

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2022:3

Ambulanssjuusköterskors erfarenheter av att möta patienter
som ej medföljer
En kvalitativ intervjustudie

Johan Rosén
Eleonor Turesson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter som ej medföljer -En kvalitativ intervjustudie
Författare:	Johan Rosén, Eleonor Turesson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Ambulanssjuksköterskeutbildning
Handledare:	Jonas Wihlborg
Examinator:	Johan Herlitz

Sammanfattning

Ambulanssjukvårdens uppdrag ökar och förändringar i varför ambulanssjukvården kontaktas har skett. Följder av detta kan påverka möjligheten att ge akutsjukvård till de som behöver det mest. Ambulanssjuksköterskan ska kunna bedöma, undersöka och behandla patienten korrekt och ansvarar för att patienten omhändertas på rätt vårdnivå. Ambulanssjuksköterskan finner vägledning i dessa beslut genom olika stödfunktioner. För att vårda patienten med ett livsvärldsperspektiv måste den medicinska vården kombineras med ett vårdvetenskapligt synsätt. Syftet med studien var att belysa ambulanssjuksköterskors erfarenheter av patienter som ej medföljer efter undersökning och bedömning. En kvalitativ intervjustudie genomfördes. Nio informanter intervjuades från två regioner. Intervjuerna transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Resultatet beskriver stöttande funktioner som ansågs viktiga för att kunna ta beslut om ej medföljande patienter samt faktorer som påverkade möjligheten att ta dessa beslut. Även ambulanssjukvårdens organisation beskrevs relaterad till ej medföljande patienter, där exempelvis ambulanssjuksköterskans funktion och hög belastning på sjukvården belystes. Resultatet beskriver att mötet, genom vilket patientens livsvärld kunde beaktas, var en essentiell del av bedömningar och beslut. Resultatet tolkades som att ambulanssjuksköterskorna inte upplever sig ha rätt förutsättningar för bedömningar de ställs inför och att det fanns en frustration relaterad till hög belastning. Diskussionen valdes att återges ur ett vårdvetenskapligt- och ett hållbarhetsperspektiv. Utveckling av ambulanssjukvården skulle kunna ske genom tydligare riktlinjer och trygghetsskapande stöd för ambulanssjuksköterskor vid bedömningar. Behov finns även av en tydlig definition av ambulansorganisationens- och ambulanssjuksköterskans funktion. Detta skulle följaktligen generera en positiv utveckling för sjukvården inom miljömässig-, social- och ekonomisk hållbarhet.

Nyckelord: *Ej medföljande, Ambulanssjukvård, Stödfunktioner, Vårdande möten, Bemötande, Livsvärld, Hållbar utveckling*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Ambulanssjukvårdens roll i samhället	1
Sjuksköterska med ambulanssjukvården som arbetsplats	2
Triage – beslutsstöd - hänvisning	2
Ej medföljande patienter	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
Forskningsdesign	4
Urval	4
Datainsamling	5
Dataanalys	5
Forskningsetiska överväganden	6
RESULTAT	7
Stöttande funktioner	8
Kollegial stöttning	8
Riktlinjer, bedömningsverktyg och hänvisningsunderlag	8
Kontakt med högre medicinsk kompetens	9
Beslut om ej medföljande patienter	10
Att möta patienter och anhöriga	10
Beslut om ej medföljande patienter, främjande och hämmande faktorer	10
Rädsla för konsekvenser	12
Ambulanssjukvårdens organisation	13
Ambulanssjuksköterskans syn på allmänhetens okunskap	13
Hög belastning på sjukvården	14
Ambulanssjuksköterskans funktion	15
Att utveckla ambulanssjukvården, ett behov för ambulanssjuksköterskan	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	17
Förförståelse	17
Urvalsprocessen	17
Metod för datainsamling	17
Analys	18
Resultatdiskussion	19
Vårdande möten	19
Vikten av stöttande funktioner för ambulanssjuksköterskan	20
Åtgärder av den höga belastningen för att främja en hållbar utveckling inom ambulanssjukvården	21
Att vidareutveckla ambulanssjukvården	22
SLUTSATSER	23
Kliniska implikationer	24

REFERENSER	25
BILAGA 1- Intervjuguide	29

INLEDNING

Ambulanssjukvårdens funktion i samhället är en förutsättning för ett välfungerande sjukvårdssystem. En stor del av ambulanssjukvården och en viktig funktion som verksamheten har är att kunna bedöma och framför allt utvärdera varför och hur personer vill ha hjälp. Ambulanssjuksköterskor har ett betydande ansvar gentemot alla patienter de möter, oavsett sökorsak, och med arbetet följer en maktposition som kräver ett korrekt etiskt förhållningssätt. Intresset som väcktes för ämnet grundar sig i egenupplevda erfarenheter. En önskan fanns att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att möta och bedöma personer för att bidra till utveckling samt belysa aspekter av valt ämne som kan driva den hållbara utvecklingen av dagens ambulanssjukvård framåt.

BAKGRUND

Ambulanssjukvårdens roll i samhället

I dagens samhälle sker en förändring i sammansättningen av befolkningen. Med allt fler äldre skapas ett stegrad behov av att söka ambulanssjukvård (Patton et al. 2021). I distriktet Victoria i Australien identifierades det år 2015 att antalet larmsamtal till larmnumret hade ökat kraftigt, vilket genererade att ambulansens beredskap för akuta uppdrag försvårades (Borg et al. 2020). Ökningen av ambulansuppdrag är inte specifik ur ett internationellt perspektiv, även i Sverige ses en förändring av antalet ambulansuppdrag. Till exempel så beskriver Region Jönköpings län en kraftig ökning i antalet ambulansuppdrag mellan åren 2007 och 2018, då uppdragen i det närmaste dubblerades (Region Jönköpings Län 2021, s. 2).

Förändring sker även i hur och varför vissa personer söker ambulanssjukvård. Personer tror att de får snabbare omhändertagande och vård om de anländer till akutmottagningen i ambulans än om de själva tar sig till sjukhuset (Beillon 2010). Larmnumret 112 kontaktas i syfte att påkalla ambulanssjukvård enbart för transport till sjukvårdsinrättning. Avsaknad av eget transportmedel kan vara en anledning till detta. Förfarandet påverkar ambulanssjukvårdens förmåga och tillgänglighet negativt (Khorram-Manesh, Lennquist Montán, Hedelin, Kihlgren & Örtenwall 2011; Durant och Fahimi 2012).

Möjligheten att ge akutsjukvård till de mest behövande riskerar att påverkas av ett överutnyttjande av ambulanstransporter för personer med icke akuta symtom. Dessa personer kan nyttja alternativa färdmedel för transport till akutmottagning (Durant & Fahimi 2012). Att transportera icke akuta patienter bidrar till en ogynnsam brist på ambulansresurser (Khorram-Manesh et al. 2011). Ambulanssjukvårdens förmåga att bedöma patienter påverkar inte enbart beredskapen för allmänheten, utan även vårdtyngden på mottagande akutmottagning och dess effektivitet. I förlängningen innebär det även en belastning på ekonomiska, miljömässiga samt sociala resurser inom sjukvården i stort. När belastningen är hög på akutmottagningen och antalet patienter överstiger kapaciteten, riskerade det att påverka akutmottagningens arbetseffektivitet, vilket inverkar på patienters hälsa (Smith, Bouchoucha & Watt 2016). Faktorer som påverkas är ökad väntetid, brist på behandlingsrum och ökad tid till behandling. Smith et al. (2016) poängterar även att 36% av patienterna med buksmärta, som självmant sökte till akutmottagningen vid hög belastning, inte behandlades enligt triageringsriktlinjerna för patientkategorin, vilket genererade en försening i behandling av patienterna. Svenska Hjärt-lungräddningsregistret (2020) beskriver en negativ utveckling av responstid till personer med

hjärtstopp. Enligt statistik från 2017 tar det i genomsnitt elva minuter för ambulanssjukvården att komma fram till en person med hjärtstopp (Holmén, Herlitz, Ricksten, Strömsöe, Hagberg, Axelsson & Rawshani 2020). Om responstiden från tidpunkt för hjärtstopp till ankomst av ambulanssjukvården förkortas bedöms det troligt att fler människor överlever ett hjärtstopp (Holmén et al. 2020).

Sjuksköterska med ambulanssjukvården som arbetsplats

Ambulanssjuksköterskan skall kunna bedöma patienter, undersöka och fatta beslut om åtgärder samt kunna tyda symtom och vitalparametrar, vilka bildar underlag för bedömning och beslut. Vidare ansvarar ambulanssjuksköterskan för att patienten omhändertas på rätt vårdnivå, detta i samverkan med andra vårdutövare (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor RAS 2012, ss. 4, 7, 9). Ambulanssjuksköterskor har en maktposition vid möte med patienter och med det följer ett ansvar att förhålla sig till. Patienter förlorar ofta sin känsla av autonomi, där sjuksköterskan, genom sin maktposition, fråntar patienten förmågan att ta beslut. ICN:s etiska koder för sjuksköterskor (2017) beskriver att sjuksköterskans huvudsakliga ansvarsområden är att lindra lidande, främja hälsa och förebygga sjukdom.

För att bedöma patienter när de är hjälpsökande, är det av yttersta vikt att sjuksköterskan besitter en etisk kompetens, har ett holistiskt synsätt samt ser till patientens livsvärld. För att kunna ge patienten omvårdnad med ett livsvärldsperspektiv måste den medicinska vården kombineras med ett vårdvetenskapligt synsätt (Holmberg 2021). Sjuksköterskan behöver vara kompetent, vårdvetenskapligt medveten och fokusera på patientens värld. En strävan efter en förståelse för hur hälsa, sjukdom, lidande och vårdande påverkar varje individ i just dennes livssammanhang bör även finnas. Detta för att stödja och stärka individens hälsoprocesser (Dahlberg och Segesten, 2010, ss. 126–130).

Triage – beslutsstöd - hänvisning

I svensk ambulanssjukvård och på akutmottagningar används i stor utsträckning Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTs), vilket är ett triageringsystem med beslutsstödjande funktion för bedömning personal (Stålhandske & Engerström 2016, s. 125). Ambulanssjuksköterskan finner vägledning i specifika behandlingsriktlinjer utformade för den komplexa vårdmiljö de ställs inför. Behandlingsriktlinjerna bör vara lättåtkomliga och anpassade för effektiv användning under vårdtillfället (Jensen, Crosskerry, Andrew & Travers 2011). Behandlingsriktlinjer som förekommer i digitalt format åtföljs i högre utsträckning, vilket genererar ökad patientsäkerhet och bättre vård för behandlad patient (Andersson Hagiwara, Suserud, Andersson-Gäre, Sjöqvist, Henricson & Jonsson 2014).

