



Ambulansepasientens opplevelse av å bli igjen på stedet og ambulansepersonellets muligheter til å øke trygghet og mestring for pasientene

Kandidatnummer: 23, 24, 25

Emnekode: PMED3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Paramedisin

Antall ord: 10 896 ord

Innleveringsfrist: 15.04.2024

Sammendrag

Bakgrunn

Ambulansetjenesten opplever en stadig økning i oppdrag. En måte å håndtere den økende etterspørselen på, og samtidig avlaste sykehusene, er å øke kompetansen til ambulanspersonellet når det kommer til pasientens behov for videre transport. Å ikke transportere pasienter innebærer komplekse overveielser, og beslutningen medfører risiko både for pasient og ambulanspersonellet. Dette tydeliggjør et behov for ferdigheter ambulansetjenesten ikke nødvendigvis vektlegger i opplæring og videreutdanning. Bedre forståelse for pasientperspektivet er viktig for å øke kvaliteten på helsehjelpen i disse situasjonene, og kan bidra til å forbedre utdanning og retningslinjer i fremtiden.

Metode

Oppgaven bruker litteraturstudie som metode. Systematisk litteratursøk ble gjennomført i databasene Pubmed, Epistemonikos og Cinahl. Fire enkeltstudier ble valgt etter nøye gjennomgang.

Resultat

Studiene beskriver frykt, usikkerhet og tap av kontroll som ledende følelser for pasienten. Gjennom ambulanspersonellens anerkjennende pasientkontakt, gode kommunikasjon, empati og profesjonelle undersøkelser ble grunnlaget for kontroll og trygghet dannet hos pasienten, som senere kunne føle mestring i situasjonen.

Konklusjon

For å skape trygghet og mestring hos pasienten må ambulanspersonell være bevisst på sin fremtreden, ta pasienten på alvor, vise klinisk profesjonalitet, gi omsorg, og inkludere både pasient og pårørende i beslutninger. Oppdrag uten behov for transport krever at ambulanspersonellet har evnen til å omstille seg fra en algoritrisk tankegang til et mer personsentrert fokus. Ved å benytte tilgjengelig kunnskap om pasienters opplevelse, sammen med teori om kommunikasjon, involvering i beslutninger og personorientert omsorg er det mulig å kartlegge hvordan

ambulansepersonell kan redusere negative pasientopplevelser. Resultatene i denne studien viser også at det er behov for mer kunnskap og forskningsbaserte prosedyrer rundt temaet.

Abstract

Background

The ambulance service is experiencing a continuous increase in missions. One way to handle the growing demand, while also relieving hospitals, is to enhance the competence of ambulance personnel regarding the patient's need for transportation. Not transporting patients involves complex considerations, and the decision entails risks for both the patient and the ambulance personnel. This underscores a need for skills that the ambulance service may not necessarily emphasize in training and further education. A better understanding of the patient's perspective is crucial for improving the quality of healthcare in these situations and can contribute to enhancing education and guidelines in the future.

Method

The assignment utilizes literature review as the method. Systematic literature searches were conducted in the databases PubMed, Epistemonikos, and Cinahl. Four individual studies were selected after careful review.

Results

The studies describe fear, uncertainty, and loss of control as the leading emotions for the patient. Through the ambulance personnel's acknowledgement, good communication, empathy, and professional examination, the foundation for control and security was formed with the patient, who could later cope with his or her condition.

Conclusion

To create security and self-efficacy for the patient, ambulance personnel must be aware of their demeanor, take the patient seriously, demonstrate clinical professionalism, provide care, and include both the patient and relatives in decisions. Missions without the need for transportation require ambulance personnel to shift from an algorithmic mindset to a more person-centered focus. By using available knowledge about patients' experiences, along with theories of communication, involvement in decisions, and person-centered care, it is possible to assess how

ambulance personnel can reduce negative patient experiences. The results of this study also indicate a need for more knowledge and research-based procedures on the topic.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUKSJON | 1 |
| 1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 1 |
| 1.2. HENSIKT | 2 |
| 1.3. AVGRENSING OG PROBLEMSTILLING | 2 |
| 1.4. BEGREPSAVKLARING | 3 |
| 1.4.1 Ambulansepersonell..... | 3 |
| 1.4.2 Pasient uten behov for transport | 3 |
| 1.4.3 Sykehus og legevakt | 4 |
| 1.4.4 Pasientperspektivet | 4 |
| 2. TEORI | 5 |
| 2.1 DEN AKUTTMEDISINSKE KJEDE | 5 |
| 2.2 PREHOSPITAL PASIENTUNDERSØKELSE | 5 |
| 2.3 PASIENTER UTEN BEHOV FOR TRANSPORT | 6 |
| 2.4 STRESSREAKSJONER OG TAP AV KONTROLL | 7 |
| 2.5 MESTRING | 7 |
| 2.6 SAMHANDLING MELLOM PASIENT OG AMBULANSEPERSONELL | 8 |
| 2.6.1 Pasientmedvirkning..... | 8 |
| 2.6.2 Kommunikasjon..... | 8 |
| 2.6.3 Ansvar | 10 |
| 2.6.4 Tillitt..... | 11 |
| 2.6.5 Omsorg..... | 11 |
| 2.6.6 Personsentret omsorg..... | 11 |
| 2.7 HOLDNINGER I AMBULANSETJENESTEN | 12 |
| 3. METODE | 13 |
| 3.1. LITTERATURSTUDIE SOM METODE..... | 13 |
| 3.2. INNLEDENDE LITTERATURSØK OG USTRUKTURERT LITTERATURGJENNOMGANG | 13 |
| 3.3. SYSTEMATISK LITTERATURSØK..... | 13 |
| 3.3.1. PICO..... | 14 |
| 3.3.2. Søkeord og databaser..... | 16 |
| 3.3.3. Eksklusjons- og inklusjonskriterier | 17 |
| 3.3.4. Utvelgelsesprosessen | 17 |
| 3.4. KRITISK VURDERING AV STUDIER OG FUNN | 19 |
| 3.5. FORSKNINGSETIKK | 19 |
| 4. RESULTATER | 20 |
| 4.1 FØR AMBULANSENS ANKOMST | 20 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.1.1 | Interne faktorer..... | 20 |
| 4.1.2 | Eksterne faktorer..... | 21 |
| 4.2 | VED AMBULANSENS ANKOMST..... | 22 |
| 4.2.1 | Grundighet og kompetanse..... | 22 |
| 4.2.2 | Mellommenneskelige ferdigheter..... | 23 |
| 4.2.3 | Aktiv involvering i beslutning..... | 24 |
| 4.3 | VED AMBULANSENS AVREISE..... | 25 |
| 4.3.1 | Tilbakeføring av ansvar..... | 25 |
| 4.3.2 | Opprettelse av sikkerhetsnett..... | 25 |
| 4.4 | ETTER HENDELSEN..... | 26 |
| 5. | DISKUSJON..... | 28 |
| 5.1 | OVERFØRING AV ANSVAR..... | 28 |
| 5.1.1 | Tilbakeføring av ansvar..... | 28 |
| 5.1.2 | Juridisk ansvar..... | 31 |
| 5.1.3 | Pasientsikkerhet og støtte i beslutningstaking..... | 31 |
| 5.2 | KOMPETANSE OG FERDIGHETER..... | 33 |
| 5.2.1 | Aktiv involvering i beslutningen..... | 35 |
| 5.2.2 | Personsentrert omsorg..... | 35 |
| 5.2.3 | Utdanning..... | 37 |
| 5.3 | STYRKER OG SVAKHETER VED OPPGAVEN..... | 38 |
| 6. | KONKLUSJON..... | 40 |
| 7. | LITTERATURLISTE..... | 41 |
| 8. | VEDLEGG..... | 50 |
| | VEDLEGG 1: STATISTIKK OVER UTVIKLINGEN AV AMBULANSEOPPDRAG..... | 50 |
| | VEDLEGG 2: PICO-SKJEMA MED TREFF I EPISTEMONIKOS..... | 51 |
| | VEDLEGG 3: PICO-SKJEMA MED TREFF I CINAHL..... | 52 |
| | VEDLEGG 4: FLYTSKJEMA..... | 53 |
| | VEDLEGG 5: LITTERATURMATRISE..... | 54 |
| | VEDLEGG 6: SJEKKLISTE VURDERING AV KVALITATIV STUDIE..... | 56 |

1. Introduksjon

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Fra 2011 til 2022 har det vært en 38% økning i ambulanseoppdrag i Sør-Øst-Norge (Statistisk sentralbyrå, 2023), se vedlegg 1. Dette medfører økt belastning på akuttmottak og legevakt (Andrew et al., 2019, s. 36). Tradisjonelt sett har ambulansetjenestens hovedoppgave vært å transportere syke og skadde inn til et høyere omsorgsnivå, men på relativt kort tid har komplekse vurderinger og behandlingstiltak blitt en viktig del av tilbudet (Nilsen et al., 2014).

Ambulansetjenesten er sykehusets forlengede arm, og ikke lenger kun en transporttjeneste. En måte å håndtere den økende etterspørselen etter ambulansetjenesten på, og samtidig avlaste sykehusene, kan være å øke kompetansen til ambulansespersonellet når det kommer til vurderinger rundt å etterlate pasientene som ikke har behov for videre øyeblikkelig helsehjelp. I Norden ender mellom 12,9% og 40% av ambulanseoppdrag med at pasienten ikke transporteres, og trenden er økende (Paulin et al., 2020). Likevel eksisterer det lite forskningsbasert kunnskap på temaet og få retningslinjer med bakgrunn i kunnskapsbasert praksis (Lederman et al., 2020).

Når ambulansespersonell har vurdert at en pasient ikke har behov for ambulansetransport til et høyere omsorgsnivå innebærer dette komplekse vurderinger, og beslutningen medfører risiko både for pasient og ambulansespersonellet. For pasienten er det risiko for sykdom og død som er viktig. For ambulansespersonellet er det en juridisk risiko samt en risiko for svekket yrkesstolthet og egen fremtid i yrket dersom uforsvarlig helsehjelp ytes. Tidligere forskning på temaet fokuserer oftest på aspekter som pasientsikkerhet, ambulansespersonellens beslutning- og vurderingsevne, eller bruken av helseressurser. Alt dette er viktig, men vi opplever samtidig at litteraturen er mangelfull når det kommer til pasienters perspektiv og hvilke suksesskriterier som skaper en positiv pasientopplevelse ved fravær av videre transport. Positiv pasientopplevelse er vitenskapelig bevist å gi forbedret pasientsikkerhet, større klinisk effektivitet, økt tilfredshet, samt forbedret helseutfall (Doyle et al., 2013).

Bedre forståelse for pasientperspektivet er viktig for å øke kvaliteten på helsehjelpen i disse situasjonene, og kan bidra til å forbedre utdanning og retningslinjene i fremtiden (Doyle et al., 2013). Forståelse for pasientperspektivet er også viktig fordi pasienter i stor grad bør delta i beslutninger som angår dem. Dersom ambulanspersonellet forstår pasienten kan de fasilitere for at pasienten skal støtte den beslutningen de mener er korrekt (Knottnerus & Tugwell, 2012).

1.2. Hensikt

Hensikten med oppgaven er å gi økt innsikt i pasientens perspektiv i situasjoner hvor ambulanspersonellet har foretatt en vurdering som ikke resulterte i transport til sykehus eller legevakt. Målet er at innsikten kan fremheve hva som er av betydning for pasienten og samtidig kartlegge de forskjellige utfordringene som oppstår både for pasient og ambulanspersonell. Videre vil vi diskutere hvordan denne informasjonen kan brukes til å øke kompetansen hos ambulanspersonell og kvaliteten på helsehjelpen som gis.

1.3. Avgrensing og problemstilling

Vi vil svare på følgende problemstilling:

Hvordan opplever pasienter situasjoner der det ikke er behov for videre ambulansetransport, og hvordan kan ambulanspersonell bidra til økt trygghet og mestring for pasientene i slike situasjoner?

Oppgaven avgrenses til oppdrag der beslutningen om å ikke transportere pasienten er tatt og samtykket til. Hendelser hvor pasienten motsetter seg transport vil ikke være en del av oppgaven. Fokuset ligger på pasientens subjektive opplevelse av ikke-kritisk helsehjelp og påfølgende beslutning der pasient er uten behov for transport.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Ambulansepersonell

I denne oppgaven benyttes begrepet ambulanspersonell for å betegne alt helsepersonell som arbeider innen klinisk ambulansetjeneste. I henhold til akuttmedisinforskriften kan ambulansen bemannes med annet helsepersonell med nødvendig ambulansesfaglig kompetanse, i tillegg til minst én ambulansarbeider eller paramedisiner (Akuttmedisinforskriften, 2015). Eksempler på annet helsepersonell er sykepleiere, leger, studenter og lærlinger. Dette medfører variasjon i bakgrunn og kompetanse blant ambulanspersonellet. Fordi man ikke kjenner personellsammensetningen på alle ambulanser, er det ikke vanlig å ta hensyn til dette i forskningslitteraturen. Det er heller ikke alltid klart hvordan utdanningsløp, kompetansekrav og personellsammensetning er i utenlandske helseforetak. Av den grunn vil denne oppgaven ikke tillegge ambulanspersonellet bakgrunn noe ytterligere vekt.

1.4.2 Pasient uten behov for transport

Pasient uten behov for transport er begrepet som beskriver tilfeller der ambulanspersonellet undersøker en pasient som deretter blir igjen på stedet, fremfor å transporteres videre til sykehus eller legevakt. Det inkluderer tilfeller hvor det har vært utført akuttmedisinske- og psykososiale tiltak. Beslutningen om å ikke transportere kan være tatt av ambulanspersonellet, eller være pasientens valg på tross av råd fra ambulanspersonellet. Det kan også være tatt som en felles beslutning (Ebben et al., 2017). Internasjonalt benyttes begrepet «non-conveyance» om slike situasjoner og det eksisterer ingen norsk oversettelse. Direkte oversatt blir det «ikke-overføring», men dette oppleves som kunstig. Et annet alternativ kan være «behandlet på stedet», men dette begrepet blir upresist dersom det ikke har skjedd behandling. Andre norske begreper kan være «etterlatt/forlatt/dimittert på stedet», men dette oppfattes som negativt ladet. Av den grunn har vi benyttet varianter av frasen *pasient uten behov for transport*.

1.4.3 Sykehus og legevakt

I Norge transporteres pasienter hovedsakelig til legevakt eller sykehusets akuttmottak avhengig av alvorlighetsgraden på pasientens tilstand. Denne organiseringen skiller seg fra de fleste andre land, som opererer med felles legevakt og akuttmottak, også kalt «emergency department» (Buskop et al., 2016). Sykehuset pasienten transporteres til avhenger av pasientens tilhørighet, sykehusets kapasitet og spesialisering. I noen helseforetak kan pasienter uten akuttmedisinske behov også transporteres til pasientens fastlegekontor, dersom det er innenfor åpningstiden og de har kapasitet.

