

**VAD PÅVERKAR DET PREHOSPITALA VÅRDTEAMETS  
BEDÖMNING I ATT INTE TRANSPORTERA PATIENTEN TILL  
AKUTMOTTAGNINGEN?**

**En litteraturöversikt**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examensdatum: 2018-05-03  
Kurs: Ht16

Författare:  
Terése Bille Larsson  
Frida Svensson

Handledare:  
Margareta Ramsjö

Examinator:  
Anders Rüter

## SAMMANFATTNING

Det har framkommit i forskningen att det i västvärlden är ett problem med att allmänheten söker akutmottagningen via ambulanssjukvården när de istället kunde söka sig till annan vårdnivå. När behovet av ambulanstransport uppstår så kan den kontakten innebära istället för en vidare transport, en avancerad vård på plats av en patient. Personal som arbetar inom ambulanssjukvård är oftast specialistutbildade inom prehospita akutsjukvård och har stor erfarenhet av denna typ av vård. Det har dock visat sig i tidigare forskning att i en tredjedel av ambulansuppdragen finns det inget behov av ambulanstransport. Det är därför av stor vikt att studera vilka faktorer som påverkar det prehospitala vårdteamets bedömning av patient och hur bedömningen påverkar beslut som att vårda patient på plats istället för en vidare transport till sjukhus.

Syftet med studien var att belysa vilka faktorer som påverkar det prehospitala vårdteamets bedömning i att inte transportera patienten till akutmottagning.

Studien var en litteraturoversikt med metoden integrativ review, denna metod tillåter att både kvalitativa och kvantitativa artiklar används. Artiklarna söktes i databaserna CINAHL och PubMed samt manuella sökningar genomfördes. 15 artiklar ingår i litteraturoversikten. Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering. Dataanalys genomfördes i enlighet med integrativ review.

I resultatet framkom det två kategorier samt sju underkategorier. Den första kategorin var prehospitala vårdteamet med fem underkategorier, utbildning och erfarenhet, samarbete med andra professioner, beslutsstöd, patientinformation och upplevelse av rädsla och frustration. Den andra kategorin var patienten men två underkategorier, patientens autonomi samt tillstånd och orsaker till icke transport.

Litteraturstudiens resultat tyder på att viktiga faktorer som påverkar det prehospitala vårdteamets bedömning är baserat på erfarenhet och utbildning, samarbete med andra professioner och patientens autonomi. Antal uppdrag där patienten inte är i behov av ambulans ökar, vilket kan leda till att det prehospitala vårdteamet är i behov av mer utbildning i att göra dessa bedömningar och samarbetet med andra professioner. Ökningen av dessa uppdrag leder även till känsla av frustration hos det prehospitala vårdteamet och att patientens autonomi inte alltid kan tillgodoses. Resultatet tyder på att utbildning är önskarvärt i att bedöma dessa patienter som inte är i behov av ambulanstransport till akutmottagning, utan istället kan hänvisas till annan vårdnivå.

Nyckelord: prehospitalt vårdteam, icke transport, bedömning, annan vårdnivå, patientens autonomi

## **ABSTRACT**

Research has shown that in the western world there is a problem of the public seeking emergency care through the ambulance service, when they could instead use an alternative care pathway.

When the need for prehospital care occurs, this could result in, that instead of a further transport, advanced care could be carried out on scene. Personnel working in the ambulance care are usually specialized in pre-hospital emergency care and have extensive experience in this type of care. However, previous research has demonstrated that in a third of the ambulance dispatches there is no need for the patient to be transported to a hospital. It is therefore of great importance to study what factors affect the prehospital care team's assessment of the patient and how the assessment affects decisions such as caring for a patient instead of further transport to hospital.

The purpose of the study was to highlight what factors affect the prehospital care team's assessment in not transporting the patient to emergency department.

The study was a literature review where results were analyzed by an integrative review, which allows both qualitative and quantitative articles to be included. The articles were searched in the CINAHL and PubMed databases and manual searches were also performed. 15 articles were included in the literature review. The articles were quality-reviewed on the basis of the Sophiahemmet University's assessment base for scientific classification. Data analysis was conducted in accordance with an integrative review.

In the result, there were two categories and seven subcategories. The first category was the prehospital care team with five subcategories, education and experience, collaborating with other professions, decision support, patient information and experience of fear and frustration. The second category was the patient with two subcategories, the patient's autonomy and the conditions and reasons for non-transport.

The literature study results demonstrated that important factors affecting the prehospital care team's assessment are based on experience and education, collaborating with other professions and patient autonomy. The number of missions where there is no need for the patient to be transported to a hospital increases, which suggests that there is a need for more education of the ambulance team in making these assessments as well as collaboration with other professions. The increase of these assignments also leads to the feeling of frustration of the prehospital care team and a fear that the patient's autonomy may not always be met. The result also implies that education is desirable in assessing those patients who are not in need of ambulance transport to emergency department, but instead may be referred to other levels of care.

Keywords: prehospital care team, non-transport, assessment, level of care, patient autonomy

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	1
Ambulanssjukvårdens utveckling.....	1
Den prehospitla vårdkedjan.....	1
Teoretisk referensram.....	5
Hänvisning, begränsningar och möjligheter.....	5
Problemformulering.....	7
<b>SYFTE</b> .....	7
<b>METOD</b> .....	7
Ansats .....	7
Design .....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	8
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska övervägande.....	9
<b>RESULTAT</b> .....	10
Prehospitla vårdteamet.....	10
Patienten.....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats.....	21
Klinisk tillämpbarhet.....	21
<b>REFERENSER</b> .....	22

Bilaga 1- Bedömningsunderlag

Bilaga 2- Artikelmatris

## **BAKGRUND**

### **Ambulanssjukvårdens utveckling**

Enligt Gårdelöv (2016) har ambulanser funnits i Stockholm sedan åren innan 1900-talet och var då hästtransporter som transporterade patienter med kolera, smittkoppor och andra högst smittsamma och dödliga sjukdomar. År 1905 användes ambulanser inom armén, även då hästambulanser. Den första s.k. automobilambulans i Sverige köptes år 1910. Ända fram till 1980-talet var det prehospitala vårdteamets största uppgift att transportera patienten till en vårdinrättning. Någon omvårdnad under transport var det inte tal om utan det var en s.k. vård med gaspedalen. Idag definieras en ambulans i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS) 2009:10 kap. 1 2 § som "...transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade" (SOSFS 2009:10, s. 1) och ambulanssjukvård som "...hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans" (SOSFS 2009:10, s. 1). Föreskriften fortsätter att förklara i kap. 6 2 § att det är vårdgivaren som ansvarar för att varje ambulans är bemannad med minst en personal som har behörighet att administrera läkemedel enligt socialstyrelsen.

Socialstyrelsen konstaterade år 1997 att sjuksköterskors arbete inom ambulanssjukvård består av ett specialistområde och arbetade fram den första kompetensbeskrivningen för sjuksköterska inom ambulanssjukvård. År 2001 startade Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård omfattande 60 högskolepoäng.

Ambulanssjuksköterskans ansvar är att se till att patienten kommer till rätt vårdnivå genom samverkan med specialistsjukvård, primärvård och kommunal vård (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) menar att med den medicinska utvecklingen samt med den ökade informationsteknologin har bidragit till att behandlingstiden har minskat och att avancerade behandlingar kan, i många fall, genomföras i hemmet.

### **Den prehospitala vårdkedjan**

#### Patienten

Den prehospitala vården börjar med en patients beslut om att ringa efter ambulans (Ahl, Nyström & Jansson, 2006). Människor som kontaktar larmcentralen har ofta kommit till insikt om att de inte riktigt vet hur de ska hantera situationen som har uppstått. Vidare beskrivs att prehospitall vårdpersonal många gånger möter människor i kris men kan ofta inte erbjuda mer än mänsklighet (Jonsson & Halabi, 2006; Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003). Beslutet att ringa efter en ambulans är ofta ett stort beslut och en diskussion brukar förekomma innan patienten tar ett beslut om att kontakta SOS. I vissa fall är det inte patienten själv som har ringt utan tredje person (Ahl et al., 2006). Beslutet i sig att kontakta en ambulans beror på en känsla av att vara mycket sjuk, en känsla av osäkerhet av att inte veta vad som är fel och en upplevelse av en situation som ohållbar (Ahl et al., 2006; Rantala, Ekwall & Forsberg, 2015). Ahl et al. (2006) tar även upp att patienten väljer att kontakta en ambulans när de inte kan åka med egen bil eller kommunala transportmedel. Anledningen är enligt studien att patienten upplever att ambulanstransport är ett säkert och lugnt sätt att transporteras till akutmottagningen. Patienten upplever även ett lugn och upplevelse av trygghet när det prehospitall vårdteamet anländer till patienten.

Att patienten tillåts vara delaktig i beslutet kring sin egen vård är en fastställd rättighet i Sverige (Sandman & Bremer, 2016). Enligt Patientlagen (SFS, 2014:821) kap. 5 1 § skall hälso- och sjukvård bedrivas i samråd med patienten i så stor utsträckning som möjligt. Det innebär enligt Sandman och Bremer (2016) att patienten har rätt att neka till vård även om vårdpersonalen bedömer att vård behövs för patientens välbefinnande. I vissa fall får dock undantag göras, till exempel då patienter motsätter sig vård på grund av psykiska tillstånd, då träder Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS, 1991:1128) in.

Enligt Patientlagen (SFS, 2014:821) kap. 1 7 § ska patienten få kompetent och omsorgsfull hälsovård och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Willman et al. (2011) beskriver att för att patienten skall få en säker och trygg vård behövs ett vetenskapligt förhållningssätt samt att all vårdpersonal ska arbeta evidensbaserat. Detta står även skrivet i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska att denna ska arbeta evidensbaserat (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Med evidensbaserad omvårdnad menas att all vårdpersonal ska tillämpa bästa vetenskapliga bevis och beprövad erfarenhet som underlag för sina vårdbeslut (Willman et al., 2011; Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

### Larmcentral

Gårdelöv (2016) beskriver den prehospitla vården som den första kontakten i vårdkedjan föregånget av ett samtal till 112, och oftast berör den det prehospitla vårdteamet samt den enskilde patienten. Gårdelöv skriver vidare att Samhällets olycksfall och säkerhetstjänst (SOS) med nummer 112, tidigare 90000, sedan mer än 50 år tillbaka ansvarat för att ta emot nödsamtal för alla olika hjälpinsatser. Enligt SOSFS har varje landsting ansvar för att anlita en larmcentral som tar emot larmsamtal och prioriterar ut ambulanser (SOSFS 2009:10, kap. 5 1 §). Vid en nödsituation kan du via SOS få kontakt med bl.a. polis, ambulans, räddningstjänst, sjöräddning, fjällräddning, giftinformation eller jourhavande präst (SOS-alarm, 2017). Majoriteten av landstingen i Sverige har anlitat SOS, som till hälften ägs av staten och andra hälften av Sveriges Kommuner och Landsting, för alarmering och dirigering av ambulanser. Det innebär att de identifierar och avgör om behovet av ambulans finns samt vilken prioritet uppdraget ska ha utifrån angelägenhetsgrad. SOS-operatören har till hjälp ett medicinsk index där uppdragets prioritering alltid utgår från patientens symtom. De olika uppdragen är prioritet 1: akut livshotande, prioritet 2: akut men inte livshotande och prioritet 3: övriga uppdrag (SOS-alarm, 2017). SOS har rapporterat att mellan åren 2009 och 2014 har antalet uppdrag med prioritet 1 ökat med 71 procent, prioritet 2 uppdrag har ökat med 50 procent medan antalet uppdrag med prioritet 3 har minskar med nio procent (Gårdelöv, 2016). Enligt Hjalte, Suserud, Herlitz och Karlberg (2007a) överprioriteras samtal hos SOS för att det skall finnas en säkerhetsmarginal. Studien visar på att vid 30 procent av uppdragen, som är bedömt av SOS, är patienten inte i behov av ambulanstransport efter bedömning av det prehospitla vårdteamet.

