

Ambulanssjuusköterskors erfarenheter av att prehospitalt föreslå vårdnivå för patienter

Simon Fhärm
Daniel Karlberg

**Specialistsjuusköterska, Ambulanssjukvård
2018**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att prehospitalt
föreslå vårdnivå för patienter
Ambulance nurse's experiences of prehospitally suggesting
level of care to patients
Simon Fhärm och Daniel Karlberg

Kurs: O7031H, Examensarbete inom ambulanssjukvård 15 hp
Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning mot ambulanssjukvård 60 hp
Handledare: Malin Olsson

Ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att prehospitalt föreslå vårdnivå för patienter

Simon Fhärm och Daniel Karlberg

Luleå tekniska universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Abstrakt

Introduktion: I Sverige minskar antalet akutmottagningar, samtidigt går det att se en trend där antalet patienter som söker vård på akutmottagningen ökar. Det ökade patientflödet är en av orsakerna till att väntetiderna på akutmottagningar runt om i landet är fortsatt höga. Många landsting har öppnat möjligheten för prehospital personal att lämna patienter i hemmet alternativt transportera dem till andra vårdinrättningar än akutmottagningen. Detta för att förbättra patientens omhändertagande i de fall där patienten inte är i behov av akutsjukvård. Ett problem som uppstår när ambulanssjuksköterskor bedömer patienter som inte har något uppenbart akut tillstånd, är att systemen som används för prehospital triagering inte är anpassade för detta. För att kunna utforma bedömningssystem och riktlinjer som på ett bättre sätt motsvarar den prehospitala miljön, behöver ambulanssjuksköterskors upplevelse av att föreslå annan vårdnivå för patienter utforskas. **Syfte:** Att beskriva ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att prehospitalt föreslå vårdnivå för patienter. **Metod:** Studien har designats som en intervjustudie med kvalitativ induktiv ansats. **Resultat:** Resultatet visar att ambulanssjuksköterskor finner det viktigt att kombinera sin kunskap och intuition vid klinisk bedömning av patienten. Det var också viktigt att ta patienter och närstående på allvar och att skapa trygghet. Att medvetandegöra sitt kommunikationssätt var också av betydelse för att skapa ett förtroende hos patienter. Ambulanssjuksköterskor beskrev också att de behövde stöd från både kollegor och organisation för att kunna göra säkra prioriteringar vid prehospitala bedömningar. **Slutsats:** Ambulanssjuksköterskor eftersträvar att göra en korrekt klinisk bedömning av patienten för att avgöra lämplig vårdnivå. I nuläget är stödet från de riktlinjer som finns ett trubbigt redskap. Ytterligare forskning inom området behövs därför för att kunna utforma riktlinjer som på ett bättre sätt kan stödja ambulanssjuksköterskor i deras bedömningar.

Nyckelord: Ambulanssjukvård, omvårdnad, ambulans, ambulanssjuksköterskor, bedömning, prioritera

Introduktion

I Sverige minskar antalet akutmottagningar, samtidigt som det går att se en trend där antalet patienter som söker vård på akutmottagningen ökar. Det ökade patientflödet är en av orsakerna till att väntetiderna på akutmottagningar runt om i landet är fortsatt höga. Förutom de patienter som själva söker till akutmottagningen tillkommer de patienter som transporteras dit med ambulans, vilka står för ungefär en fjärdedel av det totala antalet patienter som kommer till akutmottagningen (Socialstyrelsen 2013; 2017). Studier har visat att mellan en tredjedel och en fjärdedel av de patienter som transporteras med ambulans till akutmottagningen istället hade kunnat söka sig till hälsocentral för sina problem, det vill säga, de var inte i behov av prehospital akutsjukvård och inte heller i behov av akutsjukvård som inte kunde erbjudas på deras hälsocentral (Hjälte, Suserud, Herlitz, & Karlberg 2007a, 2007b; Magnusson, Källenius, Knutsson, & Axelsson 2016).

Wireklint Sundström och Dahlberg (2011) betonar att en helhetssyn av patientens upplevda problem är viktigt. Om sjuksköterskan endast ser och bedömer det medicinska problemet känner sig patienten inte sedd och betrodd. Detta kan medföra missnöje med omhändertagandet från patientens sida. Ahlenius, Lindström och Vicente (2017) menar att sjuksköterskan bör undvika patientobjektivering genom att engagerat skapa ett förhållningssätt där patienten är i fokus och känner stöd i sin hälsoprocess. Det leder till att patienten känner ett större välbefinnande och en ökad känsla av säkerhet. Manley, Hills och Marriot (2011) betonar vikten av en personcentrerad vård som tar hela patienten i beaktande, inte bara dennes sjukdomstillstånd. För att bedriva en personcentrerad vård krävs det att vårdpersonalen lär känna personen bakom patienten, och vilka behov hen har. Behoven kan vara av medicinsk, men även av social natur. Vidare menar Manley, Hills och Marriot att en personcentrerad vård kännetecknas av att patienten är delaktig kring besluten om sin vård. För att patienten ska kunna ta beslut om sin vård måste vårdpersonalen se till att förse patienten med den information som krävs för att patienten ska kunna göra informerade val samt stödja denne i sina beslut.

Trots att det är visat att en stor del av patienterna som söker vård från ambulansen inte är i behov av akutsjukvård, körs de allra flesta till en akutmottagning utan att hänsyn tas till vilken vårdnivå som skulle passa patienten bäst (Norberg Boysen, 2017). Att av rutin transportera patienter till akutmottagningen är inte något som ses som en god vård (Holmberg & Fagerberg, 2010). Toloo et al. (2013) har i en studie visat att de patienter som åker ambulans

till akutmottagningen ofta upplever sig sjukare än de som söker akutmottagningen på egen hand, detta oavsett den prioritering som ambulanspersonalen gör. Toloo et al. beskriver också hur en stor del av de patienter som åker ambulans in till akutmottagningen förväntar sig att de ska prioriteras högre än de patienter som har sökt akutmottagningen på egen hand.

