

Institutionen för vårdvetenskap

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatrisk vård

Magisteruppsats, 15 hp

Avancerad nivå

Peter Margulies

Handledare: Anette Erdner och Annabella Magnusson

Examinator: **Kent-Inge Perseius**

Vad ligger till grund för den psykiatriska bedömningen inom den prehospitala vården?

- Ambulanssjuksköterskans perspektiv

Assessing an emergency situation i the pre-hospital field as psychiatric

- From the ambulance nurses perspective

Sammanfattning/Abstract

- Bakgrund:** Ambulanssjuksköterskans roll innebär bland annat att bedöma en patients tillstånd. I bakgrunden presenteras bedömningsprocessen ur ett psykiatriskt, prehospitalt och kombinationen prehospitalt/psykiatriskt perspektiv.
- Syfte:** Syftet är att belysa på vilka grunder ambulanssjuksköterskor gör sina bedömningar i mötet med personer som kan antas lida av akut psykisk ohälsa.
- Metod:** Studien grundar sig på en kvalitativ forskningsansats. Data har insamlats genom semistrukturerade intervjuer och har analyserats med hjälp av kvalitativa innehållsanalys som Granheim och Lundman beskriver den.
- Resultat:** Utgörs av tre huvudkategorier; Patienten i fokus för bedömningen, Omgivningens roll samt Vårdarens tillvägagångssätt
- Diskussion:** Resultatet har diskuterats utifrån andra studerade arbetsätt och tankeprocesser bakom en bedömning. Vidare lyfts reflektioner kring den teoretiska referensramens huvudbegrepp; Miljö, Hälsa, Människosyn och mötet med patienten
- Nyckelord:** Ambulanssjuksköterska, bedömning, akut psykiatrisk ohälsa, mötet ambulans/psykiatri

Keywords:

Abstract

Background: One of the ambulance nurses many responsibilities is assessing the patients' current health situation. The background presents how this process may manifest itself in the nursing field of pre-hospital care, psychiatry and the combination of pre-hospital and psychiatry.

Aim: The present study aims to illuminate on what basis the ambulance nurse make their assessing decisions in the encounter with patients that might suffer from an acute psychiatric event

Methods: Data was collected through semi-structured interviews and have been analysed using the qualitative content analysis as described by Graneheim and Lundman.

Results: Three main categories emerged: Assessing the patient, The role of the environment and The nurses approach.

Discussions: The results have been discussed comparing other known assessment situations and cognitive models. Reflections from the result, seen through the perspective of the theoretical frameworks, are also presented.

Keywords: Ambulance nurse, assessment, emergency psychiatry, encounter pre-hospital and psychiatry

Innehållsförteckning

Sammanfattning/Abstract	2
Abstract	3
Innehållsförteckning	4
1 Inledning	1
2 Bakgrund	2
2.1 <i>Akut psykiatrisk ohälsa och dess omfattning i ambulansmiljön</i>	2
2.2 <i>Att bedöma</i>	2
2.2.1 <i>Vårdarens bedömning – Psykiatri</i>	2
2.2.2 <i>Vårdarens bedömning – Ambulans</i>	3
2.2.3 <i>Vårdarens bedömning – Psykiatri och ambulans</i>	4
2.3 <i>Prehospitala patientjournalen</i>	6
2.3.1 <i>Bedömt tillstånd</i>	7
3 PROBLEMFÖRMULERING	8
4 SYFTE	9
5 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	9
5.1 <i>Miljö</i>	9
5.2 <i>Hälsa</i>	9
5.3 <i>Människosyn och mötet med patienten</i>	10
6 METOD	10
6.1 <i>Urval</i>	11
6.2 <i>Datainsamling</i>	11
6.3 <i>Analys av data</i>	12
7 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
8 RESULTAT	13
8.1 <i>Patienten i fokus för bedömningen</i>	14
8.1.1 <i>Utesluta fysiska orsaker till situationen</i>	14
8.1.2 <i>Händelsen</i>	15

8.1.3	<i>Bakgrundshistoria</i>	15
8.1.4	<i>Patientens egen berättelse</i>	16
8.1.5	<i>Patientens beteende</i>	16
8.1.6	<i>Blickens betydelse för bedömningen</i>	17
8.2	<i>Omgivningens roll</i>	18
8.2.1	<i>Ytter faktorer berättar om patientens tillstånd</i>	18
8.2.2	<i>Anhörigas roll</i>	19
8.2.3	<i>Bedömning utifrån en känsla</i>	19
8.3	<i>Vårdarens tillvägagångssätt</i>	20
8.3.1	<i>Att nå fram till patienten</i>	20
8.3.2	<i>Samtalet</i>	21
8.3.3	<i>Ge tid</i>	21
9	DISKUSSION	22
9.1	<i>Metoddiskussion</i>	22
9.2	<i>Resultatdiskussion</i>	25
10	Avslutande reflektioner och förslag till vidare forskning	30
11	Referensförteckning	32
	Bilaga 1	
	Bilaga 2	
	Bilaga 3	
	Bilaga 4	

1 Inledning

”Psyk – tills motsatsen är bevisad”. Så lyder ett gammalt uttryck inom ambulanssjukvården i Stockholms län. Ordstävet anspelar på att det är upp till patienten att komma med hård fakta om att de är sjuka på riktigt, kroppsligt sjuk alltså. Om bevisen saknas innebär det två saker; patienten inbillar sig vara sjuk och/eller att allt annat än kroppslig sjukdom räknas inte. Det vill säga att om vårdaren inte blir övertygad om att en kroppslig åkomma föreligger så är man inte sjuk på riktigt. Trots detta transporterar Ambulansen i Stockholm AB flertalet (2011 n=1542) patienter med befarad psykisk ohälsa. Vad denna studie avser söka svar på är vad ambulanssjuksköterskan såg eller observerade som ledde fram till att bedöma patientens tillstånd som just psykiatriskt. Var det endast brist på andra kroppsliga bevis, eller var det något annat som observerades/framkom?

Ambulansverksamheten i Stockholm grundar sitt patientomhändertagande på ett antal medicinska riktlinjer. Dessa är i grunden baserade utifrån en preliminär diagnos eller de uppvisade symtom patienten har. Det finns till exempel riktlinjer för *stroke*, *höftfraktur*, *anafylaktisk reaktion*, *central bröstsmärta*, *buksmärta*, *förlossning*, med mera. Fram tills alldeles nyligen (2013-02-01, se bilaga 1) har det saknats struktur och vetenskapligt grundade riktlinjer för bemötande och omhändertagande av psykiatriska besvär. Den som nu finns är övergripande på det sättet att den riktar sig till alla patienter med psykiatriska besvär generellt, utan att skilja mellan olika symtom/uttryck. Intressant i sammanhanget är riktlinjens sista rad ”*En individ med psykiatrisk sjukdom är en patient och därför sjähfallet en angelägenhet för bedömning inom ambulanssjukvården.*”. Vilka formella kunskaper besitter en ambulansbesättning då för att kunna göra denna bedömning? I Stockholm arbetar en ambulanssjukvårdare (undersköterska) med en specialistsjuksköterska. De kan vara specialister inom valfri specialitet, men de flesta är just ambulansspecialistsjuksköterskor. På Karolinska institutet ingår sedan 2007, 30 timmar psykiatriskt omhändertagande i specialistutbildningen i ambulanssjukvård. På Sophiahemmets högskola ingår ingen psykiatri under samma utbildning. Den formella kunskapen att kunna identifiera och bedöma omvårdnadsbehov hos en patient med akut psykisk ohälsa varierar därmed utifrån utbildningsplats och när man utbildades. Utöver det formella varierar säkerligen kunskapsnivån beroende på tidigare arbetslivserfarenheter. I avsaknad av tydlig struktur och evidens baseras därmed bemötandet på den enskilde vårdarens individuella syn på psykiatrisk omvårdnad. Rimligen kan det medföra konsekvenser för patienten, anhöriga, vårdarna och de mottagande enheterna.

2 Bakgrund

2.1 Akut psykiatrisk ohälsa och dess omfattning i ambulansmiljön

Akut psykiatrisk ohälsa definieras som ett insjuknande eller förvärrande av tidigare psykisk sjukdom orsakad av inre eller yttre påverkan, vilket kan leda till skada för den drabbade eller annan. Denna studie använder begreppet akut psykiatrisk ohälsa utifrån ovan nämnda beskrivning. I den *prehospitala* (ambulans-) miljön uppgår antalet psykiatriska situationer till 10-15 % av alla uppdrag. De likställes därmed i antal till de traumatiska (yttre våld) och hamnar som kategori på fjärde plats av alla ambulansuppdrag (Pajonk, Schmitt, Biedler, Richter, Meyer, Luiz & Madler, 2008). I ett danskt forskningsprojekt bemannade man en ambulans med en ambulanssjukvårdare och en psykiatriker. Under en två års period besökte de patienter (n=777) som larmcentralen bedömde vara psykiskt sjuka eller i allvarlig kris. 66 % av dessa var sedan tidigare psykiskt sjuka och 37 % av patienterna uppvisade psykotiska uttryck. Av samliga kom 25 % till psykiatrisk vårdinrättning och av de var 38 % ofrivilligt (LPT). I nästan hälften av fallen var det anhöriga eller grannar som kontaktat larmcentralen och en betydande större del av uppdragen kom från socialt utsatta områden. Självmordsbeteende var frekvent återkommande (Nordentoft, Bjarking och Hemmingsen, 2002).

2.2 Att bedöma

Bedöma står synonymt med att evaluera en patient, eller att evaluera en patients situation och hälsobehov. Varför begreppet bedöma valts som bärande begrepp motiveras av den nomenklatur som används i Stockholms läns ambulansorganisations patientjournal system (CAK-net). Efter varje avslutat uppdrag för vårdaren en obligatorisk patientjournal vari patienten tilldelas ett bedömt tillstånd (*Patientdatalag*, 2008:355). I avseende psykiatri finns det sex bedömda tillstånd; *hallucinationer, förvirring/ aggressivitet, krisreaktion, psykiatri övrigt, psykiatriska sjukdomar* och *psykiatri ospecificerat* (CAK-net).

2.2.1 Vårdarens bedömning – Psykiatri

Barker (2004) sammanfattar att bedöma (*Eng: assessment*) en patient som den psykiatriska omvårdnadens viktigaste aspekt. Utgångspunkten måste vara att vi egentligen inte kan veta

någonting om andra människor, att tankar, upplevelser och känslor är unika för varje individ. Det enda sättet för en annan att veta, utan att anta, är att ställa nyfikna och förutsättningslösa frågor. Det är grundbulten i bedömningar i den psykiatriska omvårdnaden och kan illustreras ytterligare genom frågan; vad innebär det att vara den här människan? Litteraturen diskuterar vilka processer som ligger till grund för den psykiatriska bedömningen. Spannet sträcker sig från rationella bedömningsprocesser, ofta baserade på standardiserade tester/protokoll, till den mer kontroversiella *intuitionen* (Welsh & Lyons, 2001). Intuition är starkt förknippat med erfarenhet och kunskap och därmed en känsla med rationell grund snarare än något oförklarligt mystiskt (Benner, Tanner & Chesla, 1999). Det centrala innehållet i varje psykiatrisk bedömning bör vara: vanföreställningar, hallucinationer, depression, självmordsidéer, abstraktion, förmåga att resonera, omdömesförmåga, affekt och affektens lämplighet i situationen (Fontaine & Fletcher, 1999).

