

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2018:12

Vårdkedjor för patienter med primärvårdsbehov ur ett vårdarperspektiv

En retrospektiv journalgranskning med fokus på patientsäkerhet och
jämförd vård

Johan Holm
Ola Thuresson

Uppsatsens titel: Vårdkedjor för patienter med primärvårdsbehov ur ett vårdarperspektiv. En retrospektiv journalgranskning med fokus på patientsäkerhet och jämställd vård.

Författare: Johan Holm, Ola Thuresson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Ambulanssjuksköterskeutbildning

Handledare: Gabriella Norberg Boysen

Examinator: Anders Bremer

Sammanfattning

För att på bästa sätt utnyttja sjukvårdens resurser bör vård ges på den vårdnivå som är mest ändamålsenlig utifrån patientens behov. Ambulanssjukvården i Sverige har hög kompetens med specialistutbildade ambulanssjuksköterskor som kan utföra avancerade bedömningar för att patienten skall kunna erhålla vård på rätt vårdnivå. Denna bedömning görs enligt RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System), ett bedömningsunderlag för prioritering och identifiering av patienters tillstånd. Studiens syfte är att undersöka tre vårdkedjor för patienter med primärvårdsbehov gällande ambulanssjuksköterskans bedömning med speciellt fokus på patientsäkerhet och jämställd vård. Studiens design är kvantitativ och explorativ baserad på en retrospektiv granskning av patientjournaler. Data som studien baseras på samlades in mellan januari och december 2017 i en ambulansorganisation i Sydvästra Sverige. Totalt inkluderades 639 patientjournaler. Studien visar att 69 % av patienterna ($n=442$) fick vård på plats (VIPP). Det var 10 % ($n=62$) av patienterna som fick vård på vårdcentral och 13 % ($n=82$) fick hjälp med annat transportsätt till en vårdinrättning. Inga signifikanta skillnader i bedömningar mellan män ($n=278$) och kvinnor ($n=308$) identifierades ($p=0.120$). En sekundärtransport redovisades. Patienter som bedömdes ha primärvårdsbehov var efter samråd med distriktsläkaren välkomna till vårdcentralerna oavsett ESS-kod eller färg på vitalparametrar. Samverkan mellan ambulanssjukvård och primärvård ger mer information om patienten, vilket i sin tur bidrar till en säkrare bedömning. För att den här typen av vårdkedjor skall uppfylla kraven på patientsäkerhet krävs en noggrann implementering. Brister beträffande jämställd vård som påvisats i tidigare studier har inte bekräftats i föreliggande studie. Fortsatt forskning angående patientsäkerhet och jämställd vård i samband med bedömning och identifiering av patienter med primärvårdsbehov är nödvändig.

Nyckelord: *ambulanssjuksköterska, bedömning, rätt vårdnivå, RETTS, ambulanssjukvård, primärvårdsbehov, genus.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Ambulanssjuksköterskor och hänvisning	5
Ändamålsenlig vård för patienter med primärvårdsbehov	5
Svårigheter att söka vård ur ett patientperspektiv	6
Patientens oro och olika syn på tillståndets akuta karaktär	6
Patientens delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdens brister och strukturförändring	7
Patientsäkerhetsarbete och beslutsstöd inom ambulanssjukvård	7
Genusperspektiv och jämställd vård	7
Patientens behov av omväxlande vård inom sjukhusvård och primärvård	8
Akutmottagning och patientens olika sökorsaker	8
RETTS-bedömning	9
Tre vårdkedjor för patienter med primärvårdsbehov	9
PROBLEMFÖRMULERING	11
SYFTE	11
Design och sammanhang	12
Urval och datainsamling	12
Dataanalys	12
Etiska överväganden	13
RESULTAT	14
Patienter med primärvårdsbehov	14
Fördelning mellan olika primärvårdskedjor	14
Fördelning mellan primärvårdskedjorna i förhållande till kön	15
Vitala parametrar (VP)	15
ESS-kod	16
RETTS-färg	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Validitet	18
Generaliserbarhet	19
Reliabilitet	19
Resultatdiskussion	19
Ambulanssjuksköterskans bedömning	20
Vitalparametrar	20
ESS-koden	21
Sökorsak	21
Genus	21
Svåridentifierade patienter	22

Samverkan mellan ambulanssjukvård och primärvård	22
Möjligheter och risker	23
Slutsats	24
REFERENSER.....	25

INLEDNING

Vårdens tillgänglighet är bristande och patienter har många gånger svårt att söka vård på ändamålsenlig vårdnivå. Den strukturförändring som sjukvården har genomgått och fortfarande genomgår är en bakomliggande orsak som leder till att patienter inte vet var de ska söka vård vid sjukdom och ohälsa. Dessutom har tidigare studier inom hälso- och sjukvård påvisat att män och kvinnor bedöms olika. Den aktuella studien kommer att undersöka prehospitala vårdkedjor för patienter med primärvårdsbehov och bedömningar som görs av dessa patienter. Patienter med primärvårdsbehov identifieras för att ges vård på ändamålsenlig vårdnivå direkt. Patientsäkerhet och jämställd vård kommer att fokuseras.

BAKGRUND

Ambulanssjuksköterskor och hänvisning

En ambulans bemannas av ambulanssjukvårdare, grundutbildade sjuksköterskor samt specialistutbildade sjuksköterskor. Larsson, Holmén och Ziegert (2017) menar att sjuksköterskor som bemannar ambulanser är kvalificerade att bedöma patienter och identifiera alternativa vårdnivåer istället för att alltid transportera till akutmottagningen. I föreliggande studie kommer "ambulanssjuksköterska" fortsättningsvis att användas för samtliga sjuksköterskor inom ambulanssjukvård, oavsett om de har specialistutbildning eller ej.

Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (RAS 2012) menar att ambulanssjukvården har utvecklats till en kvalificerad sjukvårdsverksamhet. Möjligheten att snabbt få hjälp vid akuta olycks- och sjukdomsfall har förbättrats genom att det medicinska omhändertagandet har blivit mera avancerat. Ambulanssjuksköterskans möte med patienter sker under mycket kort tid. Varje patient ska prioriteras med beaktande av de vitala parametrarna (VP), patientens anamnes och sjukdomshistorik. Utöver det ska ambulanssjuksköterskan inge trygghet, förtroende samt vårda och behandla eventuella sjukdomstillstånd.

Efter att ambulanssjuksköterskan gjort en helhetsbedömning av patienten kommer de tillsammans fram till lämplig vårdnivå. Ambulanssjuksköterskan har inte rätt att övertala patienten att söka till annan vårdnivå, men bör rekommendera en vårdinstans som på bästa sätt kan hjälpa patienten. Om patienten önskar komma till en akutmottagning kan detta vårdval inte förhindras. Ambulanssjuksköterskan kan emellertid utifrån behandlingsriktlinjer och en standardiserad och strukturerad anamnes enligt RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System), bedöma patientens behov av vård och hänvisa denne vidare till lämplig vårdnivå (Västra Götalandsregionen 2016, ss. 5, 23).

Ändamålsenlig vård för patienter med primärvårdsbehov

Ändamålsenlig vård ska bygga på kunskap och beprövad erfarenhet samt utformas för att möta den enskilde patientens behov. Det ändamålsenliga avser patientens möjlighet att komma till den nivå som kan ge den vård patienten behöver utifrån det hälsotillstånd som patienten beskriver. Med primärvårdsbehov menas det vårdbehov som bäst tillgodoses på vårdcentral (VC), det vill säga där primärvården ger ändamålsenlig vård i förhållande till patientens hälsotillstånd. Inom sjukhusvården räknas patienter med primärvårdsbehov som lågprioriterade patienter (Norberg Boysen 2017, s. 4).

Risken för vårdskador ökar för de äldre patienterna när väntetiden blir lång på akutmottagningen. De hårda britsarna ökar risken för att äldre ska drabbas av trycksår och att exempelvis förvirringstillstånd förvärras då de förflyttas från sin hemmiljö (Socialstyrelsen 2016). Det har också visat sig att risken för vårdskador ökar när många läkare är inblandade, som till exempel vid multisjuka patienter, långa vårdkedjor, byte av vårdnivå och/eller vårdgivare (Socialstyrelsen 2011).

Svårigheter att söka vård ur ett patientperspektiv

Forskning har visat att många patienter som kontaktar larmcentralen tror att de får snabbare vård och behandling när de kommer till akutmottagningen med ambulans och att väntetiden blir kortare (Yarris, Moreno, Schmidt, Adams & Brooks 2006). Patienterna menar att "ibland känns det som att ambulansen är halvvägs mellan din doktor och sjukhuset och de ser till att du kommer åt ena eller andra hållet, när du själv inte vet vad som är bäst" (Booker, Simmonds & Purdy 2014). Det finns en uppfattning om att ambulanspersonalen bedömer och triagerar patienternas tillstånd och guidar dem till rätt nivå; "jag behövde bara någon som kom snabbt för att berätta vad som hände med mig, för att berätta om det var något allvarligt" (Booker, Simmonds & Purdy 2014).

Behov av att få råd till egenvårdsbehandling och slippa inläggning på sjukhus är ett annat skäl att ringa efter ambulans. Det har visat sig finnas en övertro på vad ambulansen kan eller ska bistå med för behandlingar. Booker, Simmonds och Purdy (2014) menar att patienter som har vårderfarenhet av att i timmar sitta på vårdcentraler för att sedan bli skickad till sjukhuset, ringer ambulans för att komma snabbare till sjukhus. Beslutet att ringa efter ambulans i en nödsituation kan även påverkas av socioekonomiska faktorer, till exempel ålder, kön, hushållsinkomst och innehav av ett transportmedel (Khorram-Manesh, Lennquist Montán, Hedeli, Kihlgren & Örtenwall 2011).