1.4.4 Pasientperspektivet

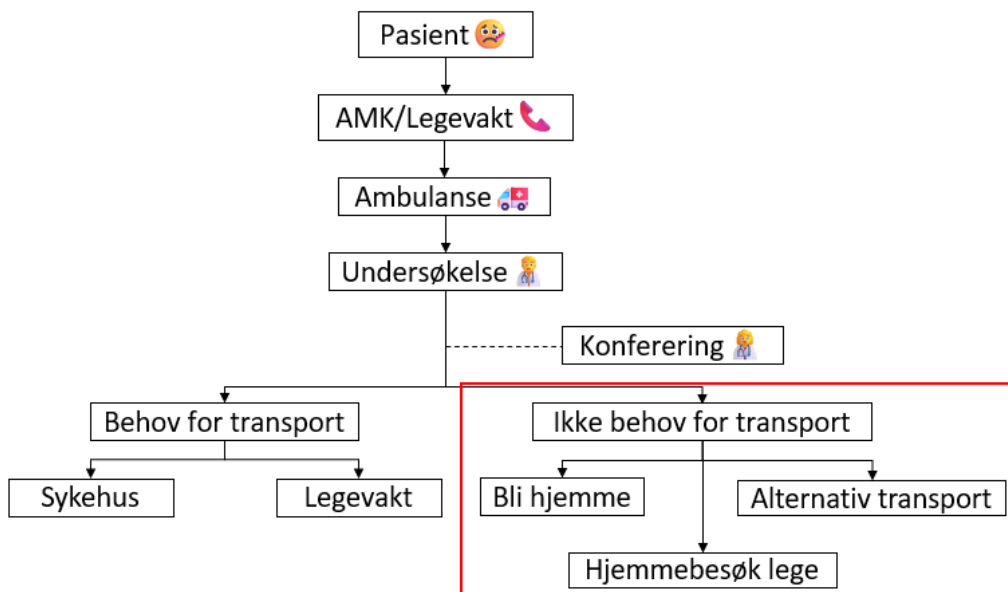
Pasientperspektivet i denne oppgaven omhandler hvilke tanker, følelser, synspunkter, motivasjoner og faktorer som pasientene opplever og som spiller inn i deres beslutninger ved en akutt hendelse. Perspektivet i denne oppgaven inkluderer tiden fra den akutte hendelsen inntreffer, når ambulansen ankommer, undersøker, kommuniserer og forlater, samt opplevelsen i tiden etter at ambulansen har forlatt stedet.

2. Teori

I dette kapitlet presenteres eksisterende teori som er relevant for forståelse av pasienten, ambulansespersonnellets rolle, behov for transport og utfordringene som kan oppstå.

2.1 Den akuttmedisinske kjede

Den akuttmedisinske kjeden består av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), kommunal legevaktsentral, bil-, luft- og båt-ambulansetjenesten, akuttmottak på sykehus og legevakt. Kjeden skal sikre at akutt helsehjelp er tilgjengelig for alle, og består av en rekke sammenhengende ledd (Idland et al., 2019). Figur 1 illustrerer den akuttmedisinske kjeden fra pasienten tar kontakt til de ulike endepunktene. Alternativene for pasienter uten behov for ambulansetransport er markert i rødt i figuren.



Figur 1: illustrasjon av den akuttmedisinske kjeden

2.2 Prehospital pasientundersøkelse

Ambulansepersonell står ofte ovenfor liv-død-problematikk på en offentlig scene hvor andre har innsyn, og oppdragene er preget av tidspress, ressursbegrensninger og

usikkerhet rundt pasientens omfang av sykdom eller skade (Nordby, 2014, s. 20). Felles ved akuttmedisinske situasjoner er at de oppstår uventet, og at det er viktig å reagere og utføre de riktige tiltakene raskt (Haugen, 2019, s. 5). Både nasjonalt og internasjonalt er ambulanspersonell trent i å arbeide systematisk, uavhengig av situasjonen de befinner seg i. Dette innebærer å vurdere sikkerhet på stedet, ta ledelse, skaffe oversikt, og utføre livreddende førstehjelp (Haugen, 2019, s. 33-34). I akuttmedisinske situasjoner er pasienten noen ganger så kritisk syk eller livstruende skadet at det er en reell fare for at pasienten dør før ankomst til sykehus (Nordby, 2014, s. 21). For å unngå å bruke for mye tid på å undersøke mens man egentlig burde handlet, deles pasientundersøkelsen i to: primærundersøkelsen og sekundærundersøkelsen (Haugen, 2019, s. 36). Primærundersøkelsen benytter ABCDE-prinsippene, og skal gi et øyeblikksbilde av tilstanden til en pasient ved å vurdere luftveier («Airways»), pustearbeid («Breathing»), sirkulasjon («Circulation»), bevissthet («Disability») og omgivelser («Exposure/environment») i prioritert rekkefølge. Primærundersøkelser skal normalt ikke ta mer enn ett minutt. Ved funn i primærundersøkelsen som krever behandling, vil undersøkelsen midlertidig stoppe og fokuset skiftes til å gjøre korrigerende tiltak (Haugen, 2019, s. 36-37). Sekundærundersøkelsen er en grundigere gjennomgang og innebærer anamnese, måling av vitale parametere som blodtrykk, blodsukker og pustefrekvens, samt inspeksjon av alle kroppsavsnitt. Med bakgrunn i at det ved noen sykdomstilfeller kan være avgjørende at pasienten kommer seg raskt til sykehus, sier blant annet tiltaksboka i Vestre Viken Helseforetak at ambulansenheter normalt ikke bør bruke mer enn 15 minutter på pasientundersøkelse og behandling på stedet (personlig kommunikasjon, 7. mars 2024). Alle usikkerhetsmomentene forbundet med prehospital akuttmedisin gjør at man ofte tillater en viss grad av overbehandling, selv om presis og individbasert behandling fortsatt er viktig (Nordby, 2014, s. 20).

2.3 Pasienter uten behov for transport

En studie gjort på den prehospitale pasientdemografien i Sverige viste at 12% av 23250 pasienter ikke trengte transport til høyere behandlingsnivå (Höglund et al., 2020). Studiene viser at pasienter i aldersgruppen 65-80 var de som oftest ikke ble transportert (21%), og at det ikke var noen signifikant kjønnsforskjell. De vanligste

årsakene til kontakt med ambulansen var synkope (16,7%), fall (12,7%) og pusteproblematikk (9,4%). Etter ambulansespersonellets undersøkelse var de vanligste tentative diagnosene synkope (9,9%), psykiatri (9,4%) og panikkanfall (8,9%) (Ebben et al., 2019). I de fleste tilfellene var ikke vitalia avvikende, med unntak av SpO2 nivået hvor 14% hadde oksygenmetning på mellom 90% og 95% (Ebben et al., 2019). Dette er under normalverdien hos friske pasienter (Arentz-Hansen & Moen, 2021). Av pasientene som ikke fikk ambulansetransport ble 51% hjemme uten videre plan for behandling, 30% ble henvist til fastlege, og 19% ordnet alternativ transport til legevakt eller akuttmottak (Höglund et al., 2020).

2.4 Stressreaksjoner og tap av kontroll

Stress er et komplekst begrep som brukes til å beskrive alt fra pågående belastninger i omgivelsene til adferdsmessige, psykologiske og fysiologiske reaksjoner på belastning (Rod, 2019, s. 24). Ulykker, akutt sykdom eller katastrofer er belastende hendelser som kan medføre fysiske og psykiske stressreaksjoner uavhengig av om livet er truet eller ikke (Skants, 2014, s. 20-21). Stressreaksjonen kan i seg selv være nok til at situasjonen oppleves annerledes enn realiteten, for eksempel ved å oppleves som uhåndterbar for den det gjelder (Bråten, 2020, s. 29). I slike situasjoner er det et element av tapt *kontroll* over eget liv og helse som utløser stressreaksjonen (Skants, 2014, s. 20). Å ha kontroll er en verdi mennesker setter høyt, og opplevelsen av å miste kontroll vurderes som negativt (Skants, 2014, s. 20). Ifølge stressteori vil pasientens stressreaksjon være preget av egne eller pårørendes tidligere erfaringer, eller basert på noe de har lest (Harris & Ursin, 2012, s. 166). Dette er opplysninger helsepersonell bør innhente slik at man kan hjelpe pasienten med å etablere en positiv reaksjonsforventning, altså mestring (Harris & Ursin, 2012, s. 166).

2.5 Mestring

«Mestring kan forstås som å klare noe på egenhånd, som å takle stress eller sykdom, slik at man kommer seg videre på en god måte» (Tveiten, 2012, s. 174). Eide og Eide (2017, s. 48) skriver at mestring innebærer en rekke individuelle

prosesser, og man kan bruke begrepet som en generell betegnelse for ulike måter å forholde seg til helsebelastninger og utfordrende endringer i livet på. Videre forklares det at et paradoks når helsepersonell skal hjelpe pasienter til mestring er at selve mestringsarbeidet må utføres av vedkommende selv. Grunnen til dette er at motivasjon er en helt sentral faktor for mestring (Eide & Eide, 2017, s. 48). Helsepersonellens jobb er å medvirke til at pasienten selv lykkes med sitt mestringsarbeid ved å gi praktisk bistand, ny kunnskap, informasjon og viktigst av alt; motivere pasienten til å komme i gang for å gjennomføre mestringsarbeidet. Utvikling av mestring er bare mulig når vi opplever at vi styrer og kontrollerer noe, og for å oppnå dette vil pasientmedvirkning være et sentralt nøkkelord (Harris & Ursin, 2012, s. 169). I denne oppgaven benyttes også begrepet mestringstro. Mestringstro er en oversettelse av det engelske begrepet «self-efficacy», som omhandler individets tro på egen evne til å håndtere, eller mestre en bestemt situasjon (Bandura, 1977).

2.6 Samhandling mellom pasient og ambulanspersonell

2.6.1 Pasientmedvirkning

Pasientmedvirkning oppstår når pasient og ambulanspersonell sammen tar beslutninger rundt undersøkelse, behandling og planen videre. Pasienter som sammen med ambulanspersonell tar del i beslutninger viser økt etterlevelse og har redusert risiko for komplikasjoner (Galletta et al., 2022). Pasientmedvirkning fører til positive pasientopplevelser, og forbedring i pasientens tillit til helsevesenet som videre gir helsegevinst, bedre livskvalitet og økt tilfredshet for pasienten (Vahdat et al., 2014). Retten til medvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven: «Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

2.6.2 Kommunikasjon

Kommunikasjonsbegrepet omhandler overføring av informasjon, og gjelder både verbal og ikke-verbal kommunikasjon med pasient, pårørende, kolleger, og annet

helsepersonell (Hagen & Baker, 2020). Så mye som 80-90% av formelle klager på ambulanspersonell kan relateres til dårlig kommunikasjon (Nordby, 2010, s. 18-19). I klinisk arbeid er det fordelaktig både for helsepersonellet og pasienten at relasjonen mellom dem er god. God kommunikasjon og det interpersonale forholdet har vist seg å være viktig for pasientens tilfredshet og skaper ro i en kaotisk situasjon (Kaur, 2020). Klar kommunikasjon gir en følelse av å være involvert og informert (Satchell et al., 2023). For å minimere risiko for misforståelser i krisesituasjoner er det anbefalt å strukturere kommunikasjonen ved blant annet benytte seg av «closed-loop communication» (Wahr, 2023). Denne metoden går ut på at mottakeren av en beskjed gjentar budskapet til senderen, som deretter enten kan bekrefte eller korrigere feil. Forskning viser at repetisjon gjør at informasjonen blir tydeligere og mer forståelig (Gerwing & Indseth, 2015).

Når ambulanspersonellet innledningsvis skal utforske pasientens perspektiv, er kommunikasjon et viktig verktøy (Østebø et al., 2023, s. 3). Noen av de viktigste ferdighetene i profesjonell, hjelpende kommunikasjon er empati og aktiv lytting (Eide & Eide, 2017, s. 118). Aktiv lytting er en teknikk hvor man tydelig viser ovenfor den kommuniserende parten at man er oppmerksom og tilstedeværende. Dette gjør at den som kommuniserer føler seg ivaretatt av lytteren (Grasaas et al., 2020, s. 152) Empati er en lærbar ferdighet som vektlegges innen det medisinfaglige feltet. Begrepet empati omhandler forståelse for en annen persons følelser fra et objektivt, men emosjonelt forstående standpunkt (Hardee, 2003). Empati kan benyttes effektivt i møte med pasienter utsatt for emosjonelt tyngende situasjoner for å bedre forstå og behandle pasienten (Hardee, 2003). Dette kalles praktisk emosjonelt kommunikasjonsarbeid og baserer seg på anerkjennelse av at sterke følelser er til stede, prøve å forstå følelsene, kommunisere høyt egen forståelse av følelsene, legitimere følelsene, respektere at pasienten går gjennom noe emosjonelt tyngende, og tilby støtte og veiledning (Hardee, 2003). En annen teknikk beskrevet av Suchman et al. (1997) handler om å se muligheter for empatisk respons i dialogen mellom pasient og behandler, ikke kun klinisk rettede spørsmål. Resultatet av å benytte seg av empatisk respons kunne ifølge forskningen gi pasienten tid til å svare på en mer emosjonelt utfyllende måte. Dette kunne videre forsterke pasientens

følelse av å bli sett og hørt, samt gi behandleren muligheten til å få ytterligere forståelse både for sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens perspektiv.

2.6.3 Ansvar

Ordet ansvar er flertydig, og man skiller gjerne mellom juridisk og etisk ansvar. I samhandling mellom ambulanspersonell og pasient er begge ansvarstyper til stede og det kan være nyttig å skille dem. Først og fremst er ansvar et grunnleggende etisk fenomen i samliv med andre mennesker (Henriksen & Vetlesen, 2011, s. 87). Dette ansvaret tydeliggjøres når det sees i sammenheng med avhengighet av andre. Avhengighet av andre er en konstant del av menneskelivet, men for mange er det en krise eller sykdom som skal til for å bevisstgjøres avhengigheten (Henriksen & Vetlesen, 2011, s. 79). Når en voksen person blir bevisst på andres avhengighet av dem, får personen et opplevd moralsk ansvar for deres trivsel (Henriksen & Vetlesen, 2011, s. 87).

Juridisk sett er helsepersonell pålagt plikter ovenfor pasientene i henhold til helsepersonelloven, og om de handler i strid med bestemmelsene kan de stilles til ansvar. Dette innebærer blant annet plikten til å utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp innenfor sine kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Videre står det at helsepersonell skal innhente bistand eller henvise videre der dette er nødvendig og mulig. I et skriv fra helsedirektoratet til helseforetakene som omhandler ansvar for pasienter i akuttmedisinske tjenester, er det presisert at «å sikre at pasienter med akutt sykdom eller skade får nødvendig akuttmedisinsk oppfølging er en hovedoppgave» (Valle & Ankarstrand, 2019). Helseforetakene er pålagt å utarbeide og forbedre nødvendige prosedyrer og retningslinjer når ambulanspersonell lar pasienter bli på stedet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, §6). Innholdet og omfanget av disse prosedyrene varierer mellom helseforetakene.

