

**Examensarbete specialistutbildning ambulanssjukvård 15 hp
Sundsvall 2015**

Institutionen för hälsovetenskap

**Ambulanssjuksköterskors erfarenhet av att lämna patienter hemma
utan ambulansbehov**

- En intervjustudie

**Ambulance Nurses´ experience of leaving patients at home that not
are in need of ambulance care**

- An interview

Nyberg, Karolina

Edeborg, Lars



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Abstrakt

Bakgrund: Alla patienter som tilldelas en ambulans har inte ett akut vårdbehov och kan vårdas på plats, genom fortsatt egenvård, på annan vårdinstans eller transporteras på annat sätt. Detta kan för ambulanssjuksköterskan ibland innebära att man gör bedömningen att patienten inte behöver ambulanstransport och kan lämnas på plats. **Syfte:** Syftet med denna intervjustudie är att undersöka ambulanssjuksköterskans erfarenheter av att lämna patienter hemma efter att ha fattat beslut om att tillståndet inte kräver ambulanstransport, samt vilket stöd de har för sådana beslut. **Metod:** Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. Intervjupersonerna i studien valdes ut genom strategiskt urval bland yrkesverksamma ambulanssjuksköterskor i Gävleborgs län. Totalt har åtta semistrukturerade intervjuer gjorts och urvalet utgjordes av 3 kvinnor och 5 män med olika lång erfarenhet av yrket. Resultatet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** De intervjuade ambulanssjuksköterskorna saknade stöd när de gjorde bedömningen att patienten inte hade något behov av ambulanssjukvård och därigenom kunde lämna patienten på plats. Det stöd som efterlystes var dels ett regionalt läkarstöd som kunde utgöra ett stöd genom råd och beslut, men också behandlingsriktlinjer som ett styrdokument när det gällde "lämna-hemma-patienter". Vidare framkom också att Sjukvårdsrådgivningen upplevdes som en bidragande orsak till övertriagering. **Slutsats:** Genom att införa regionalt läkarstöd och utforma tydliga behandlingsriktlinjer som stöd när patienter skall lämnas kvar hemma kan sannolikt ambulanssjuksköterskans kompetens utnyttjas på ett bättre sätt och vårdkedjan torde bli effektivare genom att patienten styrs till rätt vårdnivå redan prehospitalt utan att för den skull riskera varken patientsäkerhet eller personalens legitimation.

Nyckelord; bedömning, innehållsanalys, prehospital vård, stöd, specialistutbildad ambulanssjuksköterska.

Abstract

Background: All patients that are assigned an ambulance do not have an emergent need of care and can be nursed at place by continued own care, at other institute of health or be transported in other way. This can for the nurse of the ambulance sometimes carry that one make the judgement that the patient doesn't need transport by ambulance and can be left at the scene. **Purpose:** The reason of this study with interviews is to examine the nurses of the ambulances experiences of leaving patients at home after making the decision that they don't require transport by ambulance and also to show what kind of support they have for these kind of decisions. **Method:** The study was performed as a qualitative study of interviews. The people in the study were chosen by strategic selections by present working nurses in ambulances in the region of Gävleborg. There has been total eight semi structured interviews in the selection of three women and five men with different kind of experiences of the work. The result was analyzed by a qualitative analysis of content. **Result:** The interviewed nurses expressed that they didn't have the support they need when they were to make the decision that the patient was not in need of care or transport by ambulance and by that could leave the patient at the scene. The support they were asking for was partly support of a regional doctor who could support by advice and decisions, but also by guidance of treatment to run when it came to "patients to leave at home". The interviewed nurses also experienced Sjukvårdsrådgivningen as a reason for over-prioritizations. **Conclusion:** By introducing a regional support of doctors and form obvious guidelines of treatment as a support when patients are to be left at home, can without a doubt the knowledge of the nurses be used in a better way and the chain of caretaking could be much more efficient through that the patient is ordered to the right level of prehospital care without the risk for the safety of the patient or the license of the nurse.

Keywords: analysis of content, judgement, prehospital nursing, specialized nurse of ambulance, support

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Ambulanssjukvårdens uppbyggnad.....	1
1.2 Prioritering av uppdrag.....	1
1.3 Prehospital akutsjukvård	2
1.4 Ambulanssjuksköterskans kompetens/ bedömning/beslut	3
1.5 Patientsäkerhet	4
1.6 Resursfördelning	5
1.7 Att lämna patient hemma	6
1.8 Problemformulering	6
1.9 Syfte och frågeställningar.....	6
2. Metod	7
2.1 Design.....	7
2.2 Intervjuer	7
2.3 Deltagare	7
2.4 Etiska överväganden	8
2.5 Analys.....	8
3. Resultat.....	10
3.1 Avsaknad av stöd för beslut	11
3.1.1 Behov av läkarstöd	11
3.1.2 Brist på stöd i behandlingsriktlinjer/organisation	12
3.1.3 Oro för felbedömning.....	12
3.2 Anledning att lämna hemma	13
3.2.1 Hushålla med resurser	13
3.2.2 För patientens skull	14
3.2.3 Åtgärdad i hemmet eller på annan vårdnivå.....	15
3.2.4 Inget behov av vård/ambulanstransport	15

3.3 Grund för beslutet att lämna hemma	17
3.3.1 Samlad undersökning av patienten.....	17
3.3.2 Ingen lämnas hemma mot sin vilja.....	19
3.3.3 Samförstånd i beslutet	19
4. Diskussion	20
4.1 Metoddiskussion.....	20
4.2 Resultatdiskussion	21
4.3 Slutsats	25
Referenser.....	26
Bilagor.....	29

1. Inledning

1.1 Ambulanssjukvårdens uppbyggnad

Ambulanssjukvården har under de senaste 50 år genomgått en stor förändring. Från att enbart haft som uppgift att transportera skadade och sjuka människor, bemannas idag en rullande akutmottagning med möjlighet till avancerad behandling på plats och under pågående transport till sjukhus. Tidigare utfördes dessa transporter av personal utan medicinsk kompetens men på 60-talet började man i Sverige utbilda ambulanspersonal i enklare akutsjukvård. Från början utgjorde kursen av 3 veckors teoretisk och praktisk utbildning för att under 70- och 80-talet utökas ytterligare några steg (Suserud & Haljamäe 1997). År 2005 genomfördes en större förändring då Socialstyrelsen tog bort möjligheten för ambulanssjukvårdare att ge läkemedel på delegering och därför finns det idag minst en legitimerad sjuksköterska i varje ambulans. Detta efter ett beslut från Socialstyrelsen med avsikt att höja kompetensen i svensk ambulanssjukvård (Socialstyrelsen 2005). Utvecklingen inom ambulanssjukvården har sedan fortsatt att utvecklas till idag då vi utöver behandlingen av sjuka och skadade patienter också hanterar medicinsk utrustning, kommunikationsutrustning som Rakel och Mobimed för att kunna hantera och överföra medicinsk data mellan ambulans och sjukhus. I Gävleborg finns idag tre olika personal kategorier representerade i ambulansen, ambulanssjukvårdare, leg. sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Det är en strävan att den sjuksköterska som jobbar i ambulansen skall ha en bred erfarenhet av akut sjukvård och en specialisering i ambulanssjukvård (SOSFS 1997:18). För ambulanssjukvården i Gävleborg finns det en målsättning att 50% av sjuksköterskorna i verksamheten ska vara specialistutbildade år 2015 (Landstinget Gävleborg 2010).

1.2 Prioritering av uppdrag

I Sverige finns nödnumret 112 vid behov av ambulans och SOS Alarm som svarar på samtalet prioriterar uppdraget utifrån ett medicinskt index. När personalen på SOS Alarm fått en samlad bild om vad som har inträffat görs en bedömning om ärendet har ett ambulansbehov eller om det skall hänvisas till en annan vårdgivare. Att som larmoperatör ta emot telefonsamtal och på kort tid förstå och fatta beslut kan vara en svår uppgift. Inringarens problem kan många gånger vara diffusa eftersom de har svårt att precisera orsaken till varför de söker hjälp. Vid tillfällen där larmoperatören känner sig osäker prioriteras ärendet högre

för att ha en säkerhetsmarginal (Hjälte m.fl. 2007b). Det finns i dagsläget 4 prioritetsgrader. Vid ett prio 1 larm är det medicinska behovet akut med livshotande symtom. Närmast tillgängliga ambulans dirigeras till platsen. Vid ett prio 2 larm är behovet också akut men dock utan livshotande symtom. Om däremot patienten har ett omvårdnads- eller övervakningsbehov men där tillståndet inte försämras av rimlig väntetid blir graden prio 3. Prio 4 innebär transporter där patienten inte kräver vård eller tillsyn av sjukvårdspersonal (Behandlingsriktlinjer Ambulansen Gävleborg). Inom Ambulanssjukvården Gävleborg utfördes under år 2014 totalt 44 275 uppdrag fördelat på de olika prioritetsgraderna enl. tabell 1(SOS Alarm).

