

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2025:24

Ambulanssjuusköterskans upplevelser av vårdmötet vid
hänvisning; En kollision mellan ambition och förutsätt-
ningar

En kvalitativ intervjustudie

Elina Fransson
Emelie Skoglund



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Ambulanssjuksköterskans upplevelser av vårdmötet vid hänvisning; En kollision mellan ambition och förutsättningar

Författare: Fransson Elina och Skoglund Emelie

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård

Handledare: Johan Herlitz

Examinator: Ewa Carlsson Lalloo

Sammanfattning

Ambulanssjuksköterskan har krav på sig vad gäller bedömning och hänvisning, med flera beslutsstöd och riktlinjer, samt flera olika vårdgivare att hänvisa till, för att vara en del av den nära vården och ge patienten en möjlighet till rätt vårdnivå. Samtidigt har ambulanssjuksköterskan en förväntan på sig att arbeta personcentrerat och att med varje patient utgå från ett vårdande perspektiv. Alla vårdgivare ska arbeta mot en nära vård, och vården ska bedrivas med patienten i centrum. Rätt vårdnivå ska uppnås för patientens bästa, men också för att dagens resurser ska användas mer effektivt och räcka till fler. Ambulanssjukvårdens roll i utvecklingen till den nära vården är för närvarande otydlig, men en del av ambulanssjuksköterskans dagliga uppgifter består utav att hänvisa patienter till vårdgivare eller egenvård, att identifiera den optimala lösningen för det individuella behovet. Syftet med studien var att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av vårdmötet vid hänvisning och belysa eventuella förbättringspotentialer som finns, för att kunna tillföra ny kunskap till verksamheten. Studiens design har varit en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Resultatet gav tre övergripande kategorier: Att skapa ett vårdande möte som ligger till grund, Faktorer som påverkar beslut och Behov för att förbättra vårdmötet vid hänvisning, inkluderat totalt tio subkategorier. Resultatet i studien visar att mötet med patienten är en självklar och viktig grund till patientens kommande vård, enligt ambulanssjuksköterskan, men även en komplex uppgift, där känslor som otrygghet och osäkerhet uppkommer. Olika faktorer påverkar mötet både positivt och negativt, och det finns en stor vilja hos ambulanssjuksköterskan till att utvecklas inom ämnet. Resultatet som framkommer leder författarna till diskussionen om att ambulanssjuksköterskan har en hög ambitionsnivå som kolliderar med de begränsade förutsättningar som idag finns till att hänvisa patienten till rätt vårdnivå, där det finns en tydlig förbättringspotential.

Nyckelord: Ambulanssjuksköterska, Kvalitativ forskning, Prehospital, Vårdmöte, Hänvisning, Vårdnivå, Bedömning.

Förord

Författarna vill uttrycka ett stort tack till vår handledare Johan Herlitz för stöd och engagemang genom hela processen av detta examensarbete. Sen vill författarna framför allt rikta ett stort tack till deltagarna för er medverkan, och för att ni öppnat upp er för oss, och gett oss en inblick i era upplevelser!

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Ambulanssjukvårdens uppdrag och struktur	1
Ambulanssjuksköterskans kompetens	2
Bedömning och hänvisning	2
Triage	2
Hänvisning	3
Riktlinjer	4
Nära vård	5
Personcentrerad vård	5
Vårdande möte	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval och deltagare	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Förförståelse	10
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	11
Att skapa ett vårdande möte som ligger till grund	11
Det första mötet	11
Att möta patientens behov	12
Att skapa trygghet	14
Faktorer som påverkar beslut	14
Beslutsstöd och riktlinjer	14
Professionellt stöd	15
Behov för att förbättra vårdmötet vid hänvisning	17
Kompetens	17
Primärvården	17
Allmänheten	18
Ökat samarbete	18
Bedömning och dokumentation	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Kollision mellan ambulanssjuksköterskans ambition och förutsättningarna för hänvisning	21
Samverkan	22

Tid hos patienten	24
Vikten av stöd för att kunna ta trygga beslut	24
Ambulanssjuksköterskans framtidsvisioner	25
Utbildning och forskning	25
Bedömningar	26
Hållbar utveckling	26
<i>SLUTSATSER</i>	27
<i>FORTSATT FORSKNING</i>	27
Kliniska implikationer	28
<i>REFERENSER</i>	29
Bilaga 1	35
Bilaga 2	36
Bilaga 3	39

INLEDNING

Hänvisning är en vanligt förekommande arbetsuppgift för ambulanssjuusköterskan, och är en viktig del i att uppnå den rätta vårdnivån för varje enskild individ, enligt begreppet Nära vård. Ambulanssjuusköterskan ska utföra en säker vård, med trygga bedömningar, samt ha individen i fokus när patienten hänvisas till den vårdnivå som är den optimala för stunden. Att göra det bästa för patienten är oftast en självklarhet för alla som har sin profession som sjuusköterska, i alla avseenden, vilket då grundar sig i vårdvetenskapen som finns i vårdarens ryggrad. Men när anledningarna till den nära vårdens mål inte är tydliga, och varför hänvisning ska ske, och vad som ska uppnås och till vems fördel, är det svårt att motiveras att arbeta efter riktlinjer och rutiner som verksamheten har satt upp. Ambulansverksamheten har ett otydligt uppdrag, och saknar övergripande mål nationellt. I den bästa av världar är hänvisning och den nära vården det optimala för den enskilda individen, och alla vårdgivare har tydliga ramar för vem som har ansvar för vad. Författarna är intresserade av att studera hur ambulanssjuusköterskan upplever vårdmötet med en patient som hänvisas, men också om det finns förbättringspotentialer att ta del av, och ta till vara på, när ambulansens organisation behöver tydliggöra sitt syfte och sitt uppdrag.

BAKGRUND

Ambulanssjukvårdens uppdrag och struktur

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård (SOSFS 2009:10) är ambulanssjukvård den vård som ges av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i närheten av en ambulans. Den prehospitaled sjukvården definieras som sjukvård som ges utanför ett sjukhus, och ambulans som en transport som ska vårda sjuka och skadade. Den prehospitaled vården består bland annat av ambulans bemannad med två personer, där en i teamet måste vara legitimerad sjuusköterska för att kunna ge läkemedel och göra bedömningar av patientens hälsotillstånd. Men den prehospitaled vården består även av larmcentral, akutläkarbil, andra verksamheters enheter med jourläkarbilar, närsjukvårdsteam och hemsjukvård (Socialstyrelsen 2023, s. 13). Ambulans som kommer till en patient ska bedöma och behandla, men är också ålagd att avgöra vilken nivå av vård som är den bästa för patienten (Socialstyrelsen 2023, s. 19). För att ambulanssjukvården ska ha möjlighet att möta de krav på vård som finns idag, är den utrustad med avancerad utrustning för vård under transport, men också med kompetens för att kunna utföra avancerade bedömningar och mobil vård i patientens närhet, som ett svar på utvecklingen av den nära vården. Ambulansteamet är ofta den första fysiska kontakten med sjukvården som patienten har i sin nuvarande situation, och verksamheten bedrivs dygnet runt (Kight & Andersson, 2023, s. 30). I en lägesrapport från Socialstyrelsen (2023, s.13) identifieras att den prehospitaled sjukvården samt ambulanssjukvården saknar en tydlig bild själva av vad deras mål och uppdrag är. Saknas gör också landsövergripande mål.

Aktörer inom den prehospitäl sjukvården har själva uttryckt att de uppfattar sin egen roll i vårdkedjan som obefintlig, och att de är en slags utfyllnad mellan andra vårdgivare och gör insatser som inte blivit gjorda, men som borde ha gjorts (Socialstyrelsen 2023, s. 36).

Ambulanssjuksköterskans kompetens

Ambulanssjuksköterskan ansvarar för många delar i patientens kommande vårdkedja. Omvårdnaden grundas i respekt och empati för patienten, och en vilja att förstå vad som har hänt och kunna tänka framåt för att se vad som är lösningen för patientens bästa. Vården ska vara personcentrerad, värdig och omsorgsfull. Kompetensen kräver vetskap i bedömning, behandling och symtomlindring. Ambulanssjuksköterskan samverkar professionellt med andra vårdaktörer för att nå en optimal vårdnivå för patienten (Kight & Andersson, 2023, s. 31, Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor [RAS] 2022, s. 6). Ambulanssjuksköterskan ska utöva säker vård, vara delaktig i patientsäkerhetsarbete för utvecklingen framåt, kunna se risker i verksamheten som äventyrar patientsäkerheten och arbeta efter utvecklade riktlinjer och rutiner (RAS 2022, s.9). Utöver detta, ska ambulanssjuksköterskan vara redo för större inträffade händelser i samhället, där ledarskap kring sjukvårdens insatser är en viktig del, samt kommunikation och samverkan med andra blåljusaktörer är andra viktiga delar (RAS 2022, s. 8).

Bedömning och hänvisning

Triage

För att vården ska kunna prioriteras och vara rättvis används triagering. Detta innebär att den patient som har störst behov av vård ska få den först. Triagering betyder sortering och sker på akutmottagningen, men utförs även i ambulanssjukvården av sjuksköterska innan ankomst till sjukhus (Kallenberg, 2022). Prioriteringar inom vården styrs av människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen (Socialutskottet Bet.1996/97:SoU14, Socialstyrelsen 2023, s.19.). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska den som har störst behov av vård få den först och vården ska bedrivas på basen av människors lika värde och vara rättvis. Prioritering av en patients tillstånd och symptom sker redan i samtalen till larmcentralen när patienten ringer 112. Utlarmning till ambulansen graderas då från prioritet 1–3, av larmcentralen. Prioritet 1 innebär att patienten är i ett akut livshotande tillstånd. Prioritet 2 innebär att patienten är i ett akut tillstånd som inte är livshotande. Vid prioritet 3 kommer patientens tillstånd inte att påverkas av en rimlig väntetid, detta kan vara transporter av patienter som är i behov av vård- eller övervakning utan att ett akut tillstånd föreligger (SOSFS 2009:10). När ambulanssjuksköterskan sedan har kommit till platsen där patienten är gör hen en ny bedömning. Triagering i Västra Götalandsregionen sker med hjälp av West coast System for Triage (WEST), som är baserad på South African Triage Scale (SATS). Systemet baseras på varningssymtom, bedömning av vitala parametrar enligt National Early Warning Score (NEWS 2) samt en möjlighet till en klinisk bedömning av sjuksköterskan, i fall där patientens tillstånd inte passar in i något av var-

ningssymtomen. I WEST, triageras patienten i tre färger för varningssymtom, röd för akuta tillstånd, orange för väldigt brådskande och gul för brådskande. Patienten kan även med hjälp av NEWS 2 få en triageringsfärg för sina vitala parametrar. Grön triagefärg får patienten om hen varken faller ut på varningssymtom, NEWS 2 eller sjuksköterskans kliniska bedömning, och är då ej i akut behov av sjukvård (Habbouche, Carlsson, Johansson, Kjaerbeck, Malm, Svensson & Holmqvist 2022.)

Hänvisning

Efter triageringen kan patienten av ambulanssjuksköterskan bedömas som att inte vara i behov av transport till akutmottagning, detta kallas hänvisning. Hänvisning har blivit en ännu mer central arbetsuppgift för ambulansverksamheten sedan regeringens beslut om Nära vård 2020 (SKR 2024). Patienten kan hänvisas till sin vårdcentral, annan vårdmottagning, att nyttja egen transport till akutmottagningen eller att utföra egenvård i hemmet (Socialstyrelsen 2023, s. 19). Hänvisning är viktigt i ambulanssjukvårdens delaktighet i patientens vårdkedja, där patienten ska erhålla rätt vårdnivå för sina behov (Socialdepartementet och SKR 2023, s. 37.)

