



Institutionen för hälsa och vård

Att vara ambulanspersonal
- upplevelser av arbetet, behovet av känslomässigt stöd
och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses

Karlstad oktober 2002

Jörgen Jansson
Peter Jonasson

D-uppsats

SAMMANFATTNING

Titel:	Att vara ambulanspersonal – upplevelser av arbetet, behovet av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses Ambulance staff's work-life experiences and the provision for emotional support and professional development
Institution:	Institutionen för hälsa och vård, Karlstads universitet
Kurs:	Omvårdnad 61-80 poäng, vetenskapligt arbete 10 poäng
Författare:	Jörgen Jansson och Peter Jonasson
Handledare:	Elsy Athlin
Sidor:	35
Månad och år för examen:	Oktober 2002
Nyckelord:	Ambulanssjukvård, handledning, omvårdnad, kompetensutveckling, stress

Ambulanssjukvårdens utveckling har medfört ökade kompetenskrav på ambulanspersonalen, som i hög grad är utsatt för psykisk stress, något som obearbetat kan påverka förmågan att fungera och att utföra arbetet. I denna studie har en fenomenologisk-hermeneutisk ansats, inspirerad av Colaizzi, använts med syfte att beskriva hur ambulanspersonal upplever sitt arbete, sitt behov av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses. Tio ambulanspersonal; fyra ambulanssjukvårdare och sex ambulanssjuksköterskor inom ett landsting i mellansverige intervjuades. Arbetet inom ambulanssjukvården upplevdes kräva många olika förmågor; kunskaper i medicin och omvårdnad, förmåga att ta beslut, att vara lyhörd inför andras behov, att våga låta sig beröras och kunna hantera känslor. Sammantaget gavs en bild av ett kvalificerat arbete som ställde höga krav och ibland även var psykiskt påfrestande, men också ett arbete som var tillfredsställande och stimulerande. Behovet av känslomässigt stöd och professionell utveckling var intimt interrelaterade. Den samlade upplevelsen var att insatser av känslomässigt stöd och stöd till professionell utveckling inte har följt ambulanssjukvårdens utvecklingstakt. Detta förhållande upplevdes skapa oro och frustration. Känslomässigt stöd och möjlighet till professionell utveckling behöver uppmärksammas och prioriteras av arbetsgivaren. Att erbjuda ambulanspersonalen yrkesmässig handledning i omvårdnad kan vara ett sätt att möta det behov som finns.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	4
Kompetens inom ambulanssjukvård	4
Omvårdnad inom ambulanssjukvård	5
Psykisk stress inom ambulanssjukvård	6
<i>Känslomässigt stöd</i>	6
Yrkesmässig handledning i omvårdnad	7
<i>Yrkesmässig handledning i omvårdnad inom ambulanssjukvård</i>	8
Syfte	8
METOD	9
Datainsamling	9
Informerter	10
Databehandling	10
Trovärdighet, överförbarhet och tillförlitlighet	11
Etiska överväganden	11
RESULTAT	12
Ambulanspersonalens upplevelser av arbetet	12
<i>Absolut närvaro</i>	12
<i>Förmåga till handling</i>	13
<i>Att leva i en ny tid</i>	14
<i>Avgörande samspel</i>	16
<i>Existentiell beröring</i>	16
Behovet av känslomässigt stöd samt hur detta tillgodoses	16
<i>Individuella behov - händelserna varierar</i>	16
Behovet av professionell utveckling samt hur detta tillgodoses	18
<i>Krävs mer och erbjuds mindre</i>	18
Behovet av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses – ett interrelaterat förhållande	19
<i>Att komma vidare</i>	19
<i>Kunskap – en förutsättning</i>	21
Resultatsammanfattning	23
DISKUSSION	25
Resultatdiskussion	25
Metoddiskussion	28
Konklusion	29
REFERENSER	30
BILAGA	
Intervjuguide	

INTRODUKTION

Ambulanssjukvården har sina rötter i militär sjukvård. Fransmännen var de första att vid sekelskiftet mellan 1700- och 1800-talet organisera sjuktransporter i större skala. Larrey, som var kirurg i Napoleons armé, hade en huvudtes om att sjukvården skulle påbörjas redan på olycksplatsen. Larrey var pionjär inom organiserad ambulanssjukvård och benämns ofta som "ambulanssjukvårdens fader". Det dröjde länge tills han fick några efterträdare (Ekström, 1986; Wiklund, 1987).

Sjuktransportorganisationen har tidigare oftast varit primärt inriktad på att hämta och transportera patienter. Värdet av att så snabbt som möjligt påbörja en adekvat behandling och sätta patienten i transportabelt skick blev uppenbart bland annat under konflikterna i Korea och Vietnam. Studier i fredsmässiga förhållanden bekräftar dessa erfarenheter. Istället för att utgöra en ren transportverksamhet har därför ambulansverksamheten utvecklats till att vara en kombination av transport och specialiserad sjukvård, det vill säga ambulanssjukvård (Socialstyrelsen [SoS], 1990). Med ambulanssjukvård avses hälso- och sjukvård som omfattar undersökning, vård och behandling av patient på hämtplats och/eller i ambulans (SoS, 2001a).

I Sverige startade utvecklingen av en modern ambulanssjukvård i mitten av 1950-talet, samtidigt som anesthesiologin fick sitt stora genombrott. Nu öppnades möjligheterna att redan utanför sjukhuset kunna sätta in en mer effektiv hjälp än vad som tidigare varit möjligt, till exempel skapa fria luftvägar med olika hjälpmedel, utföra konstgjord andning, med och utan hjälpmedel, samt utföra hjärt- och lungräddning (HLR). Under detta och nästföljande årtionde började debatten om förbättringar på olycksplatser att komma igång. Anledningen till debatten var att antalet fordon på vägarna ökade och frågan om omhändertagande av trafikskadade började diskuteras (Wiklund, 1987; Suserud & Haljamäe, 1997; Suserud, Wallman-C:son & Haljamäe, 1998; Suserud & Haljamäe, 1999).

1959 års sjukvårdslag ålade inte landstingen ansvaret för ambulanssjukvården. Detta skedde först år 1964. Flertalet av sjukvårdshuvudmännen löste uppgiften genom att lägga ut ambulanssjukvården på entreprenad till brandkårer eller privata ambulansföretag. Endast ett fåtal landsting bedrev verksamheten i egen regi (SoS, 1990). 1982 kom nuvarande hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763). Enligt § 6 skall sjukvårdshuvudmannen svara för att det finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer, vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med fordon som är särskilt inrättade för ändamålet. Ambulanssjukvården tillhör därmed hälso- och sjukvården. Ambulanssjukvården har under 1990-talet knutits allt närmare den övriga akutsjukvården, både verksamhetsmässigt och organisatoriskt (Jonasson & Wallman-C:son, 1999).

Kompetens inom ambulanssjukvård

Ambulanssjukvården var huvudsakligen en transportverksamhet med ringa utbildad personal fram till 1970-talet, då åsikter framfördes om att ambulanssjukvården skulle ha samma krav på kompetens hos personalen som annan sjukvårdsverksamhet (Wiklund, 1987; Suserud & Haljamäe, 1997; Suserud et al., 1998; Suserud & Haljamäe, 1999).

På 1960-talet startades en treveckors ambulanskurs (Wiklund, 1987; Suserud & Haljamäe, 1997; Suserud et al., 1998; Suserud & Haljamäe, 1999). Denna ersattes år 1965 av en sjuveckors ambulanskurs. År 1982 kom en särskild kompletteringskurs för vårdare i ambulans på 20 veckor. Den reguljära yrkesutbildningen tillhandahölls i gymnasieskolan och bestod av den tvååriga vårdlinjen. Denna ersattes i slutet av 1980-talet av den treåriga omvårdnadslinjen, kompletterat med en påbyggnadsutbildning i ambulanssjukvård på 20 veckor, som anordnats sedan 1984 (SoS, 1990). Sedan årsskiftet 2001/2002 är utbildningen till ambulanssjukvårdare på 40 veckor (SKOLFS 2001:30).

Socialstyrelsen har också uppmärksammat behovet av bättre utbildad ambulanspersonal (Suserud, 2001). I författningen SOSFS 1997:18 beskrivs att personal med olika kompetens är nödvändig för en väl fungerande ambulanssjukvård. Endast legitimerad läkare har den kompetens och befogenhet som tillåter utnyttjande av alla terapeutiska möjligheter. För medicinskt kvalificerade arbetsuppgifter utförda i ambulanssjukvård (inklusive akutbil och helikopter) krävs, liksom inom övrig hälso- och sjukvård, omfattande medicinska kunskaper. En lämplig nivå är sjuksköterskekompetens med bred erfarenhet av hälso- och sjukvård och akutsjukvård samt en specialisering i ambulanssjukvård. Den formella och skyddade yrkestiteln för en sjuksköterska med specialistutbildning i ambulanssjukvård är "Specialistsjuksköterska inom akutsjukvård inriktning ambulanssjukvård" (Suserud, 2001).

Enligt Socialstyrelsens (2002) senaste kartläggning fanns det år 2001 tre typer av ambulanspersonal: Sjuksköterskor, cirka 34 procent (varav cirka 21 procent med någon form av specialistutbildning), ambulanssjukvårdare (undersköterskor), cirka 53 procent (varav cirka 39 procent med påbyggnadsutbildning i ambulanssjukvård) och ambulanssjukvårdare med sju eller tjugo veckors ambulansutbildning eller annan utbildning, cirka 13 procent. Historiskt sett har ambulanssjukvårdare bemannat ambulanserna och fortfarande är de den klart största gruppen. Under senare år har ett antal sjuksköterskor anställts som ambulanssjuksköterskor (Sjöström & Johansson, 2000).

Omvårdnad inom ambulanssjukvård

För arbetsuppgifter av allmän omvårdnadskaraktär inom ambulanssjukvård är undersköterskekompetens med påbyggnadsutbildning inom ambulanssjukvård lämplig (ambulanssjukvårdare). En sjuksköterska med specialistutbildning inom akutsjukvård inriktning ambulanssjukvård har en kvalificerad utbildning i allmän och specifik omvårdnad vilken spänner över ett brett fält från högteknologiska insatser till stöd i existentiella kriser och är lämpad för mer kvalificerade uppdrag (SOSFS 1993:17; 1997:18). Ambulanssjuksköterskan måste kunna ansvara för omvårdnaden av patienter i alla åldrar med hänsyn till varierande kulturell, social och religiös tillhörighet (SOSFS 1997:18). Kunskaper i omvårdnad är bland annat viktigt för att den medicinska behandlingen skall få fullgod effekt (SoS, 1996).

Ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterskor har möjlighet att administrera läkemedel enligt generella direktiv, utfärdade av ambulansöverläkare (SOSFS 1999:17; SOSFS 2000:1; SOSFS 2001:17). Från och med den 1 oktober 2005 ställer Socialstyrelsen som krav att läkemedelshanteringen inom ambulanssjukvården skall utföras av legitimerad ambulanspersonal, det vill säga sjuksköterska eller läkare (SOSFS 1999:17).

Vårdtekniska åtgärder som till exempel defibrillering, perifer venkatetersering, intubation och CPAP-behandling kan delegeras till ambulanssjukvårdare av ambulansöverläkare även efter den 30 september 2005 (SOSFS 1997:14). Socialstyrelsen beskriver i SOSFS 1999:17, 2 § att ”Om hälso- och sjukvårdspersonal med olika utbildningar tjänstgör i en ambulans, skall alltid den med högst medicinsk kompetens ansvara för de medicinska åtgärder som patientens tillstånd och den medicinska säkerheten kräver” (a.a., s. 1).

Wahlin, Wieslander och Fridlund (1995) lyfter fram tre huvudområden som beskriver hur ambulanspersonalen kan ge vård genom uppvisande av vetskap, omsorg och empati: I huvudområdet "Vetskap" framkommer förmågan att bedöma patientens kliniska tillstånd samt att utföra medicinska vårdhandlingar utifrån symtombilden. I yrkesskickligheten ingår att ha kunskap från olika vetenskaper för att förstå helheten och se det unika i människan. I huvudområdet "Omsorg" belyses ambulanspersonalens förhållningssätt. Ambulanspersonalen skall visa ödmjukhet och ta hänsyn till den totala situationen. I huvudområdet "Empati" framkommer ambulanspersonalens kunskap om människan i kris och den empatiska förmågan.