Carret, Fassa och Kawachi (2007) visar att en patient som transporteras till en akutmottagning utan att ha något egentligt behov av akutsjukvård riskerar att få en sämre vård än ifall de hade blivit hänvisade till sin hälsocentral. Till exempel kan det bli sämre uppföljning av ett kroniskt medicinskt tillstånd jämfört med om patienten hade gått till sin hälsocentral. Förutom att den rent medicinska vården riskerar att bli sämre, finns det andra aspekter att ta hänsyn till, då det har visats att det är en större risk att bli utsatt för onödigt lidande ifall du är en lågprioriterad patient på akutmottagningen. Exempel på detta kan vara hunger och smärta. Ofta upplever patienter som är lågprioriterade också att de är till besvär eller att deras problem inte tas på allvar. En annan känsla som ofta infinner sig hos denna patientkategori är känslan av att vara bortglömd, sårbar och utlämnad (Dahlén, Westin, & Adolfsson, 2012).

Många landsting har öppnat möjligheten för prehospital personal att lämna patienter i hemmet alternativt skjutsa dem till andra vårdinrättningar än akutmottagningen för att förbättra för patientens omhändertagande (Norberg Boysen 2017). Ett problem som uppstår när ambulanspersonal bedömer patienter som inte har något uppenbart akut tillstånd, är att systemen som används för prehospital triagering inte är anpassade för detta. De är istället utformade för patienter med mer akuta tillstånd, varför det blir svårt för ambulanspersonalen att använda bedömningssystemet för att få ett bra stöd i sin prioritering av patienten (Booker, Simmonds, & Purdy 2014).

Wireklint, Elmqvist, Parenti och Göransson (2017) har visat att triagesystemet Rapid Emergency Triage and Treatment System, (RETTTS), som används i ambulanser i Sverige, har en del svagheter. RETTTS är uppbyggt enligt fem triagenivåer, där de två översta, orange och röd, innebär att patienten bedöms som instabil och ska skyndsamt handläggas. De två lägre nivåerna under dessa, grön och gul, innebär att patienten bedöms som stabil och kan därför vänta på medicinsk handläggning. Det finns även en blå färg, vilken används om patienter som bedöms ej vara i behov av akut vård. Det har visat sig att vid en patientbedömning utifrån RETTTS blir patientens slutgiltiga prioriteringsnivå ofta olika beroende på vem som triagerar, ibland även över gränsen gul/orange, det vill säga, stabil och instabil patient. Detta är något

som kan påverka patientsäkerheten negativt, då en patient som skulle behöva skyndsam undersökning av läkare, istället får vänta så länge att patientens tillstånd kan förvärras (Wireklint et al., 2017). Henning, Lydersen och Døllner (2016) visade att när sjuksköterskor triagerade barn med stöd av den pediatrika versionen av RETTS gjorde dem en korrekt bedömning av hur brådskande patienternas tillstånd var i de flesta av fallen, men även här förekom skillnader beroende på vem som gjorde bedömningen.

Rosén, Persson, Rantala och Behm (2017) visade att ambulanspersonal ofta upplever att deras uppdrag är otydligt, vilket försvårar i situationer där det är oklart om patienten behöver söka akut sjukvård. De riktlinjer som finns handlar ofta om de mest akuta fallen, vilket är en liten andel av det totala antalet uppdrag. De ur personalen som har jobbat en längre tid upplever att det är vanligare att patienter lämnas i hemmet nu än tidigare, möjligtvis skulle det kunna bero på att det är fler patienter av icke akut karaktär som söker vård i dagsläget. Rosén et al. beskrev också att ambulanspersonal ofta upplever en osäkerhet när det gällde att lämna en patient i hemmet, även om det var uppenbart att patienten i nuläget inte var i behov av någon sjukvård. Osäkerheten kom sig av risken att patienten skulle bli sämre efter att ambulanspersonalen har lämnat hemmet, och att man därmed skulle riskera att få skulden för patientens försämrade tillstånd.

Rational

Att skapa en säkrare bedömning av att prioritera patientens vårdnivå är av stor vikt eftersom det idag endast finns lokala riktlinjer i landstingen. Ambulanssjuksköterskor upplever en osäkerhet angående tillvägagångssättet och för lite stöd från arbetsgivaren, särskilt då patienter lämnas i hemmet för egenvård. Då patienter lämnas i hemmet faller ett större ansvar på ambulanssjuksköterskan och dennes bedömning. Ambulanssjuksköterskan upplever då att deras bedömning blir mer slutgiltig, och att det finns en osäkerhet i hur länge deras bedömning gäller. En annan aspekt av att hänvisa patienter till annan vårdnivå är att patienten då snabbare får komma till den vårdnivå som passar just den patienten. En patient som inte är i behov av akutsjukvård men som körs till akutmottagningen ändå kommer att bli lågt prioriterad, riskera vårdlidande och kan även få sämre vård med bristfällig uppföljning. För att kunna bedriva en personcentrerad vård måste ambulanssjuksköterskor ha tillgång till bättre riktlinjer och bättre stöd i hur de ska agera. För att kunna utforma bättre riktlinjer krävs studier som utforskar ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att föreslå annan vårdnivå till patienter.

Syfte

Syftet med denna intervjustudie var att beskriva ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att prehospitalt föreslå vårdnivå för patienter.

Metod

Design

I denna studie ville vi undersöka ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att prehospitalt föreslå vårdnivå för patienter. För att svara på denna frågeställning har studien designats som en intervjustudie med kvalitativ induktiv ansats. Med kvalitativ metod görs ett försök att fånga intervjupersonernas levda erfarenheter av ett visst fenomen. Genom att använda en induktiv ansats är det möjligt att närmare studera ett område där kunskapen är relativt liten och vidga denna genom att bygga vidare utifrån intervjupersonernas erfarenheter (Henricson & Billhult, 2017).

Urval och Procedur

Deltagarna i studien har valts ut genom ändamålsenligt urval (jmf Henricson & Billhult, 2017). Inklusionskriterier för deltagande i denna studie var att intervjupersonerna skulle arbeta prehospitalt som sjuksköterska alternativt specialistsjuksköterska samt ha erfarenhet av att föreslå olika vårdnivåer prehospitalt. Verksamhetscheferna på två ambulansstationer i Norrbotten respektive Västerbotten kontaktades skriftligen för godkännande av genomförande av studien på dessa stationer. Efter skriftligt godkännande av verksamhetschefen, kontaktades personal som uppfyllde inklusionskriterierna. Åtta ambulanssjuksköterskor tillfrågades om deltagande via informationsbrev som sändes ut via mejl av verksamhetscheferna på respektive station. I informationsbrevet framgick vad studiens syfte var och vad som krävdes av den som ville delta i studien. Studiedeltagarna fick i samband med det också information om att deras deltagande var konfidentiellt, att de fick avbryta intervjun när som helst, samt även avbryta sitt deltagande i studien när som helst utan att behöva förklara varför. Totalt åtta stycken sjuksköterskor anmälde sitt intresse för att delta i studien.