Av de uppdrag som ambulansverksamheten får via SOS-alarm är det många som kan hänvisas till en annan vårdnivå. Cirka 10–22% av de som ringer efter ambulans, bedöms sedan av ambulanssjuksköterskan att inte vara i behov av transport till en akutmottagning, i Sverige (Höglund, Andersson-Hagiwara, Schnöder, Möller & Ohlsson-Nevo, 2020). Norberg Boysen (2017, s. 51) skriver att 16% av patienterna som ambulansen tog sin an i Västra Götalands Regionen, inte var patienter som skulle vårdats på en akutmottagning, i stället hade vårdcentralen varit den rätta vårdnivån för dessa. Gemensamt för dessa var att de var yngre och oftast saknade grundsjukdomar. Enligt Höglund et al. (2020) hade patienterna som hänvisades näst intill normala vitala parametrar, och de flesta hade en triageringsfärg som tillät hänvisning. En tredjedel av de hänvisade patienterna sökte ambulans på grund av ospecifika symtom, och den vanligaste typen av hänvisning var att kvarstanna i hemmet med egenvårdsråd. I en uppföljande studie av Höglund, Andersson-Hagiwara, Schnöder, Möller och Ohlsson-Nevo (2022), undersöktes vad som hände med patienterna, som ambulanssjukvården hade hänvisat, på något vis, inom sju dagar. Där sågs att av de patienter som hänvisats till något av alternativen av ambulanssjukvården, var det 17 % som senare besökte en akutmottagning. Fem procent av de vuxna som ånyo sökte blev inlagda inom slutenvården, dock sågs inget samband med triageringsfärgen vid hänvisningen och sedan inläggning. Hela 49 % av de patienter som hänvisades till att nyttja egen transport till en akutmottagning, hade inte följt rådet. Ingen patient behövde IVA-vård. Däremot var 0,7% av patienterna avlidna inom sju dagar, totalt 18 patienter. Sökorsaken för dessa var ospecifika symtom, flank- och ljumskmärtor, buksmärtor och andningsbesvär. Av dessa 18 patienter var det 39% som inte fått någon triageringsfärg, och tre patienter hade ofullständig dokumentation från ambulansen. Av dessa 18 patienter hade 78% en ansvarig sjuksköterska eller läkare i hemmet som skulle följa upp vården efter hänvisning, och sex patienter av dessa fick samma dag palliativa ordinationer. Den stora andelen av de som avled dog i en terminal sjukdom. Slutsatsen ifrån studien blev att ju äldre patienten som hänvisas av ambulanssjukvården är, desto större är risken att patienten inom sju dagar sökt akutmottagning,

blivit inlagd inom slutenvård, eller avlidit (ibid.). Men samtidigt finns kunskap som indikerar att sköra äldre kanske är den grupp som kan fara mest illa av långa väntetider på en akutmottagning, samt att vårdas inom slutenvården (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering [SBU] 2013).

Samtidigt skriver Norberg Boysen (2017, s. 52) att patienter som hänvisas har ofta komplexa problem och behov som gör att ambulanssjusköterskan kan ha svårt att göra en rättvis och korrekt bedömning på basen av den begränsade information hen inhämtar hos patienten. I avhandlingen ses att patientsäkerheten inte är optimal vid hänvisning. Detta sker dels på grund av patientens svårbedömda tillstånd, beslutsstöd som inte är tillräckliga, samt att behov av en mer fördjupad undersökning för att fastställa vårdbehov, föreligger. Det diskuteras kring att till exempel EKG ska tas på alla patienter som hänvisas, och att möjlighet till blodprovstagnning i ambulansen hade varit en möjlighet för att utesluta allvarlig sjukdom (ibid.).

Riktlinjer

Inom Södra Älvsborgs Sjukhus ambulansverksamhet finns riktlinjen ”Optimal VårdNivå OVN - Nära vård i intern/extern samverkan” (Svedberg, 2023) och ”Optimal vårdnivå - vårdinsats på plats av ambulanssjusköterska (Tanács, 2023). ”Optimal VårdNivå OVN - Nära vård i intern/extern samverkan” (Svedberg, 2023) syftar till att ambulanssjusköterskan ska skapa en nära vård tillsammans med patienten och andra vårdaktörer, för att patienten ska erhålla rätt vårdnivå. Denna riktlinje är en del i vårdskiftet 2020, och ett stöd för att den nära vården ska kunna upprätthållas, samt att vården ska vara mer effektiv och kunna ges till fler patienter, när resurserna används optimalt. Riktlinjen bygger på att ambulanssjusköterskan bedömer att patienten inte kräver specialistvård på sjukhus, att ambulanssjusköterskan inte kan lösa patientens behov på plats, eller att hen kan få en bättre vård på annan nivå. Riktlinjen kräver också att patient och anhörig samtycker till hänvisning, att dokumentationen och rapporteringen är god och tydlig, och att patientsäkerheten kan upprätthållas genom att ambulansverksamhetens personal som använder riktlinjen ska vara väl insatta i den och veta vad den står för och vad som ska göras. Efter bedömning enligt WEST och hänvisningsstöd, ska ambulansteamet ha en gemensam syn på bedömningen och vara överens. Anamnes ska tas enligt Advanced Medical Life Support (AMLS) (ibid.), som är en metod för att snabbt kunna hitta livshotande och tidskänsliga tillstånd hos patienten, ett verktyg och stöd för hur det första omhändertagande av patienten ska ske (NAEMT 2021, s. XV), och de riktade och fördjupade undersökningar som patientens tillstånd kräver ska göras. Efter detta kan läkare kontaktas för att ambulanssjusköterskan ska få ytterligare stöd i sin bedömning. Är patienten inskriven i hemsjukvården är distriktsläkare på patientens vårdcentral förstahandskontakt, jourtid kontaktas distriktsbajouren. För patienter som ej är inskrivna i hemsjukvården kontaktas MALT-läkare (Mobilt Akut LäkareTeam), ledningsläkare eller jourtid klockan 21–08 medicin- eller kirurgjouren. Blankett med patientinformation ”Vårdinsats På Plats - VIPP”, ska fyllas i och lämnas till patienten. Blankettens funktion är att patienten och samverkande vårdgivare ska se ambulanssjusköterskans bedömning, och plan som är överenskommen (Svedberg, 2023). ”Optimal vårdni-

vå - vårdinsats på plats av ambulanssjuksköterska (Tanács, 2023), och gäller de patienter som faller ut som grön eller gul i triagefärg på WEST och bedöms kunna kvarstanna hemma med egenvårdsråd, eller då ambulanssjuksköterskan kan hjälpa patienten med sina behov på plats och inte behöver samverka med andra vårdgivare, till exempel hemsjukvård. Riktlinjen är snarlik den tidigare nämnda och ställer samma krav på bedömning av patient innan hänvisning sker.

Nära vård

Nära vård innebär ett personcentrerat arbetssätt som ska sätta personens behov och förutsättningar i centrum. Förhållningssättet ska bedrivas i all vård och omsorg för att samordning av vårdkedjan ska vara till patientens bästa. Det bygger på personen och relationen, och ska skapa en jämlik vård med kvalitet och effektivitet. När vården flyttas närmare patienten blir primärvården det självklara centrumet, och ska vara hälsofrämjande och förebyggande. Tillit och trygghet i vården ska skapas genom självständighet och gemensamt ansvar. Den närmare vården förväntas även kunna göra att resurser i vården används på ett bättre sätt, och räcker till fler patienter (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR] 2024). Ett sätt att uppnå en nära vård, är att öka samarbetet mellan primärvård och specialistvård. Den ökade samverkan mellan dessa vårdnivåer är ett effektivare sätt att ta hand om den större åldrande populationen med mer och mer komplicerade vårdbehov. Region Jönköping har utvecklat en rutin för att hjälpa varje enskild patient till rätt vårdnivå, detta genom att ha en inställning om att dessa patienter är ett gemensamt ansvar och tillsammans hitta en lösning på behoven. Rutinens bärande del är kommunikation, både mellan läkare för rådgivning till varandra, men också mellan ambulans och primärvård, där medicinska frågor av ambulanssjuksköterskan kan besvaras av primärvårdsläkare (SKR 2023).

Personcentrerad vård

Den personcentrerade vården är en del av sjuksköterskans kärnkompetenser. Den innebär att vården ska bedrivas ur ett helhetsperspektiv. Begreppet innefattar empati, men också ett engagemang, en relation med patienten med kommunikation där individen är en del av beslutsfattandet (Holmström 2022, s. 429–431). För att ett personcentrerat förhållningssätt ska upprätthållas ska vårdaren kunna se hela patienten och vad hen har för behov. Patienten och närstående ska ingå i vården på ett sätt så att deras erfarenheter och kunskap om nuvarande situation eller sjukdom tas tillvara (Sveriges kommuner och regioner [SKR] 2024). I den personcentrerade vården kan patient som begrepp ifrågasättas, där människan som söker vård kan bli åsidosatt, och istället bara ses som en patient. Patienten kan hamna i ett underläge, där vårdaren är den som har nyckeln till den fortsatta vårdkedjan. Personen är ett subjekt, som har skyldigheter och rättigheter, och som kan ta aktiva beslut för sitt liv. Personen ska ses som ett subjekt med en livshistoria, med en kropp som upplever saker, som har erfarenheter samt tankar och känslor (Holmström 2022, s. 432–433). Idag är vården uppbyggd på rutiner och riktlinjer, trots att den personcentrerade vården ska stå i fokus. Detta medför risker för att relationer i

vården kan vara svåra att etablera. Även sjuksköterskans arbete är utformat kring uppgifter, vilket kan göra att relationen kring patienten i vissa fall inte prioriteras högt, så som kommunikation, delaktighet och autonomi (Holmström 2022, s. 433–434).

Vårdande möte

Det vårdande mötet kräver att både vårdaren och patienten är delaktiga. De båda behöver ha en uttalad gemensam förståelse för varandra, det är dock vårdaren som ansvarar för att mötet tillåter att patienten ska kunna uttrycka sitt lidande (Rehnsfeldt 2022, s. 368). En förutsättning är också att sjuksköterskan ska kunna se patientens livsvärld, och involvera patienten i sin egen vård, vilket kan göra att patienten känner sig sedd och får sitt lidande bekräftat (Arman, Dahlberg & Ekebergh, 2024, s. 138–144). Den vårdande relationen är en förutsättning för att målen för omvårdnad ska kunna åstadkommas, vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande. Att sjuksköterskan vill lära känna personen som söker vård skapar en vårdrelation (Berg & Lepp 2022, s. 377). För att sjuksköterskan ska ha tillgång till patientens berättelse behöver patienten tillåta sig att ingå i den vårdande relationen. För att sjuksköterskan inte ska råka skapa ytterligare lidande behöver bemötandet bygga på ett intresse av patientens berättelse (Berg & Lepp 2022, s. 384). Patientens förmåga att kunna visa sin sårbarhet grundas i en fungerande kommunikation där tillit är grunden (Arman 2024, s. 128). För att sjuksköterskan ska kunna identifiera patientens behov och göra en rättvis, optimal bedömning krävs därför tillit och en relation, för att patienten ska känna trygghet i att ge all information kring sitt mående, vilken kan resultera i att patienten hänvisas till rätt vårdnivå. I en tidigare studie påvisas att patienten, för att mötet och att denne sedan blir kvar hemma ska upplevas som positivt, behöver få besök av en ambulanssjuksköterska som vet vikten av kommunikation och information, och som kan visa empati och lugn. Patienten önskar att känna att sjuksköterskan har tid för hen, genom att göra en grundlig bedömning, och ta patienten på allvar. Genom dessa faktorer skapas en trygghet (Kuoppala, Skaffari, Iirola & Nordquist, 2024).

PROBLEMFORMULERING

När hela hälso- och sjukvården ska arbeta närmare patienten och ha patienten i fokus, ställer detta större krav på ambulanssjukvården i allmänhet, men på ambulanssjuksköterskan i synnerhet, som ofta är den första vårdgivaren som patienten fysiskt kommer i kontakt med i en akut situation. För att möta kravet på att hänvisa patienter till rätt vårdnivå har ambulanssjuksköterskan fått fler beslutsstöd och riktlinjer att förhålla sig till, samtidigt som uppdraget för ambulansens organisation är otydligt, vilket kan skapa en förvirring i vem som är ansvarig för vad. Ambulanssjuksköterskan har en förväntan på sig att skapa en god relation med patienten, sätta individen i fokus och arbeta personcentrerat för att uppnå den bästa av vård, men även att identifiera patientrisker i olika situationer som kan uppstå. Förväntningarna på ambulanssjuksköterskan vad gäller säkra bedömningar, beslut som ska fattas i brådskande förhållanden och att samtidigt sätta

individen i centrum, ställs mot organisatoriska otydligheter, olika riktlinjer och beslutsstöd och en fråga om vad ambulansverksamheten har för funktion. Men hur upplever ambulanssjuksköterskan att vårdmötet med patienten som ska hänvisas är och finns det förbättringspotentialer identifierat i verksamheten som behöver åtgärdas, för såväl patienten som för ambulanssjuksköterskans skull?

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av vårdmötet vid hänvisning och därigenom belysa eventuella förbättringspotentialer.