2.2.2 Vårdarens bedömning – Ambulans

Kännetecknande för ambulansvårdarens bedömning är att söka ta kontroll över något var kontrollen gått förlorad. Vårdaren söker struktur i det ostrukturerade för att skapa rum och möjlighet att kunna ge medicinsk hjälp (Wireklint Sundström, 2005). Gunnarsson och Warrén Strömberg (2008) har studerat vilka faktorer som påverkar ambulanssjuusköterskans beslutsfattande/bedömning. Faktorer med en negativ inverkan och som försvårar bedömningen är: begränsad information, emotionellt engagemang var sjuka/skadade barn nämns som exempel. Tiden, var begränsat tidsutrymme kan begränsa helhetsbilden och därmed försvåra bedömningen. Likaså kan anhöriga eller bystanders (människor/vittnen på plats) inverka hämmande för bedömningen. Vårdaren söker i omgivningen och studerar patienten redan på väg fram, det vill säga innan en relation etablerats. I denna observation kan ledtrådar skönjas som en del av bedömningen. Om information saknas skapar ambulanssjuusköterskan en förväntad bild av helheten. Förmågan till detta och att bedöma en (patient-) situation är starkt varierande mellan en novis och en expert.

Holmberg och Fagerberg (2010) diskuterar ambulansmiljöns huvudsakliga vårdarperspektiv; om förhållandet medicintekniskt perspektiv och det vårdvetenskapliga? Är den medicinska bedömningen kulturellt betingat med en stark tradition av vad sjuusköterskor en gång gjorde? Eller är det snarare så att de två perspektiven är sammanflätade, att det medicinsk-tekniska skapar en grund för vårdandet? Litteraturen ger stöd för att perspektiven är omöjliga att separera i den akuta vårdmiljön. Att även de medicinsk-tekniska handlingarna i sig har en holistiskt vårdande

effekt, när till exempel patienten känner sig sedd av att blodtrycket mäts (Nyström, Nydén, & Petersson, 2003). Wireklint Sundström (2005) menar å andra sidan att det akutmedicinska vårdperspektivet har en begränsande effekt på vårdarens möjlighet att närma sig patientens livsvärld. Den akutmedicinska dimensionen är beroende av ett kategoriserande och generaliserande, vilket står i motsatsförhållande till livsvärldsperspektivet. Ett sätt att sammanföra perspektiven, att inte ställa dem i konflikt med varandra, kan vara att låta patientens upplevelse vara vägledande i diskussion kring den medicinska kunskapen (Nyström, m.fl., 2003).

Wireklint Sundström (2005) menar även att ambulanssjukvårdens bedömning av patienten kan präglas av en *naturlig hållning*. Med det menas att vårdandets kärna är att vilja den andra människan väl, medan vårdrelationen är baserad på vårdarens personliga erfarenheter och är i situationen oreflekterad. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver detta som att vårdaren i mötet med patienten inte har ett öppet förhållningssätt till sina egna förförståelse. Den naturliga hållningen står därmed i motsats till livsvärldsperspektivet som kännetecknas som just öppet och reflekterande. Holmberg och Fagerberg (2010) menar att vårdarpatientrelationen i ambulansmiljön bygger på respekt och ansvar. Detta ansvar sträcker sig bortom patient-vårdarrelationen och beskrivs som ett mellanmänskligt ansvar. Konkret tar det sig i uttryck att ambulanssjuksköterskor upplever att de är sista utposten för en människa; att om inte de löser situationen så kommer ingen annan göra det. En människa lämnas därmed inte ensam åt sitt öde, utan ambulanssjuksköterskorna ser det som sitt ansvar att vara problemlösare.

Vidare kännetecknas bedömningssituationerna som ett växlande av vårdtempo. Bedömningen kan å ena sidan vara långsam, var både vårdare och patient erbjuds tid till eftertänksamhet. Motsatsen beskrivs som den snabba bedömningen var människan betraktas som en biologisk enhet och var omedelbara insatser är livsavgörande. Ambulansbedömningen kännetecknas även av en vilja att lyssna in individen. På grund av variationer av miljöer samt den extrema vidden av olikheter i tidsåtgång för bedömningen kännetecknas ambulansvårdarens förhållande till patienten som byggt på följsamhet (Wireklint Sundström, 2005).

2.2.3 Vårdarens bedömning – Psykiatri och ambulans

Roberts och Henderson (2009) sammanställt ambulanspersonalens syn på deras roll, utbildning och träning, organisationskultur och samarbete med andra aktörer vid uppdrag med patienter med befarad eller känd psykisk ohälsa. I en av delstudierna jämförs data från de centralt

dokumenterade tidsloggarna med hur ambulanspersonalen bedömer själva hur stor tidsåtgången är vid dessa uppdrag. Bedömningen avser tiden då personalen träffar patienten tills det att ambulansen åker, så kallad *time on scene*. Enligt studien upplever ambulanspersonalen att de tillbringar, i majoriteten av uppdragen (58.1%), 20-40 minuter on scene. Enligt tidsloggarna spenderar de i majoriteten av uppdragen (50,25%) endast spenderar 1-10 minuter. Enligt studien syns inget klart samband varför uppfattningen skiljer sig från det centralt dokumenterade, men lyfter problematiken kring det bedömda tillståndet (Eng. *coding*) personalen ger uppdragen. Vid exempelvis intoxicationer, självskada, hyperventilation kan orsaken vara av psykiatrisk natur och de bedömda tillstånden blir då missvisande i statistiken. Kommentar till studien kan vara att i cirka hälften av fallen spenderar personalen 20-40 minuter och återstående hälft 1-10 minuter. Vad som då skulle vara missvisande är 7,85 % av uppdragen och möjligen inte lika alarmerande. Författarna (a.a.) menar att vidare forskning behövs för att klargöra skillnaden i upplevd och faktisk tidsåtgång. Andra delstudien bygger på ett frågeformulär med 20 slutna och 4 öppna frågor med fokus på ambulanspersonalens (n=74) syn på uppdrag med psykisk ohälsa. Den övergripande slutsatsen är att ambulansens huvudsakliga uppgift är transport; att på ett säkert sätt se till att patienten kom till rätt inrättning för vidare vård. En annan huvudsaklig uppgift enligt personalen är att säkra eventuellt livshotande tillstånd och att den psykiska ohälsan därmed kommer i andra hand. Medicinska behandlingar syftar till att behandla den psykiska ohälsans kroppsliga konsekvenser; överdoser och skador, snarare än den underliggande psykiska ohälsan. Att ta hand om ovan nämnda tillstånd och att sedera någon sekundärt till psykisk ohälsa ansåg personalen vara deras ansvar. Att däremot utföra tvångsåtgärder eller psykiatrisk konsultation/terapi ansåg de vara någon annans uppgift så som polisen eller mobila psykiatriska team. Intressant i sammanhanget är Spooren, Buylaert, Jannes, Henderick och Heeringens (1996) jämförelse av vilka som åkte ambulans och vilka som tog sig själva till sjukhus vid psykisk ohälsa. Av studien framgår att de med allvarlig psykiatrisk störning, som psykos och depression, vanligen tog sig själva till sjukhus. Patienter som däremot samtidigt var intoxikerade, suicidförsök, annan allvarlig kroppslig åkomma eller behov av medicinsk behandling kom till sjukhus i ambulans i tre till fyra gånger större utsträckning.

I Roberts och Henderson (2009) lyfts *säkerhet* som en central aspekt. En informant uttrycker att säkerhetsfrågan är av större vikt under uppdragets planeringsfas jämfört med uppdrag som inte klassats som psykiatriska. Författarna menar att personalen är medvetna om att alla människor med psykisk ohälsa inte är våldsamma, men är beredda på den eventualiteten inför uppdraget. I

de öppna diskussionsforumerna lyftes frågan vilken typ av utbildning/träning som efterfrågades. Deltagarna ansåg sig ha för lite kunskap och var positivt inställda till en fördjupad kunskap på området och nämnde: symtom-bemötande, riskbedömningar för aggression och självmord, förhandlingsteknik, krishantering och rådgivning. Skillnaden mellan träning i andnings- och cirkulationstillstånd och psykiatriska tillstånd nämndes som enorma och informanterna ansåg att samma vikt skulle ges åt psykiatri. Hur kunskapsluckan tog sig i uttryck, vad det konkret innebar i patientmötet behandlades inte i denna studie. Möjligen döljer sig denna kunskap i studiens andra datainsamlingsdel var personalen i slutna frågor svarar att andra ansvar, förutom transport, innefattar: att förhandla, hantera situationer och primärt stöd. Pajonk, Bartels, Biberthaler, Bregenzer och Moecke (2001) kvantifierar kunskapsluckan med att låta akutmottagare (ej psykiatriker) och ambulanspersonal bedöma/diagnostisera fem typiska akutpsykiatriska tillstånd. Läkarna hade i 71% korrekta svar, medan ambulanspersonalen endast 39%. Vidare frågades kring omhändertagande och behandling av samma fem tillstånd. Här hade läkarna 32% rätt svar mot ambulanspersonalens 14%.

2.3 Prehospitala patientjournalen

Journalen som upprättas efter att patienten lämnats till annan vårdinrättning följer en särskild mall och sparas i en databas (CAK-net). Mallen har följande struktur: Uppgifter om patienten i avseende personnummer/reservnummer, namn och adress. Sjukhistoria var vårdaren lämna utrymme att i fri text beskriva uppdraget utifrån strukturen *Aktuellt, Status vid ankomst, Under transport, Tidigare sjukdomar, Mediciner, Överkänslighet, Socialt* och *Övrigt*. Sedan väljer vårdaren ett *bedömt tillstånd*; ringar in vilket huvudsakligt område ohälsan kretsade kring eller vilka huvudsymtom som uppvisades (Se nedan). Sedan följer utrymme för att fylla i vitalparametrar och iakttagelser så som hudstatus, andningsarbete, pulskvalitet, etcetera. Följande rutor i mallen är avsedda för vilka åtgärder som genomförts, vilka till exempel kan vara svalgtub, EKG, halskrage, med flera. Sedan dokumenteras eventuella läkemedel. Slutligen återfinns information om tider; från när SOS mottog samtalet till när ambulansen var framme på adressen och slutligen ankomst tid till sjukhus. Det sistnämnda importerar från SOS automatiskt och utgör systemets tidslogg.

2.3.1 Bedömt tillstånd

Att bedöma tillstånd i den prehospitla journalföringen har sitt ursprung i ICD 10-diagnoskodssystemet (www.flisa.nu/index/getfile.ashx?cid=116798&cc=3&refid=6). Bedömt tillstånd, eller *prehospitalt bedömt tillstånd* är en summering av ett prehospitalt ärende i avseende vad den sökande uppvisade/uppgav för huvudsakliga symtom eller uttryck. Det är också en typ av preliminär diagnos eller arbetshypotes, som ska stå relation till de insatserna/behandlingen/bemötandestrategier vårdaren genomför och presenterar i journalen.

Exempel I

En medelålders man ringer 112 då han har ont i bröstet. Ambulanspersonalen på plats utgår ifrån, eller kan ej utesluta Akut coronart syndrom (angina, instabil angina, eller hjärtinfarkt). Mannen lugnas, får sitta skönt på båren, behandlas med nitroglycerin, samt att EKG tas. Vid journalföring återges förloppet; vitalparametrar, undersökningsfynd, behandlingar och utvärdering/uppföljning. Det bedömda tillståndet blir *Centrala bröstsmärtor-kärlkramp*.

Exempel II

En medelålders man ringer 112 då han har ont i bröstet. För ambulanspersonalen berättar han att han ramlat under gårdagen och slagit bröstet i bordskanten. Ambulanspersonalen märker en tydlig smärta i bröstkorgen, särskilt vid beröring eller djupandning. Mannen lugnas, får sitta skönt på båren och smärtlindras med paracetamol och morfin. Vid journalföring återges förloppet; vitalparametrar, undersökningsfynd, behandlingar och utvärdering/uppföljning. Det bedömda tillståndet blir *Bröstkorgs smärtor*.

