidande kan vara till hjälp för ambulanssjuksköterskan i möten med patienter med psykisk ohälsa och därmed bidra till minskat lidande för patienten. Sett utifrån ett livsvärldsperspektiv kan ambulanssjuksköterskor genom denna ökade förståelse för lidandets flera dimensioner hjälpa patienter att hantera sitt lidande och som följd främja välbefinnande och därmed uppnå omvårdnadens mål i enlighet med Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) åsikter.

#### Närståendes livslidande och utökade ansvar

Att närstående påverkas av och är delaktiga i den psykiska ohälsan framkommer tydligt i resultatet. Det visar att närstående ses som en viktig facilitetsresurs av ambulanssjuksköterskor genom sin kännedom om och relation till patienten. Detta används som ett verktyg i bedömningen, omhändertagandet och i skapandet av vårdrelationen med patienten. Genom sin personliga relation med patienten kan närstående vara behjälpliga när patienten inte vill medverka eller har svårt att förlita sig på ambulanssjuksköterskan.

Närstående som informationskälla om patienten ansågs också värdefull. Talseth, Gilje och Norberg (2001) har nått likande resultat i sin studie om närstående till patienter som på grund av psykisk ohälsa försökt begå självmord. De beskriver att information om patienten från närstående är till hjälp i bedömningen av suicidrisk. Dahlberg och Segersted (2010) beskriver att vårdaren bör känna till hur viktig den närståendes roll kan vara i vårdmötet för patientens möjlighet att återvinna hälsa och nå välbefinnande. Även de anser att närstående är ett viktigt verktyg för vårdaren utifrån deras relation med patienten. Att tillvarata de närståendes kunskaper och erfarenheter finns också beskrivet i Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005).

Närstående tar ofta stort ansvar i form av att stötta och att ständigt finnas till hands för den som lider av psykisk ohälsa. Att ge detta stöd kan dränera dem på energi och skapa känslor av otillräcklighet och orkeslöshet. Detta utökade ansvar för närstående som kan följa i den psykiska ohälsans spår framkommer tydligt i resultatet. Det påvisar också närståendes behov av att få överlämna ansvaret till ambulanssjuksköterskan, att avlastas sin börda. Lättnad och

tacksamhet för hjälp och avlastning när ambulansen anländer framkommer. Även Talseth et al. (2001) har funnit att närstående kan uppleva ansvaret som överväldigande, att det kan vara oerhört krävande att bära hela ansvaret för patienten och att det inte alltid är önskvärt från närståendes sida. De beskriver också behovet av att avlastas sitt ansvar. Närstående har också ett eget behov av stöd och omhändertagande från ambulanssjuksköterskorna, av uppmuntran och tröst samt bli lyssnad på och bekräftas vilket framkommer i resultatet. Det framkommer även att ambulanssjuksköterskorna försöker stötta de närstående. Talseth et al. (2001) artikel visar på liknande resultat, närståendes behov av tröst, delaktighet och att bli sedd framkommer i deras artikel. Detta kan reducera närståendes känsla av maktlöshet och hjälplöshet. Ur ambulanskontext, dock sett utifrån somatiska traumatiska händelser, finns även i Elmquist, Fridlunds och Ekebergh (2008) artikel beskrivet att frihetskänsla, trygghet och minskad ångest följer överlämnandet av ansvar av det patient eller närstående inte själva klarar av. Talseth et al. (2001) beskriver att närstående som inte blir lyssnade på eller sedda upplever detta som en börda, vilket ytterligare förstärker resultatet om hur viktigt detta stöd är. Frånvaro av stöd och bekräftelse kan förstärka närståendes livslidande. Att närstående också kan ha ett livslidande relaterat till den psykiska ohälsan är tydligt i resultatet. Påverkan på det egna måendet såsom oro, frustration och känsla av otillräcklighet resulterar i att närståendes livssituation ändras på ett negativt sätt och därmed uppstår lidande även för dem. Detta lidande tolkas som ett livslidande. Dahlberg och Segersten (2010) talar om de stora krav och påfrestningar närstående utsätts för vid omhändertagande av en demenssjuk familjemedlem. Detta beroendeförhållande kan med lite fantasi översättas till närstående till de patienter med psykisk ohälsa som kräver ständigt omhändertagande och stöd. Oron för framtiden och närståendes krympande livshorisont torde vara liknande. Den psykiska ohälsan påverkar således inte bara patienten utan här får patient och närstående ses som en helhet relaterat till den psykiska ohälsan utifrån det beroende den kan skapa, en helhet som påverkas både av positiva och negativa händelser. Livslidandet blir unikt utifrån individernas upplevelse av det, men sker parallellt och påverkas av varandra. Denna helhetssyn behöver beaktas av ambulanssjuksköterskan utifrån Karin Dahlbergs livsvärldsteori (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Utifrån denna bör vårdarens fokus ligga på hur patienten erfar sin livsvärld utifrån hälsa, sjukdom och lidande och patientens livsvärld inkluderar ofta närstående. Då ökar vårdarens kompetens och möjlighet att stötta och stärka individen. I detta fall kan både närstående och patient som unika individer stärkas, men också som helhet. Den här aspekten av resultatet väcker frågan: Vad krävs av