Psykisk stress inom ambulanssjukvård

Ambulanspersonalen är i hög grad utsatt för psykisk stress, något som obearbetat till slut kan påverka personalens förmåga att fungera och att utföra arbetet (Larsson, 1988). Om ambulanspersonalen tilldelas uppgifter som de inte är förberedda på, inte har tillräckliga kunskaper om eller inte hanterar, ökar risken för att utsättas för stressreaktioner (James, 1988; Dyregrov, 1992). Känslan av hanterbarhet, förståelse och mening i en situation utgör en skyddsfaktor för stressreaktioner (Antonovsky, 1991). Lee och Henderson (1996) menar att när individens förmåga att använda sig av sina copingstrategier inte räcker till, inträder psykisk stress, också benämnt som ”utbrändhet”. Beaton (1997) menar att ambulanspersonal som har ett sviktande socialt stöd eller ofta hamnar i konflikter i hemmet eller på arbetsplatsen riskerar sin hälsa i större utsträckning än andra. När individens resurser inte längre klarar av den belastning av mer eller mindre svåra händelser den utsätts för kan symptom som ångest, rädsla, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter med mera inträda, vilket kallas för Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Dyregrov, 1992; Neely & Spitzer, 1997). Enligt Cydulka, Emerman, Shade och Kubincanek (1997) kommer ambulanspersonal som inte klarar av att hantera denna stress att uppvisa mycket höga stressnivåer. Dessa manifesterar sig i första hand som somatiskt lidande, i andra hand som arbetsotillfredsställelse samt i tredje och sista hand som negativa patientattityder. Clohessy och Ehlers (1999) fann att PTSD var vanligt förekommande hos ambulanspersonal. Mentala förberedelser en viktig faktor för att undvika PTSD.

Känslomässigt stöd

Det finns ett antal metoder för att hantera psykisk stress genom att erbjuda känslomässigt stöd. Andersson, Tedfeldt & Larsson (2000) beskriver fyra olika metoder: Kamratstöd, defusing, avlastningssamtal och debriefing. Kamratstöd innebär att en arbetskamrat stöttar en drabbad kollega genom att sitta ner och lyssna på och prata med denne i anslutning till en påfrestande händelse (Andersson et al., 2000). Defusing beskrivs som

en kortsiktig "krisintervention" som syftar till att göra incidenter mindre skrämmande. Interventionen skall eftersträva en stödjande och icke-kritisk atmosfär som uppmuntrar personal att känna igen akuta stressreaktioner (Cudmore, 1996). Vid defusing samlas alla som deltagit vid ett uppdrag för att gemensamt gå igenom händelseförloppet, till exempel vid slutet av ett arbetspass eller som grund för efterföljande avlastningssamtal eller debriefing. Avlastningssamtalet bygger på debriefing men går inte lika mycket på djupet som en debriefing. Ordinarie arbetsledare kan leda avlastningssamtalet (Andersson et al., 2000). Efter något dygn bör en systematisk debriefing äga rum. Tanken med detta förfarande är att individen då skall ha bättre förutsättningar för att psykologiskt bearbeta sina upplevelser (Moxnes, 1991). Debriefing, som karaktäriseras av struktur och som sker efter strikta riktlinjer, skall skötas av erfaren personal och även inrymma psykologisk expertis. Om debriefing genomförs av oerfaren personal kan den vara direkt skadlig. Debriefing rekommenderas 24-72 timmar efter en händelse för att undvika PTSD (Cudmore, 1996; Neely & Spitzer, 1997). Det är viktigt att det i organisationen avsätts tid för dessa former av bearbetning (Cudmore, 1996).

Yrkesmässig handledning i omvårdnad

En metod för att göra personalen bättre mentalt rustade för sitt arbete kan vara yrkesmässig handledning i omvårdnad (Tveiten, 2000; Clegg, 2001). Yrkesmässig handledning i omvårdnad har internationellt sett en lång historia, med sin början bland sjuksköterskor i England, där den benämns "Clinical Supervision". Under 1960-talet kom den till Norden, närmare bestämt till Norge. Först i slutet av 1980-talet nådde den Sverige (Athlin, Lindell, Paulsson & Quist, 2001). Yrkesmässig handledning i omvårdnad är en planerad och strukturerad verksamhet. Den pågår i ett definierat sammanhang (en grupp), under fasta tidpunkter och under en given tidsperiod (Tveiten, 2000). Riksföreningen för yrkesmässig handledning i omvårdnad har enats om följande beskrivning av yrkesmässig handledning:

Yrkesmässig handledning i omvårdnad är en pedagogisk process, där självupplevda arbetsrelaterade/patientrelaterade händelser klarläggs, bearbetas och knyts samman kognitivt och affektivt genom egen reflektion, kollegial granskning och stöd samt fördjupning och vidgning av perspektivet. Handledningen kräver regelbundenhet och ett systematiskt genomförande, där klimatkriterierna äkthet, acceptans, empati, ansvar, stöd och utmaning utgör grunden. (Athlin et al., 2001, s. 3)

Yrkesmässig handledning i omvårdnad har som mål att utveckla eller vidareutveckla den professionella kompetensen. Den professionella kompetensen kan sägas bestå av tre huvudkomponenter: Den kognitiva komponenten, som innebär kunskaper, förståelse och insikt, är baserad på teori och ger en grund för att värdera de utmaningar, problem eller behov som utövaren möter. Den affektiva komponenten, som innebär kunskap i relation till värden, hållningar och känslor, ligger till grund för värderingar, analys och handlingar. Den handlingsrelaterade komponenten innebär olika typer av färdigheter, som används beroende på situationen och kontexten (Tveiten, 2000). Enligt Arvidsson, Löfgren och Fridlund (2000) integreras praktik och teori, vilket resulterar i en ökad kompetens. Arvidsson et al. (2000) menar att yrkesmässig handledning i omvårdnad bör vara en integrerad del av arbetet och betraktas som en del i kvalitetsutvecklingen.

Yrkesmässig handlednings yttersta mål är att säkerställa och vidareutveckla kvaliteten i omvårdnad (Athlin et al., 2001). Flera studier har visat att dessa mål uppfylls genom att handledningen har en positiv inverkan på arbetsklimat och arbetstillfredsställelse. Handledningen leder till ökade kunskaper och färdigheter vilket gör att personalen känner sig bättre rustade inför sitt arbete, vilket i sin tur minskar den yrkesmässiga stressen och risken för utbrändhet. Personalen erhåller en ökad självkänedom och ökat självförtroende vilket leder till personlig utveckling (Paunonen, 1991; Hallberg & Norberg, 1993; Segesten, 1993; Berg, Welander-Hansson & Hallberg, 1994; Hallberg, Welander-Hansson & Axelsson, 1994; Edberg, Hallberg & Gustafson, 1996; Begat, Severinsson & Berggren, 1997; Arvidsson, 2001; Hyrknäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Teasdale, 2001).

Erfarenheten har visat att grupper med tämligen lika utbildningsnivå, erfarenhetsbakgrund och ansvarsområde, har ett större utbyte av handledning än mer heterogena grupper (Vånar Hermansen, Burland Vråle & Carlsen, 1994). Samhället är emellertid i ständig förändring mot ett ökat samarbete och mer samordning förväntas på olika områden. Tvärvetenskapliga handledningsgrupper har beskrivits som ett medel för att öka kvaliteten på samarbetet, vilket då i sig självt skulle vara ett mål med handledningen (Tveiten, 2000). Som nackdelar har framförts att yrkesmässig handledning i omvårdnad innebär en kostnad och att det kan innebära svårigheter att avsätta tid, tid som får tas från det direkta vårdarbete. Trots dessa nackdelar har handledningen visat sig vara en metod för att utnyttja arbetstiden mer effektivt och undvika onödiga kostnader relaterat till arbetstillfredsställelse och stress (Severinsson & Borgenhammar, 1997; Jones, 2001).

Yrkesmässig handledning i omvårdnad inom ambulanssjukvård

Yrkesmässig handledning i omvårdnad inom sjukvården är väl utforskat, inte minst ur ett nordiskt perspektiv. Det finns en mängd litteratur och artiklar publicerade (Paunonen, 1991; Hallberg & Norberg, 1993; Segesten, 1993; Berg et al., 1994; Hallberg et al., 1994; Edberg et al., 1996; Fowler, 1996; Begat et al., 1997; Arvidsson, 2001; Hyrknäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Teasdale, 2001). Vid litteraturgranskningen har författarna till denna studie inte funnit någon nationell eller internationell vetenskaplig studie beträffande yrkesmässig handledning i omvårdnad inom ambulanssjukvård. Det är även okänt om yrkesmässig handledning i omvårdnad utnyttjas inom ambulanssjukvården som ett led i att erbjuda ambulanspersonalen känslomässigt stöd och professionell utveckling.

Mot denna bakgrund, ambulanssjukvårdens utveckling med ökade kompetenskrav, den psykiska stress ambulanspersonalen riskerar utsättas för samt yrkesmässig handledning i omvårdnad som en riktad intervention för att utveckla den professionella kompetensen, tar föreliggande arbete sitt avstamp.

Syfte

Syftet med studien var att nå en fördjupad förståelse i hur ambulanspersonal upplever sitt arbete, sitt behov av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses.

METOD

Författarna har valt en fenomenologisk ansats för denna studie för att kunna erhålla en fördjupad förståelse i hur ambulanspersonal upplever arbetet, behovet av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses. Fenomenologin, som är en induktiv och deskriptiv forskningsmetod, intresserar sig för att klargöra både det som framträder och på vilket sätt det framträder. Den studerar individens perspektiv på sin värld (Kvale, 1997). Enligt Husserl (1992) innebär fenomenologi att försöka fånga en situation genom att bortse från tidigare kunskaper och erfarenheter för att få en så ren beskrivning som möjligt. Denna ståndpunkt delas inte av Heidegger (1993), som menar att det krävs kunskaper inom det område som skall studeras för att se nyanser i de meningar som framträder. Han menar också att det inte finns någon förutsättningslös tolkning av dessa, att det inte är möjligt att helt sätta sin förförståelse inom parentes men att denna förförståelse kan försökas göras uttrycklig. Fenomenologen Colaizzi (1978) menar i likhet med Heidegger (1993) att förförståelsen ger frågorna till forskningen och att det är omöjligt att helt bortse från personlig kunskap och att det alltid sker en tolkning vid dataanalysen. Med stöd av detta har perspektivet i denna studie utgjorts av fenomenologisk-hermeneutisk ansats.

Författarna var medvetna om varandras förförståelse, vilken var tämligen likvärdig. Den bestod i att ambulanssjukvården har mycket att vinna på ambulanspersonalens professionella utveckling, vilken närmast utgör en förutsättning för att organisationen skall uppfylla omgivningens krav över tid. Författarna var också medvetna om att förförståelsen skulle kunna påverka tolkningen, men att det genom den medvetenhet författarna hade fanns det en rimlig möjlighet att sätta denna förförståelse, till viss del, inom parentes, så kallad "bracketing" (Holloway & Wheeler, 1996).

Datansamling

Författarna har valt att använda intervju, med hjälp av en intervjuguide (bilaga 1) som tydliggör olika temaområden, som metod för att samla in kvalitativa data. Det anses vara upp till intervjuaren att skapa möjligheter för att intervjun ska bli ett samspel och en dialog, där den intervjuade känner sig trygg nog att tala fritt om sina upplevelser (Kvale, 1997). För att åstadkomma detta inleddes varje tillfälle med att intervjuaren presenterade sig samt studien och tillsammans med informanten gick igenom informationsbrevet (bilaga 2) för att klara ut eventuella frågetecken. Intervjun, som tog mellan 40-60 minuter och genomfördes i enskildhet på informantens arbetsplats, inleddes med frågor om ålder, kön, utbildning, erfarenhet av sjukvård inklusive ambulans, arbetsplats/-er. Intervjuområdet närmades med en öppen frågeställning, därefter ställdes följdfråga/-or för att fördjupa innehållet. Informanterna uppmuntrades att berätta fritt (Kvale, 1997). Författarna intervjuade hälften av informanterna var.

