HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Filosofie kandidatexamen

Det goda bemötandet inom prehospital akutsjukvård

En litteraturöversikt

A good bedside manner whilst encountering patients in the prehospital emergency care

A Literature Review

Examensarbete nr:
Författare: Katarina Bergens och Ellinor Palmer
Handledare: Ann-Sofie Källberg
Examinator: Jan Florin
Granskare: Janeth Leksell
Ämne/huvudområde: Omvårdnad
Poäng: 15 högskolepoäng
Betygsdatum: 130528

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

ABSTRACT

Syfte: Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva vad som kännetecknar ett gott bemötande inom den prehospitala akutsjukvården och vilken betydelse bemötandet har för vården. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturöversikt och artiklar söktes via databaserna CINAHL och PubMed. De elva inkluderade artiklarna resulterade i kategorier och subkategorier som beskriver vad som är utmärkande för ett gott bemötande inom den prehospitala sjukvården och vilken betydelse det har för vården. **Resultat:** Resultatet visade att ambulanspersonalen ska anpassa kommunikationen efter patientens förutsättningar och de ska ha ett förhållningssätt som baseras på respekt, ödmjukhet och empati. En förutsättning för en god omvårdnad är att en omvårdnadsrelation, baserad på tillit och förtroende, upprättas. Omvårdnadsrelationen synliggör patientens sårbarhet, vilket ställer krav på ambulanspersonalen att visa respekt för patientens integritet. **Slutsats:** Patienten har inte bara fysiska utan även psykiska och sociala behov. Att ambulanspersonalen har en holistisk människosyn gör att patienten blir bemött som en unik individ och därmed får en bättre prognos medan brister i den prehospitala vårdkedjan kan äventyra patientsäkerheten.

Nyckelord: Ambulanspersonal, ambulanssjukvård, bemötande, kommunikation, prehospital akutsjukvård.

Keywords: Ambulance nursing, ambulance personnel, communication, prehospital emergency care, treatment.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION 1

Mötet mellan patient och vårdpersonal 1

Mötet mellan patient och prehospital vårdpersonal 2

Problemformulering 3

Syfte 3

Frågeställning 4

Definition av centrala begrepp 4

METOD 4

Design 4

Urval av litteratur 4

Urvalskriterier 4

Inklusionskriterier 4

Exklusionskriterier 5

Sökstrategi 5

Värdering av artiklarnas kvalitet 5

Tillvägagångssätt 5

Analys 6

Forskningsetiska aspekter 11

RESULTAT 12

Kommunikation 12

Kommunikation i vårdkedjan 12

Kommunikation mellan ambulanspersonal och patient 13

Den ordlösa kommunikationen 14

Förhållningssätt 15

Respekt 15

Empati 15

Holism 16

Ödmjukhet 16

Att etablera och upprätthålla en meningsfull relation 16

Att kunna skifta fokus **17**
Att kunna prioritera **17**
Prioritera mellan åtgärder för patienten *17*
Prioritera mellan patientens och anhörigas intressen *18*
Interaktion med anhöriga **19**
Sammanfattning **19**

DISKUSSION **21**
Sammanfattning av huvudresultat **21**
Resultatdiskussion **21**
Vad kännetecknar ett gott bemötande inom den prehospitala akutsjukvården? *21*
Vilken betydelse har ett gott bemötande för den prehospitala akutsjukvården? *23*
Metoddiskussion **26**
Konklusion **26**
Förslag till vidare forskning **26**

REFERENSLISTA **28**

BILAGOR **30**
Bilaga I **30**
Bilaga II **31**

INTRODUKTION

En människas möte med den prehospitala akutsjukvården (den inledande vård som ges en sjuk eller skadad patient av ambulanspersonal eller annan person innan patienten når sjukhus [Farlex inc., 2013]) är inte sällan en direkt följd av ett akut tillbud eller trauma. Till skillnad från i planerad vårdverksamhet har patienten getts liten eller obefintlig möjlighet till förberedelse. Detta placerar henne i ett läge av okunskap kring vad som kommer att ske, av utsatthet och därmed är hon också ytterligt sårbar (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Mötet mellan patient och vårdpersonal

Mötet mellan patient och vårdpersonal kan enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) ses som ett tillfälle där aktörerna kan dela och förstå verkligheten om det dem emellan finns ömsesidig öppenhet och förtroende. Förhållandet är dock komplext. De två människorna har i grunden lika människovärde, men å andra sidan är relationen asymmetrisk eftersom den ena aktören är utsatt och befinner sig i en beroendeställning gentemot den andra som i sin tur innehar en maktposition.

För att en god vård ska kunna uppnås är mellanmänskliga möten en förutsättning (Eide & Eide, 2008). I relationen mellan vårdpersonal och patient bör patienten ses som en unik individ där vårdpersonalen ser till dennes mänsklighet och utifrån det tillgodoser de individuella behov som finns. Eide och Eide (ibid.) ville med detta poängtera vikten av att frångå en generaliserande människosyn inom vården.

Birkler (2007) menade att människor är ömsesidigt beroende av varandra i den mänskliga relationen. Detta innefattar även ett etiskt krav som uppkommer i mötet med en annan människa, då vi enligt Birkler håller något av den andra människans liv och öde i vår hand.

För att ge en bra vård till patienten krävs det att sjukvårdspersonalen gör en bra bedömning av situationen. Där är bemötandet mellan patient och sjukvårdare en viktig del, därför att man genom att ta del av patientens livsvärld kan göra en bättre bedömning av situationen, och därigenom ge en bättre omvårdnad till patienten. Livsvärld är verkligheten som varje individ upplever den genom sin kropp och sitt medvetande (Wiklund, 2003). Genom att ha ett livsvärldsperspektiv, innebär det att man kan förstå världen så som den uppfattas av andra (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg, 2003). Om mötet baseras på en dialog mellan patient och vårdpersonal, där patienten bjuds in att delta i sin egen

omvårdnad, läggs ytterligare en viktig del in i bedömningen, nämligen patientens eget perspektiv (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2010).

Svensk sjuksköterskeförening (2010) konstaterar att omvårdnad utgår från en humanistisk grundsyn där människan är mer än sin kropp; hon är en sammantagen enhet av kropp, själ och ande. I den holistiska människosynens anda måste man därför också beakta det existentiella i varje människa man möter. Det beskrivs vidare att eftersom omvårdnad vanligen bedrivs på personnivå så innehåller den såväl en sakaspekt (patienten behöver hjälp med något) som en relationsaspekt, vilken innebär att vårdpersonalens insatser ska utföras utifrån ett gott bemötande.

World Health Organization [WHO] definierar sedan 1948 hälsa som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart en frånvaro av sjukdom (WHO, 2013). Genom den definitionen är mötet mellan vårdpersonal och patient en viktig del i omvårdnaden, för att på så sätt kunna ge en god vård där hela människans blir sedd.

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] fastslår att vård ska ges på lika villkor för alla människor och med respekt för allas lika värde, för den enskilda människans värdighet och för hennes integritet och autonomi (SFS, 1982:763). Vården ska vidare vara individuellt anpassad och ska i så stor utsträckning som möjligt ske i samråd med patienten. Om patientens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande respekteras så kan hon ges möjlighet till upplevelse av tillit, hopp och mening. På detta sätt kan lidandet eventuellt minskas (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Mötet mellan patient och prehospital vårdpersonal

I en studie av Ahl och Nyström (2011) beskrevs att första mötet mellan patient och vårdpersonal i den prehospitala vården är av stor vikt gällande hur patienten upplever situationen. De skrev att bemötandet är avgörande för om upplevelsen kommer att bli något positivt eller inte.