ambulanssjuusköterskan när det saknas närstående? Genomförande av studier som riktar sig till patienter med psykisk ohälsa som inte har närstående borde kunna ge svar på denna fråga.

### Ambulanssjuusköterskans sårbarhet och utmaningar i det vårdande mötet

Resultatet visade tydligt att det är svårare och kräver mer av ambulanssjuusköterskan som person att skapa ett vårdande möte med patienter med psykisk ohälsa. Ett vårdande möte definieras som ett genuint möte med målet att främja hälsa och välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010). Känsla av sårbarhet och att vara utlämnad som vårdare mynnar i rädsla för våld, kontrollförlust och kunskapsbrist om psykisk ohälsa. Upplevelser om att patienterna kan vara oberäknliga gör vårdarna osäkra i sin arbetsroll liksom rädsla för våld vilket tydligt ses i resultatet. Paradoxalt nog så beskriver Dahlberg och Segersten (2010) att distansering pga. osäkerhet istället kan skapa våldsamma möten utifrån att patienten kan känna sig ”icke-vårdad”. De menar att ett ”icke-vårdande” signalerar att patienten inte är värd att vårdas. Att vara ”icke-vårdad” beskrivs som motsats till ett vårdande möte och således kan ett vårdande uppstå. Carlsson (2003) beskriver att vårdarens rädsla kan stå i vägen för relationen mellan patient och vårdare. Utmaningen för vårdaren, och i detta fall ambulanssjuusköterskan ligger då i att försöka skapa ett vårdande möte trots rädslan.

Resultatet visar att ambulanssjuusköterskor använder sig själva som redskap i möten med patienter med psykisk ohälsa. Självkänedom liksom personliga och yrkesmässiga erfarenheter framkommer som viktiga delar i detta. Att våga visa sårbarhet, rädsla och att bli berörd kräver mod; mod att blotta sin person i professionen. Självkänedom utgår från reflektion över sig själv, sina känslor och reaktioner och den kan stärkas om ambulanssjuusköterskan har jobbat med sig själv. Självkänedom skapar trygghet hos vårdaren enligt resultatet. Detta överensstämmer med vad Carlsson (2003) beskriver: om vårdaren försöker vara sig själv och bejakar sina personliga egenskaper kan det ge patienten känsla av stabilitet och trygghet och att risken för att våld uppstår minskar. Hon kallar det ett ”naket” vårdande när vårdaren vågar ge av sig själv. Carlsson (2003) och Hem och Heggen (2003) menar att interaktionen mellan vårdare och patient djupnar om både patientens och vårdarens sårbarhet blottas. Sårbarhet hör ihop med äkta relationer och kan hjälpa vårdaren att verkligen se patienten och möjliggör samtidigt för patienten att öppna sig vilket främjar det vårdande mötet. I resultatet framkom det att känslan av att vara utlämnad ökar behovet av kollegialt stöd för möjlighet till reflektion och confirmation. Även Hem och Heggen (2003)