Kontext

De ambulanssjuksköterskor som intervjuades är verksamma inom den prehospitala vården vid två länssjukhus i Sverige. De områden som sjuksköterskorna verkar i är geografiskt sett stora, men med ett mindre antal invånare.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes genom semistrukturerade kvalitativa forskningsintervjuer som utgick ifrån en intervjuguide med frågor som svarade mot studiens syfte (se bilaga 1). De tillfrågade som valde att delta i studien kontaktades ytterligare en gång för att bestämma när och var intervjun skulle genomföras. Intervjuerna genomfördes i samtliga fall utom ett på studiedeltagarnas arbetsplats. Den intervju som ej genomfördes på arbetsplatsen genomfördes på det lokala universitetscampuset. Samtliga intervjuer genomfördes på en avskild och lugn plats. En semistrukturerad intervju har förutbestämda öppna frågor, dessa måste dock inte komma i någon särskild ordning, varför studiedeltagarna gavs utrymme att utveckla sina tankar kring varje frågeområde (Danielsson, 2017). De frågor som ställdes var fokuserade till hur ambulanssjusköterskor ser på att göra prehospitla prioriteringar och det stöd som finns eller behövs i samband med att bedöma vårdnivå. Uppföljande och sonderande frågor användes. Intervjuerna tog mellan 15–40 minuter att genomföra, och spelades in med hjälp av mobiltelefon. De inspelade intervjuerna transkriberades sedan ordagrant.

Dataanalys

För att analysera den data som samlades in användes kvalitativ innehållsanalys (jmf Graneheim & Lundman, 2004). De genomförda intervjuerna lästes igenom ett flertal gånger av båda studieförfattarna för att få en helhetsbild av materialet. När en helhetsbild var skapad delades texterna in i meningsbärande enheter. Efter att de meningsbärande enheterna hade identifierats kondenserades dessa en gång, det vill säga, textstyckena kortades ner samtidigt som det eftersträvades att kärnan i textens budskap behölls. Efter detta inleddes kategoriseringen. Kategoriseringen har till syfte att samla de kondenserade enheterna som har något gemensamt. De meningsbärande enheterna kategoriserades initialt i 20 olika underkategorier. Genom fortsatt analys där vi arbetade med att finna likheter och skillnader kunde dessa underkategorier sammanföras i fyra från varandra skilda slutkategorier. Under analysen lades stor vikt vid att slutkategorierna var rena, det vill säga att underkategorierna som ingick i dessa, inte lika gärna hade kunnat placeras i en annan slutkategori. Analysen avslutades när inga ytterligare sammanslagningar verkade rimliga.

Etiska överväganden

I de etiska överväganden vi har gjort har vi utgått från Helsingforsdeklarationen. Helsingforsdeklarationen lägger tyngd vid att individens rättigheter alltid måste gå före forskningen. Konfidentialitet, informerat samtycke, frivillighet och etisk granskning är några

av hörnstenarna i Helsingforsdeklarationen (WMA, 2018). Utifrån detta fanns det i brevet som skickades ut till verksamhetschefer och studiedeltagare nog med information för att deltagarna skulle kunna göra ett informerat samtycke. I brevet gavs information om syftet med studien, vad som förväntades av dem som studiedeltagare samt information om att all medverkan skulle vara konfidentiell. Vidare fanns det information om att allt deltagande i studien var frivilligt, samt att det gick att avbryta sitt deltagande när som helst, utan att behöva förklara varför. Före insamlandet av data påbörjades skickades en etisk ansökan in till ansvarig handledare för godkännande. Vi bedömde att nyttan med studien vägde tyngre än de risker som kunde finnas, då studiens resultat kunde leda till att patienter i större utsträckning kommer till den vårdnivå som passar dem bäst. Riskerna med studien bestod i de eventuellt negativa känslor som studiedeltagarna kunde uppleva i samband med intervjuerna. Studiedeltagarna och alla insamlade data är avidentifierade. Efter att studien godkänts och publicerats kommer allt inspelat material att makuleras.

Resultat

Resultatet visar att ambulanssjusköterskor finner det viktigt att kombinera sin kunskap och intuition för att kunna göra korrekta bedömningar av patienterna. Det var också viktigt att ta patienter och närstående på allvar och skapa trygghet. Att medvetandegöra sitt kommunikationssätt var också av betydelse för att skapa ett förtroende hos patienter. Ambulanssjusköterskor beskrev också att de behövde stöd från både kollegor och organisation för att kunna göra säkra prioriteringar vid prehospitla bedömningar. Resultatet presenteras i fyra kategorier med brödtext, och citat för att validera kategorierna.

Att kombinera kunskap och intuition är viktigt vid klinisk bedömning av patienten

Deltagare uttryckte att det var viktigt att ha ett öppet sinne inför patientens situation och inte dra förhastade slutsatser innan det gjorts en ordentlig undersökning. Den samlade bedömningen av patientens vårdbehov utgjordes av flera delar; parametrar, den egna kliniska blicken, patientens anamnes och även anhörigas upplevelse av patientens situation. Detta sammantaget var viktigt att ta hänsyn till innan man föreslog vårdnivå för patienten.

Ja, det kan ju falla sig väldigt olika förstås, men, oftast försöker man ju gå in till alla patienter med ett öppet sinne...

Deltagare beskrev att magkänsla och intuition var en viktig del i att identifiera patientens behov och därefter föreslå rätt vårdnivå för patienten. Denna känsla kunde komma redan under färden ut till patienten då man sett vad som stod i larmet från SOS. Magkänslan och intuitionen kunde vara utslagsgivande i deltagarnas bedömning av en patient, och vägde ofta tyngre än riktlinjer och vitala parametrar. Deltagare berättade att parametrar och anamnes kunde tyda på att patienten ej led av någon akut problematik, men om magkänslan sa annat, så fick patienten ändå följa med in till akutmottagningen eftersom magkänslan fanns där av en anledning.