Det finns således ett bestämt antal bedömda tillstånd ($n=139$). Vårdaren har sedan vid behov möjlighet att förtydliga i fri text, med utrymme för några enstaka ord. De tillstånd som slutar på

övrigt användas när (medicinska-)diagnosen är känd men som inte förekommer på listan av bedömda tillstånd. Tillstånd som slutar med *ospecificerat* bör användas då vårdaren inte vet diagnos, men där det huvudsakliga problemområdet är känt. Till exempel innebär då *Andning ospecificerat* att den vårdsökande har problem med sin andning, men att orsaken är oklar.

En och samma situation/patient kan uppvisa flertalet ohälsotillstånd och vårdaren har i sin dokumentation möjlighet att synliggöra detta med att ange upp till tre bedömda tillstånd. En person med depression tar stora mängder mediciner och skär sina handleder med kniv i självmordssyfte. Vårdaren bedömer följande tillstånd i journalen: Bedömt tillstånd 1. *Förgiftning med läkemedel*. Bedömt tillstånd 2. *Sårskada*. Bedömt tillstånd 3. *Psykiatri övrigt – Suicid*.

Vid akuta psykiatriska situationer finns det ett antal tänkbara bedömda tillstånd att välja mellan från listan. De uppenbara är *hallucinationer, förvirring/aggressivitet, krisreaktion, psykiatriska sjukdomar, psykiatri övrigt* samt *psykiatri ospecificerat*. Benämningarna *hallucinationer, förvirring/aggressivitet* och *krisreaktioner* är både välkända vårdvetenskapliga fenomen som medicinska klassificeringar (Hummelvol, 2004; Ottoson, 2010). *Psykiatri övrigt* och *ospecificerat* är inspirerade av ICD-10 koden F999, psykisk sjukdom UNS (www.flisa.nu/index/getfile.ashx?cid=116798&cc=3&refid=6).

3 PROBLEMFÖRMULERING

Ambulanspersonal bedömer tillstånd på samtliga patientuppdrag. Patientens bedömda tillstånd grundar sig på patientens utsago i kombination med objektiva mätmetoder och vårdarens kliniska observationer. Vid kroppslig ohälsa får den äldre personen som ramlat och har ont i höften det bedömda tillståndet *ortopedi övrigt: höftfraktur*. Den som har ont i bröstet med st-höjningar på EKG: t bedöms som *hjärtinfarkt*. Men vad är det ambulanssjuksköterskan observerar som gör att de kommer fram till de bedömda tillstånden *psykiatri*? I denna studie är jag intresserad av hur vårdarna tillämpar de mindre specifika bedömda tillstånden *psykiatri övrigt, psykiatriska sjukdomar* samt *psykiatri ospecificerat*. I studien sammanfattar jag de tre som bedömt tillstånd *psykiatri*. Med att belysa hur denna process kan gestalta sig kan ambulanspersonal vidga sin syn på det psykiatriska omhändertagandet.

4 SYFTE

Syftet var att belysa på vilka grunder ambulanssjusköterskor gör sina bedömningar i mötet med personer som kan antas lida av akut psykisk ohälsa.

5 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

Studiens teoretiska utgångspunkter är begreppen miljö, hälsa, människosyn och mötet med patienten.

5.1 Miljö

Som Fjelland och Gjengedal beskriver i Dahlberg och Segesten (2010) har omgivningen ett existentiellt värde hur vi finner oss till rätta i världen. Till exempel kan ett hem vi av olika anledningar inte kan ta oss ur upplevas som ett fängelse. Samtidigt, i studier av äldre, beskrivs upplevelser om att vårdas i hemmet som sammanhangs- och meningsfullhetsskapande. I hemmet kan betydelsefulla relationer bevaras och erbjuda möjlighet att leva i nuet (Harrefors, Sävenstedt & Axelsson, 2009). När en patient exponerar sitt hem för vården kan det skapa stora påfrestningar med negativa rörelser i hälsoprocessen. Detta kan ske även då patienten förstår att besöket är nödvändigt (Dahlberg & Segesten, 2010).

5.2 Hälsa

I Dahlberg och Segesten (2010) beskrivs hälsa som ett tillstånd vilket involverar hela människan. Det innebär en känsla av inre balans och en jämvikt i relation till sina medmänniskor och det övriga livet. Men det är inte något konstant eller något som förstås på samma sätt av alla människor i hela livet. Hälsa bär olika innebörder för olika människor och kan ha olika aspekter beroende på olika situationer för samma människa. Upplevelsen av hälsa får negativa rörelser om en människa får veta att hon har en dödlig sjukdom. Samtidigt behöver inte hälsa stå i motsats till att vara sjuk eller skadad. För den som upplever att livet tappat/saknar mening kan hälsokänslan försvagas. Samtidigt som en funktionshindrad menar att det viktiga är att man mår bra inom sig själv, med andra ord upplever stark hälsokänsla trots sina tillkortakommanden. En central aspekt angående fenomenet hälsa är att ha en meningsfull relation till annan/andra. Att känna sig behövd, att vara kär eller att ha ett arbete att gå till är alla exempel på hälsostärkande relationer. Gadamer beskriver i Dahlberg och Segesten (a.a.) hur den upplevda hälsan visar sig tydligast i

förlusten av den. Detta kan illustreras med *när man är frisk vill man ha en massa saker, men när man blir sjuk vill man bara vara frisk* (Vardagligt ordspråk).

5.3 Människosyn och mötet med patienten

En vårdare kan på ett generellt plan veta vad det innebär att vara skadad eller ha en viss sjukdom. De kan dock inte veta vad det innebär för den individ de just nu tar hand om. Att för vårdaren anta ett patientperspektiv och att se patienten som expert på sig själv är därmed ett av vårdvetenskapens grundantaganden. Då vårdandets essentiella syfte är att stärka människors hälsoprocesser och att det är de själva som gör det, med stöd av vårdaren, är patientperspektivet ett grundläggande redskap. En människa som söker vård är därmed alltid en patient? Begreppet *patient* är inte okomplicerat då det kan föra tankarna till en passiv mottagare av vård. Detta synsätt står i kontrast till dagens syn på vård var människan ses som autonom och som själv ska ha inflytande i sin egen vård. Utifrån att alternativa benämningar på en människas möte med vården inte är utan missledande synonymer bli patient ett bärande begreppet i denna uppsats.

Centralt synsätt inom vårdvetenskapen är att fenomen kan skönjas i en grupp, men att en persons individualitet alltid har högre prioritet. Med det menas att en människas livserfarenheter, minnen, tankar, känslor och hur de kopplas till en vårdarsituation är i allra högsta grad personlig. En människas livsvärld är unik för alla individer (Dahlberg & Segesten, 2010).

Att skilja på kropp och själ är i vårdvetenskaplig mening omöjligt. Benämning *den levda kroppen* innebär att en människas fysiska-, psykiska-, exsentiella- och andliga dimensioner är sammanflätade. I den levda kroppen åtskiljs inte tankar från känslor, inte heller det själsliga från det kroppsliga. Är vi till exempel oroliga kommer det även att ta kroppsliga uttryck som ont i magen eller bröstet eller att vi blir rastlösa (a.a.).

6 METOD

Studien avser belysa ambulanssjuusköterskors upplevelser och erfarenheter av att möta patienter med befarad psykisk ohälsa. Specifikt vill författaren fördjupa sig i hur ambulanssjuusköterskorna kommer fram till att en människa lider av akut psykiatrisk ohälsa. Det vill säga vad som ligger till grund för bedömningen. För att förstå världen ur ambulanssjuusköterskans perspektiv och att kunna skapa mening ur deras erfarenheter har kvalitativa forskningsintervjuer valts som datainsamlingsmetod (Kvale & Brinkmann, 2009).

6.1 Urval

Då studien avser studera ambulanssjuksköterskors perspektiv var ett naturligt inklusionskriterium att de tillfrågade är ambulanssjuksköterskor. De ska även vara verksamma i ambulansorganisationen, det vill säga arbeta i en akutambulans. För att de intervjuade ska vara berörda av ämnet ska de vid minst ett tillfälle i journalen ha bedömt tillståndet som psykiatri övrigt, psykiatriska sjukdomar eller psykiatri ospecificerat. Då tillämpningen av systemet att bedöma tillstånd kan skilja sig från individ till individ görs ingen åtskillnad om det psykiatrisk bedömda tillståndet är som första, andra eller tredje bedömt tillstånd. För att optimera kommunikationen i urvalsprocessen, lättare kunna sprida förfrågan om deltagande, riktar sig urvalet mot en ambulansorganisation verksam i en storstadsregion i Sverige. Med andra ord exkluderas de som är anställda hos de övriga ambulansentreprenörerna i samma region samt i övriga riket. Avsikten var att genomföra 3-5 individuella intervjuer. Godkännande för att fråga personalen om deltagande i studien har godkänts av verksamhetschefen, se bilaga (2). Efter godkännandet från verksamhetschefen har e-post till samtliga ambulanssjuksköterskor utgått med förfrågan om deltagande (bilaga 3). Totalt antal arbetande ambulanssjuksköterskor och därmed tillfrågade om deltagande är 98 stycken. För att ytterligare synliggöra förfrågan om deltagande i studien har telefonkontakt tagits med samtliga (n=5) stationschefer för att fungera som så kallade *Gate-keepers* (Pilhammar-Andersson, 1996). De har instruerats att muntligen informera sina respektive personal om studien och att dela ut informationsbrev i avseende att hitta deltagare. 4 personer anmälde frivilligt sitt intresse och samtliga fyra uppfyllde inklusionskriterierna för deltagande. De hade alla vid flertalet tillfällen mött psykisk ohälsa i sin yrkesutövning. Efter minst ett avslutat uppdrag hade de givit något av de bedömda tillstånden psykiatri övrigt, psykiatriska sjukdomar samt psykiatri ospecificerat. Urvalet bestod av tre kvinnor och en man.

6.2 Datainsamling

För att belysa ambulanssjuksköterskornas upplevelser och erfarenheter bestod datainsamlandet av kvalitativa forskningsintervjuer. Med målet att erhålla beskrivningar av intervjupersonens perspektiv och erfarenheter, för att sedan kunna tolka innebörden av det beskrivna, genomfördes datainsamlandet som halvstrukturerad. Med det menas att till grund för intervjun fanns en intervjuguide (bilaga 4) med fem frågor av öppen karaktär. För att ytterligare fånga in aspekter som inte berättas tilläts spontana uppföljningsfrågor kopplade till vad som framkommer i berättelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). Varje intervju inleddes med en öppen fråga: Kan du

berätta om vad som ligger till grund för din bedömning i mötet med patienter med befarad akut psykiatrisk ohälsa? Intervjuerna spelas in i form av digital ljudupptagning, som sedan transkriberats inför analysdelen. Fyra intervjuer genomfördes mellan datumen 120925 och 121005 och längden sträckte sig mellan 15 och 45 minuter per intervju. Tre intervjuer genomfördes på respektive arbetsplats och en på annan ambulansstation. De intervjuade är verksamma vid olika ambulansstationer i en svensk storstadsregion. Under den första intervjun framkom att den intervjuade gärna berättade hur själva bedömningen går till. Det vill säga på vilket sätt vårdaren skapar grund för att överhuvudtaget kunna bedöma patientens tillstånd. Denna aspekt av bedömningen inkluderades inte i den ursprungliga intervjuguiden, men lyftes till reflektion i samtliga fyra intervjuer.

