

**ICKE-FARMAKOLOGISKA SMÄRTLINDRANDE
OMVÅRDNADSÅTGÄRDER INOM PREHOSPITAL
AKUTSJUKVÅRD**

En kvalitativ beskrivning av olika tillvägagångssätt

**NON PHARMACOLOGICAL PAIN RELIEVING NURSING
MEASURES IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE**

A qualitative description of different approaches

Examensarbete i omvårdnad
10 poäng
Vårterminen 2007

Författare: Bergkvist, Krister
Lundberg, Pär
Handledare: Bengtsson, Jan

SAMMANFATTNING

Titel:	Icke-farmakologiska Smärtlindrande omvårdnadsåtgärder inom prehospitat akutsjukvård
Institution:	Institutionen för vård och natur. Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 10 poäng.
Författare:	Bergkvist, Krister; Lundberg, Pär
Handledare:	Bengtsson, Jan.
Sidor:	31
Månad och år:	April 2007
Nyckelord:	Prehospitat Omvårdnad Smärtlindring Ambulans Smärta

Ett av de vanligaste bekymren hos patienter som kommer i kontakt med ambulanssjukvården är smärta i någon form. Sedan den första november 2005 tillåts inte samtlig ambulanspersonal att administrera läkemedel. Det är därför rimligt att anta att ambulanspersonalen också har andra, icke-farmakologiska, sätt att lindra patienters smärta. Författarna såg därför ett intresse i att utforska hur ambulanspersonalen ser på begreppet smärta och behandlingen av densamma.

Syftet med studien var att, med fokus på icke-farmakologiska åtgärder, beskriva hur svensk ambulanspersonal omhändertar patienter med smärta.

Studien genomfördes med hjälp av fem intervjuer med olika kategorier av ambulanspersonal. Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades. Fyra övergripande teman med subteman växte fram ur texten. I temat *åsikter om smärta* beskrev informanterna sin uppfattning om smärta som ett individuellt fenomen samt vad de ansåg påverkar patientens smärta. *Bemötande och förhållningssätt vid omhändertagande* beskrev informanternas åsikter att de med ett lugnt bemötande ansåg sig kunna skapa en relation till patienten samt försöka avleda dennes tankar på smärtan på olika sätt. *Bedömning och behandling* beskriver informanternas åsikter att bedömning och behandling av smärta kräver individanpassning. *Kombinationsterapi är vinnande* beskriver informanternas uppfattning att behandlingen av smärta blir allra bäst då icke-farmakologiska åtgärder kombineras med de farmakologiska.

ABSTRACT

Title: Non Pharmacological Pain Relieving Nursing Measures in Prehospital Emergency Care

Department: School of life sciences at University of Skövde

Course: Thesis in nursing care, 15 ECTS

Author: Bergkvist, Krister; Lundberg, Pär

Supervisor: Bengtsson, Jan

Pages: 31

Month and year: April 2007

Keywords: Prehospital Nursing Pain-management Ambulance Pain

One of the most common complaints of patient's in need of prehospital emergency care is pain of some sort. Since November 1 2005 a big portion of the ambulance personnel is no longer allowed to administer drugs of any kind. Hence it is reasonable to assume that pain treatment nowadays is carried out with both pharmacological and non-pharmacological methods. Therefore the authors saw an interest in investigating how the ambulance personnel look at the concept of, and treatment of pain.

The aim of this study was to, with focus on non-pharmacological measures, describe how Swedish ambulance personnel treat the patient in pain.

The study was conducted with 5 interviews with ambulance personnel. The interviews were transcribed verbatim and analyzed. The analysis revealed four main themes with a number of sub themes. The theme *opinions of pain* disclose the informant's view of pain as an individual phenomenon and what changes the patients perception of pain. *Refuting and behavior in tending patients* describes the informant's opinions that a calm refuting and a good relationship with the patient could divert the patient's thoughts about the pain. *Assessment and treatment* describes the need for individual adaptation when treating patients in pain. *Combination therapy is successful* revealed the informants thoughts that a combination of both pharmacological and non-pharmacological gives the best result.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definitioner	1
Prehospital akutsjukvård	1
Ambulanssjukvårdare.....	1
Specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård	2
Sjuksköterska i ambulans	2
Paramedic och paramedicsystemet	2
Smärta	3
Akupressur och TENS.....	3
Aktuell forskning	3
Vårdande möten och bemötande i omvårdnaden	3
Smärta är vanligt förekommande	4
Undermålig smärtbehandling	5
Behandlingsalternativ	7
Svensk ambulanssjukvård	8
Organisation och uppbyggnad.....	8
Prehospital smärtlindring	10
Problembeskrivning och studiens betydelse	11
Syfte	12
Frågeställningar	12
METOD	12
Introduktion och genomförande	12
Tänkt urval	13
Faktiskt urval.....	13
Etiska aspekter på studien	14
RESULTAT	14
Tabell 1 – Huvud- och Subteman.....	14
Åsikter om smärta	15
Bemötande och förhållningssätt vid omhändertagande	17
Bedömning och behandling.....	19
Kombinationsterapi är vinnande	20
DISKUSSION.....	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion.....	23
Åsikter om smärta	24
Bemötande och förhållningssätt vid omhändertagande	24
Bedömning och behandling.....	25
Kombinationsterapi är vinnande	26
Slutsats	26
REFERENSER.....	28

BILAGOR.....	1
Bilaga I - Förfrågan om deltagande i studie – verksamhetsledning.....	1
Bilaga II - Förfrågan om deltagande i studie – personal.....	2
Bilaga III – Intervjuguide.....	3

INLEDNING

Detta är en studie som beskriver den prehospitala akutsjukvårdspersonalens agerande vid vård av patienter med smärta. Eftersom prehospital personal många gånger träffar patienter med olika smärttillstånd, avseende intensitet och duration och inte alltid har möjlighet att administrera analgetika finner författarna ett intresse i att utforska på vilket sätt omvårdnaden vid dessa tillfällen utförs av ambulanspersonalen. Då det på grund av praktiska orsaker ter sig näst intill omöjligt att studera ambulanspersonals arbete i praktiken koncentrerar sig studien istället på att analysera ambulanspersonalens egna beskrivningar av sitt arbete.

BAKGRUND

Definitioner

Prehospital akutsjukvård

Pre-, kommer från latinets *prae-* och betyder framför eller före och hospital kommer från latinets *hospitalo* som betyder gästhem eller hotell. Det är även det engelska ordet för sjukhus (Lindskog & Zetterberg, 1981).

Prehospital akutsjukvård är alltså den vård och behandling som bedrivs innan patienten kommit till sjukhuset, i ambulansen eller på skadeplatsen (Ahl, Nyström & Jansson, 2006).

Ambulanssjukvårdare

Enligt Suserud och Haljamäe (1997) kan en ambulanssjukvårdare ha ett flertal olika utbildningsalternativ, beroende på när utbildningen genomfördes. Utbildningarna har från 1960-talet och framåt blivit längre och mer avancerade. Någon legitimering eller certifiering av titeln ambulanssjukvårdare har dock aldrig existerat, utan titeln är, likt undersköterska, snarare förknippad med det arbete man utför än en specifik utbildningsnivå.

Författarna anser dock att termen ambulanssjukvårdare borde avse en person med 40-veckors gymnasial utbildning i ambulanssjukvård eller äldre version av denna utbildning kompletterad med klinisk yrkesverksamhet alternativt en person som genomgått en 80-poängs KY-utbildning i ambulanssjukvård vid Örebro universitet. Dessutom är personen anställd av en ambulansorganisation för att tillsammans med minst en kollega utföra praktisk ambulanssjukvård.

Fortsättningsvis kommer dock termen ambulanssjukvårdare avse all icke-legitimerad personal anställd av en organisation för arbete i ambulans.

Specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård

Ambulanssjuksköterska är en person som i grunden har en sjuksköterskeutbildning och som sedan läst en vidareutbildning på 40 studiepoäng (60 högskolepoäng från och med höstterminen 2007) i ambulanssjukvård. Den egentliga titeln är Specialistsjuksköterska inom akutsjukvård med inriktning ambulanssjukvård. Detta är en skyddad yrkestitel men i dagligt tal används oftast ambulanssjuksköterska synonymt eftersom det är en behändigare benämning (Socialdepartementet, 1999a; Utbildnings- och kulturdepartementet, 1993; Socialdepartementet 1999b).

Det förekommer även sjuksköterskor med andra vidare- och specialistutbildningar som arbetar inom ambulanssjukvården (Socialstyrelsen, 2004a). Det görs dock vanligen ingen skillnad på dessa sjuksköterskor jämfört med grundutbildade sjuksköterskor. Undantaget är dock anestesijuksköterskor som ibland kan ha utökade farmakologiska behandlingsmöjligheter jämfört med övriga sjuksköterskor som arbetar i ambulanssjukvården. Titeln specialistsjuksköterska inom akutsjukvård med inriktning anestesijuksvård är även den en skyddad yrkestitel. I vanligt tal används vanligtvis anestesijuksköterska som en behändigare benämning (Socialdepartementet, 1999a; Socialdepartementet, 1999b; Utbildnings- och kulturdepartementet, 1993).

Sjuksköterska i ambulans

Sjuksköterska i ambulans är en person som innehar en svensk legitimation som sjuksköterska och arbetar inom ambulanssjukvården. En sjuksköterska i ambulans saknar alltså vidareutbildning inom ambulanssjukvård. Det förekommer dock flera fall där ambulanssjukvårdare har läst vidare till sjuksköterskor och därmed arbetar som sjuksköterskor i ambulans (Socialstyrelsen, 2004a).

Paramedic och paramedicsystemet

Sverige skiljer sig betydligt mot större delen av västvärlden avseende den prehospitala vårdens uppbyggnad. Internationellt har man istället för omvårdnadsutbildad personal vanligtvis valt ett system med så kallade paramedics i varierande certifieringsgrad. En paramedic har en certifiering som erhålls efter omfattande testning av både praktiska och teoretiska kunskaper. Systemet innehåller också andra steg på vägen dit vilka ger möjlighet att arbeta inom prehospital akutsjukvård, med något mindre behandlingsalternativ. För att arbeta prehospitalt krävs således en paramedic-certifiering oberoende av tidigare utbildningsnivå. Det finns därmed även sjuksköterskor och i vissa fall även läkare som arbetar som paramedics, dessa är dock allttjämt anställda och certifierade som paramedics. (Suserud & Halmajäe 1997)

Smärta

Enligt Alonso-Serra och Wesley (2003) är smärta ett multidimensionellt fenomen. Det kan genereras av en mängd olika mekanismer. Det centrala nervsystemet skickar signaler till hjärnan för kognitiv bearbetning och modifierar dessa aktivt på vägen dit. Slutligen inkluderar tolkningen av dessa nociceptiva signaler psykologiska, fysiologiska, emotionella och beteendemässiga dimensioner. Således är inte graden av vävnadsskada proportionerlig till patientens smärtupplevelse och kan heller inte styra utformningen av behandlingen.

IASP, International association for the study of pain, har en mer abstrakt definition av smärta: Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förknippad med hotande eller faktisk vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada (IASP, 2004).

Akupressur och TENS

Akupressur är en terapiform där tryck appliceras över olika punkter på patientens kropp. Vanligtvis används samma punkter som vid akupunktur. Trycket leder till olika effekter i kroppen, vilket bland annat kan lindra smärta (Nationalencyklopedin, 2007a).