Patientens oro och olika syn på tillståndets akuta karaktär

De flesta människor som söker sjukvård upplever sitt tillstånd som obehagligt eller oroväckande, det vill säga personen känner sig sjuk och söker därför sjukvård (Olofsson, Nilsson & Wahllöf 2010). Patientens syn på akut sjukdom överensstämmer inte alltid med vad vårdaren bedömer var akut sjukdom. Vårdaren kan med akut sjukdom avse ett tillstånd som uppkommer snabbt och plötsligt (Gabrielsson, Lindström & Nåden 2009). Parker (1999) beskriver att personer som insjuknar akut och upptäcker att kroppen inte lyder och betar sig som de är vana vid upplever sig fångade i en kropp som har sinnen i behåll men inte förmågan att delta fysiskt i det som sker omkring eller med dem.

Wiman och Wikblad (2004) påtalar att vid upplevelse av att känna sig akut sjuk rubbas patientens vardag då denne är i behov av att söka vård. Detta innebär en kontrollförlust och personen hamnar i en utsatt och sårbar situation och blir i beroendeställning av vårdpersonalen. Morgans och Burgess (2011) påvisade bristande samstämmighet mellan hur patienten skattade sin situation och hur vårdpersonalen på akutmottagning bedömde patientens akuta tillstånd. Patienterna bedömde tillståndet mer akut än vad vårdpersonalen gjorde.

Patientens delaktighet

Patientlagen (SFS 2014:821) syftar till att stärka samt tydliggöra patientens ställning samt att främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Rantala, Ekvall och Forsberg (2016)

skriver att prehospital akutsjukvård är en vårdmiljö som domineras av akutmedicinska förtecken där livshotande tillstånd alltid prioriteras före primärvårdsbehov, ohälsa samt existentiella behov.

Hälso- och sjukvårdens brister och strukturförändring

Socialdepartementet (2017) efterfrågar en ökad kvalitet, bättre tillgänglighet och en ökad tillit till vården hos befolkningen. De menar att svensk sjukvård internationellt sett har hög kvalitet, när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet och patientmedverkan. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) stipulerar att hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Vidare menar Socialdepartementet (2017) att hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov.

En utredning¹ som initierats av regeringen fokuserar på en förändrad vårdstruktur med god och nära vård för patienter (SOU 2017:53). Hälso- och sjukvården genomgår stora förändringar som allmänt går under beteckningen ”Omställningen” och innebär fyra övergripande områden: (1) utveckla och stärka den nära vården, det vill säga den vård som invånare och patienter behöver ofta, (2) koncentrera viss sjukhusvård för bättre kvalitet, säkerhet och tillgänglighet, (3) öka användandet av digitala vårdtjänster så att patienterna kan bli mer delaktiga, och (4) fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Nationell och regional kunskapsstyrning uppmärksammas i detta sammanhang dock tydliggörs inte ambulanssjukvårdens roll (Västra Götalandsregionen 2017).

Patientsäkerhetsarbete och beslutsstöd inom ambulanssjukvård

Patientsäkerhetsarbete är en ständigt pågående process som skall tas i beaktande vid varje patientkontakt, överrapportering samt beslut som rör patientens vård eller på annat sätt kan påverka den (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Patienten ska inte utsättas för skada genom hälso- och sjukvårdande åtgärder (SFS 2017:30). SKL (2017) menar att systematiskt patientsäkerhetsarbete konkret innebär att arbeta långsiktigt samt systematiskt med olika angreppssätt och metoder, vidare att det ska finnas en koppling mellan mål, strategier samt valda angreppssätt och metoder.

Svensk Sjuksköterskeförening (2017) har som mål att förbättra kvalitén och säkerheten inom vården, för att göra det har sex kärnkompetenser utarbetats, vilka är att: (1) vården skall vara personcentrerad (2) patientsäker (3) bygga på informatik (4) samverka i team (5) vara evidensbaserad och (6) att arbeta för förbättringskunskap. Enligt Andersson Hagiwara, Suserud, Andersson Gare, Sjöqvist, Henricson och Jonsson (2014) är bristande följsamhet till beslutsstöd en patientsäkerhetsrisk. I kombination med kompetensbrister samt hög personalomsättning på sjukhusen finns det patientsäkerhetsrisker samt att patienter inte får tillgång till den vård de har behov av (SOU 2016:2).

Genusperspektiv och jämställd vård

Jämställdhet innebär att kvinnor och män har samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter

¹ Särskild utredare Anna Nergårdh, chefsläkare och biträdande landstingsdirektör.

inom alla väsentliga områden i livet. Med jämlikhet menas alla individers lika värde. I politiska sammanhang avser termen ibland även individernas lika inflytande (Nationalencyklopedin 1989–1996).

I de fall felaktigheter i studier har att göra med kön eller genus, exempelvis att enbart män undersökts och resultatet utan vidare har generaliserats till att även gälla kvinnor, kallas genusbias. Ett stort antal studier pekar på att det kan förekomma medicinska felaktigheter och kvalitetsbrister kopplade till föreställningar om kvinnor och män. Genusbias kan vara en fördom eller en snedvridning i förhållande till genus. Vilket i sin tur kan leda till feldiagnostisering och kan därmed försämra vårdkvaliteten (Smirthwaite 2007). Med jämställd vård avses att kvinnor som män, oavsett ålder, socioekonomisk bakgrund och etniskt ursprung har tillgång till vård av god kvalitet på lika villkor (Socialstyrelsen 2004).

Jämlik vård är ett centralt område för hälso- och sjukvården och har det senast decenniet varit i fokus med återkommande debatter för att vården ska bli med jämlik (Myndigheten för vårdanalys 2014). Vidare framkommer att det finns flera orsaker till att det fortfarande görs skillnad mellan män och kvinnor inom vården. För att öka jämlikheten är det viktigt att mäta och följa upp om vården är ojämlig. Myndigheten för vårdanalys (2014) bedömer att utredningens problembeskrivning tydligt visar på bristande personcentring i vården av transpersoner samt synliggör gruppens behov av mer personcentrerad vård och omsorg. Att arbeta utifrån patienternas behov och förutsättningar är ett centralt utvecklingsområde för vården och omsorgen i dag. Smirthwait, Tengelin och Borrmann (2014) skriver att jämställdhet avser jämlikhet mellan kvinnor och män till skillnad från jämlikhet som utöver kön innefattar sexuell läggning, ålder, etniskt ursprung, religion, socioekonomi och funktionsförmåga. Smirthwaite (2007) menar att god vård är en jämställdhetsfråga, eftersom kvalitet och effektivitet inte ska påverkas av kön. Ett sätt att synliggöra kön inom hälso- och sjukvården är att integrera ett jämställdhetsperspektiv i lednings- och styrsystemen.

Patientens behov av omväxlande vård inom sjukhusvård och primärvård

Statens offentliga utredning SOU (2016:2) beskriver att i samband med de vanligast förekommande sjukdomarna har patienterna behov av vård omväxlande inom primärvård och sjukhusvård. Behovet av vård beror på vilket stadium sjukdomen är i samt vilka resurser och kompetenser som krävs vid varje vårdtillfälle. Vidare framkommer det att distriktsläkare har tillgång till allt mer avancerade utrednings- och behandlingsmetoder. Omhändertagande av komplicerade medicinska utredningar och uppföljningar har bidragit till att distriktsläkare träffar betydligt färre patienter personligen på mottagningen. Detta leder också till att distriktsläkarna är allt mer pressade och kan ha svårt att ta emot allvarligt sjuka patienter. Det kan även upplevas att många vårdcentraler brister i kunskap att ta emot patienter med allvarliga tillstånd (SOU 2016:2).

Akutmottagning och patientens olika sökorsaker

Patientflödet till akutmottagningar ökar med ca tre procent varje år, sedan 2014 (Socialstyrelsen 2017). Vården på akutmottagningen är enligt IVO (2015) betydligt dyrare än motsvarande vård inom primärvården. Socialstyrelsen (2016) skriver vidare att vid en översyn av utförda läkarundersökningar var det en av tio av samtliga patienter som bedömdes ha akuta medicinska tillstånd, övriga nio kan behöva läggas in på grund av varierande orsaker så som ohållbar hemsituation, fortsatt utredning eller övervakning. Många av dessa patienter behöver läggas in på en vårdavdelning, men på grund av brist på vårdplatser på slutenvårdskliniker får de i stället vårdas på akutmottagningen. Patienter behandlas endast för sina akuta symtom på

akutmottagningen och saknar sedan uppföljning. Detta kan bland annat leda till följsjukdomar, ej fungerande behandling samt att återkoppling av utförd behandling uteblir. Inspektionen för vård och omsorg (IVO 2015) ser att begränsad tillgänglighet på akutmottagningar kan leda till allvarliga patientsäkerhetsrisker. Patienter med varierande sjukdomstillstånd får exempelvis ofta vänta alldeles för länge på vård. Eftersom sjukvården, inklusive akutmottagningarna, är ålagda att vårda de som är sjukast först kan följderna bli att de med lättare åkommor blir lågt prioriterade. Sjukhusmiljön är en påfrestning för redan sköra individer och de behandlingar och insatser som sätts in har ofta ingen helhetssyn utan är fokuserad på enskilda diagnoser och problem vilket kan bidra till att äldre och sköra patienter riskerar att ådra sig vårdrelaterade skador och infektioner i akutmottagningens korridorer (ibid).