### Prehospitla vårdteamet

Det prehospitla vårdteamet består vanligtvis av två personal. Alltsomoftast en ambulanssjukvårdare och en legitimerad sjuksköterska, ibland två legitimerade sjuksköterskor, där minst en sjuksköterska bör ha en specialistsjuksköterskeutbildning inom prehospital akutsjukvård (Bremer, 2016).

En ambulanssjukvårdare har däremot en utbildning som innebär vårdutbildning med påbyggnad inom ambulanssjukvård. Arbetsuppgifter kan för ambulanssjukvårdare innebära undersökningar av vitalparametrar samt att agera som sjukvårdsledare vid en olycksplats (utbildningssidan.se, u.å.). Enligt SOSFS (2000:1) allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården stadgas i 4 kap. 1 § att endast personal med legitimation innehar behörighet att iordningställa samt administrera läkemedel. Bremer (2016) skriver att det prehospitala vårdteamet behöver både medicinsk som vårdvetenskaplig kunskap för att kunna ge adekvat omvårdnad och behandling under det korta mötet. Andersson Hagiwara och Wireklint Sundström (2016) skriver att kompetensen med erfarenhet och kunskap kan variera inom olika vårdteam, teamen kan bestå av ambulanssjukvårdare, legitimerad sjuksköterska till sjuksköterska med specialistutbildning.

I en studie av Holmberg och Fagerberg (2010) skriver de att förutsättningarna för att kunna ge god vård är det prehospitala vårdteamet, samarbetet med kollegor och andra inom hälso- och sjukvården. Även Wireklint Sundström och Dahlberg (2011) skriver om vikten av samarbete och kommunikation i det prehospitala vårdteamet vid bedömningen av patienten samt att patienten är i centrum. Holmberg och Fagerberg (2010) fortsätter med att detta samarbete är viktigt inom varje aspekt av ambulanssjukvården, att kunna skapa förutsättningar att ge vård som baseras på patientens behov. När samarbete inte fungerar upplever sjuksköterskan detta som ett dilemma, då patienten inte får den vård som sjuksköterskan bedömer att denne är i behov av. Holmberg och Fagerberg (2010) skriver att sjuksköterskans vårdande baseras på medicinsk vård och omvårdnad. Att patientens upplevelse av situationen är viktig och patientens upplevelse är överordnad och är fundamental för sjuksköterskans vårdande. Vidare skriver Holmberg och Fagerberg (2010) att sjuksköterskans ambition är att bekräfta och förstå patientens situation och skapa ett välbefinnande för patienten och dennes anhöriga. Även Wireklint Sundström och Dahlberg (2011) skriver om vikten av att den som vårdar patienten förstår och visar intresse av dennes upplevelse av sin situation och sitt lidande. Detta genom att vårdaren tar sig tiden att samtala med patienten.

Den prehospitala vården ställer höga krav på personalens kompetens att möta patienter och på att kunna evaluera och re evaluera den bedömning som gjorts initialt (Bremer, 2016). Enligt utbildningsplanen för specialistsjuksköterska med inriktning ambulanssjukvård (Sophiahemmet Högskola, 2014) är ett av målen att studenten efter utbildning ska kunna både självständigt och tillsammans med patient och närstående kunna identifiera vårdbehov. Willman et al. (2011) beskriver att den evidensbaserade omvårdnaden endast ska användas som ett komplement och kombineras med kunskap om den enskilda patientens behov och upplevelse. Detta innebär att sjuksköterskan ska i sitt dagliga möte med patienten använda evidensbaserad omvårdnad och tillsammans med patienten planera dennes omvårdnad. Enligt Bremer (2016) använder det prehospitala vårdteamet sig av en bedömning för att komma fram till ett beslut angående patienten. Beslut kan baseras på ett beslutsstöd vid namn Rapid Emergency Triage and Treatment System, RETTS.

### Bedömning och handläggning

Ambulanssjuksköterskan har ett medicinskt ansvar vilket innefattar att bedöma patienters tillstånd enligt airway, breathing, circulation, disability och exposure, ABCDE-konceptet, genomföra aktuella undersökningar, tyda vitalparametrar samt fynd som hittats vid dessa undersökningar, besluta om åtgärder samt utföra och re evaluera dessa (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

I ambulanssjukvården i Sverige och i delar av norden används ett beslutsstöd vid namn Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTs) (Bremer, 2016). Detta beslutsstöd är till hjälp för det prehospitala vårdteamet vid bedömning av vitalparametrar som andningsfrekvens (AF), saturation (SPO<sub>2</sub>), blodtryck (SBT), hjärtfrekvens (HR), kroppstemperatur och medvetandegrad (RLS) för att avgöra allvarlighetsgraden på patientens tillstånd. Kombinerar vitalparametrarna från RETTS med kontaktorsak som kallas Emergency Symptoms and Signs (ESS), som leder fram till fyra olika prioriteringsnivåer: röd, orange, gul och grön. De olika färgkoderna ger en vägledning till hur kritiskt patientens tillstånd är och hur snabbt patienten behöver få läkarkontakt. Patienter som prioriteras med färgen röd och orange behöver träffa läkare omgående medan patienter som prioriteras gula och gröna kan vänta innan en omedelbar läkarkontakt ges (Widgren & Jourak, 2011). Med dessa verktyg gör ambulanssjuksköterskan en samlad bedömning om vilka åtgärder som kan bli aktuella prehospitalt (Gårdelöv, 2016).

Till stöd har ambulanssjuksköterskan behandlingsriktlinjer. I dessa behandlingsriktlinjer finns protokoll och anvisningar på vilken slags utrustning som skall tas med vid undersökning av patienten, samt vilka mediciner som kan vara aktuella vid läkemedelsbehandling (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström, 2016). I studie av Andersson Hagiwara, Suserud, Jonsson och Henricson (2013) framkommer det att utarbetningen av dessa behandlingsriktlinjer är utformad av läkare med begränsad kunskap inom det prehospitala kontextet. Wireklint och Dahlberg (2011) skriver att den prehospitala vården är oplanerad och varje situation är unik och måste planeras i relation till dess omständigheter. Andersson Hagiwara et al. (2013) skriver att det prehospitala vårdteamet ser behandlingsriktlinjerna som ett stöd för att kunna arbeta då vården som bedrivs ibland kan vara långt ifrån medicinsk support. Samtidigt framkommer det även i studien att det även finns en oro i att det inte finns någon eller låg evidens bakom behandlingsriktlinjerna.

Enligt Gunnarsson och Warrén Stomberg (2009) sker bedömningen av patienten i fyra olika faser. Fas ett är att samla in information, vilket utförs genom att tala med patienten samt att utföra undersökningar. I den andra fasen skapar sig det prehospitala vårdteamet en hypotes kring problemet och hur detta problem ska kunna lösas. I den tredje fasen tolkas informationen som det prehospitala vårdteamet har bedömt utefter situationen med en hypotes. I den fjärde fasen tas ett beslut utifrån den information samt bedömning som utförts av det prehospitala vårdteamet. I studien framgår även att på det sätt som informationen bedöms och tolkas, diskuteras detta mot den utbildning och erfarenhet som finns hos det prehospitala vårdteamet. Även Holmberg och Fagerberg (2010) skriver att beslutet och bedömning av vård är baserat på intuition och erfarenhet. Ambulanssjuksköterskan ska även kunna få patienten och dess anhöriga delaktiga i patientens egenvård (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Den prehospitala akutsjukvården är ett mångskiftande område med många olika utmaningar. Utmaningar på grund av att det prehospitala vårdteamet träffar många olika människor, i skiftande åldrar, med olika bakgrund så som kulturer och social bakgrund. Arbetet innefattar även ett stort antal varierande sjukdomstillstånd i skiftande allvarlighetsgrad. Det prehospitala vårdteamet måste kunna hantera alla medicinska och traumatiska tillstånd utan att ibland känna till hela sjukdomshistorien (Andersson Hagiwara & Wireklint, 2016; Bremer, 2016).



Andersson Hagiwara et al. (2013) skriver att det prehospitala vårdteamet tvingas arbeta med hög flexibilitet samt kreativitet då den prehospitala miljön är komplex. Att följa behandlingsriktlinjerna är inte alltid möjligt i alla situationer utan avsteg görs. Att skapa behandlingsriktlinjer för alla situationer som kan uppstå prehospitalt är inte genomförbart men det har framkommit i studien att behovet av mer stöd finns.

### **Teoretisk referensram**

Svensk sjuksköterskeförening (2010) skriver om sjuksköterskans sex kärnkompetenser, dessa behövs för att sjuksköterskan ska kunna vårda på ett kvalitativt sätt. De sex kompetenserna är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Personcentrerad vård utmärks av att patienten vill bli sedd och förstörd med ömsesidighet, värdighet och vilja. Relationen mellan sjuksköterskan och patient kan vara kort eller lång men ska alltid vara professionell. Personcentrerad vård utgår alltid från patientens upplevelse av sin egen ohälsa och är ett partnerskap mellan vårdare, patient och närstående (Ekman & Norberg, 2014; Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Samverkan i team mellan olika yrken och professioner sker för patientens bästa samt att det gynnar kontinuiteten och stärker säkerheten för patienten inom vården. Kommunikation är viktigt i samverkan där sjuksköterskan måste tänka på kommunikationen med andra teammedlemmar men även mot patienten, anhöriga och familjemedlemmar. Samverkan och kommunikation sker utifrån ett helhetsperspektiv av patientens situation där patienten är i behov av en smidig vårdkedja. Det är sjuksköterskans ansvar att vara med och utveckla informations- och kommunikationssystem. Dessa system har patientens behov och säkerhet i fokus. Det är viktigt för sjuksköterskan att upprätthålla utbildning och kompetensutveckling. Detta kan ske genom att öva kommunikations och ledningsansvar för att öka patientsäkerheten (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Den omvårdnad ambulanssjuksköterskan bedriver innefattar bland annat att organisera omvårdnaden, så att både patienten och anhöriga upplever ett välbefinnande i möjligaste mån samt att lindra lidande (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2012). Sjuksköterskan ska även kunna informera patienten om olika behandlings- och vårdalternativ samt att respektera patientens autonomi (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

### **Hänvisning, begränsningar och möjligheter**

Norberg, Wireklint Sundström, Christensson, Nyström och Herlitz (2015) skriver att i västvärlden är det ett välkänt problem idag att allmänheten söker vård på akutmottagningen, för tillstånd som hade kunnat behandlas på annan vårdnivå, genom att använda sig utav ambulanssjukvården. Detta leder till att akutmottagningarna blir överlastade och ambulanssjukvården används till uppdrag där det inte finns något ambulansbehov. Även Axelsson et al. (2016) menar att väntetiderna på akutmottagningarna har ökat bland annat på grund av att befolkningen har blivit äldre och de har ett ökat vårdbehov. Detta har lett till att patienter som är bedömda icke-akuta får vänta många timmar med liten information om väntetiden. För vissa patienter kan primärvården vara ett alternativ.