Tabell 1. Antal ambulansuppdrag och prioritet i Gävleborg 2014.

Via SOS år 2014	
Prio ut	Antal
1	15 705
2	23 139
3	5 183
4	248
Totalt	44 275

(Källa: SOS Alarm 2014)

1.3 Prehospital akutsjukvård

Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2009:10) är ambulanssjukvård ”hälso – och sjukvård som omfattar undersökning, vård och behandling på hämtplats och/eller i ambulans”. Med prehospital akutsjukvård menas den vård och behandling av patienter som sker innan ankomst till sjukhus. Att komma som första ambulansenhet till en sjuk eller skadad person innebär förväntningar om att ”vara en hjälte”, rädda liv och utgöra ett psykologiskt stöd för både patienten och dess anhöriga (Suserud 2009 s. 62). Mötet mellan patient och vårdgivare sker i en miljö som inte är uppgjord i förhand. Det ställer krav på vårdgivaren eftersom tiden för mötet med patienten ofta är begränsad och skall innefatta bland annat medicinsk bedömning och behandling, prioritering (Almerud, Österberg & Nordgren 2012 s.101-102). Allt detta

skall vila på ett holistiskt förhållningssätt där patienten bjuds in att delta i vården och påverka beslut om t.ex. behandling. Genom att sammanställa patientens vitalparametrar och bakomliggande anamnes gör ambulanspersonalen ett primärt omhändertagande. Utifrån den prehospitla bedömningen fattas beslut om behandling och prioritering inför transport till rätt vårdnivå (Bruce & Suserud 2005). Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vården av sjuka individer bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. I Hälso – och sjukvårdslagen (1982:763) påpekas det även att vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

1.4 Ambulanssjuksköterskans kompetens/ bedömning/beslut

Efter att Socialstyrelsen 2005 beslutade att endast sjuksköterskor får hantera och administrera läkemedel i ambulans innebär det att en sjuksköterska måste ingå i varje ambulansbesättning (SOSFS 2000:1). Tidigare studier (Suserud & Rådestad 2010) visar på att den allmänna uppfattningen är att patienten har rätt till samma kompetens prehospitla som inne på sjukhuset och att det därför är ett krav med minst en grundutbildad sjuksköterska i varje besättning. Enligt Suserud & Haljamäe (1997) så har den ökade andelen sjuksköterskor i ambulansverksamheten bidragit till kvalitetshöjning genom utökad kompetens för hela besättningen. Förutom ambulanssjukvårdare och grundutbildade sjuksköterskor så återfinns inom ambulanssjukvården även specialistkompetenser, bla ambulanssjuksköterskan.

Ambulanssjuksköterskan har en specialistutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård och har enligt RAS (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2012) ” *en kompetens som en personcentrerad, evidensbaserad, jämlik och tillgänglig ambulanssjukvård fodrar*”. Socialstyrelsen skriver att specialistsjuksköterskan inom ambulanssjukvård ska ansvara för bedömning, rådgivning, prioritering samt åtgärder på hämtplats, under transport och överlämnande vid mottagande sjukvårdsinrättning (SOSFS 1997:18). För att tillgodose patienternas behov är en bred baskompetens nödvändig i ambulanssjukvården, händelserna är oförutsedda och uppdragen varierande vilket ställer krav på sjuksköterskan. Enl. Wireklint Sundström (2005) har den specialistutbildade ambulanssjuksköterskan en högre medicinsk- och omvårdnadsnärlig kompetens inom det prehospitla området jämfört med sina allmän- och övriga specialistutbildade kollegor.

Utöver detta så finns inom ambulanssjukvården även konceptutbildningar som är skräddarsydda för prehospitla vård och omhändertagande. Dessa utbildningar innebär att man

använder sig av ett standardiserat sätt att undersöka och behandla patienten och är tänkt att stärka vårdkedjan mellan prehospitalet och hospital sjukvård. Två av dessa koncept är Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) och Advanced Medical Life Support (AMLS) vilka båda är verktyg för att systematiskt och strukturerat undersöka patienten. Konceptet som används i den primära bedömningen utgår ifrån A- luftväg, B- andningsfunktion, C- cirkulatorisk funktion, D- disability eller neurologisk påverkan, E- exposure dvs. helkroppsundersökning. Eventuellt avvikande fynd på varje steg åtgärdas innan man går vidare till nästa steg i konceptet, t.ex. om ett luftvägshinder upptäcks på A skall det åtgärdas innan man går vidare till B för att undersöka andningens funktion (Dalton, Limmer, Mistovich & Werman, 2007, s.17-18).

För att prioritera patienten använder ambulanssjuksköterskan sig av RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) som är en svensk triageringsmodell där både patientens sjukdomshistoria ESS (Emergency Symptoms and Signs) och vitalparametrar sammantaget bedömer patientens allvarlighetsgrad från omedelbart omhändertagande till lägsta medicinska risk (Göransson, Eldh & Jansson, 2008).

1.5 Patientsäkerhet

Överutnyttjande av ambulanssjukvården leder till överbelagda akutmottagningar som kan resultera i att de patienter som är i behov av akutvård inte får den optimala vården de behöver. Med hjälp av riktlinjer kan ambulanspersonalen bedöma att inte transportera patienter utan akut vårdbehov vilket skulle resultera i en mer effektiv resursfördelning samt en högre patientsäkerhet (Haines et al. 2006). Patientsäkerhetsperspektivet handlar inte bara om felaktiga bedömningar och beslut utan även om att inte överutnyttja vårdresurserna (Zachariah, Bryan, Pepe och Griffin 1992).

”Vårdens tillgänglighet måste vara tillfredställande för en god patientsäkerhet. I en del situationer innebär utdragen väntan på en vårdinsats inte endast bristande servicekvalitet utan också en mera direkt patientsäkerhetsfråga” (Socialstyrelsen).

1.6 Resursfördelning

Antalet ambulansuppdrag har de senaste åren ökat och det tar längre tid för ambulanserna att komma fram till patienterna enl. riksrevisionens granskning av statens insatser inom ambulansverksamheten (RIR 2012:20). Enl. granskningen kan det ökade behovet av ambulanssjukvård i samhället bero på flera saker bland annat så har andelen äldre i samhället ökat men även att medborgarnas krav på ambulanssjukvården har ändrats. Ambulanserna används inte bara till det de är avsedda för utan utnyttjas fel till patienter som inte är i behov av en akut transport in till en vårdinrättning.

Att ambulanser får rycka ut och transportera patienter som inte har ett akut vårdbehov är ett samhällsproblem som drabbar både patienten och ambulanssjukvården. Det riskerar att få konsekvenser av att färre ambulanser finns tillgängliga då verkliga akutfall uppstår. Dessutom blir det en onödig kostnad för samhället (Richards & Ferall 1998).

Antal ambulansuppdrag per år har i Gävleborg de senaste 10 åren ökat med 25 % (Tabell 2).

Tabell 2: Antal ambulansuppdrag per år i Gävleborgs län

År 2004	År 2007	År 2010	År 2012	År 2014
35 447	36 987	40 798	42 194	44 275

Under samma period så har antalet ambulanser i samma område minskat från 26 stycken i antal till 25.

I hälso- och sjukvårdslagens §2 presenteras ”rättvisprincipen” står bland annat att ”*Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet skall ges företräde till vården*” (Socialdepartementet 1982).

Detta kan innebära att ambulanssjuksköterskan ibland måste ta beslutet att lämna patienten hemma efter att ha bedömt att det inte finns något behov av ambulanssjukvård. (Persse, Key, Baldwin 2002).

1.7 Att lämna patient hemma

Tidigare studier visar på övertriagering i utalartering av ambulanser (Hjälte m.fl. 2007b).