Ibland kan det ju vara så att du triagerar en aorta grön om det vill sig... men magkänslan och klinisk blick säger ändå att det kan vara nånting...

Målet är ändå att man ska gå in ganska tom till patienten. Som att man, gör undersökningar ganska oberoende av vad man har för förutfattade meningar, vad som står i larmet och så där...

Det framkom också att deltagare upplevde att det var av vikt att ta sig tid när man undersökte patienten och inte stressa fram ett beslut. Deltagare beskrev fall där patienter står och väntar på ambulansen fullt påklädda, och att man i det läget behöver ta sig tid och göra en ordentlig bedömning innan man tar med sig patienten till akutmottagningen. Deltagare uttryckte också att det var relevant att inte endast titta på patientens eventuella sjukdomstillstånd, utan även väva in patientens livssituation i övrigt i sin bedömning.

Att ta patienter och närstående på allvar för att etablera en trygghet

Deltagarna beskrev att man måste kunna skapa en god relation till patienter och anhöriga för att få fram information och kunskap om patienten. De första minuterna är viktiga, där dem som ambulanssjuksköterska kan skapa en bra start, och bygga upp en trygghet med sitt professionella och noggranna sätt att bemöta och undersöka patienterna, samt att ta dem på allvar. Det är där man lägger grunderna till framtida förslag om annan vårdnivå.

Patienten litar på oss och lyssnar vad vi säger, så kan det här med hänvisning till annan vårdnivå fungera. Har vi inte fått en bra relation och är i klinch med varandra då kommer de inte lyssna på vad vi säger.

De situationer där dem bedömde att det bästa för patienten vore att söka annan vårdnivå, men patienten inte tyckte det, beskrevs inte bli riktigt bra. Deltagarna menade att patienten kunde känna sig missnöjd och dem som ambulanssjuksköterskor inte hade lyckats nå fram med sitt beslut. Om dem inte är överens leder det oftast till att patienten följer med till akuten trots att det inte är rätt ställe att få hjälp på för stunden. Anhöriga beskrevs ha ett stort inflytande i omhändertagandet då dem måste involveras för att få en förståelse för hur dem som ambulanssjuksköterskor bedömer och planerar utifrån patientens tillstånd. Att i dessa situationer kunna förmedla känslan av att patienten och dennes anhöriga är sedd, hörd och betrodd beskrevs som av yttersta vikt för att skapa trygghet. Att göra patienten och dennes anhöriga delaktiga i sitt beslut och på så sätt få ett medbestämmande med patienten, beskrevs vara mycket viktigt.

Anhörigas upplevelse oerhört viktig för patienten. Ibland har anhöriga bestämt sig för att mamma ska till akuten. Är det så att vi föreslår för patienten, alla värden ser bra ut, du kan börja på vårdcentral och dotter säger att nej, vill inte att mamma åker till vårdcentral. Då är det bara åka till akuten. Inte ställa oss i klinch med patienten eller anhöriga. Vi har inga befogenheter att säga nej. Anhörigas åsikter spelar roll både för oss och patienten, något vi måste ta hänsyn till i bedömning.

Medbestämmande är jätteviktigt, det går hand i hand med min korrekta bedömning som sedan till något bra med deras medbestämmande. Jag skulle aldrig köra över en patient på det sättet.

Deltagarna menade att dem grundar relationen, med målet att skapa trygghet, genom olika verktyg. När dem uppnått en bra relation och en god insikt i patientens tillstånd föreslås vårdnivå, och tillsammans tar dem ett beslut som alla är nöjda med och som gör att patient och anhöriga känner att de blivit tagna på allvar.

Hamnar på den vårdnivå man finner lämplig, förhoppningsvis gemensamt. Att mötas i att det här blir nog bäst för dig. Förhoppningsvis har man gemensamt landat i att det här är inte urakut utan det rimliga i ditt fall att avvakta hemma eller kontakta vårdcentralen. Antingen att patienten gör själv eller genom gemensam kraft. Att man vandrar dit tillsammans.

Att medvetandegöra sitt sätt att kommunicera för att skapa förtroende

Deltagare uttryckte att språket var ett väldigt viktigt verktyg, både i de situationer där läget var akut, men även i de lägen där dem skulle föreslå en annan vårdnivå än akutmottagningen för patienten. Språket och även kroppsspråket kunde vara avgörande för hur en situation skulle utveckla sig, och om förtroende kunde stärkas. Det var viktigt att prata på en nivå som patienten kunde förstå, till exempel inte använda sig av latinska uttryck, utan istället använda det svenska ordet för det man beskrev för patienten. Deltagare uttryckte att detta var relevant även då patienten själv arbetade som sjukvårdspersonal, eftersom det var viktigt att patientens anhöriga förstod kommunikationen mellan ambulanspersonal och patient.

Så språket, skulle jag säga, det är ju bland, eller det är ju det största verktyget man har.

När det kom till att föreslå vårdnivå så uttryckte deltagare att det blev än viktigare med bemötandet, språket och samtalet. Det var av största vikt att man genom sin kommunikation lyckades få patienten att förstå varför man föreslog den vårdnivå man gjorde. Det blev viktigt både vad man sa men även hur man sa det. Det fick inte framstå som att man nonchalerade patientens problem, inte heller som att man var stressad, man skulle försöka använda ord som ingav trygghet. Deltagare uttryckte att man ofta förflyttade språket efter vad undersökningen av patienten visade, ifall den tydde på att man skulle föreslå en annan vårdnivå än akutmottagningen för patienten, så började man antyda det i sin kommunikation med patienten medan man fortsatte sin undersökning.

Det kan vara människor som är i behov av hjälp men kanske inte ska till akuten, och har jag en fel attityd eller fel kroppshållning, så hamnar de i ett försvarsläge och då kommer de inte att lyssna på vad jag säger...