Triagesystem och riktlinjer används för att bedöma patienters behov av sjukvård, vilket genererar beslut om patienten är i behov av att transporteras eller kan kvarstanna på plats. Användandet av triagesystem och riktlinjer för att besluta om ej medföljande patienter är en relativt ny företeelse inom ambulanssjukvården (Magnusson, Herlitz och Axelsson 2020). Dagens bedömningar, med befintliga riktlinjer och triagesystem, är inte anpassade för att möta patienter med icke akuta besvär. Rantala (2017) beskriver en tydlig bild av att ambulanssjukvårdens bedömningar inte är anpassade för att möta personer med icke akuta besvär och att det finns ett behov av utveckling av triagesystem och bedömningsriktlinjer för

personer med icke akuta besvär. Ytterligare ett viktigt perspektiv tydliggörs genom att efterfråga en ökad närvaro av personcentrerad vård och ett fördjupat psykosocialt synsätt i förhållande till personer med icke akuta symtom (ibid.). Av de som söker hjälp från ambulansen varierar vårdbehovet avsevärt. Magnusson, Herlitz och Axelsson (2020) beskriver att av 5340 personer transporterade till akutmottagning av ambulanssjukvården skrevs 36,1% ut från akutmottagningen efter bedömning, blodprover och läkarkontroll. Enligt studien kunde detta resultat tyda på att i stället för att transporteras till akutmottagningen kan fler patienter hänvisas eller bedömas på annat sätt (ibid.). Genom kontakt med läkare kan ambulanssjuksköterskor diskutera och förankra beslut som tas vid bedömning av patient (Kongstad 2016, s. 160). Historiskt sett var det vid akutmottagningen som rådgivande läkare kontaktades. Ambulanssjukvården har utvecklats avsevärt, exempelvis med hög andel specialistutbildade sjuksköterskor, detta för att organisationerna skall ha rätt kompetens som efterfrågas. Stödet från läkare har utvecklats simultant med ambulanssjuksköterskan, behovet av en mer aktualiserad läkare med vetskap om ambulansorganisationens förutsättningar har framträtt. Vissa regioner har exempelvis en specifik läkarstödsfunktion som enbart arbetar som rådgivande del för ambulanssjukvården (ibid.).

Ej medföljande patienter

Ambulanssjuksköterskors uppfattning av att inte transportera bedömd patient i ambulansen är ett fenomen som studerats tidigare. Att bedöma och besluta att patienten ej ska medfölja, det vill säga att inte transportera patienten till en vårdinrättning, är något av det svåraste beslut en ambulanssjuksköterska kan ta (Höglund, Andersson-Hagiwara, Schröder, Möller & Ohlsson-Nevo 2018). Av 6552 personer bedömda av ambulanssjuksköterskor var närmare 1300 personer, ej medföljande patienter efter undersökning (Magnusson, Herlitz & Axelsson 2020). Tolv procent av uppdragen för ambulanssjukvården i en viss region i Sverige resulterade i att patienten ej medföljde till sjukhuset (Höglund, Andersson-Hagiwara, Schröder, Möller och Ohlsson-Nevo 2020). Aspekter som bra kontakt med primärvård, utbildning, kunskap, mandat att ta beslut om att inte transportera patienten samt övning kan, om det utvecklas, alla bidra till en bättre bedömning och handläggning av vart patienten ska hänvisas (Höglund et al. 2018).

Att patienten som ambulanssjuksköterskan möter inte transporteras till sjukhus kan bero på flertalet olika anledningar. Som ambulanssjuksköterska kan det efter bedömning bli aktuellt att hänvisa patienten till egenvård eller till annan vårdinstans än akutmottagning så som vårdcentral eller annan mottagningsverksamhet. Det kan även förekomma fall där patienten bedöms kunna transportera sig till akutmottagningen via andra medel än ambulans eller att patienten själv väljer att kvarstanna på plats efter bedömning. Begreppet ”Non conveyed” används i studier skrivna på engelska bland annat av Höglund et al. (2020) men någon vetenskapligt vedertagen motsvarighet är svårt att finna i det svenska språket. Höglund et al. (2020) förklarar begreppets betydelse som: ”They are referred to levels of care other than ambulance conveyance to the emergency department”. Alltså att patienterna blir hänvisade till annan nivå av vård än ambulanstransport till akutmottagning. Med ”Ej medföljande” menas i detta sammanhang patienter som efter undersökning och bedömning ej transporteras till akutmottagning via ambulans då ambulanssjuksköterskan gör bedömningen att ett sådant behov inte finns.

PROBLEMFORMULERING

Allt fler personer söker kontakt med ambulanssjukvården. Av personerna som söker vård av och genom ambulanssjukvården varierar vårdbehovet avsevärt. Akutsjukvård till de mest behövande riskerar att påverkas av ett överutnyttjande av ambulanssjukvården. Behandlingsriktlinjer och triagesystem har visats inte vara helt anpassade för att möta personer med icke akuta symtom. Syftet med behandlingsriktlinjer och triagesystem är just att underlätta bedömningen av personerna som ambulanssjuksköterskan möter. Det är därför väsentligt att undersöka vilka erfarenheter ambulanssjuksköterskor har av att bedöma personer med icke akuta symtom som ej medföljer.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa ambulanssjuksköterskors erfarenheter av patienter som efter undersökning och bedömning ej medföljer.

METOD

Forskningsdesign

En intervjustudie med kvalitativ ansats genomfördes, fenomenet ämnade beskrivas utifrån ett holistiskt synsätt. J.W. Creswell och J.D. Creswell (2018, s. 182) beskriver att kvalitativ forskning används för att skapa en komplex bild med flera perspektiv utav det ämne som studeras och att detta är något som speglar människan i verkligheten. En kvalitativ metod tillämpas för att förstå människors erfarenheter utifrån ett humanistiskt, tolkande synsätt (Jackson, Drummond & Camara 2007).

Urval

Urvalet till studien bestod av ett bekvämlighetsurval. Informanter från två olika regioner rekryterades och intervjuades, detta för att få olika perspektiv då riktlinjer och stödfunktioner skiljer sig mellan olika regioner. Betydelse för studiens urval av informanter var deras kunskap, förmåga att genomföra intervjun, förmåga att reflektera om undersökt fenomen samt viljan att medverka (Polit & Beck, 2021, ss. 497–498). Fyra av informanterna arbetade i Region Östergötland vid två olika ambulansområden och de fem från Region Jönköping arbetade inom ett område. En grupp av informanter tillfrågades personligen och en grupp blev tillfrågade via mail, detta beroende på närheten till informanterna. Förfrågan om deltagande i studien delgavs 15 personer totalt inom de två områdena, detta för att säkra en tillräcklig mängd informanter. Av de 15 som tillfrågades blev nio aktuella då de uppfyllde studiens inklusionskriterier; allmänsjuksköterskor eller specialistutbildade sjuksköterskor med minst ett års arbetslivserfarenhet inom ambulanssjukvård. Sammanlagt nio intervjuer där insamlat material låg till grund för studien genomfördes. Informanterna var mellan 25 och 42 år gamla. Sju män

och två kvinnor intervjuades och de hade mellan två och nio års erfarenhet av att jobba inom ambulanssjukvård.

Datainsamling

En semistrukturerad intervjumetod användes i studien, där fokus utgick från förutbestämda öppna frågor som avsåg att svara mot syftet. Metodens tillvägagångssätt inkluderade följdfrågor som uppstod under intervjuerna, vilka då djupare beskrev en bild av undersökt fenomen. Öppna frågor eftersträvades för att generera information som erfarenheter och upplevelser av informanten (Danielson 2017, ss. 144–145). För att stärka studiens validitet utfördes initialt två pilotintervjuer med ambulanssjuksköterskor. Dessa låg till grund för det slutgiltiga utformandet av en intervjuguide och materialet som framkom i dessa var inte del av resultatet. (Se bilaga 1- Intervjuguide). Då material till studien samlades in intervjuades nio ytterligare informanter, fyra respektive fem informanter vardera och intervjuerna varade mellan 20–45 minuter. Intervjuerna som genomfördes digitalt spelades in genom programmet ZOOM's egna inspelningsfunktion för ljud- och bildinspelning. Om informanterna önskade genomföra intervjun på annat tillvägagångssätt än det föreslagna mötet via ZOOM fanns möjlighet att göra detta. Till exempel genomfördes två intervjuer genom fysiska möten, som då sparades genom en ljudinspelning.

Dataanalys

Det insamlade materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats i enlighet med Granheim och Lundman (2003). Analysprocessen utförde författarna tillsammans och den initierades genom ett noggrant kodningsarbete. Meningsenheter som var relevanta för syftet togs ut ur det transkriberade materialet. Därefter kondenserades meningsenheterna där det mest relevanta i meningen beskrevs kortfattat. Utifrån den texten skapades sedan koder. Koderna grupperades och subkategorier bildades, av dessa skapades sedan kategorier som relaterade till syftet. Av det latenta innehållet i meningsenheterna skapades ett tema (för exempel se Tabell 1-Exempel på innehållsanalys). Arbetet krävde genomläsning av intervjumaterialet vid flertalet tillfällen, både enskilt och tillsammans, detta för att säkerställa korrekt tolkning av undersökt fenomen. Under processens gång fanns meningsskiljaktigheter angående kodernas tillhörighet i de olika kategorierna, men då koderna flyttats mellan olika kategorier flertalet gånger och betydelsen av dem diskuterades blev resultatet något som båda reflekterat över och var överens om.

Tabell 1 – Exempel på innehållsanalys

Meningsenheter	"Och särskilt när man jobbar två sjuksköterskor tillsammans, så har man ju stöttning och möjlighet att kunna diskutera. Och det är med de som är sjukvårdare också, och som har lite längre erfarenhet, som man kan diskutera med. Så det tycker jag är väldigt bra och bolla med och det gör man ju alltid oavsett vad det är man gör så bollar man ju med kollegorna tycker jag."	"Men det är inte svart eller vitt heller, hänvisningsdokumentet vi har. Men det är nog många egentligen, om man skulle hårdra det som man skulle kunna lämna hemma eller hänvisa till egenvård, men det är lite vanskligt, lite risky business."	"De här är en fantastisk tillgång, det här är en överläkare egentligen i akutsjukvård som är super kompetenta, man känner en extrem trygghet liksom om de säger så här "nämen på din beskrivning så tycker jag också det känns lugnt" ni kan avvakta... då känner jag mig trygg i det liksom."
Kondenserade meningsenheter	Kollegorna är ett stöd, särskilt då man jobbar två sjuksköterskor eller med sjukvårdare som har lång erfarenhet. Bra att bolla med kollegorna.	Inte svart eller vitt hänvisningsdokument, många egentligen som skulle lämnats hemma, svårt och riskfyllt	Överläkare i akutsjukvård är en tillgång och är superkompetenta, känner extrem trygghet i det.
Kod	Stöd av kollegor	Otydligt bedömningsunderlag	Trygghet
Subkategorier	Kollegial stöttning	Riktlinjer, bedömningsverktyg och beslutsstöd	Kontakt med högre medicinsk kompetens
Kategori	Stöttande funktioner		
Tema	Att utveckla ambulanssjukvården, ett behov för ambulanssjuksköterskan		

Forskningsetiska överväganden

Liv, hälsa, värdighet och rätten till självbestämmande måste alltid skyddas. Detta är grundläggande i all forskning som involverar människor. Studien utfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World medical association 2020) som grundläggande redogjorde för hur etisk forskning bedrivs. För att upprätthålla ett etiskt förhållningssätt tillgodosågs de fyra huvudkraven inom forskningsetik informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2017).