Detta kan leda till att ambulanspersonal ställs inför beslutet att lämna patienten i hemmet efter att ha gjort bedömningen att patienten inte har något akut vårdbehov som kräver ambulanstransport. Bedömer ambulanspersonalen att patienten saknar akut vårdbehov och inte behöver transporteras i ambulans krävs det förutom personalens bedömning även att patienten samtycker till beslutet (Behandlingsriktlinjer Ambulansen Gävleborg 2013) .

Tidigare studier visar på att där ambulanspersonal ges möjlighet att behandla på plats och med stöd av behandlingsriktlinjer tillåtas att göra bedömningen att patienten inte behöver transporteras till sjukhus resulterat i en effektivare resursfördelning samt hög patientsäkerhet och nöjda patienter (Haines, Lutes, Blaser & Christopher 2006).

Vid de tillfällen då en patient lämnas kvar hemma efter bedömning att inget behov av ambulanstransport finns innebär det att patienten kan slussas vidare att själv uppsöka akuten, hälsocentral eller få råd för fortsatt egenvård (Hjälte, Suserud, Herlitz & Karlberg 2007a).

1.8 Problemformulering

Utnyttjandet av ambulanssjukvården har under de senaste åren ökat och många av de patienter som tilldelas en ambulans har inte ett akut vårdbehov och kan vårdas på plats, genom egenvård, på annan vårdinstans eller transporteras på annat sätt. Detta kan för ambulanssjuksköterskan ibland innebära att man gör bedömningen att patienten inte behöver ambulanstransport och kan lämnas på plats. Tidigare forskning omkring ”lämna-hemma”-patienter finns sen tidigare. Vad författarna till föreliggande studie saknade i sökningen var perspektivet som undersökte vilket stöd ambulanssjuksköterskorna kände att de hade från behandlingsriktlinjer efter beslut om att kvarlämna patienter hemma som var utan ambulansbehov. Författarna till föreliggande studie anser att resultatet kan bidra med kunskap om ambulanssjuksköterskans perspektiv när det gäller att lämna patienter hemma.

1.9 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna intervjustudie är att undersöka ambulanssjuksköterskans erfarenheter av att lämna patienter hemma efter att ha fattat beslut om att tillståndet inte kräver ambulanstransport, samt vilket stöd de har för sådana beslut.

Frågeställningar

- Om ambulanssjuksköterskorna tycker att de har tillräckligt stöd från behandlingsriktlinjer/organisation för att ”lämna hemma”?
- Varför ambulanssjuksköterskan lämnar patienten hemma och vad de grundar sitt beslut på?

2. Metod

2.1 Design

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. En kvalitativ studie kännetecknas av nedskrivna och talade uttryck (Polit&Beck 2004) och har sitt ursprung i den holistiska traditionen och avser att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen (Henricsson 2012, s.130). Intervjuer ger enligt Henricsson (2012 s. 165) möjlighet att förstå deltagarnas erfarenheter genom att de berättar med egna ord vilket svarar på syftet med studien.

2.2 Intervjuer

Semistrukturerade enskilda intervjuer har använts där informanterna har fått samma frågor (bilaga 1) där de med egna ord fått beskrivit fenomenet. Intervjuguiden har av författarna använts som ett stöd under intervjuerna där det till en början har ställts öppna frågor utifrån syftet. Författarna har sedan vid behov ställt följdfrågor för att ytterligare uttömma ämnet. Det genomfördes först en provintervju för att testa inspelningstekniken, frågorna i intervjuguiden samt författarna som intervjuare. Ljudkvaliteten från provintervjun var bra och frågeguiden bedömdes innehålla relevanta frågor utifrån syftet med studien. Därefter genomfördes intervjuerna där båda författarna medverkade. Ett separat och ostört rum bokades där intervjuerna senare genomfördes i en lugn och trygg miljö. Intervjuerna spelades in och varade mellan 18-46 minuter. Därefter transkriberades materialet ordagrant.

2.3 Deltagare

Deltagarna i studien var yrkesverksamma ambulanssjuksköterskor i ambulansverksamheten Gävleborg. Inklusionskriterier för att delta i studien var specialistutbildning med inriktning

mot ambulans. Åtta informanter valdes genom bekvämlighetsurval och tillfrågades om de ville ingå i studien, se bilaga 3. Deltagarna var mellan 30-52 år, fem män och tre kvinnor med en skillnad på 3-32 års erfarenhet av ambulanssjukvården.

2.4 Etiska överväganden

Verksamhetschefen för ambulanssjukvården Gävleborg kontaktades skriftligen där studiens syfte presenterades med förfrågan om tillstånd att utföra intervjuerna (bilaga 2). Efter dennes godkännande kontaktades deltagarna skriftligen där de informerades om syftet med studien samt att deltagandet var frivilligt (bilaga 3). Efter godkännande av deltagarna kontaktades de igen för att bestämma tid och plats för intervjun.

2.5 Analys

Analysen av intervjuerna grundar sig på en induktiv ansats, vilket innebär att texten från intervjuerna analyserades förutsättningslöst utifrån deltagarnas berättelser om deras erfarenheter (Elo & Kyngäs, 2007). Efter genomförda intervjuer transkriberades materialet ordagrant. Därefter har författarna läst samtliga intervjuer ett flertal gånger för att få en känsla för helheten, sedan har texterna analyserats och studerats utifrån Graneheim och Lundmans innehållsanalys (2004). Genomförandet av analysen har gjorts textnära med låg abstraktionsnivå. En kvalitativ innehållsanalys görs för att kunna hitta samband och teman i den sammanställda texten. I inledningsskedet av analysen arbetade författarna var för sig med texten. Meningsbärande enheter plockades ut och under reflektion och diskussion sammanfördes materialet i syfte att uppnå samstämmighet vid tolkning av texterna. Detta för att säkra trovärdigheten under innehållsanalysen (Graneheim & Lundman, 2004). Text som svarade mot syftet markerades och blev meningsenheter, därefter kortades innehållet ner till kondenserade meningsenheter utan att dess centrala betydelse gått förlorad. De kondenserade meningsenheterna analyserades och koder skapades med hänsyn till helheten. Utifrån koderna skapades underkategorier som i sin tur tolkades utifrån materialet som helhet och kategorier formulerades (se tabell 1). För att undvika allt för många kategorier och underkategorier lades mycket tid på att jämföra och göra sammanslagningar till dess att inga fler sammanslagningar kunde genomföras (Elo & Kyngäs, 2007). Då framkom 3 kategorier och 10 underkategorier,

vilka sedan presenterades i resultatet (Henricson, 2012, s. 336-342, Polit & Beck, 2011, s. 556-580).

Tabell 1. Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategorier och kategori utifrån innehållsanalysen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Man tänker ju på att spara på resurser, man tänker på vad ska vi ockupera ambulansen med. Det är inte så roligt om man eller det är inte bra rättare sagt om man ja att man använder ambulansen i onödan. För tillgänglighet, vi är så nerskurna nu ändå det måste ju vara någon form av behovsstyrning ändå. Vi kan ju inte behöva sitta och skjutsa dom	Man vill spara på resurser och därigenom bibehålla beredskapen genom att undvika onödiga transporter, dvs patienter utan vård- eller transportbehov.	Spara på resurser genom att undvika att transportera patienter utan vårdbehov.	Hushålla med resurser	Anledning att lämna hemma

<p>som inte behöver för att inte kunna ta det som behöver, ja hålla beredskap å så och allt det där...</p>				
--	--	--	--	--

3. Resultat

Resultatet presenteras utifrån 3 kategorier och 10 underkategorier som framkom efter att de insamlade intervjumaterialet bearbetats enligt en kvalitativ innehållsanalys (tabell 2).

Underkategorierna förstärks genom autentiska citat från de transkriberade intervjuerna.