TENS, transkutan elektronisk nervstimulering, innebär att små elektroder placeras på patientens hud. Små strömstötter skickas sedan mellan elektroderna. Detta stimulerar nerverna mellan elektroderna. Då nerverna upptas av att fortplanta den elektriska impulsen från TENS-apparaten istället för smärtimpulsen minskar detta patientens upplevelse av smärta (Nationalencyklopedin, 2007b).

Aktuell forskning

Vårdande möten och bemötande i omvårdnaden

Sjuksköterskans profession är omvårdnad och förhållningssättet i omvårdnaden har utforskats i ett flertal studier. I en studie av Wiman och Wikblad (2003) var syftet att utforska möten mellan sjuksköterskor och patienter i ett akut skede för att se hur vårdande och icke vårdande möten påverkar patienten. Resultatet visade att sjuksköterskornas kommunikation så väl verbalt som icke verbalt var undermålig. Forskarna fann en ny icke vårdande aspekt, instrumentalt förhållningssätt. Detta innebär att de tekniska handlingarna man utför blivit viktigare än patientens upplevelser. En av de vårdande aspekterna, att vara engagerad och att ha modet att involveras i patienten, gick inte att identifiera. De allra flesta möten inkluderade såväl vårdande som icke vårdande aspekter, dock dominerade de icke vårdande vilket visar på brister i ett omvårdnadsmässigt förhållningssätt (Wiman & Wikblad, 2003).

Inom akutsjukvården måste omvårdnaden vara inriktad mot de direkt livräddande åtgärder man gör, men det är också av vikt att möta patientens psykologiska behov. Sjuksköterskan i ett traumateam möter patienten under kort tid och i en situation då denne kanske är rädd och omtumlad efter en olyckshändelse, vilket i stort liknar de förutsättningar som råder för

patienter som kommer i kontakt med ambulanssjukvården (Ahl, Nyström & Jansson 2006). Att möta patientens psykologiska behov är en viktig del i god omvårdnad. Detta är något som ambulanspersonalen har större möjligheter till jämfört med sjuksköterskan i ett traumateam eftersom behandlingsmöjligheterna är begränsade prehospitalt och det ofta finns stora möjligheter att skapa en god kontakt och en vårdande relation med patienten på grund av den nära kontakt vårdare och patient får i ambulansens sjukhytt (Wahlin, Wieslander & Fridlund, 1995). Detta innebär att det oftast under transporten finns goda möjligheter att informera även svårt skadade patienter om vad som kommer att hända på den mottagande enheten (Ahl, Hjalte, Johansson, Wireklint-Sundström, Jonsson & Suserud, 2005)

Shapiro (2000) diskuterar i sin studie om den prehospitala vården har någon betydelse för patienten. Hon skriver att man inte kan förvänta sig att patienter som transporteras i urbaniserade miljöer kan komma att påverkas signifikant av vården som ges i ambulansen. Det är enligt Shapiro (2000) helt enkelt inte rimligt att tro att man på mindre än 20 minuter kan påverka huruvida patienten i ett senare skede skrivs ut från sjukhuset eller inte. Författarna ställer sig tvekan till möjligheten att mäta ambulansvårdens betydelse för patienten genom att kvantitativt räkna på hur många patienter som överlever eftervården av skadan eller sjukdomen. Speciellt som så få ambulansuppdrag är av akut natur (Gårdelöf, 1998). Även vid akuta tillstånd spelar personalens bemötande av patienten i ambulansen en viktig roll. I ambulansen finns också den största möjligheten att förbereda patienten för det som kommer att hända i akutrummet på sjukhuset. Patienter som hamnat i akuta situationer kan behöva hjälp att hantera den chock som situationen innebär. Den viktigaste åtgärden för att hjälpa patienten med detta är att informera om vad som händer med patienten (Jay, 1996). Därför är det minst lika intressant att se på saken ur ett omvårdnadsperspektiv. Om så transporten bara tar fem minuter så är det fem minuter som en patient är försedd med en personlig vårdare. Författarna anser att det här finns en stor möjlighet att göra en skillnad för patientens totala vårdupplevelse. D'Souza (2003) beskriver sin åsikt om patientrelationer såhär:

”Om en patient, då han kommer in på ett sjukhus, möts av en butters triagesköterska eller läkare så kommer patienten troligtvis aldrig bli nöjd även om vården håller en god standard. Han kommer snarare hitta fel i allt som görs med honom.” (egen översättning)

Poljak, Tveith & Ragneskog (2006) beskriver ambulanssjukvården som vårdkedjans första länk, detta sammantaget innebär således att bemötandet i ambulansen påverkar patientens hela väg genom sjukvården. För att kunna skapa en vårdande relation till patienten krävs en förmåga att förmedla känslor av sympati och omsorg. Tyvärr är det vanligtvis så att vid de tillfällen patientens behov av detta är som störst fokuserar vårdpersonalen på andra mer medicinskt akuta åtgärder (Jay, 1996).

Smärta är vanligt förekommande

Smärta är den vanligaste anledningen både till att söka akut sjukvård och att använda läkemedel (Stridsberg & Billing, 1999; Bledsoe & Myers, 2003a; Ducharme & Barber 1995; Yee, Puntillo, Maiskowski & Neighbor, 2006; Johnston, Gagnon, Fullerton, Ladores & Forlini, 1998). Smärta är också en vanlig del av många sjukdomstillstånd och skador och

har en drastisk påverkan på den smärtdrabbade människan (Nash, Yates, Edwards, Fentiman, Dewar, McDowell, & Clark, 1999).

Liksom den sjukhusbundna akutsjukvården träffar också den prehospitaleda akutsjukvården regelbundet på smärta av olika slag. Det är därför viktigt att på ett adekvat sätt kunna lindra smärtan. Dels eftersom patienten inte skall behöva ha ont i onödan, vilket kan ses som ett oetiskt och förlegat synsätt (Myers, 2003; Tanabe, Buschmann & Forest, 2000). Dels på grund av att en del tillstånd patienten kan befinna sig i kan bli förvärrade av smärtan (Werfel, 2002; Bledsoe & Myers, 2003a).

Undermålig smärtbehandling

I studien av Stridsberg och Billing (1999) framkom det att sjuksköterskor anser att smärta och smärtbehandling tillhör sjuksköterskans ansvarsområde omvårdnad. Man fann att samtliga sjuksköterskor kände till andra åtgärder att lindra smärta förutom farmakologisk behandling. Dessa var TENS, akupunktur, värme/kyla, massage, samtal/medmänsklighet/stöd, sjukgymnastik, kirurgi, avlastning/vändning/högläge, copingstrategi, dämpa oro/ångest, kvaddlar, laser, ultraljud. Majoriteten ansåg dock att de hade för dåliga kunskaper inom området smärta, samt att undervisningen om detta i grundutbildningen är otillräcklig.

Smärta ökar patientens stress som leder till aktivering av kaskadsystem, ofördelaktiga för det tillstånd som orsakar smärtan. Smärtbehandling kan alltså medverka i botande effekter (Stridsberg & Billing, 1999).

Fosnocht, Swanson och Bossart (2001) tror att patienter med en kraftigare smärta kräver en större smärtnedgång för att anse att deras behov av smärtnedgång är mött, alternativt så tror de att det kan finnas en smärtnedgång vid vilken behovet av smärtnedgång blir mött. I studien av Tanabe, Buschmann och Forest (2000) ansåg 44 % av sjuksköterskorna att brist på tid för att kunna bedöma och kontrollera en patients smärta var en vanlig orsak till att smärta inte behandlades. Författarna anser att detta säkert stämmer inom många områden av vården och framförallt kanske på sjukhusets vårdavdelningar, där informanterna i studien av Tanabe m.fl. (2000) också arbetade. Däremot tror författarna inte att denna problematik finns inom ambulanssjukvården eftersom personalen här, i normalfallet, bara handhar en patient åt gången (Ahl m.fl. 2005)

I en studie av Ducharme & Barber (1995) fann man att den genomsnittliga väntetiden på en akutmottagning för patienter med mild, måttlig och svår smärta var för respektive grupp 79, 96 och 66 minuter. Inom studiegruppen verkade inte allvaret av smärta påverka vare sig tiden att träffa läkaren eller tiden till smärtnedgående interventioner. Fosnocht m.fl. (2001) visade i en studie av 620 patienter på en amerikansk akutmottagning att patienter som söker med någon form av smärntillstånd förväntar sig att få sin smärta snabbt behandlad, oberoende av smärntillstånd. I verkligheten dröjde dock smärtnedgången 55 minuter längre än den tid, 23 minuter, som patienterna ansåg var rimlig väntetid (Fosnocht m.fl. 2001). Dessutom visade studien av Fosnocht, m.fl. (2001) att smärtnedgång för vissa tillstånd som exempelvis buksmärter dröjde längre än många andra, trots att flera studier visat på det felaktiga att inte smärtnedgå buksmärter förrän en diagnos är ställd (Myers, 2003). Det finns nu även forskning som påvisat att tidig smärtnedgång istället ökar

möjligheterna att ställa en korrekt diagnos hos patienter med buksmärta. (Tanabe m.fl. 2000). Det är av värde för patienterna att den prehospitla vården är medvetna om och behandlar utifrån detta, då exempelvis en patient med fraktur som är smärtfri vid ankomst kan få ont under vistelsen på akuten och man således har en möjlighet att förebygga smärtan redan i ambulansen.

I studien av Johnston m.fl. (1998) visades att även om smärtan generellt minskade något hos alla patienter på akutmottagningen så var det bara mellan en femtedel och en fjärdedel av patienterna som upplevde en så stor minskning av smärtan att den kunde anses signifikant. Majoriteten av patienter som kommer till akutmottagningen med smärta får även gå hem därifrån utan att ha blivit av med sin smärta. (Johnston m.fl. 1998).

Attityder och förhållningssätt till smärta

Jones och Machen (2002) genomförde en studie med syfte att utforska ambulanspersonals attityder och förhållningssätt gentemot smärtpåverkade patienter. De fann att ålder och kulturella skillnader spelade roll. Man menar att äldre till skillnad från yngre upplever smärta annorlunda då äldre ofta är vana vid att leva med smärta. Man menade att de kulturella skillnaderna kunde vara att människor inom vissa kulturer uttryckte sig mer verbalt och känslomässigt än andra. Man fann också att personalen inte kände till något klassiskt tecken som signalerade smärta utan att de baserade igenkännandet på sina tidigare erfarenheter från möten med många patienter med smärta. Ickeverbalt kommunikation beskrevs som det mest uppenbara tecknet inkluderat ansiktsuttryck och att skydda det skadade området och dra sig undan vid undersökning. Fysiologiska tecken var tachycardi, tachypne, grådassig hudfärg och svettningar. Den psykologiska kontrollen av smärta var ansedd som viktig i relation att prata med och lugna patienten. Det var essentiellt att ta kontroll över situationen, lindra ångest och att vinna förtroende. Man fann även att en del av personalen ansåg det möjligt att prata patienten ner genom smärtan och på så sätt reducera smärtupplevelsen utan att behöva ta till farmakologiska åtgärder (Jones & Machen, 2002).

McCaffery och Ferrel (1997) menar att sjuksköterskor är den kategori av vårdpersonal som spenderar mest tid tillsammans med patienter som har smärta. Det är sjuksköterskan som utför många interventioner för smärtbehandling ordinerat av andra. Det är också sjuksköterskan som utvärderar effekten av smärtbehandlingen samt initierar eventuella nödvändiga förändringar i behandlingen (McCaffery & Ferrel, 1997).