Norberg et al. (2015) visar på att 16 procent av patienterna som ingick i studien uppfyllde ett av kriterierna för att vara potentiella kandidater för primärvården. Alltså har dessa patienter sökt ambulanssjukvård för besvär som kunde behandlats inom primärvården. De patienter som sökte för dessa tillstånd var oftast yngre och hade inga tidigare allvarliga sjukdomstillstånd. De vanligaste tillstånden som dessa patienter sökte för var illamående, kräkningar, diarré, bröstsmärta och ospecificerad sjukdom. I en prospektiv studie som är utförd av Clesham, Mason, Gray, Walters och Cooke (2008) i Storbritannien undersöktes emergency medical service (EMS) personal. I den studien fick EMS personalen utvärdera de patienter som kördes in till akutmottagningen gällande ambulansbehov och trolig inläggning. Studien visade att EMS personalen hade en hög kompetens när de utvärderade patienterna gällande ambulansbehov och trolig inläggning.

Bremer (2016) uttrycker att ambulanssjukvården blir alltmer avancerad och patienterna kan få mer adekvat vård i ett tidigt skede vilket är gynnsamt för patienternas hälsa och välbefinnande och i vissa fall kan behandling även avslutas i hemmet. Ebben et al. (2017) påvisade att ytterligare utbildning bidrar till att patienter vårdas på plats i större utsträckning. I studie av Tohira, Williams, Jacobs, Bremner och Finn (2014) framkom det att nyutbildad prehospita vårdpersonal, s k. new prehospita practitioners (NPP's), var mer troliga att vårda på plats och mindre troliga att transportera patienten till akutmottagningen än tidigare utbildad prehospita vårdpersonal. Cooper och Grant (2009) visade på att utökad utbildning för det prehospitala vårdteamet leder till förbättrad bedömning samt ökat självförtroende.

I en studie av O'Hara et al. (2014) visar på att den vanligaste orsaken till att patienten inte transporteras med ambulans till akutmottagningen, utan istället blir hänvisad eller får vård på plats, var att patientens tillstånd inte bedömdes som tillräckligt allvarligt av det prehospitala vårdteamet. Studien visar även på att bedömningen att inte transportera patienten med ambulans var till patientens fördel förutsatt att alternativen som fanns var patientsäkert. Några av alternativen som studien tar upp är vårdcentral, psykiatrisk vårdteam och kommunalvård. Även Holmberg och Fagerberg (2010) skriver i sin studie att i vissa situationer stannar patienten kvar i sitt hem, om sjuksköterskan bedömer att patientens behov inte är av akut karaktär. Samt att transportera patienten till akutmottagning, bara för att, betraktades som att inte ge patienten god vård. Vidare skriver Holmberg och Fagerberg att sjuksköterskan försöker finna den bästa lösningen för patienten, som innebär att sätta patientens behov först och att ge patienten den bästa möjliga vård.

Bremer (2016) menar att om det prehospitala vårdteamet förväntas göra allt fler komplexa bedömningar samt beslut om vårdnivå kommer ambulanssjukvården utsättas för allt mindre högprioriterade uppdrag. Detta blir en utmaning då ambulanssjukvården måste upprätthålla en patientsäkerhet vid både hög- och lågprioriterade uppdrag. Vidare leder det till en utmaning för lärosäten och ambulansverksamheter i att erbjuda utbildning för att säkerställa patientsäkerheten.

## **Problemformulering**

Det har framkommit i forskningen att det i västvärlden är ett problem med att allmänheten söker akutmottagningen via ambulanssjukvården när de istället kunde söka sig till annan vårdnivå. När behovet av ambulanstransport uppstår så kan den kontakten innebära istället för en vidare transport, en avancerad vård på plats av en patient. Avancerad vård innebär att ambulanspersonal utför vård med avancerad utrustning och olika bedömningar med bedömningsinstrument. Personal som arbetar inom ambulanssjukvård är oftast specialistutbildade inom prehospita akutsjukvård och har stor erfarenhet av denna typ av vård. Det har dock visat sig i tidigare forskning att i en tredjedel av ambulansuppdragen finns det inget behov av ambulanstransport. Det har även visat sig i tidigare forskning att 16 procent av de som sökt ambulanssjukvård kunde ha sökt primärvården istället. Det är därför av stor vikt att belysa vilka faktorer som påverkar det prehospita vårdteamets bedömning av patient och hur bedömningen påverkar beslut, som att vårda patient på plats eller hänvisa till annan vårdnivå, istället för en vidare transport till sjukhus.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa vilka faktorer som påverkar det prehospita vårdteamets bedömning i att inte transportera patienten till akutmottagning.

## **METOD**

### **Ansats**

För att få en överblick av nuvarande forskning som kunde besvara studiens syfte valdes en kvalitativ ansats. Enligt Forsberg och Wengström (2015) samt Polit och Beck (2012) kan en kvalitativ ansats beskriva kunskapsläget inom ett visst område, vilket är det som önskas för att kunna besvara syftet.

### **Design**

Valet föll på att göra en litteraturoversikt med en integrativ review (Whittemore & Knafl, 2005), denna metod tillåter att både kvalitativa och kvantitativa artiklar används. Här vill forskaren finna en djupare förståelse. Whittemore och Knafl (2005) metod ger en större överblick av publicerade artiklar, systematiska översikter, kvalitativa- och kvantitativa ansatser. Metoden tillåter även kombinationen av olika metoder som icke-experimentell och experimentell, samt kombinationen från teoretiska och empiriska studier. Det breda urvalet av studier som kan ingå har stor betydelse inom den evidensbaserade omvårdnaden. Detta leder till att det kan skapas en mer omfattande förståelse av ett specifikt problemområde inom hälso- och sjukvård (Whittemore & Knafl, 2005).

### **Urval**

Inklusionskriterier var vetenskapliga artiklar som besvarade syftet och som kunde erhållas kostnadsfritt i fulltext samt primärkällor. Artiklarna var peer-reviewed och skrivna på svenska eller engelska. Att artiklarna är peer-reviewed innebär att materialet måste vara granskat av minst två oberoende vetenskapliga forskare. Artiklarna har blivit godkända av en etisk kommitté samt att det är tydligt redogjort för de etiska övervägandena (Forsberg & Wengström, 2015). Artiklarna var skrivna mellan åren 2007-2018. Inklusionskriterier var att olika sjukdomsfall och åldrar inkluderades i de artiklar som valdes ut för att besvara syftet. Artiklarna som ingick i resultatdelen var studier från hela världen.

Exklusionskriterier var artiklar där titel och abstrakt efter sökning inte hade någon relevans mot syftet. Artiklar exkluderades om de inte motsvarade medel eller hög kvalitetsgranskning utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), se bilaga 1.

## Datainsamling

De 15 vetenskapliga artiklarna som inkluderades söktes i databaserna PubMed och CINAHL. Dessa databaser var inriktade mot medicin och omvårdnad. Sökord som användes var ambulance, non-conveyance, non conveyance, conveyance, non-transport, patient-safety, paramedic, emergency medical service, pre-hospital, prehospita och discharge at scene. Dessa sökord användes i båda databaserna i olika ordkombinationer och kombinerades med de booleska operatorerna AND, NOT och OR. De användes för att sätta ihop och/eller utesluta ord i sökningen. Detta gjordes för att utöka sökresultaten och eliminera irrelevanta sökresultat (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2012) dessa redovisas i Tabell 1. Hjälp och stöd togs av bibliotekarie så att databassökningen blev effektiv, detta i enlighet med vad Forsberg och Wengström (2015) skriver. Även en manuell sökning gjordes genom att referenslistorna i de valda artiklarna studerades och där hittades andra artiklar som svarade mot syftet (Forsberg & Wengström, 2015).

Tabell 1. Redovisning av databassökningar.

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstracts	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
180101	PubMed	ambulance AND non-transport	3	2	1	1
180101	PubMed	ambulance AND non-conveyance	8	7	5	2
180101	CINAHL	ambulance AND non conveyance	2	2	1	0
180101	PubMed	ambulance AND patient safety AND conveyance	6	1	1	1
180101	PubMed	ambulance OR prehospita AND conveyance	23	10	6	2
180101	Manuell sökning			20	10	5
180116	CINAHL	non-transport OR non-conveyance	9	2	2	0
180116	CINAHL	non-transport OR non-	11	2	2	0

		conveyance AND ambulance or paramedic or emergency medical service or pre- hospital				
180116	Manuell sökning			13	5	2
180125	PubMed	discharge at scene AND ambulance	53	1	1	0
180304	Manuell sökning			1	1	1
180403	PubMed	non-transport	30	2	2	1

### Dataanalys

De artiklar som besvarade syftet analyserades enligt Whittemore och Knafl (2005). Metoden gick ut på att artiklarna lästes igenom och signifikant data som motsvarade studiens syfte extraherades. Den extraherade data jämfördes och likheter och skillnader hittades. Dessa fynd ledde till ett mönster som därefter organiserades i preliminära kategorier och underkategorier (Whittemore & Knafl, 2005). Författarna till denna studie läste alla artiklarna var för sig flera gånger, extraherade data som besvarade syftet. Sedan jämförde författarna till denna studie den extraherade data och gemensamma nämnare hittades. Data delades initialt in i kategorier och underkategorier. Vid vidare bearbetning av data framträdde andra kategorier och underkategorier som sedan författarna använde i resultatet, se Tabell 2.

### Forskningsetiska övervägande

Vid en litteraturstudie är forskningsområdet redan dokumenterad kunskap och frågorna riktar sig till litteraturen och inte till personer (Forsberg & Wengström, 2015). Vidare skriver Forsberg och Wengström att det är viktigt vid litteraturstudier att ett etisk övervägande har gjorts gällande urval och presentation av resultatet. Det innebär att artiklarna ska vara etikgodkända. Detta innebär att artiklarna som ingår i studien har fått tillstånd från en etisk kommitté.

Alla artiklarna som ingår i litteraturstudien ska redovisas. Både det resultat som stödjer men även det som inte stödjer hypotesen. Däremot är det viktigt att de artiklar som besvarar syftet redovisas i resultatet. Det är oetiskt att endast redogöra för artiklarna som stödjer forskarens personliga åsikt (Forsberg & Wengström, 2015; Polit & Beck, 2012).

## RESULTAT

I analysen av de valda artiklarna resulterade i återkomande gemensamma nämnare, dessa ledde till i två kategorier samt sju underkategorier. Den första kategorin är prehospitla vårdteamet med fem underkategorier, utbildning och erfarenhet, samarbete med andra professioner, beslutsstöd, patientinformation och upplevelse av rädsla och frustration. Den andra kategorin är patienten med två underkategorier, patientens autonomi och tillstånd och orsaker till icke transport. Dessa redovisas i Tabell 2.

Tabell 2. Redovisning av kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Prehospitla vårdteamet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utbildning och erfarenhet</li><li>• Samarbete med andra professioner</li><li>• Beslutsstöd</li><li>• Patientinformation</li><li>• Upplevelse av rädsla och frustration</li></ul>
Patienten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patientens autonomi</li><li>• Tillstånd och orsaker till icke transport</li></ul>

### Prehospitla vårdteamet

Faktorer som påverkade bedömningen av icke transportbeslutet var relaterat till det prehospitla vårdteamet, patienten och dennes anhöriga, hälso- och sjukvårdens system och stödet från riktlinjer (Ebrahimian, Seyedin, Jamshidi-Orak & Masoumi, 2014; Halter et al., 2011; Porter et al., 2007). Men det prehospitla vårdteamet var också medvetna om att processen av bedömningen handlade även om att överföra vårdansvaret lika mycket som att det handlade om patientens kliniska behov (Porter et al., 2007). Den ökade efterfrågan på ambulanssjukvården hade haft inverkan på omfattningen på det kliniska beslutsfattandet hos det prehospitla vårdteamet. Då karaktären på samtalen till larmcentralen hade skiftat från primärt akut till att nu handla om ett bredare spektrum av primärvård och psykosociala problem (O'Hara et al., 2015). Dessa komplexa situationer som det prehospitla vårdteamet ställdes inför krävde en högre nivå på kompetensen, instinkten så väl som den tidigare erfarenheten (Halter et al., 2011; O'Hara et al., 2015).