Informationskravet möttes då urvalsprocessen inleddes med att sända ett informationsbrev till de tilltänkta informanterna som beskrev den tänkta studien och dess tillvägagångssätt. Ytterligare ett informationsbrev sändes till de verksamhetschefer som blev berörda av studien. Vid en intervjustudie krävs ett informerat samtycke från informanterna för att få använda intervjumaterialet i studien och för att möta samtyckeskravet (SFS 2003:460). Innan intervjuerna påbörjades och material inhämtades fick informanterna information om studiens syfte och tillvägagångssätt, både skriftligt och muntligt. De fick även frågan om de upplevde

sig ha fått tillräckligt med information om studien och dess syfte för att kunna lämna ett informerat samtycke. Samtliga informanter ansåg sig ha fått bra information om studien och kunde lämna sitt samtycke. Informanterna var även medvetna om och gav sitt medgivande till att ZOOM användes som inspelningsmetod. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003) beskriver samtycke som något frivilligt, uttryckligt och preciserat till viss forskning. Samtycket ska enligt lagen dokumenteras och gäller endast om forskningspersonen har fått information om forskningen specifikt relaterat till honom eller henne. I aktuell studie skedde detta genom att samtycket spelades in i samband med intervjun. För att tillgodose nyttjandekravet användes transkriberade textdelar som ansågs vara relevanta för syftet respektfullt. Ljudmaterialet ändrades eller förvrängdes inte i den transkriberade texten och meningarna togs heller inte ur sitt sammanhang. Materialet användes endast till aktuell studie och sparade ljudfiler kommer raderas då examensarbetet är godkänt. Det var även viktigt att belysa att deltagandet byggde på frivillighet och att informanten när som helst kunde välja att avsluta sin medverkan. Materialet behandlades så att informanternas integritet och privatliv skyddades. För att möta konfidentialitetskravet behandlades personuppgifterna med sekretess och förvarades på ett sådant sätt så att ingen obehörig kunde få åtkomst till dem. Studiens ljudinspelningar från samtliga intervjuer sparades på två minneskort vilka förvarades i låsta skåp under arbetet med magisteruppsatsen (Vetenskapsrådet 2017).

RESULTAT

Efter genomfört analysarbete framkom tre kategorier “Stöttande funktioner”, “Beslut om ej medföljande patienter” samt “Ambulanssjukvårdens organisation”. Kategorierna grundade sig i subkategorier från analysarbetet av det manifesta innehållet. Koderna skapade subkategorier som tillsammans bildade kategorier. Det latenta innehållet i kategorierna bildade ett tema (se tabell 2-Kategorisering). Erfarenheter, upplevelser och känslor relaterade till hänvisningsbeslut framkom, men även relaterade till ambulansens organisation som den ser ut idag samt möjligheter att utveckla ambulanssjukvården för att optimera dess funktion.

Tabell 2-Kategorisering

Tema	Att utveckla ambulanssjukvården, ett behov för ambulanssjuksköterskan		
Kategorier	Stöttande funktioner	Beslut om ej medföljande patienter	Ambulanssjukvårdens organisation
Subkategorier	-Kollegial stöttning -Riktlinjer bedömningsverktyg och hänvisningsunderlag -Kontakt med högre medicinsk kompetens	-Att möta patienter och anhöriga -Beslut om ej medföljande patienter, främjande och hämmande faktorer -Rädsla för konsekvenser	-Ambulanssjuksköterskans syn på allmänhetens okunskap -Hög belastning på sjukvården -Ambulanssjuksköterskans funktion

Stöttande funktioner

Det framkom tre viktiga stöttande funktioner för ambulanssjuksköterskan då beslut skulle fattas om ej medföljande patienter. Dessa var kollegorna, de riktlinjer, bedömningsverktyg och hänvisningsunderlag som fanns samt möjligheten att rådgöra med en högre medicinsk kompetens. Då fördelarna beskrevs med dessa funktioner, framkom även brister i samtliga som i stället kunde leda till motsatt effekt.

Kollegial stöttning

Informanterna beskrev att ha en kollega att diskutera beslut med var ett viktigt stöd då besluten kring patienten kunde ske i samråd och ses som en delad börda. Samarbetet och förtroendet med sin närmsta kollega var en väsentlig del i att erfarit trygghet då de arbetade som en enhet som genererade utbyte av tankar och funderingar. Det framkom från informanter att arbetskollegans kompetens hade en inverkan på beslutet om ej medföljande patienter, då känslan var mer trygghetsingivande om det var två sjuksköterskor i ambulansen eller paret bestod av en sjuksköterska och en ambulanssjukvårdare med lång erfarenhet. Ambulanssjuksköterskor beskrev en känsla av ensamhet i situationer där besättningen bestod av en sjuksköterska och en ambulanssjukvårdare. Sjuksköterskan var då ensam i det medicinska beslutet och kunde inte alltid förlita sig på råd i medicinska frågor inom besättningen.

“Och särskilt när man jobbar två sjuksköterskor tillsammans, så har man ju stöttning och möjlighet att kunna diskutera. Och det är med de som är sjukvårdare också, och som har lite längre erfarenhet, som man kan diskutera med. Så det tycker jag är väldigt bra och bolla med och det gör man ju alltid oavsett vad det är man gör så bollar man ju med kollegorna tycker jag.” -Informant nr 8

En annan faktor som spelade in var personkemi. Det framkom att det kunde vara känsligt att fråga vissa kollegor saker eller rätta vissa kollegor och då togs även beslutet angående patienten enskilt i större utsträckning. Osäkerhet i besluten kunde även förstärkas då stöd från kollegor ej ansågs vara tillräckligt.

Riktlinjer, bedömningsverktyg och hänvisningsunderlag

De riktlinjer, bedömningsverktyg och andra hänvisningsunderlag som fanns inom respektive område beskrevs som tillräckliga, tydliga och följsamma till arbetsstrukturen. De var verktyg som underlättade bedömningarna och besluten om eventuell hänvisning och de var något att luta sig emot. Riktlinjerna framställdes som heltäckande och minimerade riskerna för felbedömningar. Genom att använda bedömningsverktyg och följa hänvisningsprotokoll uppnåddes trygghet i arbetsmomentet. Ambulanssjuksköterskan kände trygghet i besluten angående ej medföljande patienter när den totala bedömningen genom kollegialt samarbete och följsamhet till riktlinjer och bedömningsverktyg kompletterade varandra.

En annan beskrivning var dock att riktlinjerna innehöll något utav en gråzon då de var utformade så att de kunde tolkas på olika sätt. Att riktlinjer och hänvisningsdokument kunde vara vagt utformade genererade svårigheter att lösa situationer med patienter med icke akuta besvär och kunde vara en källa till frustration.

“Men det är inte svart eller vitt heller, dokumentet vi har, men det är nog många egentligen, om man skulle hårdra det som man skulle kunna lämna eller hänvisa till egenvård, men det är lite vanskligt, lite risky business.”

-Informant nr 1

“I vissa fall är de tydliga och sen i andra fall så, så är det svårt att tyda men det finns en ganska tydlig algoritm för vilka patienter som man kan hänvisa till egenvård och vilka som man ska hänvisa någon annanstans. Så det tycker jag är rätt så tydligt, sen går det ju alltid tolka vad man tycker själv utanför riktlinjerna.”

-Informant nr 8

Det framkom att även om det oftast gick att hitta stöd i riktlinjerna eller beslutsstöd så som RETTS så var de inte applicerbara på alla typer av patienter. Det fanns även åsikter om att de var otillräckliga vid omhändertagande av icke kritiskt sjuka patienter och patienter som ej medföljde. Detta kunde generera en osäkerhet hos ambulanssjuksköterskan. Vidare beskrevs även en känsla av att främst vara utbildad i och anställd för att ta hand om akut sjuka patienter och en känsla av att inte besitta den kunskap som krävs för att korrekt ge råd till patienten som inte var i behov av akutsjukvård.

“Sen så händer det ju att en patient, man kommer till någon som man tycker är opåverkad och ändå så blir den väldigt högt triagerad enligt RETTSen. Och så är det väl, det går väl inte få fram ett verktyg som är perfekt alla gånger tänker jag. Utan det är ju ändå människor vi pratar om och alla är ju olika så att det är ju, det kommer ju ändå ner till en individuell bedömning varje gång ändå. Och den läggs ju på oss som medicinskt ansvariga då att ta det beslutet.” -Informant nr 6

“För jag upplever att det bedömningsunderlaget eller det stödet, de stöden som vi har är mer inriktade på framför allt akut sjukdom inte så att säga hänvisningsfall.”

-Informant nr 7

Informanter beskrev ytterligare negativa aspekter med riktlinjerna och beslutsstöden. De kunde upplevas som snäva och styrande. Det påtalades att de kunde inge en känsla av att inte ha något förtroende i sin yrkesroll, att bli fråntagen mandat och till och med fråntagen den egna tanken.

“Jag tycker nästan att det står mer än vad det behöver göra, att det är väldigt, väldigt uppradat så man knappt behöver tänka själv över huvud taget, så.”

-Informant nr 6

Kontakt med högre medicinsk kompetens

Möjligheten till stöttning från en högre medicinsk kompetens såg väldigt olika ut i de regioner där informanterna arbetar. Dock hade samtliga möjligheten att få någon form av läkarkontakt vid behov och det framkom att funktionen var en bra stöttning som genererade trygghet då osäkerhet fanns kring ett hänvisningsbeslut. De som hade en direktkontakt med en ledningsläkare uttryckte att de var nöjda över att kunna diskutera med någon som var insatt i deras riktlinjer och hade en känsla för vilka typer av patienter de träffade.

“Men just den funktionen tycker jag är jätteviktig... för vi är ju begränsade i den utrustning vi har och den kompetens vi har... och då tycker jag det är viktigt att man kan vända sig till en

*högre medicinsk kompetens, det är en jättebra funktion!”
-Informant nr 3*

Läkarna som kontaktades förväntades inte ta över något ansvar eller ta det yttersta beslutet angående patienten. Stödet beskrevs främst som någon med högre medicinsk kompetens som det fanns möjlighet att diskutera sina beslut med eller bolla idéer med. Det definitiva beslut som vårdaren ansvarade för att ta kunde upplevas som ensamt.

I den region där det inte fanns någon knuten läkare till ambulanssjukvården utan jourhavande läkare inom aktuell klinik kontaktades för rådgivning fanns ett större missnöje med stödfunktionen. Det framhölls att möjligheten till läkarkontakt var bra men att det fanns mer att önska utav den. Brister som framgick var framför allt att läkarna som kontaktades inte hade insyn i verksamheten samt bristande intresse för aktuell patient på grund av att de var upptagna eller stressade. Vilken läkare som mottog samtalet ansågs vara helt avgörande bland annat på grund av att kompetensen skiljde sig avsevärt. En känsla av osäkerhet kunde förstärkas då läkarstödet inte upplevdes som tillräckligt och ambulanssjuksköterskorna uttryckte en önskan om att kunna få stöttning av en högre medicinsk kompetens knuten till verksamheten.

“...ibland att man vet inte riktigt vad är det för någon, hur mycket kunskap har de så att säga? Är det någon underläkarstudent? De kan vara jättekompenta det är inte det men alltså hur mycket lyssnar de? Hur mycket orkar de lyssna på vad jag säger, är de jättstressade... orkar de ens lyssna på vad jag frågar efter? Nej det kan vara i varierande grad hur mycket man upplever att man vågar lita på den responsen man får, absolut.”

-Informant nr 7

Beslut om ej medföljande patienter

Vid beskrivning av ambulanssjuksköterskors beslut gällande ej medföljande patienter framkom flertalet faktorer som spelade in samt vad det fanns för olika förutsättningar och förhållningssätt i situationerna.

Att möta patienter och anhöriga

Hur ambulanssjuksköterskorna mötte patienterna och eventuella anhöriga där patienten ej ämnades transporteras till sjukhuset beskrevs. Det var viktigt att förklara och informera på ett adekvat sätt och en följsamhet till patienten framställdes som avgörande. Patientsäkerheten och patientens bästa sattes i fokus och var det som besluten grundade sig i.