Tabell 2. Översikt av kategorier från den kvalitativa analysen

Kategori	Underkategori
Avsaknad av stöd för beslut	<p><i>Behov av läkarstöd</i></p> <p><i>Brist på stöd i behandlingsriktlinjer/organisation</i></p> <p><i>Oro för felbedömning</i></p>
Anledning att lämna hemma	<p><i>Hushålla med resurser</i></p> <p><i>För patientens skull</i></p> <p><i>Åtgärdad i hemmet eller på annan vårdnivå</i></p> <p><i>Finns inget behov av vård/ambulanstransport</i></p>

Grund för beslutet att lämna hemma	<p><i>Samlad undersökning av patienten</i></p> <p><i>Ingen lämnas hemma mot sin vilja</i></p> <p><i>Samförstånd i beslutet</i></p>

3.1 Avsaknad av stöd för beslut

3.1.1 Behov av läkarstöd

Det framkom i studien att samtliga ambulanssjuksköterskor i studien saknar ett stöd i form av en läkare som är avdelad bara för ambulansens verksamhet. Informanterna efterlyser en läkare som kan utgöra ett stöd i specifika vårdssituationer med råd och beslut, inte minst när det gäller tillfällen då man bedömt att patienten är utan vårdbehov eller där vårdbehovet är låg och patienten kan hänvisas till en annan vårdnivå. Den form av läkarstöd som deltagarna i studien efterfrågar är telefonbaserad kontakt.

”Jag tror stenhårt på det här att man ska ha nationellt, alltså att man ska ha en doktor som bara är för oss. Då pratar jag inte bara att lämna hemma heller utan med alla frågor, det kan vara funderingar hur man ska göra i situationer, att man har ett läkarstöd som bara är för oss och att det dokumenteras allting, på den parten också.”

”Ja dels läkarkontakt ett fast nummer, jag ska inte behöva fundera på om jag ska ringa kirurg, ska jag ringa medicin ska jag ringa, jag tycker att det ska vara en som är knuten till ambulansen som har ansvar för ambulansen. Ööö och som vet vad vi har för arbetssätt, och vad vi har för riktlinjer och vad vi har för läkemedel, och allting som är insatt i ambulans och vet att han eller hon kommer att få dom här telefonsamtalen. Från ambulanser och att den i sin tur har verktyg för det. För så tycker jag inte så är det inte nu.”

3.1.2 Brist på stöd i behandlingsriktlinjer/organisation

En stor del av de intervjuade ambulanssjuusköterskorna har uttryckt att stöd saknas för att kunna ta beslut om att lämna en patient hemma då bedömningen görs att det inte finns något vårdbehov. Flera hänvisar till att det inte finns något stöd i behandlingsriktlinjerna som skulle underlätta och göra den processen mer patientsäker och även utgöra ett skydd för personalen som tar ett sådant beslut.

”I just att lämna hemma och bedöma och dom här distriktstjänsterna vi gör, så jag tror vi behöver rätt mkt mera, bättre stöd och att vi har laglig rätt i det och att jag kan känna mig trygg i att lämna hemma då skulle vi utnyttja kompetensen på ett helt annat sätt...”

”...men sen är det klart en osäkerhetsfaktor eftersom vi på pappret sett inte får lämna hemma. I alla fall som jag förstått det ööö. Och då blir hela processen väldigt utlämnad till mig och mitt ansvar, min personliga bedömning vilket jag tycker i och för sig är rätt, men jag kan tycka att vi skulle ha mer stöd i den bedömningen om det fanns nå mer formell process för att lämna hemma.”

”Inget stöd i behandlingsriktlinjer och så här. Vi har ju ingen algoritm för att lämna hemma tex vilket jag tycker är synd. Det borde vi ha.”

3.1.3 Oro för felbedömning

Större delen av informanterna uttrycker en oro för att fatta fel beslut när det gäller att lämna patienter hemma efter att bedömning gjorts att det inte föreligger något vårdbehov. Hälften av dessa framhåller att det skulle kännas tryggare om det fanns stöd i behandlingsriktlinjerna för att fatta beslut.

”Alltså så fast man inte har ryggen fri men med lite sunt förnuft och bra kommunikation på plats gör att man kan lämna hemma. Men en oro kan jag tycka att man har ändå.

-Oro för vad?

Ja, för att man fattar fel beslut.”

”Men visst har det hänt att när man kommer tillbaka till stationen att man funderar att undra om det där blev riktigt.”

”Men visst kan det gnaga lite - Gjorde jag rätt nu?”

”Ja, det är väl en fara som jag ser det. Själv så försöker jag väl, är jag det minsta osäker så tar jag med dom in.”

3.2 Anledning att lämna hemma

De intervjuade ambulanssjuusköterskorna uppgav att det finns flera orsaker till varför man tar beslutet och lämnar kvar en patient hemma.

3.2.1 Hushålla med resurser

Studien visar att ambulanspersonal känner stort ansvar för att bibehålla beredskapen för akuta händelser. Detta tar sig ibland uttryck i att patienter utan behov av vård eller ambulanstransport lämnas hemma för att på egen hand kunna uppsöka sjukvård. Man uttrycker en oro för att vara upptagen med transport av icke vårdkrävande patienter om det samtidigt inträffar någon allvarligt där resurserna verkligen behövs.

”Man tänker ju på att spara på resurser, man tänker på vad ska vi ockupera ambulansen med. Det är inte så roligt om man eller det är inte bra rättare sagt om man ja att man använder ambulansen i onödan. För tillgänglighet, vi är så nerskurna nu ändå det måste ju vara nån form av behovsstyrning ändå. Vi kan ju inte behöva sitta

och skjutsa dom som inte behöver för att inte kunna ta det som behöver, ja hålla beredskap å så och allt det där...”

”Det är ju inte att man ska lämnas hemma utan man ska få träffa en doktor på hälsocentralen eller akuten men att åka ambulans kanske är lite väl. Överdrivet. Ja, det blir fler körningar. Jag tycker att det märks. Så beredskapen sänks ju om alla, det kan ju finnas situationer där det är inga lediga ambulanser i hela länet, vissa tidpunkter. Och det är ju liksom känns inte heller bra. Vet folk om det här egentligen. Man förväntas att, nu har det hänt ett livshotande trauma här, en unge med andningsstopp, ja tyvärr vi har inga lediga bilar just nu.”

3.2.2 För patientens skull

Ett av skälen till varför patienter lämnas hemma är med hänsyn till patienten. I de fall där man bedömer vårdbehovet som lågt eller obefintligt så bedömde man att patienten skulle få vänta på tex akutmottagning väldigt länge för att senare bli utskriven utan att bli åtgärdad.

”Därför att om man gett patienten behandling på plats och patienten känner att han eller hon mår bättre, då kan jag känna att det är skönare för patienten att stanna hemma än att åkt till sjukhuset när man tänket att dom inte kommer att göra så mkt mer på sjukhuset då. Så ja.. det är ju för patientens bästa.”

”Åå att ja den här patienten kommer bli lågt triagerad och få ja ligga i en säng och vänta hur länge som helst och bli bortprioriterad och sen kommer den inte få den hjälp som den behöver heller. Det är väl huvudorsaken.”

”Det är ju av flera anledningar, dels för patientens skull. Att patienten slipper åka till en akutmottagning och vänta flera timmar för att sedan bara bli utskriven. Då slipper dom ju den sjukhusvistelsen och det är ju bra för dom.”

3.2.3 Åtgärdad i hemmet eller på annan vårdnivå

I studien framkom också att det är relativt vanligt att man behandlar patienter på plats, tex diabetespacienter med insulinkoma. Om behandlingen har gett tillfredställande resultat, läkare är kontaktad och omständigheterna tillåter så kan patienten kvarstanna i hemmet.

”Eller den här, oj, nu har det blivit nån miss här. Jag glömde å äta. Den här diabetikern, en olycks olycks, olyckligt, blev medvetlös men vi väcker upp dom och sen är dom, dom har den här sjukdomen och behöver egentligen inte åka in. Dom är så van, dom vet det här själv men nu blev det lite jo jo jo nu blev det lite fel här. Jag har inte haft tid och äta ordentligt och då blir dom ju låg och sen har man ju återställt till normalläge och nu är det ju som vilken dag som helst.”

”Tex så är det väl patienter med hypoglykemi som man ger glucos och sen vaknar dom till och mår bättre och så säger dom att dom vill vara hemma och så kontaktar man läkare och så får dom stanna kvar i hemmet och att det är en känd diabetes sen förut. Såna patienter lämnar man hemma ganska ofta.”

3.2.4 Inget behov av vård/ambulanstransport

Samtliga informanter i studien har erfarenhet av att bli utkallad på uppdrag till patienter med väldigt lågt eller helt utan vårdbehov. Flera uttrycker en frustration över så kallade ”onödiga körningar” och tycker att det tar ner arbetsglädjen eftersom man upplever att man inte har rätt verktyg för att hantera dessa.