En del situationer beskrevs vara svårare än andra, till exempel när det handlade om att rekommendera patienten att söka akutmottagningen, men att dem inte var i behov av en ambulanstransport dit, utan kunde exempelvis ta sjuktransport. Enligt deltagarna blev dessa situationer som ett utbildningstillfälle, där dem försökte förklara för patienten att tillgången på ambulanstransporter var begränsad, samt hur vårdkedjan såg ut vilket var orsaken till att dem rekommenderade patienten att ta sig till akutmottagningen på egen hand. Det var viktigt att få patienten att förstå detta, så att de inte trodde att de inte fick följa med för att det blev mest bekvämt för ambulanspersonalen.

Man måste få med patienten i diskussionen angående vården kring sig själv och få dem att förstå att kanske vårdcentralen är det bästa alternativet till att börja med. Så att jag tycker bemötande och språket är oerhört viktigt.

Att behöva stöd från kollegor och vårdorganisation för säkra prioriteringar

Deltagarna beskrev att dem kände ett större ansvar när det blev möjligt att föreslå annan vårdnivå för patienter. Dem beskrev dock också att det kändes bättre om deras kollega samtycker i besluten. Dem menade att de riktlinjer och olika möjligheter som finns att arbeta med som grundverktyg skulle kunna utvecklas mer, och efterfrågade interna specifika utbildningar för att göra bedömningar. Deltagarna önskade även att de hade en möjlighet att kunna kontakta läkare som backup vid olika beslut, såsom i situationer då dem är oense med patienten om vilken vårdnivå som är bäst för dem. Att både dem och läkaren dokumenterar förslag till vårdnivå samt om dem försökt övertala patienten vid dessa tillfällen beskrevs också som ett viktigt stöd för dem i beslutsfattandet.

Stöttning i sitt beslut, både som bollplank och högre medicinsk kompetens. Nog så behjälpligt ibland som riktlinjerna som är mer ute efter att behandla i första hand.

Känns även bättre att ha reflektion och samtal efteråt för att kunna förbättras och lära sig av varandra.

*det ju fantastiskt om man jobbar med en kollega, som är lite, samsyn i bedömningarna...
...och då får jag bekräftelse, om jag får bekräftelse av kollegan, vi tänker likadant, och.
Och den kanske har någon extra syn, infallsvinkel på det. Då är man ju extra trygg att lämna hemma.*

Deltagarna beskrev att dem tänkte att det inte får bli så att dem inte har tid att jobba på detta sätt, utan att det alltid måste frisättas resurser om det händer något allvarligt och dem sitter upptagna med att diskutera för att hitta en vårdnivå som passar patienten. Dessa gånger menade dem, kanske dem tar med patienten bara för att det går fortare även om det i slutändan inte blir det bästa för patienten utan beslutet gjordes för organisationens skull.

Ur resurshänsyn måste jag snabbt göra en bedömning. Då tänker jag ambulansresurser. Kommer jag kunna resonera tillräckligt för att kunna lämna hemma. Eller kommer jag stå och resonera i en halvtimme, kommer ändå sluta med att vi kommer åka in till akuten.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna intervjustudie var att beskriva ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att föreslå vårdnivå för patienter. Analysen av de genomförda intervjuerna resulterade i fyra slutkategorier: Att kombinera kunskap och intuition är viktigt vid klinisk bedömning av patienten, att ta patienter och närstående på allvar för att etablera en trygghet, att medvetandegöra sitt sätt att kommunicera för att skapa förtroende samt att behöva stöd från kollegor och vårdorganisation för säkra prioriteringar.

Resultatet i denna intervjustudie visar att ambulanssjuksköterskor ansåg att magkänsla och intuition var en stor del i bedömningen och identifieringen av patientens behov. Intuitionen och magkänslan kunde redan under färden ut skapa en känsla för vilka behov patienten kunde ha. Hams (2000) har utforskat hur sjuksköterskor använder sin intuition i sitt arbete och visar att magkänsla och intuition är något som sjuksköterskor ofta använder för att ta beslut, särskilt i situationer där informationen är knapphändig. Ju längre de hade arbetat desto oftare var det deras magkänsla som hjälpte dem att ta beslut. Magkänslan eller intuitionen kunde avslöja att en patient var på väg att bli sämre redan innan patientens parametrar började tyda på det. Resultatet i denna studie visar att ambulanssjuksköterskor använde sin erfarenhet och sin kliniska blick för att identifiera vad den specifika situationen krävde för att nå ett så bra omhändertagande som möjligt. McCutcheon och Pincombe (2001) visar i sin studie att intuition inte var något som bara hände, utan var istället en synergi av faktorer. Bland dessa faktorer spelade erfarenhet, kunskap, expertis och personlighet in. Det krävdes också att omgivningen tillät användandet av intuition som en faktor i beslutstagande. Oerfarna sjuksköterskor saknade dock erfarenhet att kunna använda sin intuition som underlag för sina beslut. Enligt Nilsson och Lindström (2015) studie anser även ambulanssjuksköterskestudenter att det är viktigt att ta in flera aspekter i bedömningen av patienten, så som parametrar, tidigare sjukdomar, hemsituation och stöd från anhöriga. Även i vår studies resultat framkom att ambulanssjuksköterskor ansåg att det var viktigt att ha ett öppet sinne inför patientens situation och att ta hänsyn till flera aspekter i sin bedömning av patienten.

Resultatet i denna intervjustudie visar att ambulanssjuksköterskor beskrev att det var viktigt att ta patienter och anhöriga på allvar, och att de bekräftade patientens problem för att kunna skapa trygghet. Detta kan relateras till Nåden och Sæteren (2006) som beskriver att bekräftelse av patienten kan se olika ut. Det kan röra sig om beröring, ögonkontakt, aktivt lyssnande eller att genom sina svar visa att man är engagerad i samtalet med patienten. Bekräftelse kan leda till att patienterna växer som personer, och har av patienter beskrivits som ett sätt att få behålla sitt mänskliga värde.

