

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2015:15

**Den prehospitala vårdprocessens sista pusselbit?**  
En kartläggning av uppföljning inom en ambulansorganisation

Dante Bocangel, Erika Johansson



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel: Den prehospitala vårdprocessens sista pusselbit?  
En kartläggning av uppföljning inom en ambulansorganisation

Författare: Dante Bocangel, Erika Johansson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistutbildning ambulanssjuusköterska GAMBU14

Handledare: Magnus Hagiwara

Examinator: Berit Lindahl

## Sammanfattning

Svensk ambulanssjukvård har genomgått stora förändringar de senaste decennierna vilket har lett till att kraven på sjuksköterskans kompetens för att säkerställa en god vård och patientsäkerhet har ökat markant. Generellt saknas det inom svensk ambulanssjukvård väl fungerande system för uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt vilket leder till att denna viktiga möjlighet till professionell och organisatorisk utveckling riskerar att falla bort. I den kartlagda ambulansorganisationen infördes i början av 2015 ett nytt system för uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt vilket skapade nya möjligheter för sjuksköterskan att följa upp sina bedömningar och behandlingar. Syftet var att kartlägga systemet för uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt inom en specifik ambulansorganisation utifrån följande frågeställningar: I vilken utsträckning användes möjligheten till uppföljning, vad påverkade sjuksköterskans uppföljning och hur upplevdes effekterna av uppföljning. Metoden som användes var en singel case studie metod vilket innebar att både kvantitativ och kvalitativa data användes. Unikt för case studie metoden är att data samlas in i olika faser för att sedan analyseras innan nästa datainsamlingsfas startar. I den första fasen genomfördes en sökning efter dokument inom ambulansorganisationen som berörde uppföljning. I fas två utfördes en enkätundersökning som även låg till grund för de intervjuer som gjordes i fas tre. Resultaten visade att uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt ökade efter införandet av det nya systemet och att de nuvarande rutinerna var otydliga. Vanliga orsaker till att sjuksköterskan i ambulans följde upp sina patienter var osäkerhet i bedömningar, egen kompetensutveckling och en vilja att bidra till ökad patientsäkerhet. Uppföljningen hade positiva effekter för sjuksköterskornas trygghet och kompetens. Däremot förelåg ett behov att förtydliga rutinerna om hur systemet skulle användas för att säkerställa återförandet av kunskapen som inhämtats genom uppföljning till verksamheten. Detta var en önskan både från arbetsgivarhåll och från sjuksköterskor i ambulans. En ökad systematik i uppföljningsarbetet kan leda till att uppföljningen inte begränsas till patientfall som den enskilda sjuksköterskan ansåg vara relevant. Detta kan främja patientsäkerheten och i förlängningen minska onödigt lidande för patienten.

Nyckelord: *Uppföljning, patientsäkerhet, kompetensutveckling, ambulanspersonal, sjuksköterska, prehospital sjukvård.*

# Innehållsförteckning

<i>Inledning</i>	1
<i>Bakgrund</i>	1
<b>Ambulanssjukvård</b>	<b>2</b>
Professionell kompetens	2
<b>Den prehospitaled vårdkedjan</b>	<b>3</b>
<b>Den prehospitaled vårdprocessen</b>	<b>3</b>
<b>Patientsäkerhet</b>	<b>4</b>
Patientsäkerhet inom ambulanssjukvård	4
<b>Bedömning inom ambulanssjukvården</b>	<b>5</b>
<b>Uppföljning inom akutsjukvård</b>	<b>5</b>
Uppföljning inom ambulanssjukvård	6
Arbetsgivarens ansvar	6
Sjuksköterskans ansvar	7
<i>Problemformulering</i>	8
<i>Syfte</i>	8
<i>Metod</i>	8
<b>Ansats</b>	<b>8</b>
<b>Urval</b>	<b>9</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>10</b>
Fas 1. Dokumentsökning	10
Fas 2. Enkätundersökning	11
Fas 3. Intervjuer	11
<b>Dataanalys</b>	<b>12</b>
Fas 1. Dokument	12
Fas 2. Enkätundersökning	12
Fas 3. Intervjuer	12
Pattern matching	12
<b>Etiska överväganden</b>	<b>13</b>
<i>Resultat</i>	14
<b>Fas 1. Dokument</b>	<b>14</b>
Rutin	14
Eget ansvar	14
Effekten av uppföljning	14
<b>Fas 2. Enkätundersökning</b>	<b>15</b>
Bortfallsanalys	15
Rutiner	16
Faktorer som påverkar uppföljningen	17
Effekter av uppföljning	18
<b>Fas 3. Intervjuer</b>	<b>18</b>
Rutiner	18
<b>Faktorer som påverkar uppföljning</b>	<b>19</b>

Emotionellt engagemang	19
Nyfikenhet	20
Osäkerhet	20
Rädsla	20
<b>Effekter av uppföljning</b>	<b>21</b>
Egen utveckling	21
Spontana samtal	22
Informanternas förslag	22
<i>Diskussion</i>	24
<b>Metoddiskussion</b>	<b>24</b>
<i>Resultatdiskussion - Pattern Matching</i>	26
<b>Rutiner</b>	<b>26</b>
<b>Faktorer som påverkar uppföljningen</b>	<b>27</b>
<b>Effekter av uppföljning</b>	<b>28</b>
<i>Konklusion</i>	30
<i>Kliniska implikationer</i>	30
<i>Förslag på vidare forskning</i>	31
<i>Referenser</i>	32
<b>Bilaga 1</b>	<b>36</b>
<b>Bilaga 2</b>	<b>39</b>
<b>Bilaga 3</b>	<b>40</b>
<b>Bilaga 4</b>	<b>41</b>
<b>Bilaga 5</b>	<b>42</b>
<b>Bilaga 6</b>	<b>43</b>
<b>Bilaga 7</b>	<b>44</b>

## **Inledning**

Sjuksköterskor inom ambulanssjukvård möter i sin yrkesutövning ett stort antal patienter med varierande sjukdomstillstånd, skador, symtom och behov av behandling. Dessa patienter skall bedömas och, om behov finns, behandlas samt transporteras till sjukhus för fortsatt vård. Det finns en rad lagar, föreskrifter, riktlinjer, bedömningsverktyg och vetenskapligt beprövad kunskap som styr sjuksköterskans omhändertagande men den individuella kliniska erfarenheten är minst lika viktig. Att arbeta inom hälso- och sjukvård associeras ofta med ett ständigt lärande och för det är feedback och uppföljning centralt. I ambulanssjukvården finns det idag flera olika faktorer som försvårar för personalen när de vill följa upp patienter som vårdats prehospitalt vilket resulterar i att denna viktiga möjlighet till utveckling ofta faller bort. Bristande uppföljning kan påverka patientsäkerheten negativt och leda till onödigt vårdlidande.