2.6.4 Tillitt

Som pasient er man i en sårbar situasjon der man ikke nødvendigvis vet hva sykdommen innebærer eller hvilket behov man har. Å vise tillit til helsepersonell innebærer fra pasienten sin side å gi fra seg makt, slippe kontroll og ta risiko (Eide & Eide, 2017, s. 26). Når pasienter viser tillitt har de en antakelse om at de får den hjelpen de trenger, at helsepersonellet vil dem vel, og at helsepersonellet har nødvendig kompetanse (Eide & Eide, 2017, s. 27). Å ha rollen som helsepersonell medfører tillitt i form av at personer som søker helsehjelp vil kunne vise mer av sin sårbarhet enn de ville gjort ovenfor andre personer. Eide & Eide (2017, s. 26) skriver at med slik tillitt følger betydelig makt, enten til å lytte eller avvise, støtte eller krenke. Tillitt og mistillit er grunnleggende når det kommer til å gi god helsehjelp.

2.6.5 Omsorg

Omsorgens premiss er at helsepersonellet interesserer seg for, er opptatt av, relaterer til og samarbeider med pasienten (Birkler, 2023, s. 21). Empati er et nært beslektet begrep, og handler om å se og forstå pasienten. Empati vil muliggjøre at man ser pasientens behov, mens i omsorgsbegrepet påtar helsepersonellet også ansvaret for behovet pasienten ikke klarer å dekke selv (Birkler, 2023, s. 27). I praksis betyr omsorg å skape en pasientrelasjon gjennom oppmerksomhet, forståelse og bruk av sanser for å registrere det fysiologiske og det menneskelige ved en pasient, og deretter vise at man tar på seg ansvaret for å hjelpe pasienten gjennom ord og handling (Birkler, 2023, s. 43-58).

2.6.6 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg også kalt «person centered care» (PCC) er teorien om å møte pasienter som et individ og en likeverdig person, ikke bare en sykdom som skal behandles (Coulter & Oldham, 2016). Videre beskrives det at behandlingen skal være personalisert og fasilitere for egenrådighet over egen behandling. Ved å jobbe ut ifra prinsippene som PCC omfatter, implementerer man pasientens ståsted som en viktig del av behandlingen. Dette gjør man ved å identifisere pasientens styrker og potensialet individet har til å forbedre egen helse, deretter tilegne dem nok

informasjon og ferdigheter til å håndtere tilstanden (Coulter & Oldham, 2016). Dermed unngår man en pasient som passivt får delegert et behandlingsregime de selv ikke verdsetter. Avslutningsvis opplyser Coulter og Oldham (2016) at man ved å forskrive en behandling uten at pasientens perspektiv og meninger tas med i vurderingen, gjør at pasientene blir lite selvstendige og reduserer pasientenes selvsikkerhet i behandlingen.

2.7 Holdninger i ambulansetjenesten

En finsk undersøkelse fant negative holdninger og frustrasjon hos ambulansepersonell på bakgrunn av den økende mengden pasienter hvor oppdragene ble ansett som unødvendige (Ericsson et al., 2022). Studien fant at en årsak til frustrasjon er ambulansepersonellets subjektive følelse av at befolkningen viser tegn til økende hjelpeløshet og at det ikke var behov for det akuttmedisinske fokuset de i utgangspunktet har utdannelse og trening til å håndtere. Negative holdninger tilknyttes blant annet fenomenet omsorgstretthet. Omsorgstretthet oppstår der mennesker over tid opplever gradvis desensitivisering og redusert empati og medlidenhetsfølelse (Williams et al., 2017). Dette vil gjenspeiles i deres holdninger og interaksjoner med pasienter. Nordby skriver at gode holdninger krever mer enn å beherske formelle regler og prosedyrer – det handler om å fremstå som en sympatisk og forståelsesfull helsearbeider, selv om samhandlingen med pasienten involverer utfordringer (Nordby, 2014, s. 92).

3. Metode

3.1. Litteraturstudie som metode

Metoden er den strukturerte tilnærmingen som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å utforske problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 77). For å svare på vår problemstilling har vi i denne bacheloroppgaven benyttet litteraturstudie som metode. Litteraturstudien systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder, går kritisk igjennom dem og til slutt sammenfatter det hele (Thidemann, 2019, s. 77). Vi mener denne metoden egner seg godt til å svare på oppgaven, da det muliggjør analyse av flere studier innen fagområdet og sammenfatning av et bredt spekter av opplevelser (Dalland, 2020, s. 203).

3.2. Innledende litteratursøk og ustrukturert litteraturgjennomgang

En foreløpig problemstilling ble benyttet som grunnlag for en innledende ustrukturert litteraturgjennomgang for å skaffe oversikt over informasjon, kunnskap og forskningsresultater innen temaet (Thidemann, 2019, s. 81). Vi gjennomførte usystematiske søk gjennom søkemotoren «Google» og den spesialiserte søkemotoren «Google Scholar» hvor vi fant flere relevante artikler og systematiske gjennomganger. Når vi fant interessante artikler, leste vi gjennom referanselisten og oppdaget på den måten andre relevante artikler. Med denne fremgangsmåten merket vi oss ytterlige søkeord, idéer til vinkling og avgrensninger, samtidig som vi ble kjent med relevant terminologi. Den foreløpige problemstillingen ble så gjennomgått og endret. Vi konkretiserte oppgavens perspektiv og hensikt, noe som resulterte i en mer avgrenset og presis problemstilling. Relevant litteratur fra manuelle søk ble lagret slik at vi hadde mulighet til å finne tilbake til studiene senere.

3.3. Systematisk litteratursøk

Systematisk litteratursøk er et planlagt og begrunnet søk med formål å finne alle relevante artikler, samtidig som funn avgrenses på en strukturert måte (Thidemann, 2019, s. 82). Søket skal dokumenteres og være etter-prøvbart ved senere gjennomgang. I denne bacheloroppgaven ble det systematiske søket gjennomført med hjelpemidler som PICO-skjema og Medical Subject Headings (MeSH) oppslagsverk. PICO-skjema er et rammeverk innen systematisk søk, der hver av

bokstavene i PICO representerer en komponent i søket (Thidemann, 2019, s. 82). Hensikten er å klargjøre søket ved å dele det opp og gjøre det oversiktlig (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 85-86). MeSH er en terminologibase innen medisin og helsefag som bidrar til bedre og mer presise søk når man skal finne litteratur i internasjonale databaser som PubMed og Cochrane Library (Helsebiblioteket, 2016).

3.3.1. PICO

For å konkretisere problemstillingen og gjøre den søkbar lagde vi et PICO-skjema. Videre ble skjemaet fylt med relevante søkeord og begreper vi hadde tilegnet oss gjennom det ustrukturerte søket. Avslutningsvis skaffet vi oss oversikt over relevante MeSH-begreper hentet fra MeSH-databasen til PubMed. PICO-skjema for denne oppgaven er ikke en fullverdig PICO, men en PIO, da vi ikke har en problemstilling som fordrer sammenligning. MeSH-begreper er markert i kursiv i PICO-skjema (tabell 1).

| | Engelske søkeord | | Treff | | Total | |
|---|------------------|------------------------------|-------|---------|-------|-----|
| P | 1 | <i>Paramedics</i> | OR | 305311 | AND | 352 |
| | 2 | Prehospital | | | | |
| | 3 | Pre-hospital | | | | |
| | 4 | Out-of-hospital | | | | |
| | 5 | Extended care practitioner | | | | |
| | 6 | EMS | | | | |
| | 7 | Emergency medical service | | | | |
| | 8 | EMT | | | | |
| | 9 | Emergency medical technician | | | | |
| | 10 | <i>Emergency responders</i> | | | | |
| | 11 | <i>Ambulance*</i> | | | | |
| | 12 | Ambulance crew | | | | |
| | 13 | Ambulance nurses | | | | |
| | 14 | Ambulance patients | | | | |
| I | 15 | Non-convey* | OR | 3350 | AND | 352 |
| | 16 | Nonconvey* | | | | |
| | 17 | Non-transport* | | | | |
| | 18 | Non-emergency* | | | | |
| | 19 | Unnecessary transport | | | | |
| | 20 | Discharged-at-scene | | | | |
| | 21 | Discharged-at-the-scene | | | | |
| | 22 | See-and-treat | | | | |
| | 23 | Treat-and-release | | | | |
| O | 24 | Experience* | OR | 3856479 | AND | 352 |
| | 25 | <i>Perception*</i> | | | | |
| | 26 | Expect* | | | | |
| | 27 | Perspective* | | | | |
| | 28 | Satisfaction* | | | | |
| | 29 | Recontact* | | | | |
| | 30 | Reattendance* | | | | |
| | 31 | <i>Safety</i> | | | | |
| * = Trunkering er benyttet for å inkludere alle ord med samme ordstamme Kursiv = MeSH-term | | | | | | |

Tabell 1: PICO-skjema med treff i PubMed (hentet 8. februar 2024)

3.3.2. Søkeord og databaser

For at søkene skulle bli så presise som mulig opprettet vi en liste over MeSH-begreper. MeSH-ordboken til PubMed gir en strukturert oversikt over relevante begreper, samt tilknyttede begreper eller begreper under samme kategori. Ettersom MeSH-begreper i seg selv ikke var nok til et fullverdig søk ble søkeord også inkludert ved å lete i overskrifter og abstract i artikler fra det usystematiske søket. Vi la til synonymer og trunkering for å inkludere variasjoner av samme begrep og mulige søksskombinasjoner. Når vi søkte etter fraser valgte vi å benytte oss av bindestrek mellom ordene hvis dette var gjort i artikler fra det usystematiske søket. I andre tilfeller skrev vi frasen fritt inn i søkefeltet slik at frasen kunne plukkes opp av PubMeds «Automatic Term Mapping» (PubMed, 2023).

Vi valgte å begrense det systematiske søket til tre databaser: PubMed, Epistemonikos og Cinahl. PubMed er verdens største database innen medisin og helse, og baserer seg på Medline databasen (National Library of Medicine, 2023). Forskjellen er at den er mer brukervennlig og inneholder i tillegg vitenskapelige tidsskrifter og online bøker. Epistemonikos ble benyttet fordi det er den største databasen med systematiske gjennomganger relevant innen helse (Helsebiblioteket, 2020). Cinahl inneholder kvalitativ forskning og pasienterfaringer, som står sentralt i vår oppgave (Helsebiblioteket, 2024). Vi gjorde oss i tillegg kjent med både Cochrane Library og Psycinfo, men disse ble ekskludert fra det systematiske søket på grunn av få søkstreff og fravær av relevante artikler ved usystematiske søk.

Innledningsvis ønsket vi å få oversikt over hvor mange treff søkeordene produserte, og deretter hvor mange treff hver bokstav i PIO-skjemaet ga. Dermed ble søkeordene gruppert under sin bokstav i PIO med bindeleddet OR mellom hvert ord. Etter at denne grupperingen var etablert ble de tre gruppene sammensatt med bindeledd AND. Antall treff i prosessen ble lagt inn i PIO-skjema for relevant database. Tilsvarende søkeprosess ble gjennomført i de aktuelle databasene (vedlegg 2, vedlegg 3). Det totale antallet treff i PubMed-databasen var 369, Epistemonikos ga 206 treff, og Cinahl ga 89 treff.

3.3.3. Eksklusjons- og inklusjonskriterier

For å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense antall treff definerte vi eksklusjons- og inkluderingskriterier (Tabell 2). Vi ekskluderte artikler som ikke var skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk. Artiklene måtte omhandle pasienter som ble fysisk tilsett av ambulanspersonell. Vi ekskluderte artikler hvor pasienter nektet videre behandling/transport uavhengig av helsepersonellens medisinfaglige råd. Videre ekskluderte vi studier med fokus på pasienter under 18 år, med bakgrunn i denne pasientgruppens heterogene kommunikasjon- og undersøkelsesrelaterte utfordringer (Eide & Eide, 2017, s. 287-308). Det er også et poeng at beslutninger rundt behandling og transport av disse pasientene ofte må tas av ambulanspersonell og foreldre, og ikke pasienten selv. Vi ekskluderte også artikler hvor pasienten enten er død, ikke funnet ved ankomst, og artikler med dyr som pasient. Av hensyn til ambulansetjenestens hurtige utvikling, faglig relevans og skiftende pasientdemografi valgte vi å ekskludere artikler produsert før 2010, og artikler som har utgangspunkt i sjø- eller luftambulansetjenesten.

| Eksklusjonskriterier | Inkluderingskriterier |
|---|--|
| Pasient som nekter behandling / transport. Ingen pasient ved ankomst. Avlyst oppdrag. Pasienter under 18 år. MORS. Dyr som subjekt. Publisert før 2010. Luftambulanse/maritim ambulanse. Artikkel skrevet på annet språk enn Engelsk/skandinavisk | Pasient som har vært tilsett eller behandlet av ambulanspersonell uten behov for videre transport. Artikkel på Engelsk/skandinavisk. Pasient over 18 år. |

Tabell 2: Eksklusjons- og inkluderingskriterier

3.3.4. Utvelgelsesprosessen

Etter filtrering med eksklusjons- og inkluderingskriterier tok medforfatterne ansvar for hver sin database og vurderte artiklenes relevans basert på tittel. Der det oppstod tvil om relevans, skulle artikkelen inkluderes for å revurderes i neste steg. Se flytskjema

(Vedlegg 4) for utvelgelsesoversikt. Totalt 491 artikler ble ekskludert basert på tittel alene. Av de 156 gjenstående artiklene ble 93 fjernet på grunn av duplikat. Deretter delte vi de resterende 63 artiklene mellom medforfatterne for videre gjennomgang av abstraktene. I denne prosessen ble 49 artikler ekskludert basert på inkluderings- og eksklusjonskriteriene, noe som resulterte i 13 artikler.

De resterende 13 artiklene ble gjennomlest i sin helhet. Ytterligere seks studier ble ekskludert på bakgrunn av irrelevant fokus, som for eksempel helsepersonellperspektivet eller undersøkelse av organisasjon- og systemutfordringer. Videre ble to studier ekskludert fordi de benyttet seg av kvantitativ metode, og dermed ikke er like godt egnet til å utforske pasientperspektivet. Fordi kvalitative og kvantitative studier presenterer resultater på ulik måte, er det også problematisk å sammenstille resultatene (Thidemann, 2019, s. 99). På bakgrunn av dette besluttet vi å basere denne litteraturstudien på kvalitative studier.