En ambulanssjukvårdare och en ambulanssjuksköterska inom ett landsting i mellansverige medverkade i en pilotstudie där båda författarna deltog som intervjuare respektive observatör. Dessa "pilotintervjuer" tjänade som övning i intervjumetodik och för att undersöka intervjuguidens validitet (jfr. Kvale, 1997). Svaren, som ej redovisas, analyserades tillsammans med författarnas handledare. Resultatet blev att intervjuguiden modifierades något (jfr. Starrin & Renck, 1996).

Informanter

Urvalet var ett så kallat avsiktligt urval för att få bredd och djup i studien (Streubert & Carpenter, 1999). Inom det mellansvenska landsting där studien genomfördes finns elva ambulansstationer och cirka 175 anställda, bestående av olika yrkeskategorier. En strävan fanns att underlaget skulle representera både män och kvinnor, ambulanssjuksköterskor, med och utan specialistutbildning inom akutsjukvård, och ambulanssjukvårdare, med lång respektive kort erfarenhet. Fem ambulansstationer, som valdes ut av länsverksamhetscheferna, planerades att delta i studien; den största, den minsta och minst tre stationer där emellan. En adresslista till ambulanscheferna inhämtades hos länsverksamhetscheferna. Kontakt togs därefter med ambulanschefen på de utvalda stationerna, vilken ombads undersöka ambulanspersonalens intresse för att delta i studien. Vid intresse togs kontakt med den ambulanspersonal som ambulanschefen valt ut. Ingen informant avböjde deltagande i studien. Urvalet överläts således till länsverksamhetscheferna och till respektive ambulansstations ambulanschef.

De informanter som ingick i studien var tio ambulanspersonal; fyra ambulanssjukvårdare/undersköterskor (två män och två kvinnor, ålder 49-58 år) och sex ambulanssjuksköterskor (fem män och en kvinna, ålder 29-46 år). Tre av ambulanssjukvårdarna hade 20 veckors påbyggnadsutbildning i ambulanssjukvård och en ambulanssjuksköterska hade påbörjat specialistutbildning inom akutsjukvård. Ambulanssjukvårdarna hade arbetat inom ambulanssjukvården i 10-29 år och ambulanssjuksköterskorna i 1-24 år. Två av ambulanssjuksköterskorna hade jobbat som ambulanssjukvårdare i 18-20 år innan de utbildade sig till sjuksköterska.

Databehandling

Insamlade data spelades in på band och skrevs ut ordagrant av intervjuaren. För att korrigera detaljer i utskrifterna lästes texten därefter igenom samtidigt som banden avlyssnades. Data bearbetades av författarna med hjälp av en fenomenologisk-hermeneutisk ansats, inspirerad av Colaizzi (1978), vilken består av följande steg:

1. Forskaren läser igenom varje intervju för att bekanta sig med innehållet och skapa sig ett helhetsintryck
2. Fraser och meningar, så kallade nyckelord, sorteras ut från varje intervju, relevanta i förhållande till huvudfrågeställningen
3. Bärande begrepp skapas utifrån nyckelorden, vilket innebär att gå från vad informanten sade till vad han menade
4. Steg 1-3 repeteras med varje intervju
5. Teman och huvudteman bildas ur de bärande begreppen
6. En uttömmande beskrivning av de fenomen som framkommit görs
7. Resultatet valideras med informanterna.

Författarna utförde steg 1-4 individuellt, därefter utfördes steg 4-7 gemensamt. En modifiering av den valda metodens olika steg befanns lämplig. Istället för att sända ut slutresultatet till informanterna för att få deras bedömning av tolkningens rimlighet, så kallad "Informant Validation" (Larsson, 1994, Svensson, 1996), valde författarna att sända ut en förteckning över de bärande begrepp som framkommit ur analysen. Skälet

här till var att göra den första tolkningen förståelig för informanterna. Ingen av informanterna lämnade några avvikande synpunkter. Huvudteman och teman uttrycks i resultatet, medan bärande begrepp speglas av citaten i resultatet.

Trovärdighet, överförbarhet och tillförlitlighet

Termerna "Credibility", "Fittingness" och "Auditability" används allt oftare i kvalitativa studier istället för termerna validitet och reliabilitet, som används inom kvantitativ forskning (Beck, 1993). Med credibility avses den interna validiteten, trovärdigheten. Denna kan uppnås genom att; forskaren är medveten om sin egen förförståelse, validera resultatet med informanterna, använda öppna frågor med följdfrågor, följa upp oklarheter i materialet samt använda olika metoder (triangulering). Med fittingness avses den externa validiteten, överförbarheten, som kan uppnås genom att; samarbeta med andra forskare, resultatet kan härledas tillbaka till data och att forskningsprocessen kan följas. Med auditability avses reliabiliteten, tillförlitligheten. Detta kan uppnås genom att; en annan forskare kan följa forskningsgången, använda bandspelare, beskriva informanterna, datainsamling och analys samt att kategoriseringen utförs av fler än en forskare. För att uppnå god tillförlitlighet i dataanalysen utfördes steg 1-4 individuellt av författarna, därefter utfördes steg 4-7 gemensamt.

Etiska överväganden

Med anledning av att studien fokuserade på ambulanspersonalens upplevelser av arbetet, behovet av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses, förväntade sig författarna inte att möta problem av etisk karaktär. Tänkbara problem skulle kunna vara informanternas upplevelse av obehag under och efter intervjun på grund av att tidigare och obearbetade upplevelser på nytt skulle väckas till liv. Möjligen kunde det också visa sig att informanterna hade en olik uppfattning gentemot arbetsgivaren, vilken kunde bli uttalad och komma till arbetsgivarens kännedom. Risken för detta har minimerats genom att deltagarnas identitet inte kan urskiljas i redovisningen (jfr. Kvale, 1997). Inga frågor var av identitetskränkande natur. Etikansökan till forskningsetikkommitté bedömdes utifrån ovanstående inte vara nödvändig, endast tillstånd till studien från de båda länsverksamhetscheferna för ambulanssjukvården. Deltagarna i studien informerades om studiens syfte, att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som helst hade möjlighet att avbryta intervjun. Etiska riktlinjer för omvårdningsforskning i Norden har beaktats (Sykepleiernes Samarbeid i Norden [SSN], 1995). De data som har inbringats i samband med studien kommer att hanteras i enlighet med vad som föreskrivs i "Bevarande- och gallringsplan för forskningsmaterial" vid Karlstads universitet (Dnr. 230/02).

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de tre områden som studien utgår ifrån: Ambulanspersonalens upplevelser av arbetet, behovet av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses. De sista två områdena, känslomässigt stöd och professionell utveckling, visade sig vara intimt relaterade vilket återspeglar sig i två gemensamma huvudteman. För ytterligare belysning av det interrelaterade förhållandet, och som en sammanfattning av resultatet, avslutas resultatdelen med en sammanfattning.

Utifrån området ambulanspersonalens upplevelser av arbetet identifierades fem huvudteman: Absolut närvaro som omfattade två teman, Förmåga till handling som omfattade tre teman, Att leva i en ny tid omfattade tre teman, Avgörande samspel och Existentiell beröring.

Utifrån området behovet av känslomässigt stöd samt hur detta tillgodoses identifierades ett huvudtema: Individuella behov – händelserna varierar. Under detta huvudtema återfinns två teman.

Utifrån området behovet av professionell utveckling samt hur detta tillgodoses identifierades ett huvudtema: Krävs mer och erbjuds mindre. Under detta huvudtema återfinns två teman.

Två gemensamma huvudteman identifierades utifrån respektive område, känslomässigt stöd och professionell utveckling: Att komma vidare och Kunskap – en förutsättning. Under dessa huvudteman återfinns fyra teman.

Ambulanspersonalens upplevelser av arbetet

Absolut närvaro

Det beskrivs av informanterna som väsentligt att vårdaren vågar närma sig patienten och hela den situation som föranleder ambulansuppdraget. Det upplevs som viktigt att fånga upp den samlade bilden av situationen på plats, vilket kräver absolut närvaro.

Mänskliga möten

Att arbeta inom ambulanssjukvården beskrivs innebära att möta människor av alla de slag, barn som vuxna, under en kort och intensiv tidsperiod samt i alla tänkbara förekommande miljöer och händelser. Dessa mänskliga möten upplevs innebära att möta glädje och sorg, ångest och rädsla. Det ses som viktigt att inge lugn och förtroende. Ofta erhålls uppskattning för detta från tacksamma människor.

... vi möter mycket ångest hos både patienter och anhöriga, rädsla och sorg. Jag tänker på hjärtstopp exempelvis, man kanske avslutar innan man påbörjar och då möter man ju ofta sorgreaktioner hos de anhöriga. Mycket positiva reaktioner, man kan ofta skoja med svårt sjuka patienter som kanske fått distans till sin sjukdom, det tycker jag är värt mycket. Mest positivt alltså, många både anhöriga och patienter som tycker att man gör ett bra jobb, det är roligt. Sedan finns det ju hotbilder ibland, knarkarkvartar, fyllor eller allmänt hotfulla personer, det är ett stort spann egentligen, från väldigt positivt till väldigt hotfullt.

Visst är det viktigt att man har utbildning, det är helt riktigt, men det är viktigt att man är människokännare. Och kunna ge akt på allt som finns runt om kring, och människan också.

Det beskrivs som en svårighet att under ambulansuppdragets korta och intensiva tidsperiod närma sig varje människa på ett individuellt plan för att se dennes behov. Särskilt när det gäller barn upplevs det krävas stor förmåga och inlevelse för att överhuvudtaget få närma sig barnet, för att få det medgörligt så att adekvat vård kan ges.

Barn med andningsbesvär, ”kruppar”, det känner jag att det är lite jobbigt. Det känner jag nog lite grand inför. ... Ja, just det där att de ska inhalera och så där. Det är svårt att få dem till att göra det om de är för små, blir rädd för masken. Att ta dem på ett bra sätt. Att de ska kunna var medgörliga. Det tycker jag faktiskt är svårt ibland, faktiskt.

Allt runt omkring

Arbetet upplevs inte enbart innebära att transportera och vårda patienter, ofta kan det vara händelser som ställer krav på förmågan att finna nya lösningar på problem. Arbetet beskrivs kräva flexibilitet och kreativitet för att lösa händelser på plats. Det kan till exempel vara att se till att spisen och kaffekokaren är avstängd i patientens hem, att se till så att någon ser till patientens husdjur, att släcka ljuset och att låsa ytterdörren när man åker till sjukhuset.

För att, ja, när det händer något, ja, patienten måste vi ta hand om, men vi ser ju alltid till, innan vi åker, att det finns nån eller på något vis tar kontakt eller att den följer med i bilen, om det inte är så brådskande eller så. Vi lämnar ju aldrig nån ensam då. Och innan vi åker så kollar vi om de bor ensamma, hur det ser ut runtomkring, kokplatta, djur och så...

Väldigt mycket delar i ambulansen. Dels de här vårdande bitarna, mycket praktiskt kunskande, dels sjukvårdsbitar ... Hur man löser olika händelser på plats. Det kan vara, ja allt, ordna nycklar ta sig in, ja, allt. Man får vara kreativ på många olika områden.

Vård av ambulanspersonalens arbetsredskap, ambulansen och dess utrustning, beskrivs också ta mycket tid i anspråk.

Sedan är det många andra bitar, som mycket skötsel av utrustning, som man inte tänker på när man går på sjukhus, som man gör... Bilar, som tar mycket tid, som man måste göra själv. När man jobbar på akuten så är det många som gjorde allt.