“Ja precis. Beslutet är ju mitt men jag lägger ju fram och presenterar min plan på ett sådant sätt att jag får med mig både kollega och patient och anhöriga. Och sen får de komma med input och beroende på situationen ibland så får man ändra sitt beslut.”

- Informant nr 9

Informanter beskrev att de inte arbetade för att själva slippa undan något utan hade alltid patientens främsta i fokus även om det innebar att frånga riktlinjer eller besluta att patienten ej skulle medfölja. Ett noggrant arbete i bedömningen samt noggrann journalföring skapade en trygghet i besluten som fattades och rädslan för eventuella konsekvenser som exempelvis

anmälningar försvann då de kände att de tagit ett beslut samt redovisat detta på ett sätt som de kunde motivera för sig själv och andra. En viktig del i att uppnå trygghet i hänvisningsbesluten var att patienten och eventuella anhöriga var införstådda med innebörden av att patienten ej medföljer och samtyckte till beslutet.

“...det är patientens bästa som jag jobbar för. Och då får man ha riktlinjer med lite lösa kanter som man kan flytta lite på för att det ska bli bra för patienten, för det är dem jag är här för.” -Informant nr 9

*”De tillfällen där man är trygg det är när man är överens med kollegan, patienten är överens med oss och eventuella anhöriga”
-Informant nr 1*

Beslut om ej medföljande patienter, främjande och hämmande faktorer

För ej medföljande patienter såg ambulanssjuksköterskorna till de förutsättningar som fanns för patienten att kunna klara sig i hemmet. De såg till om behandling i hemmet var möjlig när det var aktuellt. De såg även till patientens förmåga till egenvård där ålder, kognitiv förmåga och dylikt kunde vara avgörande faktorer. Om patienten hade ett socialt skyddsnät eller någon typ av anhörig som kunde stötta dem spelade också in i beslutet. Besluten beskrevs som situationsanpassade där hänsyn till individens förmåga togs.

Förutom ovan nämnda förutsättningar framkom flertalet ytterligare faktorer som kunde spela in eller vara helt avgörande i besluten som ambulanssjuksköterskorna tog angående ej medföljande patienter. Något som belystes ur flera olika perspektiv var längden av tid hos patienten och tidspressen som fanns. En mer noggrann undersökning och bedömning krävdes då patienten ej skulle medfölja. I och med det tog besöket oftast mer tid och en tidspress beskrevs infinna sig vid denna typ av besök. Känslan av att behöva åka vidare på väntande uppdrag eller finnas tillgänglig för mer akuta situationer infann sig även då besöken drog ut på tiden.

*“Man vet att det ser ut som det gör idag med den belastningen som vi har där det inte finns lediga resurser ibland på väldigt långt tid eller långa avstånd, så man vill ju ändå få en ledig resurs för tredje man om det uppstår något akut vårdbehov då. Vilket det gör till och från.”
-Informant nr 9*

Utöver den mer noggranna undersökningen beskrev även informanter att journalföringen blev mer omfattande när patienter ej medföljde. En väl utformad och skriven journal som lyfte både patientens och ambulanssjuksköterskans perspektiv var ett sätt att skydda sig själv som vårdare och patienten genom att visa att undersökningen gått rätt till och att allt nödvändigt undersökts.

*”Jag skriver nog en mera omfattande journal om jag lämnar hemma versus om jag kör in patienten. Och mycket mer tydlig med vad det är jag har informerat om och hänvisat till och...vad för information jag har gett”
-Informant nr 4*

En annan faktor som beskrevs var att närheten till den mottagande enheten påverkade beslutet. Avståndet till sjukhus och vetskapen om att stora områden kunde lämnas utan ambulansresurs gjorde att beslut om hänvisning till exempelvis egenvård kunde blir mer aktuellt. Tvärtom var det ifall patienten befann sig i närheten av sjukhuset. Då kunde det vara smidigare och mindre

tidskrävande att lasta och köra in patienten. Dessa beslut grundades främst i viljan att så snart som möjligt åter vara gripbara för nya uppdrag.

Ambulanssjuksköterskorna beskrev även en trötthet och nästan en uppgivenhet över hur hög belastning och hur stort ansvar de behövde axla i sitt arbete. Det nämndes även att dygnstjänstgöring, där det fanns, och tröttheten som följde med den kunde påverka beslutsfattandet. Konsekvenserna av tröttheten kunde bli en likgiltighet inför bedömningarna. Att åta sig ett större arbete med en mer noggrann undersökning, kontakt med läkare eller annan vårdgivare eller dylikt blev mindre aktuellt och det var lättare att transportera patienten till sjukhuset som kunde handlägga patienten vidare.

“Är du den som hela tiden ska göra och ha yttersta ansvaret för de här bedömningarna så tror jag ju att det kan påverkas negativt eller så blir det så att i längden att du kanske inte orkar eller vill göra det här och kör in allting i stället.”

-Informant nr 5

“Det är ganska mentalt uttröttande att ha den tyngden på sig.”

-Informant nr 5

Informanterna beskrev åtgärder de hört om som implementerats i andra områden och som ansågs ha utvecklat ambulansorganisationen i rätt riktning. Detta kunde exempelvis vara möjlighet att ta enklare prover med små befintliga analysapparater i samband med bedömning hos patienten. Exempelvis nämndes CRP, Hb och Blodketoner. Ytterligare en förbättringsmöjlighet ansågs vara att ha möjlighet till någon form av uppföljning av de patienter som ej medföljde, utan att de nödvändigtvis behövde uppsöka sjukvården. Detta skulle skapa en trygghetskänsla och bidra till att beslut av den karaktären lättare kunde tas. Uppföljningen skulle till exempel kunna vara i form av ett telefonsamtal eller ett besök av hemsjukvården.

“Då skulle man också kunna känna sig mer säker att: ja men om två timmar då är det någon som kommer och tar ett socker till eller ja någonting. Ibland kan man ju få till det ändå med lite trix men... Nej men då skulle man ju känna sig mer säker att hänvisa.”

-Informant nr 8

Rädsla för konsekvenser

En genomgående beskrivning var att patienten alltid fick medfölja om osäkerhet fanns, alternativt togs kontakt med annan vårdinstans eller dylikt. Ingen ambulanssjuksköterska lämnade patienten med en kvarstående otrygghets- eller oroskänsla angående sitt beslut om att patienten ej skulle medfölja.

“Att hålla ryggen fri” som begrepp var något som samtliga var bekanta med men som det fanns delade åsikter kring. Informanter beskrev hur de arbetade med känslan av att ofta behöva vidta åtgärder eller utföra arbete på grund av rädsla för konsekvenser så som anmälan med risk att förlora sin legitimation som sjuksköterska. En bild av hur sjukvårdssystemet i stort är uppbyggt baserat på en ansvarsförskjutning framkom, där de menade att det var vanligt förekommande att samtliga hänvisade vidare till nästa instans för att inte själva behöva axla något ansvar. Detta med start hos SOS-alarm som hänvisar till ambulans som hänvisar till vårdcentral som skickar remiss till akutmottagningen och så vidare.

*”Jo men jag skulle säga att man nästan alltid jobbar för att hålla ryggen fri. Och det är ju fel!
...Jag skulle säga att hela det svenska sjukvårdssystemet är uppbyggt på ett sådant sätt där
alla vill hålla ryggen fri hela tiden ”*

-Informant nr 6

”Vi har ju en legitimation vi äventyrar... i sådana här beslut”

-Informant nr 2

Informanter hade även en rädsla för anmälan eller personlig kritik från ledning och ambulansöverläkare. Det fanns en önskan om bättre hantering från ledningen då misstag hade begåtts. En rädsla av att ständigt ha ögonen på sig från media och dylikt framkom även.

“...den mänskliga faktorn är ju involverad precis hela tiden. Det finns ju ingenting man kan göra för att plocka bort den. Dels är det ju människor vi vårdar men det är ju också människor som tar hand om vården och människor kan göra misstag och så måste det ju få vara.”-Informant nr 6

Ambulanssjukvårdens organisation

Informanterna beskrev ambulanssjukvårdens arbete och funktion i samhället. Det framkom erfarenheter om belastning, arbetsroll och uppgifter om hur befolkningen i samhället nyttjar ambulanssjukvården.

Ambulanssjuksköterskors syn på allmänhetens okunskap

En uppfattning som framkom hos ambulanssjuksköterskorna var att det saknas kunskap hos allmänheten om när och varför du ska ringa 112 för att söka kontakt med ambulanssjukvården. En stor del av patienterna som kom i kontakt med ambulanssjukvården upplevdes inte ha ett behov av den typen av hjälp som ambulanssjukvården kan ge. Informanterna beskrev att diskussioner ofta kunde uppstå om varför patienten inte fick åka till akutmottagningen. Den upplevda negativa utvecklingen av vilka som sökte ambulanssjukvård ansågs ha blivit en del av vardagen. Detta genererade ett ökat behov av att informera patienterna och personer ambulanssjuksköterskorna mötte om ambulanssjukvårdens funktion.

Det kunde vara för enkla förkylningar eller smärta i ett finger som patienten fick en ambulansresurs skickad till sig och detta genererade en frustration. Beskrivningen var att “primärvårdsuppdragen”, alltså uppdrag till patienter som bedömdes kunna söka primärvården (vårdcentral eller dylikt) i första hand, ökade markant. Ökningen av uppdrag beskrevs som att den inte bestod av så kallade rena ambulansuppdrag utan att det blivit en vardag att ringa efter ambulans för allt möjligt. Det upplevdes även frustrerande att inte finnas till hands för de som behöver ambulanssjukvård och akut hjälp då besättningen varit upptagen med annat icke akut eller icke kritiskt. Informanter beskrev att när de fick åka på uppdrag som inte behövde en ambulansresurs och därigenom tvingades att genomföra en hänvisning till egenvård upplevdes frustrerande.

”Ibland kan man få veta... jamen då har det varit ett tillbud av något slag två km bort och man varit upptagen på något annat, sånt kan ju skapa ganska stor frustration”

-Informant nr 5

Hög belastning på sjukvården

Det framkom att det fanns en stor vilja och att det var en målsättning att transportera rätt patienter till akutmottagningen. Sjuksköterskorna upplevde ett moraliskt ansvar att besluta om ej medföljande patienter som inte behövde vård eller vidare undersökning på en akutmottagning. Förfarandet upplevdes underlätta belastningen på mottagande enhet. Just belastningen på akutmottagningen kunde påverka informanternas beslut om ej medföljande patient. Fanns det en vetskap om att akutmottagningen hade hög belastning så försökte ambulanssjuksköterskan underlätta för akutmottagningen genom att besluta att patienten ej skulle medfölja då det på ett säkert sätt gick att ta ett sådant beslut. Även vad som var bäst för patienten togs det hänsyn till. Bedömdes det som säkert att lämna patienten hemma i stället för att bli lämnad på en överfull akutmottagning att vänta i flera timmar togs det beslutet. Patienter hänvisades då till vårdcentral eller andra lämpliga instanser om behovet fanns.

Även medvetenheten om den höga belastningen på ambulansvården upplevdes påverka beslut om hänvisning, där önskan om att friställa ambulansresurser för nya uppdrag prioriterades när man exempelvis kunde lämna en patient hemma. Uppfattningen var även att sådana beslut uppskattades av ledningen och förfarandet uppmuntrades då tillgängligheten för andra uppdrag ökade.