I en studie av Nash m.fl. (1999) var syftet att utforska sjuksköterskors uppfattning rörande smärta och administrering av analgetika. Resultatet visade bland annat att sjuksköterskorna ansåg sig ha för dålig kunskap inom området. Så väl då det gäller kunskap om behandlingsmetoder som att handha en patient med smärta. Ett antal frågor lyftes fram som medverkar till fortsatt förståelse för faktorer som påverkar sjuksköterskans handlingar i vården av en patient med smärta. Smärtbehandling är en viktig del i sjuksköterskans nuvarande roll (Nash m.fl., 1999).

För att effektivt kunna behandla patienters smärta krävs hos vårdpersonalen inom akutsjukvården en grundläggande förståelse för hur man bedömer smärta och vilken verkan både farmakologiska åtgärder och icke-farmakologiska åtgärder har (Tanabe m.fl. 2000).

Det förekommer också fall där patienten refuserar personalens önskan att administrera läkemedel. I dessa fall skall läkemedel självklart inte användas eftersom patienten själv bestämmer vilken vård den vill ha. Det är dock viktigt att personalen inte nöjer sig med ett nej utan istället utforskar anledningen till att patienten hellre har ont än tar emot läkemedel. Patienterna kan också de ha felaktiga och mytomspunna uppfattningar om läkemedel (Tanabe m.fl. 2000).

I en litteraturöversikt av Myers (2003) var syftet att avslöja myter om prehospital smärtlindring. Bakgrunden var att ett flertal studier har bekräftat att smärtbehandling är otillräcklig såväl intra- som prehospitalt. Resultatet visade att en patient som erhåller smärtlindring är mer kapabel att överväga beslut om vidare behandlingsåtgärder än en patient som upplever en olidlig smärta. Mot myten att den kliniska undersökningen skulle försvåras av att patienten är smärtlindrad fann man att det i de flesta fall ger en mer pålitlig undersökning om patientens smärta lindrats innan undersökningen (Myers, 2003).

En studie av Fosnocht m.fl. (2001) visade att en stor andel patienter som kommer med ett smärttillstånd till en akutmottagning upplever att de fått sitt behov av smärtlindring mött, trots att inget analgetikum administrerats.

Enligt McCaffrey och Ferrel (1997) finns en väl dokumenterad och överdriven rädsla bland vårdpersonal att orsaka ett beroende genom att administrera opioider. Det finns enligt McCaffrey och Ferrel (1997) också studier som visar att detta inte förändrat mellan 1988 och 1995.

Det är enligt McCaffrey och Ferrel (1997) troligare att sjuksköterskor underbehandlar smärta hos patienter som ler jämfört med patienter som grimaserar, de drar också slutsatsen att även om sjuksköterskors kunskaper om smärtlindring har förbättrats så återstår fortfarande stora och uppenbara problem inom området. McCaffrey och Ferrel (1997) anser att det minsta kravet man kan ställa på sjuksköterskor som arbetar med patienter som har smärta borde vara att de har kunskap om och känner till att det enda vetenskapligt dokumenterade verktyg som finns att mäta en patients smärtintensitet är att låta patienten själv beskriva detta med någon form av smärtvärderingsskala. Det finns således ingen grund i uppfattningen att en patients beteende, puls, blodtryck eller livsstil skulle vara en bättre smärtindikator än patientens egna uttryck för sin smärta (McCaffrey & Ferrel, 1997).

Behandlingsalternativ

Eftersom ambulanssjukvårdare vanligtvis inte är tillåtna att utföra invasiva åtgärder eller ge droger i smärtlindrande syfte kunde en ickefarmakologisk metod vara till hjälp. McCaffrey och Ferrel (1997) skriver i sin studie att icke-farmakologiska åtgärder i syfte att lindra smärta definitivt har en plats vid behandling av smärta. Dock konstaterar de också att det aldrig funnit en studie som påvisat behandlingen av akut eller cancerrelaterad smärta som otillräcklig på grund av avsaknaden av icke-farmakologiska åtgärder. Författarna ser trots detta ett värde i att beskriva icke-farmakologiska åtgärder som ett komplement till de farmakologiska. Detta eftersom de dels är en del av god omvårdnad och därmed har ett värde i sig. Dels möjliggör de troligtvis ett minskat behov av farmakologiska åtgärder vilket i sådana fall innebär minskade biverkningar av dessa

åtgärder. Att lindra smärta utan att påverka patientens övriga funktion beskriver Alonso-Serra och Wesley (2003) som den stora svårigheten med prehospitalet behandling av smärta.

I en studie av Kober, Scheck, Greher, Lieba, Fleischhackl, Fleischhackl, Randunsky och Hoerauf (2002) var syftet att bevisa att tron på huruvida behandlingsmetoden akupressur har effekt inte påverkar effektiviteten. Man förväntade sig också att metoden skulle minska oro/ångest och öka tillfredsställelsen. En patient som vårdas av en ambulanssjukvårdare får oftare erfara smärta under transporten till sjukhus. Den här situationen är obekvämt både för patient och vårdare. (Kober m.fl. 2002). Huvudresultatet i studien är att akupressur utförd på korrekt sätt är en snabb och effektiv behandlingsmetod som kan utföras av vem som helst och leder till minskad ångest, förmodligen en följd av minskad smärta och bättre komfort. Metoden är en riskfri icke-invasiv och kostnadseffektiv metod som dessutom inte påverkar patientens vitalfunktioner vilket innebär att den ter sig väl lämpad för den prehospitalet vårdaren.

En annan studie har visat på möjligheterna att använda TENS inom ambulanssjukvården. Undersökningen gjordes på yngre kvinnor med lågt sittande buksmärter och behandlingen startades på hämtplats och fortgick under hela transporten. Kvinnornas smärtskattning minskade med hälften efter behandling jämfört med före. Även puls, blodtryck och illamående minskade, och patienterna uttryckte en större tillfredsställelse med vården (Barker, Lang, Steinlechner, Mora, Heigel, Gauss, Zimpfer & Kober, 2006).

I de fall patienter, trots information om verkningssätt och funktion, vägrar ta emot läkemedel bör personalen föreslå icke-farmakologiska behandlingar i hopp om att dessa är mer godtagbara för patienten (Tanabe, m.fl. 2000).

Omsorgsfull användning av lämpligt språk och att distrahera från smärtsamma stimuli kan öka patientens komfort. Andra mer traditionella åtgärder som immobilisering av frakturer, applicering av is, högläge på skadade extremiteter ska utföras oavsett användning av analgetika (Alonso-Serra & Wesley, 2003).

Svensk ambulanssjukvård

Organisation och uppbyggnad

Sedan mitten av 1980-talet har ambulanssjukvården utvecklats från en renodlad transportorganisation till en fullfjädrad akutvårdsorganisation, och kan idag omhänderta svårt sjuka och skadade patienter både på hämtplats och under transport. (Gårdelöf, 1998; Örtenwall, 1999; Wahlin, Wieslander & Fridlund, 1995; Ahl m.fl. 2005).

Gårdelöf (1998) menar att det finns en vanlig missuppfattning att akuta ambulansuppdrag oftast handlar om stora olyckor medan det i verkligheten är så att 75 procent av de akuta uppdragen gäller internmedicinska problem och det klart mest dominerande är personer, framförallt äldre, med centrala bröstsmärter. Det är också det internmedicinska området som dominerat utvecklingen av ambulanssjukvården. De största landvinningarna har gjorts möjliga genom utvecklingen av halvautomatiska defibrillatorer och användandet av CPAP-utrustning som kom i slutet av 1980-talet. Ungefär samtidigt kom också möjligheten för

ambulanspersonalen att på hämtplats ta 12-avlednings-EKG och sedan skicka detta till sjukhus för bedömning av läkare. (Gårdelöf, 1998).

För att kunna lindra smärtan behövs läkemedel som personalen kan använda på ett säkert sätt. Detta har lett till ett ökat behov av vidareutbildad personal inom den prehospitla akutsjukvården (Lindahl, 1999; Suserud & Haljamäe, 1997).

I en studie av Suserud och Haljamäe (1997) var syftet att fastställa attityder inom de olika personalkategorierna gentemot de övriga personalkategorierna. Sjuksköterskor och ambulanssjukvårdare med bred erfarenhet från prehospitla akutsjukvård intervjuades om sina åsikter kring rollfördelningen. Frågorna handlade om grundutbildning, praktisk erfarenhet, åsikter kring rationella närmanden till olika problem på en olycksplats, deras egen roll i verksamheten och betydelsen av andra roller med olika utbildning och kompetens. Ambulanspersonalen menade att inom varje personalgrupp finns färdigheter som tillsammans kompletterar varandra mot en bättre service. Det förekommer en viss rivalitet mellan sjuksköterskor och övrig personal. Det ökade antalet sjuksköterskor inom verksamheten bidrar till en ökad kvalitetsstandard genom en höjning av kompetensen inom teamet som helhet (Suserud & Haljamäe, 1997). Inkluderande av mer sjuksköterskor, specialtränade i prehospitla akutsjukvård, som medlemmar i ambulansbesättning har blivit försvarat i Sverige som en del i kvalitetssäkrande process. Vidare har Socialstyrelsen i Sverige nyligen reducerat möjligheten för ambulanssjukvårdare att administrera läkemedel (Socialstyrelsen, 1997; Socialstyrelsen, 2000; Socialstyrelsen, 2004b). Suserud och Haljamäe (1997) visade vidare att detta ökar tonvikten på fördelen med sjuksköterskor inom ambulansverksamheten då de genom sin profession har auktoritet att administrera läkemedel. Resultaten man fann var bland annat att de flesta ambulanssjukvårdarna men ingen av sjuksköterskorna kommenterade vikten av att ge advanced life support på olycksplatsen. En femtedel av sjuksköterskorna upplevde att de oftast själva fick klara av medicinska problem trots närvarande sjukvårdare. Båda grupperna kände väl till den nuvarande generella åsikten: för att åstadkomma en bättre kvalitetssäkring inom prehospitla akutsjukvård behöver inblandningen av sjuksköterskor öka. Vidare verkade det finnas enighet i att sjuksköterskor med specialistutbildning inom anestesi, intensivvård eller kardiologi är de som är bäst lämpade för verksamheten och att dessa är bäst på medicinskt och psykologiskt omhändertagande. Sjuksköterskor ansåg generellt att ambulanssjukvårdarna hade en begränsad kunskap om akutsjukvård samtidigt som en fjärdedel av ambulanssjukvårdarna ansåg att de var bäst på praktiska moment. Studien avslöjar att det finns en generell medvetenhet om förändring i attityd inom akutsjukvården och att genom att öka kompetensen hos personalen innebär en viktig komponent av förbättringsprocessen.

En generell åsikt bland sjukvårdarna var att de skulle klara sig utan sjuksköterskor om de fick mer träning och utbildning. De tyckte att kompetens liknande "paramedics" i USA skulle vara en bättre stomme inom akutsjukvården. De tenderade att koncentrera sig på medicinsktekniska delar mer än en generell medvetenhet om det ökade psykosociala och sociala behovet hos akutpatienter. Kontentan av studien kan sammanfattas av att den pågående diskussionen i Sverige i strävan att optimera den prehospitla akutsjukvården har skapat en viss turbulens bland ambulanssjukvårdarna. Sjuksköterskornas roll i verksamheten har mottagits skeptiskt. Trots ökad rivalitet och konkurrens mellan personalkategorierna spelar den pågående förändringen en stor roll i arbetet mot en förbättrad kvalitet (Suserud & Haljamäe, 1997).