Av de gjenstående fem relevante studiene var det fire enkeltstudier og én systematisk oversiktsartikkel. Vi så det som hensiktsmessig å ekskludere oversiktsartikkelen, da funnene i den var lite detaljert sammenlignet med primærstudiene. I den systematiske oversiktsartikkelen hadde forfatterne dessuten kun vurdert én av de inkluderte primærstudiene til å ha høy validitet da studienes formål var forholdsvis heterogene. Den primærstudien med høy validitet var også blant de fire gjenstående studiene i vårt systematiske søk.

Etter filtrering av totalt 647 artikler stod vi igjen med fire forskningsartikler som oppfylte alle inklusjons- og eksklusjonskriterier og som viste relevant faglig dybde. Alle artiklene ble funnet i det systematiske søket, men to av artiklene ble først identifisert gjennom det ustrukturerte søket. Oversikt over valgte forskningsartikler er presentert i en litteraturmatrikse (Vedlegg 5).

3.4. Kritisk vurdering av studier og funn

Forskningsresultater kan ikke brukes ukritisk (Helsebiblioteket, 2018). For å forsikre oss om at litteraturen vi benytter egner seg til å belyse problemstillingen, har vi gjort flere refleksjoner rundt studienes gyldighet. For det første har vi undersøkt publiseringskanalen der artiklene er publisert. Samtlige artikler er publisert i publiseringskanaler vurdert til «Nivå 1» av «Register over vitenskapelige publiseringskanaler», og tilfredsstillende dermed minimumskravet til vitenskapelighet (Register over vitenskapelige publiseringskanaler, 2024). Dette innebærer blant annet krav til ekstern fagfelleevaluering, vitenskapelig redaksjon og minimum nasjonal forfatterkrets (Register over vitenskapelige publiseringskanaler, 2024). Videre har vi benyttet oss av en sjekkliste for vurdering av kvalitative studier, utarbeidet og anbefalt av helsebiblioteket (Vedlegg 6). Sjekklisten har som hensikt å gjøre det lettere å vurdere metodisk kvalitet, resultat og overførbarhet (Helsebiblioteket, 2018). Alle de fire utvalgte studiene er kritisk vurdert og kvalitetssikret i henhold til sjekklisten, og vi mener de er godt egnet til å svare på problemstillingen. På bakgrunn av den kvalitative metodens fleksible natur kan det diskuteres hvorvidt én standard sjekkliste er i stand til å dekke alle typer kvalitative studier.

3.5. Forskningsetikk

Forskningsetikkens formål er å opplyse om etiske problemer som oppstår underveis i en forskningsperiode. Forskningsetikken skal gjennomgås for å sikre kvaliteten og resultatene av forskningen. Dersom forskningen ikke blir gjennomført forsvarlig vil det kunne ha innvirkning på forsknings-subjektene, folkets tanker om forskningssubjektene, eller folkets tillit til forskning på generell basis (Skilbrei, 2020). I Norge har vi en egen forskningsetikk-lov som håndhever at forskning gjøres på en forsvarlig måte (Forskningsetikkloven, 2017). Ettersom artiklene er produsert i utlandet har de ikke gått gjennom norsk lov for godkjenning, men 3 av de 4 artiklene er juridisk godkjent i opprinnelseslandet. Den gjenværende artikkelen hadde på bakgrunn av metodevalg ikke behov for godkjenning ifølge lokale lovverk (van Doorn et al., 2021). Alle 4 artikler inneholder eget etikk-kapittel som beskriver innhenting av godkjent dokumentasjon med tillatelser fra de akuttmedisinske tjenestene de forsker ved, samt samtykke fra forsknings-subjektene. På bakgrunn av dette finner vi ingen etisk hjemmel for ikke å bruke de aktuelle artiklene.

4. Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra de fire studiene fra litteratursøket. Resultatene presenteres uten videre tolkning og diskusjon. Med kvalitative studier som grunnlag blir det naturlig å sammenstille resultatene tematisk, med utvalgte sitater (Thidemann, 2019, s. 108). Samtidig har det vært logisk å presentere resultatene som en tidslinje fra den akutte hendelsen oppstår, til ambulansepersonellet har dratt fra pasienten.

4.1 Før ambulansens ankomst

King et al. (2023) fant at utløsende faktorer som skapte et ønske om ambulanse i nødsituasjoner er dynamiske, komplekse og unike for hver pasient. Pasientens vurdering av behov for ambulanse kan deles inn i interne og eksterne faktorer.

4.1.1 Interne faktorer

Interne faktorer omhandler assosiasjoner til tidligere opplevelser, selvpoppfattelse, uvitenhet og følelse av isolasjon, frykt og sårbarhet (King et al., 2023). Både van Doorn et al. (2021) og Lederman et al. (2023) trekker frem frykt, tap av kontroll og sårbarhet som ledende følelser ved akutt sykdom eller skade. Frykten oppsto som en reaksjon på det akutte problemets intensitet og de mulige konsekvensene. Sykdommen eller skaden føles som en akutt eksistensiell trussel (Lederman et al., 2023). Dersom pasienten eller nærstående hadde opplevd lignende symptomer med alvorlige konsekvenser tidligere, økte frykt og eksistensiell angst ytterligere.

«...And then I thought about ... that my husband got a stroke. And I thought, 'Oh my god, it must not happen to me». - Deltager 7 (Lederman et al., 2023)

Lederman et al. (2023) fant at frykten gjorde at handlingsevnen ble svekket, og tap av kontroll oppstod. Videre påpekes det at handlingsevnen i enkelte tilfeller svekkes såpass at pasienten blir avhengig av andre for å avgjøre å kontakte

ambulansetjenesten, samt for å vurdere alvorlighetsgraden av situasjonen. Å slippe å bestemme om ambulansen skulle tilkalles opplevdes betryggende for pasienten.

Uvitenhet rundt egen sykdom og symptomenes alvorlighetsgrad gjorde at det oppstod en følelse av usikkerhet og sårbarhet (King et al., 2023; Rantala et al., 2016). Dette resulterte i et behov for bekreftelse på at tilstanden var like alvorlig som pasienten opplevde den (Rantala et al., 2016). Når pasienten ikke lenger klarte å håndtere situasjonen eller egne bekymringer, så de ingen annen mulighet enn å ringe nødnummeret (Rantala et al., 2016). Hvis det ble besluttet å sende en ambulanse, følte pasienten seg bekreftet av operatøren, som bekreftet ovenfor pasienten at den kunne ha behov for ytterligere assistanse (Rantala et al., 2016).

«I really thought I didn't have any other choice. I felt vulnerable and there seemed to be no other solution.» - Mann, 36 (Rantala et al., 2016)

Enkelte pasienter i Rantala et al. (2016) intervjuer beskrev likegyldige møter med akuttmedisinsk nødtelefon. Som et resultat gikk pasienten fra å føle seg ensom til å føle seg avvist. Å ikke bli tatt alvorlig ble betraktet som forsømmende og ufølsomt, noe som førte til en følelse av verdiløshet og krenkelse.

4.1.2 Eksterne faktorer

Eksterne faktorer er faktorer utenfor pasientens kontroll, som kan påvirke pasientperspektivet (King et al., 2023). De eksterne faktorene kan være positive eller negative, og faktorer som virker negative for én pasient kan være positiv for en annen. Anerkjennelse av ambulansetjenesten som alltid tilgjengelig ga pasienter en følelse av trygghet og forsikring (King et al., 2023). Mange pasienter hadde en oppfatning om at ambulansetjenesten kun skulle brukes i nødsituasjoner, og assosierte ordet «ambulanse» med svært alvorlige hendelser (King et al., 2023; Lederman et al., 2023). Likevel opplevde pasienter lettelse når beslutningen om å ringe ambulansen ble tatt, og viten om at de var på vei (King et al., 2023). King et al.

(2023) fant at ytterligere lettelse oppnås dersom ventetiden var kort, mens usikkerhet rundt ventetid kunne øke angst og ubehag. Ved forsinkelser hadde flesteparten av pasientene forståelse for at andre pasienter kunne ha høyere prioritet.

4.2 Ved ambulansens ankomst

King et al. (2023) fant at pasienter beskrev en lettelse tilknyttet til ankomsten av ambulanspersonellet. De følte ikke lenger isolasjon, men var nå omgitt av fagfolk med kunnskap og teknisk utstyr som kunne besvare deres usikkerheter og fastslå alvorlighetsgraden. Når ambulanspersonellet ankommer er det en forventning om at de skal ta ledelse og overta ansvaret i situasjonen (Lederman et al., 2023). Fra pasientens perspektiv skjer dette så fort ambulanspersonellet starter med undersøkelsen.

4.2.1 Grundighet og kompetanse

King et al. (2023) understreker viktigheten av et godt førsteinntrykk. Selv om ambulanspersonell er respektert vil det alltid være en personlig vurdering fra pasientens side. Pasienter bruker førsteinntrykket til å bedømme hvorvidt ambulanspersonellet virker kompetente. At ambulanspersonellet har kompetanse trekkes frem i flere studier, og det påvirker hendelsen på flere måter (Lederman et al., 2023; van Doorn et al., 2021). Lederman et al. (2023) skriver at pasienter fikk mer tillitt til ambulanspersonell de oppfattet som kompetente, noe som ga trygghet. Det å lytte til ambulanspersonellens forklaringer gjorde også at pasienten fikk nok selvtillit og styrke til å kunne håndtere situasjonen videre på egen hånd. Van Doorn et al. (2021) underbygger også viktigheten av en grundig undersøkelse og tilgang til medisinteknisk utstyr da selve pasientundersøkelsen og fysiologiske vitale målinger hadde en betryggende effekt. Fra pasientperspektivet kunne unnlattelse av enkelte undersøkelser skape usikkerhet da dette kunne tolkes som et tegn på lav kompetanse hos ambulanspersonellet. Paradoksalt nok kunne unnlattelsen av den samme undersøkelsen tolkes som positivt avhengig av alvorlighetsgraden på symptomene pasienten opplevde (Lederman et al., 2023)

«Yes, they are professionals. They know what to do; they are not nervous. They come in completely calm, and then they do what they are supposed to. »

– Mann, 82 (Lederman et al., 2023)

4.2.2 Mellommenneskelige ferdigheter

Van Doorn et al. (2021) og Lederman et al (2023) peker på viktigheten av å ta seg tid med pasienten. Medmenneskelige ferdigheter, effektiv kommunikasjon, empati og rolig fremtoning hadde positiv effekt på pasientens sinnstilstand. Å bli undersøkt av ambulanspersonell som viste et ønske om å hjelpe, økte pasientens evne til å gjenvinne kontroll og mestre situasjonen.

King et al. (2023) deler omsorgsbegrepet inn i - profesjonell og medfølelse omsorg. Nivået av profesjonell og medfølelse omsorg vist av ambulanspersonellet var betydningsfulle faktorer som påvirket både pasientens tillit til ambulanspersonellet, og deres egen selvtillit. Profesjonell omsorg oppleves når en pasient føler seg grundig vurdert, teknisk utstyr blir brukt, og verbal og ikke-verbal kommunikasjon tilfredsstiller forventet kompetansenivå. Medfølelse omsorg oppleves når pasienten føler respekt ved situasjoner som avslører sårbarhet, og at sårbarhetene deretter ble håndtert med empati. Når pasienter opplever at de ikke har mottatt profesjonell omsorg, for eksempel utilstrekkelig vurdering, eller føler at de ikke blir tatt seriøst, svekkes tilliten til ambulanspersonellet.

«If the ambulance professionals can relate to what I am going through and show a human side of themselves. That is important to me. »

– Deltager 7, kvinne (van Doorn et al., 2021)

Rantala et al. (2016) trekker frem tillit til ambulanspersonell som det viktigste elementet for pasienten. Under undersøkelsen lyttet ambulanspersonellet til pasientens forståelse av situasjonen. Pasientene anså seg da som møtt på en vennlig og profesjonell måte. Å bli behandlet med empati og bekreftelse gjorde

pasienten mindre ensom, og kjente en større deltagelse i situasjonen, som videre reduserte pasientens nødvendighet av sykehus.

Rantala et al. (2016) så på den andre siden at manglende bekreftelse og en følelse av maktesløshet oppstod der pasienten verken ble lyttet til eller invitert til å delta i diskusjonen. Pasienten følte seg forpliktet til å stole på vurderingen av ambulanspersonellet, som resulterte i tvil og selvskyld.

4.2.3 Aktiv involvering i beslutning

King et al. (2023) fant at dersom pasientens opprinnelige bekymringer ble adressert, skifter opplevelsen av usikkerhet og angst, til en tilstand med gjenopprettet selvtillit. En sterk bidragsyter til dette er informasjon om normaliteten etter klinisk undersøkelse. Pasientene føler da lettelse, forsikring og takknemlighet. Påvirket av samspillet med ambulanspersonell reflekterer pasienter over nåværende situasjon med nytt perspektiv.

Lederman et al. (2023) poengterer at når ambulanspersonellet mener transport er unødvendig, må pasienten aktivt involveres i dialogen. Ambulanspersonellet må tilpasse kommunikasjonen til pasientens unike situasjon. Dette er viktig for at pasienten skal gjenvinne kontroll over situasjonen. Det at personell med høyere medisinsk kompetanse tok seg tid og aktivt lyttet reduserte ubalansen i makt ved å indikere for pasienten at de var viktig i dialogen. Avslutningsvis var det viktig at pasienten hadde det siste ordet.

«If I had insisted on being conveyed...they would have conveyed me.»

- Deltager 7, kvinne (van Doorn et al., 2021)

Rantala et al. (2016) fokuserer på at pasientene må føle seg sett og myndiggjort. I tilfeller der ambulanspersonellet lot pasienten delta i dialogen og

beslutningsprosessen, ble pasienten styrket og klar for egenomsorg. Dette resulterte ofte i at pasienten ikke følte behov for transport, etter å ha lyttet til ambulanspersonellet og fått delta i beslutningene. I situasjoner der pasienten ikke hadde nødvendig kunnskap for å avgjøre om de trengte videre transport valgte pasientene å frastå fra beslutningsprosessen, ofte med begrunnelsen at ambulanspersonellet besitter bedre medisinsk forståelse.

Når transportbeslutningen ikke var resultatet av en felles beslutningsprosess, men utelukkende basert på en beslutning tatt av ambulanspersonellet fant Rantala et al. (2016) at følelser av underkastelse, eksklusjon og tapt autonomi oppstod. Å ikke være involvert i beslutningsprosessen vekket også følelser av skyld og skam, samt et ønske om å unngå fremtidig kontakt med ambulansetjenesten.

«Afterwards, I felt very guilty about what happened and why I had phoned 112... I just hope I don't have to call them again. »

– Mann, 65 (Rantala et al., 2016)

4.3 Ved ambulansens avreise

4.3.1 Tilbakeføring av ansvar

Lederman et al. (2023) understreker at ansvaret overføres tilbake til pasient og eventuelle pårørende når ambulansen forlater stedet. Tryggheten som dannes av ambulanspersonellet, kan erstattes av usikkerhet da ansvaret nå hviler på pasientens egen kunnskap og evne, noe som kan gi opphav til en følelse av tvil.