Resultatet i denna intervjustudie visar dessutom att ambulanssjuksköterskor anser att det hade stor betydelse att patienten fick känna sig sedd, hörd och betrodd för att känna sig bekräftad. Eriksson och Svedlund (2007) som studerat patienters upplevelser av att vara missnöjda menar att det är av största vikt att patienter känner sig sedda och förstådda av vårdpersonalen för att de ska känna sig bekräftade. De situationer där patienterna upplevde att de blev bekräftade, var när vårdpersonalen tog dem på allvar och såg hela deras livssituation, inte bara deras sjukdom eller skada. Bekräftelsen skapade en tillitsfull relation mellan vårdpersonalen och patienten. När vårdpersonalen inte lyssnade eller inte trodde på patienternas problem kände sig patienterna väldigt små och maktlösa, som att de var mindre värda. Detta skapade också frustration hos patienterna då det kändes som att de var tvungna att hela tiden kämpa för att få vårdpersonalen att ta deras problem på allvar.

I denna intervjustudies resultat framkom att en trygg relation kunde få patienten delaktig i beslutet om vårdnivå, vilket var en förutsättning för att kunna hänvisa patienten till en annan vårdnivå än akutmottagningen. Enligt Attree (2001) upplever patienter god vård när vårdpersonalen bemöter dem som individer med individuella behov. Genom att bekräfta patientens behov kunde en trygg relation skapas med patienten. Denna relation kunde sedan användas för att få patienten mer delaktig i sin vård. Vidare menar Attree (2001) att delaktighet i vården gör att patienterna får ökad motivation, bättre behandlingsresultat och även känner sig mer nöjda med vården.

Resultatet i denna intervjustudie visade att det var viktigt att patienten fick förståelse för varför ambulanssjuksköterskan tyckte att en annan vårdnivå än akutmottagningen skulle passa patienten bäst. Sahlsten, Larsson, Sjöström och Plos (2009) har studerat sjuksköterskors strategier för att optimera och stimulera patienters delaktighet i sin egen vård. Dem visade att

vårdpersonal kunde hjälpa patienter att få större förståelse för sitt sjukdomstillstånd genom att visa dem respekt, intresse samt genom att uppmuntra patientens egna åsikter och erfarenheter kring sin sjukdom. På så vis kunde både patient och vårdpersonal komma till en djupare insikt kring patientens situation. Henderson (2003) visar i sin studie att patienter som får tillräckligt med uppmärksamhet och information har en större chans att själva bli delaktiga i beslut som rör deras vård.

Resultatet i denna intervjustudie visar att ambulanssjuusköterskor kände ett större ansvar när dem föreslog vårdnivå för patienten än när patienten följde med till akutmottagningen. Riktlinjer som i nuläget finns till hands för att föreslå vårdnivåer beskrevs behöva mer utveckling för att vara ett fullgott stöd i bedömningar. Mer utbildning rörande att föreslå vårdnivå var också något som efterfrågades. Snooks et al. styrker detta i en studie från 2005 där man har studerat införandet av nya riktlinjer på en ambulansstation i England. Dessa riktlinjer tillåter ambulanspersonalen att hänvisa patienter till annan vårdnivå. Problemet beskrivs dock vara att riktlinjerna är ett trubbigt instrument som inte överensstämmer med verklighetens mer komplexa patientsituationer. I de fall där riktlinjerna inte passade in, men patienten ändå lämnades hemma, skulle ambulanspersonalen riskera att bli beskyllda för ett felaktigt agerande. I vår studies resultat framkommer att ambulanssjuusköterskor upplever att stödet från deras kollegor är viktigt för att det ska kännas säkert att föreslå vårdnivå till patienter. I en studie av Kaissi, Johnson och Kirschbaum (2003) framkommer att ett väl fungerande teamarbete med god kommunikation och en genomtänkt fördelning av arbetsuppgifter var lika viktigt för patientsäkerheten som tekniska färdigheter. Över 90 procent av deltagarna upplevde också att teamarbete minskade risken för de som ingick i teamet att begå misstag, och gjorde också att teammedlemmarna tog bättre beslut. Även om det i vår studies resultat inte framkom något om teamarbete beskriver ambulanssjuusköterskor dock vikten av att tillsammans med sina kollegor reflektera över de patienter dem hade handlagt för att lära av varandra och utvecklas. Att samverka i teamet för att utvecklas både som individer och som team, är något som är en del av en av sjuusköterskans kärnkompetenser (Cronenwett et al., 2009).

Resultatet i denna intervjustudie visar att ambulanssjuusköterskor anser att kommunikationen med patienter var viktig i alla situationer, såväl i urakuta lägen då patientens liv var i fara, som i de lägen då patientens tillstånd inte var akut och annan vårdnivå skulle föreslås. Kourkouta och Papathanasiou (2014) styrker att kommunikation är något som har en stor roll

i alla delar som hör samman med omvårdnad. För att kommunikationen ska vara ändamålsenlig krävs att sjukvårdspersonalen skapar en relation till patienten som har en grund i acceptans och ärlighet. Genom denna relation skapas förtroende mellan vårdpersonalen och patienten, förtroendet underlättar i sin tur kommunikation och information mellan parterna.

Resultatet i denna intervjustudie visar att ambulanssjuksköterskor anser att det var viktigt att kommunicera på en nivå som patienten förstod och att tänka på hur man kommunicerade för att uppnå detta. Schwartzberg, Cowett, VanGeest och Wolf (2007) belyser i sin studie olika kommunikationsstrategier som vårdpersonal använder för att nå fram med sitt budskap till patienter som till exempel lider av läs- och skrivsvårigheter, alternativt är ovana med sjukvårdens fackspråk. Dessa patienter behövde därför få anpassad information. Den vanligaste strategin som vårdpersonal använde sig av var att använda ett enkelt språk där man undvek facktermer. Andra vanliga strategier var att ge patienten skriftlig information där man underströk det som var allra viktigast, att prata långsamt, att inte ta upp för många begrepp på en gång, samt att följa upp hos patienten hur hen vid hemkomst skulle genomföra de instruktioner man gett. Vanligt var också att fråga ifall en anhörig skulle vara med under samtalet för att på så sätt öka chanserna att alla instruktioner uppmärksammades.