Vi upplevde att det fanns en rad faktorer som försvårade möjligheten till uppföljning rent praktiskt. I specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård diskuterades ämnet sparsamt. Under våra verksamhetsförlagda studier som genomfördes inom andra ambulansorganisationer konstaterades att vår upplevelse av svårigheterna med uppföljning inte var unik. Detta förstärkte vår åsikt om att uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt är ett viktigt och aktuellt ämne att skriva om.

I ambulansorganisationen som examensarbetet fokuserar på infördes i början av 2015 ett nytt system för uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt. Detta innebar att samtliga sjuksköterskor inom verksamheten hade möjlighet att, efter utbildning, få tillgång till sjukhusets journalsystem. Genom tillgången till journalsystemet skapades en ny möjlighet för sjuksköterskan att utvärdera exempelvis sina bedömningar och utförda behandlingar. Vi bestämde oss för att kartlägga i vilken utsträckning den nya möjligheten till uppföljning användes, hur den användes och vad den ledde till. Vår förhoppning är att studien kan ge användbar kunskap i arbetet med att utveckla och införa nya uppföljningssystem inom svensk ambulanssjukvård.

## **Bakgrund**

Med uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt avses i detta examensarbete att sjuksköterskan i ambulans inhämtar information om olika patientfall i syfte att utvärdera sina prehospitala insatser. Det kan till exempel handla om att undersöka huruvida utförda patientbedömningar eller behandlingar var adekvata. Aktuell forskning inom det specifika området uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt är i princip obefintlig. Tillgänglig forskning som belyser ämnet uppföljning beskriver detta fenomen främst inom akutmottagningsverksamhet. Då verksamheterna i många avseenden liknar varandra anses denna forskning även ha stor relevans för uppföljning inom ambulanssjukvård (Bigham, Buick, Brooks, Morrison, Shojanian & Morrison, 2012, s. 27). Uppföljning inom akutsjukvård är också ett område som är sparsamt

studerat (Lavoie, Plint, Clifford och Gaboury 2009b, s. 527; Lavoie, Schachter, Stewart & McGowan, 2009c, s. 550).

## **Ambulanssjukvård**

I författningen SOSFS 2009:10 om ambulanssjukvård definieras ambulanssjukvård som *”hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans”*. Ambulanssjukvården i Sverige har de senaste årtiondena genomgått stora förändringar. Från att ha varit en transportverksamhet där personalen ofta utgjordes av växeltjänstgörande brandmän med begränsad medicinsk utbildning har utvecklingen accelererat i takt med att kraven på kompetens och god vård har ökat från dagens samhälle (Gårdelöv, 2009, s. 23-26; Leek & Martebo, 2009, s. 4). Ambulanssjukvården erbjuder idag en kvalificerad prehospital akutsjukvård vilket ställer höga krav på att verksamheten ger möjlighet till utveckling av kompetens och kvalitet för att kunna säkerställa en säker vård (Jonsson, 2009, s. 91; Rönnberg, 2012 s. 276). Personalen som bemannar ambulanserna skall kunna hantera en mängd olika scenarion som sträcker sig från stora olyckor med många skadade till enklare transporter. Kraven på kompetens är stora och täcker alltså en rad olika områden, utöver detta utför ambulanspersonal i många fall sitt arbete under stor fysisk och psykisk press (Jonsson, 2009, s. 93).

## **Professionell kompetens**

År 2005 infördes ett krav från socialstyrelsen att det inom ambulanssjukvården skall finnas minst en sjuksköterska i varje ambulans (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (RAS), 2012, s. 4; Suserud & Rådestad, 2009, s. 60). Detta skedde genom en ändring av författningen om läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård som krävde en legitimerad sjuksköterska för att kunna administrera läkemedel (SOSFS 2000:1). Innan detta krav kom kunde ambulanssjukvårdare, med undersköterskeutbildning eller annan utbildning inom akutsjukvård, administrera läkemedel på delegation av ambulansöverläkare (Gårdelöv, 2009, s. 26). Behovet av sjuksköterskor inom ambulanssjukvården ökade således markant efter 2005 och idag utgörs större delen av ambulanspersonalen av sjuksköterskor, både specialist- och grundutbildade medan behovet av ambulanssjukvårdare har minskat (Suserud & Rådestad, 2009, s. 60).

I ett historiskt perspektiv har utbildningsgraden hos ambulanspersonalen varierat stort och till en början fanns det inget krav på utbildning (Suserud & Rådestad, 2009, s. 60). År 1982 skrevs ambulanssjukvården in i Hälso- och sjukvårdslagen, vid den tiden utvecklades vården i Sverige mycket snabbt och det uppstod en efterfrågan på en utbildning som kunde kombinera omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap (RAS, 2012, s. 4). Högskolan i Borås startade 1997 den första specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård som idag är en utbildning om 60 högskolepoäng fördelat på två terminer (Suserud & Rådestad, 2009, s. 61). Specialistutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård finns idag på flera lärosäten och är utformad för att ge de studerande förutsättningar att möta de höga kompetenskraven som finns inom ambulanssjukvården (Jonsson, 2009, s. 93). Det finns en specifik kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskan inom ambulanssjukvård

som kompletterar den för legitimerade sjuksköterskor, de följer samma lagar och författningar (RAS, 2012; SOSSF: 2005:105-1).

## **Den prehospitla vårdkedjan**

*SOS alarm vad har hänt?* Detta är ofta den hjälpbehövande personens första kontakt med den prehospitla vårdkedjan. Nödnumret 112 tog år 2013 emot ca 1 miljon samtal som krävde någon form av ambulanstransport (SOS Alarm, 2015). SOS Alarms huvuduppgift är att fastställa om det finns behov av ambulanstransport samt att prioritera detta behov och dirigera tillgängliga resurser på ett optimalt sätt (Stålhandske 2009, s. 82). En operatör tar emot samtalet och avgör ärendets prioriteringsgrad med hjälp av ett beslutstöd som bygger på inringarens symtom (SOS Alarm, 2015).

Följande prioriteringar finns (SOS Alarm 2015; SOSFS 2009:10; Stålhandske 2009, s. 83):

- Prio 1 - akut livshotande symtom eller olycksfall, uppdraget tilldelas närmsta tillgängliga ambulans.
- Prio 2 - akut men inte livshotande symtom, patienten behöver undersökas av läkare omgående. Närmsta tillgängliga ambulans får detta uppdrag men operatören tar hänsyn till beredskapsläget i området.
- Prio 3 - övriga uppdrag med vård- eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd.
- Prio 4 - uppdrag där det inte krävs tillsyn eller vård av medicinsk personal under transporten. Transporten kan genomföras av annat fordon än ambulans.