Enligt Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport (Socialstyrelsen, 2009) ökade antalet anmälningar angående bemötande, kommunikation och information till patientnämnderna med 41 % mellan åren 2000 och 2007. Samtidigt visade det sig att ett gott bemötande, en känsla av delaktighet och ett ömsesidigt förtroende mellan vårdpersonal och patient är en förutsättning för en god omvårdnad. Ett misslyckat möte kan för patientens del leda till misstro till vårdpersonalen, ovillighet att samarbeta och ett exkluderande från sin egen vårdsituation. Ett gott möte kan däremot leda till tillit, vilket är en förutsättning för en god omvårdnad (ibid.).

För att ge en bra vård till patienten krävs det att sjukvårdspersonalen gör en bra bedömning av situationen. Där är bemötandet mellan patient och sjukvårdare en viktig del, därför att man genom att ta del av patientens livsvärld kan göra en bättre bedömning av situationen, och därigenom ge en bättre vård till patienten. Om mötet baseras på en dialog mellan patient och vårdpersonal, där patienten bjuds in att delta i sin egen omvårdnad, läggs ytterligare en viktig del in i bedömningen, nämligen patientens eget perspektiv. Genom att beakta situationen ur patientens perspektiv kan den prehospitala vårdpersonalen ta fler säkra beslut (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2010).

Tidigare var den prehospitala sjukvården till stor del sedd som enbart ett transportmedel till sjukhuset, men detta har ändrats allt eftersom både medicinteknik och vårdvetenskap har utvecklats. Ambulanspersonalen har fått en större möjlighet att påverka och förbättra vården av patienten redan från start. Nu inleds vården direkt i ambulansen eller i patientens hem, varför det är av stor vikt att mötet blir bra då det påverkar även resten av vårdupplevelsen för patienten (Suserud, 2005).

Att rädda liv består inte bara av livsuppehållande åtgärder, utan patienten måste få bibehålla sin identitet och bli bekräftad genom mötet för att återfå sin balans, skrev Elmqvist, Fridlund och Ekebergh (2008). Det är därför av stor vikt att ambulanspersonalen bemöter patienten på ett korrekt sätt.

Problemformulering

Människan är en helhet av kropp, själ och ande som behöver tas hänsyn till ur alla aspekter i samband med omvårdnad. Omvårdnad är något som påverkar hela patientens vårdupplevelse, varför det i den prehospitala vården är viktigt att redan från första stund ge patienten ett gott bemötande, då det även påverkar den efterföljande vården (Ahl och Nyström, 2011).

För att omvårdnaden ska bli god behövs det kunskaper om vad som utmärker ett gott bemötande mellan patient och vårdpersonal. Det saknas dock kunskap om vad som menas med ett bra bemötande inom den prehospitala vården.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka vad som kännetecknar ett gott bemötande inom prehospital sjukvård och hur det påverkar vården.

Frågeställning

Vad kännetecknar ett gott bemötande inom den prehospitala sjukvården?

Vilken betydelse har ett gott bemötande inom den prehospitala sjukvården?

Definition av centrala begrepp

Bemötande har synonymer som uppträdande, mottagande och behandling. Bemötande inom vården avser hur vårdpersonalen tar emot patienter, vilken människosyn som ligger till grund, och på så sätt hur vården utförs (Fossum, 2007). Med begreppet bemötande i denna litteraturöversikt avses således ambulanspersonalens förhållningssätt och agerande gentemot patienten.

METOD

Design

Studien utfördes i form av en litteraturöversikt.

Urval av litteratur

Urvalskriterier

Litteraturöversikten baserades på vetenskapliga artiklar där litteraturen eftersöktes i databaserna PubMed och CINAHL. Sökord som användes var *prehospital*, *prehospital care, caring*, *emergency care, nursing, caring process, patient's experience, ambulance care, patient encounter*, *ambulance nursing* samt *patient perspective* i olika kombinationer med booleska operatorn ”AND”.

Sökordskombinationen ”*Prehospital* AND *emergency care”* gav i sökmotorn PubMed ett högt antal träffar (n=3 521). På grund av det stora utfallet lästes inga abstrakt till dessa träffar då antalet relevanta träffar med samma sökordskombination i CINAHL ändå gav ett tillfredsställande urval.

Inklusionskriterier

Artiklarna skulle finnas tillgängliga i fulltext, vara kollegialt granskade samt uppnå som lägst medelhög kvalitet (>59%). Artiklarna som inkluderades i studien var publicerade från år 2000 och framåt för att de på ett tillförlitligt sätt skulle spegla den senaste och mest aktuella tillgängliga forskningen.

Exklusionskriterier

Tidigare litteraturöversikter exkluderades, då de inte är att anse som en primärkälla.

Sökstrategi

I nedanstående tabell presenteras resultatet av den systematiska litteratursökningen som utfördes. Ett flertal av artiklarna återfanns under flera av nyckelordskombinationerna och kan därför förekomma flera gånger i resultattabellen.

Tabell 1 – Sökstrategier Nyckelord	Databas	Antal träffar	Från år 2000	Antal lästa abstract	Relevanta artiklar
Prehospital AND caring	CINAHL PubMed	4 37	4 25	2 4	2 4
Prehospital AND emergency care	CINAHL PubMed	158 3 521	133 2 984	17 0	7 0
Prehospital AND nursing	CINAHL PubMed	66 190	60 150	8 3	6 2
Prehospital care AND caring process	CINAHL PubMed	3 1	3 1	3 1	2 1
Prehospital caring AND patient's experience	CINAHL PubMed	3 1	3 1	2 0	2 0
Ambulance care AND patient encounter	CINAHL PubMed	8 22	8 18	3 4	3 4
Ambulance nursing AND patient perspective	CINAHL PubMed	4 10	4 10	2 3	2 3
Ambulance nursing AND patient experience	CINAHL PubMed	9 37	9 33	4 3	4 3
Totalt läst: ***Totalt utvalt:***					*13* ***11***

Värdering av artiklarnas kvalitet

För att värdera artiklarna användes granskningsmallar för kvantitativa respektive kvalitativa artiklar, se bilaga I och II. De mallar som användes var Högskolan Dalarnas modifierade versioner av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008). Gränsvärdet för att artiklar har hög kvalitet enligt granskningsmallarna är >79% ja-svar, medelhög kvalitet har artiklar med >59-79% ja-svar och låg kvalitet har artiklar <60% ja-svar. Varje ja-svar ger en poäng.

Tillvägagångssätt

Artiklar till litteraturöversikten söktes tillsammans. Artiklar vars rubriker som uppfattades som relevanta inkluderades och abstrakten lästes. I de fall där abstrakt beskrev syfte och

frågeställningar som överensstämde med litteraturöversiktens inklusionskriterier lästes artiklarna i sin helhet, medan de för beskrivet syfte irrelevanta artiklarna exkluderades.

Artiklarna lästes enskilt för att sedan slutligen diskuteras, kvalitetsgranskas och sammanställas gemensamt. Totalt lästes 13 artiklar, varav 11 slutligen valdes ut. Av dessa var tio kvalitativa och en av blandad ansats.

Det skriftliga arbetet med litteraturöversikten utfördes gemensamt. Detta säkerställde en kritiskt granskande genomarbetning av texten.

Analys

Utvalda artiklar, se tabell 2, lästes i sin helhet. Efter läsning och granskning av artiklarnas resultat sammanfattades detta i kategorier och subkategorier, se tabell 3. Forsberg och Wengström (2008) skriver att det är viktigt att analysera skillnader och olikheter i de olika artiklarna och skapa olika kategorier efter fynden som görs.