Resultatet i denna intervjustudie visar att ambulanssjuksköterskor anser att det är av vikt att på ett tydligt sätt kommunicera till patienten vilka åtgärder man anser att denne bör vidta, relaterat till sitt sjukdomstillstånd. Boykins (2014) har utforskat vad som är effektiv och terapeutisk kommunikation samt vilka kommunikationshjälpmedel som används inom patientcentrerad vård. Boykins visar på att effektiv och terapeutisk kommunikation kännetecknas av att patienten och vårdpersonalen utbyter information som gör att patientens hälsa kan stärkas samt att patienten själv kan ta en större del i sin vård. För att kunna bedriva effektiv och terapeutisk kommunikation måste vårdpersonalen bland annat kunna bedöma patientens förmåga till kommunikation, patientens vilja till att kommunicera samt barriärer som kan förhindra en effektiv kommunikation mellan vårdpersonalen och patienten.

Resultatet i denna intervjustudie visar att ambulanssjuksköterskor anser att det är viktigt att inte framstå som stressad eller nonchalant i samband med att de skulle föreslå vårdnivå för patienten. McCabe (2004) har utforskat patienters upplevelse av hur vårdpersonal kommunicerar. McCabe visar att patienter känner sig ignorerade ifall vårdpersonalen verkar mer upptagna med praktiska göromål istället för att verkligen lyssna på vad patienten har att

säga. Även i de fall där det verkade som att vårdpersonalen redan hade bestämt sig för vad patienten skulle anse i en viss fråga, kände sig patienten ignorerad eller behandlad som mindre vetande.

Metoddiskussion

Då intervjustudien behandlar ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att föreslå vårdnivå till patienter har studieförfattarna valt att ha en kvalitativ ansats. Enligt Polit och Beck (2012) är kvalitativ ansats lämpligt när man vill utforska och analysera studiedeltagares upplevelser och erfarenheter. Författarna har valt att använda sig av kvalitativ innehållsanalys som den beskrivs av Graneheim och Lundman (2004), då det är en vedertagen metod för att analysera kvalitativa data.

Deltagarna i studien hade en varierande erfarenhet av att arbeta prehospitalt. Den deltagare som hade arbetat kortast tid, hade två års erfarenhet, medan den deltagare som arbetat längst tid hade varit verksam inom ambulanssjukvården i 20 år. Enligt Graneheim och Lundman (2004) berikar en varierad erfarenhet hos studiedeltagarna resultatet och ökar studiens trovärdighet. Av de åtta studiedeltagarna var det endast en kvinna, något som måste ses som en svaghet då det minskar antalet perspektiv på det studerade fenomenet. Graneheim och Lundman (2004) menar även att en viktig del för att en studie ska erhålla en hög trovärdighet, är att de meningsenheter som legat till grund för analysen i arbetet är lämpligt utvalda. Dessa meningsenheter får inte vara för långa eftersom de då riskerar att innehålla mer än en mening och får inte heller vara för korta då resultatet riskerar att bli fragmenterat. Författarna till denna intervjustudie har eftersträvat att detta ska undvikas genom att det ursprungliga textmaterialet har lästs igenom ett flertal gånger, för att få en helhetsbild av materialet. Det går dock inte att utesluta att detta misslyckats i en del fall då författarnas erfarenhet av att genomföra denna typ av analys är begränsad. De kategorier som skapades genom analysen lästes igenom och reviderades ett flertal gånger, detta för att undvika att relevant data exkluderades eller att irrelevant data inkluderades, något som enligt Graneheim och Lundman (2004) sänker trovärdigheten hos en studie. Författarna gick också regelbundet tillbaka till ursprungliga intervjuerna för att inte förlora nyanser i innehållet.

Då båda författarna har varit verksamma inom prehospital vård, varav en är det fortfarande, vilket gör att det finns en förförståelse av det studerade fenomenet. Förförståelsen kan göra att man drar förhastade slutsatser av det som kommer fram under datainsamlingen. Genom att under intervjuerna ställa uppföljande, sonderande frågor har författarna försökt undvika detta.

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en frågeguide för att studieförfattarna skulle få svar som svarade mot studiens syfte. Graneheim och Lundman (2004) menar att det är viktigt att man ställer liknande frågor till studiedeltagarna, även om det över tid kan förändras i och med att man får nya insikter. Intervjuerna tog mellan 15–40 minuter att genomföra, vilket får ses som en väsentlig skillnad i tid. Samtidigt bedömdes de olika intervjuerna ge en variation av det studerade fenomenet, det var inte heller någon av intervjuerna som skiljde ut sig från de andra. Sammanfattningsvis bedömde vi intervjuerna som rika. Intervjuerna genomfördes med personal verksamma på två ambulansstationer belägna vid olika länssjukhus i norra Norrland. Båda stationernas personal var verksamma över ett geografiskt stort område med relativt liten befolkning. Då den insamlade datan från de båda stationerna i mycket överensstämmer med varandra, skulle det gå att argumentera för att studiens resultat går att överföra till prehospitall personal verksam i liknande områden i Sverige. Enligt Polit och Beck (2012) är det dock upp till studiens läsare att avgöra i vilken utsträckning resultat går att överföra till en annan miljö.

Slutsats

Resultatet i denna intervjustudie visar att ambulanssjuksköterskor eftersträvar att göra en så korrekt bedömning av patienten som möjligt, för att sedan kunna hjälpa patienten till den vårdnivå som passar bäst utifrån dennes individuella behov. För att göra en korrekt undersökning och bedömning behöver ambulanssjuksköterskan kunskap, erfarenhet och stöd från kollegor, riktlinjer och organisation. Ambulanssjuksköterskor upplevde att stödet från lokala riktlinjer när det kom till att föreslå vårdnivå, många gånger var otydligt och inte överensstämmande med verklighetens mer komplexa situationer. Det efterfrågades också mer utbildning kring hur man ska gå tillväga för att föreslå vårdnivå.

Kliniska implikationer

Förhoppningsvis kan resultatet i denna intervjustudie tas tillvara i framtida forskning inom ämnet. På sikt finns förhoppningen att forskning i ämnet leder till utveckling av riktlinjer, som på ett bättre sätt kan stödja ambulanssjuksköterskor när de föreslår vårdnivå för patienter. På så sätt kan patienter i större utsträckning hamna på den vårdnivå som passar just deras situation bäst.