Förmåga till handling

Oavsett förutsättningar för uppdraget och oavsett vilken kompetens uttryckande ambulansbesättning har så upplever informanterna att man som ambulanspersonal ställs inför olika val, mer eller mindre betydelsefulla. Att under varje uppdrag ha förmåga att fatta beslut som leder till handling beskrivs känneteckna arbetet.

Inget uppdrag är det andra likt

Oförutsägbarheten, eller att inte veta vad som väntar under arbetspasset, upplevs som positivt. Variationen och omväxlingen i ambulansarbetet beskrivs också som ”frihet”, vilket ytterligare bidrar till bilden av ett tillfredsställande och stimulerande arbete.

Jag tycker att det är ett fritt jobb. Jag tycker det är stimulerande att inte veta vad du kommer att göra under din arbetsdag, det är jag som person. Man får träffa mycket människor. Jag tycker inte om att sitta still och ha mycket administrativa uppgifter utan jag vill röra på mig, jag vill inte vara instängd ...

Att ställas inför ett stort ansvar

Att arbeta inom ambulanssjukvården upplevs innebära att ställas inför ett stort ansvar, att ofta tvingas fatta svåra beslut under kort betänketid och med bristfälligt underlag. Det beskrivs innebära att ute på vägarna ha ansvar för sig själv, sin kollega och patienten samt medtrafikanter. Arbetssituationen beskrivs också som att man kan uppleva sig utelämnad åt sig själv med patienten, eftersom det ofta tar lång tid att få hjälp av personal från sjukhus och att detta ibland inte ens är möjligt.

Nu har inte jag jobbat så mycket på andra ställen som sjuksköterska, men, visst man har ett lika stort ansvar men det skiljer ju en del vad gäller uppbackningen. Här har man ju ingen förrän man kommer till sjukhuset men det hjälper ju oftast inte så mycket eftersom de inte kan se patienten.

Och just att det är lite mer självständigt, att man får ta egna beslut som man får stå för. Vilket också, mer eller mindre, innebär att man riskerar legitimationen var och varannan dag. Så att det vill ju till att man tänker efter både två och tre gånger. Så att man inte är riktigt ute på hal is...

Allt är inte akutsjukvård

Karaktären på uppdragen inom ambulanssjukvården upplevs variera. Endast en liten del beskrivs vara uppdrag som kräver akutsjukvård. Resterande del av uppdragen beskrivs vara icke akuta transporter av företrädesvis äldre patienter utan medicinskt vårdbehov men där det ändå upplevs krävas kunskap för att veta när behandling skall sättas in. Att endast en liten del av uppdragen kräver avancerad medicinsk behandling upplevs av några informanter som negativt, sett ur ett kompetensbevarande perspektiv. Å andra sidan kan dessa icke akuta transporter även upplevas som positiva och att de ger balans åt de mer akuta uppdragen samt att de ger förutsättningar att "hålla" länge i arbetet.

Jag tycker att det är positivt att köra Agda 95, och få ta del av hennes historia från livet och så. Jag tycker det är en viktig motpol till att bara köra prio 1:or, som jag tror att man blir väldigt flyktig av. Jag tycker det är intressant att möta människan bakom problemen.

Att leva i en ny tid

Ambulansorganisationen beskrivs av informanterna ha utvecklats från en transportorganisation till en sjukvårdsorganisation. Under denna tid beskrivs behandlingsmöjligheterna ha förbättrats och kraven som ställs på ambulanspersonalen ha ökat, samtidigt som landstinget har tvingats spara på grund av ekonomiska bekymmer. Sammantaget upplevs detta ha lett till problem och disharmoni mellan de förutsättningar ambulanspersonal ges och de förväntningar som ställs. Organisationen upplevs behöva anpassas till den situation som råder.

Från transport till avancerad akutsjukvård

Ambulanssjukvården beskrivs av informanterna under senare år ha utvecklats kraftigt, från transport till avancerad akutsjukvård. Standarden på ambulanser, medicinteknisk utrustning och det medicinska omhändertagandet upplevs ha förbättrats kraftigt. Även ambulanspersonalens utbildningsnivå har höjts och ambulanserna bemannas numera av ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterskor. Den snabba utvecklingen upplevs som intressant och positiv, även om den ibland leder till upplevelser av osäkerhet bland dem som skall använda ambulansens utrustning.

För min del så tycker jag utvecklingen gått så fort, utrustning i bilarna och så. Det har ju stått still i en tjugo år och sedan exploderar det. De sätter in de här grejorna i bilen för att det skall se bra ut. De borde lugna ner sig lite. Om personalen kan grejorna eller inte, det skiter dom i! Det är inte bra, man skall ha riktig utbildning. Nu har vi en hel ryggsäck med läkemedel, det är... .. Här kan man sitta och spruta läkemedel och få världens biverkningar på sakerna och man har ingen som kan hjälpa en med det. Samtidigt så känner man ju att nu har jag med mig allt det här, nu kanske jag måste ge något också. Det tycker jag inte är bra. Det blir för uppdrivet...

Att räcka till

Ökade behandlingsmöjligheter samtidigt som ambulansorganisationen har tvingats till ekonomiska besparingar har medfört att informanterna upplever sig vara betydligt hårdare belastade än tidigare och ha svårt att räcka till. Mer kvalificerad akutsjukvård skall utföras, vilket kan innebära längre vårdtid med patienten samtidigt som antalet uppdrag har ökat. Vägen till sjukhus beskrivs även i en del fall ha blivit längre, vilket innebär ytterligare längre vårdtid med patienten.

Men idag tycker jag det blir ett "fabriksarbete", man hinner ju inte så mycket, du blir påjagad, men idag skall ju patienter ha riktig vård, dom skall ha trombolys och det tar den tid det tar. Men vi har inte resurser att... Man blir påjagad på grund av brist av ambulanser.

Informanterna beskriver hur man inte enbart har att ägna sin uppmärksamhet och omsorg åt den sjuka/skadade patienten utan också mot anhöriga. Detta leder inte sällan till upplevelser av otillräcklighet eftersom man vid ett uppdrag oftast bara är två och all tid måste ägnas åt att vårda patienten.

... händelserna kan vara lite mer besvärliga ute på plats. Man kanske är två stycken och har en dålig patient och så har man flera anhöriga. Man kan inte göra mer än...

Att leva i en brytningstid

Ambulanssjuksköterskans inträde i ambulanssjukvården upplevs inte ha löpt helt smärtfritt, utan ibland gett upphov till en konkurrenssituation gentemot ambulanssjukvårdaren. Ambulanssjuksköterskans yrkesroll upplevs inte vara helt tydlig i förhållande till ambulanssjukvårdarens. Upplevelsen är att leva i en brytningstid samt att klyftan mellan ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterskor existerar.

Det är en yrkesroll som egentligen inte har funnits förut. Med en massa befogenheter som heller inte funnits förut vad gäller läkemedel och grejer. Så att... Jag tror att yrkesrollen är... Den är nog inte riktigt fastställd, eller vad man ska säga. Jag tycker man håller på...

Ja, det utvecklas överallt idag naturligtvis. Jag tror att den utvecklas fortare eftersom den inte funnits just på den här arbetsplatsen förut för sjuksköterskor.

Klyftan är stor nog som den är. Jag vet inte vad det är för krafter som drar isär, och klyftan blir större, men det gör den.

Avgörande samspel

Samspelet med kollegan upplevs som fundamentalt inom ambulanssjukvården, vilket betecknas som ett lagarbete, eller som en ”teamkänsla”. Kollegan utgör tryggheten, någon att lita på i akuta händelser. Att känna varandra utan och innan samt att veta hur den andra fungerar beskrivs som centralt. En blick räcker ofta för att veta vad kollegan menar. Personkemin kollegor emellan upplevs vara avgörande för hur väl samspelet kommer att fungera. Att ständigt arbeta med samma kollega kan dock upplevas som ett hinder för erhållandet av nya impulser.

Vi har, för några år sedan då cirkulerade vi väldigt runt. Nu har vi gjort ett schema, för 3-4 år sedan är det snart, som vi åker med samma då. Och det är ju väldigt bra, det är ju enormt bra! Men på samma gång, tycker jag det var bra när det var flera stycken också. Man fick liksom flera synvinklar, olika. Så här, man behöver inte säga nånting, man vet precis vad den andre gör och kan bäst. Det kan hon bäst och det behöver man inte säga... Jag tar det och hon tar det, det behöver man inte säga...

Det är ju som jag sa förut, man är ju som ett lag som jobbar ihop. Det är ju ens enda trygghet, att man skall kunna lita på den som är med och att man har ett bra samarbete.

Existentiell beröring

Att arbeta inom ambulanssjukvården beskrivs också som att ställas inför händelser som handlar om liv och död, i form av olyckor eller akut sjukdom med dödlig utgång. I samband med detta beskrivs existentiella frågor kunna väckas utifrån den egna livssituationen, vilket kan leda till en tacksamhet över att vara frisk. En konsekvens av arbetet upplevs vara att det kan leda till personlig mognad och insikt om att det är viktigt att leva i nuet samt att vara rädda om varandra.

Sen så innebär det en annan sak, tycker jag, rent praktiskt, över huvud taget i det här jobbet... Det är att jag tror att jag har lärt mig och leva lite mer nu. Att jag planerar inte vad som ska hända om två veckor, om tio år, kanske inte är inne på pensionsåldern och grejer, men jag vet att det är inget självklart att man har nytta av det, utan det är bättre att leva nu. Det kan ju hända i stort sett vad som helst, med vem som helst. Ja, då är det kört!

Behovet av känslomässigt stöd samt hur detta tillgodoses

Individuella behov - händelserna varierar

Informanterna beskriver att det sällan går att förutspå hur man kommer att reagera känslomässigt efter en inträffad händelse, eller vilka reaktioner det kommer att väcka att möta en närstående i behov av akut hjälp. Behovet av känslomässigt stöd är individuellt och att händelserna när man kan bli berörd varierar från fall till fall. När som helst kan man komma att beröras känslomässigt vilket är något att lära sig leva med. Sammanfattningsvis menar informanterna att det är svårt att förstå andras behov när man själv inte vet i vilka situationer man kommer att beröras. I avsaknad av forum för att disku-

tera dessa frågor upplevs det som att behoven av känslomässigt stöd är svåra att tillgoda.

Berörd eller ej?

Händelser med dödlig utgång upplevs beröra mest. Framförallt om det är spädbarn, barn och unga människor inblandade anses det kunna väcka mycket känslor. Även vardagliga händelser upplevs kunna beröra, till exempel att möta äldre och isolerade människor. Hur väl informanterna har lyckats med ett uppdrag upplevs också påverka om en händelse dröjer sig kvar i minnet eller ej. Informanterna beskriver att det är olika saker som man minns, även om händelser med dödlig utgång framträder tydligt. Det kan även vara svårare att släppa situationer där andra än de utförda behandlingsalternativen kunde ha kommit i fråga. Den egna emotionella stämningen, samt i vilken fas i livet man befinner sig, upplevs även kunna påverka den känslomässiga beröringen. Informanterna upplever en risk för identifiering, framförallt i händelser där det finns likheter mellan patienter och egna barn. I sådana sammanhang kan en känsla uppstå av att uppleva sin egen son eller dotter i patientens situation som en svår känslomässig situation. Många gånger kan det vara de oväntade inslagen som berör och kan göra en händelse svår att hantera. Att möta bekanta eller till och med anhöriga anses vara ytterligare händelser som kan vara svåra att hantera. Sammantaget ges en bild av att många faktorer tillsammans samspelar, vilket gör att det upplevs vara svårt att förutsäga om man kommer att bli berörd eller ej.

Barn. Där barn är indraget. Det är ju alltid ett stort mörker. Det är... Barn är alltid fel, så att säga. Barn hör inte till olycksbilden på något sätt. Oerhört jobbigt att ta hand om barn. Det är den stora sorgen i det, barn...

Det tycker jag inte man kan säga för det är så individuellt, vi är så olika. Som jag sa förut så kanske du reagerar på en sak och jag på en annan. Jag tror också det hänger ihop med hur man har lyckats under ett uppdrag, det kanske är saker gnager, varför gjorde jag så och varför gjorde jag inte på något annat vis. Sådant tror jag är med och påverkar och gör att det kan vara svårt att släppa vissa saker. Det är ju det som är så svårt. Det finns ingen händelse som du kan frånta, som du kan säga att det här behöver vi inte prata om.