METOD

Design

För att studera ambulanssjuksköterskans upplevelse av vårdmötet vid hänvisning och belysa eventuella förbättringspotentialer har en kvalitativ forskningsintervju med ett induktivt förhållningssätt valts. Metoden är vanlig när syftet är att studera individers erfarenheter och upplevelser. Med utgångspunkt från deltagarnas berättelser kan en djupare förståelse av fenomenet skapas (Engström & Juuso 2023, s. 151). Data har analyserats med kvalitativ innehållsanalys (Elo & Kyngäs 2008).

Urval och deltagare

Frivilliga deltagare söktes till studien via den utvalda organisationens interna informationskanaler, med en kort presentation av syfte och forskningsmetod, där frivilliga deltagare fick anmäla sitt intresse och delgavs efter detta mer information. Ett bekvämlighetsurval gjordes av de första personerna som anmälde sig. Samtliga deltagare uppfyllde inklusionskriterierna att vara ambulanssjuksköterska eller ha annan motsvarande specialistutbildning samt att aktivt arbeta inom ambulanssjukvården inom det upptagningsområdet som valts ut för studien. För att fokusera specifikt på ambulanssjuksköterskans erfarenheter har andra professioner i ambulanssjukvården exkluderats. Urvalet till kvalitativa studier är ofta litet och strategiskt för att få deltagare som kan svara an till studiens syfte. En spridning bland deltagarnas kön, ålder och erfarenhet har eftersträvat för att öka studiens generaliserbarhet (Polit & Beck 2021, s. 497–498). Antal deltagare som behövs i en kvalitativ studie baseras på den information som inkommer. Tillräcklig datainsamling anses vara när ingen ny informationen framkommer, när en mättnad av data har uppnåtts. För ett examensarbete kan 8–10 intervjuer vara ett riktmärke för en rimlig datainsamling (Engström & Juuso 2023, s. 153). Totalt inkluderades 12 deltagare fördelat på 4 kvinnor och 8 män. Erfarenhet som sjuksköterska har varierat mellan 4 och 30 år. Erfarenhet från ambulansverksamheten har varierat mellan 2 och 24 år, i snitt har intervjudeltagarna haft 15,5 års erfarenhet av ambulanssjukvård. Deltagarna har arbetat på 3 olika ambulansstationer, samtliga har under tiden för studien genomförande haft en

placering på en station i glesbygden, med ett avstånd på minst 3 mil till närmaste sjukhus.

Datainsamling

Enskilda intervjuer har hållits med deltagarna. En intervjuguide med semistrukturerade frågor användes (bilaga 1). Intervjuguiden har varit ett stöd för att hålla fokus mot studiens syfte samtidigt som utrymme har givits för att följa upp det som berättades (Engström & Juuso 2023, s. 154). Efter att en pilotstudie genomfördes på en av studiedeltagarna diskuterade frågornas relevans tillsammans med handledaren. Mindre justeringar gjordes i intervjuguiden och frågorna anpassades för att lättare kunna besvara studiens syfte. Max två intervjuer genomfördes samma dag. Insamling av data till en kvalitativ studie kan vara energikrävande, massiv och ta mycket tid (Polit & Beck 2021, s. 511). Deltagarna intervjuades över videolänk, samtidigt som ljudupptagning gjordes i mobiltelefonen. Intervjuerna pågick under 17–35 minuter. Båda studenterna deltog under samtliga intervjuer. En av studenterna gjorde samtliga intervjuer och den andra studenten har varit passiv medlyssnare, för att därefter transkribera ljudfilerna ordagrant till text. Att föra anteckningar under tiden som intervjun pågår kan vara distraherande, ljudupptagning är att föredra och författaren undviker därigenom att en egen värdering vävs in i texten (Polit & Beck 2021, s. 512).

Dataanalys

För att analysera texten från de transkriberade intervjuerna har materialet bearbetats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys (Elo & Kyngäs 2008). Syftet med analysprocessen är att organisera, skapa struktur och få fram en beskrivning av den kvalitativa data som insamlats (Polit & Beck 2021, s. 534). Dataanalysen påbörjades parallellt med datainsamlingen. Författarna bekantade sig med texterna genom att läsa dem flera gånger. Viktiga begrepp och mönster identifierades ur textens manifesta innehåll. Analys och kodning genomfördes gemensamt av båda författarna för att säkerställa att det fanns en samstämmighet i vilka meningsbärande ord och begrepp som hade relevans för att svara an mot studiens syfte, samt att dessa ord och meningar kodades på ett sätt som överensstämde med båda författarnas tolkningar. Det är en fördel om transkribering av intervjuer görs av den som intervjuat, redan då börjar en bearbetning av texterna. Analysen i den kvalitativa studien kan göras av en eller flera personer (Polit & Beck 2021, s. 535). Koder med liknande innehåll delades in i olika subkategorier som sammanfattade essensen av innehållet. De 10 subkategorierna delades därefter in i tre övergripande kategorier som presenteras i studiens resultat.

Exempel på analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Det är jätte- viktigt med det mötet oav- sett vad det landar i, för att minska lidan- de och öka tilliten till vår- den.	Jätteviktigt möte för att minska lidan- de och öka tilliten till vår- den.	Viktigt möte	Det första mö- tet.	Att skapa ett vårdande möte som ligger till grund.
Vi lägger ändå grunden i det mötet. Det är ju första ögonkontakten patienten har med vården vid det tillfäl- let.	Lägger grun- den i mötet. Första ögon- kontakten pa- tienten har med vården.	Grunden läggs i första mötet.	Det första mö- tet.	Att skapa ett vårdande möte som ligger till grund.
Min uppgift är att patienten ska få vård på rätt vårdnivå och i hastighet utifrån hur sjuk man är.	Uppgiften är att patienten ska få rätt vårdnivå, i hastighet uti- från hur sjuk.	Rätt vårdnivå.	Att möta pati- entens behov.	Att skapa ett vårdande möte som ligger till grund.
Det är för att belasta rätt vårdnivå, tän- ker jag, och att göra det opti- malt för pati- enten, göra det bästa för pati- enten.	För att belasta rätt vårdnivå, göra det opti- mala och bästa för patienten.	Rätt vårdnivå är optimalt och bäst för patienten.	Att möta pati- entens behov.	Att skapa ett vårdande möte som ligger till grund.

Förförståelse

Eftersom båda studenterna arbetar aktivt inom ambulanssjukvården och även har en tidigare erfarenhet inom den kommunala hemsjukvården, så finns en förförståelse och erfarenhet av mötet med patienter prehospitalt. För att uppnå en hög pålitlighet i studien har studenterna försökt att lägga sin förförståelse åt sidan och intagit en neutral inställning till fenomenet (Persson & Sundin, 2023, s. 365–366). En förhoppning finns om att resultatet ska kunna appliceras och vara överförbart i andra verksamheter med sjuksköterskor som möter patienter i den prehospitala vården med fokus på hänvisning som en del i den nära vården (Mårtensson & Fridlund, 2023, s. 484–485).

Forskningsetiska överväganden

Någon etisk prövning har inte gjorts med hänsyn till att studien har genomförts under ramen för högskolestudier. Enligt etikprövningslagen §2 är studier som genomförs på högskolor, på grund eller avancerad nivå, undantagna kravet om etikprövning (SFS 2003:460). Att studien skulle innebära något etiskt känsligt har inte kunnat identifierats, varför ingen fördjupad etisk reflektion har krävts. Dock har studenterna tillsammans med handledaren gjort forskningsetiska överväganden genom hela processen. Handledaren har ett ansvar att stötta och bevaka att de etiska riktlinjerna följs (Kjellström, 2023, s. 65). Inför studien har verksamhetschefen till berörd ambulansorganisation informerats om studiens syfte och design. Ett skriftligt godkännande erhöles (bilaga 2). Deltagarna informerades muntligen och skriftligen i god tid om studiens syfte och erhöles adekvat information om studiens upplägg, för att kunna ta beslut om de ville medverka eller ej, samt att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan vidare förklaring. Förfarandet överensstämmer med etiska principer om att värna om individens autonomi och frihet (Kjellström 2023, s. 73). Deltagarna gav skriftligt informerat samtycke inför deltagandet i studien (bilaga 3). Samtycket har skrivits under av både deltagare och handledare. Det är viktigt att konfidentialitet säkerställs och att resultatet i studien inte ska kunna härledas till någon särskild person (Polit & Beck 2021, s.137). Enligt lag ska människan skyddas och människovärdet respekteras vid forskning som avser människor (SFS 2003:460). Datasamlingen har avidentifierats direkt i samband med intervjuerna och ljudfiler har raderats efter transkribering. Detta enligt EU:s dataskyddsförordning GeneralDataProtectionRegulation (GDPR) (SFS 2018:218). Inför studien genomfördes en pilotstudie. Materialet av denna intervju var givande och studenterna sökte därför medgivande och informerat samtycke av deltagaren i efterhand för att få tillåtelse att inkludera materialet i studien.

RESULTAT

Resultatet i studien beskriver ambulanssjuksköterskans upplevelse av vårdmötet vid hänvisning och vilka förbättringspotentialer som finns, och presenteras i tre kategorier med subkategorier.

Presentation av analysen resultat.

Kategori	Subkategori
Att skapa ett vårdande möte som ligger till grund	Det första mötet Att möta patientens behov Att skapa trygghet
Faktorer som påverkar beslut	Beslutsstöd och riktlinjer Professionellt stöd
Behov för att förbättra vårdmötet vid hänvisning	Kompetens Primärvården Allmänheten Ökat samarbete Bedömning och dokumentation

Att skapa ett vårdande möte som ligger till grund

Deltagarna i studien lägger stor tyngd vid mötet, för att skapa en grund för den fortsatta vården, och fokuserar på att möta patientens behov och att skapa trygghet. Men det finns känslor som osäkerhet och stort ansvar kring hänvisningen som påverkar upplevelsen, när ambulanssjuksköterskan går in i mötet med patienten.

Det första mötet

Alla deltagare tar upp vikten av ett gott första möte med patienten. Basala saker som att hälsa, presentera sig och ta i hand, är för många av deltagarna självklara för att redan där få patienten att lita på dem. Mötet beskrivs som en grund för bedömningen och kommande beslut, men också ett sätt att få en överblick över hur patienten har det i hemmet. Utan medverkan av patienten kan inte den information som behövs inhämtas, och inte heller kan då en hänvisning ske. Patienten behöver känna sig sedd, och att lyssna på vad patienten har att säga är också en självklarhet. Mötet med en patient som inte kräver specialistvård på sjukhus beskrivs i de flesta intervjuerna som positivt, dock finns det några som upplever mötet som utmattande, då vissa patienter är frekvent åter-

kommande och samma sak ska göras gång på gång. Även patienter som söker för basala problem, som snuva, beskrivs som utmanande.

”Det är ändå det största artilleriet vi har i sjukvård och då skickar vi det på snuva ibland”.

I dessa möten behöver lugnet vara framträdande, och tid behövs för att patienten ska kunna motiveras till en hänvisning, då beskrivs det som att det oftast går bra. Andra strategier för att skapa ett gott möte är att först lyssna, undersöka och sist ta ett beslut där patienten känner sig delaktig. Hänvisningen beskrivs som en diskussion och överenskommelse med patienten, där patienten först ska känna sig omhändertagen och trygg i att vara undersökt, och därefter lyfta frågan om rätt vårdnivå. Det första mötet präglas av patientens förväntan på ambulanssjukvården, där de flesta deltagarna beskriver att deras uppfattning är att patienten vill ha skjuts till sjukhus. Att då behöva backa ett steg, och be den redan påklädda patienten med väskan i hand utanför porten, att gå in igen för en undersökning och ett samtal, verkar vara naturligt och något som patienten oftast går med på utan större diskussion. Deltagarna beskriver också att de som ofta åker ambulans har lärt sig att det är så de arbetar. När hänvisningen kommer på tal i samtalet med patienten så motiveras detta ofta av vad som är bäst för just hen, långa väntetider på akutmottagningen och långvariga besvär som primärvården vet och kan mer om. Detta är många gånger information som patienten behöver för att ge ett samtycke till att hänvisas. Just att motivera verkar vara en nyckel för att kunna få med sig patienten på samma plan, då patientens förväntan av vad ett besök av ambulansen innebär krockar med att sedan bli hänvisad till exempelvis en vårdcentral. Det första mötet med patienten kan sammanfattas som grunden i vårdkedjan. Den första ögonkontakten tas med sjukvården när ambulanspersonalen kommer innanför dörren och beskrivs vara otroligt viktigt, av flera deltagare.

”Det är jätteviktigt med det mötet oavsett vad det landar i, för att minska vårdlidande och öka tilliten till vården”.