”..det ju en patient som man känner och som åkt väldigt mycket som själv, som är en mycket orolig person som jag upplever det. Som ofta känner sig yr och kanske ringer och frågar om råd – Hur ska jag göra? Kanske ringer 1177 eller om dom ringer 112 det vet jag inte riktigt. – Ja, hur ska jag göra nu då, det är si och så. Så kommer man dit och pratar lite grann och kollar alla vitalparametrar och vad dom har sökt för och man

hittar ingenting alarmerande. Det ser ju ut som, ser frisk ut, ingenting på vitalparametrar eller ESS-koden, på RETTS är allting grönt och dom själv är inne på att; -Inte behöver väl jag åka in?"

En allmän uppfattning bland deltagarna i studien är att Sjukvårdsrådgivningen el. 1177 är en stor bidragande orsak till att ambulansen ofta skickas ut till patienter med väldigt lågt eller utan vårdbehov. Flera av de intervjuade ambulanssjuksköterskorna har erfarenhet av patienter som ställer sig frågande varför det kommer en ambulans då dessa egentligen bara ringde 1177 för att fråga om sin sjukdom.

"Och det kan vara egentligen så kan det vara så att patienten säger redan när man kommer att patienten säger att; jag vill inte in. Utan då är det sjukvårdsrådgivningen tex som har skickat en ambulans, då ja dels så gör man ju samma undersökning på alla patienter, man tar ju parametrarna, och så, man hittar inget speciellt. Patienten kanske inte uttrycker ngt speciellt och kanske inte vill in. Utan är bara orolig för ett högt blodtryck eller nånting sånt där och vill bara ha hjälp med det och då blir det ju oftast att patienten får stanna hemma."

"..och man kommer på plats och det finns inget vårdbehov. Det är alltså 1177 som har sagt till patienten att har du dom här symtomen så ska du ringa efter ambulans istället. Så är det väl många gånger tycker jag."

"Då hade dom ringt 1177 och frågat – Hur ska vi göra? Dom var fosterföräldrar och var lite oroliga. – Hur ska vi göra nu då? Vi måste ju göra rätt. Ja, då skickar dom en ambulans. Så då blir dom liksom förvånad dom då. Ja ja, dom sa att vi skulle vänta på ambulansen, ja så då gör vi väl det då. Dom har ändå själv en tanke om att det här vart lite väl stort pådrag."

3.3 Grund för beslutet att lämna hemma

3.3.1 Samlad undersökning av patienten

I de fall där patienten lämnas hemma så uppger de flesta att man gör en noggrann undersökning som grund för beslutet. Ett flertal gemensamma nämnare om vad som är viktigt för undersökningen har kommit fram under intervjuerna.

Erfarenhet/Klinisk blick

Många lyfter fram erfarenheten som viktig i beslutsfattandet. Genom erfarenhet så utvecklas något man inom vården kallar för ”klinisk blick”. Det innebär att man genom små tecken hos patienten kan avläsa dess allmäntillstånd som kan bli en viktig parameter i beslutsfattandet.

”Ja, jag nån sorts, den här tysta dolda kunskapen att man, bara att komma in i ett rum och se en person, hur dom positionerar sig, ligger, sitter el står. Hur dom ser ut i ansiktet, blicken. Hur det luktar, hur det låter, hur det ser ut. Så kan man ändå, på några sekunder så kan man ändå skapa sig en bild av att sjuk eller inte så allvarligt sjuk, alltså allvarligt.”

”Ja det känner jag ju själv att erfarenheten gör att jag kan arbeta mkt bättre alltså från första dagen jag var här då hade jag inte nå erfarenhet egentligen jag var ju i princip ny sköterska och...ja..ja erfarenhet är jätteviktigt. Saker man ser, man samlar på sig under åren, man tar till sig och lär sig av allt man är med om. Och det är ju klart, erfarenhet är den där den där sista faktorn på RETTS också, sjuksköterskans eller sjukvårdarens erfarenhet, fingertoppskänslan, kanske har allting allting grönt på RETTS men du känner att det här stämmer inte, det vet ju ni också när man kommer in någonstans att man känner ju direkt om det är, ja ibland kan man ju ha fel i den tolkningen men oftast så känner man ju fan nu är det inge bra. Den här patienten är sjuk, det känner man ju oftast genom att bara se dom genom dörren, det gjorde man väl inte när man va ny. Det är ju den stora biten att man får nån form av fingertoppskänsla...i alla situationer på nå sätt.”

Vitalparametrar

Samtliga informanter i studien uppgav att de tycker att vitalparametrarna är en del av den undersökning som skall ligga till grund för ett beslut om patienten är i behov av vård eller ambulanstransport.

”Ja först och främst som på alla patienter så tar vi ju vitalparameterna och så länge dom inte avviker från ja från det normala eller det jag tror är det normala för patienten, det är ju nr 1.”

”Ja alltså man måste ju kunna ta, man måste ju kunna ta vitalparametrar, man måste kunna förstå vitalparametrar,”

Sjukdomshistoria

Vetskap om vilka sjukdomar patienten har sen tidigare upplevs som viktigt bland de flesta intervjuade ambulanssjuksköterskorna i studien. Detta för att kunna bilda sig en så bra grund som möjligt för ett beslut.

”Sen patientens beskrivning, sen väger man även in hälsohistoria, mediciner tidigare ja tidigare sjukdomar så att säga. Det finns ju vissa högriskpatienter tex ja tidigare hjärtbesvär ja diabetes och sånt och ja då är man mer det finns ju mer röda flaggor då så att säga.”

RETTS

Tre av informanterna uppgav att de alltid använder RETTS som ett verktyg i bedömningen av patienten. I de fall där patienten lämnades hemma ansågs det minst lika viktigt använda RETTS.

”Ja, klart alltså nu har vi ju RETTS så den vill jag ju hamna på grön RETTS på, jag RETTS:ar faktiskt alla patienter, det har ju varit att vi inte RETTS:ar dom, att vi slarvar med det med dom vi lämnar hemma, men jag RETTS:ar.”

3.3.2 Ingen lämnas hemma mot sin vilja

Samtliga deltagare i studien uppger att de aldrig lämnar en patient hemma mot dess vilja. Vill patienten följa med till sjukhus så är det ingen i studien som lämnar patienten hemma.

”Ja om det är minsta tvekan med anhöriga eller – jag vill att min mamma ska in, vi ska åka in. Jag propsar aldrig då på att här ska inte åkas in utan då åker vi in.”

”Man försöker ju, alltså man vill ju göra det säkert så det blir bra också är det ju i samråd med patienten men vill inte patienten vara hemma så får dom ju naturligtvis följa med till sjukhus. Men mycket är det ju att patienten får välja, det är ju dom som styr det.”

3.3.3 Samförstånd i beslutet

I de fall där de intervjuade ambulanssjuksköterskorna lämnar patienter hemma så framhåller man det som viktigt att ha ett samförstånd mellan personal och patient. Att skapa en förståelse hos patienten varför man tar ett beslut att inte transportera till sjukhus.

”Vi är överrens allihop. Det blir aldrig så att vi lägger in vårt veto här att ni ska inte in, ni får bli hemma. Om dom vill åka med och träffa en doktor så då får dom åka med.”

”Jag lyssnar på patienten. Vill patienten vara hemma och jag tror att det kommer att gå bra så, för ofta vill ju patienterna att man bara ska komma dit och undersöka dom och ta nåt blodtryck, det kan ju vara smågrejor.”

4. Diskussion

4.1 Metoddiskussion

Utifrån studiens syfte som vara att undersöka ambulanssjuksköterskornas erfarenheter av att lämna patienter hemma som saknar akut vårdbehov valdes en kvalitativ intervjustudie med efterföljande kvalitativ innehållsanalys som metod. Intervjuerna som var semistrukturerade genomfördes med stöd av en intervjuguide. Fördelen med denna metod vara att deltagarna hade möjlighet att ge utförliga och beskrivande svar, detta gjorde det möjligt för författarna att ställa följdfrågor som ”berätta mer” och ”kan du ge exempel” utan att färga intervjufrågorna för mycket med vår förförståelse. Författarna har förståelse i ämnet utifrån egna erfarenheter och upplevelser inom ambulansverksamheten, detta hade vi i åtanke då det är lätt att tolka svaren under intervjuerna utifrån egna erfarenheter inom området och glömma bort att be den som blir intervjuad att ge exempel eller precisera vad den menar. Enl. Polit & Beck (2004) baseras tillförlitligheten i den kvalitativa studien på bekräftelsebarhet, trovärdighet och pålitlighet.