Tabell 2 – Resultatöversikt **Författare** **Publiceringsår** **Nationalitet**	**Titel**	**Syfte**	**Design** **Metod**	**Population**	**Kvalitetsnivå**
Ahl, C., Hjälte, L., Johansson, C., Wireklint-Sundström, B., Jonsson, A. & Suserud, B-O. 2005 SWE	Culture and care in the Swedish ambulance services	To examine the distinguishing characteristics of ambulance care (---) and focusing on the nature of the meetings between ambulance nurses and patients.	Kvalitativ, deskriptiv, intervjubaserad.	(n=10). Fem ambulans-sjukvårdare och fem ambulanssjuksköterskor.	19/25 poäng 76 % Nivå: medel.
Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. 2012 SWE	Balancing between closeness and distance: emergency medical services personnel's experiences of caring for families at out-of-hospital cardiac arrest and sudden death	To analyze EMS personnel's experiences of caring for families when patients suffer cardiac arrest and sudden death.	Kvalitativ, intervjubaserad.	(n=10). Åtta sjuksköterskor, samtliga specialist-utbildade inom IVA, akut och anestesi, och två ambulans-sjukvårdare.	22/25 poäng 88 % Nivå: hög.
Bruce, K., Dahlberg, K. & Suserud, B-O. 2003	Initial assessment in ambulance nursing, part one	To describe the scope and method of ambulance nurse assessment in prehospital emergency care. How ambulance nurses	Kvalitativ, fenomenologisk, intervjubaserad.	(n=6). Sex sjuksköterskor från tre separata ambulans-stationer i Västsverige.	17/25 poäng 68 % Nivå: medel.

SWE		prepare for meeting patients and undertaking initial assessment.		Samtliga var specialistutbildade inom akutsjukvård.	
Bruce, K., Dahlberg, K. & Suserud, B-O. 2003 SWE	Ambulance nursing assessment, part two	To describe the scope of ambulance nurse assessment in prehospital emergency care and show how it's made.	Kvalitativ, fenomenologisk, intervjubaserad.	(n=6). Sex sjuksköterskor från tre separata ambulans-stationer i Västsverige. Samtliga var specialistutbildade inom akutsjukvård.	17/25 poäng 68 % Nivå: medel.
Campbell, H. & Rasmussen, B. 2012	Riding third: Social work in ambulance work	To explore the possible role of social work alongside emergency ambulance services.	Kvalitativ, semistrukturerad, intervjubaserad, men med tyngdpunkt på direkta observationer.	(n=5) Fem ambulans-sjukvårdare. Dessutom 300 timmars egen observation på fältet.	15/25 poäng 60 % Nivå: medel.
Holmberg, M. & Fagerberg, I. 2010 SWE	The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service	To describe the RN's experience of being responsible for the care of the patient in the ambulance care setting.	Kvalitativ, fenomenologisk, intervjubaserad.	(n=5). Fem sjuksköterskor med minst fem års erfarenhet av ambulans-sjukvård.	22/25 poäng 88 % Nivå: hög.
Isaksson, R-M. Brulin, C., Eliasson, M., Näslund, U. &	Prehospital experiences of older men with a first	To explore older men's prehospital experiences of	Kvalitativ, intervjubaserad.	(n=20). Intervjuer genomfördes	24/25 poäng

Zingmark, K. 2011 SWE	myocardial infarction: a qualitative analysis within the Northern Sweden MONICA study.	their first myocardial infarction (MI).		med 20 män i åldrarna 65-80 (medelålder 71).	96 % Nivå: hög.
Machen, I., Dickinson, A., Williams, J., Widiatmoko, D. & Kendall, S. 2007 UK	Nurses and paramedics in partnership: perceptions of a new response to low-priority ambulance calls.	To explore patient's and staff's perceptions of a pilot service which dispatched a nurse and paramedic to low-priority ambulance calls.	Blandad metod; enkät- samt intervjubaserad.	(n=64) enkäter returnerades, varav (n=11) deltagare intervjuades.	18/25 poäng 72 % Nivå: medel. 22/29 poäng 76 % Nivå: medel.
Melby, V. & Ryan, A. 2005 UK	Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference?	To explore older people's experiences in prehospital emergency care, and identify benefits and difficulties associated with developing a nurse-led ambulance service.	Kvalitativ, där såväl enskilda intervjuer som intervjuer med fokusgrupper utfördes.	(n=11) äldre patienter (sju män, fyra kvinnor); (n=5) ambulans-sjuksköterskor (fyra män, en kvinna); (n=4) ambulanssjukvårdare (samtliga män); samt (n=4) studenter (samtliga kvinnor).	23/25 poäng 92 % Nivå: hög.

Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. 2012 SWE	Being prepared for the unprepared: a phenomenology field study of Swedish prehospital care.	To explore how ambulance personnel prepare themselves for their everyday caring assignments, and avoid making premature decisions.	Kvalitativ, fenomenologisk, intervju- samt observationsbaserad.	(n=11) Två ambulanssjuksköterskor, tre sjuksköterskor och sex ambulanssjukvårdare (nio män och två kvinnor).	23/25 poäng 92 % Nivå: hög.
Wright, A. J. 2011 USA	Trauma resuscitations and patient perceptions of care and comfort.	To explore patient's experiences of their initial trauma care and resuscitation.	Kvalitativ, enkätbaserad.	(n=34) patienter som utsatts för icke-penetrerande trauma (12 kvinnor och 22 män).	21/25 poäng 84 % Nivå: hög.

Forskningsetiska aspekter

Enligt Forsberg och Wengström (2008) är det i systematiska litteraturöversikter viktigt att tänka på att välja studier som har fått tillstånd från etiska kommittéer, att ha en god källhantering och att redovisa alla artiklar och dess resultat. Därför valdes enbart artiklar som uppfyllde dessa kriterier ut till litteraturöversikten. Alla artiklar, även de vars resultat skilde sig från majoritetens konklusioner, redovisades i studien för att undvika bias.

RESULTAT

Analysen av den utvalda litteraturen resulterade i sex (n=6) kategorier och nio (n=9) subkategorier kring vad som kännetecknar ett gott bemötande inom prehospital sjukvård och vilken betydelse bemötandet har för vården. Dessa kategorier och subkategorier presenteras i nedanstående tabell samt efterföljande text.

Tabell 3 – Översikt av kategorier
• Kommunikation - *Kommunikation i vårdkedjan* - *Kommunikation mellan ambulanspersonal och patient* - *Den ordlösa kommunikationen*
• Förhållningssätt - *Respekt* - *Empati* - *Holism* - *Ödmjukhet*
• Att etablera och upprätthålla en relation
• Att kunna skifta fokus
• Att kunna prioritera - *Prioritera mellan åtgärder för patienten* - *Prioritera mellan patientens och anhörigas intressen*
• Interaktion med anhöriga

Kommunikation

Kommunikation i vårdkedjan

Ett flertal studier fastslog att den prehospitala vårdkedjan inleds hos larmoperatören (Ahl et al., 2005; Bruce, Dahlberg & Suserud, 2003a; Campbell & Rasmussen, 2012; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012). Operatören ska enligt Bruce et al. klassificera samtalet och förmedla till nästa instans i kedjan, ambulanspersonalen, vad det aktuella fallet innefattar. Tredje och sista steget i den prehospitala vårdkedjan innebär överrapporteringen av patienten till personalen på akutmottagningen (Bruce et al., 2003a).