Att möta patientens behov

Deltagarna har delade uppfattningar om varför ambulanssjukvården ska hänvisa patienter. Den ena anledningen beskrivs vara för att avlasta sjukhuset, som ett led i hanterandet av bristande resurser. Andra beskriver att de redan i ambulansen påväg ut till patienten börjar fundera på vad som är bäst för just denna individ, dvs den optimala vården för det enskilda behovet.

”Min uppgift är inte att spara pengar till sjukhuset”.

Rätt vårdnivå nämns också ofta i samtliga intervjuer, och är en röd tråd för att i grund och botten vilja väl, och att försöka förmedla detta i mötet med patienten. Mötet utgår också från att patienten upplever ett problem, som ambulanssjuksköterskan inte anser vara av akut karaktär, där stor vikt läggs på att försöka bekräfta patienten och skapa de

bästa förutsättningarna för hens skull. Att göra ett helhetsarbete och inte lämna patienten åt sitt eget öde, utan att istället knyta ihop säcken och hjälpa till att till exempel boka en tid på vårdcentralen nästa dag. Detta skapar trygghet och ytterligare förtroende för organisationen, som i ett led för att öppna för goda vårdmöten även vid nästa vårdkontakt. Det beskrivs också att för patientens bästa, och för att uppnå den rätta vårdnivån, så krävs tid. Dessa uppdrag är tidskrävande, då både undersökning, bedömning, diskussion och överenskommelse, samt planering och bokning av tider tar lång tid. De flesta tycker att om SOS har tilldelat ambulanssteamet ett sådant uppdrag så får det ta den tid som krävs, stress lönar sig inte i mötet med patienten. Ett fåtal upplever stress om de samtidigt hör utrop av larm i sitt eget område, och försöker då vara mer effektiva.

”...då är det klart att det kan stressa, eller det känns inuti mig, men det hjälper inte att jag för över på patienten den känslan”.

Sköra äldre, med många komplexa vårdbehov och ibland med kognitiv svikt beskrivs som en patientkategori som är svårbedömd. I bedömningen av sköra äldre behöver fler faktorer vägas in, både själva bedömningen medicinskt, men även en helhetsbedömning kring hemsituation, om patienten har möjligheten att ta till sig den informationen som ges, och om hen kommer att klara egenvården som bör bedrivas när ambulansen lämnar. Frågor som ambulanssjuksköterskan ställs inför kan vara ”vem handlar mat?”, ”kan patienten laga mat?”, ”kan patienten ta sig själv till vårdcentralen om jag bokar tid?” Även om många deltagare har i bakhuvudet att den sköra äldre patienten inte bör åka in till akutmottagningen på grund av de risker som är förknippade med detta, så finns ibland inte något annat val för att trygga upp runt patienten då även hemmiljön kan vara ogynnsam. Främst gäller detta de patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården trots att de kanske borde vara det. Då är det svårt för ambulanssteamet att lösa den sviktande hemmiljön, vilket kan skapa en upplevelse av frustration och uppgivenhet. Men även här beskrivs att grundinställningen är för patientens bästa.

Med patienten i fokus, så beskriver de flesta deltagare att hänvisningen bara är aktuell om patienten samtycker. Individerna är det centrala och alla ska vara nöjda. Patienterna har sista ordet, och vill hen in till sjukhus så kan ingenting hindra detta.

Anhöriga uttrycks som både trygghetsbärande i mötet, som en person som måste få ingå i vårdmötet och även anhörig(a) måste motiveras till hänvisning. Om anhöriga inte är delaktiga, inte känner trygghet och inte ger sitt samtycke, så körs patienten många gånger till akutmottagningen. Detta upplevs av ambulanssjuksköterskan som besvärande och frustrerande, men också som en självklarhet att anhöriga likväl som patienten måste få uttrycka sin otrygghet och få denna tillgodosedd. Anhöriga är en trygghetsfaktor. Det är de som stöttar och hjälper till att motivera patienten till egenvård eller liknande.

Att skapa trygghet

Hänvisningen och mötet upplevs som ett stort ansvar. Flera talar om vikten av dokumentation för att ha ryggen fri, och att det väger tyngre att rätt blankett är ifylld, än att skapa trygghet hos patienten.

”Det blir liksom för mycket apparatur och bråte runt om.. det är patienten som ska vara i fokus för mötet och det förtroendet”.

Det finns också en viss osäkerhet om vem som kommer att stå bakom vårdarna om en hänvisning skulle gå fel, även om de gjort allt enligt rutiner och riktlinjer. Utmaningarna i att hänvisa grundar sig bland annat i att det är svårt att utesluta risker för patienten. Även om beslutsstödet skulle indikera att patienten kan lämnas hemma eller hänvisas till annan vårdnivå, så väger magkänslan och den kliniska blicken i mötet med patienten, tungt. Upplevelsen är att helheten i mötet med patienten krävs för att göra en god bedömning, och att deltagarna vill vara en vårdgivare som patienten kan lita på.

Faktorer som påverkar beslut

Själva mötet med patienten upplevs ofta som positivt av deltagarna, och för att kunna ta beslut använder sig ambulanssjusköterskan av beslutstöd och riktlinjer, men också ett professionellt stöd. Men det finns bidragande faktorer som kan göra mötet mer komplicerat.

Beslutsstöd och riktlinjer

Deltagarna radar upp olika stöd till sina bedömningar ett efter ett. Flertalet pratar om luddiga stöd, som är otydliga och inte anpassade efter prehospitla förhållanden. Patienterna som ambulanssjusköterskan ofta möter har komplexa vårdbehov, och inte isolerade symtom eller situationer. Detta gör att patientens besvär ofta är svåra att applicera på ett fyrkantigt beslutsstöd. De lutar sig mer mot sina egna kunskaper och erfarenheter, och ett strukturerat sätt att undersöka en patient enligt Advanced Medical Life Support (AMLS). De talar också om vikten av att individanpassa undersökningen till förmån för ett gott möte. Men de menar att de skriftliga stöd och riktlinjer som finns snarare kan göra mötet mer komplicerat. De går in i mötet med en tro att det är viktigt att patienten känner att de är kunniga och inte börjar bläddra i papper, för att därigenom skapa en trygghet i mötet.

Andra talar om hur bra de tycker att riktlinjer och skriftliga stöd är. Åsikterna går alltså isär. En deltagare pratar om att de inte kan ha fler och bättre beslutsstöd. Att söka stöd i stödet för hänvisning ger en bekräftande känsla i att man har tänkt rätt, och ger en påminnelse om vad som bör undersökas innan beslut kan fattas. Detta kan därigenom skapa ytterligare en dimension av trygghet i mötet med patienten, men beslutsstödet är ännu inte heltäckande.

Tid på dygnet är en bärande faktor. Att hänvisa patienten till primärvården, att boka en tid eller köra patienten direkt dit efter bedömningen, är en vanlig hänvisningsform. Men tiden sätter käppar i hjulet. Begränsade öppettider och tider att boka gör att möjligheterna är begränsade. Kväll, natt och helg beskrivs som svaga perioder för att kunna hänvisa till primärvården.

”Det är där problemet finns. Det finns ingen möjlighet att hänvisa ibland. Det finns ingen tid, det finns ingen doktor”.

”Men det känns inte alltid som att vårdcentralen har tid och resurser för att ta emot våra hänvisade”.

” På veckodagarna mellan 8–15 är det okej, sen är vårdcentralen full...”

Professionellt stöd

”Strategier är att använda de livlinor som finns..”

De viktigaste stöden som beskrivs för att stötta upp mötet och den fortsatta bedömningen av patienten beskrivs som livlinor av en deltagare, och är det stöd som inte finns nedskrivet. Ledningsläkare nämns av samtliga intervjupersoner. I upptagningsområdet där deltagarna arbetar är ledningsläkaren en aktiv resurs dag och kväll, på akutmottagningen och en viktig stöttning för ambulanssjuksköterskan. Denna person stöttar via telefon, för att säkra upp att bedömningen har varit korrekt, dvs att patienten som ambulanssjuksköterskan har framför sig är aktuell att hänvisa. Ett sådant samtal kan utgöra en motivator för patienten i mötet när ambulanssjuksköterskan ska diskutera om hen kan tänka sig att till exempel stanna hemma med egenvård. Det beskrivs som att läkarens ord och råd väger många gånger tyngre och att dessa ord även bringar en trygghetskänsla för ambulanssjuksköterskan att åter igen ”ha någon i ryggen”. Mötet med patienten upplevs då som lättare på grund av en begränsad diskussion, och att patienten är trygg i bedömningen.

Några informanter nämner att de dagtid kan kontakta Mobilt AkutLäkarTeamets (MALT) läkare för stöd. Dock nämner flera att det är helt beroende på tillgång till resurs, då det inte sällan saknas läkare, samt att kontakten inte får ske för sent på dagen då bilen stänger. Detta beskrivs lite uppgivnet, som en resurs som finns, men med stora begränsningar samt att detta är något som man inte gör så ofta. Därför utgör detta inte någon rutin, vilket försvårar.

Natttid är det medicin- och kirurgjouren som tar över ansvaret för att svara på ambulanssjuksköterskans funderingar och stötta upp. Detta beskrivs som något som man ofta

undviker för att det inte alls upplevs som samma stöd, då dessa läkare inte har samma erfarenhet som ledningsläkaren och inte heller är lika insatta i ambulanssjukvårdens bedömningsätt. Dessa situationer beskrivs som att om man är det minsta osäker på om hänvisning är aktuell så körs patienten hellre in till akutmottagningen trots att det dagtid kanske inte alls hade behövts. Detta skapar en otrygghet för ambulanssjuksköterskan som inte upplever samma stöd nattetid som dagtid, vilket i vissa fall kan påverka mötet med patienten negativt, då de bästa förutsättningarna för individen saknas. En deltagare tycker dock att stödet nattetid från läkare har blivit bättre, men att det fortfarande finns en förbättringspotential.

Kollegor beskrivs också som en viktig livlina. Vikten av att vara två sjuksköterskor i ambulanssteamet, för att båda ska kunna göra en bedömning av patientens tillstånd och vara lika delaktiga i mötet, lyfts fram. Deltagarna upplever att kollegan är en säkerhet, och att det är viktigt att båda är delaktiga och samstämmiga i beslutet om patienten ska kunna hänvisas. Om en av dem inte tycker samma så gäller den högsta vårdnivån, vilket oftast innebär att köra patienten till akutmottagningen. Kollegan är ett stöd både genom olika erfarenheter och kunskaper, men också emotionellt genom att skapa en känsla av att man inte är ensam, samt dessutom kunna vara delaktig i att motivera patienten i beslutet.

”...man kan ha någon att bolla med...”

”Visst vi har möjligheten att ringa till doktorn, vi har möjlighet. Men är man två så är man två om ansvaret, man står inte där ensam i sin bedömning...”

Trygghetsbärande faktorer som ytterligare beskrivs av deltagarna är samarbetet med andra vårdaktörer, som tyvärr många gånger präglas av negativa erfarenheter. Samarbetet med hemsjukvården, som ofta är en primär vårdgivare för dessa patienter, talas om som en enhet som inte gör vad som förväntas. Detta förklaras av att ambulanssjuksköterskan på plats hos patienten får jaga efter ansvarig sjuksköterska och göra bedömningar som egentligen redan borde ha blivit gjorda innan samtal till SOS. Detta kombinerat med en besvikelse över ett bristfälligt samarbete kring den gemensamma patienten, där de två parterna inte delar samma mål, visar att här finns en uppenbar förbättringspotential. Dock betonas att det inte är direkt kritik mot den enskilda sjuksköterskan i hemsjukvården, utan mot hela organisationen. Vårdmötet med patienten blir då en negativ erfarenhet, då ambulanssjuksköterskan strävar efter att göra det bästa för patienten, men där upplevelsen finns att inte alla har samma strävan. Men upplevelsen av att det ibland är lättare att lämna en hemsjukvårdspatient i hemmet finns också, då det finns en nära vårdgivare som kan ta vid arbetet, och därigenom skapa en trygghet hemma hos patienten. En önskan uttrycks om att utveckla samarbetet och lära känna varandra, för att med gemensamma krafter möta behovet av att hänvisa patienter till rätt vårdnivå.

Behov för att förbättra vårdmötet vid hänvisning

Samtliga informanter uttrycker att ämnet är av stor vikt för dem, och är snabba på att ge förslag på förbättringspotentialer som både kan ge ett bättre vårdmöte med patienten, och en större trygghet för ambulanssjuusköterskan i utvecklingen av den nära vården, såsom ökad kompetens och utökat samarbete med andra vårdgivare.