skriver om att våga visa sig sårbar inför kollegor, de menar att detta kan medföra att även kollegorna vågar visa sin sårbarhet samt att attityden på arbetsplatsen kan bli mer tillåtande. Resultatet visar tydligt att i mötet med patienter med psykisk ohälsa kan ambulanssjuksköterskan inte ta hjälp av medicinväskan och monitorering i samma utsträckning utan det är hen själv och hens personliga egenskaper som utgör redskapet. Detta stärks av Hem och Heggens (2003) som menar att det är personliga egenskaper och kvaliteter som är viktigast för patienten. En av informanterna uttryckte det som en gåva att få ge av sig själv och vara med om äkta möten. Hon ansåg att hon varje gång lärde sig något nytt och utvecklades både som vårdare och människa, vilket även uttrycktes av flera. Detta överensstämmer väl med Arman och Rehnsfeldt (2007) beskrivning av att ge det ”det lilla extra” stärker interaktionen. Vidare menar de att ”det lilla extra” skapar värdighet, lindrar lidande och ger en känsla av omhändertagande hos patienten samt hjälper både vårdare och patient att utvecklas och växa som människor. För vårdaren kan detta ge en känsla av sammanhang och helhet. Denna studie är utförd i en annan kontext, men resultatet borde vara överförbart till ambulanssjukvården då det handlar om samma patientgrupp.

Resultatet påvisar en önskan om att möta varje patient som en unik individ, att se helheten och skapa en god relation. Att göra detta med patienter med psykisk ohälsa upplevdes svårare. Svårare utifrån att de uppfattades som svårare att läsa av och tolka. Det medförde en utmaning för ambulanssjukskötarna i att se hela den unika människan; se förbi den psykiska ohälsan. Att inte kunna skapa ett vårdande möte upplevdes som ett misslyckande. Vikten av att se hela människan betonar Lilja och Hellzén (2014) . De menar att om patienten enbart ses utifrån sin psykiska ohälsa kan detta medföra både en dålig relation och att diagnosen kan ”ta över” och dölja den verkliga människan både för vårdaren och för patienten själv. För att skapa ett vårdande möte med patienter med psykisk ohälsa framkom det som ännu viktigare i resultatet att gå varsamt fram, ge patienten tid och känna av vilket sätt det var lämpligast att närma sig på för att skapa förtroende. Detta stärks av Arman och Rehnsfeldt (2007) som menar att konsekvenser av att inte se varje individ som unik utifrån hens värld kan orsaka eller öka lidande. Även Dahlberg och Segesten (2010) påpekar att för att utifrån ett livsvärldsperspektiv uppnå god vård och vårdande krävs att vårdaren försöker se och förstå individen utifrån hens unika upplevda värld, i detta fall försöka förstå hur patienten upplever sin psykiska ohälsa i sin levda värld.

Ur ett vårdvetenskapligt patientperspektiv är det enligt Dahlberg och Segesten (2010) viktigt att belysa vårdarens perspektiv på vårdandet för att få kännedom om hur vårdarna upplever

patientens hälsa eller ohälsa, lidande och väg för att uppnå välbefinnande. Det är också viktigt att belysa utifrån att få deras syn på vårdandet och vårdmiljön för möjligheten att utföra god vård. De menar att vårdarnas utsatthet och aspekter som ställer stora krav på vårdarna, i detta fall möten med patienter med psykisk ohälsa, är särskilt viktiga att analysera och beskriva. Avsikten med vårdarperspektivet är således att förbättra vården för patienterna.

Då studien är analyserad med kvalitativ innehållsanalys kan resultatet inte generaliseras (Danielson, 2014). Överförbarheten begränsas av att endast åtta intervjuer i ett ambulansdistrikt utfördes. Att informanterna var heterogena utifrån kön och ålder torde stärka överförbarheten till liknande kontext liksom deras varierande erfarenhet.