4.3.2 Opprettelse av sikkerhetsnett

Lederman et al. (2023) fant at pasienter uten behov for transport opplever ulike følelser og mottar mye informasjon. Informasjonen kan være vanskelig å bearbeide og huske etter ambulanspersonellets avreise. Ofte oppfordret ambulanspersonellet pasienten til å kontakte legevakt eller nødnummeret ved forverring, men det var ikke alltid klart for pasienten hvilke symptomer de skulle være oppmerksomme på. Flere

pasienter viste anger ovenfor beslutningen når de ble stående igjen uten kunnskap om hva problemet var.

Van Doorn et al. (2021) fant at det var betryggende dersom ambulanspersonellet skapte et sikkerhetsnett ved å henvise til fastlege, spesialist eller alternativ transport, samt legge en grundig plan for selvbehandling, oppfølging og presise instruksjoner for rekontakt ved forverring. Når dette ble kombinert med pasientmedvirkning i beslutningene, ble resultatet en sterk trygghetsfølelse i beslutningen.

«It really felt great because as they were leaving they said to me 'we're not far away so you only have to telephone again if it gets any worse' and that felt great».

- Kvinne, 52 (Rantala et al., 2016)

4.4 Etter hendelsen

Etter hendelsen fant van Doorn et al. (2021) at pasienter og pårørende hadde forskjellige reaksjoner. Det første døgnet følte pasientene seg utslitt, og mange sov mye. Hendelsene hadde ofte motsatt effekt på pårørende som rapporterte at de hadde sovet dårlig, og frykt for gjentakende episoder gjorde at de følte seg angstpreget i en lengre periode. Enkelte pasienter i van Doorn et als. (2021) studie uttrykte et behov for oppfølging da de satt igjen med medisinske spørsmål. Studien bemerker også at flere pasienter hadde behov for å uttrykke takknemlighet ovenfor ambulanspersonellet, mens pårørende ville ha muligheten til å prate om hendelsen.

King et al. (2023) viste en endring i pasientenes atferd som et resultat av deres nye perspektiv på situasjon og miljø. Etter hendelsen fortsatte pasienter som fremdeles opplevde symptomer å håndtere seg selv hjemme. Personell-pasient relasjonen hadde gjenopprettet individets tro på egen evne.

«My first impression was that I was insulted, but after pondering over everything, I decided it was for the best, as I did not have to go anywhere but could stay at home despite the pain. »

- Kvinne, 67 (Rantala et al., 2016)

5. Diskusjon

I følgende kapittel diskuterer vi hvordan resultatene forholder seg til aktuelle omstendigheter og teori. Målet med diskusjonen er å svare på problemstillingen presentert i starten av oppgaven: «*Hvordan opplever pasienter situasjoner der det ikke er behov for videre ambulansetransport, og hvordan kan ambulanspersonell bidra til økt trygghet og mestring for pasientene i slike situasjoner?*». Avslutningsvis diskuterer vi styrker og svakheter ved denne oppgavens metode og de inkluderte artiklene.

5.1 Overføring av ansvar

Når vi diskuterer ansvar i dette kapitlet, skiller vi mellom det etiske ansvaret og det juridiske ansvaret som hviler på ambulanspersonellet. Som resultatene påpeker har pasientene som kontakter nødnummeret vanskeligheter med å håndtere egen helsesituasjon og ønsker helsehjelp. I alle de valgte forskningsartiklene beskrives en opplevelse av å miste kontroll, påfulgt av en takknemlighet for at ambulanspersonellet tok ansvar ved ankomst. Å ta ansvar i situasjoner er en naturlig del av ambulanspersonellets rolle, som vises ved å starte en grundig undersøkelse av pasienten (Lederman et al., 2023).

5.1.1 Tilbakeføring av ansvar

Resultatene vi har presentert viser at når ambulanspersonell etterlater pasienten på stedet, fremfor å ta pasienten med til sykehus eller legevakt, gis det situasjonelle ansvaret tilbake til pasient og ikke til overtakende helsepersonell. Dette fordrer at pasienten kan håndtere ansvaret. I studien til King et al. (2023) hadde vellykkede samhandlinger mellom ambulanspersonell og pasient ført til gjenopprettelse av mestringstro. Økt mestringstro hadde ført til at pasientopplevelsen utviklet seg fra negative til positive følelser, og fra sårbarhet til trygghet slik at behovet for ytterligere hjelp forsvant. Dette understrekes av King et al. (2023) ved at pasienter som fremdeles opplevde symptomer etter hendelsen nå viste en atferd der de håndterte seg selv. På den andre siden viser resultatene fra Lederman (2023) at opplevelsen av trygghet og tillitt raskt erstattes av usikkerhet etter at ambulanspersonellet har

forlatt stedet. Flere pasienter opplevde det som tyngende å ha ansvaret for seg selv, og noen angret på beslutningen om å bli igjen hjemme. Også van Doorn (2021) beskriver at flere pasienter følte behov for oppfølging ettersom de satt igjen med spørsmål. Med andre ord er det komplisert å avgjøre hva pasienten trenger for å føle seg trygg når de blir igjen hjemme. Vi mener ambulansepersonellet må overveie hvorvidt pasienten er i stand til å takle ansvaret, og deretter forberede dem på hvordan situasjonen skal håndteres. Dette kan være utfordrende fordi pasientens opplevelse er dynamisk, og fordi tro på egen evne kan være påvirket av ambulansepersonellets tilstedeværelse.

Ifølge King et al. (2023) var det positivt for pasientenes selvsikkerhet å vite at ambulansen alltid var tilgjengelig og at mulighet for rekontakt var til stede. Muligheten for rekontakt ble av King et al. (2023) beskrevet som en del av et «sikkerhetsnett» for pasientene. At terskelen er lav for rekontakt utgjør også en sikkerhet for ambulansepersonell fordi sykdommen kan være i en tidlig fase hvor tegn og symptomer ikke er like tydelige som senere i forløpet. Ved potensiell forverring er det ønskelig at pasienten tar rekontakt og dette bør oppfordres til av ambulansepersonellet. Rekontakt kan altså være riktig beslutning, men på en annen side muliggjør dette for flere henvendelser til de akuttmedisinske tjenestene uten at det foreligger et reelt behov for helsehjelp. Britiske studier har vist at mellom 16% og 52% av telefonene til AMK er upassende bruk av nødmeldetjenesten (Kirkby & Roberts, 2012; Palazzo et al., 1998). Mange av disse samtalene genererer ambulanseoppdrag, som utgjør store kostnader for ambulansetjenesten (Palazzo et al., 1998). Samtidig er det problematisk å avgjøre om ambulanserekontakt er passende eller ikke. Palazzo et al. (1998) kom frem til at det ved 19% av ambulanseoppdrag var uenighet mellom helsepersonell om ambulanserekontakten var passende eller ikke. Dette viser at subjektive holdninger påvirker hva helsepersonell anser som ambulansetjenestens rolle, men det tydeliggjør også kompleksiteten i den akuttmedisinske pasientundersøkelsen, samt hvor utfordrende det er å vurdere pasientens daværende- og videre medisinske behov. Det høye antallet upassende kontakter med nødmeldetjenesten tydeliggjør samtidig et behov for folkeopplysning rundt akutt sykdom. Med bakgrunn i potensialet for sykdomsforverring og

kompleksiteten i disse oppdragene mener vi at det er riktig med lav terskel for rekontakt, til tross for at det kan øke belastningen på de akuttmedisinske ressursene. Videre kan vi vektlegge at dersom det å ikke transportere pasienten skal bli et ressurs sparende tiltak må ambulanspersonellet sørge for at pasienten har mestringstro nok til å håndtere situasjonen etter ambulanspersonellet har forlatt stedet. Samtidig må pasienten ha nok kunnskap om hvilke forverringssymptomer de skal være oppmerksomme på.

Til tross for ambulanspersonellets gode undersøkelser og vurderinger kan pasienten føle utrygghet rundt tilbakeføring av ansvaret (Lederman et al., 2023). Vi mener utryggheten kan skyldes misforståelser rundt informasjonen, manglende medvirkning i beslutningen, eller at relasjonen til ambulanspersonellet ikke ble fullstendig etablert. Utryggheten er det imidlertid mulig å gjøre noe med. Det er tydelig at det er essensielt å gi pasienten informasjon om sin tilstand og sammen etablere en klar handlingsplan for selvhjelp. Målet med handlingsplanen er å gi pasienten gode forutsetninger for å kunne håndtere seg selv, samt danne forståelse for når rekontakt er nødvendig. Dette stemmer overens med teorien om personsentrert omsorg og pasientmedvirkning fordi fokuset ligger i pasientens opplevelse, ønsker og samarbeid, som videre vil kunne styrke pasientens grad av etterlevelse og mestring. For å tolke pasientens grad av mestringstro og forståelse er det nyttig å be pasienten gjengi, med egne ord, deres forståelse av situasjonen og planen videre. Dette er en form for *closed-loop* kommunikasjon som sikrer forståelse samtidig som mottageren får bekreftet at det de har gjengitt er korrekt (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023). Først og fremst vil dette sikre at pasienten har forstått informasjonen riktig. Samtidig gir det ambulanspersonellet mulighet til å vurdere i hvilken grad pasienten har deltatt i beslutningen, og hvorvidt de har tiltro til planen. I tillegg bør ambulanspersonellet dokumentere avtaler tydelig i journal og sikre at pasienten får en kopi av denne slik at pasienten har handlingsplan og avtaler skriftlig.

5.1.2 Juridisk ansvar

Når beslutningen om å ikke transportere pasienten er tatt, er det helsepersonellet som sist har vært i kontakt med pasienten som sitter med det rettslige ansvaret for pasientens (Valle & Ankarstrand, 2019). Å ikke transportere pasienter innebærer derfor en betydelig rettslig risiko for ambulanspersonellet. Av den grunn vil det tryggeste for ambulanspersonellet alltid være å transportere pasienten til en videre helseinstans. I tillegg til sykehusenes akuttmottak har vi i Norge legevakter som håndterer mindre alvorlige tilfeller av sykdom og skade. Ut ifra egen erfaring har vi sett at legevaktens tilstedeværelse gjør det lettere å overlate situasjonen til annet helsepersonell isteden for å ta beslutningen hjemme med pasienten. Legevaktene har også generelt sett lav terskel for å ta imot pasienter, og ambulanspersonell kan på denne måten levere fra seg det rettslige ansvaret. På en side ønsker ambulanspersonell å skape dekning av egen rygg i en situasjon som i ytterste konsekvens medfører strafferettslige represalier. På den andre siden kan en slik løsning møte motstand hos pasienter som ønsker å bli igjen hjemme eller ikke ser verdien av å transporteres til legevakt etter at de har blitt undersøkt av ambulanspersonellet. Det er heller ikke slik at umiddelbar ambulansetransport nødvendigvis er det beste for pasienten. Vår erfaring er at mange pasienter er skeptiske til legevaktbesøk fordi det assosieres med lange ventetider. Hvis pasienten trygt kan hvile hjemme i påvente av en avtalt fastlegetime kan det virke som en bedre løsning for alle parter. Vi kan også se for oss at ambulanspersonell som alltid sikrer egen rygg ved å ta med pasienter til et høyere omsorgsnivå på sikt vil redusere egen evne til å vurdere hvilke pasienter som ikke behøver transport. Videre vil vi påstå at man ikke gjør et allerede belastet system noen tjeneste ved å videreføre pasienter som kunne blitt hjemme. Til tross for dette opplever ambulanspersonell at de står alene uten nevneverdig støtte fra organisasjonen dersom feilvurdering og uforsvarlig helsehjelp fører til pasientskade (Lederman et al., 2019).

5.1.3 Pasientsikkerhet og støtte i beslutningstaking

Den økende oppdragsmengden med pasienter uten behov for transport ser ut til å overgå både den generelle økningen av ambulansoppdrag og pågående befolkningsvekst (Andrew et al., 2019). Dette tyder på at ambulansetjenesten er nødt

til å gradvis omstille seg i møte med utviklingen. En slik omstilling kan eksempelvis være å forberede studenter og ansatte i ambulansetjenesten på å gjøre kunnskapsbaserte vurderinger av hvilke pasienter som ikke har behov for transport. Videre peker en svensk studie på at ambulanspersonell paradoksalt nok opplever at ambulansetjenesten forventer at de skal klare å vurdere hvilke pasienter som kan bli igjen hjemme, uten at det foreligger nasjonale kriterier eller retningslinjer for hvordan dette skal vurderes (Lederman et al., 2019). Vår oppfattelse er at dette er overførbart til norsk praksis da det heller ikke her eksisterer et landsdekkende standardisert prosedyreverk. Dette resulterer i at det økte ansvaret som følger vurderingen om at pasienter ikke har behov for transport, ikke samsvarer med den nødvendige organisatorisk støtten slike handlinger krever (Lederman et al., 2019). At ambulanspersonellet opplever å stå alene i møte med pasienter uten behov for ambulansetransport, samtidig som pasientgruppen øker i antall, tydeliggjør et behov for nye evidensbaserte prosedyrer som kan gi beslutningsstøtte på disse oppdragene. Dette vil kunne øke pasientsikkerheten til pasientene som ikke transporteres, og potensielt gjøre det mulig for ambulansetjenesten å stille seg bak ambulanspersonellet i beslutningen når prosedyre er fulgt. Vi opplever at dagens prosedyrer rundt vurderingen av å ikke transportere pasienter har forbedringspotensialer.

De siste årene har det blitt flere pasienter på sykehusene uten at det har blitt flere behandlingsplasser (Hove, 2020). At ambulanspersonell med større trygghet kan gjøre faglige vurderinger om å ikke transportere pasienter kan føre til at belastningen på andre deler av helsevesenet reduseres. Den lavere belastning kan medføre at helsepersonell på sykehus og legevakt har større overskudd til empati, omsorg og pasientsikkerhet. Likevel er det viktig å poengtere risikoen som oppstår hvis helseforetak begynner å oppfordre til, eller senker terskelen for å ikke transportere pasienter. Fra et pasientsikkerhetsperspektiv er det en pågående diskusjon om hvorvidt det å la ambulanspasienter bli igjen på stedet er god praksis. Boken «Crisis Management in Acute Care Settings» (St.Pierre et al., 2011) presenterer insidensen for ulike prehospital feil relatert til klinisk vurdering av pasienter. De vanligste feilene er feildiagnostisering, feilvurdering av alvorlighetsgrad, og at man overser

traumatiske skader (St.Pierre et al., 2011). Det er likevel uklart om dette betyr at akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus innebærer en naturlig økt risiko for feil sammenliknet med de familiære omgivelsene man finner innhospitalt, eller om det er et spørsmål om kompetanse. En finsk studie viser til at fire av fem pasienter ikke tar rekontakt etter å ha blitt vurdert til å ikke ha behov for transport, noe som tyder på at de mestret situasjonen på egenhånd (Paulin et al., 2021). Den siste femtedelen kontaktet ofte helsevesenet med andre problemer enn de hadde i utgangspunktet (Paulin et al., 2021). Ambulansepersonell er utdannet til å avdekke livstruende sykdom og skade. Selv om muligheten for feil alltid er til stede konkluderer studien med at det er lav risiko for at pasientene uten behov for transport utvikler alvorlig sykdom eller dør. Å ikke transportere pasienter virker dermed som en relativt trygg løsning for å redusere belastningen på andre deler av helsevesenet.