När operatören har gjort sin bedömning och prioritering skickas uppgifterna till lämplig ambulans som utför uppdraget. Den prehospitla vårdprocessen initieras av uppgifterna som ambulanspersonalen får från larmcentralen. Den mentala förberedelsen på vad som väntar vid ankomst påbörjas, trots viljan att vara väl förberedd vet sjuksköterskor i ambulans aldrig vad de möts av väl framme på plats (Hagiwara & Wireklint Sundström, 2009, s. 117). Patienterna bedöms samt, om behov finns, behandlas för att sedan transporteras till rätt vårdnivå vilket kan vara en akutmottagning, en direktinläggning på avdelning eller vårdcentral (Jonsson, 2009, s. 95). När ambulanspersonalen lämnar över patienten till exempelvis en akutmottagning så avslutas den prehospitla vårdkedjan.

## **Den prehospitla vårdprocessen**

Prehospital akutsjukvård definieras som ”*omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus*” (SOSFS 2009:10). Rent praktiskt innebär det ofta självständigt arbete utanför sjukhusets väggar som ställer krav på problemlösningsförmåga samt ett kreativt och flexibelt tänkande (Suserud & Rådestad, 2009, s. 61). Den fysiska arbetsmiljön kan variera stort då patienterna exempelvis kan befinna sig inne i sin bostad eller sitta fast i ett bilvrak utomhus. Varje situation som ambulanspersonalen ställs inför är, likt varje patient, unik (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003 s. 87).

Den professionella sjuksköterskan arbetar utifrån vad som är bäst för varje enskild patient, vilket vårdbehov som finns samt för att minska lidande. Sjuksköterskan måste

välja mellan handlingar som bygger på vårdvetenskapliga kompetenser och i de fall som krävs också kunskaper som grundas på medicinsk vetenskap. I vissa fall är det nödvändigt att integrera de båda perspektiven med varandra utifrån patientens behov (Dahlberg et. al, 2003, s. 87). Sjuksköterskan i ambulans skall besitta förmågan att fatta viktiga beslut både gällande medicinsk vård och omvårdnadsåtgärder. I akuta situationer kan det i regel vara svårt att rådgöra med läkare, därför måste sjuksköterskan lita på både sin egen och kollegans kompetens (Dahlberg et. al, 2003, s. 88).

Hagiwara och Wireklint Sundström (2009, s. 119) delar in den prehospitalla vårdprocessen i tre faser:

- Fas 1 – förberedelsefasen. Kännetecknas av informationsinhämtning, förberedelse inför uppdraget samt transport till platsen där patienten finns.
- Fas 2 – prehospitalt vårdmöte. Initieras när ambulanspersonalen möter patienten och går ut på att identifiera och behandla sviktande vitala funktioner samt att skapa optimala förutsättningar att vårda patienten i. När detta är gjort genomförs en primär samt sekundär bedömning i syfte att identifiera patientens huvudproblem.
- Fas 3 – vård under transport. Innefattar den vård som ges i samband med transport till sjukhus, överrapportering till den vårdinrättning som patienten överlämnas till och slutligen dokumentation.

## **Patientsäkerhet**

Patientsäkerhet innebär enligt patientsäkerhetslagens (SFS, 2010: 659) paragraf sex ett skydd mot vårdskada. I paragraf fem framgår att en vårdskada innebär *”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”*. Det kan således handla om exempelvis felmedicinering, felaktig bedömning och diagnos eller bristfällig omvårdnad. En god patientsäkerhet bygger på väl fungerande rutiner, avvikelssystem, analyser av inträffade händelser samt en medvetenhet om risker i sin egen organisation (Öhrn, 2014 s. 382). En amerikansk studie visade att det inträffade fler än 400 000 incidenter per år på sjukhus som ledde till bland annat död och förlängd sjukhusvistelse (James, 2013, s. 127). Även i Sverige finns det stora brister i patientsäkerheten vilket framgick i en nationell journalgranskningsstudie som genomfördes av Sveriges kommuner och landsting (2014, s. 24). Studien visade att omkring 124 000 patienter per år drabbades av vårdskador som skulle kunnat förhindras, ca 3 100 patienter fick permanenta skador och omkring 1400 patienter avled till följd av en undvikbar skada.

## **Patientsäkerhet inom ambulanssjukvård**

När det gäller svensk ambulanssjukvård är frekvensen av vårdskador okänd (Andersson Hagiwara, 2014, s. 11). Bristen på svenska studier som beskriver antalet fall av vårdskador som inträffar prehospitalt är inte unik, även internationellt finns det relativt lite forskning inom detta område (Bigham et al, 2012, s. 21; Sayre, White, Brown & McHenry, 2002, s. 640).



Flera studier lyfter fram bedömning av patienten och beslutsfattning som de största hoten mot patientsäkerhet (Atack & Maher, 2010, s. 97; Bigham, Bull, Morrison, Burgess, Maher, Brooks & Morrison, 2011, s. 14; Bigham et al, 2012, s. 28; Fairbanks, Crittenden, O’Gara, Wilson, Pennington, Chin & Shah, 2008, s. 637; Andersson Hagiwara, 2014, s. 11). Atack och Maher (2010, s. 97) beskriver att ambulanspersonal i många fall saknar adekvat utbildning för att göra komplexa bedömningar i svåra situationer. Detta kan leda till att de fattar beslut och gör bedömningar som de inte har tillräcklig utbildning eller träning för (Bigham et al, 2011, s. 15; Bigham et al, 2012, s. 28).

## **Bedömning inom ambulanssjukvården**

Croskerry (2014, s. 13) beskriver akutsjukvård som en mycket komplex och oförutsägbar verksamhet, egenskaper som utgör ett stort hot mot patientsäkerheten. I den prehospitla vården är hotet större då den bedrivs utanför sjukhusets trygga väggar i dynamiska och utmanande miljöer (Bigham et al, 2011, s. 13). Behandlingsriktlinjer, rutiner, erfarenhet och medicinska kunskaper är andra exempel på faktorer som påverkar bedömningen och behandlingen av patienter (Andersson Hagiwara, 2014, s. 21). Behandlingsriktlinjerna kan vara ett stort stöd men bör vara utformade på ett sätt som ger utrymme för den enskilde vårdaren att vara flexibel (Bigham et al, 2011, s.15). Blir behandlingsriktlinjerna för styrande finns risken att de inte används eller att patientens egen berättelse åsidosätts, detta kan undvikas genom att personalen litar på sin erfarenhet (Hagiwara & Wireklint, 2009, s. 117-118). Följsamheten till behandlingsriktlinjer är i många fall dålig inom den prehospitla sjukvården (Andersson Hagiwara, 2014, s. 11). En prehospital bedömning bör vara strukturerad, med utforskande frågor som leder fram till patientens tillstånd. Den skall göras med ett öppet sinne för patientens livsvärld i syfte att skapa goda förutsättningar för patientens delaktighet i vården (Hagiwara & Wireklint, 2009, s. 118).