6.3 *Analys av data*

Efter avslutade forskningsintervjuer har inspelat material ordagrant transkriberats till skriven text. Upprepade gånger har texten lästs i syfte att ur dess helhet finna enheter som svarar till uppsatsens syfte. Materialet har därmed analyserats utifrån den kvalitativa innehållsanalysen som Graneheim och Lundman (2004) beskriver dess genomförande. Steg ett i processen var således att finna de meningar eller ordföljder som bar på en gemensam förståelse för det studerade området, det vill säga finna de meningsbärande enheterna. Samtliga meningsbärande enheter har förkortats i sin meningsuppbyggnad utan att förlora dess innehåll, med andra ord kondenserats utifrån dess manifesta innehåll. Dialogen i intervjuerna kan karaktäriseras som direkta, var informanternas berättelser varit tydliga ur ett *hur* perspektiv. Med det menas att inga delar i texten burit på uttryck med underförstådda meningar/värderingar. Det har i sin tur inneburit att inga kondensat med latent innehåll detekterats. Vidare har de meningsbärande koncentraterna grupperats till subteman utifrån tolkningen av deras gemensamma innehåll. Slutligen har kategorier byggts upp utifrån de subkategoriers gemensamheter i bedömningen av en patient med befarad akut psykiatrisk ohälsa. Analysprocessen skedde i programmet Excel, var de olika kondensaten flyttades under processens gång utifrån likheter och skillnader i dess innehåll.

7 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Ansökan om tillstånd har, efter underskrift och godkännande av handledaren, skickats till verksamhetschefen för aktuell ambulansorganisation (bilaga 2). De intervjuade har fått både skriftlig och muntlig information angående deras anonymitet och att de när som har rätt att

avbryta sitt deltagande utan att behöva uppge anledning. De har på samma vis informerats om hur det inspelade materialet kommer att förstöras efter avslutat projekt (bilaga 3). Informanterna har under intervjuerna berättat om olika patientmöten. Vid inget av tillfällena har forskaren kunnat härleda dessa berättelser till någon person. Ingen patient har därmed kommit till skadad samt att sekretesslagen respekterats till fullo (Patientsäkerhetslag, 2010:659, Kap. 6, § 12.).

8 RESULTAT

Tolv subkategorier utgjorde grunden för de tre huvudkategorier som framkom efter analys av datainsamlingen. Kategorin *Patienten i fokus för bedömningen* ringar in de faktorer och observationer vårdaren gör utifrån patientens förehavanden och skapades utifrån subkategorierna:

- *Utesluta fysiska orsaker till situationen*
- *Händelsen*
- *Bakgrundshistoria*
- *Patientens egen berättelse*
- *Patientens beteende*
- *Blickens betydelse för bedömningen*

Kategorin *Omgivningens roll* syftar till att belysa faktorer runt omkring patienten som ligger till grund eller indikerar att patienten lider av akut psykiatrisk ohälsa. De byggdes utifrån subkategorierna:

- *Yttre faktorer berättar om patientens tillstånd*
- *Anhörigas roll*
- *Bedömning utifrån en känsla*

Den tredje kategorin, *Vårdarens tillvägagångssätt*, berör alla bedömningen utifrån en teknisk nivå hur vårdaren praktiskt genomför eller handgripligen skapar grund för bedömningen.

Kategorin är uppbyggt av subkategorierna:

- *Att nå fram till patienten*
- *Samtalet*
- *Ge tid*

Återkommande i informanternas berättelser är huruvida det är fysiskt orsakat beteende/besvär eller psykiskt. Att själva huvudfrågan handlar om att först och främst upptäcka eller kunna avfärda somatisk orsaksgrund. Denna frågeställning utgör därmed grunden i mötet mellan ambulanssjuksköterskan och en person med befarad akut psykiatrisk ohälsa. Utifrån denna grundfrågeställning arbetar vårdaren med intryck, observationer och patient-/anhörigberättelser för att snarare verifiera den psykiatriska orsaksgrunden, baserad på att inga uppenbara somatiska fynd gjorts. Kategorierna är således sammanflätade i bedömningen. Informanterna beskriver att det är det helhetliga intrycket som skapar grund för bedömningen. Själva händelsen/vad som hänt, observationer vårdaren gör eller det patienten eller anhöriga berättar fungerar därmed som indikatorer. Dessa indikatorer skapar sedan den sammantagna bilden.

I resultatet nedan belyses de tre kategoriernas innehåll genom att förtydliga subkategoriernas uppbyggnad och innehåll.

8.1 Patienten i fokus för bedömningen

Sammantaget ger de nedan beskrivna underkategorierna en bild hur vårdaren utifrån patientens verbala och icke verbala uttryck skapar en grund för bedömningen psykiatri.

8.1.1 Utesluta fysiska orsaker till situationen

Grundläggande förhållningssätt gentemot samtliga patienter beskrev informanterna som att en bedömning först måste utesluta om händelsen kunde ha kroppslig orsaksgrund. Det kunde ske genom att mäta patientens vitalparametrar.

”Om man märker att patienten har normal andningsfrekvens, normal puls och normal syresättning och normalt blodtryck, normalt blodsocker, men som bara vägrar att svara på frågor så kan man ju tänka att det inte är något större fel, fysiologiskt fel på patienten.”

Flertalet symtom som uppenbarligen inte kunde ha med varandra att göra. Eller patienter som uppvisade kroppsliga symtom tillsammans med oro, som i takt med att oron klingade av även upplevde att de fysiska obehagen försvann. De kunde vara indikatorer för att det rörde sig om akut psykiatrisk ohälsa och inte något kroppsligt. På liknande vis kunde upplevda symtom som mättningsmässigt kunde motbevisas ge samma indikation.

”Man kan fråga patienten när man känner på pulsen, tycker du att du har hjärtklappning nu. Och så får man svar att ja, jag tycker att det bankar i hela bröstet och så är det normal frekvens och normal rytm.”

I förhållandet att utesluta fysiska orsaker till möjliga psykiatriska uttryck nämndes att särskild hänsyn måste tas i de fall patienten hade en känd psykiatrisk diagnos. Försvårande och misstolkande av patientberättelsen, symtombeskrivande eller dennes beteende kunde vara missledande. En informant sammanfattade relationen utesluta fysiska orsaker bakom en akut psykiatrisk situation med:

”Nog psyk, nog, för vi inte hittade något annat.”

8.1.2 Händelsen

Varför har ambulansen blivit tillkallad till platsen? Vad är det som har hänt? Svaren på dessa frågor kan få ambulanssjuksköterskan att misstänka att personen som behöver hjälp lider av akut psykisk ohälsa. Informanterna i denna studie ger fram för allt exempel på självmord- eller självskaedahändelser var patienten på olika sätt skadat sig själv avsiktligen. De nämner händelser där någon tagit tabletter, förgiftat sig med gas eller skurit sig själva. Exempel ges på situationer var patienten uppvisar avvikande beteende som i sig kunde bedömas som psykiatriska, men var vårdaren ändå bedömde att händelsen hade fysisk orsaksgrund. Det kunde ske genom att reda ut vad som hade föranlett beteendet/vad som hänt.

”Ja, patienten kanske har ramlat och slagit i huvudet och haft en kramp eller har diabetes eller ja.”

8.1.3 Bakgrundshistoria

Ambulanssjuksköterskan intresserar sig för patientens bakgrundshistoria och den kan i sig indikera att en aktuell händelse kan misstänkas böttna i psykisk ohälsa. I resultatet syns två typer av bakgrundshistorier; dels den medicinska, vilka läkemedel eller diagnos en människa lever med. Den andra är hur livet i övrigt varit/är för patienten.

”Jag frågade lite försiktigt hur han mår. Nej han hade inte mått så bra han hade.. I sjätte klass, nu var han 19 år, men i sjätte klass var han tvungen att byta skola och sen dess har han aldrig haft några vänner. Så det var lite depressioner och lite ensamhet.”

8.1.4 Patientens egen berättelse

Informanterna lyfter vikten av patientens egen utsago. För att förstå vad som kan ha föranlett ambulansens ankomst ansåg de intervjuade att patientberättelsen var en avgörande faktor för bedömningen. I ett exempel redogjorde de intervjuade för hur patienten genom uttryckte i ord att patientens problem bottnade inom det psykiatriska fältet.

”...jag känner mig jagad...” eller ”... ser du alla fåglarna i rummet?”

När en patient själv säger att det här är psykiatriska besvär ger det en grund för bedömningen psykiatri. En återkommande formulering de intervjuade hänvisade till är att patienter i en akut psykiatrisk situation kan säga att de mår dåligt. De uttrycker att de mått dåligt under en längre tid. Dock nämndes exempel på att detta kan vara missledande när en patient själv berättade att hon trodde att en panikångest i själva verket var en hjärtinfarkt. Utifrån patientens berättelse kan de intervjuade översätta det sagda till psykisk ohälsa när patienterna uttrycker sig i klarspråk om livsleda och självmordstankar. På samma sätt skapar hot om att skada/döda andra, självskada eller självmord en tydlig koppling till patientens bedömda tillstånd.

En av de intervjuade berättade om hur de kan bli välkomnade när de anländer och jämför de som skadat sig själva medvetet mot den var olyckan varit framme. De som av en olyckshändelse har skadat sig uttrycker oftare att de är glada att ambulansen är där. En liknande indikator för att en bedömning inte skulle vara psykiatrisk är situationen var den hjälpsökande hävdar att han skulle bli arg på sig själv om bröstsmärtan i själva verket var ångest.

” Då hade vi pratat lite om ångest och det roliga var han sa ångest nej för fan, då blir jag sur på mig själv om det är det. Nej, då känns det som att han klassar inte in i den kategorien helt enkelt.”

8.1.5 Patientens beteende

Att det rör sig om akut psykiatrisk ohälsa i mötet ambulanssjukvård och patienten kan skönjas av patientens beteende. För att beteendet skulle vara vägledandet i bedömningen gav två av de intervjuade uttryck för att det fanns ett avvikande från en normalreferens.

”Men troligtvis var det kanske inte helt normalt om man nu tar normala referenser så tror jag inte att en människa håller på sådär.”

De intervjuade gav samtliga konkreta exempel på hur beteendet som indikerar psykisk ohälsa kunde se ut. Patienterna kunde springa omkring och skrika, gråta, kolla handtag och utan anledning puffa kuddar. Det gavs exempel på hur de är oroliga i sitt kroppsmönster; går omkring och kliar fast det inte kliar. En informant beskrev en skillnad i kroppslig oro orsakad av fysiska orsaker mot kroppslig oro orsakad av psykiska orsaker. Den menade att den av psykisk orsak ändå var mer kontrollerbar än de fysiskt orsakade. Andra beskrevs som utåtagerande som sparkade och viftade med armar och utstrålade hotfullhet. Eller det motsatta var någon bara sitter helt tyst, vilket angränsar till en återkommande indikator för bedömningen, de som inte (ville) medverkade till vård.

”... och sen just hans beteende att han inte... att vi inte fick kontakt, vi fick inte... han ville inte medverka till vård.” eller ” som inte ville medverka över huvudtaget och som bara pratade om gud och Jesus och inte hade några svar på någonting”.

En informant beskrev att en deprimerad persons beteende inte behöver säga något för bedömningen, att man inte alltid kan se på en persons sätt hur de egentligen mår. På liknande vis beskriver en annan svårigheten att utifrån ett typ av beteende särskilja på fysisk och psykisk ohälsa. Hon nämner specifikt likheter mellan panikångest och akut koronart syndrom. Indikatorer i de fallen för att bedöma situationen som psykiatrisk blev då patientens hälsohistoria och ålder.

” Men oftast så var de ju ångstrelaterat och visst det kan ju vara lite knepigt det är ju lurigt, det ger ju samma symptom; hjärtklappning, svettningar, de upplever som att det är tryck över bröstet, det är svårt att andas, det strålar ut mot ryggen, det gör ont bak mot ryggen och mot armen. Och det är klart jag kan förstå att de tycker at de håller på att dö. Men en tidigare frisk människa, inte allt för gammal, nej och få de här symptomen som ja som också kan vara ångest och oro då blir det på något sätt automatiskt ångest.”

8.1.6 Blickens betydelse för bedömningen

Samtliga informanter gav uttryck för att en människas blick kan indikera att det rör sig om psykisk ohälsa. En informant beskrev det som det första han såg, att dennes blick gav ett

vägledande första intryck. Exempel gavs på hur en blick som säger något om ens psykiska hälsa kunde se ut; patienten kunde titta bort eller det motsatta, stirra på en. En annan nämnde den tomma blicken som stirrar rakt fram, medan en annan kunde ge exempel på en blick som avslöjade en deprimerad person.