Resultatet kan i ambulanssjukvården användas för att öka kunskap och medvetenhet om hur utmanade det kan vara, både professionellt och personligt, att skapa ett vårdande möte med patienter med psykisk ohälsa. Detta kan skapa ökad trygghet i yrkesrollen för ambulanssjuksköterskor. Trygghet och kunskap kan generera vårdande möten med minskat lidande för patienten som resultat. Även förståelse för lidandets olika nyanser kan göra ambulanssjuksköterskor mer ödmjuka inför dessa möten vilket också torde främja de vårdande mötena och patienters välbefinnande. Mer utbildning om psykisk ohälsa samt handledning kunde ge ambulanssjuksköterskor ytterligare kunskap och medvetenhet. För djupare förståelse om ämnet kunde riktad forskning mot patienter med psykisk ohälsa och närståendes upplevelser av mötet med ambulanssjukvården vara av intresse.



## **Metoddiskussion**

En strävan efter att uppriktigt och tydligt motivera samt beskriva valda metoder har genomsyrat arbetet med studien. Kvalitativ metod med induktiv ansats har använts vilket anses vara en styrka då syftet var att beskriva ambulanssjuksköterskors upplevelser av att möta patienter med psykisk ohälsa. Även Polit och Beck (2012) och Ludvigsson (2002) menar att denna metod lämpar sig bäst för att uppnå djupare förståelse om komplexa fenomen.

Studiens syfte kan ses som ett komplext och känsligt ämne att studera. En alternativ metod för att studera detta hade kunnat vara fokusgruppsintervjuer då en grupp människor förs samman för att diskutera valt ämne. Eventuellt kunde en sådan gruppdiskussion genererat i djupare beskrivning av informanternas upplevelser. Wibeck (2012) menar att fördelen med denna metod är möjligheten att dra nytta av samspelet mellan informanterna, att gruppdynamiken kan hjälpa diskussionen framåt och utveckla den. Då författaren arbetat ensam med denna studie ansågs dock fokusgruppsintervjuer inte som lämpligt alternativ då det är ett tidskrävande arbete och kan vara svårt att arrangera (Rasika, 2012). Detta medvetna val utifrån tillgängliga resurser, tidsram och även det innehållsdjup som sedan framkom i intervjuerna stärker att rätt metodval gjordes.

Urvalet var ändamålsenligt och inklusionskriterierna uppfylldes i förhållande till studiens syfte vilket också får ses som en styrka. Detta bekräftas av Polit och Beck (2012) som menar att källor som gynnar studiens syfte bör användas. Att författaren var oerfaren som intervjuare kan ses som en svaghet. Försök att motverka denna möjliga svaghet gjordes genom att genomföra två stycken provintervjuer, studera intervjuteknik samt ta emot handledning. Totalt åtta intervjuer genomfördes inklusive provintervjuerna, fyra män och fyra kvinnor deltog. Den första provintervjun ansågs vara ett övningstillfälle och ingår inte i studien, den andra ingår efter bedömningen att den var innehållsrik och berikande för studien. Denna inklusion ses som en styrka vilket förstärks av Trost (2005). Han menar att en väl utförd provintervju med fördel kan användas i studier då allt insamlat material med relevans för studien bör användas. Enligt Danielson (2014) är det en fördel att utföra provintervjuer för att komma in i rollen som intervjuare. Att intervjua åtta stycken informanter ansågs som ett rimligt antal för att få tillräckligt och hanterbart material till studien utifrån avsatt tidsram. Denna begränsning och planering är en av studiens styrkor. Även Danielson (2014) menar att planeringen inför en