## **Uppföljning inom akutsjukvård**

I utredningen Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 20014:23, s. 501) konstateras det att arbete inom hälso- och sjukvård kännetecknas av ett kontinuerligt lärande. Därför är det direkt nödvändigt att personalen får möjlighet till återkoppling på sina insatser för att höja kvaliteten och patientsäkerheten inom sin verksamhet. Bolman och Deal (2012, s. 58) tydliggör också nödvändigheten av organisationers delaktighet i en process av ständigt lärande för att på så sätt optimera utvecklingen. Lavoie med flera (2009b, s. 527) beskriver att uppföljning inom akutverksamheten har flera positiva effekter som ökad säkerhet gällande rätt diagnoser, ökad effektivitet, bättre behandlingsresultat samt att det kan främja personalens känsla av att de utför ett tillfredställande arbete. Croskerry (2000, s. 1232) menar att tidskrävande åtgärder för att samla den information som behövs, hög arbetsbelastning samt tidsbrist är vanliga faktorer som försvårar uppföljningen inom akutsjukvård. Uppföljningen bör ske så nära inpå vårdkontakten som möjligt, dels för att få bästa effekt av lärandet men också för att inte riskera att uppföljningen faller i glömska vilket är en stor risk vid hög arbetsbelastning (Croskerry, 2000, s. 1233; Harrahill & Gunnels, 1999, s. 244).

## Uppföljning inom ambulanssjukvård

Det finns fyra svenska examensarbeten på magisternivå som belyser sjuksköterskors behov av att följa upp patienter som vårdats prehospitat. Resultaten visade att uppföljning var viktig för kompetensutvecklingen och för professionell utveckling generellt. Men det var även centralt för att säkerhetsställa att rätt medicinska beslut och åtgärder vidtagits, vilket i förlängningen kunde leda till en högre patientsäkerhet och minskat lidande för patienten (Forsberg & Garhed, 2009, s. 20; Hammar & Landervik, 2014, s. 18; Leek & Martebo, 2009, s. 2; Stenberg & Andersson, 2014, s. 2). Trots detta behov har svensk ambulanspersonal dåliga möjligheter till uppföljning och feedback på sina prehospitala vårdinsatser (Leek & Martebo, 2009, s. 2; Stenberg & Andersson, 2014, s. 14).

Dahlberg och Segesten (2013, s. 318) hävdar att utvärdering av utförda omvårdnadsåtgärder är ett av de mest försummade stegen i vårdprocessen. Enligt Abelsson och Lindwall (2012, s. 4) är uppföljning centralt då det ger ambulanspersonalen möjlighet att reflektera över och bearbeta den situation de befunnit sig i. Utebliven uppföljning kan ge upphov till obehagliga känslor av att patienten eventuellt behandlats fel och att det aldrig kommer till ambulanspersonalens kännedom. Denna farhåga styrks av Bolman och Deal (2012, s. 59) som menar att erfarenhet ger bra lärdomar men att de personer som fattar olika beslut sällan får uppleva konsekvenserna av dem. Abelsson och Lindwall (2012, s. 4) menar vidare att uppföljningen därför är viktigt då den kan ge ambulanspersonalen en känsla av avslut och bidra till ökad kunskap och erfarenhet som kan användas i framtida arbete. Allvarliga patientfall kan ibland vara svåra för ambulanspersonalen att lägga åt sidan mentalt om de inte får möjligheten att följa upp vad som hände efter överlämnandet till annan vårdinstans (Stenberg & Andersson, 2014, s. 12). Att som hälso- och sjukvårdspersonal arbeta utan att veta utgången för patienten omöjliggör ett systematiskt kvalitetsarbete (SOU 2014:23, s. 501).

## Arbetsgivarens ansvar

När det gäller dokumentation har hälso- och sjukvården genomgått stora förändringar både organisatoriskt och tekniskt de senaste åren. Den har gått från en tid som handlat om vikten av dokumentation till en tid som genomsyras av hur denna dokumentation kan användas för att förbättra vården och dess resultat för enskilda patienter (SOU 2014:23, s. 65). Detta förankras även i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:763) 31 §: *"inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras"*. I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) femte kapitel andra § framgår att verksamheter som omfattas av HSL skall utöva egenkontroll för att säkra verksamhetens kvalitet, exempelvis genom granskning av journaler. Detta styrks även av patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) tredje kapitel. Att i systematiskt kvalitetsarbete ta del av patientuppgifter är en av många metoder som används idag (SOU 2014:23, s. 500).

I många ambulansområden finns idag möjlighet att via utsedda personer följa upp patienter som vårdats prehospitat, detta är en tidskrävande process som inte fungerar optimalt. Detta leder till att uppföljning i regel sker genom att ambulanspersonal själva

försöker inhämta uppgifter på olika sätt exempelvis genom att kontakta vårdavdelningar eller prata med den personalen på akutmottagningen som de överlämnade patienten till (Stenberg & Andersson, 2014, s. 13-14). En anledning till att det ser ut som det gör idag tros vara att det finns en osäkerhet och okunskap om aktuell lagstiftning samt att det från arbetsgivarens sida saknas en aktiv rättstillämpning (SOU 2014:23, s. 500).

År 2008 utfärdades den nuvarande patientdatalagen (PDL) (SFS 2008:355) där det i andra kapitlet fjärde § punkt fyra framgår att patientuppgifter får användas för att ”systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten”. PDL möjliggör alltså för vårdgivare att använda patientuppgifter i uppföljningssyfte men problemet är att lagen i flera avseenden inte reglerar hur detta skall gå till utan det är istället upp till arbetsgivaren på lokal nivå att formulera riktlinjer som styr hur uppföljningsarbetet skall se ut (SOU 2014:23, s. 503). Patientjournalen anses vara ett viktigt verktyg för sjukvårdspersonal när det gäller kompetensutveckling (Poljak, Tveith & Ragneskog, 2006, s. 48; Rönnberg, 2011, s. 189).

### **Sjuksköterskans ansvar**

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SOSSF: 2005:105-1, s. 13) framgår det att sjuksköterskan har ett ansvar i att bedriva utvecklingsarbete samt främja sin egen utveckling både professionellt och personligt genom att identifiera brister i sin kompetens. Även i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård framgår ett ansvar för omvårdnadsutveckling samt identifiering av kunskapsbrister inom ambulanssjukvården (RAS, 2012, s. 3 och 9). Ovan nämnda ansvarsområden har stor relevans för patientsäkerhet och för att lindra lidande vilket är ett av de fyra grundläggande ansvarsområden som anges i International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012, s. 3). Sjuksköterskan har en viktig roll i att motverka förekomsten av lidande inom vården då det skall förebyggas på alla möjliga sätt (Dahlberg & Segesten, 2013, s. 319).