Kommunikationen från larmoperatören till ambulanspersonalen ligger till grund för nästa steg i vårdkedjan där ambulanspersonalen med hjälp av informationen från larmcentralen tillsammans med sin tidigare kunskap och erfarenhet förbereder sig för mötet med patienten (Bruce et al., 2003a; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012). Informationen från larmoperatören är dock inte alltid korrekt och mötet med patienten faller därför ut

annorlunda än ambulanspersonalen ställt in sig på från början. Detta leder till att bedömningen av patienten på platsen blir svårare eftersom ambulanspersonalen inte har ett helt och hållet öppet sinnelag utan redan ställt in sig i en viss riktning till följd av informationen från larmcentralen. Detta kan i förlängningen påverka patientsäkerheten till följd av förseningar i behandlingen (ibid.).

Isaksson, Brulin, Eliasson, Näslund och Zingmark (2011) beskrev vikten av en korrekt kommunikation mellan larmcentralen och uppringaren. Författarna redovisade riskerna med försenad prehospital vård vid äldre, manliga patienters första hjärtinfarkter och identifierade atypiska symtom och fördröjd kontakt med vården som riskmoment för denna patientgrupp. Kompetensen hos larmoperatören och dennes förmåga att kommunicera allvaret i, och vikten av att komma under vård vid, dessa tillstånd till vårdsökande patient kunde enligt artikeln påverka behandlingstiden och utgången för patienten (Isaksson et al., 2011).

Kommunikation mellan ambulanspersonal och patient

Bruce et al. (2003b) beskrev att kommunikationen mellan ambulanspersonal och patient ska inledas efter patientens förutsättningar. Då kan en relation av tillit och förtroende etableras, och interaktionen mellan ambulanspersonal och patient är därför en grundförutsättning som kan påverka patientens tillfrisknande. Författarna lyfte särskilt fram situationer där larmen gäller barn, då dessa situationer kräver ett särskilt handläggande relaterat till att barn i olika åldrar har olika behov. Här interagerar ambulanspersonalen med både barn och föräldrar, och det är enligt artikeln viktigt att se till såväl barnets behov som behovet av att ge förvissning till föräldrarna. Här blir enligt artikeln föräldrarna en resurs då en positiv relation mellan ambulanspersonalen och förälder inverkar positivt på relationen mellan ambulanspersonalen och barn (Bruce et al., 2003b).

Även Isaksson et al. (2011) lyfte fram vikten av personligt anpassad kommunikation och information samt att samtalet mellan ambulanspersonal och patient förs efter patientens förutsättningar. Detta skulle enligt artikeln personifiera budskapet om hur patienten själv kan uppmärksamma symtom och copingstrategier förknippade med hjärtinfarkter för att motverka försenat vårdsökande i framtiden.

Bruce et al. (2003b) statuerade att ambulanspersonal i mötet med en patient vid medvetande måste kommunicera på ett respektfullt sätt med patienten och att kommunikationen ska ske direkt med den berörda personen. Är patienten däremot medvetslös etableras istället kontakten indirekt via kommunikation med någon som kan föra patientens talan.

Även Melby och Ryan betonade vikten av den respektfulla kommunikationen och beskrev att äldre patienter kan utsättas för ökad oro på grund av sensoriska problem som kan leda till bristfällig information till patienten, eller förenklade undersökningar som fokuserade enbart på fysiska problem och inte uppmärksammade psykosociala och existentiella behov hos patienterna. Artikelförfattarna beskrev även den omvända situationen där hälso- och sjukvårdspersonal felaktigt förutsätter att den äldre patienten har nedsatt hörsel och därför tilltalar denne som till ett barn. Detta ansågs enligt artikeln av patienterna såsom nedvärderande och stötande (Melby & Ryan, 2005).

Melby och Ryan (2005) rapporterade även brister vad gällde att förbereda patienterna på vad som kommer att vänta dem efter ankomsten till akutmottagningen samt i utvärderingen av vad patienterna de facto tagit till sig av informationen de fått. Att förbereda patienterna på kommande ingrepp och procedurer var också något som Wright (2011) poängterade. Artikeln beskrev balansen mellan behovet av att utföra undersökningar i relation till patientens psykologiska upplevelse av obehag, men konstaterade att patienternas kunskap, vetskap och förberedelse på vad som skulle komma påverkade deras upplevelser av obehag i samband med olika procedurer och undersökningar. Wright visade på att vårdmoment som var välkända för patienterna renderade lägre nivåer av obehag än moment kring vilka den allmänna kunskapen och förståelsen är lägre (Melby & Ryan, 2005; Wright, 2011).

Isaksson et al. (2011) poängterade i sin artikel om hjärtinfarkter hos äldre män att en djupgående anamnes är viktig för dessa patienter, men även att ambulanspersonalen bör förhålla sig något kritisk till patientens förmodade tidsangivelse för symtomdebuten, då vissa prodromala symtom (försymtom) eventuellt kan ha förbisetts av patienten. Somliga behandlingar vid hjärtinfarkter är tidsberoende och negligerande av symtom och en därpå följande fördröjning i behandling kunde enligt artikeln påverka den efterföljande vården (Isaksson et al., 2011).

Den ordlösa kommunikationen

Kommunikation mellan patient och sjuksköterska kan även ske via kroppsspråk, med vilket patienten också förmedlar sig. Sjuksköterskan kan då tolka denna ordlösa kommunikation för att fatta korrekta beslut (Melby & Ryan, 2005).

Två studier slog fast att närvaron av ambulanspersonal innebar en lättnad för patienterna. En undersökningsdeltagare citerades och beskrev att det är svårt att vara ensam när man är sjuk, men anländandet av ambulanspersonalen innebar en känsla av samvaro med en annan människa. Det beskrevs att den vanligaste reaktionen, hos såväl patienter som

anhöriga, på ambulanspersonalens ankomst är att bli lugn, lämna över sig själv i deras händer och visa dem tilltro (Ahl et al., 2005; Machen, Dickinson, Williams, Widiatmoko & Kendall, 2007).

Ahl et al. (2005) lyfte även fram den fysiska närheten mellan ambulanspersonalen och patienten, och påtalar att denna närhet, till följd av det begränsade utrymmet i ambulansen, bokstavligen kan erbjuda patienten en hand att hålla i. En av studiedeltagarna beskrev att patienterna inte sällan på eget initiativ fattar vårdarens hand, och artikelförfattarna noterade att detta kan vara ett sätt för ambulanspersonalen att lägga sig på samma fysiska nivå som patienten och att denna fysiska närhet är en viktig aspekt i en god vård.

Förhållningssätt

Respekt

I studier av Ahl et al. (2005) och Bruce et al. (2003b) konstaterades det att en av grundstenarna för en god omvårdnad är det förtroende patienten har för ambulanspersonalen. Detta förtroende uppkommer genom att patienten visas respekt i mötet mellan patient och ambulanspersonal, exempelvis genom att ambulanspersonalen kommunicerar direkt med patienten om denna är vid medvetande (Bruce et al., 2003b).

Möten mellan ambulanspersonal och patienter synliggör patientens sårbarhet. Det är därför av största vikt att som vårdpersonal vara ödmjuk inför detta och respektera sårbarheten. (Ahl et al., 2005; Bruce et al., 2003b).