Fokus inom den prehospitla akutsjukvården har under de senaste trettio åren flyttats i takt med den ökade utbildningsnivån och kunskaperna hos personalen. Från att tidigare ha arbetat med syftet att så fort som möjligt få patienten till sjukhus, oberoende av problematik, arbetar man idag mycket mer med patienten både på hämtplats och under transport. (Borland, Jacobs & Rogers, 2002; Poljak, Tveith & Ragneskog, 2006).

Enligt Whalin, Wieslander och Fridlund (1995) fanns det år 1991 3400 personer anställda inom svensk prehospitla akutsjukvård. Av dessa var 5 % legitimerade sjuksköterskor, 36 % var undersköterskor, 32 % hade genomgått sju veckors grundläggande sjukvårdsutbildning och 20 veckors vidareutbildning i ambulanssjukvård, 26 % hade sju veckors grundläggande sjukvårdsutbildning och 1 % var vårdbiträden.

År 2003 fanns det 3990 personer anställda inom svensk ambulanssjukvård. Av dessa var drygt 45 % legitimerade sjuksköterskor och även om siffrorna varierade väldigt mellan de olika landstingen hade alla landsting minst 35 % legitimerade sjuksköterskor. Av dessa hade dessutom 42 % specialistutbildning i akutsjukvård, varav 35 % med inriktning mot ambulanssjukvård, 17 % mot intensivvård, 47 % mot anestesivård och 1 % mot operationssjukvård. Av ambulanssjukvårdarna var 80 % utbildade undersköterskor, varav 83 % med 40- eller 20-veckors påbyggnadsutbildning i ambulanssjukvård. De övriga 20 % av ambulanssjukvårdarna hade äldre ambulansutbildningar eller andra utbildningar. Av ambulanssjukvårdarna höll dessutom 232 stycken på att utbilda sig till sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2004a).

Prehospitla smärtlindring

Eftersom det fortfarande finns personal utan delegationer på smärtstillande läkemedel i ambulanssjukvården är det rimligt att anta att en del av den prehospitla smärtlindringen också genomförs utan inblandning av farmaka (Socialstyrelsen, 2004a). Att prata lugnande och försöka hålla samtalet på något annat än smärtan är också ett sätt att minska smärtupplevelsen hos patienten (Upchurch, 2003). Bledsoe och Myers (2003b) refererar även till en studie om akupressur som smärtstillande åtgärd på patienter utsatta för mindre trauma. Tillsammans med analgetika tenderar ickefarmakologiska åtgärder att förstärka smärtlindringen. Troligtvis är detta ett område där sjuksköterskan kan utveckla en mycket aktivare roll (Stridsberg & Billing, 1999).

De studier som handlar om smärta och smärtlindring prehospitalt handlar vanligtvis om val av analgetika, dess effekter och bieffekter i olika situationer. Attityder och förhållningssätt hos ambulanspersonal gentemot patienter med smärta har inte utforskats i någon större utsträckning (Jones & Machen 2002).

Utmaningen med behandling av smärta prehospitalt är att använda metoder och tekniker som inte bara är effektiva utan också säkra och inte leder till fysiologiska kompromisser, inte orsakar betydliga förseningar vid transport och inte hindrar uppföljningen och diagnostisering vid ankomst till sjukhus (Alonso-Serra & Wesley, 2003; Borland, Jacobs & Rogers, 2002). Problematiken anses av Borland m.fl. (2002) inte vara tillräckligt utforskad beroende på de stora svårigheterna att genomföra studier på den prehospitla vårdaren som på ett bra sätt undersöker effektiviteten hos olika behandlingar.

I en enkätstudie av Poljak m.fl. (2006) har svensk ambulanspersonal svarat på olika påståenden. Resultatet visade bland annat på att personalen inte tycker sig ge tillräckligt med smärtlindring i förhållande till patientens behov. Endast en fjärdedel av de tillfrågade ansåg att deras patienter alltid fick den smärtlindring de behöver.

McEachin, McDermott och Swor (2002) har i sin studie av patienter med diagnostiserad fraktur på nedre extremiteter påvisat att dessa sällan får prehospita smärtlindring. Endast 18,3 % fick prehospita smärtlindring medan 91,1 % senare fick smärtlindring på akutmottagningen.

Problembeskrivning och studiens betydelse

Det finns många studier som behandlar smärta. Avgränsar man smärtan till att gälla den prehospita arenan finns genast ett avsevärt tunnare vetenskapligt material. Utav de studier som behandlar smärta prehospita berör majoriteten val av analgetika, dess effekter och bieffekter i olika situationer. Det finns två kvalitativa studier tidigare utförda kring personalens attityder, iakttagelseförmåga och bedömning när det gäller smärta och vilka faktorer som påverkar beslut om behandling (Jones & Machen, 2002). Effektiv behandling av smärta kräver att vårdpersonalen har grundläggande kunskaper om bedömning av smärtan och hur smärtan påverkas av farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder (Tanabe m.fl. 2000). Författarna tolkar dessa egenskaper som något som ligger inom ramen för professionell omvårdnad. Detta gör studierna intressanta då svensk ambulanssjukvård är uppbyggd kring ett omvårdnadstänkande. Tanabe m.fl. (2000) har i sin studie visat att akutsjukvårdspersonal vanligtvis har mycket kunskap inom området smärtlindring, men att den oftast är koncentrerad till att gälla farmakologi.

De flesta studier är dessutom amerikanska vilket innebär att fynden från dem inte går att applicera rakt av på svensk ambulanssjukvård eftersom dessa är uppbyggda enligt två skilda system.

Författarna ansåg det därför intressant med en studie där svensk ambulanspersonal själv får beskriva hur deras möte med en smärtpåverkad patient kan se ut och hur de behandlar densamme.

Syfte

Syftet med studien var att, med fokus på icke-farmakologiska åtgärder, beskriva hur ambulanspersonal omhändertar patienter med smärta prehospitalt.

Frågeställningar

- Tolkar personalen smärtan som ett resultat enkom av skada eller sjukdom, eller är smärtan summan av flera olika omgivande faktorer?
- Upplever personalen att andra åtgärder än läkemedelsadministrering påverkar patientens smärta, och i sådana fall vad för något?
 - Är personalen medveten om och utför dessa åtgärder på ett medvetet sätt i smärtlindrande syfte?
 - Finns det skillnader mellan de olika personalkategorierna i denna upplevelse?

METOD

Introduktion och genomförande

Studien genomfördes med hjälp av fem stycken kvalitativa semistrukturerade intervjuer med kliniskt verksam ambulanspersonal. Intervjuerna genomfördes enskilt av en av författarna tillsammans med en av informanterna, vanligtvis under informantens pågående arbetstid. Intervjuerna varade mellan cirka 20 och 45 minuter.

För att säkerställa en hög grad av validitet i frågorna genomfördes en pilotintervju med en sjuksköterska med erfarenhet från prehospital vård men som vid intervjutillfället tjänstgjorde på en akutmottagning. Efter denna pilotintervju gjordes några ändringar i frågeguiden innan den slutgiltiga versionen fastställdes. Intervjuerna spelades in på band och små anteckningar fördes under intervjuernas gång. Anteckningarna syftade till viss del att skapa en medvetenhet om olika sätt att kategorisera datan i intervjuerna men författarna bedömde det som viktigare att följa med i intervjun än att koncentrera sig på dessa anteckningar. Däremot fördes också anteckningar om hur själva intervjun fortskred som efter varje intervju gick igenom av båda författarna för att försäkra sig om att intervjuerna höll sig inom samma områden och inte började differentiera för mycket från varandra. Så fort en intervju var gjord transkriberades den ordagrant och lästes sedan igenom av båda författarna vilket också höll samman innehållet i intervjuerna.

Analysen baserades på en 14-stegad struktur av Burnard (1991) vilken tematiserar rådatan till hanterligt material utifrån tankar, fraser, koncept och idéer. Intervjuerna lästes efter

transkriberingen igenom och rubriker skapades för varje meningsbärande enhets betydelse. Detta skapade en lång lista med rubriker som klipptes sönder till små lappar med en rubrik på varje lapp. Lapparna sorterades på ett stort bord till små kluster av lappar vars betydelse var likvärdig. På så vis skapades listor med kategorier av likvärdiga rubriker. Dessa listor lästes sedan igenom och varje lista rubricerades i två steg efter innehållet vilket gav ett antal huvudteman och underteman. Intervjuerna lästes sedan igenom med listan av kategorier som ett filter för att kontrollera att hela materialet täcktes in av kategorierna. Sifferkoder höll samman de meningsbärande enheterna med de första rubriceringarna. På så vis kunde de meningsbärande enheterna i intervjuerna i efterhand sorteras in under varje rubrik. Genom hela processen var varje intervju också färgkodad för att inte blanda samman citaten från de olika informanterna.

Burnard (1991) rekommenderar också två steg i analysen där forskaren bjuder in två kollegor och låter dessa oberoende av varandra analysera textmassan för att på så vis få ytterligare två likvärdiga analyser att jämföra med som ett steg i att säkra validiteten på forskarens egen analys. Den slutgiltiga kategoriseringen visas sedan för någon av informanterna för att försäkra sig att kategoriseringen motsvarar de lämnade intervju svaren. Dessa steg valdes bort av författarna då det bedömdes vara allt för tidsödande relaterat till studiens tidsbegränsning.

Tänkt urval

Kliniskt verksam personal från ambulansorganisationerna inom Skaraborgs sjukhus respektive Jönköpings läns landsting som bedömdes kunna ge en stor variation av erfarenheter bjöds in att delta i studien via e-post från respektive organisations ledning, efter det att respektive verksamhetschef informerats om och godkänt studien. Efter detta styrdes det fortsatta urvalet utifrån personalens vilja att delta. Författarna gjorde ingen skillnad utifrån vare sig ambulanssjukvårdarnas utbildningsnivå eller sjuksköterskornas utbildningsnivå. Dock styrdes urvalet i möjligaste mån så att en stor variation av informanter uppnås, vilket innebar att det från varje län skulle ingå minst en legitimerad och en icke-legitimerad informant. Urvalet gjordes med kriteriet att informanterna skulle ha minst ett och ett halvt års erfarenhet från sin nuvarande yrkesfunktion. Från början var tanken att gränsen skulle vara två år, men författarna anser att detta skulle kunna ha ansetts exkludera samtliga ambulanssjukvårdare eftersom deras yrkesroll i grunden blev förändrad under hösten 2005.

Faktiskt urval

Intresset att delta i studien motsvarade inte helt och hållet författarnas förväntningar vilket innebar att tidsplanen för genomförandet av intervjuerna visade sig vara alldeles för kort. Detta innebar att tidsplanen för genomförandet av intervjuerna förlängdes till att bli dubbelt så lång som det från början var tänkt. På grund av detta blev det faktiska urvalet fem personer istället för sex. Författarna märkte inte av något ointresse eller ovilja att delta i studien bland informanterna utan fick istället indikationer på att de ansåg det både roligt och intressant och gärna ville ställa upp. Författarna tror därför att den upplevda problematiken med att få informanter snarare hade att göra med att författarna avsatt för kort tid till informationsinhämtningen än en ovilja att ställa upp. Författarna härleder detta

till det faktum att inbjudan till studien skickades per e-post till ett antal utvalda informanter vilket innebär att svarstiden fördröjdes onödigt länge då det kunde dröja flera dagar innan informanterna ens uppmärksammade inbjudan.