intervjustudie är viktig för att kunna disponera tiden rätt och uppnå resultat. En svaghet är att författaren inte hade möjlighet att välja informanter bland de tillfrågade då endast åtta stycken av de tjugonio tillfrågade tackade ja till att delta. Urvalet var dock heterogent avseende kön och ålder vilket till viss del motverkar denna svaghet enligt författarens åsikt. Polit och Beck (2012) menar att sex till tio informanter är lämpligt antal vid kvalitativa studier. En viss teoretisk mättnad upplevdes uppnådd efter åtta intervjuer då liknande och återkommande upplevelser framkom vilket ses som en styrka. Morse (2000) menar att intervjuer som handlar om upplevelser skiljer sig från varandra utifrån hur mycket information som delges. Utifrån detta kan färre intervjuer vara tillräckligt för att uppnå mättnad och svara an till studiens syfte. En styrka är att semistrukturerade intervjuer genomfördes för att samtalet skulle kunna flyta fritt, kunna följa informanten och ställa frågorna när det ansågs naturligt utifrån det komplexa ämne som studien handlar om. Detta stärks av vad Danielson (2012) menar är fördelen med semistrukturerade intervjuer: att författaren kan anpassa sig och ställa frågorna när det är lämpligt samt att interaktionen mellan intervjuare och informant främjas. Semistrukturerade intervjuer valdes även för att få mycket och riklig information från informanterna vilket eftersträvades. Detta överensstämmer med vad Baumbusch (2010) beskriver, att semistrukturerade intervjuer ger möjlighet till djup och innehållsrik beskrivning av ämnet. Att en intervjuguide med tre huvudfrågor utformades för att stötta intervjun och för att hjälpa författaren att i sin nya roll som intervjuare hålla sig inom ämnet anses vara en styrka. Detta bekräftas av Danielson (2012) som menar att en intervjuguide kan hjälpa intervjuaren att hålla sig till tidsramen och det väsentliga.

Strävan att skapa en god intervjusituation fanns genom att vara opartisk, inte vara ledande i frågorna och att inte avbryta informanten. Detta för att verkligen få ta del av hens upplevelser. Strävan efter att skapa ett förtroende med informanterna fanns också. Detta torde vara en styrka och överensstämmer med Polit och Beck (2012) och Baumbusch (2010) som menar att balans mellan närhet och distans främjar och fördjupar intervjuer. Den begränsade tiden för intervjuerna kan ses som en svaghet. De tog mellan 30 och 50 minuter och det är möjligt att informanterna hade delat med sig ytterligare och djupare om mer tid funnits till förfogande. Polit och Beck (2012) bekräftar denna svaghet och menar att kvalitativa intervjuer kan pågå i flera timmar för att uppnå djup. Att intervjutiden anpassades efter studiens tidsram samt att både författare och informanter var nöjda efter intervjuerna får dock ses som en styrka. Intervjuerna avslutades med att författaren frågade om informanterna hade något att tillägga, detta för att inte missa något väsentligt om deras upplevelser. Informanterna erbjöds även att ta kontakt med författaren om de i efterhand ville tillägga något.

Då författaren aldrig tidigare genomfört en studie eftersöktes en tydlig ram för utförande av dataanalys för att uppnå trovärdigt resultat. Elo och Kyngäs (2008) beskrivning av analysprocessen valdes efter noga övervägande. Det inspelade datamaterialet transkriberades av författaren vilket underlättade textförståelsen och minskade risken för feltolkningar vilket ses som en av studiens styrkor. Enligt Polit och Beck (2012) stärker detta resultatet. Att Elo och Kyngäs (2008) analysprocess följdes noggrant och att flera diskussioner hölls med handledaren under analysfasen anses stärka resultatet. Även Polit och Beck (2012) menar att en regelbunden dialog med handledaren stärker resultatet.

Analysen är enbart utförd av författaren och kan därför vara mindre objektiv än om tolkningen gjorts av fler. Detta kan ses som en svaghet. För att stärka trovärdigheten har författaren låtit en kurskamrat och handledaren ta del av analysens olika delar och tagit till sig konstruktiv kritik. Henricson (2012) menar att detta stärker studiens trovärdighet.

Författarens förförståelse utifrån egna erfarenheter i sjukvården är att patienter med psykisk ohälsa ibland möts med osäkerhet från vårdarnas sida samt att de tas på mindre allvar avseende somatiska symtom. Detta kan ses som en svaghet i studien. Genom att under hela arbetet vara medveten om och reflektera kring att detta kunde påverka studien försökte författaren minska det subjektiva inflytandet. Både Henricson (2012) och Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) menar att detta minskar risken för att resultatet återspeglar författarens erfarenheter.