## **Problemformulering**

Svensk ambulanssjukvård har genomgått stora förändringar de senaste decennierna, från att ha varit en transportinriktad organisation har utvecklingen lett till att avancerad vård ofta initieras prehospitalt. I syfte att höja patientsäkerheten har således kraven på sjuksköterskor i ambulans ökat markant. Generellt saknas det inom svensk ambulanssjukvård bra system för att följa upp patienter som har vårdats prehospitalt vilket leder till att denna viktiga möjlighet till utvärdering och erfarenheter ofta faller bort. De begränsade möjligheterna till uppföljning av exempelvis utförda bedömningar medför en stor risk för patientsäkerheten. Forskning visar att ett stort hot mot patientsäkerheten inom prehospital vård är just bedömningen av patientens tillstånd. Att sjuksköterskor i ambulans saknar möjligheter att följa upp och utvärdera sin prehospitala insatser kan leda till onödigt lidande för patienterna då de i praktiken skulle kunna bedömas och behandlas felaktigt utan att den ansvariga sjuksköterskan någonsin få reda på det. Detta är varken förenligt med en god patientsäkerhet eller det systematiska kvalitetsarbete som arbetsgivaren är skyldig att utföra. I den aktuella ambulansorganisationen infördes det i början av 2015 ett nytt system för uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt. Detta betydde att sjuksköterskor i ambulans fick läsbehörighet i sjukhusets journalsystem efter genomförd utbildning. På detta sätt skapades en ny möjlighet att följa upp och utvärdera sina prehospitala insatser. I vilken utsträckning användes då denna möjlighet, vad påverkade uppföljningen och vad ledde den till?

## **Syfte**

Syftet var att kartlägga systemet för uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt inom en specifik ambulansorganisation utifrån följande frågeställningar:

- I vilken utsträckning användes möjligheten till uppföljning?
- Vad påverkade sjuksköterskans uppföljning?
- Hur upplevdes effekterna av uppföljning?

## **Metod**

### **Ansats**

Tidigare examensarbeten på magisternivå har belyst uppföljning inom prehospital sjukvård med hjälp av både kvalitativa metoder (Stenberg & Andersson, 2014; Leek & Martebo, 2009) och kvantitativ metod (Hammar & Landervik, 2014; Forsberg & Garhed, 2009). Därav bedömdes det som vetenskapligt intressant att angripa problemet på ett metodologiskt nytt sätt.

Metoden som valdes var en så kallad case studie metod. I detta examensarbete används den engelska termen ”case” i metodens benämning. Att ordagrant översätta case study tills svenska kan skapa förvirring om vilken metod som användes då detta examensarbete inte är en fallstudie.

Metodtriangulering, eller metodintegration som är en modernare benämning, innebär att både kvantitativa och kvalitativa forskningsmetoder används i syfte att erhålla en bredare och djupare belysning av fenomenet (Olsson & Sörensen, 2011, s. 97). Fördelar med detta är att resultaten når högre validitet samt att begränsningarna i att belysa ett forskningsproblem utifrån endast en forskningsmetod kan undvikas (Polit & Beck, 2013, s. 340). Vidare menar Olsson och Sörensen (2011, s. 55) att de olika forskningsmetoderna gynnar och kompletterar varandra. Metodtriangulering är centralt i case studie metoden som är speciellt användbar för att undersöka hur förändringar av olika slag påverkat vården inom olika områden (Baker, 2011, s. 32). Vidare beskriver Baker att metoden är lämplig för att exempelvis besvara frågor om hur personal använder nya rutiner och vad konsekvenserna av det blir (2011, s. 33). Av den anledningen kändes case studie metoden mycket relevant att använda kopplat till studiens syfte.

Gällande case studie metodens design är de vanligaste alternativen att välja på single case studier och multiple case studier (Yin, 2009, s. 20). Då multiple case studier innebär att jämföra två eller flera case med varandra och således är mer omfattande och tidskrävande valdes detta alternativ bort. Det var helt enkelt inte rimligt att på den begränsade tiden för ett examensarbete på magisternivå genomföra en studie av den typen. Av den anledningen valdes istället en single case studie design. Fördelen med en single case studie design är förutom tidsaspekten att den kan ge en djupare beskrivning av kontexten (Yin, 2009, s. 47 ).

Den kvantitativa delen utgjordes av en deskriptiv tvärsnittsstudie vilket är lämpligt vid beskrivning av en särskild population vid ett specifikt tillfälle (Olsson & Sörensen, 2011, s. 109). Den kvalitativa delen utgjordes av två olika öppna semistrukturerade intervjuer av deskriptiv typ. Syftet med intervjuerna var att komplettera enkätundersökningen med en djupare förståelse av fenomenet (Olsson & Sörensen, 2011, s. 106).

## **Urval**

”Caset” var en ambulansorganisation i sydvästra Sverige. Organisationen bestod av 16 ambulansstationer som tillsammans förfogade över 18 dygnsambulanser, fem dagambulanser, två ”singel responder” bilar, en ambulansbuss och en intensivvårdsambulans. Dessa resurser genomförde år 2014 ett antal av 57772 uppdrag. Antalet fast anställda uppgick till 210 individer varav 72 % var sjuksköterskor och 28 % var ambulanssjukvårdare.

Inklusionskriterierna var ambulanspersonal verksamma i organisationen som hade tillgång till det nya systemet för uppföljning samt personer i chefsbefattning som ansvarade för systemet inom organisationen. De personer som genomförde provenkäten exkluderades. Även dokument som berörde eller beskrev systemet för uppföljning inkluderades i studien.

I den kvantitativa datainsamlingen inkluderades personal enligt inklusionskriterierna beskrivna ovan. Enligt Olsson och Sörensen (2011, s. 113), Trost (2012, s. 37) samt Polit och Beck (2013, s. 181) ökar resultatens tillförlitlighet och felmarginalerna blir mindre ju större urvalet är. Således utformades det inte fler exklusions- eller inklusionskriterier då urvalsgruppen ansågs vara representativ avseende kön, ålder och utbildningsnivå. Att urvalet är representativt för populationen är av stor vikt för studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2013, s. 178).