Empati

Bruce et al. (2003b) beskrev vikten av att ambulanspersonalen har ett empatiskt förhållningssätt i mötet med patienten. Empatin uppnås genom att ambulanspersonalen identifierar sig med och delar patientens känslor. Det empatiska förhållningssättet leder till respekt för patientens integritet, och därigenom kan en omvårdnadsrelation byggas upp. En god omvårdnad är enligt Bremer, Dahlberg och Sandman (2012) beroende av att ambulanspersonalen tar mod till sig att möta patientens existentiella frågor och behov genom att visa empati. Via ett empatiskt förhållningssätt har vårdpersonalen även möjligheten att uppmärksamma anhörigas behov (Bremer et al., 2012).

Ahl et al. (2005) beskrev även situationer då ambulanspersonalen av olika anledningar tvingas åsidosätta sin empatiska förmåga. En anledning till detta kan vara att de i sitt arbete blir respektlöst bemötta i samband med hot och våld.

Holism

Melby och Ryan (2005) konstaterade att ambulanspersonal lade stor vikt enbart vid patientens fysiska status när de gjorde bedömningar. Ambulanspersonal betonade dock vikten av att ha ett holistiskt synsätt i mötet med patienten, vilket innefattar ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv (Bruce et al., 2003a; Holmberg & Fagerberg, 2010). På så sätt möter ambulanspersonalen patienten som en unik individ med unika behov (ibid.).

Att ha en allt för snäv föreställning av hur mötet med patienten kommer att te sig gör att ambulanspersonalens handlingar färgas av förutfattade meningar (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012). Detta kan enligt författarna i sin tur bli ett hinder i mötet med patienten, eftersom förhastade eller felaktigta beslut kan resultera i förödande konsekvenser. Därför är det är viktigt att bemöta patienten förutsättningslöst.

Ödmjukhet

God prehospital vård kännetecknas, enligt Ahl et al. (2005), av ödmjukhet. Detta är ett viktigt förhållningssätt då ambulanspersonal kan ställas inför många olika situationer. I mötet med patienten kan ambulanspersonalen tillämpa detta genom att vara lugn och fokuserad, och samtidigt lyssna och uppskatta vad patienten delger dem. Brister ambulanspersonalens fokus på patienten i mötet med denne blir även vården negativt påverkad eftersom risken ökar för att vårdrelationen ska färgas av misstro, missriktad vänlighet och falska förhoppningar. Genom ett ödmjukt förhållningssätt ges istället patienten förvissning om att allt kommer att bli bra (Ahl et al., 2005; Bremer et al., 2012).

Att etablera och upprätthålla en meningsfull relation

En omvårdnadsrelation mellan ambulanspersonal och patient kännetecknas av att båda parter är delaktiga. Ambulanspersonalen är beroende av att patienten samarbetar, och patientens medverkan i vården beror i hög grad på om patienten kan känna förtroende för ambulanspersonalen. Därför är det ambulanspersonalens ansvar att tillåta ömsesidigt samspel och vårda patienten utifrån dennes unika förutsättningar. Förtroende är nyckeln till en meningsfull vårdrelation, därför att om ett ömsesidigt förtroende mellan patient och ambulanspersonal utvecklas, skapas en trygghet där en god omvårdnad kan ges. Detta förhållningssätt tillåter ambulanspersonalen att komma i kontakt med patientens sårbarhet och

lidande (Bruce et al. 2003b; Holmberg & Fagerberg, 2010; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012).

För att kunna ge en god omvårdnad krävs det att ambulanspersonalen på ett ödmjukt sätt bemöter varje patient som en unik individ, där ambulanspersonalen har förmågan att sätta patienten först och se bortom sina egna referensramar. Vårdpersonalen måste ha ett patientperspektiv i mötet med patienter. Genom att uppmuntra patienten att berätta om sin egen upplevelse, får vårdpersonalen tillgång till patientens livsvärld (Ahl et al., 2005; Holmberg & Fagerberg, 2010).

Att kunna skifta fokus

Bremer et al. redovisade att ambulanspersonalen kände ansvar för såväl patienten som dennes anhöriga (2012). Omhändertagandet av dessa kräver dock olika insatser av ambulanspersonalen, menade författarna. Arbetet med patientens vård är välstrukturerat och baserar sig på personalens tolkningar till följd av teoretisk yrkeserfarenhet och -kunskap. Det psykosociala omhändertagandet av nära anhöriga och/eller åskådare sker däremot mer i stunden och är således öppet för tolkning i den specifika situationen. Ambulanspersonalens agerande vid dessa tillfällen har därmed sin bakgrund i dennes erfarenheter, personkvaliteter och emotionella intelligens. En god vård verkar vara beroende av ambulanspersonalens mod att tillåta sig påverkas av patientens och de anhörigas situation för att kunna identifiera sig med och bemöta deras existentiella funderingar och behov (Bremer et al., 2012).

Även Campbell & Rasmussen (2012) resonerade kring vikten av det psykosociala omhändertagandet av de anhöriga, men visade också på att eftersom patienten prioriteras över anhöriga och/eller åskådare så kan dessa bli åsidosatta. Författarna föreslog istället en mer strukturerad uppdelning mellan socialarbetare och vårdpersonal, samt att socialarbetare kunde användas i prehospital vård. Dessa respektive professioner i samarbete skulle enligt artikeln kunna bidra till minskat psykosocialt lidande för de anhöriga och en mer holistisk vård för patienten då medicinska tillstånd även har sociala aspekter.

Att kunna prioritera

Prioritera mellan åtgärder för patienten

Om ambulanspersonalen kan göra en snabb och korrekt bedömning av patienten på plats innebär det en bättre prognos för patienten, hävdade Bruce et al. (2003b).

Bruce et al. (2003a; 2003b) konstaterade att sjuksköterskan i den prehospitala vården använder informationen från larmoperatören tillsammans med sina erfarenheter till att förbereda sig inför mötet med patienten på upphämtningsplatsen. Denna förberedelse syftar till att uppskatta vilka åtgärder som kan vara aktuella att utföra. Väl på plats, skrev Bruce et al. (2003b), utförs en första bedömning vilken sedan åtföljs av en sekundär. Vid den kan ambulanspersonalen endera implementera eller revidera de första inriktningsbesluten. Inte sällan kan dock informationen från larmcentralen vara bristfällig eller felaktig. Det leder till att ambulanspersonalen måste prioritera om vilket kan vara svårt samt förenat med sämre prognos för patienten (Bruce et al., 2003a; 2003b).

Litteraturen (Ahl et al., 2005; Bruce et al., 2003b; Holmberg & Fagerberg, 2010; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012) beskriver att en nära relation till patienten är viktig för att skapa en omvårdnadsrelation, men Bruce et al. (2003b) visar även på det motsatta vid svåra, komplicerade fall. Författarna argumenterade för att det istället kan finnas ett behov hos ambulanspersonalen av att tillfälligtvis prioritera bort den personliga relationen, att kunna distansera sig för att kunna koncentrera sig på det krävande arbetet och de tekniska momenten.

Prioritera mellan patientens och anhörigas intressen

Bremer et al. (2012) beskrev att många av ambulanspersonalens beslut syftar till att behandla såväl patient som anhöriga med värdighet. Författarna påtalade det etiska dilemma som kan uppstå i samband med hjärt- lungräddning [HLR]. Ibland initierades enligt artikeln HLR enkom för de anhörigas skull, vilket kunde innebära en konflikt mellan patientens vilja och de anhörigas. Förväntningar från de anhöriga kunde avgöra huruvida ambulanspersonalen skulle avsluta eller helt avstå från HLR, men det diskuterades även att HLR fortsattes, trots att det var utsiktslöst, för närvarande familjemedlemmars skull.