Upplevelsen av en informell förväntan från akutmottagningar fanns, där önskan var att ambulanssjukvården skulle hänvisa fler till egenvård och andra instanser. Det beskrevs även en ifrågasättande attityd från akutmottagningar varför ambulanssjuksköterskorna valde att transportera vissa patienter till akutmottagningen. Upplevelsen var att mottagande enheters förväntningar på ambulanssjukvården inte stämde överens med de formella krav och riktlinjer som ambulanssjukvården förhåller sig till. Det framkom att beslut om transport till akutmottagningen kunde ske om sjuksköterskan och patienten eller dess anhöriga inte kom överens om beslutet att patienten skulle kvarstanna i hemmet. Diskussionen som uppstod påverkade beslutet och patienten transporterades till akutmottagningen. Detta skedde då transporten, i förhållande till en lång diskussion, genererade snabbare tillgänglighet för nya uppdrag trots vetskapen om att det påverkade både belastningen på akutmottagningen och ambulanssjukvården. Aspekter beskrevs av arbetsmiljön där exempelvis arbetsbördan på ett arbetspass kunde skifta, men upplevdes ofta vara väldigt hög. Under pass med kontinuerliga uppdrag utan chans till återhämtning upplevdes trötthet och ensamhet, upplevelsen förstärktes om ambulanssjuksköterskan var ensam om de medicinska besluten. Den höga belastningen genererade även en frustration. Att ställas inför situationer som inte bedömdes vara adekvata och där resultatet blev att personalen lastade patienten för att slippa ta diskussionen var frustrerande.

”...sånt vi får åka på ibland, och det är ju inte riktigt adekvat, och då tror jag ingen vill att vi ska vara där när just deras barn blir svårt sjukt till exempel, det tror jag alla kan vara rörande överens om”

-Informant nr 5

Informanter beskrev att de inte hade rätten att neka en patient att medfölja om de insisterade och att vissa patienter kunde upplevas desperata att få hjälp för att de på grund av hög belastning inte kunnat nå fram till den vårdinstans de först vänt sig till, till exempel 1177 telefonrådgivning eller vårdcentralen. Dock framställdes att ett bra bemötande med tydlig förklaring och information samt hänvisning till rätt vårdnivå oftast gav patienterna förståelse för beslutet. Uppkomsten av situationer som blev ofördelaktiga för både patienten och ambulanspersonalen beskrevs. Exempel utgör upplevelsen av frustration då situationen behövde lösas av

ambulanspersonalen fast det egentligen inte ansågs vara deras uppgift. Resultatet blev att patienter ibland transporterades till akutmottagningen för att personalen upplevde att de inte hade kommit ur situationen annars.

Informanter beskrev en möjlighet till utveckling som skulle innebära avlastning för ambulanssjukvården: så kallade "Bedömningsbilar". En enhet med utbildad personal som kunde ta en initial kontakt med den icke-kritiskt sjuka patienten, efter bedömning av SOS-alarm, för att utvärdera ett eventuellt ambulansbehov alternativt hänvisa till rätt vårdinstans.

"Om man inför bedömningsbilar för varje område som kan avlasta nu när beläggningen på akutambulanserna är så pass hög som den är så att det finns dedikerade ambulanser för att kunna rodde i de här. För många gånger tar det ju väldigt lång tid med en hänvisning."

-Informant nr 9

Ambulanssjuksköterskans funktion

Att besluta om ej medföljande patienter som en del av arbetet som ambulanssjuksköterska fanns det delade åsikter om. Det framfördes att det var en del av jobbet, något som ambulanssjukvården utvecklats mot och att det skett en förändring i takt med en ökad belastning. Även verktyg att använda i dessa beslut ansågs ha utvecklats. Att kunna ta beslut om ej medföljande patienter fanns som ett formellt krav i arbetsbeskrivningen eller som ett underförstått krav där det ansågs finnas en förväntan från ledning, mottagande enhet och kollegor att kunna ta dessa beslut.

"Vi är väldigt mycket en instans för att göra en initial bedömning och inte i lika många fall på förekommen anledning göra insatser att vårda och behandla utan det är ganska ofta vi åker ut för att bedöma, det är ju en utveckling, det går ju mycket mot det"

-Informant nr 5

Ej medföljande patienter och hänvisningar sågs av informanterna som något ambulanssjukvården utvecklades mot, dock fanns åsikter om att det inte var en bra utveckling eller något som ambulanssjuksköterskor ska arbeta med eller besitter kompetens för. Flertalet beskrev att ambulanssjukvårdens huvuduppgift var att vara en beredskapsenhet och att de främst var utbildade i akutsjukvård och hade kompetens för att möta akut sjuka patienter.

"...problemet med det är att vi inte är dimensionerade för det utan vi är fortfarande dimensionerade för den äldre modellen där vi är nån form av beredskapsenhet för svårt sjuka patienter." -Informant nr 5

En upplevelse av att vara underdimensionerade var något som framgick tydligt bland informanterna. Tillgängligheten av ambulansresurser ansågs vara för dålig i förhållande till de arbetsuppgifter som förväntades utföras. Informanter beskrev ett systemfel när åsikter om vad ambulansresurserna utnyttjades till framfördes. De ansåg att ambulanssjukvårdens funktion var att göra viktigare arbete än att hänvisa icke kritiskt sjuka till egenvård eller dylikt.

Att utveckla ambulanssjukvården, ett behov för ambulanssjuksköterskan

I kategorierna fanns uttryck för frustration och otrygghet. Informanterna beskrev bristande kollegial stöttning, otillräckliga riktlinjer att luta sig emot samt kontakt med högre medicinsk kompetens som inte ansågs tillräcklig. I och med detta gjordes tolkningen att det upplevdes vara viktigt för ambulanssjuksköterskor med ett väl fungerande och komplett stöd i beslutsfattandet om ej medföljande patienter.

Informanterna beskrev erfarenheter i samband med olika typer av hänvisning av ej medföljande patienter. Dock framkom främst upplevda svårigheter i samband med att hänvisa patienten till egenvård. Då patienten hänvisas till exempelvis vårdcentral tolkades det som att ambulanssjuksköterskan kunde känna en trygghet i att patienten vid ett senare tillfälle blev bedömd av vårdpersonal. Den typen av upplevelse tolkades kunna skilja sig avsevärt jämfört med beslutet om att patienten inte ansågs vara i behov av att uppsöka ytterligare vård.

Vid beslut om ej medföljande patienter tydliggjordes faktorer som exempelvis tidspress, omfattande journalföring och hög belastning. Detta kunde generera känslor av trötthet, uppgivenhet och likgiltighet. Det beskrevs en känsla av att behöva hålla ryggen fri på grund av en rädsla för anmälan och att mista sin legitimation som följd och även en upplevelse av ansvarsförskjutning av alla instanser patienten kom i kontakt med. Detta tolkades som att det vid hög belastning för ambulanssjukvården, i kombination med otillräckliga riktlinjer och bristande stödfunktioner, genererades en upplevelse av frustration för ambulanssjuksköterskorna. Som resultat av detta kunde de då välja att transportera patienter, utan uppenbara vårdbehov, till en akutmottagning. Vidare tolkades detta som att ambulanssjuksköterskor inte upplevde sig ha rätt förutsättningar för att genomföra korrekta bedömningar när belastningen var som högst, då en känsla av att verksamheten var konstant underdimensionerad fanns.

I kategorin "Ambulanssjukvårdens organisation" beskrevs en frustration som kom av att patienter sökte kontakt med fel instans då de inte ansågs vara i behov av ambulanssjukvård. Den frustrationen bedömdes i första hand relatera till den höga belastningen på ambulanssjukvården och känslan av att vara underdimensionerade, men även den funktion ambulanssjuksköterskorna ansåg sig ha. Detta tydde på att ambulanssjuksköterskorna upplevde ett behov av att ambulanssjukvårdens organisation, tillsammans med sidoorganisationer som SOS, behöver utvecklas för att ge ambulanssjuksköterskan bättre förutsättningar för att bedöma ej medföljande patienter.

DISKUSSION

Ambulanssjuksköterskors erfarenheter av handläggandet av ej medföljande patienter redovisas i resultatet. Det som beskrevs var de stöttande funktioner som fanns i ambulanssjuksköterskans beslut, vilka faktorer som påverkade möjligheten att besluta om att patienten ej skulle medfölja samt en beskrivning av hur uppbyggnaden utav ambulanssjukvårdens organisation möjliggjorde eller hindrade hänvisningsbesluten. De stöttande funktionerna beskrevs som kollegial stöttning, riktlinjer, bedömningsverktyg och beslutsstöd samt stöd av högre medicinsk kompetens. De faktorer som påverkade beslutet om ej medföljande patient var mötet med patienter och anhöriga, de främjande och hämmande faktorer som fanns för att möjliggöra beslutet samt rädsla för konsekvenser. Relaterat till ambulanssjukvårdens organisation beskrevs

ambulanssjuksköterskans syn på allmänhetens okunskap, den höga belastningen på sjukvården, och ambulanssjuksköterskans funktion.

Metoddiskussion

Förförståelse

Författarna har båda en mångårig bakgrund av arbete inom ambulanssjukvården, med det kommer en förförståelse om det studerade området. Studiens validitet och reliabilitet stärktes genom att reflektion över relevansen och inflytandet av befintlig förförståelse skedde kontinuerligt. Ytterligare stärkning av validitet och reliabilitet kunde uppnås genom att utomstående gavs möjlighet att analysera studien tillsammans med författarna och reflektera om hur författarnas förförståelse påverkat studien (Priebe & Landström, 2017, s. 38). Under processen då studien utfördes granskades texten vid flertalet tillfällen av utomstående, bland annat av handledare utsedd specifikt till studien samt övriga magisterstuderande som deltog i grupphandledning.

En risk med att utföra en intervjustudie var även att förförståelse och egna erfarenheter kunde påverka val av frågor och därmed resultatet. Studien utfördes därför i enlighet med Polit och Beck (2021, s. 570) som beskriver att studien ska utföras med objektivitet och försök att på ett neutralt sätt återspegla informanternas berättelser, för att inte färga resultatet med egen förförståelse. Tillvägagångssättet bedömdes öka studiens validitet.

Urvalsprocessen

Ett bekvämlighetsurval gjordes initialt då aktuella informanter valdes till studien. Urvalet fokuserade på vilken informant som kunde tänkas berika innehållet i studien för att få en djup förståelse av undersökt fenomen. Det var inte mängden informanter och huruvida de var representativa för studerad grupp som helhet som avgjorde, utan deras kunskap om tänkt fenomen som var relevant för studien. Urvalet till intervjustudien gjordes i två olika regioner. Detta innebar att bland annat stödfunktionerna skiljde sig mellan områdena och därmed skiljde sig informanternas uppfattning av dessa. Då områdenas skillnader gav ett bredare perspektiv av studerat ämne kunde även erfarenheter skilja sig avsevärt på grund av detta och resultatet blev därmed väldigt nyanserat. Dock redovisades samtliga erfarenheter i resultatet och samtliga erfarenheter berikade resultatet.

Metod för datainsamling

En kvalitativ intervjustudie är en metod där informanternas upplevda erfarenheter noga kan utforskas. Intervjuer utgör ett empiriskt material och kommer från primärkällor som kan förmedla sina erfarenheter av en speciell situation. Brinkmann och Kvale (2015, ss. 3–4).