#### Utbildning och erfarenhet

I studierna av Halter et al. (2011) och Ebrahimian et al. (2014) framkom det att det prehospitla vårdteamet som medverkade upplever att instinkt, kunskap och erfarenhet var de faktorer som påverkade beslutstagandet. Ebrahimian et al. (2014) skriver att det prehospitla vårdteamet som hade mer kunskap och erfarenhet har en bättre resonerande förmåga och följaktligen når förnuftiga bedömningar lättare och snabbare (Ebrahimian et al., 2014). Det framkommer även att det prehospitla vårdteamets resonemang, som har utvecklats över tid genom kunskap och erfarenhet, kunde påverka deras bedömning och beslut om transport (Halter et al., 2011).

O'Hara et al. (2015) skrev att det prehospitala vårdteamet påpekade fördelar med utökad träning, kompetensutveckling och ökat självförtroende leder till bättre bedömning och ökad kommunikation med andra kliniker. O'Hara et al. (2015) fortsatte med att faktorer som begränsning av utbildning kunde leda till hämmande av kompetens och självförtroende hos det prehospitala vårdteamet att hantera komplexa beslut, speciellt där icke transport kunde vara ett alternativ. Utbildning ansågs viktig för att den prehospitala vårdpersonalen skulle upprätthålla kompetensen, speciellt i de situationer som inte förekom så ofta. Det framkom i studien att det prehospitala vårdteamet i samma roll kunde ha olika träning och kompetens, detta pga. att viss utbildning var frivillig. O'Hara et al. (2015) skrev även att med begränsad kunskap om alternativa vårdvägar ledde till ökad transport av patienter till akutmottagningen. Även begränsad återkoppling sågs som ett hinder för utveckling, både personlig och organisatorisk. Noble et al. (2016) skrev att bristen på utbildning och träning kunde leda till osäkerhet i bedömningen hos det prehospitala vårdteamet. Även bristen på kunskap om alternativ vård och vårdvägar ledde till att patienten transporterades till akutmottagningen i onödan.

Halter et al. (2011) beskrev i sin studie att prehospital vårdpersonal med lång erfarenhet kunde göra en omedelbar bedömning direkt när de kommer till platsen. De kan snabbt etablera detaljer kring vad som hade hänt, när och möjliga orsaker till situationen. Porter et al. (2007) skrev att det prehospitala vårdteamet lade stor vikt vid deras egna färdigheter, kunskap och speciellt deras egen erfarenhet vid bedömning av patienten. Den egna erfarenheten gav det prehospitala vårdteamet förståelse för det medicinska tillståndet samt även hur vårdsystemet fungerar och vad som i slutändan är det bästa vårdvalet för patienten (Porter et al., 2007). O'Hara et al. (2015) beskrev i sin studie att ökningen av ambulansuppdrag, där patienten bedömdes att inte vara i behov av transport till sjukhus, minskar det prehospitala vårdteamets exponering för de livshotande nödsituationerna och i längden ledde detta till en degradering av kompetens. Även Barrientos och Holmberg (2018) skrev att fler uppdrag där patienter som inte är i behov av ambulanssjukvård ökar. Detta ledde till att det prehospitala vårdteamet upplevde att kunskap de innehar inom ambulanssjukvård inte utnyttjades till fullo.

### Samarbete med andra professioner

I en studie av Larsson, Holmén och Ziegert (2017) där en kontrollgrupp och en interventionsgrupp använts, varav interventionsgruppen hade kontakt med primärvården vid bedömning av patienten, så visade det att samarbete mellan prehospital vård och primärvård ledde till att patienten i större utsträckning kunde lämnas i hemmet. Noble et al. (2016) menade på att bristen på alternativa vårdvägar resulterade i att det prehospitala vårdteamet inte hade något annat val än att transportera patienten till akutmottagningen. Även O'Hara et al. (2015) skrev att bristen på tillgång till alternativa vårdvägar var en faktor som resulterade i att det prehospitala vårdteamet transporterade patienten till akutmottagningen. Även fast transport till akutmottagningen inte ansågs, av det prehospitala vårdteamet, som det bästa alternativet för patienten blev det så på grund av att andra alternativ till vård inte fanns tillgängliga. Där det väl fanns andra alternativ beskrev det prehospitala vårdteamet det som att alternativ till andra beslutsvägar var begränsat eller ingen tillgång alls efter kontorstid och helgdagar. Trots utbildning upplevde det prehospitala vårdteamet det som att andra professioner inte förstod deras kompetens och ansvar vilket ledde till att kommunikation och hänvisning upplevdes som ett hinder för vidare förståelse för situationen (O'Hara et al. 2015).

I studien av Porter et al. (2007) framkom det att patienter som inte ville medfölja till akutmottagningen, men som det prehospitla vårdteamet bedömt behöver den vården, måste lämnas över till annan lämplig profession. Det prehospitla vårdteamet upplevde svårigheter att få andra professioner att komma ut till patienten och överta ansvaret för vården. I studien framgick det även att några av dessa professioner var svåra att få tag på, bland annat socialtjänsten och primärvården. Det ansågs vara slöseri med tid och istället transporterades patienten till akutmottagningen. I studien av Ebrahimian et al. (2014) kontaktade det prehospitla vårdteamet en läkare för att få stöd i bedömningen för den vidare handläggningen av patienten. Var läkaren novis var denne mer benägen att rekommendera transport till akutmottagning jämfört med en mer erfaren läkare som gav konstruktiva råd. Även Pekanoja, Hoikka, Kyngäs och Elo (2018) skrev att det prehospitla vårdteamet konsulterade läkare och i många fall hänvisades patienten utan medicinsk behandling till annan vårdnivå, egenvård eller annat transportsätt.

### Beslutsstöd

I studien av Larsson et al. (2017) har de använt sig av en modell, kallad tidig prehospital bedömning, vid bedömning av patienten. Användningen av modellen resulterade i färre ambulanstransporter till akutmottagningen samt att fler patienter kvarstannade i hemmet. Modellen visade även ett behov av alternativa vårdvägar. I studien av O'Hara et al. (2015) hade det prehospitla vårdteamet protokoll att följa bland annat om patienten hade genomgått ett trauma, hade en hjärtinfarkt eller kunde hänvisas till annan vårdnivå. Vid hänvisning ingick egenvård och okomplicerade tillstånd som funnits en längre tid. I studien av Porter et al. (2007) används ett protokoll för att bedöma om patienten var i tillstånd att klara sig själv om denne inte vill medfölja till akutmottagningen. Hade patienten druckit alkohol kunde detta protokoll inte användas. I vissa fall tog det prehospitla vårdteamet med sig patienten till akutmottagningen även fast varken de eller patienten ansåg att det behövdes, men protokollet det prehospitla vårdteamet följde rekommenderade det och då togs patienten med. Det fanns även tydliga protokoll för diabetiker där det prehospitla vårdteamet kunde lämna hemma efter bedömning och behandling av patienter med lågt blodsocker. De prehospitla vårdteamerna som ingick i studien upplevde att problemet med bedömningen av att inte ta med patienten inte låg i protokoll eller riktlinjer. I vissa fall där det prehospitla vårdteamet ansåg att patienten inte hade behov av vård på en akutmottagning togs patienten med i alla fall då det prehospitla vårdteamet kände att de inte hade någon bakom sig som stöttade deras beslut (Porter et al., 2007). I en studie av Knapp, Kerns, Riley och Powers (2009) fanns fem olika protokoll där det prehospitla vårdteamet fick neka patienten transport efter bedömning till akutmottagningen utan att konsultera med en läkare innan. I nio andra protokoll måste det prehospitla vårdteamet ha en online medicinsk konsultation innan de kunde neka transport.

### Patientinformation

Zorab, Robinson och Endacott (2015) skrev om att det prehospitla vårdteamet upplevde det som lättare att bedöma och ta beslut om transport eller att lämna i hemmet, om de hade haft tillgång till sjukdomshistoria, aktuell medicinering, allergier och beslut om återupplivning. Halter et al. (2009) fann att patientinformationen började redan med larmcentralen och informationen larmoperatören erhöll från patienten eller hade tillgång till innan. Detta kunde enligt studien vara en faktor som kunde hjälpa det prehospitla vårdteamet redan på vägen ut till patienten.



Där det prehospitala vårdteamet upplevde att patienten inte behövde transporteras till akutmottagningen ville de gärna ha mer information om sjukdomshistorik, aktuella mediciner, social miljö och även aktuell status och rörlighet innan patienten kunde lämnas i hemmet (Halter et al., 2009). Noble et al. (2016) menar på att det prehospitala vårdteamet upplevde att det hade varit lättare att utföra bedömningen att lämna patienten hemma efter ett krampanfall om de hade haft tillgång till sjukdomshistoria där det framgick om patienten hade en känd epilepsi och hur denne brukade må efter ett krampanfall. Att ta kontakt med patientens läkarkontakt i primärvården var en väg att få information om sjukdomshistorik. Denna väg utnyttjades dock inte i så stor utsträckning då det upplevdes som en begränsad tillgång och ovissheten om hur snabbt de kunde få fram informationen sågs som ett hinder. Även Zorab et al. (2015) skrev om begränsningar att få tillgång till patientinformationen efter kontorstid och på helgdagar.

### Upplevelse av rädsla och frustration

Även när det prehospitala vårdteamet gjorde bedömningen att patienten inte skulle till akutmottagningen och patienten inte ville åka, så var teamet bekymrade över att beslutet skulle vara fel och att de skulle behöva åka tillbaka senare till samma patient (Porter et al., 2007). O'Hara et al. (2015) menar på att det prehospitala vårdteamet uppfattade att icke transporterade kunde medföra en risk för patienten. Det prehospitala vårdteamet upplevde en risk i att patienten skulle vara själv i hemmet innan annan profession tog över ansvaret. Även om bedömningen och beslutet att vårda på plats var det bästa för patienten transporterades ibland patienten in till akutmottagningen iallafall, detta för att minimera risken och skydda sig själva. Det prehospitala vårdteamet upplevde rädsla att förlora sitt jobb om de inte transporterade patienten till akutmottagning (O'Hara et al., 2015; Porter et al., 2007). En annan faktor som lyftes fram i studien av Porter et al. (2007) var att det prehospitala vårdteamet upplevde stress och frustration när de åkte på ärenden som de kallade skräp samtal, det vill säga samtal som inte var av hög prioritet, det skapade irritation och även förbittring. Dessa ärenden kunde vara av den karaktär där någon ville bli transporterad till sjukhus med en skada eller tillstånd som det prehospitala vårdteamet betraktade som olämplig för ambulansen att närvara vid eller för sjukhusvård. Studien tar upp ett exempel på vanlig skada som kunde innebära att någon hade skurit sig i fingret eller där tredje part hade ringt in och det visade sig att patienten inte hade avsikt att åka till sjukhus. Det prehospitala vårdteamet kände även frustration över att de inte hade auktoritet att neka vissa patienter transport, speciellt de som utnyttjade ambulansen som gratis taxi (Porter et al., 2007).

Barrientos och Holmberg (2018) skriver att bristen på stöd och formella direktiv upplevdes som ett problem. Det prehospitala vårdteamet upplevde frustration i situationer där de bedömde att patienten inte var i behov av ambulanstransport, men att de var tvungna att förankra beslutet med en läkare. Frustration upplevdes när bedömningen av att inte transportera patienten var förankrad med en läkare (Barrientos & Holmberg, 2018). Men då patienten insisterade på att åka med till akuten i alla fall hade inte det prehospitala vårdteamet mandat att säga nej (Barrientos & Holmberg, 2018; Porter et al., 2007). Även känsla av att inte få använda sig av sin utbildning och kunskap ledde till frustration, irritation, en känsla av otillräcklighet och en risk att förlora empati (Barrientos & Holmberg, 2018).