Andra dilemman Bremer et al. redovisade var där anhöriga ville att återupplivningsförsök skulle avslutas men uppgift saknades till hur patienten själv ställt sig till detta, samt att där fanns variationer inom ambulanspersonalen i hur beslut rörande HLR fattades. Ambulanspersonal med mer än tio års erfarenhet tenderade enligt undersökningen att, när det enbart fanns muntliga uppgifter kring patientens åsikt rörande HLR, avstå från återupplivningsförsök och de avstod även i högre grad från att inleda HLR i situationer de bedömde såsom fruktlösa (Bremer et al., 2012).

Interaktion med anhöriga

I studier av Bruce et al. (2003a) och Campbell och Rasmussen (2012) beskrevs betydelsen av att ge de anhöriga trygghet i deras möte med ambulanspersonalen. Bruce et al. ger som exempel att ambulanspersonalen kan skänka trygghet till en förälder vars barn vårdas prehospitalt, för att indirekt ge barnet ett ökat lugn. Genom att föräldern kan ge barnet trygghet kan en vårdrelation skapas mellan patient och ambulanspersonal (2003a).

Ambulanspersonal ansåg att det viktigaste i mötet med anhöriga är att uppträda lugnt. Att som ambulanspersonal finnas till för anhöriga och vara ärlig mot dem är av stor betydelse. Bemötandet av ett barn som är anhörig till patienten är särskilt viktigt. Genom att sitta ner hos barnet och på en individuellt anpassad nivå förklara vad som händer, kan ambulanspersonalen lugna både barnet och patienten (Ahl et al., 2005; Bremer et al., 2012).

Sammanfattning

Ett gott bemötande inom den prehospitala vården är således sammanfattningsvis:

- Kommunikation
  - att ambulanspersonalen vågar vara fysiskt närvarande för patienten
  - att ambulanspersonalen visar respekt för och lyssnar till patienten
  - att ambulanspersonalen kommunicerar individanpassat med patienten
  - att ambulanspersonalen även lyssnar till vad patienten inte säger verbalt utan enbart signalerar mer eller mindre omedvetet med sitt kroppsspråk och sin närmiljö
  - att ambulanspersonalen hela tiden informerar patienten så att denne inte utsätts för onödig oro utan kan vara förberedd och därmed ha kontroll över sitt eget liv
- Förhållningssätt
  - att ambulanspersonalen visar ödmjukhet, respekt och har en empatisk attityd
  - att ambulanspersonalen har en holistisk syn på patienten.

Ett gott bemötande har sammanfattningsvis betydelse för den prehospitala akutsjukvården genom:

- att patientens upplevelse av trygghet och förtroende för ambulanspersonalen ökar, vilket banar väg för en god vård
- att anhöriga får uppleva trygghet, vilket ytterligare kan påverka patienten positivt
- att vårdtiden blir kortare och resultatet bättre
- att patienten behandlas såsom den unika individ han eller hon är

- att patientsäkerheten inte äventyras genom exempelvis förseningar i behandlingen till följd av felaktig information genom den prehospitala vårdkedjan.

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Resultatet visar att det som är utmärkande för ett gott bemötande inom den prehospitala sjukvården och vilken betydelse det har för vården är kommunikationen, ett respektfullt, empatiskt, ödmjukt samt holistiskt förhållningssätt, upprättandet och vidmakthållandet av en omvårdnadsrelation, förmågan att kunna skifta fokus och prioritera samt interaktionen med de anhöriga. En förutsättning för en god omvårdnad är att en omvårdnadsrelation, baserad på tillit och förtroende, upprättas (Ahl et al., 2005; Bruce et al., 2003b; Isaksson et al., 2011; Melby & Ryan, 2005).

Vårdkedjan inleds hos larmoperatören, som förmedlar information till ambulanspersonalen. Denna information ligger till grund för ambulanspersonalens förberedelse inför mötet med patienten. Felaktig information i vårdkedjan kan därför försena behandlingen av patienten och därmed äventyra patientsäkerheten (Ahl et al., 2005; Bruce et al., 2003a; Isaksson et al., 2011; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012).

Kommunikationen mellan ambulanspersonal och patient ska vara personligt anpassad, vilket skapar en omvårdnadsrelation baserad på tillit, förtroende, respekt, empati och ödmjukhet. Omvårdnadsrelationen synliggör patientens sårbarhet, vilken ställer krav på ambulanspersonalen att visa ödmjukhet och respekt för patienten och dennes integritet (Ahl et al., 2005; Bruce et al., 2003b; Isaksson et al., 2011; Melby & Ryan, 2005).

Patienten har inte bara fysiska, utan även psykiska och sociala behov. Att ambulanspersonalen har en holistisk människosyn gör att patienten blir bemött som en unik individ (Bremer et al., 2012: Bruce et al, 2003a; Holmberg & Fagerberg, 2010).

Resultatdiskussion

Vad kännetecknar ett gott bemötande inom den prehospitala akutsjukvården?

All kommunikation skall ske på patientens nivå, skrev såväl Bruce et al. (2003b) och Isaksson et al. (2011). Om kommunikationen sker på en nivå där ambulanspersonal och patient talar samma språk så etableras en relation dem emellan vilket visar patienten att han eller hon är respekterad och lyssnad till.

Litteraturen beskrev att blotta närvaron av ambulanspersonalen verkar lugnande på såväl patienten som anhöriga (Ahl et al., 2005; Machen et al., 2007). Ahl et al. redovisade också att patienterna inte sällan fattar ambulanspersonalens hand och att denna fysiska närhet

är en viktig aspekt i god omvårdnad (2005). Att som ambulanspersonal våga vara fysiskt närvarande tillsammans med patienten kan för denne skapa en ytterligare känsla av trygghet, samhörighet, närvaro och intrapersonell förståelse.

I mötet med äldre patienter menade Melby och Ryan (2005) att sensoriska problem kan leda till ökad oro hos patienten men också att det omvända läget, där den äldre patienten förutsätts vara sensoriskt nedsatt på grund av sin ålder, kan få negativa konsekvenser i och med att det kan uppfattas kränkande och nedvärderande. Melby och Ryan (2005) poängterade också vikten av att informera patienten kring vad som skall komma så att han eller hon kan förbereda sig, en tes som också fördes fram av Wright (2011). Patienten måste få känna sig delaktig i sin egen vård och själv tillåtas ha huvudrollen i sitt eget liv.

Melby och Ryan betonade också vikten av att tolka den ordlösa kommunikationen med vilken patienten också förmedlar sig genom sitt kroppsspråk (2005). Även patientens närmiljö kan användas för att skapa en uppfattning hos ambulanspersonalen kring hur patienten mår, har det i sitt liv och bör bli bemött, då inträdet i ett hem ger många ledtrådar om personen man möter. Miljön i hemmet ger signaler om patientens kognitiva funktioner, sociala status och psykosociala situation.

Ahl et al. (2005) menade att två av grundstenarna för en god omvårdnad är ödmjukhet och respekt. Genom att ha ett ödmjukt förhållningssätt kan ambulanspersonalen hantera och därmed respektera patientens sårbarhet i bemötandet av denne (Bruce et al., 2003b). Ur detta förhållningssätt växer ett förtroende fram mellan ambulanspersonal och patient (Ahl et al., 2005), vilket kännetecknar en god omvårdnad.

Att se hela patienten och dennes behov ansåg ambulanspersonalen vara viktigt (Bruce, Dahlberg & Suserud, 2003b; Holmberg och Fagerberg, 2010), men det konstaterades samtidigt att det vanligtvis lades allt för stor fokus enkom på den fysiska statusen vid bedömning av patienten (Melby & Ryan, 2005). Detta är anmärkningsvärt då vad ambulanspersonalen anser vara teoretiskt riktigt och vad som trots det sker i praktiken skiljer sig åt.