... det är väl inget som säger att det är mer belastande för att det är mycket folk inblandade, det är det ju inte. Det kan ju vara en människa, jag som har en treårig son, om det är en annan liten pojke i samma ålder som dör eller sätter i halsen, det kan ju jag må jättedåligt över. Om man associerar till sin egen situation. Det är svårt att veta innan, vad man associerar till.

En känsla att leva med

Det framkommer således att man när som helst i arbetet riskerar att möta händelser som berör känslolivet. Detta är känslor som informanterna vet att de kan ställas inför, under och efter ett uppdrag, vilket beskrivs som en känsla man måste lära sig att leva med. Informanterna menar också att en del patienter aldrig faller i glömska, utan att de blir en del av deras livserfarenhet.

Det är också en känsla att leva med. Man kommer hem till folk. Man nästlas in i folks privatliv utan att begära det, man kommer av en helt annan orsak. Upptäcker både misär och annat som man helt plötsligt får känslor kring.

Sedan kan det finnas vissa patienter som jag inte glömmer och som jag alltid bär med mig, men jag vill inte säga att jag är belastad av dem på det viset att jag mår dåligt av dem men det är liksom en del av min livserfarenhet. Jag använder det liksom som påminnelse till mig själv att det är nu jag lever och vad kort livet kan vara.

Behovet av professionell utveckling samt hur detta tillgodoses

Krävs mer och erbjuds mindre

Den samlade upplevelsen är att arbetet kräver mer och mer av ambulanspersonalen men att utrymmet för vidareutveckling reducerats. Informanterna upplever ingen förståelse från arbetsgivarens håll beträffande arbetets omfattning och den professionella utveckling som sker är på informanternas eget initiativ.

Dom där uppe och vi här nere

Informanterna upplever en maktlöshet inför framtiden, att det är svårt att få gehör för sina behov hos arbetsgivaren. Informanterna menar att den kompetens man besitter är avgörande för arbetet. Denna behöver kontinuerligt vidmakthållas och vidareutvecklas. Fortbildning ses som ett eftersatt område. Informanterna menar att arbetsgivaren borde ta bättre vara på och utnyttja erfarenheter hos personalen. Kvalificerade handledare behövs för att reflektera och skapa förståelse för dessa erfarenheter så att man kan utvecklas vidare. Vidare anses kontinuerliga föreläsningar och kontinuerlig hospitering inom till exempel anestesijukvård, intensivvård, hjärtintensivvård, förlossning och SOS Alarm att behövas.

Sedan kom vi in i den totala ekonomiska krisen då allt blev tvärnit. Vi har ju alltid, vi har uträknat med pooltid, vad mycket tid vi ska ha till utbildning och så här, men vi har aldrig haft några ekonomiska förutsättningar att kunna utnyttja det här. Körskola är väl det som har varit tvunget då, jag har varit på förlossningen och intubering då, HLR har vi varje år, det är ju det jag varit på de sista åren. Det har ju inte funnits några pengar till det här, det har inte räckt till ekonomiskt. Den här veckan vi har det är ju absolut minimum av vad vi kan ha alltså. Den måste vi ha allihopa. Vi har ju det här pappret (arbetsbeskrivningen, författarnas anm.) för oss och för chefer där det faktiskt står vilka kraven är på oss, det har du sett, och skall de här kraven ställas på oss måste vi också få möjlighet att vidareutveckla oss. Så att i den takten som kraven ökar måste vi också vidareutveckla oss, det tycker jag.

Jag skulle önska mig mer fortbildning, mer uppföljning, mer praktik. Det känns som att det man lärt sig en gång det förväntas man kunna. Man får liksom ingen chans att följa utvecklingen, jag menar det är ju ändå en enorm medicinsk utveckling, vi kör omkring med vår Stesolid och Ketogan och det händer inget nytt... .. Det är rent av dåligt. Förut när jag började här så hade vi åtminstone utbildning på schemat, men nu har vi inte ens det så man kan säga att intentionerna har gått ned. Man försöker inte ens längre. Det är likadant med körutbildningen. När du har gått prio 1-kursen så får du vänta 4 år innan du får gå vinterutbildningen, men då har du ju redan kört prio 1:or i fyra vintrar, det är ju knäppt alltså. Det är helt fel nivå på alltihop tycker jag. Utbildningsbiten är en katastrof alltså...

Informanterna beskriver ambulanssjukvården som turbulent. Ovisshet inför framtiden, brist på information och återkoppling från arbetsgivaren är återkommande i deras beskrivning av arbetet. Detta ses också påverka arbetsmiljön negativt. Det minskar även förutsättningarna för ambulanspersonalen att lära och utvecklas.

Det vi kanske saknar är någon form av handledning eller feedback från verksamhetscheferna, du vet ingenting, allt är mörklagt. Det skapar ju en väldigt stor oro på arbetsplatsen, det tror jag är den största saknaden som finns här. ... För har du personal som mår dåligt så gör de ett sämre jobb, så är det bara, fast de kanske inte vet om det. Det är lätt att det kan bli så, tyvärr. Det leder lätt till en oro.

Det är upp till oss själva

Informanterna upplever att ansvaret ligger hos dem själva istället för hos arbetsgivaren för att upprätthålla den professionella kompetensen och för att vidareutvecklas. Det kan till exempel vara att de söker tjänstledigt för att tjänstgöra på akutsjukhus. Det kan också vara att de själva anordnar interna utbildningar, till exempel temaveckor, där all utrustning i ambulansen repeteras. På många stationer har man olika ansvarsområden och utifrån dessa försöker man förmedla kunskaper ut i övriga gruppen.

Ja, men det är i så fall upp till oss själva faktiskt. Det finns ju dom som är väldigt duktiga på vissa saker och vi brukar ha olika utbildningsdagar där de som är duktiga leder utbildningarna...

Ja, nu har vi haft sådana här, det har vi inte haft tidigare, det började vi med efter jul, temaveckor kallar vi det. Då har vi olika, då går vi genom allt som finns i bilen va, ja allt som går att öva på, typ KED-väst, nackkrage och... Då har vi tvåveckorsperioder som vi går igenom de här grejerna. Det blir inte att vi utbildar varandra, men vi gör det tillsammans.

Behovet av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses – ett interrelaterat förhållande

Det visade sig vara svårt att särskilja informanternas upplevelser kring känslomässigt stöd och professionell utveckling då dessa områden ofta var interrelaterade. Med anledning av detta har nedanstående upplevelser sammanförts till ett gemensamt område.

Att komma vidare

Informanterna upplever att olika individer har varierande behov av känslomässigt stöd för att komma vidare i bearbetningsprocessen av svåra händelser. Dock ses en utvecklingspotential finnas i att man gemensamt efter svåra händelser belyser och bearbetar det som skett. Detta ger stöd och kraft att gå vidare. Således upplevs bearbetning vara viktigt som känslomässigt stöd, men även som en del i den egna professionella utvecklingen. Informanterna menar att inom ambulanssjukvården idag är det tillfälligheter som styr om stödjande åtgärder, som exempelvis avlastningssamtal eller debriefing, kommer till stånd. I samband med svåra händelser litar inte informanterna på att få möjligheter att ”lasta av sig” i någon organiserad samtalsform utan de litar till stödet från kollegorna.

Bearbetning - behov eller besvär?

Önskemålet om att bearbeta det svåra varierar bland informanterna. Alla upplevs inte ha samma behov att bearbeta det svåra, eller upplever rent av organiserad bearbetning som ett besvär. Defusing hålls ibland, ofta tillsammans med övrig räddningstjänstpersonal. Kvalificerade debriefingsamtal upplevs däremot vara sällsynta.

Jag har pratat om det i gruppen... ... Det verkar inte finnas något behov av det heller, tyckte de. Utan det som var ett bekymmer, det pratade man om i gruppen...

Syftet med bearbetningen upplevs vara att gå starkt ur det som varit svårt. Det som informanterna önskar är att med professionell hjälp, till exempel en kurator eller en präst, få möjlighet till en bearbetningsprocess. Det finns också ett stort önskemål bland informanterna om att få bekräftelse, till exempel av läkare, på att utförda åtgärder varit adekvata i den situationen de utförts.

Jag skulle vilja ha ett annat perspektiv på det! Kanske, jag vet inte men, kanske någon beteendevetare eller någon som kommer in oberoende och lyssnar vad man varit med om. Ja, kanske ställer lite frågor som väcker lite reaktioner, så man liksom inte bara kastar bort de alla de här reaktionerna nånstans.

Det känns bra, det känns bra för då får man väl en bekräftelse på vad man tycker man gjort och känt och inte gjort. Om man kunde gjort något bättre och så vidare. Så det...

En viktig källa till upplevelse av trygghet beskrivs tidigare erfarenheter vara. Informanterna upplever att man utifrån egna erfarenheter kan skapa en referensram som ger stöd inför nya händelser. Det krävs dock att svåra händelser bearbetas efteråt. Om detta inte sker kan det leda till att även vardagliga små bekymmer blir stora.

Jag är nog sådan att jag, vad det nu än är man åker på olyckor och så skapar man sig en bild av vad man skall möta och för varje bild man har, det har man ju med sig i bagaget, om man säger. Och ju mer man har med sig ju skönare känns det för då har man ju referenser att relatera till.

Ja, också de här små sakerna kan ju bli väldigt stora till slut, när ryggsäcken blir full, om du aldrig får möjlighet att prata om det.

Avsaknaden av riktlinjer för att organisera avlastningssamtal eller debriefing upplevs vara stor.

... visst det kanske inte behöver gå så långt som debriefing, men, avlastningssamtal...

...som sagt rutiner är viktigt, krav. Jag tror det är en nödvändighet i början med tanke på hur viktigt det är. Många tycker ju inte det är så viktigt eller säger att jag behöver det inte, men enligt mig är det oftast de som behöver det bäst.

Att ha ögonen på varandra

Att ha ögonen på varandra och att se om kollegan mår dåligt efter ett uppdrag upplevs som viktigt. Dock ses det som svårt att gå vidare till ambulanschefen om så krävs. Lika viktigt beskrivs det vara att ambulanschefen är uppmärksam på hur ambulanspersonalen mår. Det upplevs numera vara enklare att tala om svåra händelser med varandra än vad det har varit tidigare. Kamratstödet beskrivs vara det stöd som man ambulanspersonal har att förlita sig till.

Jag skulle vilja att våran chef frågar oss hur vi mår och vad har ni varit med om, och visa ett sådant engagemang, men det gör han inte!

Jag tror att vi fått en annan syn på det här. Att man kan visa att man är ledsen och att man mår dåligt över vissa grejor. Att vi hjälper varandra, att vi tittar på arbetskompisen, - hur han reagerar, - hur mår han nu...

Kunskap – en förutsättning

Informanterna menar att som ambulanspersonal har man att förlita sig till sina egna och kollegans kunskaper vilket kan bli direkt avgörande för om rätt eller fel beslut tas. För att fortsätta våga ta dessa många gånger svåra beslut, upplevs det vara av yttersta vikt att personalen fortlöpande får möjlighet till kompetensutveckling. Det beskrivs också att kunskaper kan ha betydelse för bearbetningsprocessen av svåra händelser. Om man exempelvis bättre förstår de medicinska omständigheterna upplevs det som enklare att klara av händelser som är känslomässigt påfrestande.

Att lära ur erfarenheten

Informanterna upplever att det finns mycket att lära ur erfarenheten. Traditionellt har personalen, ofta genom egna misstag, fått lära sig saker utifrån dessa erfarenheter. Erfarenhet upplevs värderas högt inom ambulanssjukvården men det finns inga tydliga former för hur erfarenheter ska kunna delas med andra.

Det blir nog av erfarenhet som man lär sig, tycker jag. ...