8.2 *Omgivningens roll*

Av informanternas berättelser framkom att de tar intryck från omgivningen. Dessa intryck eller observationer är vägledande för bedömningen att patienten kan lida av akut psykiatrisk ohälsa. Intressant att understryka är informanternas reservation för att det kan vara missvisande.

”Men hon var ju förstörd, själva hon, hon, hennes inre själ, hennes liv. Men det såg ju fint ut.”

8.2.1 *Ytter faktorer berättar om patientens tillstånd*

Berättelser om hemmiljöns roll i den psykiatriska bedömningen ger en tudelad bild. Beskrivningar om det förfallna hemmet som ett instängt, smutsigt hem med mängder av saker överallt. Hem eller rum var det luktar illa på grund av att ingen vädrat på länge och mörka rum med neddragna persienner. Specifikt nämns hem var den boende samlat på sig mängder av saker. Det förfallna hemmet betäckandes som en indikator för psykisk ohälsa. Mot detta står det fina hemmet. Informanternas reflektioner kring vad det fina hemmet kan säga vårdaren var att antingen kunde man må dåligt psykiskt ändå. Eller så kunde det indikera ett nyligen påkommet insjuknande, där den drabbade haft kraft att sköta sitt hem men att den kraften nyligen tagit slut. Tagit slut nyligen nog för att hemmet inte skulle ha hunnit förfalla. På samma tudelade sätt berättar en informant om själva adressen, att i vissa områden är det vanligare med psykisk ohälsa. Vid tilldelande av ett uppdrag med en sådan adress kan det ge en indikation om att orsaken till någon söker ambulansvård bottnar i psykisk ohälsa. Samma informant tillägger att det kan vara missvisande, att det återkommande kan vara missvisande.

”Nämen adressen, adressen säger ju ganska mycket. Och behöver ju inte göra det. Det har man ju lärt sig flera gånger också.”

Förutom det fysiska hemmet eller adressen kan hemmet som social företeelse vara en indikator i den psykiatriska bedömningen. Att hem var familjen håller på att skiljas eller var de andra i

hemmet är onyktra kan ge bakgrundsinformation om en aktuell akut psykiatrisk situation. Även vad patienten har på sig kan indikera psykisk ohälsa för ambulanssjuksköterskan. Eller som informanten uttrycker sig så kan det signalera svårighet med identifikation och självsäkerhet.

”Det var väldigt påklätt men ändå väldigt bart. Inte för att jag är pryd utav mig men. Det var ändå... nej. Det var inte riktigt, hon hade gått över gränsen lite kändes det som hon hade svårt att hitta det självsäkra i sig själv.”

8.2.2 Anhörigas roll

Anhöriga kan ge ambulanssjuksköterskan indikatorer på att en situation bedöms som psykiatrisk. Dessa indikatorer kan ha olika innebörd och fylla olika roller i bedömningen. Det kan vara de anhöriga i omgivningen som påkallar ambulans för att det är de som är oroliga för sin närstående. De är oroliga för att den beter sig på annat sätt än vad den brukar. Den drabbade kan vara medveten om sitt avvikande beteende, men det är de anhöriga som ser det utifrån.

”... han kände sig bara konstig. Han förstod ju själv. Han förstod inte att det var så tydligt för alla andra runt omkring...”

De anhöriga kan även vara de som ger en bakgrundshistoria. Som berättar om vad som föranlett aktuell situation eller kan berätta om hur den närstående brukar vara eller föra sig. En informant understryker att de anhörigas berättelse dock kan skilja sig från vad huvudpersonen upplever och tänker, att deras utsago möjligen inte stämmer. När vårdarna befinner sig i ett rent och städat hem med ”normala” anhöriga ger det hög trovärdighet till deras berättelse. Anhöriga, åtmisntonde i form av kollegor, menar en informant kan i en situation vara stressande. Att både vara sjuk offentligt och även att de med sitt oroliga beteende förvärrar upplevelsen för patienten.

8.2.3 Bedömning utifrån en känsla

Informanterna beskriver hur en sinnestämning som för utomstående kan fångas upp i ett rum som en känsla eller stämning. Informanterna pratar om en känsla då inget annat konkret uppvisas, men att något ändå verkar fel.

”Personen kan ju sitta i soffan och man kan känna på hela stämningen att man inte är välkommen där. Att man kanske ska ta ett steg tillbaka innan det händer något fast den här patienten varken har sagt eller gjort något än.”

En annan reflekterar kring en känsla som inte går att sätta ord på. Att ett rum kan kännas ångestfyllt, att en person fyller rummet med sin ångest som andra kan känna av. På liknande sätt bygger en informant en observation kring verklighetsuppfattning och närvaro på en känsla. I det här fallet får vårdaren känslan under samtalets gång.

”... man brukar känna på något sätt, väldigt subtielt, när man kommer in i ett rum och börjar prata med en person om den här personen är närvarande här och nu eller om den har en annan verklighetsbild än vad jag har.”

En reflektion kring att en känsla kan ligga till grund för bedömningen psykiatri resonerar en informant om att det kanske inte är en känsla alla kan känna av. Utan att det snarare är något som kommer utifrån en själv, att informanten speglar sig patienten. En annan person skulle då inte känna samma känsla i luften eller kanske ingen alls.

8.3 Vårdarens tillvägagångssätt

Kategorin Vårdarens tillvägagångssätt skiljer sig från kategorierna beskrivna ovan. Skillnaden ligger i att i denna kategori kretsar informanternas berättelser kring *hur* de skapar förutsättning för en bedömning. Syftet är att belysa på vilka grunder ambulanssjuksköterskor gör sina bedömningar i mötet med personer som kan antas lida av akut psykisk ohälsa. Att se *vad* som ligger till grund för bedömningen psykiatri. Denna kategori svarar på hur ambulanssjuksköterskan skapar förutsättningar för att genomföra bedömningen. Kategorin är uppbyggt av subkategorierna *Att nå fram till patienten*, *Samtalet* och *Ge tid*.

8.3.1 Att nå fram till patienten

Informanterna beskriver att de först betraktar patienten på håll. Att de inte bara går direkt fram, utan en kort stund betraktar personen från ett avstånd. I denna fas kan de tidigare nämnda fenomen uppdagas, så som blicken, beteendet och en bild av händelsen till situationen.

Gemensamt för alla informanter är viljan att skapa dialog med patienten, att få henne själv att berätta. Olika förslag ges hur denna dialog kan skapas eller inledas. En nämner att hitta *en kontakt* och att den kontakten är mindre viktig vad den är, utan fungerar snarare som ett medel för att komma igång med samtalet.

”... man försöker hitta en kontakt, sen om det handlar om tv-spel eller gossedjuret eller tableterna det spelar ingen roll.”

En annan strategi för att nå fram till patientens berättelse är att inleda samtalet med en öppen fråga. Vårdaren frågar inledande om det är något patienten vill berätta. Vidare betonar en informant vikten av att först höra patientens ord, för att sedan vända sig till anhöriga för att få deras syn på det inträffade.

8.3.2 Samtalet

Reflektioner kring hur samtalet med en patient med befarad akut psykiatrisk ohälsa kan se ut. En informant nämner de direkta frågorna. Att vårdaren inte hymlar och lindar in orden, utan ställer klara och direkta frågor med litet utrymme för missförstånd. Inte heller att obekväma frågor undviks. Om följsamheten eller vårdarens samspel med patienten nämner en informant att hon anpassar sitt sätt att prata och även anpassar sig till den verklighet hon tror patienten upplever. Informanten menar att risken i en akut psykiatrisk situation att vara kort till sättet eller säga emot är att det kan skapa motsättning mellan vårdare och patient. Informanten menar att i dessa situationer är det lättare att förmedla förtroende om hon även spelar med i de vanföreställningar patienten upplever. Att lära sig leva med vanföreställningar är något man senare får i terapiform kan försöka nå. Exempel på vilken typ av information vårdaren är ute efter ges, med utgångspunkt i ett insjuknande/uppkommet besvär.

”och hur länge det har pågått och om det kom helt plötsligt eller om det har kommit smygande eller ja. Om det har varit återkommande eller om det är första gången.” och ” Och hur du mår och om du gjort det här tidigare och på vilket sätt och berätta vad som föranledde det hela, vad som hände innan. Hur gick.. vad tänkte du på hur mätte du.”

8.3.3 Ge tid

Att genomföra en bedömning, eller med andra ord komma fram till att en person lider av akut psykiatrisk ohälsa upplever informanterna som tidskrävande. För att förstå hela innebörden av en situation och att nå patientens berättelse måste vårdarna ge patienten tid och själva ha tålamod till denna tidsåtgång.

”Ja man håller anståndet och sen man ställer frågorna, man lyssnar och avvaktar. Försöker inte forcera fram ett svar, låta honom ta den tid det tar.”

9 DISKUSSION

9.1 Metoddiskussion

Syftet med denna uppsats var att belysa på vilka grunder ambulanssjuksköterskor gör sina bedömningar i mötet med personer som antas lida av akut psykisk ohälsa. För att fånga ambulanssjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av dessa specifika situationer valdes en kvalitativ forskningsansats (Flick, 2009). Granheim och Lundman (2004) beskriver *tillförlitlighet* (eng. *trustworthiness*) som den kvalitativa forskningsansatsen metodologiska mål, att studier i så stor utsträckning som möjligt ska vara genomförda med hög tillförlitlighet. Begreppet tillförlitlighet utgörs i sin tur av olika aspekter som; *trovärdighet* (eng. *credability*), *pålitlighet* (eng. *dependability*) och *överförbarhet* (eng. *transferability*).

Shenton (2004) beskriver trovärdighetsaspekten utifrån frågeställningen; hur väl stämmer forskningsresultatet överens med verkligheten? Med andra ord; huruvida forskaren har studerat det som syftet avsåg svara på. I denna studie kan olika delar diskuteras utifrån trovärdighetsperspektivet: Urval i form av ambulanssjuksköterskor aktiva i tjänst vilka vid minst ett tillfälle bedömt en patient som psykiatrisk och datainsamling genom kvalitativa semistrukturerade individuella djupintervjuer. Dessa stämmer väl överens med studiens syfte då avsikten var att söka ambulanssjuksköterskans perspektiv och erfarenheter. Vidare har urvalet begränsats till en svensk storstadsregion och därmed exkluderades ambulanssjuksköterskor i övriga riket. Hade resultatutfallet varit än närmre verkligheten och därmed studiens trovärdighet varit högre om även dessa inkluderats? Socialstyrelsens folkhälsorapport (2005) vittnar om att psykisk ohälsa är vanligare förekommande i stadsmiljöer jämfört med både mindre städer och landsbygd. Att intervjua personal verksamma i olika delar av en svensk storstadsregion borde därmed innebära en större erfarenhet av möten med patienter med befarad akut psykiatrisk ohälsa. Denna aspekt kan ge understöd till uppsatsens trovärdighet då deltagare med bred erfarenhet av ett ämne belyser syftet ur fler aspekter. Däremot kan urvalet med enbart fyra intervjupersoner diskuteras utifrån trovärdighetsaspekten av tillförlitlighet (Granheim & Lundman 2004, Shenton 2004). Här menar man att det studerade materialet bör vara omfattande

nog för att kunna skapa en helhet, men inte större än att en överskådande blick kan och detaljerad information kan bibehållas. Kan fyra intervjuer mellan 15-45 minuter kan ge en bild av ämnets helhet? Studiens resultat, genererat ur den kvalitativa forskningsansatsen ska ses som en modell för hur det *kan* se ut, inte hur det ser ut.