RETTS-bedömning

RETTS är, inom svensk akutvård, ett beslutsstöd för att triagera och identifiera patienter med mer eller mindre allvarliga sjukdomstillstånd (Widegren & Majid 2008). RETTS är framtaget för att identifiera den tid en patient kan vänta för att träffa en läkare (ibid). Wireklint, Elmquist, Parenti och Göransson (2018) menar att RETTS brister i förmågan att skilja mellan stabil och instabil patient vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för patienten samt att patienterna övertriageras på grund av en avvikande parameter. RETTS består av två delar, som i kombination resulterar i en prioritetsbedömning. Bedömningen är baserad på VP och patientens symtom, vilket ger en ESS-kod (Emergency Symptoms and Signs). Objektiva VP som blodtryck, syrgasmättnad, andnings- och hjärtfrekvens, kroppstemperatur och medvetenhetsgrad i kombination med ESS-kod, resulterar i en triagefärg: röd, orange, gul eller grön eller blå. Röd symboliserar ett direkt livshotande tillstånd och innebär akutsjukvård direkt. Orange, ett potentiellt livshotande tillstånd, ett tillstånd som kräver akut sjukhusvård (Widegren 2012). Gul innebär ej livshotande tillstånd, men behov av vård inom rimlig tid. Grön klassificeras som ej livshotande tillstånd, vilket innebär att det inte behövs transport till ett akutsjukhus, men behov av vård inom rimlig tid. Blå innebär att patienten ej är i behov av triagering, det vill säga ett starkt begränsat eller inget synligt vårdbehov. Ambulanssjuksköterskan gör en slutlig bedömning baserad på patientens berättelse och de objektiva fynd som gjorts i samband med RETTS-triageringen och hänvisar, i samråd med patienten, till en ändamålsenlig vårdnivå (Kungälv's sjukhus behandlingsriktlinjer ambulanssjukvården).

När det gäller att prioritera upp till högre nivå är all legitimerad personal behörig att efter reevaluering sätta en högre prioritet än den ursprungliga. Endast en legitimerad läkare får prioritera ned den initiala ESS-algoritmen patienten har fått.

Tre vårdkedjor för patienter med primärvårdsbehov

Inom Västra Götalandsregionen (VGR) har tre strukturerade vårdprocesser införts i syfte att ambulanssjuksköterskor ska kunna hänvisa patienter med primärvårdsbehov direkt till primärvården utan att först få vård på akutmottagning. Kedjorna bygger på en initial RETTS-bedömning och det är väsentligt för att ambulanssjuksköterskan skall kunna utföra en korrekt bedömning. I Kungälv kan patienter med primärvårdsbehov antingen ges vårdinsats på plats (*VIPP*) eller hänvisas till VC (*Primärvården*). En patient som inte har ett omvårdnadsbehov, kräver behandling eller övervakning under transport till vårdinrättning, kan erbjudas ett annat transportsätt (*SamBand*) till vårdinrättning.

Under hösten 2016 implementerades vårdkedjorna i ambulansorganisationen efter en heldagsutbildning som innefattade information om närsjukvård, hemsjukvård samt akutmedicinsk problematik med differentialdiagnoser. Bakgrunden var att problem med frikostig patientstyrning hade identifierats, dvs. patienter som inte var i behov av vård på sjukhus transporterades dit ändå. Utbildningen var även ett avstamp inför uppstarten av *Primärvården*, *VIPP* och *SamBand*. Primärvårdkedjorna startades i Kungälv ambulansdistrikt i mars 2017. Till skillnad från flera andra regioner som infört vårdkedjor som syftar till att finna rätt vårdnivå för patienter med primärvårdsbehov har ambulansorganisationen vid Kungälv sjukhusområde givit ett större bedömningsansvar till ambulanssjuksköterskan. Ambulanssjuksköterskan samlar in VP och gör en bedömning enligt RETTS på samma sätt som om patienten skall transporteras till sjukhus. Ambulanssjuksköterskans bedömning ligger till grund för bedömningen om någon av vårdkedjorna skall aktiveras.

Patienten hänvisas till primärvård - Primärvården

Telefonkontakt skall tas med patientens VC för samtliga patienter som hänvisas till primärvården. Detta är basen till den prehospitala vårdkedjan *Primärvården*. Den gemensamma bedömningen mellan distriktsläkare och ambulanssjuksköterska ligger till grund för ett gemensamt beslut om ändamålsenlig vårdnivå. Distriktsläkaren har det slutgiltiga ansvaret för beslutet genom att inneha den högsta medicinska kompetensen. De möjligheter som ges är då: (1) Transportera patienten till VC för vård eller bedömning av distriktsläkare (*Primärvården*), (2) telefonkonsultation med distriktsläkare i de fall ambulanssjuksköterskan misstänker att patienten kan kvarstanna i hemmet med råd om egenvård med eventuell inbokning av uppföljande besök på VC (*VIPP* och/eller *Primärvården*). Ambulanssjuksköterskan kan även kontakta VC i de fall då ambulanssjuksköterska är tveksam till om primärvård eller slutenvård är lämpligast.

När patienten i samråd med primärvårdsläkaren bedöms vara aktuell för *Primärvården*, skall en komplett ifyllt RETTS-journal bifogas. Krav på vad som skall finnas med i dokumentationen är: (1) underlag för bedömning av vårdbehov, (2) vilken typ av vårdinstans som diskuterats med patient och vilken vårdinstans som blir aktuell, (3) fullständiga VP samt (4) ESS-kod.

Patienten får en vårdinsats på plats - VIPP

Vårdinsats på plats (*VIPP*) är en vårdkedja där patienten och ambulanssjuksköterskan tillsammans bedömer var den fortsatta vården ska ske, på sjukhus, annan vårdinrättning eller på plats i hemmet. Om alternativet *VIPP* initieras innebär det bland annat egenvårdsråd, information om sjukdomstillstånd eller bara stöttning i patientens oro för sin hemsituation samt eventuell behandling på plats. Samma förfarande gäller som vid alla bedömningar gjorda av ambulanssjuksköterskan och VP skall vara tagna. Patienten skall tilldelas en ESS-kod och en diskussion kring hur den fortsatta vården ska ske. Patienten får inte övertalas utan besluten sker i samråd med patient och närstående. När en patient erhållit *VIPP* kontaktas patienten någon eller några dagar senare av ambulanssjuksköterskan som varit på plats i syfte att följa upp bedömningen (Västra Götaland 2017).

Patienten erbjuds annat transportsätt - SamBand

SamBand innebär att patienter som inte har behov av övervakning eller behandling under transport till vårdinrättning, kan erbjudas ett annat transportsätt till vårdgivaren, det kan vara egen eller närståendes bil, sittande sjukresa (taxi) eller liggande sjukresa (sjuktransport). Ambulanssjuksköterskan bistår i de fall sjukresa behövs. I samråd med patient och närstående

beslutar ambulanssjuksköterskan om fortsatt transport. *SamBand* kan kombineras med till exempel *Primärvården* och det innebär att ambulanssjuksköterskan kontaktar patientens vårdcentral och i samråd med primärvården kommer överens om att patienten kommer dit med annat transportsätt än ambulans. Samma sak gäller om patienten hänvisas till akutmottagning.

När patienten bedöms vara aktuell för *SamBand*, skall också en komplett ifylld RETTS-journal följa med patienten. Krav på vad som skall finnas med i dokumentationen: (1) underlag för bedömning av vårdbehov, (2) vilken typ av vårdinstans som diskuterats med patient och vilken vårdinstans som blir aktuell (3) Fullständiga VP och ESS-kod, (4) skriftligt råd som givits till patienten eller anhöriga samt om vidare kontakt med sjukvård eller larmcentral om tillståndet förändras eller försämras, samt (5) samverkande läkarens namn och arbetsplats. Skriftlig information skall också lämnas till patienten innehållande beräknad tid för transport samt telefonnummer att ringa om transporten inte anländer vid avtalad tid. Ambulanssjuksköterskan kontaktar den mottagande vårdgivaren och lämnar en muntlig rapport samt meddelar patientens beräknade ankomsttid.

PROBLEMFORMULERING

Människor som söker sjukvård upplever sitt tillstånd som ohanterbart och önskar hjälp med bedömning, vård och behandling. Genom den strukturomvandling som sjukvården har genomgått och fortfarande genomgår medför det svårigheter för patienten att själv söka den mest ändamålsenliga vårdnivån. Om en patient med primärvårdsbehov kommer till en akutmottagning kommer vårdbehovet att bedömas som lågt, då de med störst vårdbehov skall ges företräde. Detta medför lång väntan, vilket i sin tur kan orsaka vårdlidande och vårdrelaterade skador. Således kan det ses som en patientsäkerhetsrisk när patienter hamnar på en felaktig vårdnivå. Orsaker till att många patienter felaktigt hamnar på en allt för hög vårdnivå kan vara bristande tillgänglighet inom primärvården och brist på förtroende för eller okunskap om andra vårdalternativ. Andra orsaker kan vara olika former av hänvisningsmekanismer, vilket innebär att patienten hänvisats av annan vårdgivare. Den stora utmaningen för sjukvården är därför att hjälpa patienter, med hänsyn taget till patientens individuella vårdbehov, att söka ändamålsenlig vård redan från början. Inom ambulanssjukvården har flera olika projekt med primärvårdskedjor införts, många gånger med bristande evidens, i syfte att hänvisa patienter med primärvårdsbehov till primärvården. Ett av de största problemen med dessa vårdkedjor är primärvårdens begränsade öppettider och begränsade telefontillgänglighet och det kan ha svårighet att ta emot oanmälda patienter. När samverkan mellan primärvård och ambulanssjukvård inte är möjlig, hänvisas patienten till en allt för hög vårdnivå. Alla vårdkedjor som utförs av ambulanssjukvården ställer höga krav på ambulanssjuksköterskan inte minst då tidigare forskning visat att kvinnor löper större risk att få sämre behandling, får vänta längre tid på vård och att de prioriteras lägre än män.