Etiska aspekter på studien

Alla uppgifter behandlades konfidentiellt och eventuella namn eller platser som förekommer i intervjuerna oidentifierades vid transkriberingen. Eftersom informanterna valdes från två platser i Sverige gav detta också en viss möjlighet till anonymitet i förhållande till informanternas kollegor. Intervjumaterialet och arbetsmaterialet kommer efter studiens avslut att förstöras. Informanterna i studien informerades om att intervjumaterialet hanteras konfidentiellt samt rätten att när som helst kunna avbryta utan att ange någon anledning. I övrigt följer studien bestämmelserna i SFS 2003:460, Lag om etikprövning av forskning som avser människor (Utbildningsdepartementet, 2003).

RESULTAT

Under analysen av intervjumaterialet växte fyra stycken huvudteman fram. Under varje huvudtema framträdde mellan två och fem subteman. Dessa redovisas i tabell 1.

Tabell 1 – Huvud- och Subteman.

Huvudtema	Subtema
Åsikter om smärta	<ul style="list-style-type: none"> • Smärta är individuell • Olika typer av smärta • Flera faktorer påverkar upplevelsen av smärta • Tidigare erfarenhet påverkar upplevelsen av smärta
Bemötande & förhållningssätt vid omhändertagande	<ul style="list-style-type: none"> • Närvarons betydelse för patienten • Att ge patienten ett lugnt bemötande • Att bygga en relation med patienten • Att avleda patientens smärta • Vårdarens erfarenhet påverkar omhändertagandet
Bedömning och behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Smärtbedömning görs med många sinnen • Instrument att mäta smärta • Att behandla smärta
Kombinationsterapi är vinnande	<ul style="list-style-type: none"> • Att använda farmaka • Icke-farmakologiska åtgärder

Åsikter om smärta

Genom informanternas svar framkom en gemensam åsikt i att smärta är en individuell upplevelse hos varje enskild unik individ. Denna upplevelse kan inte generaliseras utan måste tolkas utifrån varje enskild individ. Informanterna beskriver en medvetenhet om skillnader hos människor avseende upplevelse av smärta.

”...man kan ju aldrig jämföra din och min smärta även om vi hugger av fingertoppen båda två har vi olika ont ju det kan man ju inte jämföra...”
(Informant 2)

”...en del har lägre smärtröskel och en del har högre smärtröskel...”
(Informant 4)

Man fann en stark uppfattning bland informanterna om att smärta kan vara av olika art, viktigt för adekvat vård av patienten. Smärta beskrivs som att inte enbart vara relaterat till en fysisk vävnadsskada utan kan även vara av psykisk och själslig karaktär eller en samverkan av dessa.

”...det första man tänker på är ju kanske det här benbrottet men... men det är ju så mycket mer...”
(Informant 3)

”...det måste inte alltid komma ifrån att man har skadat sig ...”
(Informant 1)

”... ångest o så kan väl också leda till smärta på ett eller annat sätt --- framförallt i det här yrket fysisk smärta men om man ska prata om de andra planen och dimensionerna så är det ju även själslig och psykisk smärta som ingår...”
(Informant 3)

Utöver att smärta kan vara av olika art eller en samverkan mellan dessa fann man också att det finns flera faktorer som påverkar upplevelsen av smärtan. Påverkande faktorer kan vara sociala, psykiska och miljöfaktorer.

”... miljön runt omkring alltså ett hem som tyder på att det är mycket våld eller missbruk och såna saker det är ju ofta ett tecken på att man mår dåligt psykiskt i alla fall o såna saker kan ju helt klart förstärka smärtan... --- många som mår riktigt dåligt psykiskt somatiserar ju o dom får ont i bröstet o allt vad det är och då kanske man ska försöka se lite grann att det här inte rör sig om en hjärtinfarkt i första hand utan kanske mer är att de behöver hjälp på ett annat plan ...”
(Informant 1)

”... miljöfaktorer tror jag spelar in... kan det göra jag menar är det kallt o jäkligt ute o ösregn det kan nog göra att det känns lite värre... --- hur man har det runt omkring ut ser det mörkt ut har man precis skilt sig... blivit av med jobbet o så där när man bryter foten då kanske de känns livet känns ännu mer piss än om precis är nykär o allt går som på en dans...”

(Informant 3)

”... sociala..... social bakgrund å... å nationalitet åh... omgivningen å allt de här... de påverkar juh...”

(Informant 4)

Ett annat väldigt framträdande tema var att patientens tidigare erfarenheter påverkar smärta. Detta kan vävas in i att upplevelsen av smärta är individuell samt som en påverkande faktor. Tonvikten lades dock inte vid att de tidigare erfarenheterna förstärker smärtan i sig utan snarare att den tar sig olika uttryck beroende på vad man tidigare upplevt samt att den åter igen betonar att smärtan är den unika individens individuella upplevelse.

”... utifrån vad patienten tidigare har upplevt så kan ju faktiskt vas skalan skilja sig från patient till patient... eeh... har du någon som varit utsatt för ett fruktansvärt trauma någon gång så kanske den här bröstsmärtan egentligen bara är en trea jämfört mot vad dom varit utsatt för en gång tidigare eeh.. medan hos en som inte varit med om något omfattande kanske det är en 8-9...”

(Informant 1)

”... Smärtgränsen kan ju väldigt låg hos en del och en del kan den ju va skyhög bara stukat fingret så skriker han i högan skyn medan den andra som brutit handleden skriker inte alls kanske.. --- en som varit utsatt för mycket smärta är ju eller vatt utför mycket han är ju mer tolerant mot smärta...--- ... då vet man att där har han ont men du kan ju inte bedöma riktigt hur ont han har det är ju svårt att göra eftersom man har olika smärta...--- ... du kan ju ta en som är en gammal på ett äldreboende som du kommer på collum fraktur han säger inte ett knyst... o de verkar precis som att äldre har... i alla fall de äldre som är nu har bättre smärtgräns smärttålighet än vad andra har.. dom vill inte visa att dom har ont men man vet ju att dom har ont”

(Informant 2)

”... lite ålder kan jag ju säga då... för om man tittar på det äldre klientelet i Sverige... dom är ju inte så... ja dom... uthärdar mer smärta... dom fleste...”

(Informant 4)

Bemötande och förhållningssätt vid omhändertagande

De flesta informanterna tycktes vara överens om att patienternas tillstånd många gånger förbättrades bara av det faktum att de dök upp på platsen. Detta tycktes även gälla smärttillstånd. Personalen tolkade själva detta som att patienten får en trygghetskänsla av att sjukvårdspersonal kommit till platsen och skall ta hand om dem. Informant 3 uttryckte detta såhär:

” ... ända från det att Agda 80 ligger med sin höft eller misstänkta collum på kalla våta gräsmattan o ingen är där och så kommer vi... osså redan där så kanske hon har sjunkit ett pinnhål på vas skalan i alla fall... det tror jag nog.. med en varm filt o två stora starka karlar som.. förhoppningsvis ska snart ge henne lite läkemedel och pyssla om henne lite...”

(Informant 3)

För att ytterligare få patienten att uppleva mindre smärta var samtliga informanter överens om att ett lugnt omhändertagande spelade en stor roll. Informanterna ansåg att det var viktigt att arbeta lugnt och metodiskt och visa patienten ett yttre lugn, det ansågs viktigt att inte låta eventuell egen stresskänsla smitta av sig på patienten då detta upplevdes kunna förvärra patientens smärta. Motsatsen, alltså ett lugnt bemötande ansågs ge en tryggare patient vilket kunde minska patientens upplevelse av smärta. Betydelsen av ett lugnt omhändertagande konkretiseras av följande citat

”...om de blir ett lugnt bemötande så får du ju..... patienten i en tryggare situation helt..... om man stressar upp sig så blir de ju en stressad patient å då... då har dom ju ondare...”

(Informant 4)

”...bröstmärter så e de ju framförallt att låta hjärtat få tid att fylla på ordentligt med blod i kranskärlden och...det gör man genom att sänka hjärtfrekvensen och det kan man ju påverka även utan farmakologi till exempel det här med trygghet och att de känner sig lugnare...”

(Informant 1)

En trygg patient ansågs alltså uppleva mindre smärta. Samtliga av informanterna ansåg att patientens trygghet till stor del var beroende av relationen mellan patient och vårdare. Alltså var en av de viktigaste uppgifterna i informanternas arbete att skapa en relation till patienten. Informant 1 sade:

”...Det första man gör egentligen när man kommer fram det är att på nåt sätt skapa en relation med patienten eeeh... presentera sig försöka få patienten till att våga lita på en..... trygghet är ju ändå nåt som man måste försöka bygga upp hos patienten så att de känner sig trygga hos en ...”

(Informant 1)

Informant 5 beskrev med följande citat vårdarens möjligheter att lägga grunden till en relation med patienten genom att anpassa sig själv för att möta patienten där denne befinner sig i nuläget:

"... Prata med bönnen på bönnens vis heter de ju så..... de kan man komma ganska långt med..... tror jag....."

(Informant 5)

I mötet med den smärtpåverkade patienten ansåg informanterna att det finns fler sätt att påverka patientens smärta utöver ett lugnt och metodiskt agerande. Flera informanter hade upplevt att handlingar vars syfte i sig inte var smärtlindring ändå kunde ha en smärtlindrande effekt. Det faktum att tid och handlingar ägnas åt patienten tycktes kunna ha en något smärtlindrande effekt. Informant 1 beskrev följande:

"...Ja jag tror ofta att patienten upplever att om man gör nånting med dom... bara där kan va en viss effekt..."

(Informant 1)

Informanterna upplevde också att det gick att avleda patienternas tankar på smärtan vilket också verkade ha en smärtlindrande effekt. Informant 5 beskriver samtals betydelse i följande citat:

"...i vissa fall kan man prata bort smärtan... man pratar om andra saker... inte pratar om problemen... ..om de e en diffus smärtupplevelse från patienten... då försöker jag prata först... utreda problemet... så gör jag i alla fall...och sen om pratet då kan ha en lugnande effekt då fortsätter man ju med det liksom..."

(Informant 5)

Informant 2 beskriver en annan möjlighet att avleda patientens smärta:

"...du tänker inte så mycket på smärtan eller det när du lyssnar på musik.. de tror jag..."

(Informant 2)

Samtliga informanter tycktes anse att de blivit bättre på sitt arbete med tiden. Både bedömningen och behandlingen av smärttillstånd ansågs ha förbättrats i takt med att informanternas egen erfarenhet ökat.

"...Kunskaperna är det man har lärt sig under sin tid som ambulanssjukvårdare man har fått lära sig att den ena reagerar så och den andra så på smärta... det är sånt man får lära sig under tiden det går inte kunna det direkt Erfarenhet..."

(Informant 2)

Informant 1 beskriver också tydligt hur ambulanspersonalen hela tiden strävar mot att bli bättre på sitt arbete genom att reflektera över tidigare upplevelser utifrån nya erfarenheter:

"...när man ser tillbaka jag har åtminstone en handfull full...handfull såna fall där jag kan se att jag har nog underbehandlat patienten vad gäller smärtstillande så det tror jag att man hela tiden försöker förbättra sig..."

(Informant 1)

Bedömning och behandling

Smärta kan ta sig uttryck på flera sätt, dels på grund av vilken typ av smärta det rör sig om och dels på grund av att patientens upplevelse är unik. Bedömningen måste göras individuellt för varje patient och kräver av vårdaren att denna lyssnar in patienten med alla sina sinnen öppna. De mest framträdande uttrycken för bedömning av smärta som informanterna beskriver är kroppsspråk och verbalt uttryck.

”... Det är ju det här med att titta på patienten vad får jag för information när jag tittar o va får jag för information när jag lyssnar o när jag känner o sen när jag vasar o sen vilken typ smärta... ---- ...att man får ett ord på själva smärtupplevelsen... så det är min... vad jag kommer å tänka på när du säger eller på frågan bedömer smärtan de e asså lokalisationen vassen och ordet eller beskrivningen av vilken typ av smärta smärtypen...”