## **Patienten**

Att bedöma och ta beslutet var ofta mer komplext, tidskrävande och handlade om patientens autonomi och dennes vårdbehov (Halter et al., 2011; O'Hara et al., 2015; Porter et al., 2007). En annan aspekt i det komplexa var att det kunde vara svårt att bedöma patienten, till exempel om de var berusade och/eller aggressiva och kanske inte godkände att undersökningen utfördes (Porter et al., 2007).

### Patientens autonomi

I bedömningen som ledde fram till att inte transportera patienter till akutmottagning var ett gemensamt beslut mellan patienten, dennes anhöriga och det prehospitala vårdteamet (Ebrahimian et al., 2014; Halter et al., 2011; Porter et al., 2007). Ebrahimian et al. (2014) skrev att patienter och anhöriga som känner förtroende för det prehospitala vårdteamets skicklighet var mer samarbetsvilliga, gav noggrannare information och respekterade vårdteamets bedömning och beslut. En annan faktor som Ebrahimian et al. (2014) tog upp var att patienters stöd från familjen, för att kunna ta beslutet om att inte transportera patienten till akutmottagning. Det prehospitala vårdteamet var tvungna att bedöma om familjens medlemmar hade förmågan att ringa på nytt om patienten skulle bli sämre och om de hade förmåga att vårda den behövande i väntan på att ambulansen skulle komma. Porter et al. (2007) menar vidare på att vid bedömningen att inte transportera patienten till akutmottagningen så betonade det prehospitala vårdteamet vikten av patientens autonomi. Men att det inte alltid var så enkelt att se till patientens autonomi då patientens önskan kanske inte var det samma med vad familjen förväntade sig eller ville. I studien skriven av Halter et al. (2011) visade på hur det prehospitala vårdteamet kände sympati för den äldre patienten som önskade kvarstanna i hemmet, när patienten hade anhöriga som var av annan åsikt. I studien av Ebrahimian et al. (2014) framkom de att anhöriga ibland kunde antingen på ett vänligt eller på ett påtryckande sätt, gentemot det prehospitala vårdteamet, att patienten skulle transporteras till akutmottagningen. Porter et al. (2007) fortsätter med att det var viktigt för det prehospitala vårdteamet att bedöma patientens mentala status, om patienten var kapabel att besluta om nekande av transport och behandling. Till exempel om patienten var berusad och/eller aggressiv och eventuellt inte medverkade till undersökning vilket kunde göra det svårt att bedöma om patienten kunde ta detta beslut själv.

### Tillstånd och orsaker till icke transport

Patienters hälsostatus var det primära som påverkade det prehospitala vårdteamets bedömning om icke transport samt patienters önskningsar (Hjälte, Suserud, Herlitz & Karlberg, 2007b; Hoikka, Silfvast, Ala-Kokko, 2017; Kannikeswaran, Mahajan, Dunne, Compton & Knazik, 2007; Porter et al., 2007; Tohira et al., 2016; Staudenmayer et al., 2012). En av de vanligaste faktorerna till icke transport var att patientens och/eller anhörigas vägran till transport med orsaken att de tyckte att transporten var onödig eller att patienten var orolig över kostnaden för transporten eller för akutmottagningen (Kannikeswaran et al., 2007). En annan faktor till patienters vägran till transport var patienter som sökte för psykiska besvär eller patienter som var berusade (Hjälte et al., 2007b; Pekanoja et al., 2018).

Kannikeswaran et al. (2007) skrev att de mest vanligaste orsakerna till att ambulans tillkallats till barn mellan noll till 18 år, där patienter och/eller anhöriga vägrat transport, var trafikolyckor, andningsbesvär, misshandel, kramper, fall och feber. En annan faktor till icke transport annat än vägran var förbättrat tillstånd.

Pekanoja et al. (2018) skrev att symtomen hade förbättrats, i vissa fall försvunnit, innan det prehospitaled vårdteamet hade kommit fram till patienten. Även behandling som skett på plats av det prehospitaled vårdteamet, patienten själv eller anhöriga sågs som en faktor. Detta skedde vanligtvis hos patienter med hypoglykemi och postiktala patienter (Pekanoja et al., 2018; Tohira et al., 2016). Många gånger bedömde det prehospitaled vårdteamet att ge patienter vård på plats och att den behandlingen som gavs var tillräcklig (Hjälte et al., 2007b; Porter et al., 2007). Ett exempel på vård på plats uppdrag var patienter med urinkateter problem där det prehospitaled vårdteamet kunde hantera situationen på plats (Hjälte et al., 2007b). Ett annat exempel där vård på plats åtgärder var hos äldre personer som fallit och som inte kunde ta sig upp själva. Där det inte bedömdes finnas någon skada till följd av fallet, och de fick hjälp upp från golvet som enda assistans (Pekanoja et al., 2018; Porter et al., 2007).

Staudenmayer et al. (2012) fann i sin studie att icke transporterade utgjorde cirka nio procent av alla ambulansärenden som innefattade trauma. Mekanismen bakom skadorna hos de icke transporterade patienterna var ofta yngre patienter och ofta män som då varit inblandade i trafikolyckor. I en studie av Tohira et al. (2016) visade på att patienter som var yngre än 70 år var mer troliga att vårdas på plats. De hade en låg bedömning enligt triage, normala parametrar och begärde en ambulans nattetid. Hoikka et al. (2017) visade på att cirka hälften av de icke transporterade patienterna bedömdes av det prehospitaled teamet att inte vara i behov av akut vård på en akutmottagning och blev instruerade att ta kontakt med sin vårdcentral under kontorstid.

Cirka en tredje del av de icke transporterade patienterna var inte i behov av medicinsk vård över huvudtaget och cirka en tiondel av de icke transporterade patienterna ansågs vara i behov av bedömning eller behandling på en akutmottagning med blev hänvisade till annat transportsätt (Hoikka et al., 2017). I studien av Hjälte et al. (2007b) visade också på att cirka en tredje del av de icke transporterade patienterna som var bedömda av ett prehospitaled vårdteam inte var i behov av ambulanstransport. Andelen ärenden där patienten bedömdes att inte transporteras till akutmottagningen var större utanför kontorstid än under kontorstid (Hoikka et al., 2017).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

#### Ansats och design

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar det prehospitaled vårdteamets bedömning i att inte transportera patienten till akutmottagning. Författarna valde att göra denna integrativa review (Whittemore & Knafl, 2005) för att den var mest lämpad att besvara syftet samt att författarna såg styrkan i att använda artiklar med olika metoder. En litteraturoversikt med både kvalitativa och kvantitativa artiklar ger tillgång till ett bredare material som speglar kunskapsläget inom ett visst forskningsområde (Forsberg & Wengström, 2015; Polit & Beck, 2012). Även Ekengren och Hinnfors (2012) menar på att det är en styrka att olika metoder kombineras och att det finns en risk om enbart en metod används och att det i slutändan kan begränsa studiens forskningsområde.

Hade författarna valt att genomföra en kvantitativ studie, exempelvis enkätstudie, hade det varit en svaghet då den metoden inte hade kunnat besvara syftet som ett representativt urval av populationen (Kristensson, 2014) då författarna ville ha material från hela världen.

Författarna kunde ha valt att genomföra en intervjustudie, men detta valdes bort då syftet inte var att beskriva ett fenomen eller en upplevelse. En intervjustudie kunde ha gett en djupare förståelse för det prehospitla vårdteamets upplevelse av bedömning i att inte transportera patienten till akutmottagning (Polit & Beck, 2012). Författarna såg fördelen med att genomföra en litteraturoversikt då författarna upplevde att en intervjustudie hade gett ett lokalt resultat jämfört med litteraturstudien som gav ett mer internationellt resultat. Med lokalt resultat menade författarna att materialet hade kommit från ett landsting och detta ansågs inte representativt.

### Urval

Författarna valde att inkludera artiklar som besvarade syftet, kunde erhållas konstadsfritt, att artiklarna var peer-reviewed, skrivna på svenska eller engelska, inte vara mer än tio år gamla, godkända av en etisk kommitté samt att artiklarna innehöll resultat utifrån olika sjukdomsfall och åldrar. Att artiklar kunde erhållas kostnadsfritt hade kunnat vara en nackdel, att urvalet begränsats, då det kunde ha funnits fler artiklar som skulle kunna ha ingått i studien. Detta skedde inte då artiklarna som inkluderades i studien gick att få tag på kostnadsfritt via Mälarsjukhusets bibliotek. Anledningen till val av artiklar på svenska och engelska var att författarna behärskade de två språken samt att engelska uppfattades av författarna som det mest använda språket i vetenskaplig publicerad forskning. Enligt Friberg (2012) är det en styrka att artiklarna inte är för gamla då nyare artiklar ger en aktuell överblick över det valda forskningsområdet. Därför valdes artiklar som inte var mer än 10 år gamla. Olika sjukdomsfall och åldrar inkluderades då syftet handlade om faktorer som påverkade bedömningen och inte en specifik patientkategori.

### Datainsamling

Författarna använde sig av databaserna PubMed och CINAHL som är rekommenderade enligt Polit och Beck (2012) då de är två av de större databaser som behandlar omvårdnad. Senare söktes även artiklar i Nordic Journal of Nursing Research men inga ytterligare artiklar hittades. Hjälp som erhöles via bibliotekarie var i hur sökningen i PubMed och CINAHL utfördes i enlighet med vad Forsberg och Wengström (2015) skriver. Dock kunde bibliotekarien inte hjälpa till med relevanta sökord då hen inte hade kunskap inom forskningsområdet. Författarna fick däremot hjälp med sökord via en engelsktalande kollega. Sökorden i olika kombinationer i PubMed gav bra resultat.

Samma sökord och kombinationer i CINAHL gav likande resultat men inga ytterligare artiklar förekom än de som redan hittats i PubMed. En manuell sökning via referenslistor i funna artiklar ledde till lika många valda artiklar som databassökningen, se Tabell 1, och det kunde uppfattas som en brist på sökord.

Vid databassökningarna använde författarna avgränsningar, dessa såg olika ut beroende på vilken databas som användes. I PubMed var avgränsningarna fulltext och publikationsdatum 10 år. I CINAHL var avgränsningarna fulltext, peer reviewed och årtal valdes från 2007. Författarna genomförde alla databassökningar tillsammans. Vid träffar i databaserna läste författarna igenom alla titlar, titlar som eventuellt kunde besvara syftet valdes ut och abstract lästes sedan igenom. Även abstracten lästes tillsammans av båda författarna. De abstract som efter genomläsning fortfarande svarade mot syftet valdes så att författarna kunde läsa hela artiklarna. De valda artiklarna läste författarna var för sig. När alla artiklarna var genomlästa diskuterade författarna vilka av artiklarna som skulle inkluderas i studien. Författarna var överens om vilka artiklar som fortfarande besvarade syftet och dessa valdes ut för dataanalys, se Tabell 1.

De inkluderade artiklarna kvalitetsgranskades enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), se bilaga 1. Författarna kvalitetsgranskade de inkluderade artiklarna tillsammans vilket kunde ses som en styrka då författarna diskuterade bedömningen av artiklarna utifrån vetenskaplig klassificering. Alla inkluderade artiklar hade betyg mellan eller hög kvalitet, se bilaga 2. Artiklarna som författarna tillslut valde ut för dataanalys lästes igenom var för sig. Författarna extraherade data enligt metoden från Whitemore och Knafl (2005), den extraherade data som besvarade studiens syfte markerades med överstrykningspenna, jämfördes och diskuterades sedan mellan författarna (Kristensson, 2014; Whitemore & Knafl, 2005).