SYFTE

Studiens syfte är att undersöka tre vårdkedjor för patienter med primärvårdsbehov gällande ambulanssjuksköterskans bedömning med speciellt fokus på patientsäkerhet och jämställd vård.

Design och sammanhang

Designen som användes är kvantitativ och explorativ baserad på en retrospektiv granskning av patientjournaler i ambulanssjukvårdens journalsystem, AmbuLink. Designen valdes då syftet var att beskriva och analysera ett fenomen med hjälp av antalet uppdrag som sedan beskrivs i tabeller och figurer. Retrospektiv design används när författaren vill granska ett material med händelser som redan inträffat innan studien påbörjas (Polit & Beck 2016).

Data, som låg till grund för studien, samlades in från ambulansjournaler under tidsperioden januari till december 2017 i Kungälv's sjukhusområde. Kungälv ligger i sydvästra Sverige med en befolkning på ca 110 000 invånare och är ett av fem områden i Västra Götalandsregionen (VGR). Årligen utförs ca 220 000 ambulansuppdrag i VGR som har ca 1,7 miljoner invånare. Ambulansorganisationen i Kungälv's sjukhusområde omfattar fyra dygnsambulanser och en dagambulans. Ambulansstationerna i Kungälv's sjukhusområde mottog under 2017 cirka 14 700 uppdrag.

Författarna av studien hade tillgång till de delar av journalerna som tilldelats av verksamhetsansvarig. Delarna innehöll avkodad patientinformation, VP (färg), ESS-koder och vilken vårdkedja patienten tilldelats, *VIPP*, *SamBand* eller *Primärvården*.

Urval och datainsamling

Patientjournaler för patienter som under 2017 hänvisats till någon av de tre primärvårdskedjorna *Primärvården*, *VIPP* och *SamBand* har granskats. Urvalet bestod i granskning av samtliga ambulansjournaler där någon av de tre primärvårdskedjorna i Kungälv's sjukhusområde ingått. Materialet erhöles aidentifierat av verksamhetsutvecklaren på ambulansen i Kungälv. Inga personnummer eller adresser fanns med och inte heller beskrivning i fritext eller behandling som gjorts.

Inklusionskriterierna var samtliga journaler som gick att spåra till *Primärvården*, *VPP* eller *SamBand* under ett kalenderår. I alla journaler som granskats hade medverkande patienter bedömts enligt RETTS utifrån ambulansorganisationens riktlinjer. De som exkluderats är journaler som ej varit kompletta eller gått att spåra till respektive kedja. Hur många dessa var har inte gått att fastställa på grund av brist i journalföringen, det vill säga vårdkedjorna har ej dokumenterats i fliken ”vårdkedjor” i Ambulink.

Totalt inkluderades sexhunderttrettionio ($n=639$) patientjournaler. Antalet patienter som fick vårdkedjan *Primärvården* uppgick till 69, *SamBand* 86 och antalet patienter som vårdades på plats (*VIPP*) var 484. Tre journaler exkluderades eftersom primärvårdsuppdraget gällde avlidna patienter. De som exkluderades var patienter med journaler som inte var kompletta och journaler där ambulanssjuksköterskan ej kunnat identifiera patienter med ett primärvårdsbehov. Journalerna granskades av två personer, Socialstyrelsen (2007) menar att journalerna bör granska av minst två personer och det ska främst vara läkare som granskar journalerna. I detta fallet har granskningen utförts av sjuksköterskor.

Dataanalys

Den deskriptiva dataanalysen utfördes i, Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS. Version 25). För att få överblick över data användes crosstabulation. Utfallet utgick från (1) i vilka fall ambulanssjukvården tagit kontakt med vårdcentral för samverkan och en eventuell

hänvisning dit (*Primärvården*), (2) om patienterna stannat hemma med egenvårdsråd (*VIPP*), eller (3) rekommenderats ett annat transportsätt till vårdinrättning (*SamBand*). De delar i patientjournalen, RETTS-färg, ESS-kod, om det var en man eller kvinna samt om läkarkontakt etablerats, och om patienten ansågs ha ett primärvårdsbehov, lades in i ett Excelark, vilket gav en överblick av samtliga 14 700 uppdrag och därefter sorterades journalerna i grupper om tre vårdkedjor samt VP och ESS-koder. Därefter lades extra fokus på *Primärvården* där data analyserade utifrån VP samt ESS-kod och prioriteringsfärg vid första bedömningen samt reevaluerad vid ankomst till vårdcentral.

Patienterna delades även in i kategorierna man och kvinna för att tydliggöra eventuella skillnader i utfall på vårdinsatsen. I studien användes Pearson's chi 2-test för att visa på likheter mellan grupperna. Båda författarna har granskat journalerna gemensamt för att undvika felberäkningar eller att informationen feltolkades.

Etiska överväganden

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behövs inte någon lagstadgad etisk prövning av studien då den är gjord inom högskoleutbildning på avancerad nivå. Lagen syftar till att forskning endast får utföras om informanten givit sitt godkännande till detta. Vetenskapsrådet (2017) beskriver fyra forskningsetiska krav: (1) Informationskravet. Författarna till föreliggande studie fick, av verksamhetsutvecklare och verksamhetschef för ambulansområde Kungälv, redan avkodade uppgifter vilket innebär att författarna till studien inte kände till patienternas identitet. Det kan därför inte orsaka skada eller obehag för patienterna. (2) Samtyckeskravet. I föreliggande studie är patienterna inte aktiva deltagare och journalerna avidentifierade. Det fanns därför ingen möjlighet att inhämta samtycke. Risken för skada eller obehag bedöms som minimal. (3) Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter om identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda människor ej kan identifieras av utomstående. I synnerhet gäller detta uppgifter som kan uppfattas vara etiskt känsliga. Alla uppgifter i studien var, av verksamhetsutvecklare och verksamhetschef, avkodade på ett sådant sätt att det, för utomstående, var omöjligt att komma åt. (4) Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål, vilket författarna uppfyller.

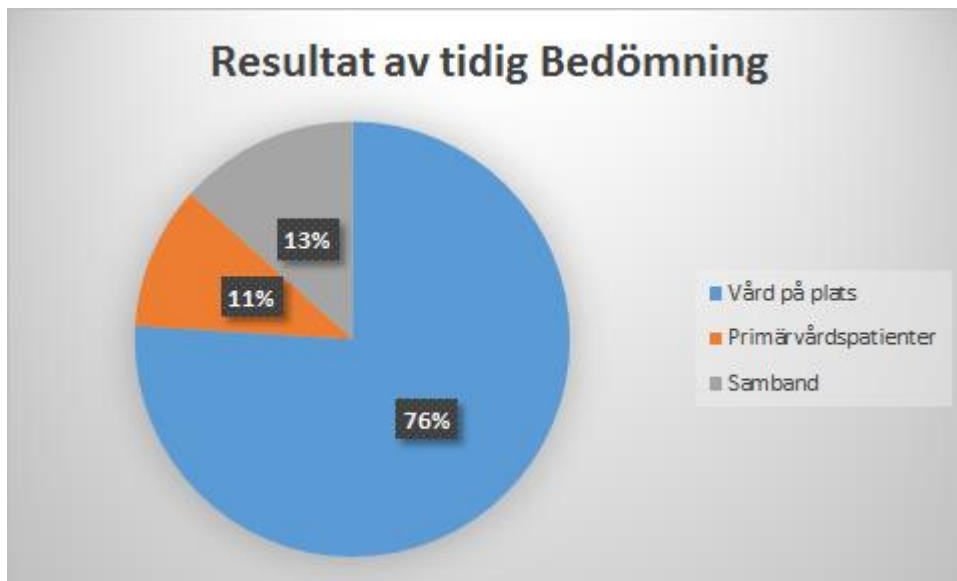
Efter kontakt med verksamhetsutvecklare och verksamhetschef inom ambulanssjukvården vid Kungälvs sjukhusområde erhöles ett godkännande att genomföra studien, vilket anses lämpligt även då studien bedrivs i utbildningssyfte.

RESULTAT

I resultatet presenteras patienter med primärvårdsbehov; fördelning mellan olika primärvårdskedjor och fördelning mellan primärvårdskedjor i förhållande till kön. Därutöver presenteras resultatet utifrån ambulanssjuksköterskans bedömning; VP, ESS-kod och RETTS-färg. Den preliminära bedömningen görs utifrån patientens VP och de symtom patienten uppvisar, ESS-kod. VP och ESS-koden utgör underlag för prioriteringsfärg (RETTS).

Patienter med primärvårdsbehov

Av totalt 639 inkluderade patienter identifierades 11 % ($n=69$) med primärvårdsbehov, vilket motsvarar ca 0,5 % av samtliga (14 700) ambulanstransporter under året i aktuellt sjukhusområde. Av dessa 639 fick 76 % ($n=484$) vård på plats (*VIPP*) av ambulanssjuksköterskan och behövde inte söka vård, varken på VC eller akutmottagning. Elva procent ($n=69$) hänvisades direkt till VC (*Primärvården*) med ambulans eller annat överenskommet transportsätt (*SamBand* i kombination med *Primärvården*) och 13 % ($n=85$) bedömdes inte ha behov av ambulans som transportsätt och erbjöds därför annat transportsätt till vårdinrättning (*SamBand*) (Figur 1 och Tabell A), vilket kunde vara antingen VC eller akutmottagning. Transportsättet kunde bestå i egen eller närståendes bil, sittande sjukresa (taxi) eller liggande sjukresa (sjuktransport). Detta innebär att patienter som bedöms ha ett primärvårdsbehov men inte var i behov av ambulans redovisas i två olika vårdkedjor, *Primärvården* och *SamBand*.