5.2 Kompetanse og ferdigheter

Pasientens oppfattelse av ambulanspersonellets kompetanse ser ut til å være en avgjørende faktor i oppbygningen av pasientens selvtillit og mestring (King et al., 2023; Lederman et al., 2023; Rantala et al., 2016; van Doorn et al., 2021). På den ene siden opplevde enkelte pasienter grundige diagnostiske undersøkelser som betryggende (Lederman et al., 2023). Dette går godt overens med ambulanspersonellets ønske om å ikke overse alvorlige tilstander og ta riktige beslutninger rundt behandling. På den andre siden kan pasienter bli bekymret dersom ambulanspersonellet gjør spesifikke diagnostiske undersøkelser, som for eksempel EKG, uten god indikasjon (Lederman et al., 2023). Derfor mener vi at grundighet i *anamnesen* er viktig fordi den kan være med på å bestemme hvilke diagnostiske undersøkelser som er nødvendig slik at omfanget av de tekniske undersøkelsene vurderes for hver enkelt pasient. Samlet kan disse funnene tyde på at ambulanspersonellets ikke-tekniske egenskaper har større påvirkning på pasientopplevelsen enn det enkelte tekniske undersøkelser har.

Pasienten kan oppleve frykt, stress og usikkerhet til tross for ambulanspersonalets tilstedeværelse (Lederman et al., 2023). Dette kan skyldes at ambulansetjenesten

assosieres med tidspress, stress og livstruende tilstander (Nordby, 2014, s. 28). Derfor er det viktig at ambulanspersonellet opptre rolig ved ankomst (van Doorn et al., 2021). Imidlertid kan ambulanspersonell oppleve tidspress fra organisasjonen (Nordby, 2014, s. 21). Ambulanspersonellet kan komme direkte fra et annet emosjonelt eller fysisk krevende oppdrag, være trøtte, slitne, eller ha situasjoner utenfor arbeidet som påvirker prestasjonen. Dette kan medføre at ambulanspersonellet fremstår stresset og lite empatisk, som igjen gjør at pasienten føler seg objektifisert, som kan skape mer lidelse enn pasienten opplevde i utgangspunktet (Ahlenius et al., 2017). Pasienter og deres pårørende har et behov for tilstrekkelig informasjon og empatisk omsorg (Nordby, 2014, s. 24) og ambulanspersonell bærer en rettslig forpliktelse til å tilby den beste omsorgen innenfor deres evner (Helsepersonelloven, 1999, §4). De som velger å engasjere seg i prehospitalt arbeid bør derfor inneha en genuin interesse for å skape gode pasientrelasjoner. For å ivareta ambulanspersonellens evne til å opptre empatisk, trygt og omsorgsfullt bør ledere og politikere sikre at systemet er tilrettelagt og gir ambulanspersonell nødvendig overskudd (Nordby, 2014, s. 24).

En stor mengde oppdrag der pasienten ikke har akutte medisinske behov har vist å øke omsorgstretthet og risiko for permanent lavere empati for ikke-kritiske pasienter blant ambulanspersonell (Barrientos & Holmberg, 2018). I løpet av perioden 2011 til 2022 har antall ambulansoppdrag i helseregion sør-øst økt med 38% (Vedlegg 1) og antall akuttoppdrag har økt med over 90%, mens vanlige oppdrag er redusert med ca. 12%. En interessant faktor er at det til tross for en økning av akuttoppdrag samtidig er en økning blant pasienter som ikke har behov for transport (Andrew et al., 2019). Dette samsvarer med oppfattelsen noen ambulanspersonell har om at de møter flere og flere pasienter uten et akuttmedisinsk behov (Ericsson et al., 2022). Det er sannsynligvis flere årsaker til denne utviklingen og en grunn kan være en frykt for feil og undertriagering blant helsepersonell. Derfor kan vi stille spørsmål om det er mulig å gjøre mer presise faglige vurderinger av disse pasientene over telefon, før ambulanseressursene varsles. Sett i sammenheng med resultatene våre kan vi imidlertid se at pasientene uavhengig av alvorlighetsgrad har et reelt behov for å bli tatt alvorlig og få en grundig medisinsk vurdering. I lys av hvor sentralt

ambulansespersonnellets ikke-tekniske ferdigheter syntes å være for pasientene, er dette egenskaper med en naturlig plass innen akuttmedisin. Siden indre motivasjon er en sentral faktor for pasientens mestring av sykdom må hovedarbeidet utføres av pasienten selv (Eide & Eide, 2017, s. 48), og vi kan påstå at ambulansespersonell bør få økt forståelse for at en beroligende prat i noen tilfeller er bedre helsehjelp enn medikamentell behandling.

5.2.1 Aktiv involvering i beslutningen

Van Doorn (2021) påpeker at pasienten må involveres for å skape trygghet i beslutningen om å bli igjen hjemme. På den ene siden kan vi tenke at ambulansespersonellet sitter på medisinsk kunnskap som er grunnleggende for å vurdere sikkerheten til pasientene. På den andre siden er pasienten den eneste som kan vurdere situasjonen fra sitt eget perspektiv. Tidligere studier viser at pasienters vurdering av behandling påvirkes av om forventningene deres møtes eller ikke (Bjertnaes et al., 2012). Siden mange av pasientene har en fornemmelse av å være alvorlig syk kan vi anta at mange forventer at ambulanskontakten ender med sykehustransport. Mange assosierer sykehus med trygghet, overlevelse og kunnskap (Backman et al., 2019), samtidig er vår erfaring at pasienter har lite kjennskap til ambulansespersonellets kompetanse. Når ambulansespersonellet vurderer at pasienten ikke har behov for transport kan det oppstå en interessekonflikt. Dersom ambulansespersonellet ikke lykkes med å gjøre pasienten trygg i en felles beslutning som innebærer en alternativ løsning til sykehustransport vil pasienten bli utilfreds med behandlingen. Dette tydeliggjør at ambulansespersonell er nødt til å ta hensyn til både personlige- og medisinske forhold i disse situasjonene. Deltagelse i dialog med ambulansespersonellet er beskrevet å gi en følelse av kontroll og selvsikkerhet hos pasienter som tidligere følte seg alene og sårbare (Rantala et al., 2016). Totalt sett understreker dette viktigheten av aktiv involvering i beslutningen.

5.2.2 Personsentrert omsorg

Negative sykdomsopplevelser vil kunne være like dyptgående uavhengig av om pasientens helsetilstand faktisk er truet eller ikke (Skants, 2014, s. 21). Både Rantala

et al. (2016) og Lederman et al. (2023) påpeker viktigheten av å ta pasienten på alvor. Å bli tatt seriøst bygger tillit, som er en essensiell del av en positiv pasientopplevelse (Lederman et al., 2023). Dette er prinsipper som reflekteres i teorien om personsentert omsorg (PCC). Vi må likevel poengtere at målgruppen rundt PCC teori omhandler helsepersonell som jobber med pasienter med kroniske behandlingstrengende sykdommer, og baserer seg på et langtidssamarbeid gjennom samtaler mellom pasient og kliniker (Coulter & Oldham, 2016). Dette står i kontrast til ambulanseoppdrag hvor ambulansepersonellets tid med pasienten er begrenset, og premisset for kontakt ofte er sykdom eller skade som krever akutte tiltak. Det er heller ikke uvanlig med begrenset informasjon, og det er alltid en risiko for at pasienten har en tilstand som påvirker deres evne til å tenke klart. I slike tilfeller vil det naturligvis være utfordrende å avgjøre i hvor stor grad man skal la pasientens ønsker styre behandlingen. Vi mener allikevel vi kan dra nytte av viktige elementer fra PCC som informasjon om sykdom og muligheter, aktiv lytting og respekt. Videre er ambulansepersonell utdannet til å være algoritmisk i undersøkelsene, noe som står i motsetning til PCC fordi undersøkelsen ikke endrer seg basert på pasientens ønsker. En rigid pasientundersøkelse kan føre til at pasienten føler seg objektifisert (Salminen-Tuomaala et al., 2018). Vi mener at ambulansepersonell ved fravær av alvorlige funn i primærundersøkelsen bør klare å omstille seg fra algoritmisk prosedyrebasert behandling til en personsentrert fremgangsmåte.

Fra egen erfaring i ambulansepraksis og arbeid er det mange som er negativt innstilt til å rykke ut til pasienter med få eller ingen akutte symptomer. Ifølge Höglund et al. (2019) fører dette til at mange i ambulansetjenesten føler at ambulanseressursene blir misbrukt, og at de heller ønsker å være tilgjengelig for oppdrag med høyere prioritet. På en annen side kan vi ikke forvente at pasienter uten akuttmedisinsk kompetanse selv kan avgjøre om deres symptomer er tegn på alvorlig akutt sykdom. Vi mener at disse følelsene hos ambulansepersonellet av å bli misbrukt når man ikke blir tildelt oppdrag som innebærer behov for akuttmedisinsk behandling vil vanskeliggjøre etterlevelse av prinsippene i PCC. For å lykkes med økt personsentrert fokus vil det kreve en omstilling i helsetjenestens kultur hvor man i større grad anerkjenner ambulansepersonellets kompetanse som tilstrekkelig til å

avgjøre om pasienten har behov for akuttmedisinsk oppfølging. Vi tror at dette kan være med å påvirke ambulanspersonellets syn på egen profesjonsrolle i møte med ikke-kritiske pasienter, og gi økt yrkesstolthet.

5.2.3 Utdanning

Tradisjonelt sett er ambulansen blitt anvendt til håndtering av sykdom og skade som ubehandlet vil gi tap av liv eller funksjon (Nilsen et al., 2014). Vår erfaring er at paramedisinutdannelsen har stort fokus på akutt sykdom og skade, noe som medfører mindre fokus på ikke-kritiske pasienter. Det er grunn til å tro at et slikt fokus under utdanningen vil forme hvilke forventninger studentene får til egen profesjonsrolle. Siden ikke-kritiske pasienter utgjør en betydelig del av ambulanseoppdragene kan man påstå at ambulanspersonell ikke blir tilstrekkelig forberedt på den kliniske virkeligheten som møter dem (Lederman et al., 2019). Dette kan videre føre til en følelse av utilstrekkelighet og skuffelse, og vil kunne skape frustrasjon hos ambulanspersonellet, som igjen går på bekostning av pasientene (Barrientos & Holmberg, 2018). Det er begrensninger for hvor mange læringsmål det er plass til på et utdanningsløp. Å øke fokus på behandling av ikke-kritiske pasienter betyr at noe annet må vike. Siden det akuttmedisinske fagfeltet er bredt, vil det være utfordrende å avgjøre hva som bør prioriteres. På en side er det fornuftig å prioritere et omfattende fokus på tilstander med akutt sykdom og skade der ineffektiv identifisering og tiltak kan få fatale konsekvenser for pasienten. Disse situasjonene kan være krevende og preget av uoversiktlige forhold og stress. For å begrense tap av liv eller funksjon er det nødvendig at ambulanspersonellet har tilstrekkelig kunnskap og erfaring til å gjøre de riktige tiltakene på en trygg og effektiv måte. Vi bør også ta hensyn til at mange som jobber i ambulansetjenesten gjør dette fordi de ønsker å jobbe med akuttmedisin. Det kan dermed tenkes at et uforholdsmessig stort fokus på ikke-akutte problemstillinger vil påvirke ambulanspersonells motivasjon, som igjen kan gå ut over kvaliteten på helsehjelpen. Det er også mulig å stille seg kritisk til ressursutnyttelsen når fullt utstyrte ambulanser, bemannet med spesialister på akuttmedisin, bruker mye tid hos pasienter uten akuttmedisinske behov. På den andre siden kan vi se at pasienter uten behov for transport utgjør en betydelig del av den prehospitale hverdagen, og vi mener at dersom denne pasientgruppen fortsatt

skal være en stor del av ambulanseoppdragene i fremtiden bør det vurderes om utdannelsen skal ha økt fokus på håndteringen av pasienter uten behov for transport.

5.3 Styrker og svakheter ved oppgaven

Vi ønsker å gjøre oppmerksom på både styrker og svakheter ved litteraturstudie som metode. Litteraturstudier blir ansett som essensielle inne helsefremmende arbeid fordi det åpner for å se flere biter forskning i et større perspektiv, bidrar til økt forståelse, og tillater at allerede kjent kunnskap blir tilgjengelig og nyttig for flere (Aveyard, 2019, s. 4-5). Thidemann skriver at man bør benytte seg av kvalitative studier når man har en utforskende problemstilling (2019, s. 76). De kvalitative metodene kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer, noe som passer godt overens med vår problemstilling (Malterud, 2018, s. 30). En svakhet ved kvalitativ metode kan være det lave antallet informanter per studie, da lave antall ikke er like representative. To av studiene har en fenomenologisk tilnærming, mens en av dem benytter «grounded theory». Å bruke en definert tilnærming i undersøkelsen ser vi som en styrke.

Videre må vi påpeke en mulig svakhet ved at ingen av studiene vektlegger sammenhengen mellom pasientens sykdomsproblematikk og deres opplevelse. Vi ser for oss at noen symptomer til alvorlig sykdom er bedre kjent blant befolkningen som at klemmende brystmerter med utstråling til venstre arm er forbundet med hjerteinfarkt, eller at redusert evne til å løfte arm, ben eller munnvik på en side av kroppen er tegn på slag. Opplevelsen av å ikke bli transportert til sykehus etter slike symptomer kan være mer skremmende enn ved uspesifikke symptomer som hjertebank og svimmelhet. Det er også nærliggende å tenke at pasienter med høy helsekompetanse eller god kjennskap til egen sykdom opplever avgjørelsen om å ikke bli transportert til sykehus som annerledes enn pasienter uten tidligere sykdomshistorikk.