Informanterna till den kvalitativa delen valdes ut från samma urvalsgrupp som användes till enkätundersökningen då det var relevant för studien att informanterna hade erfarenhet av fenomenet som skulle belysas (Polit & Beck, 2013, s. 284). Ett maximalt variationsurval innebar att informanter valdes utifrån ändamålet med studien, genom att välja informanter med olika bakgrund kunde belysningen av fenomenet berikas (Polit & Beck, 2012, s. 517).

## **Datainsamling**

Samtycke för datainsamling inhämtades från ansvarig verksamhetschef för den utvalda ambulansorganisationen. Kontakt togs även med Human Resources (HR) avdelningen för att få ett specifikt underlag om anställda sjuksköterskor i den utvalda ambulansorganisationen. Dessa uppgifter jämfördes sedan med listor innehållande E:post adresser till samtliga sjuksköterskor i verksamheten för att säkerställa att urvalet stämde. Även informationsteknik (IT) enheten kontaktades för att kontrollera hur stor del av sjuksköterskorna inom ambulansorganisationen som ännu inte hade tillgång till sjukhusets journalsystem.

Enligt case studie metoden kan data samlas in i olika faser av studien. Varje fas analyseras innan datainsamlingen startas i nästa fas. På så vis kan resultat från en fas föras in i nästa och datainsamlingen kan styras av exempelvis nya frågeställningar eller oklarheter vilket berikar undersökningen. Kunskapen från case studien blir således kumulativ (Yin, 2009, s. 136).

### **Fas 1. Dokumentsökning**

I den första fasen genomfördes en sökning av relevanta dokument inom "casets" ramar. Det kunde exempelvis handla om olika styrdokument, riktlinjer eller annan information. Sökningar genomfördes i ambulansorganisationens intranät. Ansvarig verksamhetsutvecklare och chefer på olika nivå kontaktades också för att få hjälp med detta.

## **Fas 2. Enkätundersökning**

Utifrån resultatet i den första fasen identifierades områden som var intressanta att belysa i enkätundersökningen och som kunde kopplas ihop med studiens syfte. Enligt Olsson och Sörensen (2011, s. 148) var ett av de första stegen i framtagandet av en enkät att undersöka om det redan fanns validerade enkäter som kunde användas. För det specifika ämnet som studien handlade om hittades inga sådana. Däremot fanns det ett examensarbete på magisternivå av Hammar och Landervik (2014) där syftet var att undersöka ambulanspersonalens behov av uppföljning av vårdade patienter, den innehöll en enkät som dock inte var validerad men då inga andra validerade instrument hittades modifierades denna för att bättre passa studiens syfte. Frågor togs bort, ändrades och lades till. I arbetet med frågorna i enkäten användes information från Enkätboken (Trost, 2012, s. 65-92) och Forskningsprocessen (Olsson & Sörensen, 2011, s. 148-153). Den första delen av enkäten innehöll rent demografiska bakgrundsuppgifter om urvalet medan efterföljande delar bestod av bundna frågor som berörde studiens syfte.

En provenkät skickades ut till fem försökspersoner som senare inte deltog i enkätundersökningen, syftet med provenkäten var att kontrollera enkätens validitet samt att utvärdera frågorna (Olsson & Sörensen, 2011, s. 124). Efter feedback från försökspersonerna ändrades tre frågor, en lades till och två togs bort. Flera frågor omformulerades och utseendet förändrades då dessa faktorer är viktiga för enkätens validitet (Trost, 2012, s. 64). Den reviderade enkäten (Bilaga 1) som skickades till ambulansorganisationens personal innehöll sammanlagt 17 frågor. I syfte att informera om studien infogades missivbrevet (Bilaga 2) på enkätens första sida, dokumentet bifogades även i varje E:post med länk till enkäten för att säkerställa att informationen kom till respondenternas kännedom (Trost, 2012, s. 110).

Kortfattad information om att en enkät skulle skickas ut publicerades i ambulansverksamhetens veckobrev. E:post med en länk till enkäten skickades därefter ut till samtlig personal i urvalsgruppen, missivbrevet bifogades. Informationslappar som påminde om undersökningens genomförande sattes under den första veckan upp på strategiskt utvalda platser. Efter fem dagar publicerades en påminnelse i veckobrevet och det skickades även ett E:post med en påminnelse om enkäten. Efter ytterligare en vecka skickades en sista påminnelse ut på samma sätt som innan. Fem dagar senare avslutades enkätundersökningen.

## **Fas 3. Intervjuer**

Utifrån enkätsvaren identifierades olika frågor som behövde penetreras ytterligare och två separata intervjuunderlag togs fram, ett för informant ett (Bilaga 3) och ett annat för informant två och tre (Bilaga 4). Informant ett var en person i chefsbefattning som varit drivande i införandet av det nya systemet för uppföljning. Informant två och tre var verksamma specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning mot ambulanssjukvård. De hade båda cirka fyra års erfarenhet av ambulanssjukvård. Syftet med intervjuerna var att belysa frågor som identifierats i samband med analysen av enkätsvaren, dels från ett arbetsgivarperspektiv och dels från ett sjuksköterskeperspektiv. Kontakt med informanterna togs via telefon där de informerades om syftet med studien och själva intervjuerna. Tackade de ja till medverkan skickades skriftlig information (Bilaga 5) via

E:post som en bekräftelse och vid tidpunkten för själva intervjun fick de skriva under ett intyg om samtycke (Bilaga 6). För intervjuens resultat var det viktigt att informanterna kände sig trygga i den miljö som intervjun genomfördes i samt att de inte blev störda av olika yttre faktorer (Olsson & Sörensen, 2011, s. 134; Trost, 2005, s. 44). Informanterna fick således själva välja tid och plats för genomförandet av intervjuerna, två av informanterna valde att genomföra intervjun på arbetsplatsen och en valde att genomföra intervjun i hemmet. Vid samtliga intervjuer medverkade endast en av författarna i syfte att bejaka maktbalansen mellan intervjuare och informant (Trost , 2005, s. 46; Patel & Davidson, 2003, s. 79). Intervjuerna var av semistrukturerad typ vilket innebar att ett begränsat antal öppna frågor hade formulerats på förhand, utgångspunkten var dessa frågor men därefter strävade vi efter att följa upp informanternas uttalanden med olika följdfrågor (Olsson & Sörensen, 2011, s. 133; Patel & Davidson, 2003, s. 80; Trost , 2005, s. 19). Enligt Polit och Beck (2012, s. 537) är det intervjuarens uppgift att uppmuntra informanten till att tala fritt kring dessa öppna frågor. Intervjuunderlagen skiljde sig åt för att fånga upp de två olika perspektiven på ett bra sätt. Varje intervju tog ungefär 15 minuter att genomföra och spelades in med mobiltelefon för att efter transkribering genomgå analys.

## **Dataanalys**

### **Fas 1. Dokument**

Dokument analyserades genom innehållsanalys med induktiv ansats enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 188-191). Texten lästes igenom flera gånger och meningsbärande enheter identifierades.