Figur 1. Patienter som av ambulanssjuksköterskor bedöms ha primärvårdsbehov ($n=639$).

Fördelning mellan olika primärvårdskedjor

När ambulanssjuksköterskan bedömt att en patient hade ett primärvårdsbehov kontaktades distriktsläkare eller sjuksköterska på patientens VC ($n=69$). Fem procent ($n=3$) av dessa hänvisades, i samråd med distriktsläkare eller sjuksköterska, till akutmottagning. De övriga patienterna hänvisades antingen direkt till VC med ambulans eller senare med annat transportsätt. Tre av patienterna var avlidna när ambulanssjuksköterskan kom till plats och primärvården kontaktades för att skriva dödsbevis. En sekundärtransport redovisas. (Tabell A).

Tabell A. Antal patienter fördelade mellan vårdkedjorna ($n=586$).

		Vårdkedja				Total
		Samband	Primärvård	VIPP	Annat	
kön	kvinnor	35	35	238	0	308
	män	47	27	204	0	278
Total		82	62	442	0	586*
<i>Exkluderad/bortfall**</i>		4	7	42	0	53
<i>Exkluderad/avlidna***</i>		0	0	0	3	3

*Varav en sekundärtransport. **I de fall då genus inte dokumenterats exkluderades dessa journaler i redovisningen. ***Exkluderade journaler då primärvårdsuppdraget gällde avlidna patienter.

Fördelning mellan primärvårdskedjorna i förhållande till kön

Skillnaden på den vårdnivå till vilken män ($n=278$) och kvinnor ($n=308$) hänvisades till skilde sig inte signifikant åt ($p=0.120$). Av de patienter som fick *Samband* ($n=86$) utgjorde männen 57 % ($n=47$) och kvinnorna 43 % ($n=35$). Av de patienter som fick *Primärvård* ($n=62$), utgjorde kvinnorna 56 % ($n=35$), männen utgjorde 44 % ($n=27$). Det var 54 % kvinnor ($n=238$) och 46 % män ($n=204$) som fick *VIPP* ($n=442$) (Tabell B).

Tabell B. Könsskillnader vid hänvisning till vårdkedjor ($n=586$).

Kön		n (%)
kvinnor	Samband	35 (11)
	Primärvård	35 (11)
	VIPP	238 (77)
	Total	308
män	Samband	47 (17)
	Primärvård	27 (10)
	VIPP	204 (73)
	Total	278
Total		586

Vitala parametrar (VP)

Patienternas VP redovisas utifrån allvarlighetsgrad vid avlämning på VC (Tabell C). Majoriteten av VP var gröna, 82 % ($n=337$) på patienter som transporteras till primärvården. Gula VP var 10 % ($n=40$) och orangea var 1 % ($n=5$). Nio patienter, 2 %, ($n=9$) med röd VP identifierades. Med avseende på vitala parametrarna redovisas ingen signifikant skillnad mellan kön ($p=0.305$).

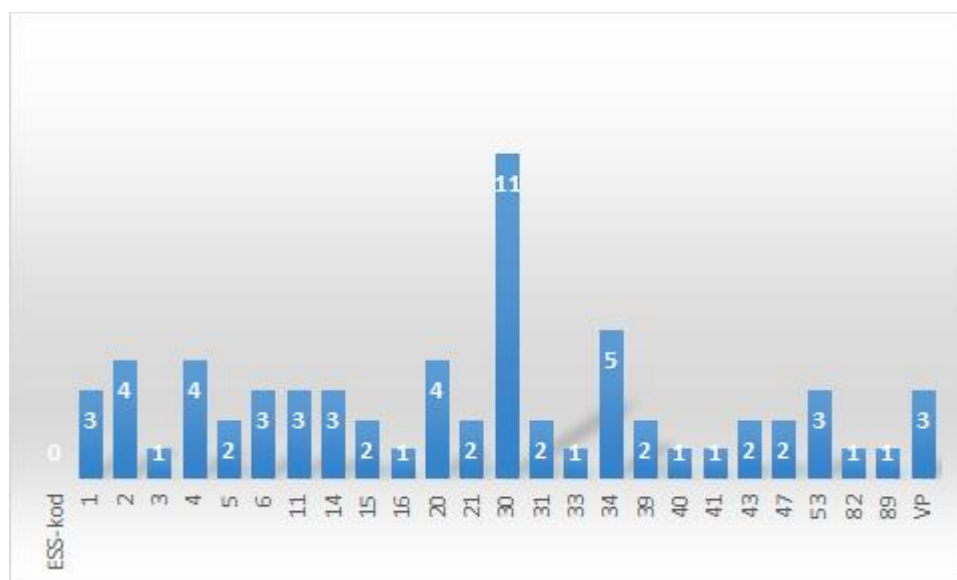
Tabell C. Bedömd prioritet utifrån VP ($n=412$).

		VP färg					Total
		blå	grön	gul	orange	röd	
kön	kvinna	11	182	19	2	4	218
	man	10	155	21	3	5	194
Total		21	337	40	5	9	412
<i>Exkluderad/bortfall*</i>		1	27	0	1	1	30

* I de fall då genus inte dokumenterats exkluderades dessa journaler i redovisningen.

ESS-kod

De symtom som patienterna sökte för varierar stort (Figur 2). Den vanligaste sökorsaken var, skada/trauma mot huvud, nacke eller hals (ESS-kod nr 30), som motsvarade 16 % ($n=11$).



Figur 2. ESS-kod samt antal patienter som bedömts ha ett primärvårdsbehov och fått en vidare bedömning inom primärvården ($n=69$). ESS-koder 1. Onormal hjärtrytm 2. Högt blodtryck 3. Näsblödning 4. Dyspne 5. Bröstmärta 6. Buksmärta 11. Yrsel 14. Ryggsmärta 15. Extremitets problem 16. Hematuri 20. Svimning/kollaps 21. Underlivsproblem hos kvinnor 30. Skada/trauma huvud, nacke, hals 31. Skada buk/bäcken 33. Skada axel, hand, arm 34. Skada höft/lår, knä/underben 39. Traumalarmsaktivering 40. Förgiftning 41. Stickbett av djur 43. Allergi 47. Infektion 53. Ospecifik sjukdom 82. Ångest 89. Demens/desorienterad, VP indikation på Vitala Parametrar (VP).

RETTS-färg

De flesta patienterna erhöill triagefärg grön 58 % ($n=239$) och gul ($n=129$) 31 %. Fyra procent ($n=16$) av patienterna som transporterats till primärvården var orangea (Tabell D). Med avseende på triagefärg redovisas ingen signifikant skillnad mellan kön ($p=0.321$).

Tabell D. Bedömd prioritet utifrån ESS-kod ($n=412$).

		ESS					Total
		blå	grön	gul	orange	röd	
kön	kvinnor	14	132	60	10	2	218
	man	8	107	69	6	4	194
Total		22	239	129	16	6	412
<i>Exkluderad/bortfall*</i>		3	12	11	16	6	42

* I de fall då genus inte dokumenterats exkluderades dessa journaler i redovisningen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien inleddes med att göra en strukturerad litteraturgenomgång, för att få en överblick över forskningsfältet. Backman (2016) menar att i allt vetenskapligt arbete ingår att "läsa på" det är näst intill omöjligt att göra en bra studie om inte tidigare kunskap inventeras. Det har inte undersökts vad samtliga, inkluderade och exkluderade, 14 700 journaler innefattar. Endast journaler med koppling till patienter med primärvårdsbehov har granskats.

Validitet

En retrospektiv granskning av ambulansjournaler gjordes därefter för att kartlägga den vård som patienter med primärvårdsbehov erhållit. Styrkan i studien är att den utgår från ett gediget datamaterial. En retrospektiv studie är ej så resurskrävande, dock har den en lägre evidens än en prospektiv studie. Utifrån studiens syfte skulle en prospektiv observationsstudie vara en alternativ metod. Forskarna hade då följt med i ambulanser för att observera ambulanssjuksköterskornas bedömning (Polit & Beck 2016). Detta skulle dock varit svårt att genomföra med tanke på omfattningen i tid och resurser som skulle krävas för ett sådant arbete. Det skulle även kunna påverka ambulanssjuksköterskan att arbeta mer i den riktningen som forskarna önskar och hade då inte gett en korrekt verklighetsbild.

Författarna har ingen tidigare erfarenhet av att arbeta med denna metod vilket kan ses som en svaghet. En styrka är att författarna använder AmbuLink i sitt arbete och därför är väl förtrogen med journalsystemet. Det underlättade när datamaterialet inhämtades då det som söktes kunde finnas både i form av rena siffror samt val av vårdkedja, VP och ESS-kod. Genom att båda författarna har erfarenhet från akutsjukvård skapades en förståelse för vad som granskades. Att förstå det skrivna språket i patientjournalerna underlättades och blev enklare än om författarna inte haft denna bakgrund.

Svårigheter i själva analysen av data var i journaler där oklara symtom dokumenterats samt journaler som ej var korrekt ifyllda. Att göra en mer djupgående analys som att läsa vad som inträffat var ej möjligt, eftersom det var borttaget ur journalerna, vilket har kunnat påverka resultatet och möjligheten att jämföra med andra studier. Det fanns därför ingen möjlighet att analysera varför orangea patienter eller patienter som utsatts för trauma transporterades till VC. Det är således en svaghet att inte få tillgång till all data. 69 patienter med ett primärvårdsbehov identifierades, vilket är för få för att kunna dra några generella slutsatser. RETTS svaghet är att det aldrig har utvärderats inom ambulanssjukvården samt att det är framtaget för att triagera ett stort antal patienter för att identifiera den med största vårdbehovet (SBU 2010).