Kompetens

De flesta informanter är inte sena att kritisera sin egen del i mötet med hänvisningsbara patienter. Själva mötet beskriver de som en självklarhet att de kan bemöta på rätt sätt och vara professionella. Men de praktiska bitarna i mötet kan utvecklas. Utbildningsmässigt ställer sig många frågande till om de ens fått någon möjlighet. De beskriver det mer som en information kring olika beslutsstöd som de ska använda, men att sedan fortbildning inom det komplexa ansvaret att hänvisa på rätt sätt saknas. En deltagare säger att ambulanssjukvården fokuserar mycket på det medicinska och direkta omhändertagandet, men att utveckla ”hembedömningar” saknas. Många efterfrågar mer utbildning, chans till kompetensutveckling inom området, och att verksamheten ska väva in ny forskning inom ämnet för att kunna bemöta dessa patienter korrekt, och kunna skapa en större trygghet för patienten.

”Vi saknar egentligen fortbildning för att göra hembedömningar. Det krävs en bredd, utbildning och auskultation”.

Flera informanter lyfter frågan kring utbildningsinsatser i andra verksamheter, till exempel hemsjukvården, där ambulanssjuusköterskan upplever att det finns mycket osäkerhet kring kunskapsnivå vad gäller bedömningar. Informanterna visar en känsla av oro kring hemsjukvårdens resurser. Om inte den organisationen har den bemanning och kunskap som krävs, vem ska då ta hand om patienterna som lämnas hemma? Flera informanter lyfter att de skulle vilja se en utökad korttidsenhet med möjlighet till vård dygnet runt för de patienter som är sköra, men som inte borde köras till sjukhus av olika skäl, ett mellanting mellan sjukhus och särskilt boende. Utökad vård- och omsorg, lyfts också, med möjlighet till enklare insatser av hemsjukvårdssjuusköterskan med till exempel inhalationer.

Primärvården

En annan sak som efterfrågas är att primärvården utökar sina öppettider på lokal nivå, något som enligt ambulanssjuusköterskan har försämrats de senaste åren. När deltagarna inte har någon öppen jourcentral i närområdet väljer de i stället att köra patienten till närmaste akutmottagning.

”Vi måste ha tillgång till en jourcentral dygnet runt, även i mindre orter, utspritt så att inte allt behöver åka till Borås”.

Primärvården, patientens primära vårdgivare, önskas utöka sina resurser för att frigöra fler tider för ambulansen att utnyttja, och säkra upp bemanningen för att ta hand om sina patienter. Deltagarna lyfter även frågan om primärvården själva skulle kunna bemanna en läkarbil som dagligen kan vara tillgänglig att åka ut till de patienter som behöver vård i hemmet, likt MALT, dock till patienter med primärvårdsbehov. Allt detta bör göras för att säkra upp den nära vården som alla vårdgivare borde sträva efter, för individens skull.

Allmänheten

Vidare lyfts frågan om det preventiva arbetet ur ambulanssynpunkt. En deltagare belyser att polis och räddningstjänst arbetar i skolor och bland allmänheten för att informera om deras syfte och när man ska ta hjälp av dem. Ambulansen arbetar inte så idag, vilket flera informanter tycker märks. Att i skolan få veta när man ska ringa 112, vad en ambulans är och vad denna gör, samt enklare råd om egenvård borde, enligt deltagare, vara obligatoriskt. De informanter som länge arbetat i ambulanssjukvården tycker att de ser en skiftning i hur allmänheten kan ta hand om sig själv, och när man söker hjälp, och upplever att egenvården till viss del har försvunnit. Många patienter ser det som sin rättighet att få hjälp nu, även om hen endast har haft feber i några timmar och inte själv tänkt på att ta Alvedon.

Ökat samarbete

I intervjuerna framkommer en önskan om att lära känna ”kollegorna” hos andra vårdgivare. Att öka samarbetet med sjuksköterskorna i hemsjukvården och i primärvården, lära känna varandra mer än bara som en funktion, uttrycks vara en faktor som skulle kunna göra skillnad för patienten. Det nämns att gemensamma utbildningstillfällen skulle vara givande, vilket skulle öppna upp för diskussioner mellan parterna. Men även en fika då och då skulle kunna ge ett bättre samarbete och bidra till en ökad förståelse för varandras uppdrag och möjligheter.

Bedömning och dokumentation

Flertalet informanter önskar ett bedömningsstöd som är mer användarvänligt, och de önskar att det blir lättare att hitta bland de olika stöden. Tydligt blir också oklarheten i vilka stöd som ska användas, då deltagare nämner olika stöd som de använder för hänvisning. Vissa nämner Rådgivningsstödet web (RGS), som är ett rådgivningsstöd för 1177 och egenvårdsråd. Andra nämner ett hänvisningsstöd som finns i samma dokument som WEST. Intervjuerna visar att ambulanssjuksköterskorna arbetar utefter olika stöd. De nämner också den massiva dokumentation som krävs, både för hand, men också i journalsystem, och en blankett som lämnas hos patienten, och de önskar ett snabbare och lättare dokumentationssystem. Det aktuella systemet beskrivs som tidskrävande, och en önskan finns om att kommunikationen runt omkring ska vara mer effektiv så att tiden kan läggas på patienten istället.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien har varit att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av vårdmötet vid hänvisning och därigenom belysa eventuella förbättringspotentialer. Den kvalitativa forskningen riktar sig till att beskriva eller belysa personers upplevelser av ett fenomen och tolka eller beskriva resultatet (Henriksson & Billhult 2023, s. 116). En kvalitativ forskningsstudie har således varit en lämplig metod för att besvara studiens syfte. För att så förutsättningslöst som möjligt fördjupa sig i forskningsfrågan har författarna haft ett induktivt förhållningssätt (Polit & Beck 2021, s.76) till studien, utan förutbestämda teorier eller hypoteser. Med ett utforskande perspektiv har data som framkommit kunnat ge författarna en fördjupad förståelse över fenomenet.

Deltagare till studien söktes från en ambulansorganisation som båda författarna arbetar i och författarna är således bekanta med både rutiner, riktlinjer och med samtliga intervjudeltagare. Deltagare till studien fick frivilligt anmäla sitt intresse för att medverka. Ett bekvämlighetsurval (Polit & Bäck 2021, s. 498) av de första 12 som anmälde sig gjordes. En större spridning av kön, erfarenhet och stationstillhörighet hade varit att föredra. Enbart två av deltagarna hade en kortare erfarenhet än 4,5 år från arbetet i ambulansverksamheten. Flera av deltagarna har uttryckt att de ofta lutar sig mot sina tidigare erfarenheter vid patientbedömningarna. Upplevelserna hade möjligen beskrivits anorlunda om deltagarna hade haft en begränsad erfarenhet från ambulanssjukvården. Trovärdigheten på studiens resultat stärks genom att deltagarna har en generellt lång erfarenhet, då det belyses att ämnet är stort och komplext även för dem. Förutsättningarna till alternativa vårdgivare och prioriteringar av uppdrag kan skilja sig åt beroende på vilket geografiskt område som patienten befinner sig (Beillon, Suserud, Karlberg & Herlitz, 2008), därför har deltagare från olika stationer efterfrågats, både från tätort med närhet till sjukhus, samt stationer från glesbygden med ett avstånd på >3 mil till sjukhus. En nackdel i urvalet har varit att samtliga deltagare som rekryterats har haft en stationstillhörighet i glesbygden. Med många år i yrket har flera av dem sedan tidigare erfarenhet från andra stationer och eftersom tilldelade ambulansuppdrag till viss del förekommer i hela organisationens upptagningsområde, tätort som glesbygd, så bedöms resultatet inte påverkas nämnvärt av ovanstående selektion.

Samtliga intervjuer har genomförts på videolänk. Det anses som ett bra alternativ till att mötas ansikte mot ansikte (Saarijärvi & Bratt 2021, Polit & Beck 2021, s. 519) och har sedan covidpandemin blivit ett vanligare och mer accepterat sätt att genomföra intervjuer på (Engström & Juuso 2023, s. 156). Nackdelen med ett videomöte är att det latent innehåll, så som kroppsspråk, och ansiktsuttryck kan missas, samt att ett fysiskt möte kan inge en viss trygghet för deltagaren (Saarijärvi & Bratt 2021). Fördelen har varit att det har blivit en tidsbesparing för författarna och deltagarna har själva kunnat välja plats för intervjun. Det kan ha inneburit en viss maktobalans att båda författarna har varit

med under intervjun, dock har samtliga deltagarna varit informerade och samtyckt till att en av författarna har suttit med som passiv medlyssnare. Upplevelsen har varit att deltagarna har varit positiva till att forskningsfrågan har lyfts och gärna delat med sig av sina upplevelser och erfarenheter.

Efter att 10 intervjuer gjorts diskuterades med handledaren och beslut togs om att göra ytterligare två intervjuer. Efter detta kunde författarna uppleva att de fått tillräckligt med data, och att innehållet var tillfredsställande (Engström & Juuso 2023, s. 153.)

Innehållsanalysen saknar tydliga riktlinjer för hur data ska analyseras. Det kan därför vara en utmaning att analysera en stor mängd data. Det är författarnas ansvar att den sammanställning som görs presenteras i kategorier som speglar ämnet och syftet med studien på ett trovärdigt sätt. Försiktighet vid komprimering av data gör att bredden av upplevelser och erfarenheter behåller sin innebörd och ger en hög tillförlitlighet. Att använda utvalda citat som blandas med författarnas text ökar trovärdigheten ytterligare. Genom att beskriva analysen noggrant kan andra följa processens gång och nå liknande resultat (Elo & Kyngäs, 2008). Analys av textmaterialet har gjorts gemensamt av författarna för att säkra upp att kodning och tolkning av texterna har varit överensstämmande. Att mer än en person analyserat texten har ökat studiens tillförlitlighet. När författarna har haft olika syn på kodning och kategorisering, har en tillbakablick i transkriberingen gjorts, för att kunna diskutera fram en gemensam syn på innehållet.

Författarna har erfarenheter från vårdmöten, både från ett ambulansperspektiv och ur ett hemsjukvårdsperspektiv. Det har därför funnits ett intresse och en förförståelse kring forskningsfrågan redan vid studiens start. Att göra ljudinspelningar av intervjuerna som transkriberats ordagrant till text har minskat risken för att författarnas värderingar ska avspeglade sig i resultatet. Trots att förförståelsen diskuterats och medvetandegjorts under processens gång, så har den sannolikt till en viss grad påverkat den tolkning av materialet som har gjorts.

Studiens resultat är sett ur ett ambulansperspektiv, och hur vida resultatet går att överföra till andra sammanhang är svårt att säga, då förutsättningarna som deltagarna har, inte behöver vara samma för ambulanssjuksköterskor i andra regioner. Dock har författarna diskuterat att själva vårdmötet ändå, utan de faktorer som i den aktuella studien påverkar ambulanssjuksköterskan vid hänvisning, kan appliceras på de flesta vårdgivare. Just vårdmötet, med vårdvetenskapliga grunder som den centrala delen, tycks ligga sjuksköterskan varmt om hjärtat.

Studien är sedd ur ett nationellt perspektiv. Förutsättningarna internationellt är anorlunda för ambulanssjukvården och författarna har därför jämfört ur en svensk kon-

text. Däremot arbetar inte ambulansverksamheterna i Sverige på samma sätt och har inte heller gemensamma riktlinjer eller samma prehospitala resurser, vilket försvårar studiens överförbarhet till andra ambulansverksamheter i Sverige. Dock tror författarna att vårdmötet med patienter som hänvisas kan ha liknande problemområden nationellt, med andra faktorer som påverkar, vilket gör att upplevelsen kan vara liknande. Hänvisning inom ambulansverksamheten är ett stort område, som har avgränsats till en rimlig nivå inom ramarna för ett examensarbete.

Resultatdiskussion

Målsättningen med föreliggande studie var att tydliggöra ambulanssjuksköterskans upplevelse av det prehospitala vårdmötet vid hänvisning av patienter som ringt 112 och att identifiera eventuella förbättringspotentialer. Det yttersta målet har varit att tillföra ny kunskap som skulle kunna gagna ambulanssjuksköterskan i det praktiska arbetet vid hänvisning.