### Dataanalys

Datanalysen genomfördes tillsammans av författarna. Den extraherade data översattes och tolkades från engelska till svenska. Författarna ansåg att översättningen från engelska till svenska kunde ses som en svaghet då språket och texten kunde tolkas på olika sätt (Polit & Beck, 2012). Men författarna diskuterade översättningarna för att se om tolkningen uppfattades på samma sätt och det sågs av författarna som en styrka i arbetet. Då författarna hade egna förförståelser kunde detta ses som en svaghet vid dataanalysen då det kunde påverka trovärdigheten. Författarna upplevde att deras förförståelse påverkade den initiala bearbetningen av data och indelning av kategorier och underkategorier, vilket kunde ses som en svaghet. Men vid vidare bearbetning av denna indelning framträdde andra kategorier och underkategorier och författarna upplevde att den bearbetningen gav ytterligare kunskap inom området.

Trots denna svaghet ansåg författarna att trovärdigheten var stor i resultatet då analys och tolkning av data har skett av två personer. Enligt Kristensson (2014) är detta en styrka, att vara två, då det innebär att inte en persons förförståelse kunde påverkat resultatet. Då data från stora delar av världen som publicerats internationellt ingick i studien ökade trovärdigheten ytterligare. Enligt Kristensson (2014) och Polit och Beck (2012) är det bra att ha ett varierat urval för att öka trovärdigheten.

Vid uppstart av studien var författarna lite oroliga för att den personliga relationen skulle påverka samarbetet. Både sinsemellan då författarna är vänner och kollegor inom ambulanssjukvården samt till ämnet som diskuterades dagligen på arbetsplatsen och att det då kunde bli svårt att hålla sig neutral. Under studiens gång har detta motbevisats då författarna har kunnat föra studien framåt på ett tillfredställande sätt. Författarna har ibland haft olika uppfattningar och diskuterat på ett konstruktivt sätt som har lett fram till kompromisser och ett gemensamt synsätt. Författarna upplever att de har kompletterat varandra på ett bra sätt genom att upprätthålla varandras motivation, vilket har lett till att studien hela tiden har fortskridit.

### Forskningsetiska övervägande

De inkluderade artiklarna var granskade av en etisk kommitté vilket säkerhetsställer kvalitet och trovärdighet (Forsberg & Wengström, 2015; Polit & Beck, 2012). Författarna har redovisat all data som framkom under dataanalysen som svarade mot syftet. Författarna har under studiens gång försökt att inte påverkas av sina egna åsikter samt förförståelse vid redovisning av resultatet då detta enligt Forsberg och Wengström (2015) samt Polit och Beck (2012) är oetiskt.

## Trovärdighet

Genom att sökförfarandet finns tydligt beskrivet ger det studien en tillförlitlighet då sökningarna är stabila över tid och går att replikera (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2012). Författarna anser att denna litteraturstudie har en god tillförlitlighet då sökförfarandet finns beskrivet på ett utförligt sätt. Polit och Beck (2012) menar på att forskning är en färskvara, konstant pågående och ny forskning tillkommer hela tiden. Polit och Beck (2012) skriver att överförbarhet handlar om hur resultatet kan överföras till andra kontext än det som var studerat. Författarna ser ett problem med överförbarheten då artiklarna som ingår i litteraturstudien är från olika delar av världen. Det prehospitla vårdteamets utbildningsnivå skiljer sig åt i de olika delarna, till exempel paramedics, new prehospital practitioners och sjuksköterskor.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa vilka faktorer som påverkar det prehospitla vårdteamets bedömning i att inte transportera patienten till akutmottagning. Resultatet tyder på att olika faktorer påverkade vid bedömning av att inte transportera patienter till akutmottagningen. Faktorer som utbildning och erfarenheten hos det prehospitla vårdteamet, ytterligare information som kunde bidra till beslutstagandet samt patientens autonomi.

## Utbildning och erfarenhet

Resultatet tyder på att det prehospitla vårdteamet värdesätter faktorer som erfarenhet och kunskap samt att i flera av studierna visade på att ytterligare utbildning var önskvärd. O'Hara et al. (2015) menar på att utbildning för det prehospitla vårdteamet leder till upprätthållande samt utveckling av kompetens. Även Ebrahimian et al. (2014) och Noble et al. (2016) skrev att mer kunskap och erfarenhet ledde till bättre resonemang och förnuftigare beslut men brist på träning och utbildning kunde leda till en osäkerhet i bedömningen.

I studier av Halter et al. (2011) och Porter et al. (2007) belyses vikten av erfarenhet för att på ett mer effektivt sätt komma fram till det bästa beslutet för patienten. Detta styrks av Holmberg och Fagerberg (2010) som skrev att bedömningen och beslutstagandet av patientvården baseras på erfarenhet och intuition. Mötet och relationen mellan patienten och det prehospitla vårdteamet ska alltid vara professionellt oavsett om mötet är långt eller kort (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Författarna till denna litteraturstudie som arbetar prehospitalt upplever att detta stämmer, då ju mer erfarenhet de erhåller leder till en ökad trygghet i bedömningen och beslutsfattandet att inte transportera patienten till akutmottagningen. Detta styrks genom tidigare forskning att mer utbildning leder till ökat självförtroende och förbättrad bedömning (Cooper & Grant, 2009).

O'Hara et al. (2015) menar på att faktorer som ökningen av ambulansuppdrag kunde leda till att erfarenheten som det prehospitla vårdteamet hade inom ett område minskade på grund av att de utsattes mindre för de livshotande situationerna. Detta styrks av Bremer (2016) skriver att de prehospitla vårdteamen utsätts för allt mindre högprioriterade uppdrag vilket leder till en utmaning för lärosäten att utbilda för att säkerställa patientsäkerheten.

Hjälte et al. (2007b) samt O'Hara et al. (2014) menar på att det prehospitala vårdteamet i många situationer bedömt att patientens tillstånd inte har varit tillräckligt allvarligt för att transporteras med ambulans utan att patienterna kunde åka andra transportsätt. Författarna till denna litteraturstudie tror att den tid och erfarenhet som läggs på dessa uppdrag kunde istället det prehospitala vårdteamet använda sig av i en mer livshotande situation.

I studien av O'Hara et al. (2015) framgår det att samma yrkeskategori kan ha olika kompetens beroende på att internutbildningar har varit frivilliga, detta resulterade i att all personal inte genomförde utbildningen. Detta styrks av Andersson Hagiwara och Wireklint Sundström (2016) som menar på att kompetensen kan variera inom olika prehospitala vårdteam på grund av utbildning. Författarna till denna litteraturstudie ser att kompetensen kan variera mellan sina kollegor beroende på om dessa har gått de interna kurser som erbjuds av verksamheten.

Kurserna som erbjuds är ofta inriktade mot omhändertagande vid trauma, stukturerat anamnestagande, omhändertagande av barn samt ledningsarbete på skadepplats. Författarna ser en avsaknad av utbildning/kurser som behandlar bedömning av patienter till annan vårdnivå. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) är det viktigt med utbildning och kompetensutveckling för att öka patientsäkerheten. I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård står det att ambulanssjuksköterskan alltid skall tillämpa evidensbaserad vård (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2012). Willman et al. (2011) menar att evidensbaserad omvårdnad baseras på bästa vetenskapliga bevis.

### Samarbete med andra professioner

Resultatet tyder på att faktorer som samarbete med andra professioner ledde till att det prehospitala vårdteamet i större utsträckning kunde fatta rätt beslut angående bedömning om rätt vårdnivå för patienten (Larsson et al., 2017). Men bristen på samarbete med andra professioner ledde till att patienten transporterades till akutmottagningen trots att detta inte var det bästa för patienten (Noble et al, 2016; O'Hara et al., 2015). Holmberg och Fagerberg (2010) styrker detta, för att det prehospitala vårdteamet ska kunna ge optimal vård till patienten är samarbetet med andra professioner av vikt. När samarbetet inte fungerade upplevde det prehospitala vårdteamet att de inte kunde ge den vård som de ansåg var rätt för patienten. Författarna till denna litteraturstudie känner igen sig i denna diskussion då bristen och svårigheter att få kontakt med andra professioner leder till att patienterna transporteras till akutmottagningen. Detta går emot den teoretiska referensram som ingår i denna litteraturstudie då det i de sex kärnkompetenserna ingår samverkan mellan yrken och professioner. Denna samverkan är för att kunna ge patienten en bra och följsam vårdkedja (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det framgår i studien av Porter et al. (2007) att det var svårigheter att få kontakt med andra professioner och att det ansåg som slöseri med tid och istället transporterades patienten till akutmottagning. Även O'Hara et al. (2015) tar upp begränsningar i kontakten med andra professioner speciellt efter konstorstid samt helgdagar.

### Beslutsstöd

Resultatet tyder på att det finns olika protokoll och modeller för bedömning av patienten (Larsson et al. 2017; O'Hara et al. 2015; Porter et al. 2007; Knapp et al. 2009). I Sverige använder ambulanssjukvården sig av behandlingsriktlinjer vid bedömningen av patienten (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström, 2016).

Andersson Hagiwara et al. (2013) framkommer det dock att det inte finns eller är låg evidens bakom dessa behandlingsriktlinjer. Författarna till denna litteraturstudie upplever detta som motsägelsefullt då det enligt Willman et al. (2011) samt Svensk sjuksköterskeförening (2017) framkommer att legitimerade sjuksköterskor ska arbeta evidensbaserat för att kunna ge en säker och trygg vård. Även patientlagen (2014:821) tar upp att patients vård ska baseras på beprövad erfarenhet och vetenskap. Studiens författare upplever detta som oroväckande då det är låg evidens prehospitalt och att mer forskning behövs angående behandlingsriktlinjer och stöd.

### Patientinformation

Resultatet tyder på att vikten av att ha tillgång till mer patientinformation för att kunna genomföra rätt bedömning angående vårdnivå. Halter et al. (2009) menar på att denna information kan påbörjas redan vid samtalet till larmcentralen. Detta i enlighet med Gårdelöv (2016) som menar på att den prehospitala vården påbörjas med ett samtal till larmcentralen. Författarna till denna litteraturstudie anser att informationen som erhålls initialt av larmcentralen kan vara avgörande i förberedelsen inför mötet med patienten. Patientinformationen som av det prehospitala vårdteamet ansåg vara av vikt var bland annat sjukdomshistorik, aktuell medicinering, allergier och beslut om återupplivning (Halter et al., 2009; Zorab et al., 2015).

### Patientens autonomi

Resultatet tyder på att bedömningen i att inte transportera patienter till akutmottagning var ett gemensamt beslut mellan patienten, det prehospitala vårdteamet och patientens anhöriga (Ebrahimian et al., 2014; Halter et al., 2011; Porter et al., 2007). Beslutet sker i enlighet med Patientlagen (2014:821) kap. 5 1 § där patienten skall vara delaktig i möjligaste mån. Personcentrerad vård, som ingår i den sex kärnkompetenserna, innebär ett partnerskap mellan det prehospitala vårdteamet, patienten och dennes anhöriga. Där utgår vården från patientens upplevelse av ohälsa och att mötet patienten ska med värdighet, ömsesidighet och respekt (Ekman & Norberg, 2014; Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Sandman och Bremer (2016) menar på att patienten har rätt att neka vård enligt denna lag, detta även om det prehospitala vårdteamet bedömer att patienten är i behov av vård. Dock får denna lag frångås då patienten på grund av sitt psykiska tillstånd motsätter sig vård och Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) används då.