Referenser

- Ahlenius, M., Lindström, V., & Vicente, V. (2017). Patients' experience of being badly treated in the ambulance service: A qualitative study of deviation reports in Sweden. *International Emergency Nursing, 30*, 25-30. doi:10.1016/j.ienj.2016.07.004.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 456-466. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x.
- Booker, M. J., Simmonds, R. L., & Purdy, S. (2014). Patients who call emergency ambulances for primary care problems: a qualitative study of the decision-making process. *Emergency Medicine Journal, 31*, 448-452. doi:10.1136/emmermed-2012-202124.
- Boykins, D. A. (2014). Core communication competencies in patient-centered care. *Association of Black Nursing Faculty Inc Journal, 25*(2), 40-45.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Pohl, J., Barnsteiner, J., Moore, S., Sullivan, D. T., ... Warren, J. (2009). Quality and safety education for advanced nursing practice. *Nursing Outlook, 57*(6), 338-348. doi:10.1016/j.outlook.2009.07.009.
- Carret, M. L., Fassa, A. G., & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BioMed Central Health Service Research, 7*, 131-140. doi:10.1186/1472-6963-7-131.
- Dahlén I., Westin L., & Adolfsson A. (2012). Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychology Research and Behavior Management, 5*, 1-9. doi:10.2147/PRBM.S27790.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2., [rev.] uppl., s. 143-154). Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson, U., & Svedlund, M. (2007). Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 438-446. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01544.x.

Graneheim, H. U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Hams, P. S. (2000). A gut feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(5), 310-318. doi:10.1054/iccn.2000.1500.

Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 501-508. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00757.x.

Henning, B., Lydersen, S., & Døllner, H. (2016) A reliability study of the rapid emergency triage and treatment system for children. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(19). doi:10.1186/s13049-016-0207-6.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2., [rev.] uppl., s. 111-119). Lund: Studentlitteratur AB.

Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz, J., & Karlberg, I. (2007a). Initial emergency medical dispatching and prehospital need assessment: a prospective study of the Swedish ambulance service. *European Journal of Emergency Medicine*, 14(3), 134-141. doi:10.1097/MEJ.0b013e32801464cf.

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

Holmberg, M., & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(2). doi:10.3402/qhw.v5i2.5098.

Kaissi, A., Johnson, T., & Kirschbaum, S. M. (2003). Measuring teamwork and patient safety attitudes of high-risk areas. *Nursing Economics*, 21(5), 211-218.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2., [rev.] uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

Kourkouta, L., & Papathanasiou, V. I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materiasociomedica*, 26(1), 65-67. doi:10.5455%2Fmsm.2014.26.65-67.

Magnusson C., Källenius C., Knutsson S., & Axelsson C. (2016). Pre-hospital assessment by a single responder: The Swedish ambulance nurse in a new role: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 26, 32-37. doi:10.1016/j.ienj.2015.09.001.

Manley, K., Hills, V., & Marriot, S. (2011). Person-centred care: Principle of Nursing Practice D. *Nursing Standard*, 25(31), 35-37. doi:10.7748/ns2011.04.25.31.35.c8431.

McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x.

McCutcheon, H. H., & Pincombe, J. (2001). Intuition: an important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 342-348. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01882.x.

Nilsson, T., & Lindström, V. (2016). Clinical decision making described by Swedish prehospital emergency care nurse students: An exploratory study. *International Emergency Nursing*, 27, 46-50. doi: 10.1016/j.ienj.2015.10.006.

Norberg Boysen, G. (2017). Patientens tillit till den prehospitala vårdkedjan: Ändamålsenlig vårdnivå för patienter med primärvårdsbehov. (Doktorsavhandling, Högskolan i Borås, Borås). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hb:diva-12194>.

Nåden, D., & Sæteren, B. (2006). Cancer Patients' Perception of Being or not being Confirmed. *Nursing Ethics*, 13(3), 222-235. doi:10.1191%2F0969733006ne873oa.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9., [rev.] uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rosén H., Persson J., Rantala A., & Behm L. (2017). "A call for a clear assignment" - A focus group study of the ambulance service in Sweden, as experienced by present and former

employees. *International Emergency Nursing*, 36, 1-6.

doi:10.1016/j.ienj.2017.07.003.

Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 490-497. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x.

Schwartzberg, G. J., Cowett, A., VanGeest, J., & Wolf, S. M. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 96-104.

doi:10.5555/ajhb.2007.31.supp.S96.

Socialstyrelsen. (2013). Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. (Rapport december 2013). Hämtad 2018-02-19 från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>.

Socialstyrelsen. (2017). Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. (Rapport februari 2017). Hämtad 2018-02-19 från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf>.

Snooks, A. H., Kearsley, N., Dale, J., Halter, M., Redhead, J., & Foster, J. (2005). Gaps between policy, protocols and practice: a qualitative study of the views and practice of emergency ambulance staff concerning the care of patients with non-urgent needs. *Quality and Safety in Health Care*, 14, 251-257. doi:10.1136/qshc.2004.012195.

Toloo, G. S., FitzGerald, G. J., Aitken, P. J., Ting, J. Y., McKenzie, K., Rego, J., & Enraght-Moony, E. (2013). Ambulance use is associated with higher self-rated illness seriousness: user attitudes and perceptions. *Academic Emergency Medicine*, 20(6), 576-583.

doi:10.1111/acem.12149.

Wireklint Sundström, B., & Dahlberg, K. (2011). Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions. *International Emergency Nursing*, 19(3), 113-119. doi:10.1016/j.ienj.2010.07.005.

Wireklint, C. S., Elmqvist, C., Parenti, N., & Göransson, E. K. (2017). A descriptive study of registered nurses' application of the triage scale RETTS©; a Swedish reliability study. *International Emergency Nursing*, 38, 21-28. doi:10.1016/j.ienj.2017.12.003.

WMA. (2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2018-05-18 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.

Frågeguide

- 1: Hur går du tillväga när du föreslår olika vårdnivåer till patienten?
- 2: Hur upplever du vikten av hur du använder språket?
- 3: Hur skapar du en relation till patienten?
- 4: Var ligger vikten av din bedömning och hur delaktig är patienten i den?
- 5: Vad tror du patientens viktigaste upplevelse är om de inte medföljer i ambulansen?
- 6: Hur mycket spelar anhörigas åsikter in?
- 7: Hur upplever du riktlinjerna du arbetar efter?
- 8: Hur upplever du arbetsgivarens stöd i din uppgift att bedöma vårdnivå?