### **Fas 2. Enkätundersökning**

Kvantitativ data analyserades med beskrivande statistik. Analyserna genomfördes i SPSS 22.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL).

### **Fas 3. Intervjuer**

Den kvalitativa delen analyserades genom innehållsanalys med en induktiv ansats vilket innebar att intervjuerna analyserades förutsättningslöst enligt Lundman och Graneheim Hällgrens (2012, s. 188) beskrivning. Intervjuerna bildade en text som lästes igenom flera gånger för att få en känsla av helhet och sammanhang. Meningar och fraser i texten som ansågs vara relevanta för syftet valdes ut och bildade meningsbärande enheter. Enheterna kondenserades senare, utan att innehållet gick förlorat, till kortare lätthanterliga meningar som analyserades för att bilda teman (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012, s. 188-191).

### **Pattern matching**

Pattern matching är en vanlig och önskvärd metod för att på djupet analysera data från case studiens olika faser. De olika faserna analyserades först var för sig och i analysen av hela "caset" jämfördes resultatet i de olika faserna med varandra. En kumulativ förståelse av hela vårt dataset kunde på så vis byggas upp (Yin, 2009, s. 136).



## **Etiska överväganden**

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) så behöver inte examensarbeten på grund- och avancerad nivå genomgå prövning hos forskningsetiska granskningsnämnden. Istället användes Vetenskapsrådets fyra huvudkrav (Vetenskapsrådet, 2002, s. 6) som vägledning.

Informationskravet innebar att deltagarna skulle informeras om studien och vilka villkor som gällde för deltagande (Vetenskapsrådet, 2002, s. 7). Inför enkätundersökningen informerades deltagarna via ambulansorganisationens veckobrev. Vid utskick av länken till enkäten via E:post bifogades ett missivbrev (Bilaga 1), samma text infogades även i enkätens första sida. Inför intervjuerna kontaktades deltagarna per telefon och informerades om studien, när det tackat ja till medverkan skickades ett informationsbrev (Bilaga 3) via E:post.

Samtyckeskravet innebar att deltagarna i studien själva hade rätt att besluta om sin medverkan och när den eventuellt skulle avslutas (Vetenskapsrådet, 2002, s. 9). I enkätundersökningens information var det tydligt att medverkan var helt frivillig och således kunde deltagarna styra detta genom att besvara enkäten eller låta bli. Vid intervjutillfällena hade deltagarna informerats om att medverkan var frivillig och när som helst kunde avslutas, samtliga skrev under ett intyg om samtycke (Bilaga 4). I studien har inga personuppgifter använts eller lagrats, enkätundersökningen var helt anonym och intervjuerna har inte kopplats ihop med personuppgifter.

## **Resultat**

### **Fas 1. Dokument**

Sökningen efter dokument gällande uppföljning resulterade i ett dokument som var en ambulansinstruktion med titeln – systematiskt kvalitetsarbete genom medicinsk uppföljning (Bilaga 7).

### **Rutin**

I januari 2015 påbörjades införandet av ett nytt uppföljningssystem för sjuksköterskor inom ambulansorganisationen och den första april 2015 publicerades en ambulansinstruktion som beskrev hur systemet skulle användas. Förutsättningarna för att använda systemet var att sjuksköterskorna hade genomgått en utbildning i sjukhusets journalsystem vilket gav behörighet för inloggning, de som sedan tidigare hade ett inlogg till systemet behövde inte delta i utbildningen. Det krävdes även att de hade kännedom om PDL (SFS 2008:355) och att de aktivt hade deltagit i vården kring patienten. Uppföljning skulle ske inom två månader efter avslutat uppdrag. Granskning av hur journalsystemet användes förekom månadsvis av ansvarig ambulansöverläkare och de som granskat journaler olovligt kunde dömas för dataintrång (Ambulansinstruktion, 2015).

### **Eget ansvar**

Instruktionen tydliggjorde att sjuksköterskor som arbetar inom hälso- och sjukvården har ett personligt ansvar för sin yrkesroll och för att själva bidra till en hög patientsäkerhet genom att ständigt uppdatera sin kompetens. Uppföljning var ett sätt att få återkoppling och därmed stärka sin kompetens. Sjuksköterskorna valde själva ut patienter som ansågs vara relevanta för uppföljning och kunde då utvärdera bedömningar och åtgärder de utfört (Ambulansinstruktion, 2015).

### **Effekten av uppföljning**

För att säkra kvalitén i verksamheten var vårdgivaren skyldig till förbättringsarbete i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Detta innebar att sjuksköterskor i ambulans borde ges möjlighet att få återkoppling på både egna och andras bedömningar och insatser för att på så vis kunna utföra en säkrare vård av bättre kvalitet (Ambulansinstruktion, 2015).

## Fas 2. Enkätundersökning

### Bortfallsanalys

För att undersöka respondenternas representativitet för populationen genomfördes en bortfallsanalys med hjälp av det statistiska underlag som fanns tillgängligt från ambulansorganisationens HR avdelning och IT enhet. I det materialet framgick att det fanns 174 aktiva sjuksköterskor, av dessa hade 145 tillgång till det nya systemet för uppföljning när enkätundersökningen genomfördes. Då de fem personer som genomförde provenkäten inte deltog i den slutliga enkätundersökningen fanns det således 140 presumtiva respondenter.

Den första påminnelsen om enkätundersökningen skickades ut via E:post och i ambulansorganisationens veckobrev efter fem dagar, vid den tiden hade 53 svar registrerats. På samma sätt skickades den andra påminnelsen ut efter ytterligare sju dagar och 72 svar hade då registrerats. När enkätundersökningen avslutades efter totalt 17 dagar så hade 97 svar registrerats. Svarsfrekvensen uppgick således till 69,2 %.

Eftersom enkätundersökningen var helt anonym var det inte möjligt att identifiera de individer som avstod från att delta. Det har därför inte varit möjligt att genomföra några ingående analyser av bortfallet. Det externa bortfallet uppgick till 43 individer. Det interna bortfallet utgjordes av sex individer som påbörjat men ej slutfört enkätundersökningen, de exkluderades helt ur resultatet. Gällande respondenternas representativitet för populationen fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende kön, ålder och utbildningsnivå. Se tabell 1.