En viss förförståelse fanns alltså hos författarna redan i inledningen av studien vilket är till en fördel i kvalitativa studier. Ansatsen hos den kvalitativt inriktade forskaren tenderar mer än hos den kvantitativt inriktade forskaren acceptera att forskningen är subjektiv och kan vara påverkad av författarens egen ideologi (Polit&Beck 2004).

”En forskare utan vetenskapliga problem är en forskare som inte har något att göra”
Henricsson (2012).

Fokusgruppsintervjuer hade kunna vara en alternativ metod istället för individuella intervjuer då deltagarna kanske kunnat ge varandra inspiration och skapat en gemensam diskussion i gruppen. En nackdel med fokusgrupper kan vara att vissa deltagare känner sig obekväma med att tala i grupp och därför inte kan uttrycka sina tankar och funderingar (Polit & Beck 2011 s. 395).

För att få ett bra resultat krävs det en bra kvalitet på datamaterialet och även stor erfarenhet hos intervjuaren (Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom intervjuerna har en begränsad erfarenhet av att intervjua gjordes först en provintervju för att testa materialet, frågornas relevans och författarnas intervjuteknik. Provintervjun blev bra men valdes att inte tas med i resultatet då intervjupersonen inte uppfyllde kriterierna för att ingå i studien. Intervjuerna skedde i trygg miljö för deltagarna i en avskild lokal på arbetstid fast utan störning,

intervjuerna spelades in på en Ipad för att därefter skrivas ner ordagrant av författarna. Ljudkvalitén var mycket bra så det var inga problem att höra var som sades när intervjuerna skulle skrivas ner. Detta arbete var tidskrävande men författarna lärde känna materialet. Fördelen med att spela in intervjuerna är att författarna aktivt kan lyssna och koncentrera sig på vad som sägs och inte behöver föra anteckningar. Materialet analyserades och bearbetades enl. Graeheim & Lundmans (2004) innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen behandlar ett manifest innehåll där den faktiska texten presenteras i koder och kategorier (se tabel 1). Väl medvetna om sina förkunskaper i ämnet har författarna kontinuerligt under analysen av materialet gått tillbaka till det transkriberade materialet för att undvika att påverka analysen med sin förförståelse.

Deltagarna i studien valdes ut genom ett selektivt urval bland dem som uppfyllde kriterierna för att medverka i studien. Ett selektivt urval är en metod där författarna väljer ut lämpliga deltagare till studien (Polit & Beck, 2011). Deltagarna i studien var tre kvinnor och fem män med varierande ålder på 30-52år och med en arbetslivserfarenhet inom ambulanssjukvård mellan 3-32 år vilket möjliggjorde en bra och trovärdig beskrivning av fenomenet. Trots att studien bara baseras på åtta deltagare anser vi att det har varit ett brett urval. Enligt Graeheim & Lundman (2004) bör deltagare i en kvalitativ studie ha en varierande erfarenhet, innehålla både män och kvinnor i olika åldersgrupper för att stärka studiens trovärdighet då det ökar chansen för att få variationsrika berättelser och infallsvinklar från informanterna, vilket har en positiv inverkan på resultatet.

Ur ett forskningsetiskt perspektiv kan det anses som en svag punkt i en studie om det finns en relation mellan författarna och de intervjuade sjuksköterskorna. Det skulle kunna påverka intervjuerna negativt på så sätt att de som intervjuas inte vågar svara uppriktigt på känsliga frågor. Författarna till föreliggande studie har inte upplevt att detta har inträffat i denna studie då sjuksköterskorna kändes avslappnade och uppriktiga under intervjuerna.

4.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka ambulanssjuksköterskans erfarenheter av att lämna patienter hemma efter att ha fattat beslut om att tillståndet inte kräver ambulanstransport, samt vilket stöd de har för sådana beslut. Resultatet visar att deltagarna i studien upplever sig sakna stöd när man gör bedömningen att patienten inte har något behov av ambulanssjukvård och

beslutar sig för att lämna patienten hemma. Ambulanssjuksköterskorna efterlyser ett regionalt läkarstöd och tydliga behandlingsriktlinjer för att kunna triagera patienten rätt. Vidare framkom att det finns en oro för att göra felbedömningar och att det skall leda till anmälningar. Samtliga deltagare i studien framhåller Sjukvårdsrådgivningen som en orsak till övertriagering samt att flera uppger att det kan kännas frustrerande att bli utlarmad till patienter som saknar behov av ambulanssjukvård. De flesta av informanterna ansåg att erfarenhet var en viktig faktor i beslutsprocessen. Samtliga ambulanssjuksköterskor i studien uppgav att de aldrig lämnade någon patient hemma mot dennes vilja då samförstånd i beslutet ansågs som viktigt.

I analysen av de transkriberade intervjuerna framkom att samtliga ambulanssjuksköterskor saknar ett stöd i form av en läkare som är avdelad bara för ambulansens verksamhet. Man efterlyser en läkare som kan utgöra ett stöd i specifika vårdsituationer med råd och beslut, inte minst när det gäller tillfällen då man bedömt att patienten är utan vårdbehov eller där vårdnivån är låg och patienten kan hänvisas till en annan vårdnivå eller lämnas kvar hemma.

I en tidigare svensk studie (Svensson & Fridlund 2008) framkom att möjligheten att kunna ringa en läkare för att få stöd i behandling och beslut minskade oron hos ambulanspersonalen. Även i en studie av Wireklint- Sundström (2005) beskrivs vårdarnas utsatthet och ensamhet då de inte har någon att rådfråga.

Utifrån resultatet anser författarna till föreliggande studie att ett införande av regionalt läkarstöd skulle dels på sikt kunna öka patientsäkerheten men även utgöra ett stöd till ambulanssjuksköterskans bedömning av patientens behov av vård eller ambulanstransport. Ambulanssjuksköterskans kompetens torde då på ett bättre sätt kunna utnyttjas och patienten skulle redan prehospitalt bli sorterad till rätt vårdnivå.

Deltagarna i studien uppgav att de saknar stöd i behandlingsriktlinjerna för att lämna patienter hemma efter att de gjort bedömningen att patienten inte har något behov av ambulanssjukvård. Socialstyrelsen skriver att specialistsjuksköterskan inom ambulanssjukvård ska ansvara för bedömning, rådgivning, prioritering samt åtgärder på hämtplats, under transport och överlämnande vid mottagande sjukvårdsinrättning (SOSFS 1997:18). Vi menar att detta tydligt beskriver vad som åligger ambulanssjuksköterskan när patienten vårdas och transporteras i ambulans. Samtidigt som bedömning, rådgivning, prioritering och åtgärder på hämtplats beskrivs tydliggörs det inte hur patienter som inte är i behov av ambulanssjukvård skall hanteras då Socialstyrelsen inte ger några direktiv.

Wireklint- Sundström (2005) beskriver att ambulanssjuusköterskan under kort tid skall kunna bedöma och prioritera om patienten är allvarligt sjuk eller inte och vidta åtgärder därefter. Resultatet tyder på att i de fall bedömningen resulterar i att patienten inte är i behov av ambulanssjukvård hamnar ambulanssjuusköterskan i en gråzon där det inte finns någon möjlighet att agera utifrån patientens vårdbehov.

Det framkom också i föreliggande studie att flera av ambulanssjuusköterkorna kände en viss oro vid beslutstagandet om patienten skulle lämnas kvar hemma. Flera uttryckte en oro för att fatta fel beslut och att det skulle leda till anmälan men även att patienten skulle drabbas av någon annan åkomma efter att de lämnats hemma då det skulle kunna leda till att det uppfattas som om ambulanspersonalen har gjort en dålig bedömning av patienten. Porter et al. (2007) beskriver att flera ambulansorganisationer i Storbritannien har protokoll att följa som beslutsstöd kring vilka patienter som kan lämnas hemma men trots detta upplever ambulanspersonalen en oro inför att göra felbedömningar och bli anmälda.