Handledning ses som ett sätt att lära av tidigare erfarenheter. Få informanter har egna erfarenheter av grupphandledning, då detta endast bedrivits på en ambulansstation i länet. De som själva varit med i denna grupphandledning upplever detta som mycket positivt. Ingen av informanterna är negativ gentemot handledning som företeelse. Ingen informant känner till begreppet yrkesmässig handledning i omvårdnad.

Ja, jag tror att regelbundenhet för att kunna lyfta fram saker och ting, prata om, titta tillbaka på, men framförallt att man inte gömmer undan, utan precis som du säger, lyfter fram och pratar om i grupper. Det tillhör ju framtiden, det tillhör varje arbetsplats idag, mer eller mindre! ...

Det märker man ju. Det märks ju, hon styr samtalet. Och, så ser hon med helt andra ögon, hon kan inget om sjukvård, och det är ju det som är bra. Det fungerar skitbra. Och, speciellt när vi hade lite problem, det hade aldrig gått annars, men även vanliga, hon kommer med bra inlägg så att man hajar till. Det tror jag man måste vara utbildad till, i samtalsterapi, för att kunna ställa sådana frågor. Det är nog inget man gör med bara sunt förnuft, det tror jag inte. Sedan är det väldigt skönt att det kommer någon utifrån och sedan går därifrån... ... Vi tar ofta upp fall som varit konstiga, eller om det gått bra eller dåligt eller så. Etiska grejor, någon gång pratade vi om en patient som några kollegor hämtade, och de vill ju egentligen inte, som var terminal och anhöriga inte ville att han skulle dö hemma. Han dog ju givetvis på väg in då, i ambulansen och det kändes ju helt fel alltihop. Och, att få föra en sådan diskussion tycker jag är lärorikt, och det känns vettigt. Så jag tror absolut att man kan lära av andras misstag, det tror jag. Och, även när det gått bra givetvis. För det ju mycket olika händelser, det är ju inte så ofta man är i de här udda händelserna och då kan du ju vara bra att ha hört om något liknande från någon annan. Jag menar en del händelser kanske du bara hamnar i en gång...

Ett sätt att få nya erfarenheter har tidigare varit att tjänstgöra eller hospitera på akutsjukhus. Informanterna menar att ambulanssjukvården kan upplevas som något av en sluten värld, att det är svårt att få nya impulser utifrån och att hospiteringsmöjligheterna kanske till och med försämrats. Enligt informanterna saknas feedback, uppföljning på utfört arbete från akutsjukhusen. En sådan skulle göra erfarenheterna rikare, då man till dessa också skulle kunna addera resultatet av utförda vårdhandlingar.

... vi får ju ofta inte svaret eftersom vi lämnar patienten. Många gånger så åker vi ganska snart. Ibland så ringer vi om det är något speciellt, då brukar jag ringa till sjukhuset och fråga. Ibland skriver vi på journalen som vi lämnar att vi vill ha en uppföljning. Och det har hänt en gång att de ringt tillbaka och gett oss uppföljningen, och det är ju roligt.

Inom ambulansen är vi rätt så "slutna" eller vad jag ska säga. Vi har svårt att uppdatera oss och ta till oss nya rön - för vi har så liten kontakt med övrig sjukvård. Men här har ju ambulansläkarna ett stort ansvar, men det fungerar ju inte heller.

Ibland ringer jag upp patienten själv för att höra hur det har gått.

Att lära genom utbildning

Informanterna menar att utbildning ger kunskap och kunskap ger förutsättningar för att lyckas under ambulansuppdragen. Den samlade upplevelsen är att det uppstått en skevhet mellan den utveckling av arbetsuppgifter som skett och de utbildningsinsatser som gjorts. Till exempel kan nytt material plockas in i ambulanserna innan utbildning har genomförts för personalen. Informanterna menar att de ökade krav som ställs inte harmonierar med möjligheterna att uppfylla dessa krav, vilket kan skapa rädsla och otrygghet.

Problemet är ju att när det kommer nya grejor så, först slängs det in i bilarna och sedan efter tre veckor så får du utbildning på grejorna. Det är väl typiskt X-län och det är ju ett stort, stort fel.

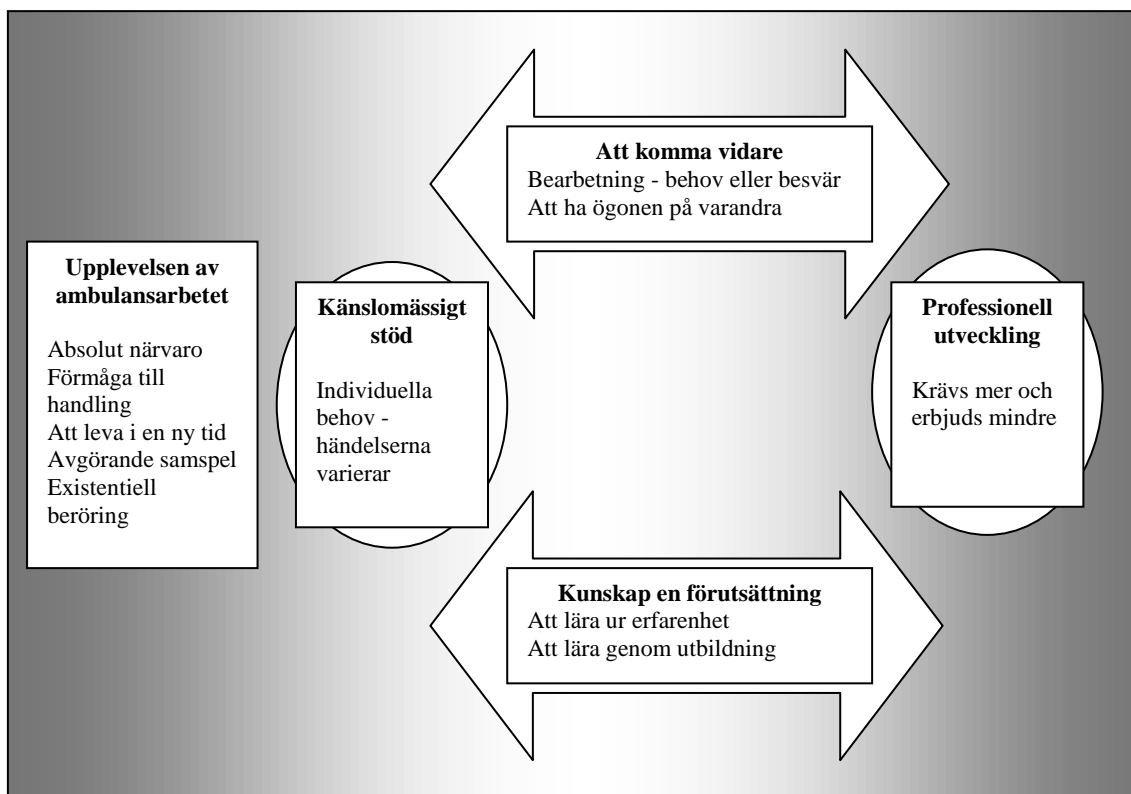
Det var ju precis som när vi fick den här trombolysväskan, och så stod det på någon lapp, att nu måste vi vara beredda... Man känner sig ju för faan inte säker på grejorna. Man kan ju ställa till världens jävelskap om man sprutar det där. Och jag vet inte... Man kan ju inte stoppa in grejorna i bilen för att det skall se fint ut och vi har fått till en fin tidningsartikel, det går ju inte... Nej, nej man blir jävligt osäker.

Jag går tillbaka till det där pappret (arbetsbeskrivningen, författarnas anm.), vi måste ges möjlighet att utvecklas. Vid vissa händelser så tror jag att vissa kan må dåligt över att de inte lyckas, att det inte gick så bra och för att lyckas måste du ges förutsättningar. Och den förutsättningen får du genom att du har bra kunskap, så att du vet klart och tydligt vad du skall göra, så att du i en stressad situation bara handlar, pang, pang. Så jag tror kunskapen är väldigt viktig. Kunskap om medicinteknisk utrustning och om hur vi skall hantera patienter på olycksplatser osv. Därför om du lyckas med allt det där så tror jag att du mår bättre. Om du skall bearbeta att patienten dog t ex, så tror jag det går lättare om man har vetskapen att man kan ju inte rädda alla... Kunskapen, tror jag i alla fall är det viktigaste. Man får inte tumma på den, det har man ju gjort ett tag nu, men man kan inte fortsätta så.

En årlig "delegeringskrivning" som finns ses både som ett lärotillfälle och som en kontroll "uppifrån".

Den fortbildning vi har, så har vi ju den här genomgången för läkemedelsdelegeringen, eller delegationer, har vi en gång per år. Det är en av personalen i X som är hit och sköter om. Sedan har vi de här HLR och A-HLR och den svängen. Det är egentligen det vi ska ha varje år för att vi ska få ha kvar.

Resultatsammanfattning



Figur 1 Översikt av resultatet, samt ytterligare belysning av interrelationen mellan känslomässigt stöd och professionell utveckling.

Att arbeta inom ambulanssjukvården upplevdes kräva många olika förmågor; kunskaper i såväl medicin som omvårdnad, förmåga att ta beslut såväl som att vara lyhörd inför andras behov, att våga beröras samtidigt som känslor måste hanteras. Sammantaget gavs en bild av ett kvalificerat arbete som ställde höga krav men också ett arbete som informanterna upplevde som tillfredsställande och stimulerande.

Behoven av känslomässigt stöd i samband med svåra händelser och det som bedömdes vara känslomässigt svåra händelser varierade bland informanterna. Man såg det som svårt att avgöra när stöd behövdes. Det upplevdes som viktigt att det gavs möjligheter till professionell utveckling då arbetet hade utvecklats mycket under senare år. Det gavs samtidigt en bild av att arbetsgivaren haft svårt att gentemot personalen motsvara arbetsutvecklingssteg. Förutsättningarna att utföra arbetet upplevdes inte stå i relation till arbetsuppgifterna.

Upplevelserna omkring frågeställningarna, känslomässigt stöd och professionell utveckling, visade sig vara intimt interrelaterade.

Under huvudtemat Att komma vidare beskrevs hur informanternas upplevelser kring behovet av känslomässigt stöd i samband med svåra händelser varierade. Det som av några upplevdes vara viktiga behov att tillgodose var för andra närmast ett besvär. Ett känslomässigt stöd menades hålla ordning på känslor samtidigt som det också hjälpte informanterna att inte belastas av obearbetade händelser som inverkade negativt på arbetet. Kamrattstödet beskrivs vara det stöd man som ambulanspersonal har att förlita sig till. Något som en del till och med upplevde vara tillräckligt. Informanterna menade dessutom att om det fanns former för att diskutera dessa frågor skulle det samtidigt innebära ett utrymme att lära av och om varandra, vilket skulle påverka yrkesutövningen positivt.

Under huvudtemat Kunskap – en förutsättning beskrevs erfarenhet av tradition vara högt värdesatt. Däremot fanns inget, annat än i undantagsfall, tydligt utrymme där det var möjligt att utbyta erfarenheter. Yrkesmässig handledning i omvårdnad sågs möjligen kunna fylla ett sådant tomrum. Tidigare erfarenheter visade sig ibland också utgöra ett känslomässigt stöd då man ställdes inför olika händelser, man menade att det man erfarit tidigare var lättare att känslomässigt hantera. Informanterna menade att utbildning var viktigt, att man hade tillräckligt med kompetens för de arbetsuppgifter man hade. Informanterna var ibland missnöjda med de förutsättningar de fick från arbetsgivaren och menade att de inte stod i relation till verksamhetens övriga utveckling. Utbildning och kunskap upplevdes också ha betydelse då händelser i efterhand skulle bearbetas. Man menade om man har tillräcklig medicinsk kunskap är det lättare att förstå sammanhangen och arbeta vidare.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I denna studie har en fenomenologisk-hermeneutisk ansats använts, med syfte att nå en djupare förståelse i hur ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterskor upplever sitt arbete, sitt behov av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses.