En faktor som togs hänsyn till med vald metod var författarnas brist på erfarenhet i att utföra intervjuer. Det finns ett större ansvar och krav på forskaren att datainsamlingen blir korrekt, då det i en intervjusituation krävs en försiktig balans mellan neutralitet och närhet till informanten, för att korrekt kunna uppfatta och analysera den information som erhålls (Streubert &

Carpenter, 2011, ss. 34–35). Genom att på förhand studera tillvägagångssätt och använda en beprövad metod för att intervjua säkerställdes studiens reliabilitet.

Fördelen med intervjuer i en kvalitativ studie är möjligheten att mer noggrant kunna undersöka ett ämne ur ett holistiskt perspektiv genom att ställa följdfrågor, vilket skulle kunna ge ett djupare resultat (Brinkmann & Kvale, 2015, ss. 164–165). En semistrukturerad intervjumetod var gynnsam då intervjun kunde anpassas fortlöpande och området beskrivas mer nyanserat vilket gav intervjuerna ett djup. Nackdelen med metoden var att intervjuerna tillfälligt kunde frångå det tänkta området, det vill säga att vissa frågor inte svarade mot studiens syfte. Följdfrågorna i de olika intervjuerna blev situationsanpassade, detta beroende på informantens svar under intervjun, vilket resulterade i att informanter inte fick möjlighet att svara på exakt samma följdfrågor. När resultatet sammanställdes sågs dock att samtliga av informanternas svar som svarade till syftet gick att kategorisera samt att det latent innehåll kunde skapa ett tema.

För att uppnå hög validitet samt reliabilitet redovisades metod för datainsamling samt utrustning som använts till detta. Validiteten och reliabiliteten stärktes genom att intervjuerna spelades in och transkriberades av den som genomförde intervjun. Målsättningen för datainsamlingen var att genomföra intervjuerna med hjälp av den digitala plattformen ZOOM. Fördelar med att använda ZOOM till intervjustudien var att informanten kunde bestämma tid och plats. ZOOM använder sig av både bild och ljud vilket i stor utsträckning liknade ett fysiskt möte. Ytterligare en fördel för studien blev att informanterna kunde intervjuas på ledig tid, i sin egen hemmiljö, vilket genererade en trygghet för informanten och en avslappnad känsla, vilket upplevdes speglas i intervjun. Programmets inspelningsfunktion gav möjlighet till automatisk inspelning av intervjun, vilket underlättade transkriberingen. Det är viktigt att informanten ges möjlighet att avgöra hur och var hen vill bli intervjuad (Danielson, 2017, s. 150). En lyhördhet fanns för informanternas önskemål om förutsättningarna för intervjuerna vilket resulterade i att ett par informanter intervjuades genom fysiska möten.

Analys

Fördelar som sågs med kvalitativ innehållsanalys var att processen finns tydligt dokumenterad. Metoden lämpade sig väl för att beskriva erfarenheter och upplevelser som insamlats genom kvalitativa intervjuer. Nackdelar med metoden var ett stort intervjumaterial som tog en ansevärd tid att bearbeta vilket genererade en risk för att adekvat innehåll förbisågs. Men genom noggrant genomfört analysarbete och intervjumaterial som behandlats vid upprepade tillfällen kunde allt relevant resultat redovisas. Utöver en manifest analys abstraherades även den latent meningen vilken analyserades och tolkades och detta möjliggjorde skapandet av ett tema. Temat gav resultatet ett djup och analysprocessen stärkte och gav studien trovärdighet (Lindgren, Lundman & Graneheim 2020).

Kvalitativ metod fokuserar på upplevelser, där mening är en mer styrande faktor än generaliserbarhet. Forskarna presenterar forskningsprocessen och de fynd som gjorts och läsaren avgör sedan generaliserbarheten (Polit & Beck, 2021, ss. 504–505). Resultatet skulle till viss del kunna ge förutsättningar för liknande bedömningar och tillämpas i praktiken då en ökad medvetenhet om upplevelser och känslor kan erfaras. Trots studiens validitet är dock överförbarhet av erfarenheter som framkommer i kvalitativa studier svårt, då hänsyn alltid bör tas till individens unika upplevelse och resultatet inte kan appliceras generellt. Det är inte säkert att alla ambulanssjuksköterskor som gör denna typ av bedömningar och hänvisningar upplever det som resultatet redovisar. Detta trots exempelvis en geografisk spridning av informanter.

Resultatdiskussion

I resultatet framgår ambulanssjuusköterskors erfarenheter av studerat ämne. Erfarenheter är ett brett begrepp som lämnar en bred bild av det informanterna erfar i samband med att hänvisa ej medföljande patienter. Följande diskussion valdes att återges ur ett vårdvetenskapligt- och ur ett hållbarhetsperspektiv.

Vårdande möten

Resultatet visar på vikten av hur patienter och anhöriga bemöts av ambulanssjuusköterskor i situationer där patienten ej medföljer. Det upplevs angeläget att förklara och informera på ett bra sätt och en följsamhet till patienten framställs som avgörande. Beslut angående ej medföljande patienter grundar sig i patientsäkerheten och patientens bästa, detta är alltid i fokus även om det innebär att frågå riktlinjer eller hänvisa patienten vidare till annan vårdinstans än akutmottagning eller egenvård. En känsla av trygghet hos vårdaren skapas genom ett noggrant utfört arbete samt en noggrann journalföring, men även att patienten och eventuella anhöriga är införstådda med innebörden av att patienten kvarstannar på plats och samtycker till beslutet.

Dahlberg och Segesten (2010, ss. 126–130) belyser vikten av att se till personers livsvärld. I det vårdande mötet bör hänsyn tas till patientens livsvärld, den anhörigas livsvärld och även den egna livsvärlden som vårdare. Att ha patientfokus innebär att man vårdar med livsvärlden som grund. I patientens livsvärld inkluderas alltid närstående och vårdare. Det vårdande mötet kännetecknas av vårdarens ansvar för interaktionen samt det vårdande som mötet leder till. Ambulanssjuusköterskan förverkligar genom sin kunskap, kompetens och ställning att mötet med patienten blir vårdande och patientens hälsoprocesser stöds samt stärks (Dahlberg & Segesten, 2010, ss. 193–195).

Dahlberg (2002) definierar vårdlidande som något då patienter lider i eller av vårdrelationer som inte är vårdande. I stället för att relationen leder till en vård som stärker samt stödjer deras hälsa så upplever de en kränkande känsla genom exempelvis ett förolämpande, objektifierande och försummande bemötande av vårdaren. Rantala, Ekwall och Forsberg (2016) beskriver att när patienten upplever sig bli tagen på allvar stärks hen och känner sig som en kompetent person oavsett utfallet av triageringen och bedömningen. När patienten i stället upplever att inte bli tagen på allvar ifrågasätter hen sitt eget omdöme och känner sig skyldig och skamsen över att ha stört eller belastat ambulanssjukvården. Patienterna har ett starkt behov av att bli tagna på allvar och bli lyssnade på. Att inte bli tagen på allvar kränker patientens autonomi. Att lägga tid på att lyssna och bjuda in patienten i beslutsfattandet är av stor vikt.

Resultatet stärker vad ovan nämnd forskning belyser. Ambulanssjuusköterskor bör ge ett bra bemötande och ha patientens bästa i fokus. Om livsvärlden inte tas i beaktande och patientens hälsoprocesser inte stärks, genom hänsyn till autonomi och att patienten ges mening och sammanhang, skapar ambulanssjuusköterskor ett vårdlidande för patienten. Resultatet visar att det även kan leda till en otrygghet eller osäkerhet i sin egen yrkesroll som ambulanssjuusköterska. Trygghet skapas, vårdaren stärks och vårdlidandet minimeras då delaktighet är en faktor i bemötandet och bedömningen. Om detta kan upprätthållas bedöms ambulanssjuusköterskan lättare kunna hänvisa patienter till exempelvis egenvård.

Vikten av stöttande funktioner för ambulanssjuksköterskan

Resultatet beskriver att ambulanssjuksköterskor använder och förlitar sig på stöttande funktioner vid bedömning av ej medföljande patienter. Genom ett bra samarbete och ett förtroende till kollegan upplevs trygghet i arbetet. När samarbete och kontinuitet till bedömningsverktyg och riktlinjer kompletterar varandra uppnås trygghet i beslutet att patienten ej medföljer till akutmottagningen. Resultatet visar att riktlinjer och hänvisningsunderlag är lätta att följa. Ambulanssjukvården utvecklas ständigt och blir mer digitaliserad. Andersson Hagiwara et al. (2014) poängterar att riktlinjer som presenteras digitalt åtföljs i högre utsträckning. Digitaliseringen kan vara en bidragande faktor till den följsamhet till riktlinjerna som informanterna upplever. Dock framkommer det även att patienter med icke akuta besvär är svåra att bedöma då riktlinjerna upplevs som otillräckliga för att appliceras på alla patienter, framför allt de som uppvisade icke akuta besvär. Fyndet bekräftar att utformningen av riktlinjer för att möta icke kritiska patienter inte är anpassade för arbetsuppgiften (Magnusson et al. 2020). Ambulanssjuksköterskorna upplever otrygghet i bedömningen av patienter med icke akuta besvär. En anledning till detta är att ambulanssjuksköterskan upplever sig vara utbildad i akutsjukvård och då saknar kompetens att bedöma och ge råd till icke kritiska patienter. Enligt Holmberg (2021) saknas det riktlinjer och arbetsredskap som ser till patientens hela livsvärld. Dagens riktlinjer är utvecklade för medicinska bedömningar och genom det betraktas människan som ett mekaniskt väsen. Med utgångspunkt i livsvärldsteorin skapades EXPAND-modellen, en modell för ambulanssjukvården där fokus för patientmötet utgår från hela patientens livsvärld (ibid.). EXPAND-modellen är genom sin utformning inte begränsad till det medicinska området, utan modellen utgår från ett holistiskt perspektiv där patientens livsvärld beaktas vid bedömningen. Implementering av EXPAND-modellen i ambulanssjukvården kan leda till en utvecklad bedömningsfunktion av ej medföljande patienter, där patientens hela livsvärld inkluderas vid undersökningen. Livsvärldsperspektivet blir väsentligt vid undersökningen av icke kritiska patienter, där sökorsaken egentligen döljer sig för ambulanspersonalen.