De intervjuade ambulanssjuusköterskorna uppgav flera olika anledningar till varför man ibland lämnar patienter hemma. Det framkom i studien att de flesta ambulanssjuusköterskor känner en ansvarskänsla för att det skall finnas en bra ambulansberedskap när det verkligen behövs. Ett upplevt hot mot detta är när man blir utlarmad på ”onödiga körningar”, vilket innebär ambulansuppdrag där man bedömer att det inte finns något behov av ambulanssjukvård. Det är idag ett samhällsproblem att ambulanser får rycka ut och transportera patienter som inte har ett akut vårdbehov som drabbar både patienten och ambulanssjukvården. Det riskerar att få konsekvenser av att färre ambulanser finns tillgängliga då verkliga akutfall uppstår. Dessutom blir det en onödig kostnad för samhället (Richards & Ferall 1998).

En av anledningarna som uppgavs var vid de tillfällen då patienter kunde behandlas på plats och därefter om resultatet blev bra, kunna lämna kvar patienten hemma. Vi anser att det finns stora vinster med detta arbetssätt då det ofta kan bli smidigare för patienten, bibehåller ambulansberedskapen och lättar på patienttillströmningen på akutmottagningen. En tidigare engelsk studie (Machen mfl 2007) visar på att 50 % av de patienter som transporterades till sjukhus skulle ha kunnat behandlats på plats av ambulans.

Det förekommer att människor utan behov av ambulanssjukvård tillkallar eller blir tilldelad en ambulans och detta är enligt majoriteten av deltagarna i studien en anledning att inte vårda eller transportera in patienten till sjukhus. En svensk studie (Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz,

J., Karlberg, I. 2007) visar att 31 % av utlarmningarna var utan behov av ambulanssjukvård. Samma studie visar att 55 % av utlarmningarna hade kunnat ta sig till vårdinrättning i egen bil eller taxi. Då detta utgör nästan en tredjedel av alla ambulansuppdrag så anser författarna att tydligare behandlingsriktlinjer när det gäller bedömningen att lämna patienter hemma bör utformas för att ge mer stöd åt ambulanspersonalen. En tidigare studie av Beillon (2010) visar att en hög säkerhetsmarginal med hög andel överprioriteringar inom ambulanssjukvården, tycks leda till att en stor andel av ambulansuppdragen består av transporter i en fullt utrustad ambulans, för patienter utan behov av varken den utrustning eller den kompetens som idag finns inom ambulanssjukvården. Enligt Ek (2014) så är förmågan att identifiera lågakuta patienter så låg som 15,4 % vid prioriteringen av inringande vårdsökande till SOS Alarm vilket vi tycker talar för att ambulanssjuksköterkan torde ha möjlighet och stöd för att triagera om de patienter som, av säkerhetsskäl, har övertriagerats. Riksrevisionen (2012) har funnit att belastningen på ambulanssjukvården i Sverige ökar. Tänkbara anledningar till detta enligt deras rapport är ett ökat behov av ambulanssjukvård i samhället men också att det kan bero på att ambulanser ”inte bara används till det de är avsedda för”. Rapporten visar på att larmoperatörerna allt oftare inte törs säga nej till inringare som begär att få ambulans. Detta överensstämmer med en tidigare studie (Ek 2014) där det framkom att rädslan för att bli anmäld påverkar beslutet hos sjuksköterskor.

En allmän uppfattning bland de intervjuade ambulanssjuksköterskorna i föreliggande studie nämner Sjukvårdsrådgivningen som en orsak till övertriagering och ”onödiga” körningar. Informanternas upplevelse är att SOS Alarm inte kan styra över de ambulansbeställningar som Sjukvårdsrådgivningen gör. Informanterna har egen erfarenhet av att patienter uttrycker förvåning över att en ambulans anländer då de endast ringer för att fråga om ett enkelt råd får anses som anmärkningsvärt. Något som stärks av Eks (2014) studie där det framkom att överprioritering är mycket vanligare bland patienter med lågt eller inget sjukvårdsbehov än bland de akuta.

I föreliggande studie framkom att förfarandet att lämna patienter hemma sker med stor försiktighet och att det föregås av en noggrann undersökning som grund för beslutet. På frågan om vad informanterna ansåg vara viktigt i beslutsfattandet så framkom det några gemensamma nämnare. En av dessa var att erfarenhet var av stor betydelse i beslutsfattandet. Några valde att kalla det för klinisk blick. Det beskrivs som ett sätt att läsa av helhetsintrycket på patienten och därigenom kunna bedöma om tillståndet är allvarligt eller inte. Att erfarenhet är en viktig faktor i bedömningar av patienters tillstånd bekräftas av Gunnarsson och Warren

Stomberg (2008). Deltagarna i deras studie menar att det går att se mera subtila nyanser hos patienten med hjälp av erfarenhet. I Benners (2001) modell för sjuksköterskans utveckling beskrivs att med utökad erfarenhet så får man kunskap om typiska händelser och vet vad som förväntas hända i en specifik situation. Något som leder till en framåtblickande beredskap i arbetet med patienten. Förmågan att snabbt fokusera på vad som är centralt i situationen och sätta in nödvändiga åtgärder gör att man inte längre ser beslutsfattande som något ansträngande. Detta stämde väl med det som framkom i intervjuerna med ambulanssjuksköterskorna i föreliggande studie som utan att kalla sig experter var väl medvetna om betydelsen av erfarenhet och intuitiv kunskap.

4.3 Slutsats

I ambulanssjuksköterskans yrkesroll så ingår det enligt Socialstyrelsen (2009:10) att göra bedömningar av patientens sjukdomstillstånd och utifrån det ta beslut om behandling och vårdnivå. Studien visar att ambulanssjuksköterskorna saknade stöd när man gjorde bedömningen att patienten inte hade något behov av ambulanssjukvård och därigenom kunde lämna patienten på plats. Det stöd som efterlystes var dels ett regionalt läkarstöd som kunde utgöra ett stöd genom råd och beslut, men också behandlingsriktlinjer som ett styrdokument när det gällde ”lämna-hemma-patienter”. Informanterna uppgav flera anledningar till att patienter lämnas kvar hemma. De vanligast förekommande anledningarna var att patienten åtgärdades i hemmet med gott resultat, att det inte fanns något behov av ambulanssjukvård samt att informanterna kände stort ansvar för att bibehålla beredskapen och därigenom inte transportera patienter med lågt eller utan behov av ambulanssjukvård.

Det är nödvändigt med fortsatt forskning inom området för att bättre kunna möta det ökade behovet av ambulanssjukvård i samhället och samtidigt bibehålla en hög beredskap för akuta och livshotande händelser. Ett förslag på vidare forskning är att undersöka hur förtydligade behandlingsriktlinjer påverkar besluts kvaliteten för ”lämna-hemma-patienter”. Vi anser också att det skulle vara av intresse att forska vidare inom ambulanssjuksköterskans kompetens och dess förutsättningar att styra patienten till rätt vårdnivå.

Referenser

- Almerud-Österberg, S. & Nordgren, L. (2012). *Akut vård ur ett patientperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Beillon, L-M. (2010). *Att värdera vårdbehov – ett kliniskt dilemma. En studie av nyttjandet av ambulanssjukvård i olika geografiska områden*. Doktorsavhandling. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Göteborg. ISBN 978-91-85721-78-8.
- Benner, P. (2001). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bruce, K., & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing Critical Care*. 10(4) 201-209.
- Dalton, A., Limmer, D., Mistovich, J., Werman, H. (2007) *Advanced medical life support*. New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Ek, B. (2014). *Prioritering vid utlarmning i prehospital vård*. Licentiatavhandling. Örebro Universitet. ISSN 1652-4063.
- Elo, S., Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115.
- Flabouris, A., (1999). Patients referral and transportation to a regional tertiary ICU: Patients demographics, severity of illness and outcome comparison with non-transported patients. *Anaesth Intensive Care*, 27, 385-390.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-113.
- Gunnarsson, B-M. & Warren- Stomberg, M. (2008). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*, 17, 83-89. doi: 10.1016/j.ienj.2008.10.004.
- Göransson, K., Eldh, A-C. & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.