Denna studie visade att ambulansarbetet upplevs innefatta många olika delar och att det ställs stora krav på ambulanspersonalens kompetens, både på "bredden" och på "djupet". Informanterna använde den förvärvade erfarenheten och sin yrkesmässiga samt personliga mognad när de mötte patienter och anhöriga. Ansvaret upplevdes som stort, men samtidigt stimulerande trots att de ofta stod ensamma när svåra beslut skulle fattas. Det är en bild som överensstämmer väl med tidigare studier, till exempel Sjöström och Johansson (2000), Wahlin et al. (1995) och Waltersdotter-Rajala (2002).

Vilka än förutsättningarna var upplevde informanterna att man alltid förväntades ha en "förmåga att handla". Ett nära kamratskap beskrevs ha utvecklats mellan kollegor vilket även innebar att man upplevde ett stort förtroende för varandra. Ambulanssjukvården beskrevs successivt ha utvecklats, vilket upplevdes positivt, samtidigt som en svag ekonomi tvingat fram sparkrav som lett till att utbildnings- och fortbildningsmöjligheter reducerats, vilket upplevdes som mycket negativt. Studien visar att inte bara ambulanser, medicinsk/teknisk utrustning samt läkemedel behöver anpassas till den "nya tid" som råder (jfr. Suserud, 2001). Det borde också vara hög tid att förbättra ambulanspersonalens möjligheter för att kunna utföra ett professionellt arbete, anpassade till nutidens ambulanssjukvård och de krav på kompetens och professionell utveckling denna innebär.

Denna studie visade på ett varierat behov av känslomässigt stöd hos informanterna, ett väl fungerande kamratstöd, men också brister i det känslomässiga stödet av ambulanspersonalen vid svåra händelser. Det fanns strategier för bearbetning av svåra händelser, men alltför bristfälliga rutiner för att till exempel avlastningssamtal eller debriefing skall kunna anses utgöra ett skydd mot exempelvis Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), vilket har visat sig vara vanligt förekommande bland ambulanspersonal (Clohessy & Ehlers, 1999). Författarna menar att endast med klara och tydliga riktlinjer kommer ambulansorganisationen till rätta med denna brist. Arbetarskyddsstyrelsen beskriver i AFS 1999:7 och § 5 "Att det är arbetsgivarens skyldighet att erbjuda sin personal ett psykiskt omhändertagande och att det på varje arbetsställe skall finnas den beredskap och de rutiner för krisstöd som behövs med hänsyn till verksamhetens art, omfattning och särskilda risker" (a.a., s. 6). Samma paragraf beskriver även att arbetsgivaren skall hålla sin personal informerad om denna beredskap och dessa rutiner: "Det skall säkerställas att arbetstagarna känner till hur krisstödet är organiserat på arbetsstället. De skall fortlöpande hållas väl förtrogna med de rutiner som gäller" (a.a., s. 6). AFS 1999:7 och § 7 ställer också krav på arbetsledningens kompetens och beskriver att "Chefer och arbetsledande personal skall ha tillräckliga kunskaper om krisstöd för att kunna planera och ordna detta på ett lämpligt sätt" (a.a., s. 7). Studien påvisade brister i användningen av terminologin bland informanterna beträffande olika former av känslomässigt stöd, en

brist som delas med många inom hälso- och sjukvården (Håkansson & Schulman, 2000; Michell, Larsson & Lundin, 2000). Informanterna talade om debriefing, men det som menades var ofta defusing. Detta talar för att ytterligare kunskaper behövs inom detta område.

Sätten att utvecklas professionellt är många. Kanske ligger en stor del av poängen med framgångsrik yrkesmässig utveckling i att insatserna sker från olika perspektiv men med samma syfte; att vidareutveckla omvårdnadens kvalitet (jfr. Athlin et al., 2001). Ambulanssjukvården beskrevs som något av en sluten värld och att det var svårt att ta del av ”nya rön”. Informanterna gav en bild av att ambulanspersonalen till stora delar själva fick ta initiativ beträffande inhämtandet av ny kunskap, då inga tydliga riktlinjer från arbetsgivaren fanns. Detta kan betraktas ur två olika perspektiv: Ur ett positivt perspektiv tyder det på stora resurser hos ambulanspersonalen själva, som bör utnyttjas och vidareutvecklas. Ur ett negativt perspektiv tyder det på att ambulansorganisationens resurser är begränsade eller att arbetsgivarens förståelse för ambulanspersonalens behov är suboptimal. Vilket i allra sämsta fall kan innebära att ambulanspersonalen kan åka på ambulansuppdrag med potenta läkemedel och kvalificerad medicinteknisk utrustning som man inte blivit utbildad i att använda, eller känner sig osäker på! Dyliga omständigheter är naturligtvis inte förenliga med en god och säker vård (SFS 1982:763).

Informanterna visade sig villiga att prova nya vägar till kunskap och en sådan väg menades kvalificerad handledning vara. Författarna föreslår yrkesmässig handledning i omvårdnad, vilket ingen av informanterna var negativ till, även om ingen före intervjun hade hört talas om handledningsformen. En grupp på en ambulansstation hade, enligt vad författarna uppfattade, bedrivit kontinuerlig grupphandledning och upplevelsen var att det hade varit till stor hjälp för ambulanspersonalen, både utvecklingsmässigt samt beträffande att hantera olika arbetsmiljöfrågor.

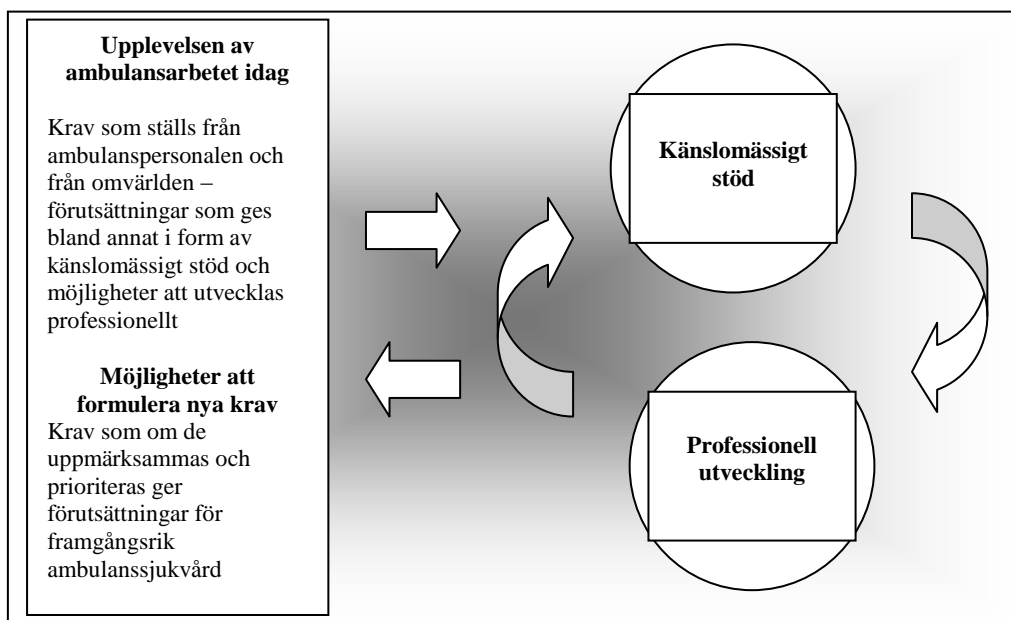
Att möjligheter till ett välfungerande känslomässigt stöd även avspeglade sig i möjligheterna till professionell utveckling och vice versa var kanske inte så överraskande. Det borde vara en självklarhet att arbetsgivare och ambulanspersonal gemensamt diskuterar dessa frågor gemensamt och också utnyttjar denna interrelation vid stödjande insatser riktade mot känslomässigt stöd och professionell utveckling. Yrkesmässig handledning i omvårdnad kan förena dessa områden och utgöra en insats som positivt kan påverka såväl ambulanspersonalens känslomässiga välbefinnande som deras professionella utveckling (Paunonen, 1991; Hallberg & Norberg, 1993; Segesten, 1993; Berg, Welander-Hansson & Hallberg, 1994; Hallberg, Welander-Hansson & Axelsson, 1994; Edberg, Hallberg & Gustafson, 1996; Begat, Severinsson & Berggren, 1997; Arvidsson, 2001; Hyrknäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Teasdale, 2001).

Informanterna upplevde att det fanns mycket att lära ur erfarenheten, men att man till stor del har fått lära sig saker utifrån sina egna erfarenheter, ofta genom egna misstag. Inom ambulanssjukvården beskrevs erfarenhet värderas högt, men det upplevdes inte finnas några tydliga former för att delge varandra erfarenheter. Elmcrona och Killebrand-Winroth (1997) kom fram till slutsatsen att erfarenhet inte automatiskt leder till inläring och ökat kunnande. Benner (1993) beskriver att det är först när den teoretiska kunskapen och den praktiska kunskapen kombineras med en reflektiv förmåga som

möjligheten ges att integrera innebörden med den egna personligheten. Denna integration kan utvecklas i den kollegiala samvaron där möjlighet ges till reflektion. Severinsson och Borgenhammar (1997) beskriver att yrkesmässig handledning i omvårdnad är en integrerad process som guidar en person från "novis till expert" (jfr. Benner, 1993).

Det framkom spontant under intervjuerna att informanterna upplevde brister i ambulansorganisationens ledarskap. Flera studier har påvisat att brister i organisation och ledarskap är huvudfaktorer beträffande personalens upplevelser av stress (James, 1988; Cydulka et al., 1997). Enligt Shelby Bowron (1999) är det viktigt att ambulansorganisationen försöker identifiera faktorer som kan leda till upplevelser av stress samt att se hur dessa relaterar till tillfredställelsen i arbetssituationen för ambulanspersonalen. Det ställs många krav på den professionella ledaren. Denne skall ha kunskap och kompetens att hantera människa och organisation samt ekonomi (Lindholm, Sivberg & Udén, 2000). Framtiden ställer också nya krav. Ledaren måste våga vara risktagare, planera för framtiden och ha en vision. För att klara av detta krävs en bred kunskap om hälso- och sjukvården. Enligt Mahoney (2001) finns det flera vägar att gå för att bli en bra ledare. Studier i hälso- och sjukvårdsadministration anges som det förmodligen bästa sättet. Att komplettera med magisterexamen i omvårdnad kan vara ett bra sätt att ytterligare öka sina kunskaper i omvårdnad samt om hälso- och sjukvården. Ambulanssjukvården är en del av hälso- och sjukvården (SFS 1982:763) och bör därför omfattas av de normer som finns inom övrig akutsjukvård. Enligt tradition är ledaren (oftast benämnd avdelningschef vilket motsvarar ambulanschef) en sjuksköterska med utbildning i hälso- och sjukvårdsadministration (Rydholm, 1992).

Eftersom erfarenhet fanns bland informanterna av bristfällig respons från arbetsgivaren beträffande känslomässigt stöd och professionell utveckling blir det än viktigare att ambulanspersonalen och arbetsgivaren enas om och formulerar krav. Författarna menar att sannolikt kommer insatser i form av känslomässigt stöd och stöd till professionell utveckling att leda till att nya insikter kommer att erhållas, som i sin tur genererar möjligheter att formulera nya krav på förutsättningar för att lyckas med arbetet. Enligt figur 2 skulle detta kunna medge nya utvecklingsnivåer och närmast beskrivas som en utvecklingsprocess.



Figur 2 Explicit utvecklingsprocess för ambulanssjukvården?

Studier inom ambulanssjukvården är sällsynta och det finns behov av fortsatt forskning (SoS, 1998). Ytterligare kartläggning av ambulanspersonalens behov av känslomässigt stöd och professionell utveckling behöver ske, till exempel med hjälp av kvantitativ metod.

Metoddiskussion

Då syftet med denna studie var att nå en fördjupad förståelse i hur ambulanspersonal upplever sitt arbete, sitt behov av känslomässigt stöd och professionell utveckling samt hur detta tillgodoses, valde författarna en fenomenologisk-hermeneutisk ansats, inspirerad av Colaizzi (1978).