Att patienten nekar vård kan enligt Porter et al. (2007) vara ett bekymmer då patientens mentala status kunde vara svårbedömt då till exempel alkohol kunde påverka patienten så att en rätt bedömning/undersökning inte kunde utföras. Vidare menar Porter et al. (2007) samt Halter et al. (2011) att patientens autonomi var ibland svår att respektera då dennes anhöriga förväntar sig, och i vissa fall redan hade bestämt, att patienten skall transporteras till akutmottagningen. Denna förväntning kunde framföras av anhöriga antingen på ett vänligt eller påtryckande sätt (Ebrahimian et al., 2014).

Studiens författare känner igen denna situation som beskrivs av Ebrahimian et al. (2014) där anhöriga talar över patientens huvud och att patienten inte kommer till tals. Dessa situationer kan upplevas obekväma då patientens önskemål går emot anhörigas vilja på åtgärd.



## **Slutsats**

Litteraturstudiens resultat tyder på att viktiga faktorer som påverkar det prehospitla vårdteamets bedömning är baserat på erfarenhet och utbildning, samarbete med andra professioner och patientens autonomi. Antal uppdrag där patienten inte är i behov av ambulans ökar, vilket kan leda till att det prehospitla vårdteamet är i behov av mer utbildning i att göra dessa bedömningar och samarbetet med andra professioner. Ökningen av dessa uppdrag leder även till känsla av frustration hos det prehospitla vårdteamet och att patientens autonomi inte alltid kan tillgodoses. Resultatet tyder på att utbildning är önskvärd i att bedöma dessa patienter som inte är i behov av ambulanstransport till akutmottagning, utan istället kan hänvisas till annan vårdnivå.

## **Klinisk tillämpbarhet**

De resultat som studien tyder på kan användas i den kliniska verksamheten och kommer att redovisas på arbetsplatsen. Detta arbete kommer att utvecklas i arbetsgrupp som kommer arbeta för vård på plats. Författarnas litteraturstudie kommer att ligga till grund för fortsatta arbetet i denna arbetsgrupp. Vidare kommer denna arbetsgrupp att kartlägga de erfarenheter sjuksköterskorna inom ambulanssjukvården i Sörmland har av att göra dessa bedömningar. Bedömningar i att vård på plats, hänvisa patienten till annan vårdnivå och/eller annat transportsätt. Denna kartläggning genomförs via enkäter.

Arbetsgruppens förhoppning är att denna litteraturstudie och kartläggning kommer att leda till riktlinjer och rutiner, vid dessa bedömningar, som är vetenskapligt förankrade, evidensbaserade och kliniskt tillämpbara. Författarna till denna litteraturstudie anser att det är viktigt med denna förankring i vetenskapen då det enligt Lang et al. (2012) och Martin-Gill et al. (2016) är en generellt låg evidens, internationellt, i de prehospitla riktlinjerna och behovet av vidare forskning är tydligt.

Som vidare forskning skulle det vara intressant att utföra en studie av patienter som inte har transporterats till akutmottagningen. Uppföljning av patienterna i form av intervjustudie för att undersöka deras upplevelse av att vårdas på plats och eventuell hänvisning till annan vårdnivå. En annan uppföljning kan vara journalgranskning av det prehospitla vårdteamets dokumentation av anamnes- och parametertagning av denna patientgrupp. Detta för att undersöka vilka faktorer som påverkar bedömningen och om det prehospitla vårdteamets följsamhet gentemot de riktlinjer angående vård på plats som eventuellt finns.

## REFERENSER

- Ahl, C., Nyström, M., & Jansson, L. (2006). Making up one's mind: - Patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing, 14*, 11-19. Doi: 10.1016/j.aen.2005.10.002
- Andersson Hagiwara, M., Suserud, B-O., Jonsson, A., & Henricson, M. (2013). Exclusion of context knowledge in the development of prehospital guidelines: results produced by realistic evaluation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 21*, 1-8. Doi: 10.1186/1757-7241-21-46
- Andersson Hagiwara, M., & Wireklint Sundström, B. (2016). Vårdande och systematisk bedömning. I B-O. Suserud., & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss. 179-210). Stockholm: Liber AB.
- Axelsson, C., Bång, A., Herlitz, J., Lundberg, L., Suserud, B-O., & Svensson, L. (2016). Forskning och utveckling inom prehospital akutsjukvård. I B-O. Suserud., & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss. 542-550). Stockholm: Liber AB.
- Barrientos, C., & Holmberg, M. (2018). The care of patients assessed as not in need of emergency ambulance care – Registered nurses' lived experiences. *International Emergency Nursing, 38*, 10-14. Doi: 10.1016/j.ienj.2018.01.007
- Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.
- Bremer, A. (2016). Dagens ambulanssjukvård. I B-O. Suserud., & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss. 48-64). Stockholm: Liber AB.
- Clesham, K., Mason, S., Gray, J., Walters, S., & Cooke, V. (2008). Can emergency medical service staff predict the disposition of patients they are transporting? *Emergency Medicine Journal, 25*, 691-694. Doi: 10.1136/emj.2007.054924
- Cooper, S., & Grant, J. (2009). New and emerging roles in out of hospital emergency care: A review of the international literature. *International Emergency Nursing, 17*, 90-98. Doi: 10.1016/j.ienj.2008.11.004
- Ebben, R., Vloet, L., Speijers, R., Tönjes, N., Loef, J., Pelgrim, T.,... Berben, S. (2017). A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ambulance care: a systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 25*, 1-20. Doi: 10.1186/s13049-017-0409-6
- Ebrahimian, A., Seyedin, H., Jamshidi-Orak, R., & Masoumi, G. (2014). Exploring Factors Affecting Emergency Medical Services Staffs' Decision about Transporting Medical Patients to Medical Facilities. *Emergency Medicine International, 1*, 1-8. Doi: 10.1155/2014/215329
- Ekgren, A-M., & Hinnfors, J. (2012). *Uppsatshandbok. Hur du lyckas med din uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

- Ekman, I., & Norberg, A. (2014). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K. Edberg., A. Ehrenberg., F. Friberg., L. Wallin., H. Wijk., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialinområde* (ss. 30-61). Lund: Studentlitteratur AB.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gunnarsson, B-M., & Warrén Stomberg, M. (2009). 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
- Gårdelöv, B. (2016). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I B-O. Suserud., & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss. 40-46). Stockholm: Liber AB.
- Halter, M., Vernon, S., Snooks, H., Porter, A., Close, J., Moore, F., & Porsz, S. (2011). Complexity of the decision-making process of ambulance staff for assessment and referral of older people who have fallen: a qualitative study. *Emerg Med J*, 28, 44-50. Doi: 10.1136/emj.2009.079566
- Hjälte, L., Suserud, B. O., Herlitz, J., & Karlberg, I. (2007a). Initial emergency medical dispatching and prehospital needs assessment: A prospective study of the Swedish ambulance service. *European Journal of Emergency Medicine*, 14(3), 134-141.
- 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, 151-156.
- Hoikka, M., Silfvast, T., & Ala-Kokko, T. I. (2017). A high proportion of prehospital emergency patients are not transported by ambulance: a retrospective cohort study in Northern Finland. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 61, 549-556. Doi: 10.1111/aas.12889
- Holmberg, M., & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of patients in the Swedish ambulance service. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5(2). Doi: 10.3402/qhw.v5i2.5098
- Jonsson, A., & Halabi, J. (2006). Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 89-96. Doi: 10.1016/j.aaen.2006.02.001
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emerg Med J*, 20, 79-84. Doi: 10.1136/emj.20.1.79
- Kannikeswaran, N., Mahajan, P. V., Dunne, R. B., Compton, S., & Knazik, S. R. (2007). Epidemiology of Pediatric Transports and Non-transports in an Urban Emergency Medical Services System. *Prehospital Emergency Care*, 11, 403-407. Doi: 10.1080/10903120701536677
- Knapp, B. J., Kerns, B. L., Riley, I., & Powers, J. (2009). EMS-initiated refusal of transport: the current state of affairs. *The Journal of Emergency Medicine*, 36(2), 157-161. Doi: 10.1016/j.jemermed.2007.06.028

- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lang, E., Spaite, D., Oliver, Z., Gotschall, C., Swor, R., Dawson, D., & Hunt, R. (2012). A National Model for Developing, Implementing, and Evaluating Evidence-based Guidelines for Prehospital Care. *Academic Emergency Medicine*, 19, 201-209. Doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01281.x
- Larsson, G., Holmén, A., & Ziegert, K., (2017). Early prehospital assessment of non-urgent patients and outcomes at the appropriate level of care: A prospective exploratory study. *International Emergency Nursing*, 32, 45-49. Doi: 10.1016/j.ienj.2017.02.003
- Martin-Gill, C., Gaither, J., Bigham, B., Myers, B., Kupas, D., & Spaite, D. (2016). A national prehospital evidence-based guidelines strategy: A summary for EMS stakeholders. *Prehospital Emergency Care*, 20(2),175–183. Doi: 10.3109/10903127.2015.1102995
- Noble, A. J., Snape, D., Goodacre, S., Jackson, M., Sherratt, F. C., Pearson, M., & Marson, A. (2016). Qualitative study of paramedics' experiences of managing seizures: a national perspective from England. *BMJ Open*, 6, 1-14. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-014022
- Norberg, G., Wireklint Sundström, B., Christensson, L., Nyström, M., & Herlitz, J. (2015). Swedish emergency medical services' identification of potential candidates form primary healthcare: Retrospective patient record study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 4(33), 311-317. Doi: 10.3109/02813432.2015.1114347
- O'Hara, R., Johnson, M., Hirst, E., Weyman, A., Shaw, D., Mortimer, P.,... Siriwardena, N. (2014). A qualitative study of decision-making and safety in ambulance service transitions. *Health Services And Delivery Research*, 2(56). Doi: 10.3310/hsdr02560
- O'Hara, R., Johnson, M., Siriwardena, A. N., Weyman, A., Turner, J., Shaw, D.,... Shewan, J. (2015). A qualitative study of systemic influences on paramedic decision making: care transitions and patient safety. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(1), 45-53. Doi: 10.1177/1355819614558472
- Pekanoja, S., Hoikka, M., Kyngäs, H., & Elo, S. (2018). Non-transport emergency medical service missions – a retrospective study based on medical charts. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1-8. Doi: 10.1111/aas.13071
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Porter, A., Snooks, H., Youren, A., Gaze, S., Whitfield, R., Rapport, F., & Woollard, M. (2007). 'Should I stay or should I go?' Deciding whether to go to hospital after a 999 call. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12(1), 32-38. Doi: 10.1258/135581907780318392
- Rantala, A., Ekwall, A., & Forsberg, A. (2015). The meaning of being triaged to non-emergency ambulance care as experienced by patients. *Int Emergency Nurs*, 25, 65-70. Doi: 10.1016/j.ienj.2015.08.001
- Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening.

Sandman, L., & Bremer, A. (2016). Etik inom ambulanssjukvården. I B-O. Suserud., & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss. 26-39). Stockholm: Liber AB.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Riksdagen.