Att vilja väl, skapa den bästa vården och de bästa förutsättningarna för patienten i det aktuella vårdmötet löper som en röd tråd genom resultatet. Med ett personcentrerat förhållningssätt och med vårdvetenskaplig förankring möter ambulanssjuksköterskan allt från patienter med snuva som lättare bedöms, till patienter med komplexa vårdbehov och där helhetsperspektivet är viktigt för en rättvis fortsatt vård och rätt vårdnivå. Ambulanssjuksköterskans ambition att skapa trygghet för sin och patientens skull samt att hänvisa till den rätta vårdnivån kolliderar med förutsättningarna och oron kring riskerna med att hänvisa. Även förutsättningarna att kunna få det stöd som ambulanssjuksköterskan efterfrågar för att själv känna sig trygg och sedan kunna förmedla den tryggheten till patienten, är begränsade, särskilt under vissa tider på dygnet. Ambulanssjuksköterskans upplevelse av andra vårdgivares brist på resurser påverkar hans möjlighet till problemlösning och påverkar patienten när möjlighet saknas att hänvisa till rätt vårdnivå.

Kollision mellan ambulanssjuksköterskans ambition och förutsättningarna för hänvisning

Den personcentrerade vården är tydlig i resultatet, och upplevelsen finns att detta är det primära för ambulanssjuksköterskan. Det vårdande mötet är centralt när ambulanssjuksköterskan under en begränsad tid ska lära känna patienten och bedöma symtomen i ett helhetsperspektiv. När ambulanssjuksköterskan inte får förutsättningarna att hänvisa till den vårdnivå som identifierats som den optimala för patienten, för att tiden på dygnet inte är rätt, eller att andra vårdgivare saknar resurser, så kan slutsatsen dras till att detta kan skapa en etisk stress. Den etiska stressen innebär att vårdaren vet vad som vore det bästa för patienten, vad hen behöver göra för att uppnå den optimala lösningen för individen, men att begränsande faktorer omöjliggör förverkligandet (Sandman & Kjellström, 2018, s. 99). Deltagarna i studien uttrycker vikten av att kunna hjälpa patienten hela vägen och inte lämna utan att ha nått en överenskommelse och skapat en gemensam plan. Patienten upplever fortfarande ett behov av hjälp även om bedömningen av

ambulanssjuusköterskan visar att tillståndet inte är akut. Ambitionen blir då större än vad som kan utföras. Caritativ etik, där du som vårdare blir ansvarig för det du bevittnat, spelar här en stor roll. Med detta menas att i mötet med patienten ta ansvar för det som du har sett, och att göra allt du kan för att uppnå en god vård. Att inte ta ansvar för dessa situationer kan liknas med skadande handlingar, och kallas underlåtelsehandlingar (Arman, 2024 s. 119). Höglund, Schröder, Möller, Andersson-Hagiwara och Ohlsson-Nevo (2019) bekräftar i sin studie att ambulanssjuusköterskorna upplever en känsla av att de har gjort något bra när de lyckats hjälpa patienten till rätt vårdnivå. När ambulanssjuusköterskan inte kan uppnå sitt mål om att göra det bästa för patienten, när viljan att göra väl blir för stor utan chans till att nå de goda resultat som eftersträvas, kan empatitrötthet uppstå. Empatitrötthet uppstår när empatin blir för stor och tar över (Gustafsson & Hemberg, 2021). Utan empati i grunden uppstår inte denna trötthet. Att se patienter som lider och vilja hjälpa till kan till slut bli för mycket. Empatitrötthet kan ge känslor som skuld, irritation och trötthet, och kan skapas av att om och om igen mötas av patienter som har stora behov av hjälp. För att kunna hantera detta är reflektion en del av återhämtning, både på arbetsplatsen, men också att själv reflektera över sina egna känslor. Fysisk aktivitet och återhämtning mellan arbetspassen är också åtgärder för att minska risken för empatitrötthet. Faktorer som påverkar i vilken grad en empatitrötthet uppstår är exempelvis vilket stöd som finns på arbetsplatsen, i form utav kollegor och chefer, teamkänsla, samt vilken arbetsbelastning som råder (ibid). Ur denna studies resultat kan vi dra en parallell till teamkänslan som efterfrågas tillsammans med hemsjukvården, där en önskan om att arbeta för samma sak, efterfrågas, och blir då en viktig del i förbättringsarbetet kring hänvisning, både för patienten men också för ambulanssjuusköterskans egna hälsa. Vidare upplever ambulanssjuusköterskan att trygghet är en viktig del i att kunna hänvisa en patient. Trygghet uppnås av att patienten känner sig sedd, lyssnad till och noggrant undersökt. Detta tar tid, och för att ambulanssjuusköterskan ska kunna känna att hen gjort det bästa för patienten behövs tid, tid är alltså också en viktig del i att minimera risken för empatitrötthet. Tid möjliggör att ambulanssjuusköterskan kan minska patientens lidande.

Samverkan

Informanternas personliga åsikter går isär, vad gäller varför ambulanssjukvården ska hänvisa patienter. Vissa anser att orsaken är att spara pengar åt sjukhusen och överlämna ansvaret till andra vårdgivare, medan andra talar om rätt vårdnivå för individens bästa. Dessa åsikter bekräftar vad Socialstyrelsen (2023) kommit fram till, dvs att ambulansens uppdrag inte är nationellt tydligt. En reflektion som författarna gjorde under intervjuerna är att ingen av deltagarna nämner begreppet ”Nära vård”. Deltagarna upplever att andra vårdgivare, som primärvården och hemsjukvården inte lever upp till vad de förväntas göra. Upplevelsen blir att en akutambulans blir navet i patientens vårdkedja, och får åtgärda det som inte blivit utfört av andra vårdgivare. Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR 2023) finns identifierat ett större behov av att öka samverkan mellan primärvården, som ska vara grundpelaren i patientens vård, och specialistvården, för att uppnå en god nära vård. De nämner att kommunikationen är avgörande samt att vårdövergångarna behöver bli säkrare. Redan 2007 identifierades att en stor andel av de

patienter som ambulanssjukvården transporterade till en akutmottagning, hade kunnat hänvisas till annan vårdnivå (Hjälte, Suserud, Herlitz & Karlberg 2007), dock hade begreppet ”Nära vård” inte aktualiserats ännu. Enligt Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (RAS, 2022) ska ambulanssjuksköterskan kunna samverka med andra vårdgivare i patientens vårdkedja. Men en förutsättning för samverkan är att det finns någon att samverka med. Deltagarna upplever stora begränsningar i att få kontakt med sjuksköterskan i hemsjukvården och att de inte delar gemensamma mål för patienten. Hemsjukvården har mellan åren 2019 till 2023 ökat antalet inskrivna patienter med 14 %, oklart är hur de ökat sin bemanning av sjuksköterskor, och skulle kunna vara en förklaring till ambulanssjuksköterskans upplevelse av en bristfällig samverkan dem emellan (Steen, Arvidsson, Sjölund, Jacobson, Melén, Karlsson, Olsson, Malmsten, Sarv, Månsson, Eriksson & André 2024, s. 20). Socialstyrelsen (2023) har identifierat brister i bland annat att olika vårdgivare inte delar och har tillgång till varandras journaler, vilket försvårar arbetet med att göra det bästa för patienten. Ovan nämnda referenser och studiens resultat pekar på att ambulansens verksamhet behöver en utökad samverkan med de andra vårdgivare som träffar dessa patienter, och skapa en gemensam syn, gemensamma mål, och även gemensamma utbildningar för att kunna samarbeta. Optimering av resurser skulle kunna utföras genom att öka förståelsen för varandras verksamheter, och tydliggöra vad varje verksamhet har för förutsättningar och kunskaper som kan tas tillvara på, i arbetet mot den rätta vårdnivån.

Resultatet visar att tiden på dygnet ofta spelar en avgörande roll för möjligheten att hänvisa patienten till rätt vårdnivå. Tillgång till stöd av ledningsläkare finns inte dygnet runt, likaså är vårdcentralens resurser inte tillgängliga eller tillräckliga under dygnets alla timmar, inte ens alltid de timmar som de håller öppet, vilket kan påverka ambulanssjuksköterskans egna känsla av trygghet i att ta beslut. Att vårdcentralens begränsade resurser inverkar på ambulanssjuksköterskans möjlighet att fullfölja sina arbetsuppgifter, bekräftas i tidigare studier (Höglund, Schröder, Möller, Andersson-Hagiwara & Ohlsson-Nevo 2019) och att ambulanssjuksköterskor har uttryckt frustration och en känsla av otrygghet när de inte lyckas ordna uppföljande vård via vårdcentral eller hemsjukvård, vilket försvårar (Lederman, Lövfénmark, Djärv, Lindström & Elmqvist 2019). Detta kan leda till att vården inte blir jämlik dygnets alla timmar, genom att ambulanssjuksköterskan inte kan utföra de arbetsuppgifter enligt riktlinjer, som de är ålagda att göra. Patienten kan därmed hamna mellan stolarna, när det inte är tydliggjort vem som bär det yttersta ansvaret vid hänvisning. Ambulanssjuksköterskorna i resultatet belyser att de lägger en stor vikt vid att se patienten, lyssna på patientens berättelse och att patientens åsikt väger tungt vid hänvisning. Detta ställer stora krav på de ansvariga inom vården, som utvecklar dessa riktlinjer, att patienten fortsatt ska vara i centrum, och få möjlighet att uttrycka sina behov och önskningar. Ambulanssjuksköterskorna i denna intervjustudie tydliggör vad som är centralt, och att vården behöver utvecklas för att patienten ska ha tillgång till en jämlik vård dygnets alla timmar.

Tid hos patienten

Resultatet belyser att bedömningarna hos patienter med komplexa vårdbehov, där helhetsbedömningen är avgörande för den fortsatta vården, tar lång tid för ambulanssjuksköterskan. Likaså finns tidigare forskning som bekräftar detta (Höglund et al. 2019). Att sätta sig in i patientens livsvärld tar tid, och måste få ta tid. Sjuksköterskan behöver ha en vårdande hållning för att patienten ska kunna delge sin berättelse, sin livsvärld. Detta måste ske för att ha patientperspektivet i centrum (Ekebergh 2022, s. 88). Ambulanssjukvårdens resurser är inte oändliga, och som tidigare nämnts i bakgrunden så är bedömningskravet avseende patienter som ska hänvisas omfattande, med många steg och flera olika beslutsstöd som ska användas för att säkerställa bedömningen. Intervjupersonerna beskriver flera olika beslutsstöd som är luddiga, och mycket arbete med dokumentation som efterföljer arbetet hos patienten. Ambulanssjuksköterskan lägger stor vikt vid att patienten ska känna sig sedd och att mötet ska bli bra för stunden, men också för framtiden.

Författarna drar därför slutsatsen att det inte bara är mötet, med livsvärlden och helhetsperspektivet i fokus, som tar tid under dessa uppdrag, utan även organisatoriska faktorer som utifrån ser ut att kunna förbättras, för att både optimera mötet med patienten, men också arbetsmiljön för ambulanssjuksköterskan. Att effektivisera det administrativa arbetet skulle därför kunna vara en åtgärd för att frigöra fler resurser.

Deltagarna uttrycker att de kan uppleva stress när de hör via utrop att resurserna är få i sitt område. De försöker undvika att föra över den känslan till patienten då de vet att detta kan förlänga tiden vid mötet, och uttrycker att det aktuella uppdraget måste få ta den tid som krävs. Men några deltagare försöker effektivisera arbetet som kvarstår hos patienten för att vara redo för nästa uppdrag. Att ambulanssjuksköterskan lägger vikt vid att undvika för snabba beslut, för att patienten inte ska råka illa ut i bedömningen, bekräftas i studien av Lederman et al. (2019). Kravet på att ambulanssjuksköterskan ska bedöma rätt vårdnivå för varje patient är något motsägelsefullt gentemot ambulansstämets resurser. Känslan av stress skulle kunna äventyra patientsäkerheten när sjuksköterskan försöker effektivisera patientmötet för att påskynda tillgängligheten för nya uppdrag.

Vikten av stöd för att kunna ta trygga beslut

Informanterna i studien talar om oron kring om något går fel vid hänvisningen, och vem som då står bakom dem. En vilja finns att söka ett stöd av en högre kompetens både skriftligt och via telefon, som en försäkran om att ha tänkt och bedömt rätt. Att ambulanssjuksköterskan får en trygghetskänsla i att söka stöd av en högre kompetens, har visats i tidigare studier (Lederman, et al. 2019).

Oklart är om det är rimligt att ambulanssjuksköterskans upplevelse präglas till så stor del av oron kring om de har stöd om en hänvisning skulle gå fel. Författarna kan inte hitta någon referens som uttrycker att det finns en uttalad nollvision om att ingen patient som hänvisas skall senare få visa sig ha ett tidskänsligt tillstånd, med undantag för

traumavården, där under fem procent av traumapatienterna har föreslagits kunna accepteras att felbedömas i det initiala skedet (American College of Surgeons, 2014).

I ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening 2021) står ingens om sjuksköterskans uppgift att diagnostisera patienten. Däremot står att sjuksköterskans profession innebär att se till patientens bästa i flera anseenden, och hans huvudansvar är att tillgodose omvårdnad hos individen ur hälso- och sjukvårdssynpunkt samt sociala aspekter. Ambulanssjuksköterskan ska enligt Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor (RAS 2022) bland annat identifiera och bedöma patientens behov av omvårdnad för den aktuella stunden och organisera denna kring och tillsammans med patienten och dennes anhörig(a). Ambulanssjuksköterskan ska även identifiera risker och aktivt arbeta med patientsäkerheten. Verksamheten behöver därför vara lyhörd kring ambulanssjuksköterskans oro kring denna arbetsuppgift, och kring följderna om något går fel. Dock framgår inte ur denna studiens resultat om deltagarna lyft sin oro med ansvariga i organisationen.

För att tidigt kunna identifiera tidskänsliga tillstånd, där vitala parametrar kan vara inom det normala och symtom ännu inte är så tydliga, så kan både blodprov och EKG vara till stor nytta för ambulanssjuksköterskan. Även digitala stöd för bedömning är under utveckling (Wibring, Magnusson, Axelsson, Lundgren, Herlitz & Andersson-Hagiwara 2020) Men ambulanssjuksköterskan har inte tillgång till blodprovstagnning inom området för den aktuella studien. Även Norberg Boysen (2017, s. 57) har i sin avhandling belyst att patienter som hänvisas ofta är svårbedömda, och det finns en risk för att ambulanssjuksköterskan missar tidskänsliga tillstånd, när patientens symtom inte är tillräckligt tydliga för att vara avgörande i bedömningen. Det föreslås blodprovstagnning och EKG som komplement för att trygga upp patientens vård. Studien genomfördes för flera år sedan, men fortfarande har ambulanssjukvården samma problematik i sina bedömningar, och det aktuella resultatet tyder på att otryggheten växer i och med att konkreta stöd i bedömningen saknas. Dock belyser Höglund et al. (2022), som även är presenterat i bakgrunden, att risken inte är särskilt stor för patienten, att i skede efter hänvisning behöva uppsöka sjukhusvård alternativt värre följder som död. En senare studie bekräftar detta, då mindre än en procent av hänvisade patienter, efteråt behövde uppsöka sjukhusvård för tidskänsliga tillstånd (Magnusson, Herlitz & Axelsson 2020). Forskningen går isär, men tyder ändå på att mer specifika hjälpmedel för att göra säkra bedömningar skulle behövas. Informanterna väljer ändå att transportera patienten till akutmottagning om de känner sig osäkra, och väljer att lita på sin magkänsla och intuition istället för att chansa.

Ambulanssjuksköterskans framtidsvisioner

Utbildning och forskning

Omställningen till nära vård, och att patienten ska hänvisas till rätt vårdnivå, är en del av ambulanssjukvårdens arbetssätt. Men utbildning i hur sjuksköterskan ska genomföra ”hembedömningar” och använda sig av hänvisningsstöd, och vilka stöd som ska använ-

das, saknas enligt deltagarna i studien. Deltagarna nämner fler olika stöd som de använder vid beslut om hänvisning, och endel nämner att de arbetar mer efter sin egen erfarenhet än de skriftliga stöd som finns att tillgå. Ingen deltagare nämner riktlinjer under intervjuerna. Detta kan leda till att patienterna bedöms olika beroende på vem som arbetar i ambulansen för dagen. När ambulanssjuksköterskorna i studien får önska fritt om vad deras framtidsvision inom hänvisning skulle innehålla, nämner de flesta utbildning, fortbildning och att ta del av forskning. En önskan om att lära sig mer finns, och de önskar en större tydlighet om vad som gäller framöver. Lederman et al. (2019) skriver också om ambulanssjuksköterskans känsla av att vara ålagd att hänvisa patienter utan tillräcklig utbildning inom ämnet.

Bedömningar

Resultatet belyser att trygghet är centralt när en bedömning ska utföras. Tryggheten skapas för både ambulanssjuksköterskans skull, men också för patienten. Kunskap och erfarenhet, samt en god magkänsla är viktiga delar av bedömningen. AMLS ger ett strukturerat sätt att undersöka patienten, och flera informanter uttrycker att detta är ett stöd som de använder flitigt. Deltagarna efterfrågar ett samlat bedömningsstöd att luta sig emot, som är enklare och lättare applicerbart på prehospitala förhållanden och för fler patienter. Forskning pågår att utveckla digitala beslutsstöd för bland annat bedömning av bröstsmärta och dyspné, men ännu vet vi inte hur dessa kommer kunna stötta ambulanssjuksköterskan i framtiden (Kauppi, Imberg, Herlitz, Molin, Axelsson & Magnusson 2025). För att nå målet om att bedriva en nära vård, finns digitalisering som ett fokus. Framförallt att digitala hjälpmedel ska kunna stötta i bland annat bedömningar (Socialdepartementet och SKR 2023, s. 15). En åtgärd för att bringa ambulanssjuksköterskan trygghet i sina beslut skulle kunna vara en ledningsläkare tillgänglig dygnet runt, som ambulanssjuksköterskan kan ringa och rådgöra med för alla olika unika situationer. En annan framtidsvision är en stark önskan om att få fortsätta arbeta med två legitimerade sjuksköterskor i ambulanteamet, för att kunna dela ansvaret kring bedömningen, men också som stöd för varandra, vilket skulle öka tryggheten. Att vara två som stöttar varandra och har likvärdig kompetens väger tungt för att i slutändan kunna skapa en trygg och god vård för patienten. Att få vara ett team, med god kommunikation och olika erfarenheter som kompletterar varandra, ger en tydlighet och ett bra beslutsfattande (Malmström, Hammarström, Hallgren & Snögren, 2025).

Hållbar utveckling

Den Nära vården syftar en stor del till, förutom att patienten är i centrum, också att effektivisera och använda de resurser som vi har på ett optimalt sätt. Resurserna ska kunna användas för att hjälpa fler (SKR 2024). FN har antagit gemensamma mål för en hållbar utveckling, agenda 30, som har som mål att år 2030 ha skapat en bättre värld (FN-förbundet [2025-03-12]). Ur Sveriges synvinkel har vi en bra vård, som är mer jämställd än andra länders. Dock, kan vi reflektera kring hållbar utveckling i relation till nära vård. Om vi kan uppnå den nära vården, ge varje enskild patient den rätta vårdni-

vån, kan vi också använda våra resurser på ett optimalt sätt. Detta sparar tid och pengar, både för patienten och hälso- och sjukvården. Patienten får hjälpen som krävs utan flertalet besök hos olika vårdgivare. Hälso- och sjukvården behöver inte dubbelarbeta, göra om samma undersökningar gång på gång. Samverkan är nyckeln för att vården ska effektiviseras i alla led. För en god samverkan krävs kommunikation och gemensamma mål. Kan vi effektivisera vårdens förhållanden och förutsättningar kan vi också uppnå en god arbetsmiljö, som gör att fler utbildade sjuksköterskor stannar kvar på sina arbetsplatser. Att hela tiden nyanställa blir också en fråga om åtgång på resurser, för uppläsning och utrustning etc.

SLUTSATSER

Studien hade som syfte att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av vårdmötet med en patient som hänvisas, men även att identifiera eventuella förbättringspotentialer. Resultatet visade att ambulanssjuksköterskorna upplevde oftast själva mötet som positivt, där fokus var att se patienten, lägga en grund för vårdkedjan och motivera till det som var bäst för patienten. Mötet präglades också av en viss osäkerhet och otrygghet i att bedöma rätt, både för sin egen och för patientens skull. Det fanns faktorer som påverkade mötet både positivt och negativt. Positiva känslor skapades av att ta hjälp av kollegan, som önskvärt hade samma utbildning som deltagaren själv, och där yttre hjälp från exempelvis ledningsläkare var viktigt för att skapa en ännu större trygghet i mötet, för båda parter. Tydligt blev dock att stödet i form av ledningsläkare inte fanns hela dygnet. Faktorer som ett samarbete med primärvård och hemsjukvård som inte var optimalt, skapade negativa erfarenheter för ambulanssjuksköterskan och mötet blev då svårare att hantera. Förbättringspotentialer som framkom var en önskan om större utbildningsinsatser, en satsning på samverkan mellan de olika vårdgivarna, ökade resurser i primärvård och hemsjukvård, mer information till allmänheten, utökat stöd från ledningsläkaren hela dygnet, samt en möjlighet att effektivisera det administrativa arbetet hos patienten med bättre och tydligare beslutsstöd och ett mer utvecklat dokumentationssystem. Resultatet väckte en reflektion kring om ambulanssjuksköterskans upplevelse av trygghet i sitt beslut påverkas av tillgång av stöd dygnet runt, och möjlighet till att hänvisa patienter till andra vårdgivare, samt hur detta påverkar patientens möjlighet till en jämlik vård dygnets alla timmar.

FORTSATT FORSKNING

I framtida forskning ser vi ett behov av att undersöka hur sjuksköterskan i hemsjukvården upplever samarbetet med ambulanssjuksköterskan och vad den nära vården och hänvisning, ur hemsjukvårdens synvinkel har för förbättringspotentialer. För framtida forskning inom ambulanssjukvården, ser vi en möjlighet att ställa liknande frågeställningar som i denna studie, till nyexaminerade ambulanssjuksköterskor för att undersöka om erfarenhet inom den prehospitala vården påverkar upplevelsen av vårdmötet vid hänvisning.

Kliniska implikationer

För att ambulanssjusköterskan ska ha möjligheten att även i framtiden fokusera på det vårdande mötet med patienten som hänvisas, och uppleva trygghet i ett sådant beslut, så föreslås att verksamheten:

- Tar tillvara på den stora erfarenhet som finns hos ambulanssjusköterskorna i verksamheten, och tillsammans med dem utvecklar arbetet med den nära vården inom ambulansverksamhetens ramar.
- Satsar på utbildning inom hänvisning, tar del av forskning som bedrivs inom ämnet samt visar öppenhet för nya former av digitala beslutsstöd.
- Möjliggör reflektionstid för att medarbetarna ska kunna delge varandra sina erfarenheter kring vårdmötet med patienter som hänvisas, för att tillsammans kunna skapa en ödmjukhet kring detta komplexa ämne.
- Tryggar upp arbetsmiljön och patientsäkerheten genom att förverkliga önskan om att arbeta med två sjuksköterskor i samma ambulanssteam.
- Ökar stödet till ambulanssjusköterskan genom att ledningsläkarens resurser utökas till dygnets alla timmar.
- Förbättrar samverkan med andra vårdgivare, som primärvården och hemsjukvården, för patientens bästa.

REFERENSER

American college of Surgeons. (2014). *Resources for optimal care of the injured patient*. <https://www.facs.org/media/yu0laqz/resources-for-optimal-care.pdf>

Arman, M. (2024). Närhetsetik för vårdande. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Liber, s.124–136.

Arman, M. (2024). En etik för medmänskligt vårdande. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Liber, s.116–123.

Bellion, M., Suserud, B-O., Karlberg, I & Herlitz, J. (2008). Does ambulance use differ between geographic areas? A survey of ambulance use in sparsely and densely populated areas. *The American journal of emergency medicine*.
doi: 10.1016/j.ajem.2008.01.012

Berg, L. & Lepp, M. (2022). Den vårdande relationen. I Wiklund Gustin, L. & Asp, M. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur, s. 377–392.

Ekebergh, M. (2022). Reflektion - ett stöd för att tillämpa vårdvetenskapliga begrepp. I Wiklund Gustin, L. & Asp, M. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur, s. 83-96.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008), The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107–115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Engström, Å. & Juuso, P. (2023) Kvalitativ forskningsintervju. I Henriksson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Studentlitteratur. Lund. s. 151–164.

FN-förbundet [2025-03-12] *Globala målen för hållbar utveckling*. <https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/>

Gustafsson, T. & Hemberg, J. (2021). Compassion fatigue as bruises in the soul: A qualitative study on nurses. *Nursing Ethics*, 29(1), s. 157-170. Doi: <https://doi.org/10.1177/09697330211003215>

Habbouche, S., Carlson, T., Johansson, D., Kjaerbeck, S., Malm, M., Svensson P-A & Holmqvist, L. (2022). Comparison of the novel West coast System for Triage (WEST) with Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTS): an observational pilot study. *International Journal of Emergency Medicine*. 15, 47. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00452-2>

Henricson, M. & Billhult, A. (2023) Kvalitativ metod. I Henriksson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Studentlitteratur. Lund. s. 115–126.

Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz, J. & Karlberg, I. (2007). Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *European Journal of emergency medicine*. 14(3) s. 151–156. Doi: 10.1097/MEJ.0b013e3280146508

Holmström, K. Inger. (2022). Personcentrerad vård. I Wiklund Gustin, L. & Asp, M. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur, s. 429–438.

Hälso- och sjukvårdslag SFS 2017:30.

Höglund, E., Andersson-Hagiwara, M., Schröder, A., Möller, M. & Ohlsson-Nevo, E. (2020). Characteristics of non-conveyed patients in emergency medical services (EMS): a one-year prospective descriptive and comparative study in a region of Sweden. *BMC Emergency Medicine*. Doi: [10.1186/s13049-022-01023-3](https://doi.org/10.1186/s13049-022-01023-3)

Höglund, E., Andersson-Hagiwara, M., Schröder, A., Möller, M. & Ohlsson-Nevo, E. (2022). Outcomes in patients not conveyed by emergency medical services (EMS): a one-year prospective study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 30(40). Doi: <https://doi.org/10.1186/s13049-022-01023-3>

Höglund, E., Schröder, A., Möller, M., Andersson-Hagiwara, M. & Ohlsson-Nevo, E. (2019). The ambulance nurse experiences of non-conveying patients. *Journal of clinical nursing*. 28(1–2). Doi: [10.1111/jocn.14626](https://doi.org/10.1111/jocn.14626)

Kallenberg, J. 1177 på webben, Västra Götalandsregionen. (2022). *Triage styr väntetiden på akuten*. 220705.

<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/triage-styr-vantetiden-pa-akutenvgr/>

Kauppi, W., Imberg, H., Herlitz, J., Molin, O., Axelsson, C. & Magnusson, C. (2025). Advancing a machine learning-based decision support tool for pre-hospital assessment of dyspnoea by emergency medical service clinicians: a retrospective observational study. *BMC Emergency Medicine*. 25(2). Doi: 10.1186/s12873-024-01166-9

Kight, K. & Andersson, B. (2023). *Ambulanssjukvårdens utveckling. Från att transportera patienter till akuten till att erbjuda avancerad och nära vård i ett komplext vårdssystem*. Sveriges kommuner och regioner.

https://skr.se/download/18.1747c74718bab6d36f83f5cc/1699870311644/SKR_A4_Ambulanssjukvardens-utveckling_webbpdf.pdf

Kjellström, S. (2023) Forskningsetik. I Henriksson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Studentlitteratur. Lund. s.61–84.

Kuoppala, A., Skaffari, E., Iirola, T. & Nordquist, H. (2024). The experience of patients not conveyed after evaluation by emergency medical services in Southwest Finland - A qualitative survey study. *Australasian emergency care*, 27(4), s. 237-243. doi: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2024.05.001>

Lederman, J., Löfvenmark, C., Djärv, T., Lindström, V. & Elmqvist, C. (2019). Assessing non-conveyed patients in the ambulance service: a phenomenological interview study with Swedish ambulance clinicians. *BMJ Open*. 9(9). Doi: [10.1136/bmjopen-2019-030203](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030203)

Magnusson, C., Herlitz, J. & Axelsson, C. (2020). Patient characteristics, triage utilisation, level of care, and outcomes in an unselected adult patient population seen by the emergency medical service: a prospective observational study. *BMC Emergency Medicine*. 20(7). doi: 10.1186/s12873-020-0302-x

Malmsten, E., Hammarström, H., Hallgren, J. & Snögren, M. (2025).” There are two of us”: Registered nurses’ experience of teamwork and working alone in the Swedish ambulance service - a qualitative interview study. *International Emergency nursing*. 78. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101550>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2023) Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henriks-son, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Studentlitteratur. Lund. s. 473–490.

NAEMT. (2021). *AMLS Advanced medical life support*. Upplaga 3. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Norberg Boysen, G. (2017). Patientens tillit till den prehospitala vårdkedjan. Ändamåls-enlig vård för patienter med primärvårdsbehov. *Högskolan i Borås*.

Persson, C. & Sundin, K. (2023) Fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod - ett dialektiskt förhållningssätt. I Henriksson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Studentlitteratur. Lund. s. 357-370.

Polit, D.F. & Beck, C.T., (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* 11th ed., Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rehnsfedlt, A. (2022). Vårdgemenskap och vårdande möte - ontologi och praxis. I Wiklund Gustin, L. & Asp, M. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur, s. 367–376.

Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor (RAS) (2022). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård*. Svensk sjuksköterskeförening.

<https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-ambulanssjukvard>

Saarijärvi, M. & Bratt, E-L. (2021). When face-to-face interviews are not possible: tips and tricks for video, telephone, online chat, and email interviews in qualitative research. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 2021-05, Vol.20 (4), p.392-396 doi: 10.1093/eurjcn/zvab038

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken, etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur. Lund.

SFS 2003:460 *Lagen om etikprövning som avser människor.*

SFS 2018:218 *Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.*

Socialdepartementet och SKR (2023) *God och nära vård 2024, En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav.*

<https://skr.se/download/18.436e32a318c8af0ae994036/1703172720013/Overenskommelse-god-nara-var-d-2024.pdf>

Socialstyrelsen (2023). *Sveriges prehospitala akutsjukvård - nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag.* Artikelnummer 2023-2-8337

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-2-8337.pdf>

Socialutskottet Bet. 1996/97:SoU14. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

SOSFS 2009:10. *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.*

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus - med fokus på sköra äldre.* https://www.sbu.se/contentassets/5f0e7213e73b4369acd4874fd3dcbf89/akutvard_aldre.pdf

Steen, S., Arvidsson, E., Sjölund, E., Jacobson, M., Melén, D., Karlsson, L., Olsson, B., Malmsten, K., Sarv, L., Månsson, J., Eriksson, M. & André, M. (2024). *Primärvård i Sverige, uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar.* SKR.

https://skr.se/download/18.476206301938615cb1cb7f60/1734336431878/SKR_A4_Primarvardsrapporten_2024_webbpdf.pdf

Svedberg, H., Västra Götalandsregionen. (2023). *Optimal vård Nivå ”OVN - Nära vård i intern/ extern samverkan”.* [2025-03-10].

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2023). *Ökad samverkan mellan primärvård och specialistvård - omställningen Nära vård.*

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/nyarbetssatt/okad-samverkanprimarvardspecialistvard.73796.html>

Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2024). *Omställning till Nära vård.*

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnara-ward.57446.html>

Tanács, L., Västra Götalandsregionen. (2023). *Optimal vårdnivå - Vårdinsats på plats av ambulanssjuksköterska.* [2025-03-10]

Wibring, K., Magnusson, C., Axelsson, C., Lundgren, P., Herlitz, J. & Andersson-Hagiwara, M. (2020). Towards definitions of time-sensitive conditions in prehospital care. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and emergency medicine.* 28(7). doi: 10.1186/s13049-020-0706-3.

Intervjuguide

Innan intervjustart:

Deltagarna informeras om studiens syfte och upplägg. Och samtycker deltaaren till studien? Har deltagaren några frågor innan vi börjar?

Uppvärmade frågor:

Arbetar du i stad nära sjukhus eller har du mer än 3 mil till närmsta sjukhus?

Hur länge har du arbetat inom ambulanssjukvård?

Hur länge har du varit sjuksköterska? Respektive specialist?

Är du kvinna/ man?

- **Beskriv det initiala mötet med en patient**
- Beskriv din upplevelse av det stöd du har att tillgå när du ska bedöma/ hänvisa en patient
- Vilka alternativ till fortsatt vård finns att tillgå?

- **Hur upplever Du hänvisningen och orsakerna till att hänvisa en patient i ambulanssjukvården?**
- Vad är din uppfattning om varför en patient ska hänvisas om inte bedömning leder till behov av sjukhusvård?
- Vad är din upplevelse av hänvisning av patienter? Vilka hänvisas?

AMBULANSSJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSE

- **Beskriv ett möte med en patient som hänvisas till annan vårdnivå**
- Beskriv lite djupare om din upplevelse kring att bemöta en patient som du bedömer inte behöver vård på sjukhus
- Beskriv dina strategier i mötet
- Vilka faktorer påverkar mötet?
- Hur påverkar resursbrist i området bedömningen och mötet med patienten?

PATIENTENS UPPLEVELSE

- **Vad är din upplevelse av patientens förväntan på ambulanssjukvården och reaktion på hänvisningen.**

FRAMTIDSVISIONER

- **Om du tänker framåt, vad är det viktigaste i utvecklingen för ambulanssjukvården, när det gäller att möta patienter som kan hänvisas, på ett optimalt sätt?**

- **Har du något att tillägga angående ämnet?**



INFORMATION ANGÅENDE ETT EXAMENSARBETE OM ...

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete *Ambulanssjuksköterskans upplevelse av vårdmötet med en patient som inte kräver specialistvård på sjukhus*. Vi är 2 sjuksköterskor som studerar på Ambulansprogrammet vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på grund/avancerad nivå.

VAD ÄR DET FÖR PROJEKT OCH VARFÖR VILL NI ATT JAG SKA DELTA?

Sveriges sjukvård ställer om till en nära vård, vilket kräver att patienten ska vårdas på rätt nivå. Detta leder till att ambulanssjukvården idag har riktlinjer och hänvisningsstöd till vart patienten kan få sin fortsatta vård. Vi vill undersöka hur ambulanssjuksköterskan upplever mötet med patienten i samband med hänvisning. Du är tillfrågad, efter en frivillig intresseanmälan, då du är sjuksköterska/ specialistsjuksköterska och aktivt arbetar inom ambulanssjukvården, inom upptagningsområdet vi valt att studera.

Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

HUR GÅR EXAMENSARBETET TILL?

Datainsamling kommer ske genom kvalitativa intervjuer, vi kommer använda oss utan en semistrukturerad intervjuguide. Intervjuerna kommer att ske via telefon/ zoom, ljudupptagning kommer spelas in, intervjun beräknas ta ca 30 minuter. Av dig som forskningsperson krävs att du deltar vid avtalad tid, samt skriver på samtycke.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

DELTAGANDET ÄR FRIVILLIGT

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt arbete. För att delta behöver du lämna ditt samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren [kontaktuppgifter se nedan].

VAD HÄNDER MED MINA UPPGIFTER?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in, (*bakgrundsinformation* och *intervjuer, enkäter, fältanteckningar eller annat*), kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15-18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

ANSVARIGA FÖR EXAMENSARBETET

Elina Fransson 0723-054435 s24078942@student.hb.se

Emelie Skoglund 0763-194334 s2200609@student.hb.se

Handledare Johan Herlitz 0734-612002 johan.herlitz@hb.se

SAMTYCKE OM DELTAGANDE

Fylls i av handledaren

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

Datum och handledares namnteckning

✂-----

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet *Ambulanssjusköterskans upplevelse av vårdmötet med en patient som inte kräver specialistvård på sjukhus* och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum

Bilaga 3

Hej!

Vi går ”Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård” på Högskolan i Borås. Vi kommer nu att påbörja vårt examensarbete med inriktning mot ambulanssjukvård, med stöttning av vår handledare Johan Herlitz.

Vi har för avsikt att fördjupa oss i förhållningssättet till Nära vård, med syftet ”Ambulanssjuksköterskans upplevelse av vårdmötet med patienter som inte kräver specialistvård på sjukhus”.

Studien kommer att vara en kvalitativ intervjustudie.

Eftersom deltagandet är frivilligt kommer intervjuernas att genomföras på medarbetarnas fritid.

Vi kommer att göra ljudupptagning av intervjuerna och filerna kommer att raderas efter transkription. Deltagarnas uppgifter kommer att aidentifieras. Materialet kommer bearbetas av oss samt handledare.

Vi kontaktar dig i egenskap av verksamhetschef inom akutkliniken på SÄS för frågan om vi får ditt godkännande att göra 10 st. individuella intervjuer med medarbetare från ambulansverksamheten?

Vi undrar även om det finns möjlighet att eftersöka deltagare i ambulansens veckobrev, samt på de rullande informationsskärmarna?

Vi ser fram emot en snar återkoppling från dig, då vi är angelägna om att komma igång med vårt arbete.

Mvh Emelie Skoglund och Elina Fransson