Med ett fenomenologiskt perspektiv följer försök att sätta tidigare kunskaper inom parentes (Husserl, 1992). Heidegger (1993) och Colaizzi (1978) menar att det är omöjligt att helt bortse från personlig kunskap och att de data som framkommer vid en undersökning av detta slag skapas i interaktion mellan forskare och informant. Under intervjun var författarnas kunskaper en resurs och en förutsättning när följdfrågor skulle ställas, för att så mycket information som möjligt skulle komma fram inom forskningsområdet (Barbosa da Silva, 1996). Det är viktigt att denna kunskap inte styr intervjun eller dataanalysen, utan forskarens förkunskaper och erfarenhet måste medvetandegöras samt hållas åt sidan under hela forskningsprocessen. Det är informantens upplevelse som skall beskrivas, inte forskarnas. Genom hela arbetet med datainsamling och dataanalys strävade författarna efter att identifiera och medvetandegöra sin egen förförståelse och sätta den inom parentes för att beskriva informantens upplevelse av fenomenen (jfr. Holloway & Wheeler, 1996).

Trovärdighet, överförbarhet och tillförlitlighet i en kvalitativ studie skall beaktas genom att relationen mellan data och resultat skärskådas (Beck, 1993; Kvale, 1997). En viktig faktor som bidrog till trovärdigheten var det avsiktliga urvalet av informanter och deras variation för att få bredd och djup i studien samt att informanterna var positiva till intervjun och dess syfte. Risken finns vid denna typ av studie att informanterna inte beskriver den faktiska upplevelsen eller att den inte beskrivs fullständigt, även om författarna bedömer den risken som liten i denna studie. Intervjusituationen kännetecknades av en öppen och tillåtande atmosfär. Vidare stärks tillförlitligheten i resultatet av att steg 1-4 i dataanalysen utfördes individuellt av författarna och därefter steg 4-7 gemensamt. I denna studie utgörs resultatet av huvudteman och teman, vilkas giltighet kan bedömas i relation till de citat som följer efter temabeskrivningarna.

Konklusion

Känslomässigt stöd och möjlighet till professionell utveckling för ambulanspersonalen behöver uppmärksammas och prioriteras av arbetsgivaren. Att erbjuda ambulanspersonalen yrkesmässig handledning i omvårdnad kan vara ett sätt att möta det behov som finns. Ytterligare forskning behövs inom området.

REFERENSER

- AFS 1999:7. *Arbetskyddsstyrelsens föreskrifter om första hjälpen och krisstöd*. Arbetskyddsstyrelsens författningssamling. Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.
- Andersson, B., Tedfeldt, E-L., & Larsson, G. (2000). *Avlastningssamtal och debriefing. Handbok för samtalsledare*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Arvidsson, B. (2001). Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 9, 161-171.
- Arvidsson, B., Löfgren, H., & Fridlund, B. (2000). Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence. *Journal of Nursing Management*, 8, 175-185.
- Athlin, E., Lindell, L., Paulsson, Å., & Quist, E. (2001). *Riktlinjer för godkännande av handledare i yrkesmässig handledning i omvårdnad*. Riksföreningen för yrkesmässig handledning i omvårdnad. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Barbosa da Silva, A. (1996). Den kvalitativa intervjun. I P. G. Svensson & B. Starrin (red.). *Kvalitativa studier i teori och praktik* (pp. 169-206). Lund: Studentlitteratur.
- Beaton, R. (1997). Social support and network conflict in firefighters and paramedics. *Western Journal of Nursing Research*, 19, 297-313.
- Beck, C.T. (1993). Technical Notes. Qualitative Research: The Evaluation of Its Credibility, Fittingness, And Audibility. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 264-266.
- Begat, I., Severinsson, E., & Berggren, I. (1997). Implementation of clinical supervision in a medical department: nurses views of the effects. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 389-394.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet* (svensk bearbetning L. Rooke, översättning T. Grundberg). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, A., Welander-Hansson, U., & Hallberg, I. (1994). Nurses creativity, tedium and burnout during one year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparison between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 742-749.
- Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 9, 101-106.

- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Psychology*, 38, 251-265.
- Colaizzi, P.F. (1978). Psychological Research as the Phenomenologist Views it. In R.S. Valle & M. King (Eds.). *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Cudmore, J. (1996). Preventing post traumatic stress disorder in accident and emergency nursing. *Nursing in Critical Care*, 1, 120-126.
- Cydulka, R.K., Emerman, C.L., Shade, B., & Kubincanek, J. (1997). Stress levels in EMS personnel: A national survey. *Prehospital and Disaster Medicine*, 12, 65-69.
- Dyregrov, A. (1992). *Katastrofpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A-K., Hallberg, I., & Gustafson, L. (1996). Effects of Clinical Supervision on nurse-patient co-operation quality. *Clinical Nursing Research*, 5, 127-149.
- Ekström, G. (1986). *Från larmklocka till blåljus*. Hudiksvall: Winbergs Förlag AB.
- Elmcrona, M., & Killebrand-Winroth, M. (1997). Klinisk handledning. Tio sjuksköterskors upplevelser av två års processorienterad handledning. *Vård i Norden*, 17, 4-9.
- Fowler, J. (1996). The organisation of clinical supervision within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 471-478.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (1996). *Qualitative Research for Nurses*. Cambridge: Blackwell.
- Hallberg, I., & Norberg, A. (1993). Strain among nurses and their emotional reactions during one year of systematic clinical supervision and individualised care in dementia nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1860-1875.
- Hallberg I., Welander-Hansson, U., & Axelsson, K. (1994). Satisfaction with nursing care and work during a year of clinical supervision and individualised care. Comparison between a ward for care of severely demented patients and similar control ward. *Journal of Nursing Management*, 1, 297-307.
- Heidegger, M. (1993). *Varat och tiden*. Uddevalla: Daidalos.
- Husserl, E. (1992). *Cartecianska meditationer. En inledning till fenomenologin*. Göteborg: Daidalos.
- Hyrknäs, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 492-502.

- Håkansson, E., & Schulman, A. (2000). Psykologisk debriefing – dags att skrota modellen eller...? *Läkartidningen*, 97, 2768-2775.
- James, A. (1988). Perceptions of stress in British ambulance personnel. *Work and Stress*, 2, 319-326.
- Jonasson, P., & Wallman-C:son, K-A. (1999). Ambulanssjukvård - den svenska modellen. *Akuttjournalen*, 6, 4-8.
- Jones, A. (2001). Possible influences on clinical supervision. *Nursing Standard*, 16, 38-42.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, G. (1988). *Psykiska reaktioner vid katastrofer och kriser*. Karlstad: Psykologiservice i Värmland.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I Starrin, B. & Svensson, P.G. (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (pp. 163-190). Lund: Studentlitteratur.
- Lee, V., & Henderson, M. C. (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 5, 21-28.
- Lindholm, M., Sivberg, B., & Udén, G. (2000). Leadership styles among nurse managers in changing organizations. *Journal of Nursing Management*, 8, 327-335.
- Mahoney, J. (2001). Leadership for the 21st century. *Journal of Nursing Management*, 9, 269-271.
- Michell, P-O., Larsson, G., & Lundin, T. (2000). Ryktet om debriefingens död är betydligt överdrivet! *Läkartidningen*, 97, 2767-2768.
- Moxnes, P. (1991) *Vardagens ångest hos individen, gruppen, organisationen*. Köping: Natur och Kultur.
- Neely, K.W., & Spitzer, W.J. (1997). A model for a statewide critical incident stress (CIS) debriefing program for emergency services personnel. *Prehospital & Disaster Medicine*, 12, 114-119.
- Paunonen, M. (1991). Changes initiated by a nursing supervision programme: an analysis based on log-linear models. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 982-986.
- Rydholm, I-M. (1992). *Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv* (SHSTF FoU-rapport 37). Skellefteå: Artemis Bokförlag.

- Segesten, K. (1993). The Effects of Professional Group Supervision of Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7, 101-104.
- Severinsson, E.I., & Borgenhammar, E. (1997). Experts views on clinical supervision: a study based on interviews. *Journal of Nursing Management*, 5, 175-183.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Shelby Bowron, J. (1999). Job stressors and job satisfaction in a major metropolitan public EMS service. *Prehospital & Disaster Medicine*, 14, 236-239.
- Sjöström, B., & Johansson, B. (2000). *Ambulanssjukvård. Ambulanssjukvårdares och läkares perspektiv* (Göteborg studies in educational sciences 151). Göteborg: Göteborgs universitet.
- SKOLFS 2001:30. *Skolverkets föreskrifter om påbyggnadsutbildningen. Ambulanssjukvård inom kommunal vuxenutbildning*. Stockholm: Skolverket.
- Socialstyrelsen. (2001a). *Riktlinjer Ambulanssjukvårdens termer och begreppsdefinitioner*. Stockholm: Författaren.
- Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 8/98*. (1998). Svensk ambulanssjukvård 1997. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 5/01*. (2001b). Svensk ambulanssjukvård 2000. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 11/02*. (2002). Svensk ambulanssjukvård 2001. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens rapport 1990:10*. Ambulanssjukvården inför år 2000. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Socialstyrelsens rapport 1996:10*. Ambulanssjukvård i systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1997:14. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1997:18. *Ändring i allmänna råd om kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor 1995:5*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.

- SOSFS 1999:17. *Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering inom ambulanssjukvården*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2000:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2001:17. *Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (Omtryck)*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Starrin, B., & Renck, B. (1996). Den kvalitativa intervjun. I P.G. Svensson & B. Starrin (red.). *Kvalitativa studier i teori och praktik* (pp. 52-78). Lund: Studentlitteratur.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative Research in Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Suserud, B-O. (2001). Emergency Nursing in Sweden. *Emergency Nurse*, 9, 10-13.
- Suserud, B-O., & Haljamäe, H. (1997). Role of nurses in pre-hospital emergency care. *Accident and Emergency Nursing*, 5, 145-151.
- Suserud B-O., & Haljamäe, H. (1999). Nurse Competence: advantageous in pre-hospital emergency care? *Accident & Emergency Nursing* 7, 18-25.
- Suserud, B-O., Wallman-C:son, K-A., & Haljamäe, H. (1998). Assessment of quality improvement of prehospital emergency care in Sweden. *European Journal of Emergency Medicine*, 5, 407-414.
- Svensson, P.G. (1996). Förståelse, trovärdighet eller validitet? I P. G. Svensson & B. Starrin (red.). *Kvalitativa studier i teori och praktik* (pp. 209-227). Lund: Studentlitteratur.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden [SSN]. (1995). *Etiske retningslinjer for omvårdningsforskning i Norden*. Oslo: SSN.
- Teasdale, K. (2001). Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 216-224.
- Tveiten, S. (2000). *Yrkesmässig handledning – mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.
- Vånar Hermansen, M., Burland Vråle, G., & Carlsen, L.B. (1994). *Omvårdnadshandledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Wahlin, U., Wieslander, I., & Fridlund, B. (1995). Loving care in the ambulance service. *Intensive-Critical Care*, 11, 306-313.

Waltersdotter-Rajala, G. (2002). *Prehospital akutsjukvård inom Stockholms läns län* (Fördjupningskurs i vårdpedagogik 41-80 p, examensarbete 20 p). Lärarhögskolan i Stockholm, Institutionen för samhälle, kultur och lärande, Box 34103, 100 26 Stockholm.

Wiklund, P-E. (1987). Första hjälpen och ambulanssjukvård – några historiska notiser. *Läkartidningen*, 84, 2429-2433.

Intervjuguide

Bilaga

Temaområden

- Ålder, kön, utbildning, sjukvårdserfarenhet inklusive ambulans, arbetsplats/er
- Arbetets innefattning, syn på arbetet
- Förekomst av extraordinära omständigheter som kräver bearbetning
- Stresshantering/ krisstöd – möjligheter och hinder
- Professionell utveckling – förberedelse inför förväntade händelser, reflektion och spridning av erfarenheter
- Sammanfattade hanteringen av känslomässigt stöd och professionell utveckling
- Framtiden – känslomässigt stöd och professionell utveckling – hur ser ett ideal ut
- Yrkesmässig handledning i omvårdnad (YMHO)
- Förbisett område