Ambulanssjuksköterskorna i Region Jönköpings län upplever att tillgången till läkarkontakt är bra men resultatet visar på ett tydligt missnöje över att läkarna inte är insatta i ambulansens arbetssätt. Vidare visar resultatet att ambulanssjuksköterskorna ibland upplever osäkerhet, vilken förstärks av upplevelsen av bristande kompetens från läkaren som kontaktas, då kompetensnivån kan skilja avsevärt beroende på vilken läkare som agerar primärjour vid kontakten. Magnusson, Herlitz och Axelsson (2020) bedömer att fler patienter kan handläggas på annat sätt än att transporteras till en akutmottagning. En av tre patienter som transporterats av ambulanssjukvården skickas hem från akutmottagningen efter bedömning. Ett tillvägagångssätt för att bedöma patienter med icke kritiska symtom kan vara genom kontakt med läkare. En studie genomförd i Sverige där en modell för samarbete mellan ambulanssjuksköterskor och distriktsläkare användes för bedömning av icke kritiska patienter visade på gott resultat. Genom att samarbeta och använda modellen för bedömning av icke kritiska patienter sågs en minskning av transporterade patienter av ambulanssjukvården till akutmottagningen samt en minskning i antalet inlagda patienter på sjukhuset (Larsson, Holmén & Zeigert 2017). Implementeras en modell likt den som Larsson, Holmén & Zeigert (2017) beskriver till andra ambulansorganisationer skulle det kunna leda till en minskning av ambulanstransporter. Minskningen skulle frigöra ambulansresurser vilket borde korta responstiden för akuta ambulansuppdrag, exempelvis responstiden till hjärtstopp. En kortare responstid skulle sannolikt betyda att fler människor överlever ett hjärtstopp (Holmén et al. 2020)

Utveckling av bedömning av patienter genom exempelvis digitala beslutsstöd skulle kunna leda till en positiv påverkan på den hållbara utvecklingen. Det finns behov av vidare forskning inom konceptet hållbar utveckling i vårdkontext (Anåker & Elf 2014). Dock anses sjuksköterskan ha en central roll i den hållbara utvecklingen i vårdkontexter (ibid). Genom att implementera nya modeller och arbetssätt där patientens livsvärld bejakas, och att stödjande funktioner används mer adekvat, kan ambulanssjuksköterskans arbete generera minskade transporter till akutmottagningen vilket direkt inverkar på klimatpåverkan. Genom livsvärldsperspektivet och EXPAND-modellen (Holmberg 2021) ges förutsättningar för patienten att uppleva och nå hälsa, inte enbart på sjukhuset genom transport dit av en ambulansresurs, utan genom alternativa lösningar för patienten. Genom minskande antal transporter och minskade inläggningar på sjukhus, minskar även klimatpåverkan och den ekonomiska hållbarheten gynnas.

Åtgärder av den höga belastningen för att främja en hållbar utveckling inom ambulanssjukvården

Resultatet visar att ambulanssjuksköterskorna har målsättningen att transportera rätt patienter och känner att de har ett moraliskt ansvar att göra detta. Hjalte, Suserud, Herlitz och Karlberg (2007a) belyser att en tredjedel av patienterna som fick en ambulansresurs skickad till sig var inte i behov av den typen av hjälp enligt personalen i ambulansen. Vidare beskriver Hjalte, Suserud, Herlitz och Karlberg (2007b) att en stor andel patienter transporterades med fullt utrustade ambulanser till en akutmottagning utan några åtgärder på plats hos patienten eller under transporten. De belyser att det finns ett behov av att utveckla tydliga kriterier för när och hur en ambulansresurs ska nyttjas. Kriterierna bör ha säkerhetsmarginaler och samtidigt möjliggöra för lämplig användning av ambulansresurserna. Även Beillon (2010) belyser en hög andel överprioriteringar inom ambulanssjukvården. Dessa leder till att en stor andel av ambulansuppdragen består av transporter för patienter utan behov av varken den utrustning eller den kompetens som idag finns inom ambulanssjukvården.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. (SOSFS 2009:10) definieras ambulans som transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade. Socialstyrelsen definierar även ambulanssjukvård som hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans. Det som resultatet tyder på är att det finns ett behov av en tydlig definition av vad ambulansens egentliga funktion är, både för allmänheten men även för ambulanssjukvården. Idag finns ingen sådan utförlig definition.

I resultatet framkommer även medvetenhet om den höga belastningen på ambulanssjukvården, tidspress och önskan om att friställa ambulansresurser för nya uppdrag så snart som möjligt. Arbetsbördan för ambulanssjuksköterskor beskrivs som skiftande men ofta väldigt hög. Under pass med kontinuerliga uppdrag finns ingen chans till återhämtning. Den höga belastningen genererar känslor av trötthet, ensamhet och frustration. Flertalet studier belyser en hög förekomst av psykiska åkommor hos ambulanspersonal, bland annat PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). Feldman et al. (2021) beskriver att försämrad sömn och lågt socialt stöd genererar öknings av PTSD-symtom, depressionssymtom och ångestsymtom. Jonsson, Segesten och Mattsson (2003) belyser lång arbetslivserfarenhet, hög ålder, fysisk och psykisk arbetsbelastning som riskfaktorer för PTSD. Aasa, Brulin, Ängquist och Barnekow-Bergkvist (2005) beskriver att oro för arbetsförhållandena är en viktig riskfaktor för fysiska hälsobesvär såsom huvudvärk, magsymtom och sömnproblem. Detta tyder på att vikten av socialt stöd och

möjlighet till återhämtning är stor. Genom en minskad belastning på ambulanssjuksköterskor i deras arbete är vinningarna bättre hälsa och ett långt arbetsliv och i och med det uppnås en social hållbarhet.

I studien ses bedömningar och beslut om ej medföljande patienter som något ambulanssjukvården utvecklas mot. Det framkommer åsikter om det är en bra utveckling eller ej. Det beskrivs en känsla av att vara underdimensionerade och tillgängligheten av ambulansresurser anses vara för dålig i förhållande till de arbetsuppgifter som förväntas utföras. Ambulanssjuksköterskor beskriver ett systemfel och att ambulansresurser utnyttjas till fel syften. Regionerna ska ansvara för att det finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet (SFS 2017:30). Dessa bestämmelser kompletteras av Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. (SOSFS 2009:10) där det anges att varje region ska upprätta en plan för ambulanssjukvården inom sitt geografiska område.

För att det ska kunna ske en hållbar utveckling av ambulanssjukvården går det dock inte bara att öka antalet resurser. I stället kan ett exempel vara att informera allmänheten om ambulanssjukvårdens funktion i samhället. Enligt Borg et al. (2020) minskade belastningen på larmnumret och ambulanssjukvården i en viss region i Australien efter en stor massmedial informationskampanj. Fokus för studien var att utforska möjligheten till att införa stora massmediala informationskampanjer för allmänheten och vilken påverkan det innebar. Införandet av en liknande kampanj i Sverige, tolkas möjligtvis kunna uppnå liknande resultat som orginalstudien, nämligen en minskning i användandet av larmnummer och ambulanssjukvård.

Att vidareutveckla ambulanssjukvården

I resultatet framgår uttryckligen exempel på ambulanssjuksköterskors uppfattningar om vilka förbättringsområden det finns inom ambulansorganisationen men det finns även en underliggande mening som kan tolkas som att ett stort behov av utveckling finns. De utvecklingsmöjligheter som resultatet bland annat belyser är läkarstöd knutet till verksamheten, provtagningsmöjligheter, uppföljningsmöjligheter, utveckling av digitala beslutsstöd samt informanternas uppfattning om vinsten med att införa bedömningsbilar i ambulanssjukvården.

Det stora behovet av utveckling av bedömningsstöd tolkas kunna påverka ambulanssjuksköterskans förmåga att bedöma patienter i dagens ambulanssjukvård och specifikt patienter med icke kritiska symtom. En ambulanssjuksköterska som arbetar under hög belastning upplever trötthet och frustration. Tillsammans med otillräckliga riktlinjer, som inte underlättar bedömningen, skulle detta kunna leda till sämre förutsättningar för att bedöma och ta beslut om ej medföljande patienter. Idag kan ambulanssjuksköterskor dra slutsatsen att hen hellre transporterar in patienten till akutmottagningen, än att ta beslutet om att patienten ej ska medfölja, då arbetet med ej medföljande patienter är mer tidskrävande och betungande beslut att ta. Förfarandet tolkas ha negativ påverkan på ambulanssjukvården i flertalet avseenden. Belastningen på ambulanssjukvården har ökat kraftigt de senaste åren (Borg et al. 2020; Region Jönköpings Län 2021, s. 2). Ambulansresurser påkallas trots att det inte finns något vårdbehov hos patienten (Beillon 2012). När allmänheten kontaktar 112 utan adekvat vårdbehov genererar det en minskad tillgänglighet på akutambulanser, vilket påverkar ambulanssjukvårdens förmåga med kort responstid (Khorram-Manesh et al. 2011; Durant och Fahimi 2012).

Ambulanssjukvårdens höga belastning i kombination med svårigheterna i ambulanssjuksköterskans beslut om ej medföljande skulle kunna leda till att fler patienter blir transporterade till akutmottagningen då det tolkas vara den enklare lösningen. Högre beläggning på ambulansresurser och fler patienter på akutmottagningar kan då resultera i en negativ utveckling av ekonomisk samt miljömässig hållbarhet.

Ett sätt att utveckla ambulanssjukvården kan vara genom att implementera bedömningsbilar. Ett projekt med bedömningsbilar bemannad med en singel-responder, ensam ambulanssjuksköterska inleddes 2013 i Göteborg (Magnusson, Källenius, Knutsson, Herlitz & Axelsson 2016). Av patienterna som blev bedömda av ambulanssjuksköterskor i studien blev majoriteten hänvisade att transportera sig själv till akutmottagningen. Merparten av de patienter som ej medföljer till akutmottagningen var i högre utsträckning yngre patienter än de som transporterades till akutmottagningen. Studien visade även en betydande tidsdifferens mellan transporterade patienter, de som ej medföljde och de som hänvisades till vårdcentral. Tidsåtgången för ej medåkande eller hänvisade patienter var betydligt mindre än uppdrag där patienten sedermera transporterades i ambulansresurs. Slutsatsen som drogs av studien var att ambulanssjukvårdens resurser används effektivare när en bedömningsbil var aktiv (ibid.). Liknande resultat påvisas i en studie från Finland där merparten av bedömda patienter av ambulanssjuksköterskor från bedömningsbilar inte sökte ytterligare sjukvård den närmsta tiden efter bedömningen (Hänninen, Kouvonen & Sumanen 2020). Studien bekräftade att bedömningsbilens personal genererade låga siffror för patienter som söker vård efter ambulanssjuksköterskornas bedömning.

Av det totala koldioxidutsläppet i England står sjukvården för 16% av den ackumulerade mängden (Schroeder, Thompson, Firth & Pencheon 2013, ss. 138–141). Världshälsoorganisationen, WHO, har som mål att minska sjukdom och död till följd av koldioxidutsläpp. Det finns ett direkt samband mellan minskade antal transporter och mängden koldioxidutsläpp. Genom att erbjuda möjlighet till sjukvårdsbedömning i hemmet genererar det mindre påverkan på miljön. Varje enhet inom sjukvården har sina egna förutsättningar för att åstadkomma en minskning i utsläpp av koldioxid (ibid.).

Införande av ytterligare resurser som bedömningsbilar skulle kunna generera en positiv utveckling av ambulanssjukvården, där bedömningsbilarna lösgör akutambulanser för andra uppdrag. Detta skulle eventuellt innebära en minskning i responstiden för ambulanssjukvården och sammantaget skulle utvecklingen kunna leda till en minskning i antalet uppdrag så att ambulanssjukvårdens miljöavtryck blir väsentligt mindre. Enligt Schroeder et al. (2013, s. 88) är just effektivisering nyckeln till en hållbar sjukvård.

SLUTSATSER

Studien syftade till att undersöka ambulanssjuksköterskors erfarenheter av ej medföljande patienter. Resultatet beskriver stöttande funktioner som ansågs viktiga för att kunna ta beslut om ej medföljande patienter samt faktorer som påverkade möjligheten att ta dessa beslut. Även ambulanssjukvårdens organisation beskrevs relaterat till ej medföljande patienter där exempelvis ambulanssjuksköterskans funktion och den höga belastningen på sjukvården belystes. Resultatet tolkas som att mötet, genom vilket patientens livsvärld kunde beaktas, var en essentiell del av bedömningsarbetet och den specifika vårdsituationen som uppstod när patienten ej medföljde. Ambulanssjukvården behöver utvecklas, det kan ske genom tydligare

riktlinjer och trygghetsskapande stöd för ambulanssjuksköterskor vid bedömningar. Detta genererar följaktligen en positiv utveckling för sjukvården inom miljömässig-, social- och ekonomisk hållbarhet.