En del av att skapa hög trovärdighet berör analysprocessen. Att meningsbärande enheter inte är för fragmentariska och som då utelämnar innebörd och mening, eller att de inte är för långa och då kan innehålla fler betydelser. Hög trovärdighet i analysprocessen representeras även av väl angränsade kategorier. Att ingen betydande data utlämnats från kategorier och inte heller att irrelevant inkorporerats (Graneheim & Lundman, 2004). I syfte att uppnå trovärdighet har författaren delvis diskuterat insamlad data och resultatet med handledare samt att flertalet citat av meningsbärande enheter är presenterade i resultattexten.

Flertalet synpunkter kan nämnas som en del av en tillförlitlighetsdiskussion. Samtliga intervjuer inleddes med samma fråga (*Kan du berätta om vad som ligger till grund för din bedömning i mötet med patienter med befarad akut psykiatrisk ohälsa?*) och baserades i övrigt på samma intervjuguide, med ett undantag. Under den första intervjun framkom, utan att forskaren frågat, reflektioner kring hur ambulanssjuksköterskan närmar sig patienten för att kunna göra en bedömning. Denna spontana aspekt inkluderades i de senare intervjuerna som en del av intervjuguiden då den var intressant mot studiens syfte. Under pågående semistrukturerade intervjuer tilläts följdfrågor med uppmaningar att berätta mer om aspekter den intervjuade tog upp (Kvale & Brinkmann, 2009). Dessa följdfrågor såg olika ut i de fyra intervjuerna. Således såg ingen av de genomförda intervjuerna identiska ut. Vad innebär det för tillförlitligheten i ett datainsamlingsförlopp? Skulle denna datainsamling kunna återupprepas i en annan tid eller på en annan plats? Graneheim och Lundman (2004) kallar denna del av tillförlitligheten för pålitlighet och Shenton (2004) utvecklar denna aspekt. För att uppnå hög grad av pålitlighet måste forskningsprocessen beskrivas noggrant så att studien kan återupprepas, dock inte nödvändigtvis med samma resultat. Mot bakgrund av det har författaren till denna studie haft för avsikt att tydligt visa hur intervjuerna var strukturerade genom att använda sig av och att bifoga intervjuguiden. Floran av följdfrågor är mer problematisk. För att få tillgång till dem skulle en annan forskare som avsåg genomföra samma studie behöva tillgång till transkriptionerna av ljudupptagningarna från intervjuerna. I ljuset av detta torde studiens grad av pålitlighet kunna styrkas. Faktorer som stärker studiens pålitlighet är att urval och analysprocess noggrant beskrivits.

Den sista tillförlitlighetsaspekten som diskuteras här är huruvida resultatet är överförbart till ett annat kontext. Kan till exempel denna studies resultat appliceras på alla ambulanssjuksköterskor inom den prehospitla vården i Sverige? Graneheim och Lundman (2004) menar att det är endast läsaren som kan avgöra det. Däremot kan författaren underlätta för läsaren i denna överförbarhetsbedömning. I denna studie beskrivs noggrant processen av att bedöma och med särskild betoning på processen i den prehospitla miljön. Vidare presenteras flertalet citat i resultatet, vilka kan ge en tydligare förståelse för studerat kontext. Med förståelse kring den studerade miljön kan därmed läsaren avgöra till vilken grad studien är överförbar.

Vad som vidare förtjänar att diskuteras är att det i processen att rekrytera informanter använts en så kallad gate-keeperfunktion. Samtliga stationschefer (ambulanssjuksköterskornas närmsta chefer) tillfrågades att bära denna roll och samtliga accepterade. I funktionen som gate-keeper blev de instruerade att muntligen informera sin respektive personal om studien och att dela ut informationsbrev i avseende att finna deltagare. Syftet med att tillfråga just ambulanssjuksköterskornas närmsta chefer var för att de finns på plats på stationerna och därmed dagligen träffar flertalet ur personalen. De har även i sin administrativa funktion möjlighet att informera om studien i samband med personalmöten och andra sammankomster. Det bör betonas att detta inte är en riskfri strategi. Pihlhammar-Andersson (1996) beskriver olika aspekter med att ha en gate-keeper med chefsposition. Fördelen, och motivet till att använda gate-keeper i denna studie, är att chefen har god tillgång till all personal. Det finns inga officiella rum eller grupper var chefen inte har tillträde. Till de aspekterna som kan ha haft en negativ inverkan hör att en gate-keeper som också är chef kan väcka de anställdas misstanke om att forskaren är lierad med chefen och är ute efter att kontrollera personalen. Effekten av detta kan eventuellt bli ett undflyende och därmed svårighet att rekrytera informanter. Vilket är motsatt effekt av vad som avsågs med att använda gate-keepers i just denna studie. Pihlhammar-Andersson (a.a.) beskriver ytterligare en aspekt där forskaren bör reflektera över vad gate-keeperna har att vinna av att vara gate-keeper. Kan det till exempel anses som statusfyllt att ha ett nära samarbete med en forskare? Förlängningen av den aspekten skulle kunna vara; vad har en anställd att vinna på att tacka ja till att delta i en studie som dennes chef på något sätt är inblandad i? Detta kan i sin tur innebära att informanter upplever ett krav att delta och därmed konsekvenser för de etiska övervägandena i avseende frivillighet. Det skulle också kunna innebära ett avskräckande från att delta om kulturen på arbetsplatsen genomsyras av att det är fullt att

springa chefens ärenden. I en förlängning skulle alltså användandet av gate-keepers kunna ha påverkat studiens resultat i litet olika riktningar. Huruvida detta har skett är dock okänt.

Relationen mellan informanterna och forskaren kan ha påverkats av att forskaren till denna studie håller olika utbildningar i organisationen från vilken informanterna rekryterats. En informant frågade under en intervju om hon missat eller glömt något, som om hon var under granskning. Detta förhållande kan också ha påverkat de intervjuade på det sättet att de sökte svara utifrån rätt och fel. För att stävja detta sökte forskaren betona att syftet var att fånga deras reflektioner och erfarenheter kring ämnet, samt att intervjuerna och den vidare hanteringen var omgärdad med strikt konfidentialitet. Huruvida detta har påverkat materialet är dock okänt. Vidare bör nämnas att uppsatsförfattaren själv är verksam ambulanssjuksköterska. Med förförståelse kring hur ett möte mellan patient och ambulanssjukvården kan gestalta sig har den teoretiska referensramen formats. De begrepp som utgör referensramen har således valts som stöd till datainsamlandet och analys då författaren på förhand misstänkte att dessa aspekter skulle behandlas/beröras.

9.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie är att belysa på vilka grunder ambulanssjuksköterskor gör sina bedömningar i mötet med personer som kan antas lida av akut psykisk ohälsa. I studiens resultat presenteras hur denna bedömningsprocess kan se ut; hur sjuksköterskan resonerar, vad hon observerar samt hur hon handgripligen går till väga för att kunna genomföra en bedömning. Dessa aspekter kommer diskuteras nedan mot tidigare forskning. Bedömningarnas struktur kommer även att ställas mot en befintlig modell för akutsjuksköterskans möte med den psykiatriska patienten. I resultatdiskussionen vävs den teoretiska referensramens begrepp (miljö, hälsa, människosyn och mötet med patienten) samman med resultatet och tidigare forskning.

Hanson och Taylors (2000) beskriver ett ramverk för vad psykiatriska sjuksköterskor i öppenvården verkligen gör. Det delar in patientmötet i två huvudspår; göra-med (eng. *Doing-with*) och vara-med (eng. *being-with*). Göra-med beskrivs som de insatser var vårdaren i patientmötet samlar in data/observationer, evaluerar hälsoproblem, ger råd. Vara-med å andra sidan är den aspekt av relationen var vårdaren finns där för patienter och beskrivs som en relation på ett djupare plan. Vårdaren lyssnar och ställer frågor som uppmanar patienten att berätta om sina tankar och känslor. Resultatet i denna studie kan diskuteras utifrån detta ramverk. En tydlig indelning kan skönjas i resultatet var kategorin *Vårdarens tillvägagångssätt* kan beskrivas som ett

vara-med patienten. Vårdaren söker en kontakt för att patienten ska känna sig trygg nog att våga samtala. Ställer öppna frågor och ber patienten berätta om sin situation. Vårdaren ger även patienten tid och sitt tålmod. Vad sedan patienten berättar blir en del av bedömningsunderlaget för vårdaren och tillskrivs därmed göra-med aspekten av relationen. Likaså observationer om patientens beteende, dennes hemmiljö, de anhörigas berättelse är göra-med insatser. Kritik kan ges till Hanson och Taylors (a.a.) ramverksmodell då den möjligen är för kategorisk. När vårdaren i vara-med anda ställer öppna frågor om patientens situation blir det en möjlighet för patienten att lindra sitt lidande genom att få berätta. Vårdaren å andra sidan använder innehållet i berättelsen som underlag för sin bedömning och därmed en göra-med insats. Vara-med och göra-med bör utifrån resultatet beskrivas som sammanflätat då de existerar samtidigt. På samma sätt som att patienten känner sig sedd när vårdaren genomför medicinsktekniska undersökningar (Elmqvist, Fridlund och Ekebergh, 2008). Tankeprocessen bakom en sjuksköterskas beslut har tidigare studerats. Göransson, Ehnfors, Fonteyn och Ehrenberg (2008) har närmre bestämt studerat tankeprocessen bakom akutsjuksköterskors *triagering*. Med andra ord deras bedömning huruvida en patient måste träffa läkare omedelbart eller om de kan vänta. Intressant i detta sammanhang är att gruppen sökande med psykiatriska besvär eller dementa är de som *undertriageras* oftast i vården. Med andra ord att de bedöms mindre allvarligt sjuka än vad de i själva verket är (Schmidt, Atcheson & Federiuk, 2001). Den vanligast förekommande tankestrukturen för att triagera en patient bygger på att först insamla data, för att sedan skapa en hypotes eller tilldela allvarlighetsgrad. Denna struktur korrelerar med tankeprocessmodellen *hypotes-deduktion* som Lyneham (1998) beskriver den. Vidare menar Göransson m.fl. (2008) att en annan vanligt förekommande tankestruktur är att sjuksköterskan, på akuten i denna studie, rör sig fram och tillbaka mellan hypoteser och datainsamlande/observationer och följer därmed inte strikt modellen för hypotes-deduktion. Den aktuella studiens resultat lyfter fram att bedömningen utgår ifrån en huvudfrågeställning: huruvida den aktuella patientsituationen har kroppslig orsaksgrund eller inte. I denna studie kan författaren skönja en rörelse i vårdarens tankeprocess var grundantagandet är att patienten lider av en åkomma orsakad av somatiska grunder. Om detta kan motbevisas eller inte tillräckligt starkt bevisas skapar det grund för hypotesantagandet att detta skulle kunna ha psykiska orsaksgrunder. Vidare influeras vårdaren av olika indikatorer som kan stärka misstanken om dess psykiatriska genes, eller närmre ringa in vad för typ av psykisk ohälsa det rör sig om. En ny hypotes-deduktionsprocess tar vid således. Tankeprocessen bakom den prehospitala bedömningen för akut psykiatrisk ohälsa stämmer överens med andra yrkesgrupper som Göransson m.fl. (a.a.) beskriver den.

I resultatet framkommer att vårdaren kan få indikationer om att patienten befinner sig i en akut psykiatrisk situation utifrån en känsla. Utan att något uppenbart är avvikande, så får vårdaren en känsla av att någonting inte stämmer. Litteraturen beskriver *intuition* som en känsla, men även en *relation* där vårdaren utan uppenbar anledning dras till patienten (Lyneham, Parkinson & Denham, 2008). Vidare har Wyatt (2003) studerat intuitionens roll hos just ambulanspersonal. Vårdare med kortare erfarenhet är benägna att i större utsträckning grunda sina beslut på behandlingsriktlinjer. Medan de erfarna oftare baserar beslutsfattandet på självständighet ursprunget ur trygghet i yrkesrollen. Intuition är således inget nytt fenomen och inte heller något att förbise. Erfarenheter om känslans roll i bedömningen beskrivna i resultatet liknar det litteraturen benämner intuition. Intuitionens befästa roll som något baserat på erfarenhet och inte något oförklarligt mystisk innebär därmed att den bär en del i ambulanssjuksköterskans bedömningsunderlag.