## **SAMHÄLLELIG NYTTA**

Som representant för sjukvården tidigt i vårdkedjan kan ambulanssjuksköterskans förståelse för lidandes olika uttryck i samband med psykisk ohälsa och egna reaktioner i möten med denna patientgrupp öka delaktigheten i det viktiga nationella arbetet mot psykisk ohälsa.

Som nämns i bakgrunden så kostar psykisk ohälsa samhället stora summor pengar. Resultatet torde också kunna bidra till arbetet mot psykisk ohälsa genom att, förutom det primära att minska mänskligt lidande, spara pengar.

## **SLUTSATS**

Resultatet fyller till viss del i kunskapsluckan om hur möten med patienter med psykisk ohälsa upplevs av ambulanssjuksköterskor då det saknas tidigare studier i ämnet. Studien kan

stärka tidigare kunskap utifrån andra kontexter om möten med denna patientgrupp genom att upplevelser ur ambulanskontexten lyfts fram.

Resultatet gestaltar det mångfacetterade lidande som ambulanssjuksköterskan kan möta hos patienter med psykisk ohälsa. Med sig själv som redskap ska hon skapa ett vårdande möte med en unik individ i en ibland oförutsägbar situation. Detta medför en ökad utmaning och sårbarhet i en krävande vårdmiljö.

## REFERENSFÖRTECKNING

- Angermeyer, M.F., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness; A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 113(3), 163- 179. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2007). The "little extra" that alleviates suffering. *Nursing Ethics*, 14(3), 372- 384. doi: 10.1177/0969733007075877
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170- 177. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x
- Bremer, A. (2012). Att vara patient inom ambulanssjukvården. I S. Österberg & L. Nordgren (Red.), *Akut vård ur ett patientperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Brockington, I.F., Hall, P., Leving, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93- 99. doi: 10.1192/bjp.162.1.93
- Carlsson, G. (2003). *Det våldsamma mötets fenomenologi- om hot och våld i psykiatrisk vård*. Doktorsavhandling. Linné universitet, Växjö. Hämtad <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:206692/FULLTEXT01.pdf>
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M.A.R., Scott, A., Staniulienė, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350- 362. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008
- Clarke, D.E., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126- 131. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x

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

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

Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*(2.,uppl). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*.(s. 163-174). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-342). Lund: Studentlitteratur.

Egersand, H., & Eriksson, A. K. (2009). "I grund och botten är man rädd"- Vårdares upplevelser av rädsla i möten med människor med psykisk ohälsa. Examensarbete, Mälardalens högskola, Västerås. Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:218247/FULLTEXT01.pdf>

Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: The patient's first encounter with prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 16, 185-192. doi: 10.1016/j.ienj.2008.04.003

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107- 115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Helsingforsdeklarationen (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki*. Hämtad från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Hem, M. H., & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 101- 108. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02677.x

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

Holmberg, M. (2008). *Ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att ansvara för omvårdnaden*. Examensarbete. Mälardalens Högskola, Västerås. Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:207414/FULLTEXT01pdf>

Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.

Högberg, T. (2010). "Not in my backyard": *Public attitudes towards mental illness and people with mental illness living in Sweden*. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap. Hämtad från <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/38110>

Kasén, A. (2008). Då patienten lider av vården- vårdares gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*, 28 (2), 4-8. Hämtad från <http://njn.sagepub.com/content/28/2/4>

Kerrison, S. A., & Chapman, R. (2007). What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 15(1), 48- 55. doi: 10.1016/j.aen.2006.09.003

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

Lilja, L., & Hellzén, Ove. (2014). Vårdares attityder och stigmatisering. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (s. 441-454).Lund: Studentlitteratur.