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

Sophiahemmet Högskola. (2014). *Utbildningsplan*. Hämtad 17 april, 2018, från <https://shh.pingpong.se/courseId/84658/node.do?id=40898066>

SOS-alarm. (2017). *Vårdprioritering*. Hämtad 6 december, 2017, från <https://www.sosalarm.se/vara-tjanster/tjanstekatalog/vardprioritering/>

SOSFS 2000:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2009:10. *Ambulanssjukvård m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Staudenmayer, K., Hsia, R., Wang, E., Sporer, K., Ghilarducci, D., Spain, D.,... Newgard, C. (2012). The forgotten trauma patient: Outcomes for injured patients evaluated by emergency medical services but not transported to the hospital. *J Trauma*, 72(3), 594-600. Doi: 10.1097/TA.0b013e31824764ef

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Hämtad 8 april, 2018, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 10 april, 2018, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Tohira, H., Fatovich, D., Williams, T. A., Bremner, A. P., Arendts, G., Rogers, I. R.,... Finn, J. (2016). Is it Appropriate for Patients to be Discharged at the Scene by Paramedics? *Prehospital Emergency Care*, 20, 539-549. Doi: 10.3109/10903127.2015.1128028

Tohira, H., Williams, T. A., Jacobs, I., Bremner, A., & Finn, J. (2014). The impact of new prehospital practitioners on ambulance transportation to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Emerg Med J*, 31, 88-94. Doi: 10.1136/emmermed-2013-202976

Utbildningssidan. (u.å.). *Ambulanssjukvårdare*. Hämtat 28 november, 2017, från utbildningssidan: <https://www.utbildningssidan.se/eg/sok/ambulanssjukvardare>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Widgren, B. R., & Jourak, M. (2011). Medical emergency triage and treatment system (METTS): A new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The Journal of Emergency Medicine*, 40(6), 623-628. Doi: 10.1016/j.jemermed.2008.04.003

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

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

Zorab, O., Robinson, M., & Endacott, R. (2015). Are prehospital treatment or conveyance decisions affected by an ambulance crew's ability to access a patient's health information? *BMC Emergency Medicin*, *15*, 1-7. Doi: 10.1186/s12873-015-0054-1

## Bilaga 1

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). \* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvaliteten är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

**Bilaga 2**

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagar e (bortfall )</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet/typ</b>
Barrientos, C. Holmberg, M. 2018 Sverige	The care of patients assessed as not in need of emergency ambulance care - Registered nurses' lived experiences.	Syftet var att beskriva vården av patienter bedömda att inte vara i behov av ambulanssjukvård, legitimerade sjuksköterskors upplevda erfarenheter.	Kvalitativa intervjuer.	n=5 (0)	Resultatet visar på en önskan att ge god omsorg i en pågående kamp mellan ens egna och andras förväntningar. Tre kategorier framkom; Att vara i en kamp mellan olika förväntningar, Att vara i en ifrågasatt yrkesroll och Att vara i brist på stöd och formella direktiv.	K I
Ebrahimian, A. Seyedin, H. Jamshidi-Orak, R. Masoumi, G. 2014 Iran	Exploring Factors Affecting Emergency Medical Services Staffs' Decision about Transporting Medical Patients to Medical Facilities.	Syftet var att utforska faktorer som påverkar EMS personalens beslutstagande angående transporter av medicinpatienter till medicinmottagning.	Kvalitativ semistrukturerade intervjuer.	n= 18 (0)	Resultatet visade på två kategorier och flera subkategorier. De två kategorierna var patientens tillstånd och uppdragets kontext.	K I
Halter, M. Vernon, S. Snooks, H. Porter, A. Close, J.	Complexity of the decision-making process of ambulance staff for assessment and	Syftet var att förstå ambulans personalens bedömning hos patient som har	Semistrukturerade intervjuer.	n= 12 (0)	Intervjuerna visade på att liknande bedömningar och beslutstagande hos deltagarna och fyra teman lyftes fram. Dessa teman	K I



Moore, F. Porsz, S. 2011 Storbritannien	referral of older people who have fallen: a qualitative study.	ramlat.			var: förberedelser, första kontakten, fortsatt bedömning och beslutstagande om transport.	
Hjälte, L. Suserud, B-O. Herlitz, J. Karlberg, I. 2007 Sverige	Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care.	Syftet var beskriva karaktärerna av patienterna som transporteras av ambulans, trots att de inte var i behov av prehospital vård, jämfört med de patienter som bedömdes vara i behov av denna vård.	Prospektiv, deskriptiv tvärsnittsstudie.	n=1977 (0)	Resultatet visade på att 31 procent (604) av patienterna bedömdes av ambulanspersonalen inte vara i behov av ambulanstransport.	P I
Hoikka, M. Silfvast, T. Ala-Kokko, T. I. 2017 Finland	A high proportion of prehospital emergency patients are not transported by ambulance: a retrospective cohort study in Northern Finland	Syftet var att bestämma graden av icke transport uppdrag i norra Finland och orsaken till dessa uppdrag.	Retrospektiv studie.	n=13354 (0)	41,7 procent av uppdragen som ingick i studien transporterades inte patienter med ambulans till.	R I
Kannikeswaran, N. Mahajan, P.V. Dunne, R.B. Compton, S. Knazik, S.R. 2007 USA	Epidemiology of Pediatric Transports and Non-Transports in an Urban Emergency Medical Services System	Syftet var att beskriva barnpatienter som inte transporterades av ambulans efter bedömning av EMS.	Retrospektiv analys.	n= 5967 (0)	En stor procent av patienterna blev inte transporterade. De vanligaste sökorsakerna var misshandel, andningsbesvär och trafikolyckor. Majoriteten av barnpatienterna är inte	R I

					allvarligt sjuka och en stor del blir inte transporterade.	
Knapp, B. J. Kerns, B. L. Riley, I. Powers, J. 2009 USA	EMS-initiated refusal of transport: the current state of affairs	Syftet var att beskriva det nuvarande användandet EMS-IROT.	Prospektiv tvärsnittsstudie.	n= 200 (186)	Resultatet visade på att av 200 städer så har 14 städer protokoll på att neka ambulansransort varav 5 av dessa tillät detta utan läkarkontakt.	P II
Larsson, G. Holmén, A. Ziegert, K. 2017 Sverige	Early prehospital assessment of non-urgent patients and outcomes at the appropriate level of care: A prospective exploratory study	Syftet var att undersöka tidig prehospital bedömning av icke-akuta patienter och dess inverkan på valet av lämplig vårdnivå.	Kvantitativ, prospektiv undersökande studie.	n=394 (0)	Resultatet visade att det fanns ingen betydande skillnad i ålder, kön, tid på dagen eller anledning till att ringa efter ambulans mellan interventions- och kontrollgruppen. Däremot sågs en stor skillnad, med förmån för interventionsgruppen, mellan grupperna då patienter kvarstannade i hemmet jämfört med de som erhöll transport till sjukhus. Patienterna i kontrollgruppen är bedömda enbart av ambulanspersonal medan patienterna i interventionsgruppen är bedömda efter att ambulanspersonal har haft kontakt med primärvårdsläkare.	R I

<p>Noble, A. J. Snape, D. Goodacre, S. Jackson, M. Sherratt, F. C. Pearson, M. Marson, A. 2016 Storbritannien</p>	<p>Qualitative study of paramedics 'experiences of managing seizures: a national perspective from England.</p>	<p>Syftet var att identifiera utmaningar som paramedics upplever i beslutstagandet hos patienter som krampar. Gällande utbildning och behandlingsriktlinjer.</p>	<p>Kvalitativa, semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>n=19 (0)</p>	<p>Intervjuerna ledde fram till fyra teman som påverkade beslutstagandet hos deltagarna. Dessa var: bakgrundshistorik, tidspress, kunskaps luckor gällande postiktal vård och begränsade alternativa vårdvägar.</p>	<p>K I</p>
<p>O'Hara, R. Johnson, M. Siriwardena, A. N. Weyman, A. Turner, J. Shaw, D. Mortimer, P. Newman, C. Hhirst, E. Storey, M. Mason, S. Quinn, T. Shewan, J. 2015 Storbritannien</p>	<p>A qualitative study of systemic influences on paramedic decision making: care transitions and patient safety.</p>	<p>Syftet var att utforska systemisk påverkan på beslutstagandet hos paramedics relaterat till vårdövergångar för att identifierar potentiella riskfaktorer.</p>	<p>Explorativ kvalitativ multi-metod.</p>	<p>n=57 (0)</p>	<p>Sju riskfaktorer identifierades: efterfrågan, prestations prioritering, tillgång till alternativa vårdvägar, risk tolerans, praktiska övningar och kompetens utveckling, kommunikation/återkoppling samt resurser.</p>	<p>K I</p>
<p>Pekanoja, S. Hoikka, M. Kyngäs, H. Elo, S. 2018 Finland</p>	<p>Non-transport emergency medical service missions – a retrospective study based on medical charts.</p>	<p>Syftet var att beskriva kontexten av ambulansuppdrag som resulterade i icke-transport.</p>	<p>Retrospektiv journalgranskning.</p>	<p>n=1154 (0)</p>	<p>Resultatet visade på att icke-transportuppdrag representerar en betydande daglig arbetsbelastning för ambulanssjukvården. Även om de flesta symtomen visade på akuta besvär,</p>	<p>R I</p>

					involverade majoriteten av dessa uppdrag endast bedömning av medicinskt behov och/eller hänvisning utan medicinsk behandling.	
Porter, A. Snooks, H. Youren, A. Gaze, S. Whitfield, R. Rapport, F. Woollard, M. 2007 Storbritannien	'Should I stay or should I go?' Deciding whether to go to hospital after a 999 call.	Syftet var att undersöka ambulanspersonalens uppfattning av beslutsfattandet kring icke transporterade patienter fungerar i praktiken, i relation till icke akuta samtal.	Kvalitativa intervjuer.	n=25 (0)	Beslutsfattandet kring att inte transportera patienter visade sig att var komplext av två anledningar. Den första var att kunna bedöma patientens förmåga att kunna fatta egna beslut och hur det tolkades. Det andra var patienten, ambulansbesättning och i många fall familj eller vårdgivare som deltar i förhandlingen kring att ta detta beslut.	K II
Staudenmayer, K. Hsia, R. Wang, E. Sporer, K. Ghilarducci, D. Spain, D. Mackersie, R. Sherck, J. Kline, R. Newgard, C. 2012 USA	The forgotten trauma patient: Outcomes for injured patients evaluated by emergency medical service but not transported to hospital.	Syftet var att se vilka faktorer som påverkade beslutet att inte transportera trauma patienter, syftet var också att jämföra patienter som blev transporterade med de som inte blev transporterade.	Populationsbaserad retrospektiv kohortstudie.	n=69413 (63548)	28 procent av de som inte blev transporterade sökte sedan akutmottagning och blev sedan utskrivna Två procent av de som inte blev transporterade och sedan sökte akutmottagningen blev inlagda.	R I

<p>Tohira, H. Fatovich, D. Williams, T. A. Bremner, A. P. Arendts, G. Rogers, I. R. Celenza, A. Mountain, D. Cameron, P. Sprivulis, P. Ahern, T. Finn, J. 2016 Australien</p>	<p>Is it Appropriate for Patients to be Discharged at the Scene by Paramedics?</p>	<p>Syftet att beskriva risker med att patienterna ringer åter eller avlider efter att de har blivit lämnade på plats.</p>	<p>Retrospektiv kohort studie.</p>	<p>n=47330 (8636)</p>	<p>De patienter som blir lämnade på plats har större risk att avlida inom 24 timmar jämfört med de som blivit utskrivna från akutmottagning.</p>	<p>R I</p>
<p>Zorab, O. Robinson, M. Endacott, R. 2015 Storbritannien</p>	<p>Are prehospital treatment or conveyance decisions affected by an ambulance crew's ability to access a patient's health information?</p>	<p>Syftet var tredelat.  Identifiera hur ambulanspersonal förnärvarande får tillgång till patienters hälsohistorik och om det finns hinder för detta.  Fastställa om avsaknad av denna information kan leda till att en suboptimal vårdväg väljs.  Utforska, genom</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv enkätstudie.</p>	<p>n= 302 (17)</p>	<p>Majoriteten av ambulanspersonalen upplevde svårigheter att få tillgång till patientens hälsohistorik, extra svårt var det efter kontorstid och de upplever att bättre tillgång till hälsohistoriken troligen hade lett till mer lämpliga val av vårdvägar.</p>	<p>K I</p>

		hypotetiska scenarier, om en ökad mängd information som kan erhållas kan leda till en mer lämplig vårdväg.				
--	--	--	--	--	--	--