(Informant 3)

*”... Hur man känner igen smärta hos patienten... ja ... de e ju också väldigt olika... en del gör ju väldigt stort uttryck för den å.. skriker å gapar å ojar sig... Men du kan ju ha smärta även om du är helt tyst.....--
- Smärta kan ju också va att man ligger helt still å inte vågar röra på sig...--- ...ett eh... gemensam nämnare alltså? --- Inte vad jag kommer på..... Jag tycker den är så individuell...”*

(Informant 5)

”...andningen mönster frekvens.. otroligt viktiga delar hur ser huden ut blek och kallsvettiga eller fin färg eeh.. ligger dom och skakar eller gör dom.. kan dom prata ordentligt eller euuhh.. eller det pga smärtan de inte kan säga hela meningar ser dom förvridna ut i ansiktet av smärtan såna saker tittar man ju också på...”

(Informant 1)

Det instrument informanterna beskrevs som det viktigaste för bedömning var patientens verbala beskrivning då denne själv måste sätta ord på sin upplevelse. Som komplement använder man sig av VAS-skalan och då framförallt en verbal variant av denna då patienten får skatta sin smärta mellan 1 och 10. En av informanterna ansåg att det fanns en skillnad i att använda VAS kontra den verbala formen då upplevelsen kunde skattas olika beroende på vilken man använder. Medan en annan informant ansåg att det viktiga inte är hur patienterna skattar på VAS utan att patientens smärtskattning faktiskt sjunker på skalan under behandlingen.

”...ofta så bruka man säga att när patienten vasar sig så hamnar man högre än om dom själva ska sätta en siffra på de... --- ...att smärta är en upplevelse hos patienten är nog ganska viktigt att ha det i baktanken för

att kunna behandla smärtan hos patienten och att det bara är patienten som själv kan säga hur ont den har även om man kan tycka att vissa vasar fel...”

(Informant 1)

”... har du vas tio då har du det vi är inte ute efter siffran i sig utan mer att det faktiskt sjunker när man reponerat eller inte gjort nånting kanske bara handpåläggning... eller gett smärtlindring...--- ... vissa får man ju fråga och då förstår man ju att det här är.. dom har nog rätt ont när man frågar ut dom lite.. man får nästan lirka de ur dom...”

(Informant 3)

För behandling gäller samma åsikt som för bedömning att denne inte går att standardisera utan måste individanpassas.

”... det finns ingen mall för hur man ska behandla en patient för att lindra ångest eller lindra smärta utan det handlar om att man som vårdare hela tiden känner av situationen... --- ... smärta är ju ett väldigt vitt begrepp asså det är svårt att generalisera någon behandling o omvårdnadsåtgärder och allt vad man nu vill lägga in i det....hela tiden situationsanpassa...”

(Informant 1)

” ... om man ligger där o har svinont då vill man ju inte att nån ska behöva prata o fråga känna o undra för mycket utan då vill man ju bara bli av med den värsta smärtan så fort som möjligt... --- en del som inte är riktigt så smärtpåverkade vad det verkar som då kanske man kan fråga ut lite noggrannare innan man kastar sig på direkt o börjar spruta nånting...”

(Informant 3)

Kombinationsterapi är vinnande

Även om studien handlade om icke-farmakologiska åtgärder var det inte ovanligt att informanterna gled över och också pratade om farmakologiska åtgärder eller hamnade i någon form av gränsland mellan de båda. Författarna tillät detta då det ansågs omöjligt för informanterna att ge en fullständig bild av sitt agerande utan att beröra också den farmakologiska delen av området smärtlindring. Informanterna beskrev att de både såg ett stort behov av farmakologiska åtgärder och dessutom att de inte ville vara utan dessa.

”...har man skador och såna saker måste man på nåt sätt kanske bryta värsta smärtan med smärtstillande innan man kan få nån direkt effekt av det här med trygghet o sån saker...”

(Informant 1)

Informanterna beskrev också att det fanns tillfällen då de ansåg att läkemedel inte var det mest lämpliga behandlingsalternativet.

"...patienter som enbart mår dåligt psykiskt alltså... det finns inget smärtstillande som helst i världen som kommer hjälpa..."

(Informant 1)

Några informanter beskrev också en liten risk att de missar att utföra vissa icke-farmakologiska åtgärder till förmån för farmakologisk smärtlindring eftersom denna är en så stor del av arbetet. Informant 3 gjorde den tydligaste beskrivningen av denna problematik:

*"...Kunskaper och åsikter om icke-farmakologiska åtgärder
ja du... kunskap har man väl en del o sen så .. man kanske tappar lite att använda dom de får man nog va ärlig att säga... man blir lite bortskämd med dom här rätt så potenta läkemedlen vi har o man kanske missar lite dom här rätt så enkla icke-farmakologiska... eeh åtgärderna som man faktiskt kan göra..."*

(Informant 3)

När det gällde praktiska icke-farmakologiska åtgärder beskrev informanterna vanligtvis smärttillstånd till följd av olika skador och de åtgärder som då ansågs ha effekt på smärtan. Det vanligaste exemplet som beskrevs var immobilisering av frakturer och luxationer. Några diskuterade också åtgärder så som högläge, värme, kyla och att låta patienten själv bestämma den mest bekväma ställningen.

"...så drog vi rätt den... och sen lägger du ju det då på ett sagersträck... då har du ju tagit bort smärtan... de mesta i alla fall..."

(Informant 4)

"...det går ju att lindra med värme och kyla det går ju.. det har man ju sett att det går att göra..."

(Informant 2)

"...men även det här enkla som att... högläge på en kroppsdel.. eller ändra ett läge om det är nån som har ont i magen kanske och vill ligga lite på sidan eller andra sidan får man kanske hjälpa dom fram till ett läge..."

(Informant 3)

Även om en del informanter beskrev risken med att de farmakologiska åtgärderna ersätter de icke-farmakologiska var det vanligare att en kombination av farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder beskrevs som det bästa alternativet. Informant 1 ställde detta i relation till smärtan som fenomen i följande citat:

"...det viktigaste är nog att man har kunskapen om att än en gång att smärta är en upplevelse... ...så att man kan försöka påverka smärtan"

från alla möjliga håll och kanter alltså inte bara in genom nålen i armen utan även in genom öronen...
(Informant 1)

Kombinationen av samtliga åtgärder som informanterna beskrev ansågs tillsammans med läkemedel ge det bästa resultatet. Informanterna menade att effekterna av ett läkemedel inte alltid var tillräckliga, men med ett gott bemötande av patienten och andra icke-farmakologiska åtgärder kunde behovet av läkemedel istället minska.

”... med grundläggande omvårdnad så behöver man ofta använda mindre smärtstillande... --- ...det handlar ju om att förstärka varandras effekter det va som jag sa innan att komma fram o bara trycka i patienten smärtstillande så är det inte alls säkert att man får dom smärtfria om de inte känner sig trygga det minsta...”
(Informant 1)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna valde en kvalitativ ansats eftersom det ger en större möjlighet till relevanta svar i förhållande till syftet med studien. Enligt Nyberg (2000) används kvalitativa ansatser bland annat för att svara på frågor som *hur* eller *på vilket sätt*, medan en kvantitativ ansats är mer funktionell då forskningsfrågorna handlar om *hur många*, eller *hur mycket*. Studiens syfte frågar efter *hur* någon gör någonting vilket alltså innebär att en kvalitativ ansats är mest lämplig.

En metod med intervjuer valdes eftersom detta ansågs vara den mest relevanta metoden för att inhämta data om hur ambulanspersonal agerar i sin yrkesfunktion. Andra metoder som diskuterades var fältstudier eller att filma personalens agerande. Detta skulle ha gett en högre validitet eftersom intervjutekniken innebär en risk att det man säger att man gör inte är exakt det man faktiskt gör. Dessa metoder för datainhämtning bedömdes dock ej som relevanta eftersom det av praktiska skäl är svårt om inte omöjligt att inhämta data på detta sätt. Vid fältstudier hade forskarna tvingats närvara både på hämtplats och i ambulansens sjukhytt och hade då troligtvis också haft en viss inverkan på både patient och vårdare. Alternativet att montera en kamera i sjukhytten hade troligtvis också inverkat på vårdaren. Dessutom skulle kameran också ha missat allting som händer innan patienten kommer in i ambulansens sjukhytt. En stor och viktig del av behandlingen bedrivs ofta utanför ambulansen, exempelvis i patientens hem.

Semistrukturerade intervjuer ansågs lämpliga då de både ger utrymme för informanterna att utveckla resonemang runt ställda frågor samtidigt som de håller samtliga intervjuer inom samma ”ramar” vilket säkrar validiteten i analysen (Burnard, 1991; Kvale, 1997).

Att intervjuerna genomfördes under informanternas pågående arbetstid innebar en viss risk för störningar i form av att den ambulans informanten arbetade på larmades ut på ett uppdrag. Något som dock endast hände vid ett tillfälle vid inledningsskedet av intervjun varför intervjun startades om efter att informanten slutfört ambulansuppdraget. Författarna genomförde hälften av intervjuerna var.

Trots att intervjuerna blev en mindre till antal än det var tänkt anser författarna att de fem genomförda intervjuerna gav ett tillräckligt underlag för att kunna genomföra den tänkta analysen. För att ytterligare stärka validiteten i resultatet jämfördes detta med transkriberingen av pilotintervjun vilket visade att på stora likheter i tankar och åsikter men då frågeguiden ändrades på flera punkter efter pilotintervjuns genomförande anser författarna att den inte kan analyseras som en fullvärdig intervju för studien. Av etiska skäl kan heller inte citat från pilotintervjun användas för att styrka resultatet då informanten i pilotintervjun inte informerades om att så skulle ske innan intervjun genomfördes.

Resultatdiskussion

Författarna anser att resultatet som växte fram ur de transkriberade intervjuerna på intet sätt är häpnadsväckande som helhet. Enligt både Kvale (1997) och Burnard (1991) finns det vid kvalitativ forskning alltid en risk att forskarens egen förförståelse påverkar resultatet. Författarna har genom processen försökt att vara medvetna om problematiken kring detta och anser att det faktum att förkunskaperna inom ämnet varit relativt olika varandra kan anses ge viss validitet åt resultatet. Författarna anser i efterhand att de hade förväntat sig mer fokus på praktiska och konkreta åtgärder i resultatet och inte så stor medvetenhet om vikten av bemötande vid omhändertagande av patienter med smärttillstånd, vilket också kan anses ge viss reliabilitet åt författarnas förmåga att undvika att styra resultatet.

Författarna hade vid studiens inledning också till viss del funderingar kring huruvida ambulanssjukvårdare hade tillfredsställande förmåga att resonera kring ett så abstrakt begrepp som smärta faktiskt är. Detta visade vara en helt obefogad hållning och författarna kan i analysen av de transkriberade intervjuerna inte se några tecken till större skillnader i attityder och åsikter mellan legitimerade och icke-legitimerade informanter. Däremot tycker sig författarna kunna skönja ett visst mönster där de icke-legitimerade informanterna har ett mer praktiskt förhållningssätt till vården än de legitimerade. Konkret innebär detta att ambulanssjukvårdarna ofta beskrev att de utförde en åtgärd för att de märkt att den hade önskad effekt. Sjuksköterskorna utförde samma åtgärd fast med ett djupare teoretiskt resonemang som också kunde förklara orsaken till att åtgärden hade önskad effekt. Upplevelsen av åtgärden i sig skiljde sig alltså inte märkbart mellan de olika personalkategorierna. Författarna anser dock inte att de har tillräckliga tecken på att sjuksköterskornas teoretiska bakgrund skulle vara bättre än ambulanssjukvårdarnas för att säga att det faktiskt förhöll sig på det viset då det lika gärna skulle kunna vara författarnas egen förförståelse som speglar sig i den analysen, alternativt att tolkningen skett på grund av att ambulanssjukvårdarna faktiskt har ett mer praktiskt förhållningssätt vilket skulle kunna tolkas som en mindre teoretisk bakgrundskunskap.