Lindvall, P.,& Peterson, M. (2009). *Patienters erfarenheter av prehospitalt bemötande*. Examensarbete. Högskolan Borås, Borås. Hämtad från[http://bada.hb.se/bitstream/2320/5436/1/M2009\\_20.pdf](http://bada.hb.se/bitstream/2320/5436/1/M2009_20.pdf)

Ludvigsson, J.F. (2002). *Att börja forska - inom medicin, bio- och vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Doktorsavhandling. Lunds Universitet, Institutionen för hälsovetenskaper. Hämtad från <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOId=1712741&fileOId=1715659>

Morse, J. M. (2000). Determining sampling size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3 –5. doi: 10.1177/104973200129118183

Morse, J. M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advanced Nurses Science*,24(1), 47-59. Hämtad från [http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2001/09000/Toward\\_a\\_Praxis\\_Theory\\_of\\_Suffering.7.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2001/09000/Toward_a_Praxis_Theory_of_Suffering.7.aspx)

Nationell psykiatrisamordning. (2006). *Ambition och ansvar: Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (2006:100).Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

OECD. (2013). *Mental Health and Work: Sweden*. Hämtad från: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>

Ohlsson, R. (2009). *Representationer av psykisk ohälsa: Egna erfarenheter och dialogiskt meningsskapande i fokusgruppsamtal*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen. Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:236465/FULLTEXT01.pdf>



Pajonk, F. G., Schmitt, P., Biedler, A., Richter, J. C., Meyer, W., Luiz, T., & Madler, C. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. (2008). *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 360- 366. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.03.005

Poljak, A., Tveith, J., & Ragneskog, H. (2006). Omvårdnad i ambulans- den första länken i vårdkedjan. *Vård i Norden*, 26(1), 48-51. doi:10.1177/010740830602600110

Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigor: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 304 – 310. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03727.x

Rasika, S.J. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6), 411- 416. doi: 10.1016/j.outlook.2012.02.001

Riksföreningen för Ambulanssjuusköterskor., & Svensk sjuusköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuusköterska med specialistsjuusköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Hämtad från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/ambulans.kompbeskr.webb.pdf>

Scanner, I. (2009). Den psykiska ohälsans historia. *Framtiden*, 3, 4-6. Institutet för framtidsstudier. Hämtad från [http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/framtider\\_nr3\\_2009\\_den\\_psykiska\\_ohalsans\\_historia.pdf](http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/framtider_nr3_2009_den_psykiska_ohalsans_historia.pdf)

Shaban, R. (2012). Paramedics' clinical judgement and mental health assessment in emergency contexts: Research, practice and tool of the trade. *Australian Journal of Paramedicine*, 4(2). Hämtad från <http://ro.ecu.edu.au/jephc/vol4/iss2/4>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuusköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport. Utvecklingen inom valda områden- Vård vid psykisk ohälsa och sjukdom.*

Hämtad från [www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72)

Socialstyrelsen., Folkhälsomyndigheten. & Statens Kommuner och Landsting. (2014). *Öppna jämförelser: folkhälsa.* Hämtad från [webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-159-4.pdf](http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-159-4.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Sats på omvårdnadsforskning för att förbättra vården.* Hämtad från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Vara-publikationer/Satsa-pa-omvardnadsforskning-for-att-forbatta-varden/>

Talseth, A. G., Gilje, F., & Norberg, A. (2001). Being met- A passageway to hope for relatives of patients at risk of committing suicide: A phenomenological hermeneutic study. *Archives of Psychiatric Nursing, 15*(6), 249- 256. doi: 10.1053/apnu.2001.28687

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer.* Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer.* Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* (s. 193-212). Lund: Studentlitteratur

Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd: En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård.* Doktorsavhandling, Växjö universitet, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.

Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science, 168*(2), 191- 198. doi: 10.1192/bjp.168.2.191

Österberg, S., & Nordgren, L. (Red.). (2012). *Akut vård ur ett patientperspektiv.* Lund: Studentlitteratur.



## **GODKÄNNANDE AV OMRÅDESCHEF**

Hej!

Mitt namn är Jenny Karlsson Pajaujis, jag studerar på specialistutbildningen till ambulanssjuksköterska på Karolinska Institutet. Under vårterminen ska jag skriva mitt examensarbete, 15 högskolepoäng. Syftet med uppsatsen är att beskriva ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter som lider av psykisk ohälsa. Min förhoppning är att på detta sätt kunna bidra till ökad kunskap i omvårdnad inom ambulanssjukvården.