- Haines, C.J., Lutes, R. E., Blaser, M., & Christopher, N. C. (2006). Paramedic initiated nontransport of pediatric patients. *Prehospital emergency care*, 10(2), 213-219.
- Henricson, M. (2012) *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz, J., & Karlberg, I. (2007). Initial emergency medical dispatching and prehospital needs assessment: a prospective study of the Swedish ambulance service. *European Journal of Emergency Medicine*, 14, 134-141.
- Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz, J., & Karlberg, I. (2007). Way are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *European Journal of Emergency Medicine*, 14, 151-156.
- Johansson, I., Strömberg, A., Swahn, E. (2004). Ambulance use in patients with acute myocardial infarction. *Journal of cardiovascular nursing*, 19, 5-12.
- Johansen, M. B. & Forberg, J. L. (2011). Nurses' evaluation of a new formalized triage system in the emergency department - a qualitative study. *Danish Medical Journal*. 58(10), A4311.
- Landstinget Gävleborg (2015). *Behandlingsriktlinjer Ambulanssjukvården Gävleborg*.
- Landstinget Gävleborg (2010). *Kompetensutvecklingsplan för Ambulanssjukvården Gävleborg*.
- Marks, P. J., Daniel, T. D., Afolabi, O., Spiers, G., & Nguyen-Van-Tam, J. S. (2002). Emergency (999) calls to the ambulance service that do not result in the patient being transported to hospital: an epidemiological study. *Emergency Medicine Journal*, 19, 449-452.
- Machen, Dickinson, Williams, Widiatmoko & Kendall. (2007). Nurses and Paramedics in Partnership: Perceptions of a New Response to Low-Priority Ambulance Calls. *Accident and Emergency Nursing*, 15(4), 185-192.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods*, 7. Ed. 2011. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pringle, R. P., Carden, D. L., Xiao, F., & Graham, D. D. (2005). Outcomes of patients not transported after calling 911. *The Journal of Emergency Medicine*, 28(4), 449-454.

- Richards, J.R., & Ferall, S.J. (1998). Inappropriate use of emergency medical services transport: Comparison of provider and patient perspectives. *Academic Emergency Medicine*, 6, 14-20.
- Riksrevisionen. (2012). Statens insatser inom ambulansverksamheten. 2012:20. ISBN 978-91-7086-298-4.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SOSFS 2000:1. *Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen. Från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- SOSFS 2009:10. Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård. Från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>
- Suserud, B-O.(2009). *Prehospital sjukvård*. Stockholm: Liber.
- Suserud, B-O., & Haljamäe, H. (1997). Role of nurses in pre-hospital emergency care. *Accident and Emergency Nursing*, 5, 145-151.
- Svensson, A & Fridlund, B. (2008). *Experience of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A critical incident study*. International Emergency Nursing 16.
- Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd: en fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Växjö universitet, 2005.
- Zachariah, B.S., Bryan, D., Pepe, P. E., & Griffin, M. (1992). Follow up and outcome of patients who decline or are denied transport by EMS. *Prehospital & Disaster Medicine*, 7(4), 359-363.

Bilagor

Bilaga 1

Frågeguide till enskild intervju

Kön:

Ålder:

Antal år som sjuksköterska:

Antal år inom ambulanssjukvården:

Antal år som ambulanssjuksköterska:

- Vad har du för erfarenheter av att lämna patienten hemma?
 - Ge ex på bra el dåliga tillfällena då du lämnat hemma?
 - Ser du att det finns något problem/faror med detta? Vad i så fall?
 - Hur blir du bemött av patienten/anhöriga? Ge ex

- När du lämnar en patient hemma tycker du dig ha tillräckligt stöd för att göra det?
 - Om inte, vad saknar du?
 - Utifrån behandlingsriktlinjer/organisationen/läkarstöd?
 - Hur skulle du vilja att stödet såg ut?

- Varför lämnar du patienter hemma?
 - Har du vid ngt tillfälle transporterat in en patient som enl din bedömning inte hade behövt åka ambulans?
 - Varför i så fall? Ge ex på något sånt tillfälle
 - Vad grundar du ett sånt beslut på? Vad ingår i din bedömning? Vilka svårigheter finns det med ett sånt beslut?
 - Vad anser du att man bör kunna för att göra dessa bedömningar korrekt?

- Finns det något mer du vill tillägga el berätta?

Bilaga 2



Förfrågan om tillstånd för genomförande

Till ansvarig verksamhetschef för ambulansen inom Landstinget Gävleborg

Att människor ringer 112 för att beställa ambulans utan att ha ett direkt akut behov av det blir enligt statistiken allt vanligare. Det förekommer därför inom Ambulanssjukvården i Gävleborg att ambulanspersonal gör bedömningen att inget vårdbehov föreligger och lämnar patienten hemma. För att få mer kunskap om detta vill vi göra en intervjustudie med syftet att deltagarna diskuterar sina erfarenheter omkring detta. Vi vänder oss till dem som är yrkesverksam inom ambulanssjukvården som är verksam som specialistutbildade ambulanssjuksköterskor vid fyra enheter inom Landstinget Gävleborg.

Intervjuer kommer att genomföras på Hudiksvall, Nordanstig, Delsbo och Ljusdals ambulansstationer. Ambulanssjuksköterskorna kommer att intervjuas i anslutning till arbetstid. Intervjuerna kommer att spelas in, behandlas konfidentiellt och deltagandet kommer att vara frivilligt. Deltagarna kommer att få en skriftlig information om studien och dess syfte.

Denna förfrågan avser erhållandet av tillstånd att rekrytera deltagare till denna studie från Hudiksvall, Nordanstig, Delsbo och Ljusdals ambulansstationer. Intervjuerna genomförs under februari 2014. Efter att tillstånd har erhållits kommer informationsbrev skickas ut till de som vill medverka i studien.

Vi är blivande specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård och vårt arbete kommer att sammanställas till en D-uppsats och kommer publiceras på Mittuniversitetets databas DIVA. Projektet sker under vetenskaplig handledning av Docent Annika Karlström, Avdelning för Omvårdnad, Mittuniversitetet, Campus Sundsvall och kommer att läggas fram som akademisk uppsats vid Mittuniversitetet.

Studeraude

Karolina Nyberg

Lars Edeborg

Leg Sjuksköterska

Leg Sjuksköterska

Handledare

Annika Karlström

Stefan Jansson

Lektor

Adjunkt

Avd. Omvårdnad

Avd. Omvårdnad

Mittuniversitetet

Mittuniversitetet

Campus Sundsvall

Campus Östersund

Bilaga 3



Förfrågan om deltagande i en intervjustudie

Att människor ringer 112 för att beställa ambulans utan att ha ett direkt behov av det blir enligt statistiken allt vanligare. Det förekommer därför inom Ambulanssjukvården i Gävleborg att ambulanspersonal gör bedömningen att inget vårdbehov föreligger och att patienten lämnas hemma.

Vårt syfte med studien är att undersöka specialutbildade ambulanssjuksköterskors erfarenheter omkring detta.

Vi vänder oss till dig som är verksam som Ambulanssjuksköterska på Hudiksvall, Nordanstig, Ljusdal och Delsbo ambulansstationer.

Intervjun kommer att handla om att lämna patienten hemma och dina erfarenheter i samband med det.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan i studien utan att ange orsak. Behandlingen av alla personuppgifter kommer att ske enligt personuppgiftslagen (PuL). Ansvariga för dina personuppgifter är vi två som genomför undersökningen, inga personuppgifter kommer att dokumenteras. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ut, dina svar behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt och på ett sådant sätt att ingen kommer att kunna se vad enskild individ sagt. Intervjun kommer att äga rum i anslutning till arbetspasset när du är ledig från uppdrag eller enligt annan överenskommelse.

Vi är blivande specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård och vårt arbete kommer att sammanställas till en D-uppsats under handledning av Annika Karlström, Avdelningen för Omvårdnad, Campus Sundsvall och kommer publiceras på Mittuniversitetets databas DIVA.

Vid frågor kontakta någon av oss

Studerande

Karolina Nyberg

Leg Sjuksköterska

070-2595036

Lars Edeborg

Leg Sjuksköterska

0731-414315

Handledare

Annika Karlström

Lektor

Avd. Omvårdnad

Mittuniversitetet

Campus Sundsvall

Stefan Jansson

Adjunkt

Avd. Omvårdnad

Mittuniversitetet

Campus Östersund