Åsikter om smärta

Alla informanterna var av den åsikten att smärta är en individuell upplevelse. De betonade vikten av att vara medveten om att smärta är en unik upplevelse hos varje enskild individ, att detta är grundläggande för ett adekvat handläggande som innebär att vårdaren måste vara öppen för de budskap patienten sänder ut såväl verbalt som genom anletsdrag och kroppsspråk. Jones och Machen (2002) fann att personalen inte kände till några klassiska tecken som signalerar smärta och att de många gånger baserar igenkännandet av smärta på sina tidigare erfarenheter och att det mest uppenbara tecknet på smärta var icke-verbal kommunikation som då innefattar ansiktsuttryck, skyddande av det skadade området och undandragande rörelser. Författarna anser att det finns en stor medvetenhet hos informanterna om att upplevelsen är unik och att informanternas tidigare erfarenheter påverkar omhändertagandet. Dock ser författarna inte någon fara i att de lutar sig på tidigare erfarenheter utan att dessa snarare ger dem en större förståelse för att smärtan är så olika mellan olika individer.

Informanterna visade också en medvetenhet om att det utöver fysisk smärta även finns psykisk och själslig smärta eller en samverkan av dessa, vilken kan påverkas och förstärkas av olika faktorer som miljö, social status och psykisk status. Med det hela sammantaget menade informanterna att vården av dessa patienter inte kan standardiseras och att den måste rikta sig mot fler plan än den själva ursprungliga orsaken. Enligt Alonso-Serra och Wesley (2003) är smärta ett multidimensionellt fenomen vilket kan genereras av en mängd olika mekanismer som kan resultera i fysiologiska, psykologiska emotionella och beteendemässiga dimensioner. Därför kan inte enbart graden av vävnadsskada i förhållande till smärtupplevelsen styra behandlingen. Författarna såg att det fanns en stor medvetenhet hos informanterna kring samverkande faktorer och att de i sin strävan att bemästra smärta ser till alla delar som kan påverka upplevelsen.

Vidare beskriver informanterna den unika upplevelsen hos den enskilde individen som summan av erfarenheter, det vill säga att tidigare erfarenheter hos patienten påverkar smärtan. Jones och Machen (2002) fann i sin studie att ålder spelar roll för upplevelsen av smärta. Det framkom att äldre upplever smärta annorlunda då de ofta är vana vid att leva med en viss smärta. Således antar författarna att erfarenheterna spelar en stor roll och att vissheten om detta hos informanterna ytterligare tydliggör fenomenet smärta som en individuell upplevelse, vilken inverkar på och påverkas av många faktorer samt att man hela tiden med denna visshet tolkar smärtan då den kan ta sig olika uttryck.

Bemötande och förhållningssätt vid omhändertagande

Flera informanter beskrev att de upplevde att patienternas smärta kunde förbättras bara av att personalen kommer till platsen. De beskrev detta som att patienten får en trygghetskänsla av att veta att denne nu kommer att bli omhändertagen. Detta resonemang styrks av Ahl, Nyström och Jansson (2006) som i sin studie av patienters tankar inför att tillkalla ambulans beskriver att patienterna många gånger känner en lättnad av sina besvär då de vet att ambulansen är på väg till dem. Denna känsla av att veta att man kommer att få hjälp torde bli ännu mer påtaglig då ambulanspersonalen anländer på platsen. Författarna anser det således också vara ett rimligt antagande att patientens besvär då minskar ännu mer.

Informanterna tryckte mycket på vikten av att ge patienten ett lugnt och tryggt bemötande och ansåg att detta i sig kunde lindra symtomen. Författarna har inte sett någon tidigare studie som visat på ambulanspersonalens medvetenhet om detta. Att ett lugnt bemötande är en viktig del i god omvårdnad och i att skapa en relation till patienten kan verka självklart för den som arbetar med människor varför man kan se det som självklart att ambulanspersonalen arbetar på detta sätt. Författarna anser dock att det intressanta är medvetenheten om den smärtstillande effekten av ett lugnt bemötande då detta i förlängningen också kan innebära att man som en medveten åtgärd kan agera extra lugnt i de situationer patienten bedöms kunna dra nytta av detta.

Att informanterna beskrev nödvändigheten av att vinna patientens tillit och att bygga en relation med patienten är något som författarna anser visar på en medvetenhet hos personalen. Resonemanget styrks av Suserud, Dahlberg och Bruce (2003) som visade på ambulanssjuksköterskors åsikter att vårdrelationen i ambulans var nödvändig och att den bygger på ett gott bemötande som leder till tillit från patienten. Författarna anser dock att en intressant aspekt här är att även ambulanssjukvårdarna som deltog i studien visade en medvetenhet om vikten att bygga omvårdnaden på en god relation med patienten.

Möjligheten att avleda patientens smärta genom att få patienten fokuserad på någonting annat är även beskriven av Jones och Machen (2002). Informanterna har i båda studierna beskrivit en möjlighet att genom ett samtal minska patienten upplevelse av smärta. Jones och Machen (2002) beskrev även att flera informanter hade positiva erfarenheter av möjligheten att avleda smärtan med musik. Detta är något som de flesta av informanterna i denna studie tycktes sakna erfarenhet av, då det bara var informant 2 som beskrev att denna möjlighet använts i praktiken. Av de informanter som tillfrågades om åsikterna om att använda musik ställde de flesta sig positiva och trodde att det troligtvis kunde ha en god effekt.

Att erfarenhet av ett arbete innebär att man gör det bättre nästa gång kan tyckas något självklart. Författarna ser det däremot en intressant aspekt i det faktum att informanterna beskriver ett reflektivt tänkande över tidigare utförda åtgärder. Ambulanspersonalen i studien av Jones och Machen (2002) beskriver också de hur deras behandling av smärta blivit bättre med tiden och att erfarenheten är ett nödvändigt komplement till teoretisk utbildning. Ett resonemang som också styrks av fynden i studien av Stridsberg och Billing (1999).

Bedömning och behandling

Genom informanternas beskrivning medvetandegjordes bedömningen som en stor del i omhändertagandet av den smärtpåverkade patienten och återigen att patientens upplevelse är unik. Genom att titta, lyssna och känna får man mycket information om vad det är för typ och hur kraftig den är. Det som framträdde som det mest tydliga uttrycket för smärta var kroppsspråk och verbalt uttryck. Det kräver av vårdaren kunskap och erfarenhet för att sortera och värdera den information patienten förmedlar. Det vanligaste informanterna beskrev som uttryck för smärta var kroppsspråk och verbalt uttryck. Man visade på att patienten måste förklara sin smärta, den går inte att gissa sig.

När det gällde instrument att bedöma smärta med framkom det att informanterna ansåg patientens egen beskrivning som ett måste för att kunna värdera smärtan. Vidare använder man sig av VAS-skalan eller en verbal variant av denna som ett komplement. Den verbala varianten innebär att patienten får skatta sin smärta med en siffra på en skala 1-10. McCaffrey och Ferrel (1997) anser i sin studie att det minsta kravet man kan ställa på en sjuksköterska är kunskapen om kännedomen om att det enda vetenskapligt dokumenterade verktyget för att mäta smärta är att låta patienten själv beskriva sin smärta med någon form av smärtvärderingsskala. Informanterna i studien har visat på en liknande attityd där den största byggstenen i bedömningen av patientens smärta tycktes vara patientens egna beskrivning av sin smärta.

Kombinationsterapi är vinnande

Författarna delar informanternas åsikter att en ambulanssjukvård utan analgetika vore otänkbar och att utvecklingen snarare bör fortsätta i nuvarande riktning vilket innebär att personalen får ökade farmakologiska behandlingsmöjligheter. Informanterna beskriver samtidigt att de upplever att behovet av icke-farmakologiska åtgärder inte kan ersättas helt och hållet av farmaka och att farmaka i vissa fall är direkt olämpligt som åtgärd. Ställer man detta i relation till riskerna som informant 3 beskriver med att vissa icke-farmakologiska åtgärder lätt kan falla bort anser författarna att det i framtiden kan vara viktigt att också fortbilda personalen avseende icke-farmakologiska åtgärder, likväl som de farmakologiska. Då praktiska icke-farmakologiska åtgärder tenderar vara av mer teknisk natur tror författarna att detta kan vara ett område där ambulanssjukvårdaren i framtiden kan komma att utveckla sin yrkesroll.

McCaffrey och Ferrel (1997) beskrev i sin studie att framgångsrik behandling av smärta knappast kan anses falla på grund av bristen av icke-farmakologiska åtgärder. Informanterna har också beskrivit att de vid svår akut smärta ser ett större behov av läkemedel än någon annan smärtlindrande åtgärd de kan komma på. Samtidigt beskrev informanterna upplevelsen att med väl utförda icke-farmakologiska åtgärder i kombination med farmakologiska ofta sänkte patientens smärta på ett mer effektivt sätt än de farmakologiska kunde på egen hand. Några informanter beskrev också att de upplevt att patienterna inte behövde lika mycket analgetika om den administrerades i kombination med icke-farmakologiska åtgärder. Alonso-Serra och Wesley (2003) beskriver att svårigheten med att behandla smärta prehospitalt är att det krävs behandlingsalternativ som är säkra och inte leder till fysiologiska svårigheter eller försenar transporten till definitiv vård. Författarna anser därför att om icke-farmakologiska behandlingsalternativ kan minska doser och därmed biverkningar av administrerad analgetika så är det ett viktigt område att utveckla.

Slutsats

Studien har visat på en medvetenhet hos ambulanspersonalen vad gäller icke-farmakologiska åtgärder i syfte att lindra smärta. Behovet finns av både farmakologiska åtgärder och icke-farmakologiska och ambulanspersonalen anser att kombinationen av de båda innebär den bästa möjligheten att behandla patienter med smärta.

Författarna kunde inte se någon skillnad mellan de olika personalkategorierna i upplevelsen att många olika faktorer kan påverka smärtan hos patienten, alltså inte endast läkemedel. Den legitimerade personalgruppen tycktes dock eventuellt kunna föra ett till viss del djupare resonemang kring vissa frågor.

Ambulanspersonalen ansåg att smärta kunde orsakas av flera olika orsaker och att de var tvingade att utgå ifrån patientens beskrivelse av sin smärta inför eventuell behandling. Behandlingen ansågs nödvändig att anpassas utefter de behov de kunde identifiera i patientens beskrivning av sin smärta. Detta innebar vanligtvis att smärtan behandlades med flera olika åtgärder, både farmakologiska och icke-farmakologiska.

Studien har också visat på behovet av fortbildning av ambulanspersonalen avseende icke-farmakologiska åtgärder samt fördelarna med en fortsatt utveckling av ambulanssjukvårdens möjligheter till icke-farmakologisk behandling av olika smärttillstånd.

REFERENSER

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

Ahl, C., Nyström, M. & Jansson, L. (2006). Making up one's mind: - Patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing*, 14(1), 11-19.