Jag har valt att arbeta enligt kvalitativ metod. Sex till åtta enskilda djupintervjuer skall göras med, i första hand, vidareutbildade ambulanssjuksköterskor alternativt annan specialistutbildning med minst två års erfarenhet inom ambulanssjukvården.

Allt insamlat material kommer att avidentifieras, förvaras på ett säkert sätt samt behandlas konfidentiellt. Endast undertecknad och handledare kommer ha tillgång till materialet.

Deltagandet är frivilligt och får avbrytas när som helst under arbetets gång.

Jag önskar Ert medgivande till att intervjua sex till åtta specialistutbildade sjuksköterskor i Er verksamhet. Arbetets resultat kommer att delges Er och även finnas tillgängligt på Karolinska Institutet.

Undertecknad områdeschef godkänner härmed att Jenny Karlsson Pajaujis genomför datainsamling enligt föregående beskrivning.

[Redacted signature area]

Titel, underskrift, ort och datum

Kontaktuppgifter:

Jenny Karlsson

[Redacted contact information]

[Redacted contact information]

Handledare:

Veronica Vicente

[Redacted contact information]

[Redacted contact information]

## SAMTYCKESBREV

Hej!

Mitt namn är Jenny Karlsson Pajaujis, jag studerar på specialistutbildningen till ambulanssjuksköterska på Karolinska Institutet. Under vårterminen ska jag skriva mitt examensarbete, 15 högskolepoäng. Syftet med uppsatsen är att beskriva ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter som lider av psykisk ohälsa. Min förhoppning är att på detta sätt kunna bidra till ökad kunskap i omvårdnad inom ambulanssjukvården.

Jag har valt att arbeta enligt kvalitativ metod. Sex till åtta enskilda djupintervjuer skall göras med, i första hand, vidareutbildade ambulanssjuksköterskor alternativt annan specialistutbildning med minst två års erfarenhet inom ambulanssjukvården. **Jag önskar göra intervjuerna under följande veckor: 12, 14 och 15.**

Allt insamlat material kommer att avidentifieras, förvaras på ett säkert sätt samt behandlas konfidentiellt. Endast undertecknad och handledare kommer ha tillgång till materialet.

Deltagandet är frivilligt och får avbrytas när som helst under arbetets gång.

Vill Du vara med?

Jag är mycket tacksam om Du vill vara med och anpassar mig efter dina önskemål avseende plats och tid under vecka 12, 14 och 15. Intervjun tar ca 1 h.

Vänligen kontakta mig om Du har några frågor!

**OSA snarast** via mail eller telefon, tack.

Mvh. Jenny Karlsson

Jag tackar härmed Ja till att delta i Jenny Karlssons ovan beskrivna examensarbete.

[Redacted signature area]

Titel, underskrift, ort och datum

Kontaktuppgifter:

Jenny Karlsson

[Redacted contact information]

[Redacted contact information]

Handledare:

Veronica Vicente

[Redacted contact information]

[Redacted contact information]

## **INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLA INTERVJUER**

### **Inledning**

Information om studien, dess frivillighet och konfidentialitet ges. Tilldelar informanten samtyckesbrevet som undertecknas vilket godkänner deltagande.

### **Huvudfråga 1**

Vad har du för erfarenheter av att möta patienter med psykisk ohälsa?

### **Huvudfråga 2**

Hur bemöter du dessa patienter?

### **Huvudfråga 3**

Kan du beskriva ett möte?

### **Följdfrågor**

Hur upplever du dessa möten?

Vad betyder psykisk ohälsa för dig?

Väcks några särskilda känslor?

Kollegans roll?

Närståendes roll?

### **Öppna inledningar till följdfrågor**

Berätta mer...

Hur menar du?

Hur tänker du?

Kan du förklara...

### **Avslutande fråga**

Har du något ytterligare du vill tillägga?