För att få tillgång till all data i journalerna krävs ett godkännande från högre chefer samt ett etiskt godkännande vilket inte var möjligt inom ramen för denna studie, avsikten var att kartlägga patienter med primärvårdsbehov vilket dokumenteras i en separat flik i AmbuLink på så sätt underlättades identifieringen av vårdkedjorna. Men om den fliken inte används utan ambulanssjuksköterskan endast skrivit i fritext att primärvården varit kontaktad har de journalerna ej kunnat inkluderas. Detta kan påverka validiteten på grund av att fler patienter kan ha transporterats till VC men att det endast dokumenterats i fritext. För att undersöka om det fanns skillnader i bedömningar mellan könen utfördes ett chi2-test.

Generaliserbarhet

Ett stort urval av journaler ingick i studien vilket kan anses öka resultatets generaliserbarhet. Något slumpmässigt urval har ej skett. Samtliga journaler enligt inklusions- och exklusionskriterierna och som går att spåra till *Primärvården* under ett kalenderår har inkluderats. De som exkluderats är journaler som ej är kompletta och ej går att spåra till primärvårdskedjan. När det gäller möjligheten till generaliserbarhet till annan ambulansorganisation bör dock hänsyn tas till om likvärdiga riktlinjer och beslutsstöd används och liknande bedömningar görs (Polit & Beck 2016).

Reliabilitet

Data hämtades från journaler där utrymmet för tolkning av det som dokumenterats bedöms vara litet, vilket ökar möjligheterna till reproducerbarhet. För att kunna samla in datamaterial på ett tillförlitligt sätt är det viktigt att författarna använder ett strukturerat dokument. Båda författarna har granskat journalerna gemensamt för att undvika felberäkningar eller att informationen feltolkades.

Data inhämtades för ett helt kalenderår och därför minskar risken för att säsongsvariationer skulle påverka resultatet, exempelvis om data samlats endast för journaler från semesterperiod då stor del av ordinarie personal är ersatt av vikarier. Begränsningar i arbetet är att det är ett fåtal inkluderade patienter vilket minskar reliabiliteten samt att små delar av journalerna kunnat granskas vilket leder till att författarna endast sett resultatet av RETTS-färg och ESS-kod, ej ambulanssjuksköterskans holistiska bedömning.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att 76 % ($n=484$) av de inkluderade patienterna väljer att efter, undersökning och egenvårdsråd, stanna kvar i hemmet (*VIPP*) och vid behov söka sjukvård igen om symtomen förändras eller förvärras. Det visade sig vara fyra procent fler kvinnor (77 %) än män (73 %) som fick *VIPP*. Enligt Booker, Purdy och Shaw (2017) är det ofta patientens oro för ohälsa och förändringar i ett kroniskt tillstånd som leder till att de kontaktar larmcentralen. Ett samtal med ambulanssjuksköterskan kan ofta inge ett lugn hos patienten. Även information om sjukdomen och eventuell behandling kan ges, vilket kan leda till att patienten väljer att kvarstanna i hemmet. Brooker, Prudy och Shaw (2017) påvisade betydelsen av att vid första vårdtillfället ge stöd till patienten och anhöriga i form av råd. *Primärvården* som vårdkedja innebär att patienter med primärvårdsbehov inte ska hamna på akutmottagningar där vården inte bedöms som ändamålsenlig för patienten. Elva procent av kvinnorna respektive tio procent av männen fick vård på VC. Smirthwaite (2007) skriver att en teori i genussystemet, som i korthet går ut på att det i samhället görs skillnad på kvinnligt och manligt (vilket bland annat kan medföra att kvinnor och män behandlas olika) samt att det som kopplas till manlighet är högre värderat. Ambulanssjuksköterskan har dessutom möjlighet att hänvisa patienter utan behov av vård och/eller övervakning under transport, till annat transportsätt (*SamBand*). Det framkom att sex procent fler män (17 %) än kvinnor (11 %) gavs vårdkedjan *SamBand* till. Smirthwaite (2007) menar att en del könsskillnader i vårdutnyttjandet kan betraktas som rättvisa i och med att olika vårdbehov rimligen bör leda till olika vårdinsatser. Men könsskillnader i vård och behandling kan också vara orättvisa och härstamma från fördomar och attityder, omedvetna och medvetna, som leder till att kvinnors och mäns behov inte blir tillgodosedda i samma utsträckning.

Ambulanssjuksköterskans bedömning

När ambulanssjuksköterskan genomfört en preliminär bedömning av patienten utifrån VP, patientens upplevda symtom och patienten givits en triagefärg, kan en bedömning av fortsatt vårdnivå göras. I en dialog mellan primärvård och ambulanssjukvård gällande patientens primärvårdsbehov, där ett gemensamt beslut fattas, grundat på ambulanssjuksköterskans bedömning av patienten och primärvårdens patientkännedom samt deras tillgång till tidigare journaler bidrar till en optimal bedömning och hänvisning till en, för patienten, ändamålsenlig vårdnivå (Sjölin et al. 2014; Wihlborg et al. 2017). Utgångspunkten i bedömningen ska vara att tillvarata patientens kunskaper och erfarenheter och tillgodose patientens rätt till autonomi, värdighet och rättigheter (Norberg Boysen 2017).

Elva procent ($n=69$) av patienterna bedömdes kunna få *Primärvård*. En majoritet, 76% ($n=484$), fick efter ambulanssjuksköterskans bedömning *VIPP*. De patienter som var i behov av sjukvård hänvisas till rätt vårdnivå och ett ändamålsenligt transportsätt till vårdinrättningen används, *Samband* ($n=86$), trots att triagefärgen var annan än grön.

En patient sekundärtransporterades till sjukhus. I behandlingsriktlinjerna för Västra Götalandsregionen (2016) är målet att en patient inte skall transporteras från en vårdinrättning till en annan (sekundärtransport) inom 24 timmar eller återkomma till sjukvården inom 72 timmar efter att patienten fått behandling på plats. Med dessa kriterier anser VGR att patienten har fått vård på rätt vårdnivå. Det framgick enligt Kungälv's sjukhus (2018) att patienten som sekundärtransporterades senare blev utskriven, utan misstanke om allvarlig sjukdom (Personlig kontakt med verksamhetsutvecklare, Joakim Ohlsson).

Vitalparametrar

Resultatet i studien påvisar VP i färger från blå till röd, vilket täcker in alla triagefärger. Larsson et al. (2017) har satt exklusionskriterier på samtliga ESS-färger utom grön vilket begränsar ytterligare antalet patienter som kan vara aktuella för primärvården. Primärvården i Kungälv har inga exklusionskriterier när de gäller VP men alla VP skall vara tagna och ifyllda i RETTS-formuläret, vilken ger en större frihet i bedömningen för ambulanssjuksköterskan men även ett större ansvar. Foley och Durant (2011) redovisar att VP inte är avgörande för bedömningen i den lägsta prioriteringsgraden vilket enligt Widgren (2012) borde motsvara blå eller grön. Riskerna med att ha en så frihet i bedömningen är att patienter med akuta problem hamnar på en vårdcentral eller i värsta fall kvarstannar i hemmet. Om ambulanssjuksköterskan i dialog med distriktsläkaren rapporterar situationen och behandlar de symtomen som patienten uppvisar kan patienten prioriteras ned innan den slutgiltiga prioriteringen görs av ambulanssjuksköterskan.

En förklaring till orange samt röd prioritet kan vara att kontroller tagits vid första mötet och inte re-evaluerats. Efter åtgärd eller behandling som utförs i ambulansen är det viktigt att re-evaluera patientens tillstånd för att se om behandlingen gjort resultat. Enligt behandlingsriktlinjer för ambulanssjukvården i Göteborg finns exklusionskriterier gällande temp $>38,5$, då patienter med feber har drabbats av sepsis, som inte identifierats av ambulanssjuksköterskan. Vidare beskrivs att unga patienter som haft feber mindre än 3 dagar utan påverkan på allmäntillståndet och som är friska sedan tidigare ska kunna komma till VC om det sker i överenskommelse med läkaren. Ett samband i VP kan oftast ses och det är då viktigt att kunna göra en korrekt tolkning av dessa parametrar samt se till patientens allmäntillstånd. National Early Warning Signs (NEWS)(Royal College of Physicians 2012) är

ett verktyg för sjukvårdspersonal att identifiera sambandet mellan avvikande VP-värden. NEWS har visat sig ha mycket god förmåga i att särskilja de patienter som riskerar att drabbas av allvarlig försämring, för ineliggande patienter. Ett avvikande värde är inte allvarligt men om två parametrar är avvikande kan det vara ett tecken på ett allvarligt tillstånd. Enstaka avvikande VP bör inte tillskrivas stor betydelse, men vid varje fall ska det ske en utvärdering av VP där alla allvarliga tillstånd övervägs och utesluts innan beslut om hänvisning till ändamålsenlig vårdnivå fattas.

ESS-koden

Den breda variationen av ESS-koderna skapar ökade möjlighet för patienter med varierande symtombild att bli bedömda inom primärvården. Problem som kan uppstå är att patienten behöver fortsatta insatser så som röntgen eller annat som vårdcentralen ej kan utföra vid akuta tillstånd, vilket kan medföra fler sekundärtransporter.