Alonso-Serra, H. M. & Wesley, K. (2003). Prehospital Pain Management. Position Paper NAEMSP. *Prehospital Emergency Care*, 7(4), 482-488.

Barker, R., Lang, T., Steinlechner, B., Mora, B., Heigel, P., Gauss, N., Zimpfer M. & Kober, A. (2006). Transcutaneous Electric Nerve Stimulation as Prehospital Emergency Interventional Care: Treating Acute Pelvic Pain in Young Women. *Neuromodulation*, 9(2), 136-142.

Bledsoe, B. E. & Myers, J. (2003a). Pain and Comfort – The pathophysiology of pain and prehospital Treatment options. *Journal of Emergency Medical Services*, 28(6), 50-67.

Bledsoe, B. E. & Myers J. (2003b). Pain and Comfort – Future Trends in prehospital Pain Management. *Journal of Emergency Medical Services*, 28(6), 68-71.

Borland, M. L., Jacobs, I. & Rogers, I. (2002) Options in prehospital analgesia. *Emergency Medicine*, 14(1), 77-84.

Burnard (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurser education today*, 11(6), 461-466.

D'Souza, E. (2003). Our patients, our customers: what do they expect from us? *Accident and Emergency Nursing*, 11(3), 182-183.

Ducharme, J. & Barber, C. (1995). A prospective blinded study on emergency pain assessment and therapy. *The Journal of Emergency Medicine*, 13(4), 571-575.

Fosnocht, D. E., Swanson, E. R. & Bossart, P. (2001). Patient Expectations for Pain Medication Delivery. *American Journal of Emergency Medicine*, 19(5), 399-402.

Gårdelöf, B. (1998). Snabb utveckling av de nya ambulanserna – Från akuta sjuktransporter till mobil akutsjukvård. *Läkartidningen*, 95(1-2), 6-9.

IASP, (2004). *Pain terminology*. Hämtad från WWW 2004-10-06: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>

Jay, R. (1996). Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of Accident and Emergency interventions. *Accident and Emergency Nursing*, 4(3), 125-131.

Johnston, C. C., Gagnon, A. J., Fullerton, L., Common, C., Ladores, M. & Forlini, S. (1998). One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: A pilot study. *The Journal of Emergency Medicine*, 16(3), 377-382.

Jones, G. E. & Machen, I. (2002). Pre-hospital pain management: the paramedics perspective. *Accident and Emergency Nursing*, 11(3), 166-172.

Kober, A., Scheck, T., Greher, M., Lieba, F., Fleischhackl, R., Fleischhackl, S., Randunsky, F. & Hoerauf, K. (2002). Prehospital Analgesia with Acupressure in Victims of Minor Trauma: A Prospective, Randomized, Double-blinded Trial. *Anesthesia and Analgesia*, 95(1), 723-727.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindahl, S. GE. (1999). Framtidens anesthesiolog lika mycket utanför som i operationssalen. *Läkartidningen*, 96(38), 4018-4020.

Lindskog, B. & Zetterberg, B. (1981). *Medicinsk terminologi lexikon*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag.

McCaffrey, M. & Ferrel, B. R. (1997). Nurses' knowledge of Pain Assessment and Management: How Much Progress Have We Made? *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(3), 175-188.

McEachin, C. C., McDermott, J. T. & Swor, R (2002). Few Emergency Medical Services Patients with Lower Extremity Fractures Receive Prehospital Analgesia. *Prehospital Emergency Care*, 6(4), 406-410.

Myers, J. (2003). Pain and Comfort – Myths of Prehospital Analgesia. *Journal of Emergency Medical Services*, 28(6), 72-73.

Nash, R., Yates, P., Edwards, H., Fantiman, B., Dewar, A., McDowell, J. & Clark, R. (1999). Pain and the administration of analgesia: what nurses say. *Journal of Clinical Nursing*, 8(2), 180-189.

Nationalencyklopedin. (2007a). *Akupressur*. Hämtad från WWW 2007-04-10: http://www.ne.se/persefone.his.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=110268&i_word=Akupressur

Nationalencyklopedin. (2007b) *TENS*. Hämtad från WWW 2007-04-10: http://www.ne.se/persefone.his.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=325874&i_word=tens

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Poljak, A., Tveith, J. & Ragneskog, H. (2006). Omvårdnad i ambulans – den första länken i vårdkedjan 26(1), 48-51.

- Shapiro, S. E. (2000). Outcomes of prehospital care: Do we really make a difference? *Journal of Emergency Nursing*, 26(3), 239-241.
- Socialdepartementet (1999a). *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område SFS 1998:531*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (1999b). *Förordning om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område SFS 1998:1513*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (1997). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004a). *Meddelandeblad – Svensk ambulanssjukvård 2003*. Hämtad från WWW 2007-03-12: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A16FB4B2-C7A6-456A-9276-588873EB58B7/2743/200417.pdf>
- Socialstyrelsen (2004b). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* Lindesberg: Bergslagens Grafiska.
- Stridsberg, M. & Billing, E. (1999). Sjuksköterskors kunskaper om smärta och smärtbehandling. *Vård i Norden*, 19(4), 41-46.
- Suserud, B-O. & Haljamäe, H. (1997). Role of nurses in pre-hospital emergency care. *Accident and emergency nursing*, 5(3), 145-151.
- Suserud, B-O., Dahlberg, K. & Bruce, K. (2003). Ambulance nursing assessment – part two. *Emergency Nurse*, 11(1), 14-18.
- Tanabe, P., Buschmann, MB. & Forest, R. (2000). Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *Journal of Emergency Nursing*, 26(4), 299-305.
- Upchurch, J. (2003). The face of Pain. *Journal of Emergency Medical Services*, 28(6), 74-101.
- Utbildnings- och kulturdepartementet (1993). *Högskoleförordningen SFS 1993:100*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Utbildningsdepartementet (2003). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor SFS 2003:460*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Wahlin, U., Wielsander, I. & Fridlund, B. (1995). Loving care in the ambulance service. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(6), 306-313.
- Werfel, PA. (2002). Myocardial Dilemma. *Journal of Emergency Medical Services*, 27(9), 26-27.

Wiman, E. & Wikblad, K. (2003). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 422-429.

Yee, A. M., Puntillo, K., Miaskowski, C & Neighbor, M. L. (2006) What Patients With Abdominal Pain Expect About Pain Relief in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 32(4), 281-287.

Örtenwall, P. (1999). "Load and go" eller "stay and play"? *Läkartidningen*, 96(37), 3862-3864.

BILAGOR

Bilaga I - Förfrågan om deltagande i studie – verksamhetsledning

 Högskolan i Skövde Institutionen för vård- och natur Sjuksköterskeprogrammet	2007-03-02
Till berörd chef inom	
Ambulanssjukvården Jönköpings läns landsting	Ambulanssjukvården Skaraborgs Sjukhus
<p>Vi är två sjuksköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som under våren skall genomföra vårt examensarbete på 10 poäng. Då vi båda har intresse av den prehospitla akutsjukvården avser vi att genomföra en studie om ambulanspersonalens erfarenheter och upplevelser vid vård av patienter med olika smärttillstånd.</p> <p>Genom studien hoppas vi kunna bidra till en medvetenhet hos personalen om utförda omvårdnadsåtgärder och deras påverkan på patienten.</p> <p>Syftet med studien är att, med fokus på icke-farmakologiska åtgärder, beskriva hur ambulanspersonal behandlar smärta prehospitalt.</p> <p>Vi önskar därför få Ert medgivande att genomföra sammanlagt 3 intervjuer inom varje landsting med personal som arbetar i den kliniska ambulansverksamheten. Vi avser här både legitimerad och icke-legitimerad personal.</p> <p>Vidare vore det även önskvärt med viss assistans vid val av informanter för studien, för att på så vis fånga en så bred och mångsidig sida av svensk ambulanssjukvård som är möjligt.</p> <p>Det är för oss en självklarhet att ett eventuellt deltagande i studien är frivilligt och att allt intervjumaterial är konfidentiellt och kommer att aidentifieras innan ett resultat presenteras, både avseende platser och personer. Vid eventuell önskan att avbryta deltagande behöver inget skäl anges av informanten.</p> <p>Härmed gör vi en förfrågan om intresse eventuellt finns att delta i studien. Om några dagar kommer vi kontakta Dig för en fortsatt diskussion och eventuell bekräftelse.</p> <p>Med Vänliga hälsningar</p> <p>Pär Lundberg a04porlu@student.his.se</p> <p>Krister Bergkvist b04kribe@student.his.se</p> <p>Ansvarig handledare: Jan Bengtsson jan.bengtsson@his.se Högskolan i Skövde Institutionen för hälso- och vårdvetenskap</p>	

Bilaga II - Förfrågan om deltagande i studie – personal

 <p>Högskolan i Skövde Institutionen för vård- och natur Sjuksköterskeprogrammet</p>	2007-03-13
En önskan om deltagande i intervjustudie.	
<p>Vi är två sjuksköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som under våren genomför vårt examensarbete på 10 poäng. Då vi båda har intresse av den prehospitla akutsjukvården avser vi att genomföra en studie som utforskar ambulanspersonalens erfarenheter och upplevelser vid vård av patienter med olika smärttillstånd.</p>	
<p>Syftet med studien är att, med fokus på icke-farmakologiska åtgärder, beskriva hur ambulanspersonal behandlar smärta prehospitalt.</p>	
<p>Konkret innebär detta att vi i en intervjusituation kommer att tillåta prat om läkemedel. Men att vi snarare är mer intresserade av de icke-farmakologiska åtgärderna som utförs än djupgående förklaringar om vilka läkemedel, doser och administreringsätt som föredras.</p>	
<p>Med termen åtgärder avser vi förhållningssätt gentemot patienten, värdering av patientens smärta, vilka omvårdnadsåtgärder som utförs, ja praktiskt taget allting Ni gör som påverkar patienten på något sätt.</p>	
<p>Vi har valt att göra intervjuer med totalt 6 personer från den kliniskt verksamma personalen från ambulansorganisationerna inom Skaraborgs Sjukhus och Jönköpings läns landsting, alltså 3 personer från varje län. Intervjuerna beräknar vi kommer ta ungefär 30 minuter.</p>	
<p>Det är för oss en självklarhet att ett eventuellt deltagande i studien är frivilligt och att allt intervjumaterial är konfidentiellt och kommer att aidentifieras innan ett resultat presenteras, både avseende platser och personer.</p>	
<p>Vid eventuell önskan att avbryta deltagande kan detta göras när som helst och inget skäl behöver anges.</p>	
<p>Med Vänliga hälsningar</p>	
<p>Pär Lundberg a04porlu@student.his.se</p>	<p>Krister Bergkvist b04kribe@student.his.se</p>
<p>Ansvarig handledare: Jan Bengtsson jan.bengtsson@his.se Högskolan i Skövde Institutionen för hälso- och vårdvetenskap</p>	

Bilaga III – Intervjuguide



Intervjuguide

Kan du beskriva vad smärta är för dig?

Hur känner man igen smärta hos en patient?

Kan du beskriva hur du bemöter en smärtpåverkad patient?

Kan du beskriva hur du bedömer smärta hos patienten?

Kan du beskriva hur du behandlar en smärtpåverkad patient?

Anser du att det finns olika faktorer som påverkar patientens upplevelse av smärta?

Vad har du för kunskaper och åsikter om icke-farmakologiska åtgärder i syfte att lindra smärta?

Vilka icke-farmakologiska åtgärder använder du dig av?

Finns det något du tänkt på under intervjun som du vill berätta mer om men känner att frågorna inte gett utrymme till?