Til tross for en omfattende søkeprosess og kritisk vurdering av studier, bør leseren være oppmerksom på enkelte aspekter som kan påvirke overførbarheten av resultatene. En svakhet er at ingen av studiene har tilknytning til Norge, og de

inkluderte studiene er fra land med ulik organisering av helsevesen og ambulansetjenester. Svakheten begrenses av at samtlige studier tar utgangspunkt i et vestlig samfunn med et godt utviklet helsevesen, men det kan være kulturelle, sosiale og geografiske forskjeller når det kommer til bruken av helsevesenet. En siste svakhet er at vi ved å ha begrenset søket til artikler publisert etter 2010, kan ha gått glipp av relevant forskning publisert før denne grensen.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har vi utforsket perspektivet til pasienter som blir undersøkt av ambulanspersonell og ikke transportert, samt diskutert hva ambulanspersonell kan gjøre for å øke pasientens mestring og trygghetsfølelse i slike situasjoner.

Pasientopplevelsen er kompleks og unik for hver pasient. Mange går gjennom flere faser der frykt, overføring av ansvar, oppbygging av tillit, mestring og samhandling er viktige momenter. For å skape trygghet og mestring hos pasienten må ambulanspersonell være bevisst på sin fremtreden, ta pasienten på alvor, vise klinisk profesjonalitet, gi medfølelse omsorg etter beste evne, og inkludere både pasient og pårørende i beslutninger. Pasienter kan i ettertid bli usikker på beslutningen eller oppleve forverring av sykdom. Dette understreker viktigheten av å utforme en plan for håndtering av pasienten der den er, samt informasjon om tilstand og symptomer pasientene skal være oppmerksomme på. Oppdrag uten behov for transport krever at ambulanspersonellet har evnen til å omstille seg fra en algoritmisk tankegang til et mer personsentrert fokus.

Ved å benytte tilgjengelig kunnskap om pasienters opplevelse presentert i denne oppgaven, sammen med teori om kommunikasjon, involvering i beslutninger og personorientert omsorg, er det mulig å iverksette tiltak for å redusere negative pasientopplevelser hos pasienter som ikke har behov for transport. Resultatene i denne studien indikerer også at det fortsatt er behov for mer kunnskap om hvordan man kan forbedre tilfeller der pasienter ikke har behov for ambulansetransport. Fremtidig forskning vil kunne støtte videreutvikling av prosedyrer og utdanning til å ha økt fokus på personsentrert undersøkelse og behandling.

7. Litteraturliste

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). *Tool: Check-Back (or Repeat-Back)*. Hentet 20.03.2024 fra <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/checkback.html>
- Ahlenius, M., Lindström, V. & Vicente, V. (2017). Patients' experience of being badly treated in the ambulance service: A qualitative study of deviation reports in Sweden. *International Emergency Nursing*, 30, 25-30.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.07.004>
- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Andrew, E., Nehme, Z., Cameron, P. & Smith, K. (2019). Drivers of Increasing Emergency Ambulance Demand. *Prehospital Emergency Care*, 24(3), 385-393. <https://doi.org/10.1080/10903127.2019.1635670>
- Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (2021, desember 2021). Pulsoksymeter. I I. H. Johansen & J. Blinkenberg (Red.), *Legevakthåndboken* (7. utg.). Gyldendal Akademisk. Hentet 3. april 2024 fra https://lvh.no/naar_det_haster/praktiske_ferdigheter/oksygenbehandling/pulsoksymeter
- Aveyard, H. (2019). *Doing A Literature Review In Health And Social Care* (4. utg.). Open International Publishing.
- Backman, T., Juuso, P., Borg, R. & Engström, Å. (2019). Ambulance nurses' experiences of deciding a patient does not require ambulance care. *Nursing Open*, 6(3), 783-789. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.255>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Barrientos, C. & Holmberg, M. (2018). The care of patients assessed as not in need of emergency ambulance care – Registered nurses' lived experiences.

International Emergency Nursing, 38, 10-14.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.01.007>

Birkler, J. (2023). *Omsorg*. Munksgaard.

Bjertnaes, O. A., Sjetne, I. S. & Iversen, H. H. (2012). Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), 39-46.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000137>

Bråten, O. A. (2020). *Håndbok i Krisehåndtering (4.utg)* (Bd. 1. Utg). Cappelen Damm Akademisk.

Buskop, C., Berve, P. O. & Sabel, M. A. (2016). Debatten om akuttmedisin i Norge.

Tidsskriftet, (4). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.1223>

Coulter, A. & Oldham, J. (2016). Person-centered care: what is it and how do we get there? *Future hospital journal*, 3(2), 114-116.

<https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving (7. Utgave. utg.)*. Gyldendal Akademisk.

Doyle, C., Lennox, L. & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ*, 3(1),

18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136%2Fbmjopen-2012-001570>

Ebben, R. H. A., Castelijns, M., Frenken, J. & Vloet, L. C. M. (2019). Characteristics of non-conveyance ambulance runs: A retrospective study in the Netherlands. *World journal of emergency medicine*, 10(4), 239-243.

<https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2019.04.008>

Ebben, R. H. A., Vloet, L. C. M., Speijers, R. F., Tönjes, N. W., Loef, J., Pelgrim, T., Hoogeveen, M. & Berben, S. A. A. (2017). A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ambulance care: a systematic review.

Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 25(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0409-6>

- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Ericsson, C. R., Lindstrøm, V., Rudman, A. & Nordquist, H. (2022). Paramedics' perceptions of job demands and resources in Finnish emergency medical services: a qualitative study. *BMC Health services research*, 22.
<https://doi.org/doi.org/10.1186/s12913-022-08856-9>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*
Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016).
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (6).
Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Galletta, M., Piazza, M. F., Meloni, S. L., Chessa, E., Piras, I., Arnetz, J. E. & D'Aloja, E. (2022). Patient involvement in shared decision-making: Do patients rate physician and Nurses differently? *International journal of environmental research and public health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114229>
- Gerwing, J. & Indseth, T. (2015). Enhancing Caller Comprehensibility in Emergency Calls with a Language Barrier: Operators in the Role of Addressee. *Internal Journal of Listening*, 30(3), 163-179.
<https://doi.org/10.1080/10904018.2015.1056878>
- Grasaas, K. K., Sjursen, M. & Stordalen, J. (2020). *Fag, etikk og kommunikasjon* (3. utg.). Cappelen Damm.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie* (Bd. 1). fagbokforlaget.
- Hagen, I. & Baker, C. N. (2020, 11.09.2020). *Hva er kommunikasjon?* Nasjonal digital læringsarena. Hentet 12.02 fra <https://ndla.no/subject:1:1f1865fc-e4cc-48a0-918f-3530485ec424/topic:1:ae0e6304-d30e-4d3f-8e94-306d1a884e10/topic:1:b4a83480-e593-4b51-ae4c-9dee708c1616/resource:930c3a6c-bacb-4dde-a06b-afc8b24c0c84>

- Hardee, J. T. (2003). An Overview of Empathy. *The Permanente Journal*, 7(4), 51-54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5571783/>
- Harris, A. & Ursin, H. (2012). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Åse Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. opplag. utg., s. 159-172). Fagbokforlaget.
- Haugen, J. E. (2019). De første livreddende tiltakene. I J. E. Haugen (Red.), *Akuttmedisin: utenfor sykehus* (4. utg., s. 33-52). Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, Oktober 2022). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Folkehelseinstituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket. (2018). *Kritisk vurdering*. Folkehelseinstituttet. Hentet 12. februar 2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2020). *Epistemonikos*. Helsebiblioteket. Hentet 11.04.2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/epistemonikos>
- Helsebiblioteket. (2024). *CINAHL*. Helsebiblioteket. Hentet 11.04.2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (§4). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2011). *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Höglund, E., Andersson-Hagiwara, M., Schröder, A., Möller, M. & Ohlsson-Nevo, E. (2020). Characteristics of non-conveyed patients in emergency medical services (EMS): a one-year prospective descriptive and comparative study in a region of Sweden. *BMC Emergency Medicine*, 20(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00353-8>

- Höglund, E., Schröder, A., Möller, M., Andersson-Hagiwara, M. & Ohlsson-Nevo, E. (2019). The ambulance nurse experiences of non-conveying patients. *Journal of clinical nursing*, 28(1-2), 235-244.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.14626>
- Hove, I. H. (2020). *Flere pasienter og færre senger*. SSB. Hentet 21.03.2024 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-pasienter-og-faerre-senger>
- Idland, S., Morken, T., Allertsen, M., Solberg, L. R., Halvorsen, K. S., Isern, C. B., Kongsgård, H. W. & Nilsen, J. E. (2019). *Kartlegging av den akuttmedisinske kjeden* (Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin, Issue. NAKOS. NAKOS. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2648936>
- Kaur, B. (2020). Interpersonal communications in nursing practice - Key to Quality Health care. *Archives of Nursing Practice and Care*, 6(1).
<https://doi.org/https://doi.org/10.17352/2581-4265.000044>
- King, R., Oprescu, F. I., Lord, B., Flanagan, B. & Downer, T. (2023). Patients' experiences of non-conveyance following an Australian ambulance service paramedic response: A constructivist grounded theory exploration. *Paramedicine*, 20(3), 63-78. <https://doi.org/10.1177/27536386231163721>
- Kirkby, H. M. & Roberts, L. M. (2012). Inappropriate 999 calls: an online pilot survey. *Emergency Medicine Journal*, 29(2), 141-146.
<https://doi.org/10.1136/emj.2010.092346>
- Knottnerus, j.-A. & Tugwell, P. (2012). The patients' perspective is key, also in research. *Journal of clinical epidemiology*, 65(6), 581-583.
<https://doi.org/doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.03.007>
- Lederman, J., Lindström, V., Elmqvist, C., Löfvenmark, C. & Djärv, T. (2020). Non-conveyance in the ambulance service: a population-based cohort study in Stockholm, Sweden. *BMJ Open*, 10(7), e036659.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036659>

- Lederman, J., Löfvenmark, C., Djärv, T., Lindström, V. & Elmqvist, C. (2019). Assessing non-conveyed patients in the ambulance service: a phenomenological interview study with Swedish ambulance clinicians. *BMJ Open*, 9(9), e030203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030203>
- Lederman, J., Löfvenmark, C., Djärv, T., Lindström, V. & Elmqvist, C. (2023). A phenomenological interview study with patients being non-conveyed in the ambulance service. *BMC Emergency Medicine*, 23(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00797-8>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- National Library of Medicine. (2023). *PubMed Overview*. National Library of Medicine. Hentet 11.04.2024 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Nilsen, J. E., Wik, L., Kramer-Johansen, J., Styrkjson, K., Tjelmeland, I. B. M., Seland, N., Flingsborg, L. D. & Olsen, J.-Å. (2014). *Fremtidens prehospitaler tjenester* (Rapport nr. 3-2014, Issue. Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin. <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/sved/03.pdf>
- Nordby, H. (2010). *Etikk og kommunikasjon: i prehospitalt medisinsk arbeid* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Nordby, H. (2014). *Samhandling i prehospitalt arbeid* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Østebø, O., Jensen, J. T., Halvorsen, S. H., Kloster, O.-J., Torgeirsen, K. & Illguth, E. (2023). *Puls: Kommunikasjon og samhandling* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Palazzo, F. F., Warner, O. J., Harron, M. & Sadana, A. (1998). Misuse of the London ambulance service: How much and why? *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 15(6), 368-370. <https://doi.org/10.1136/emj.15.6.368>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (3-1). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Paulin, J., Kurola, J., Koivisto, M. & Lirola, T. (2021). EMS non-conveyance: A safe practice to decrease ED crowding or a threat to patient safety? *BMC Emergency Medicine*, 21(115). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12873-021-00508-1>
- Paulin, J., Kurola, J., Salanterä, S., Moen, H., Guragain, N., Koivisto, M., Käyhkö, N., Aaltonen, V. & Lirola, T. (2020). Changing role of EMS –analyses of non-conveyed and conveyed patients in Finland. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00741-w>
- PubMed. (2023, 20.12.2023). *How PubMed works: Automatic Term Mapping (ATM)*. National Library of Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/help/#automatic-term-mapping>
- Rantala, A., Ekwall, A. & Forsberg, A. (2016). The meaning of being triaged to non-emergency ambulance care as experienced by patients. *International Emergency Nursing*, 25, 65-70. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.08.001>
- Register over vitenskapelige publiseringskanaler. (2024). *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler*. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Hentet 14. februar fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/OmKriterier>
- Rod, N. H. (2019). *Stress og helse*. Gyldendal.
- Salminen-Tuomaala, M., Mikkola, R., Paavilainen, E. & Leikkola, P. (2018). Emergency patients' and family members' experiences of encountering care providers and receiving care in nonconveyance situations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1371-1378. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/scs.12582>

- Satchell, E., Carey, M., Dicker, B., Drake, H., Gott, M., Moeke-Maxwell, T. & Anderson, N. (2023). Family & bystander experiences of emergency ambulance services care: a scoping review. *BMC Emergency Medicine*, 23(68). <https://doi.org/doi.org/10.1186/s12873-023-00829-3>
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser: håndbok i psykososialt støttearbeid* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Skilbrei, M.-L. (2020, 29.10.2020). *Forskningsetikk*. Hentet 13.02 fra <https://holbergprize.org/nb/forskningsetikk>
- St.Pierre, M., Hofinger, G., Buerschaper, C. & Simon, R. (2011). *Crisis Management in Acute Care Settings - Human Factors, Team Psychology, and Patient Safety in a High Stakes Environment* (2. utg.). Springer Berlin / Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-19700-0>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). 09556: *Ambulansetjenesten. Antall ambulanser, beredskapstimer, oppdrag og kjørte kilometer, etter helseforetak 2011 - 2022*. <https://www.ssb.no/statbank/table/09556/>
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B. & Frankel, R. (1997). A model of Empathic Communication in the Medical Interview. *The Journal of the American Medical Association*, 277. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540320082047>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 173-194). Fagbokforlaget.
- Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S. & Hamzegardeshi, Z. (2014). Patient involvement in health care decision making: A review. *Iranian red crescent medical journal*, 16(1). <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>

- Valle, A. L. & Ankarstrand, A. B. (2019). *Ansvar for pasienter i de akuttmedisinske tjenestene*. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/tema/akuttmedisin/ansvar-for-pasienter-i-de-akuttmedisinske-tjenestene/Ansvar%20for%20pasienter%20i%20de%20akuttmedisinske%20tjenestene.pdf/_attachment/inline/997300f5-de1a-4ab7-960d-4b4f6c503cea:e410e4bb7b69461e9a8133bb8d55fc188b0ba705/Ansvar%20for%20pasienter%20i%20de%20akuttmedisinske%20tjenestene.pdf
- van Doorn, S. C. M., Verhalle, R. C., Ebben, R. H. A., Frost, D. M., Vloet, L. C. M. & de Brouwer, C. P. M. (2021). The experience of non-conveyance following emergency medical service triage from the perspective of patients and their relatives: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 54, 100952.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100952>
- Wahr, J. A. (2023). Patient safety in the operating room. I R. Hines & N. A. Nussmeier (Red.), *UpToDate*. Hentet 2. april 2024 fra
<https://www.uptodate.com/contents/patient-safety-in-the-operating-room#H1464547083>
- Williams, B., Lau, R., Thornton, E. & Olney, L. S. (2017). The relationship between empathy and burnout – lessons for paramedics: a scoping review. *Psychology research and behaviour management*, 10, 329-337.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S145810>