Eftersom Primärvårdskedjans beslutstöd inte är specifikt kan det antas att ESS-koderna är ett bra stöd för att få en uppfattning om sjukdomens svårighetsgrad. Den kliniska bedömningen innefattar även en helhetssyn av patientens situation och kan inte enbart bedömas med hjälp av ett beslutstöd. Ambulanssjuksköterskan behöver förmedla patientens perspektiv i dialogen med primärvården. Enligt Widgren (2012) är det främst grön och gul RETTS-färg som anses vara patienter med primärvårdsbehov men i en sådan situation skall inte en orange ESS-kod förhindra att patienten ändå kan tas om hand av primärvården (Kungälv's sjukhus 2018). Detta vidgar möjligheterna för att ett större antal patienter kan få hjälp på VC genom en friare bedömning av patienter med primärvårdsbehov.

Gult, grönt och blått utfall på RETTS inkluderas vanligen i vårdkedjor ämnade för patienter med primärvårdsbehov (Norberg Boysen 2017; Söderqvist & Höglind 2017). De båda studierna är små vilket gör att ingen av dem är generaliserbar. Enligt Norberg Boysen (2017) får de flesta patienter lämnas på VC om de uppfyller RETTS-färgen gul eller grön. Ett samverkansprojekt mellan primärvården och ambulanssjukvården i Göteborg (Söderqvist & Höglind 2017) tillämpar en snävare bedömning. Söderqvist och Höglind (2017) har förstått att för att få en fungerande primärvårdskedja måste flera förändringar tillkomma. De kunde inte dra någon tydlig slutsats på grund av det begränsade underlaget men antydde att implementering samt möjligheten för primärvården att ta emot oplanerade patienter måste öka.

Sökorsak

Det är en stor variation av patienters sökorsaker där ambulanssjuksköterskan etablerat kontakt med VC. De två vanligaste sökorsakerna var: (1) Skada/trauma/ huvud, nacke, hals, samt (2) Skada höft/lår. Norberg Boysen (2017) däremot, beskriver de två vanligaste sökorsakerna som: (1) illamående/kräkning/diarré och (2) bröst-/bröstkorgssmärta. Att hitta en anledning till skillnaderna i sökorsak mellan de båda studierna är svårt men ett antagande kan vara den stora spridningen av ESS-koder, att det är vanligt förekommande åkommor av ej akut karaktär där exempelvis skalltrauma kan vara allt från en bula till en svår blödning i huvudet som orsakats av traumat. Men det begränsade underlaget är inte tillräckligt för att dra några säkra slutsatser.

Genus

Resultatet påvisar inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor med avseende på vårdnivå. En tendens syns i vårdkedjan *Primärvård*, kvinnor får i något högre grad än männen den vårdnivån. Resultatet antyder vidare att män får *Samband* i något högre grad än kvinnor.

Den slutgiltiga prioriteten bestäms av både VP och ESS. De gränsvärden som gäller för ABCDE-konceptet utvärderar kvinnors och mäns medicinska tillstånd på samma sätt. Ett beslutsstöd som RETTS gör inte skillnad på män och kvinnor. Det kan enligt Smirthwaite, Tengelin och Borrman (2014) vara ett dilemma att avgöra när insatserna ska vara lika och när de ska vara olika för att vården ska hålla likvärdig kvalitet för kvinnor och män. Smirthwaite (2007) menar att genusbias kan leda till att vårdkvaliteten försämras. Samtidigt menar Myndigheten för vårdanalys (2014) att alla skillnader i vården inte är ojämlik. De menar att det finns legitima skillnader som samsjuklighet och parallellbehandling men när det uppstår skillnader som inte beror på medicinsk bedömning eller behov då blir vården ojämlik. Hammarström (2005) menar att den medicinska genusforskningen visat på olikheter inom gruppen kvinnor och inom gruppen män och att skillnaderna måste uppmärksammas, så att vi inte generaliserar forskning till att gälla alla kvinnor eller alla män. Socialstyrelsen (2004) skriver att det finns vissa men inga systematiska skillnader mellan kvinnor och män i väntetider till behandlingar, som är till mäns eller kvinnors nackdel. Föreliggande studie undersökte endast den slutgiltiga sammanvägda prioriteten samt vilken vårdkedja och vårdnivå patienten fick oavsett kön, inte eventuella skillnader på grund av kön.

Svåridentifierade patienter

Den låga andelen identifierade patienter med primärvårdsbehov (639) har troligtvis flera bakomliggande orsaker. Det har ej gjorts någon forskning på RETTS prehospitalt vilket gör det svårt att säga att det hjälper ambulanssjuksköterskan i sin bedömning enligt SBU (2010) är RETTS inte ett optimalt instrument för att identifiera primärvårdspatienter. Söderqvist och Höglind (2017) har försökt formulera extra stöd och information på speciella ESS-koder som kan vara till hjälp för att identifiera primärvårdspatienter.

Castren, Mäkinen, Nilsson och Lindström (2017) skriver att den svenska sjuksköterskan är kompetent att tolka patientens rättigheter, men brister i det interprofessionella samarbetet. För att utveckla vårdkedjor i framtiden kan utbildningsinsatser där olika professioner lär av varandra vara en möjlig förbättringsåtgärd (ibid). Helldin, Donlagic, Lundberg och Klingberg (2014) skriver att när nya arbetsuppgifter i form av identifiering av patienter med primärvårdsbehov införs krävs utbildning eftersom en ny kompetens behövs.

Hjälte et al. (2007) fann att 30 % av patienterna inte behövde ambulanssjukvård. Norberg, Wireklint Sundström, Christensson, Nyström och Herlitz (2015) fann att 16 % av patienterna var patienter med primärvårdsbehov. I en senare randomiserad studie (Norberg Boysen, Christensson, Jutengren, Herlitz & Wireklint Sundström 2017) när ambulanssjuksköterskor identifierade patienter med primärvårdsbehov, inkluderades endast 1 % av det totala antalet, vilket pekar på svårigheten att identifiera dessa patienter.

Samverkan mellan ambulanssjukvård och primärvård

Resultatet visade att samverkan mellan professionerna på vårdcentralen och i ambulanssjukvården fungerade tillfredsställande. God samverkan visades genom sekundärtransporten som utfördes ej berodde på allvarlig sjukdom. Norberg Boysen (2017) har slutit sig till att det finns en ökad risk för vårdskador då sekundärtransporterna förlänger tiden till behandling på ändamålsenlig vårdnivå. Sannolikt berodde bedömningarna på att det skedde en dialog via telefon mellan läkaren på vårdcentralen och ambulanssjuksköterskan kring ändamålsenlig vårdnivå innan patientens slutligen hänvisades till vårdcentral. Samtalet med

läkaren kan i sin tur leda till att patienter med högre prioriteringsfärg än gul och grön också var välkomna till VC.

Möjligheter och risker

Det finns flera sätt att mäta patientsäkerheten inom ambulansverksamheten. Enligt Socialstyrelsen (2018) är det utfallsmått som rör avvikelser, vårdskador och oönskade utfall speglar patientsäkerheten i en verksamhet och visar hur systemet har fungerat bakåt i tiden. Dock, inom ambulansverksamheten finns ytterst få vetenskapliga studier utförda med fokus på patientsäkerhet. I föreliggande studie redovisas endast en sekundärtransport och inga inrapporterade avvikelser har framkommit (Personlig kontakt med verksamhetsutvecklare, Joakim Ohlsson), som kan ses som ett oönskat utfall i vårdprocessen. Larsson, Holmén och Ziegert (2017) använder sig också utav liknande utfallsmått med sekundärtransport inom 24 timmar vilket de anser stödjer slutsatsen om att patienten hamnat på rätt vårdnivå. Norberg Boysen (2017) visade dock att ett flertal patienter fick sekundärtransport och att flera av dem var av akut karaktär.

Enligt Norberg Boysen (2017) är det viktigt att uppmärksamma att tidsfaktorn bara är en aspekt av snabbspår samt att det ännu saknas evidens för flera vårdkedjor. Vårdkedjan *Primärvården* saknade ett specifikt beslutsstöd, vilket kan skapa en osäkerhet hos nya sjuksköterskor med bristande erfarenhet av prehospitalt patientarbete. Larsson, Holmén och Ziegert (2017) visade i en kvantitativ och explorativ studie att när ambulanssjuksköterskan samverkade med primärvårdsläkare/distriktssköterska och bedömde patienten utifrån ett beslutsstöd fick 75 % av patienterna i den granskade gruppen få vård på plats medan i referensgruppen stannade 37 % av patienterna hemma. Nio procent ur den granskade gruppen hänvisades till primärvården och ur referensgruppen hänvisades tio procent till primärvården. I den granskade gruppen hänvisades 17 % till akutmottagning medan motsvarande andel i referensgruppen var 53 %. I den granskade gruppen transporterades således färre patienter till akutmottagningen. Fler patienter kunde vårdas i hemmet efter att de blivit bedömda utifrån ett prehospitalt beslutsstöd. Norberg Boysen (2017) visade att ambulanssjuksköterskans bedömning och hänvisning av patienter till andra vårdenheter än akutmottagning var mer utmanande än vad som var förväntat. Ambulanssjuksköterskorna hade större frihet i sina bedömningar av patienten vilket Norberg Boysen (2017) anser vara en brist då ambulanssjuksköterskorna fattar informella beslut, baserade på professionell erfarenhet och intuition, därför blir följsamheten till beslutsstöd relativt lågt.