I resultatet framgår att vårdarna använder en måttstock utifrån vad som är normalt som en del av bedömningen av patientens beteende. Vad är då normalt? Kan normalt vara ett tillförlitligt instrument i en bedömning? Skopalová (2010) menar att det är svårt att finna konsensus i begreppet normalt. Med avstamp i sociala normer kan en persons beteende på en viss plats eller tid vara avvikande. I andra sammanhang kan samma beteende inte ses som avvikande beroende på kontext. Till exempel en våldsamt skrikande man på fotbollsläktaren vs. en våldsamt skrikande man på en restaurang. Med normalt menas därmed en tids- och platsanpassad social norm för vad som anses vara inom dess gränser. Frågan kvarstår dock vad som utgör den sociala normen som vårdaren utgår ifrån?

Wright, McGlen och Dykes (2012) har med motivet att strukturera akutsjuksköterskornas bedömning av patienter med akut psykiatrisk ohälsa skapat en bedömningsmodell. Den kallas *Public psychiatric emergency assessment tool* (PPEAT). Målet är att förbättra patientens upplevelse av akutbesöket genom att sakligare kunna samarbeta med psykiatripersonal. Med denna modell ska sjuksköterskor på akuten strukturerat kunna evaluera en sökandes situation utan att använda psykiatridiagnostisk terminologi. Författarna menar att brukande av den terminologin blir vilseledande då det används av personal utan erfarenhet och adekvat utbildning. Modellen baseras på den checklista akutpersonal är van vid att referera till: ABCDE. För akutsjuksköterskan och även ambulanssjuksköterskan står denna minnesramsa för: Airway, Breathing, Circulation,

Disability, Exposure (Sanders, 2007). I den psykiatriska bedömningen betyder bokstäverna i stället: Appearance and atmosphere, Behaviour, Communication, Danger och Environment. A innefattar det sjuksköterskan först ser utan att knutit kontakt: Hur ser patienten ut? Ögonkontakt? Tecken på skador eller sår? B söker kartlägga beteendet: Är patientens beteende anpassat/brukligt för situationen? Försvarande, tecken på rädsla, konfrontativ, glad, ledsen? C är observationer om vad patienten säger och hur den säger det: Följer berättelsen en röd tråd? Avbryter patienten vårdarens samtal? Är patienten öppen för förslag? D är en riskanalys utifrån patientens, vårdarens och andras säkerhet. E söker svar på frågorna om patienten vet var hon är, om hon vet vilka som är med (anhöriga) och om/hur den aktuella omgivningen påverkar patienten (Wright, m.fl., 2012). Arbetet på akuten är den vårdmiljö som mest liknar den prehospitla. Det i avseende korta vårdtider, snabba bedömningar och akut sjuka människor. I avsaknad av psykiatriska bedömningsstrukturer i den prehospitla miljön blir denna det närmsta att jämföra med. Innehållet i PPEAT liknar på flera sätt resultatet i denna studie. Informanterna ger en bild av de observationer som ligger till grund för bedömningen och samtliga finns med i PPEAT. Några skillnader dock går att diskutera. Grundläggande, men inte exkluderande för jämförelsen, är att PPEAT riktar sig mot den psykiatriska patienten. Syftet med denna studie var att belysa hur ambulanssjuksköterskan kommer fram till att det bedömda tillståndet psykiatri. Då modellen PPEAT inte används på samtliga akutenbesökare förutsätts det att patienten redan är bedömd som psykiatrisk och benar sedan ut symtom och uttryck. Ambulanssjuksköterskan slår därmed två flugor i en smäll; de kommer fram till ohälsans orsaksgrund och följer även i stort mallen för PPEAT och skapar en bild av patientens situation ur ett psykiatriskt perspektiv.

D som i Danger innebär en riskbedömning. Misstänkt psykisk sjukdom eller alkohol-/drogpåverkan är de största riskfaktorerna för våld mot ambulanspersonal (Grange & Corbett, 2002). Trots det har denna aspekt inte framkommit ur informanternas berättelser. Anledning till det skulle kunna vara att säkerhetsaspekten alltid är aktuell i den prehospitla miljön och att säkerhetsrutiner aldrig får åsidosättas (Medicinska Riktlinjer, 2012). De nämner den aggressiva patienten, eller den som skadat sig själv som indikatorer för den psykiatriska bedömningen, men inte som ett specifikt fenomen.

E som i Environment är utifrån PPEAT förknippad med patientens samverkan med miljön på akuten. I den prehospitla miljön tar detta plats i patientens hem. Hemmets roll i bedömningen fungerar som en indikator på patientens mentala tillstånd påvisas i resultatet. I det förfallna

hemmet kan vårdaren lägga till i sin bedömning att detta kan ha psykiatriska orsaksgrunder. Det välskötta hemmet borde därmed vara en indikator på det motsatta. Det framkommer av resultatet att så inte är fallet. Det välskötta hemmet kan mycket väl bebos av någon som befinner sig i en akut psykiatrisk situation. Magnusson, Högberg, Lützén och Severinsson (2004) beskriver en liknande bild. Utifrån psykiatrisjuksköterskors perspektiv på hur vården innehåll förändrats i och med skiftet från institutions- till hembaserad vård bär hemmet en central plats. En av deras informanter beskriver det välskötta hemmet. En man med dålig personlig hygien förväntades även ha en illa skött hemmiljö. Vid ett hembesök visade det sig dock att det var precis tvärtom. Mannen var väldigt noggrann med att ha ordning och reda i sin hemmiljö. Slutsatsen av det är att åtminstone det välskötta hemmet säger ingenting om den boendes mentala hälsa. Hemmet beskrivs även utifrån den teoretiska referensramen som en plats av existentiellt värde, hur vi finner oss tillrätta i världen. Magnusson m.fl. (a.a.) menar att mötet med patienten blir rikare i dess hemmiljö. Mötet i hemmet ger en övergripande bild av patientens situation utifrån hemmet som både fysisk plats och som en social företeelse med anhöriga. Att ambulanssjuksköterskorna också inkluderar dessa aspekter i sin bedömning ligger således i linje med hur sjuksköterskekollegor som befinner sig i liknande situationer dagligen ser dessa faktorer som en del av bedömningen. I jämförelse med PPEAT modellen, som utgår ifrån att patienten befinner sig på akuten kan mötet i hemmet påverka patienten. När någon annan (vårdaren) stiger in i hemmet kan det innebära negativa hälsorörelser även då den sökande förstår att det är nödvändigt (Dahlberg & Segesten, 2010). Akutmottagningen skulle ur denna aspekt kunna ses som något av en neutral plats där patienten slipper exponera sitt hem eller känna att någon inkräktar i privata sfärer.

I studiens resultat berättas det om patienten som av misstag skadat sig själv. Han är då mer välkomnande gentemot ambulanspersonalen jämfört med den patient som med flit skadat sig själv. Mötet mellan den psykiatriska patienten, särskilt den som har skadat sig själv, och vården har beskrivits som fylld med skuld och skam. Hon kan uppleva sig inte vara välkommen och ensam i vårdmiljön. Den psykiatriska patienten på en akutmottagning kan även uppleva att de kroppsliga åkommor de söker hjälp för inte tas på allvar. De upplever att deras psykiatriska bakgrund överskuggar deras trovärdighet (Clarke, Dusome & Hughes, 2007). Ur ett hälsoperspektiv ger dessa förnimmelser upphov till ytterligare negativa hälsorörelser. Mötet med vården kan på så vis förvärra en persons hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010). Detta kan ses som en förklaring till den i resultatet beskrivna situationen var den självskadade patienten är fylld med

skam, medan den som av misstag skadat sig inte är det. I denna studies resultat framgår att den huvudsakliga frågan är om patienten lider av kroppslig åkomma. Resultatet bör ses som en förklaringsmodell hur informanterna hanterar bedömningssituationer med befarad psykisk ohälsa och inte som en norm för hur det bör vara. Med detta kroppsliga huvudfokus, ser således vårdaren som sin huvudsakliga uppgift att bekräfta kroppslig orsaksgrund eller avförda densamme. Tillvägagångssättet skulle, trots den psykiatriska ignoransen, kunna vara till gagn för dessa patienter. Om en patient blir noggrant undersökt och frågad kring upplevda kroppsliga besvär kan det skänka en känsla av att bli tagen på alvar och därmed positiva hälsorörelser. Det patienter med psykisk ohälsa i mötet med vården eftersöker är att bli bemötta som värdiga människor. De vill mötas med respekt, icke-fördömande attityd, medkänsla och med en förståelse för att de är lidande och därmed att deras akutenbesök är legitimt (Clarke, m.fl., 2007). Utifrån resultatet kan det gamla ordstävets ”psyk, tills motsatsen är bevisad” kastas omkull. Med det centrala fokus som framkommit i resultatet att den grundläggande frågeställningen är huruvida en uppkommen situation har kroppslig orsaksgrund. Därmed borde det snarare heta: Fysiskt, tills motsatsen är bevisad.

I informanternas berättelser söker de för att kunna göra sin bedömning patienternas utsago. De menar att det är avgörande vad patienten säger. De menar vidare att även om någon annan berättar om den aktuella situationen så är det patientens berättelse de vill komma åt. Detta kan ses som ett försök att anta ett patientperspektiv eller att söka patientens livsvärld. Ur det vårdvetenskapliga perspektivet är detta förhållningssätt grundläggande för att kunna stärka patientens möjlighet till hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010). Ambulanssjuksköterskans tillvägagångssätt att nå patienten tycks enligt resultatet utgå ifrån denna ståndpunkt.

10 Avslutande reflektioner och förslag till vidare forskning

Den här studien har belyst på vilka grunder ambulanssjuksköterskor gör sina bedömningar i mötet med personer som kan antas lida av akut psykisk ohälsa. Med andra ord har författaren varit intresserad av vad det är sjuksköterskan ser, observerar eller hör som får henne att komma fram till det bedömda tillståndet psykiatri. Resultatet visar på att det finns en huvudsaklig fråga vårdaren vill ha svar på; huruvida den aktuella situationen har en kroppslig orsaksgrund eller inte. Innan ett patientmöte tar vid, eller för att ett möte ska kunna etableras, skapar vårdaren förutsättningar för att kunna göra en bedömning. I denna första fas noterar vårdaren vad själva

händelsen kan var (tagit tabletter, skurit sig etc.), hon observerar patienten på håll och närmar sig patienten med öppna frågor eller söker något att tala om, en kontakt. Om det sedan inte kan bevisas att patienten tros lida av kroppslig åkomma samlar vårdaren intryck från vad patienten säger, hur den för sig, hemmets miljö och anhörigas berättelser. Dessa observationer eller intryck fungerar som indikatorer för att stärka misstanken om den psykiatriska orsaksgrunden till aktuell situation. Sammanfattningsvis skulle man kunna avsluta denna studie med att återkoppla till dess början: *Inte psyk, tills motsatsen är bevisad utan fysiskt, tills motsatsen är bevisad.*

Idag saknas struktur för det breda spektrum av ohälsottringar som psykiatriska besvär kan ge upphov till. Det finns därmed ett stort behov att implementera en strategi för psykiatrisk första hjälpen för ambulanspersonalen. PPEAT kan ses som ett strukturerande av hur informanterna i denna studie idag går tillväga för att komma fram till att patienten lider av akut psykiatrisk ohälsa. Kliniska implikationer av denna studie kan således vara att motivera införandet av ett bedömningssystem liknande PPEAT, av den anledningen det representerar en struktur nära det bedömningsförfarande ambulanssjuksköterskor gör idag. Modellen skulle därmed ligga till grund för en formell struktur i omhändertagandet av personer med psykisk ohälsa i den prehospitala miljön. Viss anpassning till den specifika miljön skulle krävas, då modellen är avsedd för akutmottagningen.