Kliniska implikationer

Det finns ett behov av ytterligare forskning och utveckling inom ämnet. Studiens resultat bör kunna skapa möjligheter för ambulanssjukvårdens ledning och beslutsfattande instanser att utveckla stöttande funktioner och riktlinjer samt definiera ambulanssjuksköterskans funktion. Detta skulle även ha en positiv inverkan på den hållbara ambulanssjukvården. I praktiken skulle resultatet kunna tillämpas genom att exempelvis:

- Underlätta ambulanssjuksköterskans bedömning och beslut gällande patienter som ej medföljer.
- Möjliggöra framtagandet av mer utförliga och förbättrade nationella riktlinjer, för att bättre kunna bedöma icke akuta patienter samt ge en mer enhetlig vård.
- Bidra till att utveckla ytterligare stöttande faktorer för ambulanssjuksköterskor i deras yrkesutövande.
- Underlätta framtagandet av en nationell definition på ambulanssjukvårdens- och ambulanssjuksköterskans funktion.

REFERENSER

- Aasa, U., Brulin, C., Ängquist, K-A. & Barnekow-Bergkvist, M. (2005). Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scandinavian journal of caring sciences*, 19(3), ss. 251–258. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00333.x
- Andersson Hagiwara, M., Suserud, B-O., Andersson-Gäre, B., Sjöqvist, B-A., Henricson, & 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(70), ss.1–9. doi: 10.1186/1472-6947-14-70
- Anåker, A. & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 28, ss. 381–389. doi: 10.1111/scs.12121
- Beillon, L M. (2010). Att värdera vårdbehov: ett kliniskt dilemma: en studie av nyttjande av ambulanssjukvård i olika geografiska områden. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Diss. (sammanfattning) Göteborg: Nordiska högskolan för hälsovetenskap, 2010.
- Borg, K., Dumas, D., Andrew, E., Smith, K., Walker, T., Haworth, M & Bragge, P (2020). Ambulances are for emergencies: shifting behaviour through a research informed behaviour change campaign. *Health Research Policy and Systems* 18(9), ss. 1–12. doi:10.1186/s12961-019-0517-z
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. 3uppl., Sage.
- Creswell, W. J., & Creswell J.D. (2018). *Research design -qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 5uppl, Sage
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Nordic journal of nursing research* 22(1), ss.4–8. doi: 10.1177/010740830202200101
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Natur och kultur.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M (red.) *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur
- Durant, E & Fahimi, J. (2012). Factors Associated with Ambulance Use Among Patients with Low-Acuity Conditions. *Prehospital Emergency Care*. 16(3), ss. 329–337. doi: 10.3109/10903127.2012.670688
- Feldman, T. R., Carlson, C. L., Rice, L. K., Kruse, M. I., Beevers, C. G., Telch, M. J., & Josephs, R. A. (2021). Factors predicting the development of psychopathology among first responders: A prospective, longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(1), ss. 75–83. doi: 10.1037/tra0000957

- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, ss. 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Holmberg, M. (2021). The EXPAND-Model: A Hermeneutical Application of a Lifeworld-Led Prehospital Emergency Nursing Care. *Nursing Science Quarterly*. 34(3), ss. 287–293. doi: 10.1177/08943184211010456
- Holmén, J., Herlitz, J., Ricksten, S-E., Strömsöe, A., Hagberg, E., Axelsson, C. & Rawshani, A. (2020). Shortening Ambulance Response Time Increases Survival in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Journal of the American Heart Association*, 9(21), ss. 1–12 doi: 10.1161/JAHA.120.017048
- Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz, J. & Karlberg, I. (2007a). Initial emergency medical dispatching and prehospital needs assessment: a prospective study of the Swedish ambulance service. *European Journal of Emergency Medicine*, 14(3), ss. 134–141 doi: 10.1097/MEJ.0b013e32801464cf
- Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz, J. & Karlberg, I. (2007b). Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *European Journal of Emergency Medicine*, 14(3), ss. 151–156. doi: 10.1097/MEJ.0b013e3280146508.
- Hänninen, J., Kouvonen, A & Sumanen, A. (2020). Patients Seeking Retreatment after Community Paramedic Assessment and Treatment: Piloting a Community Paramedic Unit Program in Southwest Finland. *Nursing reports*. 10, ss. 66–74. doi: 10.3390/nursrep10020010
- Höglund, E, Schröder, A., Möller, M., Andersson-Hagiwara, M & Ohlsson-Nevo, E (2018). The ambulance nurse experience of non-conveying patients. *Journal of Clinical Nursing*. 28, ss. 235–244. doi: 10.1111/jocn.14626
- Höglund, E, Schröder, A., Möller, M., Andersson-Hagiwara, 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(61), ss. 1–11. doi:10.1186/s12873-02000353-8
- ICN:S etiska kod för sjuksköterskor. (2017). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig på internet: [icns etiska kod för sjuksköterskor 2017.pdf](https://www.svenurse.se) (swenurse.se)
- Jackson, R.L., Drummond, D.K. & Camara, S. (2007) What Is Qualitative Research? *Qualitative Research Reports in Communication*, 8(1), ss. 21–28. doi: 10.1080/17459430701617879
- Jensen, J., Crosskerry, P., & Traves, A. (2011). Consensus on paramedic clinical decisions during high-acuity emergency calls: Results of a Canadian Delphi study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 13(5), ss. 310–318. doi:10.2310/8000.2011.110405

- Jonsson A, Segesten K, Mattsson B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20, ss. 79–84. doi:10.1136/emj.20.1.79
- Khorram-Manesh, A., Lennquist Montán, K., Hedelin, A., Kihlgren, M & Örtenwall, P (2011). Prehospital triage, discrepancy in priority-setting between emergency medical dispatch center and ambulance crews. *European Journal of Trauma & Emergency Surgery*. 37(1), ss. 73–78. doi:10.1007/s00068-010-0022-0
- Kompetensbeskrivning för ambulanssjuksköterska (2012) Hörby: Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor. Kompetensbeskrivning sjuksköterskor inom ambulanssjukvård.pdf (swenurse.se)
- Kongstad, P. Ambulanssjukvårdens organisation. (2016). I Suserud, Björn-Ove & Lundberg, Lars (red.). *Prehospital akutsjukvård*. 2., [rev. och utök.] uppl. Stockholm: Liber, s. 160
- 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, ss. 45–49. doi: 10.1016/j.ienj.2017.02.003 1755-599X
- Lindgren, B-M., Lundman, B & Graneheim, U.H. (2020) Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, ss. 1–6. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103632
- Magnusson, C., Herlitz, J., & Axelsson, C. (2020). Patient characteristics, triage utilization, level of care, and outcomes in an unselected adult patient population seem by emergency medical services: a prospective observational study. *BMC Emergency Medicine*. 20(7), ss. 1–19. doi: 10.1186/s12873-020-0302-x
- Magnusson, C., Källenius, C., Knutsson, S., Herlitz, J & Axelsson, C. (2016). Pre-hospital assessment by a single responder: The Swedish ambulance nurse in a new role: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 26, ss. 32–37. doi: 10.1016/j.ienj.2015.09.001
- Patton, P., O'Donnell, C., Keane, O., Henry, K., Crowley, D., Collins, A., Redmond, E., Glynn, N., Dunne, M., & Deasy, C. (2021). The Alternative Pre-Hospital Pathway team: reducing conveyances to the emergency department through patient centered Community Emergency Medicine. *BMC Emergency Medicine*, 21(138), ss. 1–10. doi: 10.1186/s12873-021-00536-x
- Polit, F. D. & Beck, T. C. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11uppl., Wolters Kluwer.
- Priebe, G & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M (red.) *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur
- Rantala, A. (2017). Being taken seriously. Person-centredness and person-centred climate as experienced by patients and significant others when the patient is assessed as non-urgent by the Swedish Ambulance Service. Diss. Lund University: Faculty of Medicine.

https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/30050448/2017_Rantala_Kappa_17810.pdf

- 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 ss. 65–70. doi: 10.1016/j.ienj.2015.08.001
- Region Jönköpings Län (2021). Strategidokument för länets ambulanssjukvård 2020–2022 [internt material]. Jönköping: Ambulanssjukvården. s. 2
- Schroeder, K., Thompson, T., Frith, K & Pancheon, D. (2013). Sustainable healthcare. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm, Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Smith, B., Bouchoucha, S., & Watt, E. (2016) 'Care in a chair' - The impact of an overcrowded Emergency Department on the time to treatment and length of stay of self-presenting patients with abdominal pain. *International Emergency Nursing*, 29, ss. 9–14. doi:/10.1016/j.ienj.2016.08.003
- SOSFS 2009:10. Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. Stockholm: Socialdepartementet
- Streubert, J. H. & Carpenter, R. D. (2011). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Suppl, Wolters Kluwer health.
- Stålhandske, B & Engerström, L. Prioriterings- och dirigeringscentralen. (2016). I Suserud, Björn-Ove & Lundberg, Lars (red.). *Prehospital akutsjukvård*. 2., [rev. Och utök.] uppl. Stockholm: Liber, s. 125)
- Svenska Hjärt-Lungräddningsregistret (2020). *Årsrapport för år 2019*. Göteborg: Svenska Hjärt-Lungräddningsregistret. <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2020/09/Svenska-HLR-registret-årsrapport-2019-publicerad-2020.pdf>,
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063-God-forskningssed_VR_2017.pdf [2022-02-10].
- World medical association (2020). *WMA declaration of helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medcal-research-involving-human-subjects/> [2021-12-30].

BILAGA 1 – Intervjuguide

Frågor om bakgrund

- Hur gammal är du?
- Vad har du för bakgrund och utbildning?
- Vilken är din yrkestitel?
- Hur länge har du jobbat inom ambulanssjukvården?

Frågor om erfarenheter och upplevelser

- Upplever du att det blivit mer vanligt att hänvisa patienter till egenvård?
-I så fall hur märks det?
- Finns det ett krav eller en förväntan på dig i din yrkesroll att kunna hänvisa patienter till rätt vårdnivå?
-Hur ser det kravet ut? Är det rent formellt (finns det beskrivet någonstans) eller är det underförstått?
- Hur upplever du att det är att hänvisa patienter till egenvård?
-Vad ger det dig för känslor?
-Påverkar avståndet till sjukhuset beslutet om hänvisning?
-Påverkar belastningen på sjukvården beslutet om hänvisning?
-Finns det något annat som påverkar ditt beslut om hänvisning?
- Vad har du för typ av stöttning i dina beslut om hänvisning?
-Riktlinjer? Är riktlinjerna kompatibla med att bedöma den icke kritiskt sjuka patienten och att lämna patienten hemma?
-Kollegor, är det ett gemensamt beslut?
-Finns möjlighet att rådgöra med ex. läkare? Om ja, hur fungerar det
-Är stödet som finns tillräckligt?
- Upplever du någon form av rädsla för konsekvenser i besluten du tar?
-I ditt arbete, känner du att du måste "hålla ryggen fri"? Om ja, varför?
- Om du fick förändra eller önska något som hjälper dig i arbetet att hänvisa patienten till egenvård, vad skulle det vara?