En empatisk attityd hos ambulanspersonalen utgör i bemötandet av patienter en förutsättning för att kunna se till hela patienten, där även patientens existentiella behov synliggörs (Bremer et al., 2012). Genom att visa empati respekteras patientens integritet och därigenom kan en välfungerande omvårdnadsrelation byggas upp (ibid.). Som ambulanspersonal är det viktigt att ha nära kontakt med sitt känsloliv, men ändå kunna hantera det på ett professionellt sätt för att kunna upprätthålla en väl fungerande omvårdnadsrelation där patienten kan känna trygghet i ambulanspersonalens professionalism.

Delaktighet är nyckelordet till en meningsfull omvårdnadsrelation. Båda parter är i en omvårdnadsrelation beroende av varandra, varför även förtroende är en avgörande hörnsten för att kunna utveckla en meningsfull omvårdnadsrelation (Bruce, Dahlberg & Suserud, 2003b; Holmberg & Fagerberg, 2010; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2011; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012).

Ambulanspersonalen innehar, enligt Bremer et al. ett moraliskt ansvar för såväl patienten som dennes anhöriga. Däremot beskrev författarna att omhändertagandet av de två ser olika ut beroende på att de har olika behov. Patienten har behov av rena vårdinsatser, medan anhöriga och/eller åskådare behöver ett omhändertagande av psykosocial karaktär (2012). Här är det viktigt att ambulanspersonalen sätter sig i kontakt med sina egna upplevelser, erfarenheter och sin emotionella intelligens, särskilt då det gäller det psykosociala omhändertagandet vilket inte följer samma strukturerade upplägg som vårdinsatserna utan snarare sker i stunden och baseras på ambulanspersonalens person och dennes empatiska förmåga. Det är därför viktigt för såväl patienten som de anhöriga att ambulanspersonalen kan växla mellan sin yrkespersonlighet och sin mer privata, inkännande och empatiska egna personlighet.

Bremer et al. tog upp det etiska dilemmat där patientens intresse skiljer sig från de anhörigas, exempelvis vid hjärt- lungräddning (2012). Det är en utmaning för ambulanspersonalen att göra avvägningen mellan vad man anser vara det bästa ur patientens intresse och de intressen som förmedlas från de anhöriga. Ibland går dessa intressen isär och att då befinna sig i den situationen där man måste förklara besluten man fattar ställer höga krav på hur man som ambulanspersonal agerar och uttrycker sig. Patienten skall alltid komma i första hand men att även bemöta de anhöriga med respekt, trots att man måste gå emot deras önskan, är en personlig utmaning för dem som arbetar i den prehospitala vården.

Vilken betydelse har ett gott bemötande för den prehospitala akutsjukvården?

Det holistiska förhållningssättet där det fysiska, psykiska och sociala perspektivet räknas in glöms ofta bort inom den prehospitala undersökningen enligt Melby och Ryan (2005), och det fokuseras allt för ofta enbart på patientens fysiska status. Detta får konsekvenser för vården genom att patienten därmed inte uppfattas som en flerdimensionell individ med unika behov som innefattar såväl fysiska som psykiska behov.

Korrekt kommunikation är viktig för relationen mellan ambulanspersonal och patient, men också för en snabb och adekvat bedömning och inledande behandling av patienten (Bruce et al., 2003a; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012). Brister i

kommunikationen genom vårdkedjan skulle kunna äventyra patientsäkerheten på grund av att informationen inte sällan är bristfällig, exempelvis från larmcentralen till uppringaren och från larmcentralen till ambulanspersonalen (Bruce et al., 2003a; Isaksson et al., 2011; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012). Informationen från operatören ligger till grund för de medicinska inriktningsbeslut som fattas, och i de fall där verkligheten inte överensstämmer med erhållen information måste besluten prövas om vilket tar tid i anspråk; tid som kunde utnyttjas bättre för omhändertagandet av en allvarligt skadad patient.

Genom ett respektfullt bemötande växer ett förtroende fram mellan ambulanspersonal och patient, vilket är en förutsättning för god omvårdnad (Ahl et al., 2005). Brister det i förmågan till respekt och lyhördhet hos ambulanspersonal, ökar risken för att omvårdnadsrelationen mellan patient och ambulanspersonal utvecklas i en negativ riktning (Ahl et al., 2005; Bremer et al., 2012). Genom ett bemötande som kännetecknas av respekt för patienten och dennes unika behov, ökas förutsättningarna för att en god vård ska kunna ges.

Även om ambulanspersonalen har som intention att ha ett empatiskt förhållningssätt i bemötandet av patienter, är det inte alltid säkert att den inställningen är tillräcklig för att garantera ett empatiskt bemötande. Ambulanspersonal kan utsättas för situationer där de tillfälligt fråntas sin förmåga att handla utifrån ett empatiskt tänk, där Ahl et al. (2005) gav som exempel hot och våld mot ambulanspersonal. Detta påverkar självklart bemötandet negativt, och kan få konsekvenser för vården när patienten inte ges vård på lika villkor, och heller inte respekteras lika högt som andra patienter. Detta trots att det är hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet enligt HSL (SFS, 1982:763).

Wireklint Sundström och Dahlberg menade att det ligger en fara i om ambulanspersonalen inte hade ett öppet sinne i bemötandet av patienter. Anledningen till det ansåg de vara att bemötandet och omvårdnaden av patienten omedvetet kan färgas av förutfattade meningar, och till följd av detta leda till felaktiga beslut (2012). Det är först i bemötandet av patienten som ambulanspersonalen får chansen till en fullständig bild av individens behov, vilket styrker litteraturens åsikt om det betydelsefulla i att som ambulanspersonal bemöta varje unik patient förutsättningslöst.

I omvårdnadsrelationen inom den prehospitala akutsjukvården är det ambulanspersonalens ansvar att se till att patienten tillåts vara delaktig, för att på så sätt kunna ge patienten vård utifrån dennes individuella behov (Holmberg & Fagerberg, 2010). Genom att patienten tillåts vara aktiv i sin egen omvårdnad ökar även förtroendet för ambulanspersonalen, genom vilket en ökad trygghet kan växa fram. Detta ger goda förutsättningar för att en god vård kan ges till patienten.

Bruce et al. (2003a; 2003b) beskrev att ambulanspersonalen använder informationen från larmcentralen till att förbereda sig på mötet med patienten på hämtningsplatsen. Med hjälp av den informationen skapas automatiskt en prioritering bland åtgärderna för berörda patient. En svårighet ambulanspersonalen inte sällan stöter på är dock att verkligheten inte alltid överensstämmer med den initiala informationen (Bremer et al., 2003a; 2003b). En korrekt information från larmoperatören är därför avgörande för patientens kommande vårdprocess men även för hela vården och efterförloppet. Välutbildad personal på larmcentralerna är därför synnerligen viktigt därför att rätt frågor ställda på ett korrekt sätt banar väg för en adekvat inledande behandling. Det är inte svårt att föreställa sig att den personen som larmar SOS kan vara exempelvis chockad, skrämd, uppriven eller påverkad av substanser när denne ringer larmcentralen. Då kan det också konstateras att personen som tar emot samtalet bör vara kompetent nog för uppgiften så att korrekt information ändå kan inhämtas från personen ifråga, så att patientens liv och hälsa inte äventyras ytterligare.