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Statistikk over utviklingen av ambulanseoppdrag

| | Ambulansetjenester | | | |
|--------------------------------------|--------------------|---------|---------|--------|
| | Antall | | Prosent | |
| | 2011 | 2022 | 2011 | 2022 |
| HELSEREGION SØR-ØST TOTALT | | | | |
| Oppdrag med ambulansebiler | 330 948 | 457 757 | 100,00 | 138,32 |
| – Akutte oppdrag med ambulansebiler | 112 637 | 218 418 | 100,00 | 193,91 |
| – Hasteoppdrag med ambulansebiler | 113 572 | 147 014 | 100,00 | 129,45 |
| – Vanlige oppdrag med ambulansebiler | 104 729 | 92 325 | 100,00 | 88,16 |

Vedlegg 2: PICO-skjema med treff i Epistemonikos

| | Engelske søkeord | | Treff | | Total | |
|---|------------------|------------------------------|-------|--------|-------|-----|
| P | 1 | <i>Paramedics</i> | OR | 107670 | AND | 408 |
| | 2 | Prehospital | | | | |
| | 3 | Pre-hospital | | | | |
| | 4 | Out-of-hospital | | | | |
| | 5 | Extended care practitioner | | | | |
| | 6 | EMS | | | | |
| | 7 | Emergency medical service | | | | |
| | 8 | EMT | | | | |
| | 9 | Emergency medical technician | | | | |
| | 10 | <i>Emergency responders</i> | | | | |
| | 11 | <i>Ambulance*</i> | | | | |
| | 12 | Ambulance crew | | | | |
| | 13 | Ambulance nurses | | | | |
| | 14 | Ambulance patients | | | | |
| I | 15 | Non-convey* | OR | 98435 | AND | 408 |
| | 16 | Nonconvey* | | | | |
| | 17 | Non-transport* | | | | |
| | 18 | Non-emergency* | | | | |
| | 19 | Unnecessary transport | | | | |
| | 20 | Discharged-at-scene | | | | |
| | 21 | Discharged-at-the-scene | | | | |
| | 22 | See-and-treat | | | | |
| | 23 | Treat-and-release | | | | |
| O | 24 | Experience* | OR | 948384 | AND | 408 |
| | 25 | <i>Perception*</i> | | | | |
| | 26 | Expect* | | | | |
| | 27 | Perspective* | | | | |
| | 28 | Satisfaction* | | | | |
| | 29 | Recontact* | | | | |
| | 30 | Reattendance* | | | | |
| | 31 | <i>Safety</i> | | | | |
| * = Trunkering er benyttet for å inkludere alle ord med samme ordstamme Kursiv = MeSH-term | | | | | | |

*Dette skjema er reproduisert 05. april 2024. Antall treff avviker derfor fra det som er beskrevet i metodekapittelet og i flytskjema (vedlegg 4).

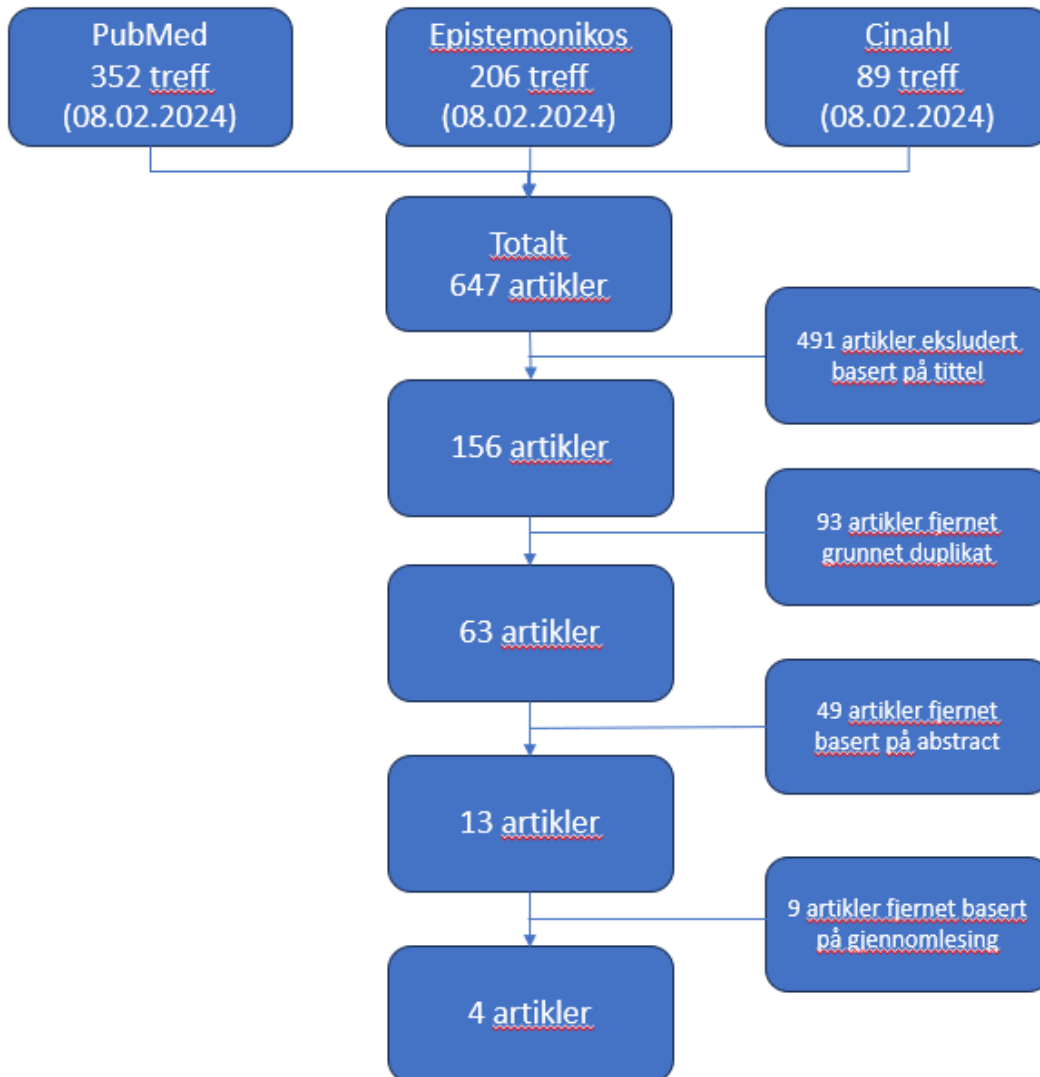
Vedlegg 3: PICO-skjema med treff i Cinahl

| | Engelske søkeord | | Treff | | Total | |
|----------|------------------|------------------------------|-------|---------|-------|-----|
| P | 1 | <i>Paramedics</i> | OR | 47511 | AND | 102 |
| | 2 | Prehospital | | | | |
| | 3 | Pre-hospital | | | | |
| | 4 | Out-of-hospital | | | | |
| | 5 | Extended care practitioner | | | | |
| | 6 | EMS | | | | |
| | 7 | Emergency medical service | | | | |
| | 8 | EMT | | | | |
| | 9 | Emergency medical technician | | | | |
| | 10 | <i>Emergency responders</i> | | | | |
| | 11 | <i>Ambulance*</i> | | | | |
| | 12 | Ambulance crew | | | | |
| | 13 | Ambulance nurses | | | | |
| | 14 | Ambulance patients | | | | |
| I | 15 | Non-convey* | OR | 837 | | |
| | 16 | Nonconvey* | | | | |
| | 17 | Non-transport* | | | | |
| | 18 | Non-emergency* | | | | |
| | 19 | Unnecessary transport | | | | |
| | 20 | Discharged-at-scene | | | | |
| | 21 | Discharged-at-the-scene | | | | |
| | 22 | See-and-treat | | | | |
| | 23 | Treat-and-release | | | | |
| O | 24 | Experience* | OR | 1327041 | | |
| | 25 | <i>Perception*</i> | | | | |
| | 26 | Expect* | | | | |
| | 27 | Perspective* | | | | |
| | 28 | Satisfaction* | | | | |
| | 29 | Recontact* | | | | |
| | 30 | Reattendance* | | | | |
| | 31 | <i>Safety</i> | | | | |

* = Trunkering er benyttet for å inkludere alle ord med samme ordstamme
Kursiv = MeSH-term

*Dette skjema er reprodusert 05. april 2024. Antall treff avviker derfor fra det som er beskrevet i metodekapittelet og i flytskjema (vedlegg 4).

Vedlegg 4: Flytskjema



Vedlegg 5: Litteratormatrise

| Nr | Førsteforfatter (år), område. | Tittel | Hensikt /Formål | Inklusjon /eksklusjon | Metode | Resultater |
|----|--|--|--|---|--|---|
| 1. | van Doorn et al., 2021 Nederland | The experience of non-conveyance following emergency medical service triage from the perspective of patients and their relatives: A qualitative study. | Få innsikt i opplevelsene til pasienter og pårørende med et akutt ønske om ambulansen, som resulterer i non-conveyance. Målet er å tilby tilstrekkelig oppfølging. | Pasienter over 18 år hvor det har blitt tilkalt ambulanse som har rykket ut på akutt-tur og det etter undersøkelser er besluttet non-conveyance. Pasienter som ikke snakket nederlandsk eller var i stand til å uttrykke sine opplevelser ble ekskludert. | Kvalitativ studie med bruk av semi-strukturerte intervjuer. Ikke definert underkategori innen forskningsmetode. Intervjuer ble utført hjemme hos informantene. | Fire hovedtemaer kom frem fra den tematiske analysen: 1. Frykt som ledende følelse. 2. Tillit til ikke-transportbeslutning en avhenger av fire komponenter og dialog. 3. Konsekvenser og mestring varierer mellom pasienter og pårørende. 4. Behov for evaluering. |
| 2. | Lederman et al., 2023 Sverige | A phenomenological interview study with patients being non-conveyed in the ambulance service. | Beskrive pasienters erfaringer med å bli akutt syk eller skadet, deretter å ikke bli transportert med ambulanse til sykehus. | Inkludert: Non-conveyance pasienter. Engelsk- eller svensktalende. Ekskludert: pasienter <18 år, åpenbart ruspåvirkede, kognitivt nedsatt. | Kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming og fleksibel intervjustil. Intervjuer utført der informantene ønsket. | Pasienters opplevelse med non-conveyance har flere kjennetegn med dynamisk bevegelse mellom ulike fysiske, psykologiske og emosjonelle faser; å miste og gjenvinne situasjonell og kroppslig kontroll, følelse av avhengighet og autonomi, ekstern kompetanse og indre kunnskap, overføring og gjenvinning av ansvar, og frykt og trygghet. |
| 3. | King et al., 2023 Australia | Patients' experiences of non-conveyance following an Australian ambulance service paramedic | Studien har som hensikt å undersøke pasienters non-conveyance erfaringer i Australia, og | Pasienter over 18 år som har fått besøk av ambulanse og er blitt undersøkt av ambulansespersoner | Kvalitativ studie basert på Constructivist Grounded Theory. Intervjuer | Resultatet av studien er en teori de kaller «Restoring self-efficacy.» Teorien består av tre hovedkomponenter: |

| | | | | | | |
|----|-------------------------------------|--|--|---|---|---|
| | | response: A constructivist grounded theory exploration. | komme frem til en teoretisk modell for å forstå pasienters opplevelse av non-conveyance. | nell. Pasienter som nektet videre hjelp, har nevrologiske utfall eller kognitiv svikt, er død eller vanlige overføringsturer er ekskludert. | ble utført over telefon med 21 informanter som passet inklusjonskriteriene. | 1. «Losing independence» 2. «Restoring self-confidence» 3. «Self-management» |
| 4. | Rantala et al., 2016 Sverige | The meaning of being triaged to non-emergency ambulance as experienced by patient. | Studien har som hensikt å utforske den subjektive opplevelsen av å bli triagert til et så lavt nivå, at ambulansetransport til sykehus ikke var nødvendig. | Pasient over 18 år som har hatt besøk av ambulansen og ikke trengt videre transport. Kun pasienter som er kognitivt frisk. Kun svensktalende. | Kvalitativ studie med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. 12 Intervjuer ble utført etter informantens ønske, der samtlige endte som telefonintervju. | Resultater deltes inn i 2 punkter. Den positive erfaringen: 1. Søke aksept 2. Bli sett 3. Medvirkning Den negative erfaringen: 1. Føle maktesløshet 2. Føle seg ekskludert 3. Føle seg oversett |

Vedlegg 6: Sjekkliste vurdering av kvalitativ studie

| Artikkel 1: van Doorn et al., 2021 | JA | NEI | UKLART /DELVIS |
|---|----|-----|-------------------|
| Er formålet med studien klart formulert? | X | | |
| Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | | | X |
| Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | X | | |
| Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | X | | |
| Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | X | | |
| Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | | | X |
| Er etiske forhold vurdert? | | | X |
| Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | | | X |
| Basert på svarene over, mener du resultatene av studien er til å stole på? | X | | |
| Er funnene klart presentert? | X | | |
| Hvor nyttige er funnene fra denne studien? | | | |

| Artikkel 2: Lederman et al., 2023 | JA | NEI | UKLART /DELVIS |
|---|----|-----|-------------------|
| Er formålet med studien klart formulert? | X | | |
| Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | X | | |
| Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | X | | |
| Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | X | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | X | | |
| Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | X | | |
| Er etiske forhold vurdert? | X | | |
| Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | X | | |
| Basert på svarene over, mener du resultatene av studien er til å stole på? | X | | |
| Er funnene klart presentert? | X | | |
| Hvor nyttige er funnene fra denne studien? | | | |

| Artikkel 3: King et al., 2023 | JA | NEI | UKLART /DELVIS |
|---|----|-----|-------------------|
| Er formålet med studien klart formulert? | X | | |
| Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | X | | |
| Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | X | | |
| Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | X | | |
| Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | X | | |
| Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | X | | |
| Er etiske forhold vurdert? | X | | |
| Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | X | | |
| Basert på svarene over, mener du resultatene av studien er til å stole på? | X | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Er funnene klart presentert? | X | | |
| Hvor nyttige er funnene fra denne studien? | | | |

| Artikkel 4: Rantala et al., 2016 | JA | NEI | UKLART /DELVIS |
|---|----|-----|-------------------|
| Er formålet med studien klart formulert? | X | | |
| Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | X | | |
| Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | X | | |
| Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | X | | |
| Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | | | X |
| Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | | | X |
| Er etiske forhold vurdert? | X | | |
| Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | X | | |
| Basert på svarene over, mener du resultatene av studien er til å stole på? | X | | |
| Er funnene klart presentert? | X | | |
| Hvor nyttige er funnene fra denne studien? | | | |