Patientsäkerhetsrisker finns med alla modeller där sjuksköterskan gör en avancerad bedömning enligt Andersson et al. (2014). I den aktuella studien identifierades, som tidigare diskuterats, en sekundärtransport vilket motsvarar 0,2 %. Norberg Boysen (2017) påpekar att i en del fall kan vårdkedjor ämnade för patienter med primärvårdsbehov ifrågasättas som optimal vårdnivå. I en randomiserad kontrollerad studie visade det sig att 11–19 % av patienterna uppfyllde kriterierna för ogynnsamma händelser, i form av potentiellt allvarlig sjukdom, inläggning på sjukhus och sekundärtransport. Resultatet i föreliggande studie kan troligtvis bedömas som patientsäkert eftersom det som framkommit visar att inga avvikelser har rapporterats samt att endast en sekundärtransport har behövts. Ett antagande till detta är att ambulanspersonalen i Kungälv har generellt lång erfarenhet av prehospitalt arbete vilket kan vara en anledning till de träffsäkra bedömningarna av patienter som inkluderats i vårdkedjan.

Norberg Boysen (2017) menar att utmaningarna för ambulanssjuksköterskan att sända patienter till annan vård än akutmottagning var mer utmanande än förväntat (ibid). Föreliggande studie

visar att flera patienter, enligt RETTS, var orangea samt röda. Det gjordes dock en gemensam bedömning att ändamålsenlig vårdnivå var primärvården. Samtidigt är det viktigt att ha med sig kunskap om differentialdiagnoser för att inte patienten ska utsättas för vårdlidande och risker.

Slutsats

Det visade sig vara svårt för ambulanssjuksköterskan att identifiera patienter med primärvårdsbehov. Andelen hänvisade patienter var låg, vilket överensstämmer med tidigare studier. I studien är därför den inkluderade populationen liten. Patienterna sökte främst för huvudskada, skada i höft eller lår. Dessa tillstånd kräver mera utvecklade beslutsstöd för att vägleda ambulanssjuksköterskan i bedömningen. Samverkan mellan ambulanssjukvård och primärvård ger mer information om patienten, vilket i sin tur bidrar till en säkrare bedömning. För att den här typen av vårdkedjor skall uppfylla kraven på patientsäkerhet krävs en noggrann implementering. Tidig bedömning av patientens medicinska tillstånd är avgörande för beslut om vård på rätt vårdnivå. Brister beträffande jämställd vård som påvisats i tidigare studier har inte bekräftats i föreliggande studie. Fortsatt forskning angående patientsäkerhet och jämställd vård i samband med bedömning och identifiering av patienter med primärvårdsbehov är nödvändig.

REFERENSER

Andersson Hagiwara, M., Suserud, B-O., Andersson-Gare, B., Sjöqvist, B., Henricson, M. & Jonsson, A. (2014). The effect of a Computerised Decision Support System (CDSS) on compliance with the prehospital assessment process: results of an interrupted time-series study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14(1).

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur AB.

Booker, M.J., Simmonds, R.L. & Purdy, S. (2014). Patients who call emergency ambulances for primary care problems: a qualitative study of the decision-making process. *Emergency Medicine Journal*, 31(6), ss. 448-52.

Booker, M., Purdy, S. & Shaw, A. (2017). Seeking ambulance treatment for primary care problems: a qualitative systematic review of patient, carer and professional perspectives. *BMJ Open*, 7. <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e016832>

Castrèn, M., Mäkinen, M., Nilsson, J. & Lindström, V. (2017). The effects of interprofessional education - Self-reported professional competence among prehospital emergency care nursing students on the point of graduation - A cross-sectional study. *International Emergency Nurse*, 32, ss. 50-55. doi: 10.1016/j.ienj.2017.02.004.

Foley, A.L. & Durant, J. (2011). Let's ask that out front: Health and safety screening in triage. *Journal of Emergency Nursing*, 37(5), ss. 515-516.

Gabrielsson, E., Lindström, U.Å. & Nåden, D. (2009). Acute an ambiguous concept in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, ss. 589-597.

Hammarström, A. (2005). *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Stockholm: Högskoleverket.

Helldin, L., Donlagic, A., Lundberg, U-P & Klingberg, M. (2014). *Rapport kring Samverkande sjukvård 2009-2013*. <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/ced9c126-a713-4d54-92e4-9cb17242cc73/Rapport%20Samverkande%20sjukvård.pdf?a=false&guest=true>*European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 37(1), ss. 73-8.

Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz, J. & Karlberg, I. (2007). Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for prehospital care. *European journal of Emergency Medicine*, 14(3), ss. 151-156.

Inspektionen för vård och omsorg (2015). *Hur står det till med våra akutmottagningar?* <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2015/hur-star-det-till-med-vara-akutmottagningar-rapport.pdf>

Khorram-Manesh, A., Lennquist Montán, K., Hedelin, A., Kihlgren, M. & Örténwall, P. (2011).

Kungälv's sjukhus. (2018). *Verksamhetsriktlinjer* [Internt material]. Kungälv: Kungälv's sjukhus.

Larsson, G., Holmén, A. & Ziegert, K. (2017). Early prehospital assessment of non-urgent patients and outcomes at the appropriate level of care: A prospective exploratory study. *International Emergency Nursing*, 32, 45–49.

Morgans, A. & Burgess, S.J. (2011). What is a health emergency? The difference in definition and understanding between patients and health professionals. *Australian Health Review*, 35(3), ss. 284-289.

Myndigheten för vårdanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig: analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Nationalencyklopedin (1989-1996). Höganäs: Bra Böcker

Norberg G., Wireklint Sundström B., Christensson L., Nyström, M. & Herlitz J. (2015). Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare – retrospective patient record study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(4), ss. 311-317.

Norberg Boysen G., Chistensson L., Jutengren G., Herlitz J. & Wireklint Sundström, B. (2017). Patient Trust and Patient-safety with a New Care-model for Low-priority Patients – An explorative Randomized Controlled Trial in the Prehospital Chain of Care. Manus in review.

Norberg Boysen, G. (2017). *Patientens tillit till den prehospitala vårdkedjan: ändamålsenlig vård för patienter med primärvårdsbehov*. Doktorsavhandling. Borås. PreHospiten – Centrum för prehospital forskning, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås.

Olofsson, C., Nilsson, A. & Wahllöf, U. (2010). *Patientens val: en bok om primärvård och vårdval*. Studentlitteratur AB.

Parker, V. (1999). On confronting life and death. I Madjar & Walton, JA (red.), *Nursing and the experience of illness. Phenomenology in practice* (ss. 57-76). London: Routledge.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rantala, A., Ekwall, A. & Forsberg, A. (2016). The meaning of being triaged to nonemergency ambulance care as experienced by patients. *International Emergency Nursing*, 25, ss. 65-70. doi: 10.1016/j.ienj.2015.08.001

Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*.
http://ambssk.se/wpcontent/uploads/2016/10/ras_komp_beskr_ambssk2012.pdf

Royal College of Physicians. (2012). *National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party*. London: RCP. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news>
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/triage-och-flodesprocesser-pa-akutmottagningen/>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sjölin, H., Lindström, V., Hult, H., Ringsted, C. & Kurland, L. (2014). What an ambulance nurse needs to know: a content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 23(2), ss. 127-32. doi: 10.1016/j.ienj.2014.09.002.

SKL (2017). *Diagnostiska fel*.
<https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket/diagnostiskafel.13824.html>

Smirthwaite, G. (2007). *(O)jämsliddhet i hälsa och vård: en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Smirthwaite G, Tengelin E, Borrmann T.(2014). *(O)jämsliddhet i hälsa och vård - reviderad upplaga 2014*. <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-052-8.pdf?issuusi=ignore>

Socialdepartementet (2017). *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2004). *Jämställd vård - Socialstyrelsen*. https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10285/2004-103-3_20041033.pdf

Socialstyrelsen (2011). *Din skyldighet att göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2018). *Patientsäkerhet*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/matningar-och-resultat>

SOU (2016:2). *Effektiv vård*. Stockholm. Socialdepartementet.

SOU (2017:53). *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*. Stockholm. Socialdepartementet.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen*. Stockholm. Socialdepartementet.
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/triage-och-flodesprocesser-pa-akutmottagningen/>

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad*.
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Söderquist, J & Höglind, R. (2017). *Samverkan Primärvård och Ambulans-SPA*. Sahlgrenska akademien. Göteborgs universitet. Institutionen för neurovetenskap och fysiologi. Sektionen för klinisk neurovetenskap.

Vetenskapsrådet (2017). <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Västra Götalandsregionen (2016). *Behandlingsriktlinjer för ambulanssjukvården* [internt material].
<http://www2.vgregion.se/upload/PKMC/BR%20VGR%202016%20rev%202016.12.30.pdf>

Västra Götalandsregionen (2017). Hälsa och vård. *Omställning i hälso- och sjukvården*.
<http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/utveckling--uppfoljning/verksamhetsutveckling/projekt/omstallningen-i-halso-och-sjukvarden/>

Widgren, B. (2012). RETTS, *Akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur.

Widegren, B.R. & Majid, J. (2008). Medical emergency triage and treatment system (METTS): A new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The Journal of Emergency Medicine*, 40 (6), ss. 623-628.

Wihlborg, J., Edgren, G., Johansson, A. & Sivberg, B. (2017). Reflective and collaborative skills enhance Ambulance nurses' competence – A study based on qualitative analysis of professional experiences. *International Emergency Nursing*, (32), ss. 22-27.

Wiman, E. & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), ss. 422-9.

Wireklint, S., Elmquist, C., Parentid, N & Göransson, K. (2018). A descriptive study of registered nurses' application of the triage scale RETTS©; a Swedish reliability study *International Emergency Nursing* 38 (2018) 21–28.

Yarris L., Moreno, R., Schmidt, T., Adams, A. & Brooks, H. (2006). Reasons Why Patients Choose an Ambulance and Willingness to Consider Alternatives. *Academic Emergency Medicine*, 13, ss. 401–405.