Litteraturen visade på att en nära relation emellan ambulanspersonal och patient är viktig för att kunna skapa en omvårdnadsrelation (Ahl et al., 2005; Bruce et al., 2003b; Holmberg & Fagerberg, 2010; Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012). Däremot lyfte Bruce et al. att situationen kan vara den omvända och att man snarare kan behöva tillfälligt bortprioritera den nära relationen för att kunna koncentrera sig på arbetet (2003b). Stundtals står man som ambulanspersonal inför svåra situationer och det kan då vara en fördel att kunna distansera sig för att kunna lägga fullt fokus på sin arbetsuppgift, för att kunna vara professionell och kunna agera kompetent mitt i den misär som en olycksplats kan innebära. Kanske blir empatin i sådana lägen till en boja, kanske blir man på ett sätt övermannad av sina känslor, kanske måste man kunna kliva ur den medmänskliga dräkten ett tag för att över huvud taget kunna se bortom det svåra och agera professionellt. När patienten sedan är omhändertagen och stabiliserad kan man åter inta den empatiska rollen och arbeta mer intrapersonellt.

Som ambulanspersonal är det även av stor betydelse att kunna bemöta anhöriga på ett sätt som inger trygghet (Bruce et al., 2003a; Campbell & Rasmussen, 2012). Det allra viktigaste i mötet med anhöriga ansåg Bremer et al. (2012) vara att ambulanspersonalen är närvarande, ärliga och lugna. Det är om möjligt än mer viktigt att bemöta den anhörige på ett bra sätt om anhörigrollen innehas av ett barn, menade Ahl et al. (2005). Genom att skänka anhöriga trygghet kan även patienten få en ökad upplevelse av tillit. Detta underlättar utvecklingen av en bra omvårdnadsrelation mellan ambulanspersonal och patient, vilket ökar

chansen för en individanpassad vård. Därför är det av stor vikt att även belysa vikten av ett gott bemötande av anhöriga inom den prehospitala akutsjukvården.

Metoddiskussion

Urvalet av artiklar till litteraturöversikten var begränsat; elva artiklar med relevans för frågeställningarna återfanns i sökprocessen. Flera av författarna återkommer dessutom i olika artiklar. Det materialet kan innebära en begränsning i pålitlighet. Det faktum att samma artiklar återfanns via användandet av flera olika sökord, och kombinationer av dessa, i olika sökmotorer ledde dock till antagandet att de artiklar av relevans för området ändå torde vara funna, men att forskningsområdet än så länge är tämligen outforskat.

Artiklar av svenska forskare dominerade bland de inkluderade artiklarna, och det är tydligt att det i Sverige bedrivs en hel del forskning kring den prehospitala sjukvården. Överförbarheten av litteraturöversiktens resultat till andra sammanhang är dock reducerad till följd av dess begränsade geografiska bredd (Polit & Beck, 2008). Däremot framkom det under arbetet med artiklarna att den svenska ambulanssjukvården är något annorlunda i sin struktur än i andra länder, till exempel vad gäller utbildningsnivån hos och sammansättningen av besättningen (Machen et al., 2007; Melby & Ryan, 2005). Därför hade det varit intressant att ta del av resultat från liknande studier i andra länder, för att undersöka om de redovisade resultaten är överförbara på andra kontexter och kulturer.

Konklusion

I ett arbete som innebär såväl fysisk vård av patienten som psykosocialt omhändertagande av anhöriga och åskådare ställs stora krav på ambulanspersonalens yrkeskunskaper, etiska kompetens och emotionella intelligens.

Tillsammans med sin skadade eller sjuka kropp lämnar patienten även över sin förtvivlan, rädsla, utsatthet och sårbarhet i ambulanspersonalens händer. Därför ska patienten bemötas med respekt för såväl person och integritet som för sin sårbarhet. Människan är mer än den fysiska kroppen, hon är en komplex enhet av kropp, själ och ande och därför ställs höga krav på ambulanspersonalens förmåga att förmedla en holistisk vård.

Förslag till vidare forskning

Under arbetet med litteraturöversikten framkom att få studier beskrev patienters upplevelse av bemötandet inom den prehospitala akutsjukvården och det vore intressant att utforska detta ämne mer ingående. Förslag till vidare forskning blir således att undersöka patienters

upplevelser av och uppfattningar om det goda bemötandet inom den prehospitala akutsjukvården, exempelvis via enkäter eller kvalitativa intervjuer.

REFERENSLISTA

Ahl, C., Hjälte, L., Johansson, C., Wireklint-Sundström, B., Jonsson, A., & Suserud, B-O. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency nurse, **13** (8),* 30-36.

Ahl, C. & Nyström, M. (2011). To handle the unexpected – The meaning of caring in pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing, **20**,* 33-41. DOI:10.1016/j.ienj.2011.03.001.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn.* Stockholm: Liber.

Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2012). Balancing between closeness and distance: emergency medical services personnel's experiences of caring for families at out-of-hospital cardiac arrest and sudden death. *Prehospital and disaster medicine, **27** (1),* 42-52. DOI:10.1017/S1049023X12000167.

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

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

Campbell, H. & Rasmussen, B. (2012). Riding third: Social work in ambulance work. *Health and social work, **37** (2),* 90-96. DOI:10.1093/hsw/hls012.

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

Eide, H. & Eide, T. (2008). *Omvårdnadsorienterad kommunikation : relationsetik, samarbete och konfliktlösning.* Lund: Studentlitteratur.

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.

Farlex inc. (2013) *Prehospital care.* Hämtad 15 januari 2013 från The free dictionary by Farlex: http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/prehospital+care.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Natur & kultur.

Fossum, B. (2007). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården.* Lund: Studentlitteratur.

Holmberg, M. & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish

ambulance service. *International journal of qualitative studies on healt and well-being, **5** (5098),* 1-9. DOI:10.3402/qhw.v5i2.5098.

Isaksson, R-M., Brulin, C., Eliasson, M., Näslund, U. & Zingmark, K. (2011). Prehospital experiences of older men with a first myocardial infarction: a qualitative analysis within the Northern Sweden MONICA study. *Scandinavian Journal of Caring sciences,* 25, 787-797. DOI:10.1111/j.1471-6712.2011.00896.x.

Machen, A., Dickinson, A., Williams, J., Widiatmoko, D. & Kendall, S. (2007). Nurses and paramedics in partnership: Perceptions of a new response to low-priority ambulance calls. *Accident and Emergency nursing, **15**, 185-192*. DOI:10.1016/j.aaen.2007.09.001.

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

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen.* Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Brommatryck och Brolins AB.

Suserud, B. (2005). A new profession in the pre-hospital care field – the ambulance nurse. *Nursing in critical care, **10*** (6), 269-271.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wright, A. J. (2011). Trauma resuscitations and patient perceptions of care and comfort. *Journal of trauma nursing, **18** (4),* 231-240. DOI:10.1097/JTN.0b013e31823a49eb.

Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. (2010). Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions. *International Emergency Nursing, **19**,* 113-119. DOI:10.1016/j.ienj.2010.07.005.

Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. (2012). Being prepared for the unprepared: a phenomenology filed study of Swedish prehospital care. *Journal of International Emergency Nursing, **38** (6),* 571-577. DOI:10.1016/j.jenj.2011.09.003.

World Health Organization. (2013). *Frequently asked questions.* Hämtad 8 januari 2013, från World Health Organization: http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html

BILAGAOR

Bilaga I

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionkriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A.., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

Bilaga II

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvalitativa studier

	Fråga	**Ja**	**Nej**
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beksriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionkriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A.., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)