Det skulle vara intressant att fånga upp hur patienter i samma situationer upplever att ambulanspersonalen kommer in i deras privata sfärer. Hur det kan upplevas att lida av akut psykisk ohälsa och bli omhändertagen av ambulanspersonal. Vidare skulle det också vara viktigt att studera ambulanspersonalens hur-kompetens. Det vill säga vad gör de sedan med patienterna när de kommit fram till det bedömda tillståndet psykiatri. Vad säger de till patienten? Hur tänker de kring allvarlighetsgraden? På vilket sätt försöker de ytterligare ringa in ohälsan? Och vilka hälsofrämjande åtgärder kan vara aktuella under det korta vårdmötet en ambulansinsats innebär?

11 Referensförteckning

Barker, P.J. (2004). *Assesment in Psychiatric and Mental Health Nursing*. Cheltenham: Nelson Thornes.

Benner, P., Tanner, C.A. & Chesla, C. A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad: omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

CAK-net, Journalsystem

Clarke, D., Dusome, D. & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16:2, 126-131.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande – I teori och Praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: The patient's first encounter with pre- hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 16, 185-192.

Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*. London: SAGE publications.

Fontaine, K. L. & Fletcher J. S. (1999). *Mental Health Nursing*. Menlo Park: Addison-Wesley.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Quality content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Grange, J. & Corbett, S. (2002). Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital Emergency Care*, 6 :2, 186-190.

Gunnarsson, B-M. & Warrén Strömberg, M. (2008). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency situations. *International Emergency Nursing*, 17, 83-89.

Göransson, K. E., Ehnfors, M., Fonteyn, M. E. & Ehrenberg, A. (2008). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*, 61:2, 163-172.

Hanson, B. & Taylor, M. F. (2000). Being-With, Doing-With: a model of the nurse-client relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 417-423.

Harrefors, C., Sävenstedt, S., & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 353-360.

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 Health Well-being*, 5, 5098-5106.

Hummelvoll, J. K. (2004) *HELT – ikke stykkevis og delt Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitative forskningsintervjuen*. Lund: Studentlitteratur.

Lyneham, J. (1998). The process of decision-making by emergency nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 16:2, 7-14.

Lyneham, J., Parkinson, C. & Denholm C. (2008). Intuition in emergency nursing: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 14:2, 101-108.

Magnusson, A., Högberg, T., Lützén, K. & Severinsson, E. (2004). Swedish mental health nurses' responsibility in supervised community care of persons with long-term mental illness. *Nursing and Health Sciences*, 6, 19– 27.

Medicinska riktlinjer 2013, <http://www.webbhotell.sll.se/prehospitala>

Nordentoft, M., Barking, L. & Hemmingsen, R. (2002). Psychiatric emergency outreach: a report on the first 2 years of functioning in Copenhagen. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56:6, 399-405.

Nyström, M., Nydén, K. & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit – a strive to maintain personal integrity. *Accident & Emergency Nursing*, 11:1, 22-26.

Ottosson, J-O. (2010). *Akutpsykiatri*. Stockholm: Liber.

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

Pajonk, F-G., Bartels, HH., Biberthaler, P., Bregenzer, T. & Moecke, H. (2001). Psychiatric emergencies in preclinical emergency service; incidence, treatment and evaluation by emergency physicians and staff. *Nervenarzt*, 9, 685-692.

Patientsäkerhetslag, 2010:659, Kap. 6, § 12

Patientdatalag 2008:355

Pilhammar – Andersson E.(1996) *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet – en jakt efter ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur.

Roberts, L. & Henderson, J. (2009). Paramedic perceptions of their role, education, training and working relationship when attending cases of mental illness. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 7, 3.

Sanders, M. (2007). *Mosby's paramedic textbook*. St Louis: Elsevier Mosby.

Schmidt, TA., Atcheson, R., Federiuk, C. (2001). Hospital follow-up of patients categorized as not needing an ambulance using a set of emergency medical technician protocols. *Prehospital Emergency Care*, 5:4, 366-370.

Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22, 63-75.

Skopalová, J. (2010). Social Deviations, Labelling and Normality. *Human Affairs*, 20, 327– 337.

Socialstyrelsens folkhälsorapport (2005)

Spooren, D., Buylaert, W., Jannes, C., Henderick, H. & Heeringen C. V. (1996). Patients with psychiatric emergencies transported by an ambulance in an urban region. *European Journal of Emergency Medicine*, 3, 14-18.

Wyatt, A. (2003). Paramedic practice-knowledge invested in action. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 1, 3-4.


Welsh, I. & Lyons, C. M. (2001). Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 8:4, 299-305.

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

Wright, K., McGlen, I. & Dykes, S. (2012). Mental health emergencies: using a structured assessment framework. *Emergency Nurse*, 19:10, 28-36.

www.flisa.nu/index/getfile.ashx?cid=116798&cc=3&refid=6

Bilaga 1

 Stockholms läns landsting Medicinska riktlinjer för Ambulanssjukvården	Utfärdat av Medicinska rådet	Giltig fr o m 2013-02-01	Flik nr 8	8.2.1
	Godkänt av Peter Lindton	Ersätter 2012-02-01	Psykiatriska symtom	

Psykiatriska symtom

Orsak

Akuta psykiatriska tillstånd, intoxication, infektion
 Hypoglykemi, hypotermi, cerebral ischemi,
 Demens, missbruk, skalltrauma, elektrolytrubbning,
 Hyperthyreos, postiktal förvirring (EP), meningit

Initial bedömning

ABCDE

Riktad anamnes

S Nedstämdhet, upprymdhet, vanföreställningar, agitation, aggressivitet, suicidönskan eller -plan, panik, hyperventilation, konfusion, obegripligt tal, medvetandesänkning.

O Plötslig eller successiv debut.
P Påverkas symtomen av någon yttre faktor.
Q Vilken typ av symtom har patienten.
R -
S Milda eller svåra, konstanta eller intermittenta?
T Hur länge har patienten haft symtomen?

A Allergier?
M Medicinering, speciellt psykofarmaka, antidiabetika, steroider?
P Tidigare sjukdomar, Psykiatrisk sjukdom, missbruk, diabetes, demens? EP?, thyroidearubbning?
L Senaste måltid eller dryck (för diabetespatient)?
E Vad föregick insjuknandet? Droger, psykisk press, utmattning, sömnbrist, kramper, trauma, infektion, huvudvärk.

Undersökning

Vital-parametrar /status	Basal (AF, auskultation, saturation, PF, rytm, pulskvalitet, BT, vakenhet, temp) <ul style="list-style-type: none"> • P-glukos
Riktad	Injektionsmissbruk (stickmärken), självdestruktivitet (ärr mm)? EKG vid misstanke om arytm eller intox. trauma mot skalle, nackstelhet, petekier, hudtemp.

Indikationer för behandling

Svikt i vitala funktioner behandlas symtomatiskt. Psykiska symtom pga psykiatrisk sjukdom får inte mot patientens vilja behandlas utan läkarbedömning eller läkarkontakt.

Behandling

Basal

Specifik

- Tänk på egen säkerhet, kalla på polisassistans vid behov.
- Försök skapa en lugn och förtroendegivande miljö.

Övervakning

Situationsanpassad.

Mål för behandling

- Stabila vitalparametrar.
- P-glukos >5.

Handläggning:

Om patient inte vill medfölja och du bedömer att vårdbehov föreligger, försök i första hand att övertala patient. I andra hand kontaktas läkare för hjälp med vårdintygsbedömning. Om läkare utfärdat vårdintyg kan denne begära polishandräckning för att föra patienten till vårdinrättning.

Finns misstanke om somatisk (kroppslig) orsak till patientens symtom skall patienten transporteras till somatisk akutmottagning. Våldsamma patienter som ej kunnat vårdintygsbedömas förs till somatisk akutmottagning eventuellt med hjälp av polis på plats.

Patient som inte frivilligt vill följa med, och som inte anses vara en fara för sig själv eller andra, och inte har ett uppenbart vårdbehov lämnas på plats efter kontakt med SOS läkare. Dokumentera noga alla ställningstaganden och patientens status i ambulansjournalen. Iaktta miljön där patienten hämtades (social anamnes).

Vid sekundärtransport är avsändande läkare ansvarig för bedömning av patienten ur hot- och/eller rymningshänseende. Ambulans får aldrig kvarhålla patient annat än om det är för att förhindra skada (nödvarn). LPT (Lag om psykiatrisk tvångsvård) är inte liktydigt med våldsam och/eller rymningsbenägen patient! En individ med psykiatrisk sjukdom är en patient och därför självfallet en angelägenhet för bedömning inom ambulanssjukvården.

Bilaga 2



Johanneshov 2012-09-21
Diariernr: V17/2012

Ersta Sköndal Högskola
Institutionen för vårdvetenskap
Att: Peter Margulies
Leg. Sjuksköterska, Magisterstudent
0709-210483
peter.margulies@aisab.sll.se

Angående förfrågan om samtycke till medverkan i undersökning

AISAB har tagit del av er förfrågan och ger sitt samtycke till att ambulanssjuksköterskor i AISAB får delta i studien.

Johanneshov den 21 september 2012

Åke Östman
VD Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB)

Bilaga 3

Förfrågan om deltagande i undersökning

Denna undersökning vänder sig till ambulanssjuusköterskor och avser undersöka hur de tillämpar sin bedömning av patienter med befarad psykisk ohälsa.

Med denna information tillfrågas Du om Du kan tänka dig delta i undersökningen

Om Du vill medverka kommer Du få vara med om en intervju. Intervjun är som ett vanligt samtal under ca en timme och kommer med Ditt medgivande att spelas in. Intervjuerna kommer sedan skrivas ut, för att underlätta bearbetningen. Det skrivs inga namn eller andra personuppgifter som visar vem som har blivit intervjuad. Det är PM som kommer att intervjua. Intervjuupptagningen kommer att sparas på ett dataminne (USB). Insamlat material kommer att förvaras inlåst. En rapport kommer att skrivas när alla intervjuer är genomförda och då förstörs dataminnet. Rapporten kommer att finnas tillgänglig såväl i pappersformat som elektroniskt via Ersta Sköndal högskolas bibliotek

Ditt deltagande i denna undersökning är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan förklaring. Om du har några frågor om studien, kontakta någon av nedanstående personer.

Är Du intresserad av att delta så kontakta nedanstående för att överenskomma om tid och plats för en intervju.

Handledare: Anette Erdner
Leg. Sjuksköterska, Med Dr, lektor
08-555 050 27
anette.erdner@esh.se

Peter Margulies
Leg. Sjuksköterska, Magisterstudent
0709-210483
peter.margulies@aisab.sll.se

Bilaga 4

Syfte

Syftet är att belysa på vilka grunder ambulanssjuksköterskor gör sina bedömningar i mötet med personer som kan antas lida av akut psykisk ohälsa.

Intervjuguide

Kan du berätta om vad som ligger till grund för din bedömning i mötet med patienter med befarad akut psykiatrisk ohälsa?

Kan de berätta hur akut psykiatrisk ohälsa ger sig till uttryck i den prehospitla miljön?

- Hur kan det se ut?

Vad observerar du som grund för att det rör sig om akut psykiatrisk ohälsa?

- Finns det faktorer/observationer som är mer avgörande än andra?

Vad är dina tankar och reflektioner kring hur du kommer fram till att någon lider av akut psykiatrisk ohälsa mot när någon lider av en akut kroppslig sjukdom/skada?

- Skillnader/likheter? Försvårande omständigheter?

Finns det information/observationer förutom i patientmötet som avslöjar att det rör sig om akut psykiatrisk ohälsa?