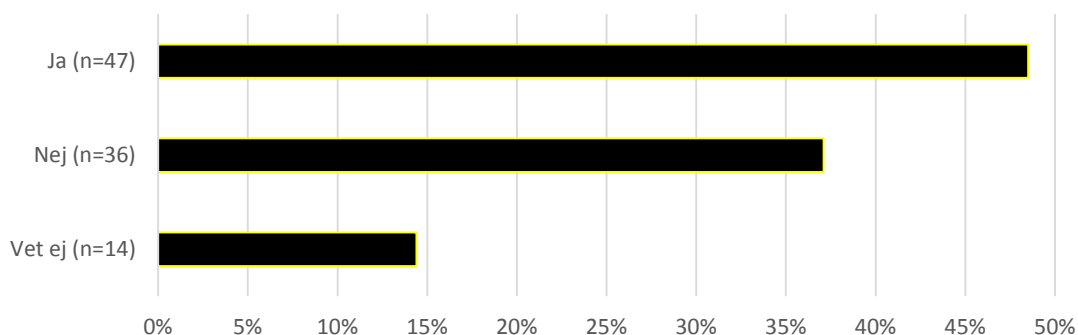
**Tabell 1.** Demografi över enkätundersökningens respondenter i jämförelse med populationen.

	Kön		Ålder (år)						Utbildningsnivå	
	Kvinnor	Män	Medel	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Grundutbildad sjuksköterska	Specialistutbildad sjuksköterska
Populationen (n=174)	53,4%	46,6%	38,5 år	16,1%	32,8%	34,5%	15,5%	1,1%	61,5%	38,5%
Respondenter (n=97)	50,5%	49,5%	39,5 år	16,5%	29,9%	37,1%	14,4%	2,1%	53,6%	46,4%

Information angående erfarenhet inom ambulanssjukvård fanns ej tillgängligt i det statistiska underlaget från HR avdelningen. Det var heller inte möjligt att utläsa vilken specialistutbildning sjuksköterskorna hade utan det gick bara att se om de hade specialistutbildning eller ej. Av den anledningen delades respondenterna in i samma grupperingar i tabellen ovan. Gällande respondenternas utbildningsnivå var 53,6 % (n=52) grundutbildade sjuksköterskor, 21,6 % (n=21) hade en specialistutbildning med inriktning på ambulanssjukvård och 24,7 % (n=24) hade en specialistutbildning med annan inriktning. Andelen respondenter som hade mindre än 2 års erfarenhet av ambulanssjukvård uppgick till 19,6 % (n=19), 28,9 % (n=28) hade 2 – 5 års erfarenhet och 19,6 % (n=19) hade 5 – 10 års erfarenhet. Respondenter med mer än 10 års erfarenhet av ambulanssjukvård uppgick till 32 % (n=31).

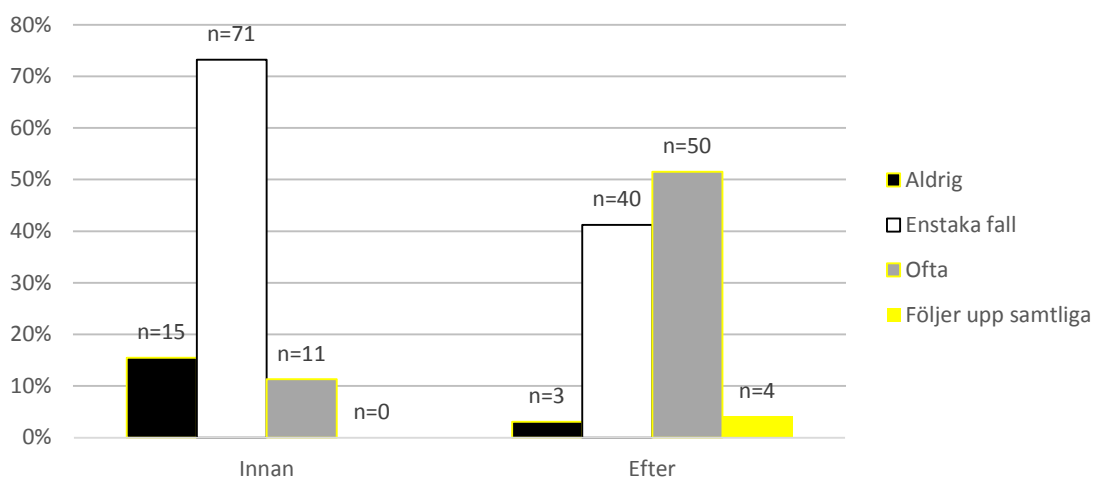
## Rutiner

När det gällde behov av uppföljning svarade 96 respondenter (99 %) att ett sådant förelåg. Av dessa ansåg 78,4 % (n=76) att det nya systemet för uppföljning motsvarade deras behov medan 20,6 % (n=20) ansåg att det inte gjorde det. Andelen respondenter som ansåg att arbetsplatsens rutiner för hur uppföljningen skulle gå till var tydliga uppgick till 48,5 % (n=47), resterande 51,5 % (n=50) svarade nej eller att de inte visste, se figur 1.



**Figur 1.** Är rutinerna gällande hur uppföljningen skall genomföras tydliga.

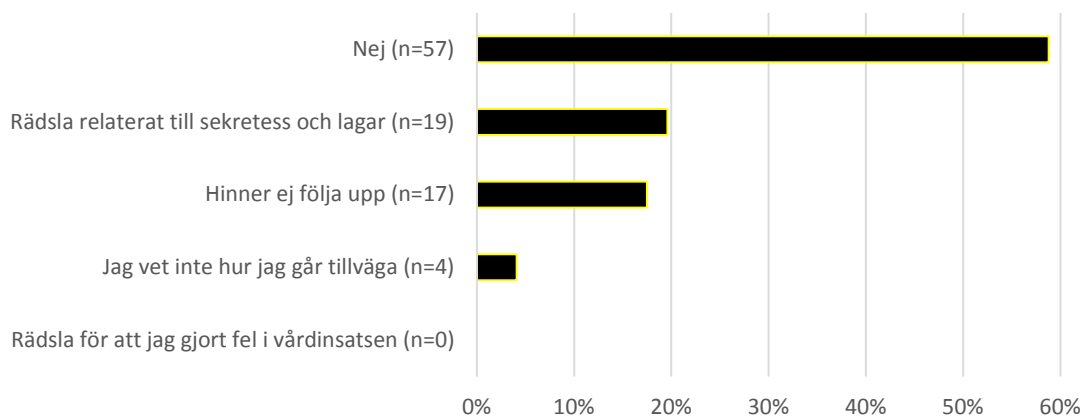
Respondenternas svar visade att uppföljningen av patienter som vårdats prehospitalt ökade efter införandet av det nya systemet för uppföljning. Innan det nya systemet infördes svarade 11,3 % (n=11) respondenter att de ofta genomförde uppföljning. Efter införandet av det nya systemet uppgav 51,5 % (n=50) att de ofta genomförde uppföljning. För övriga skillnader se figur 2.



**Figur 2.** Uppföljning innan och efter införandet av det nya systemet.

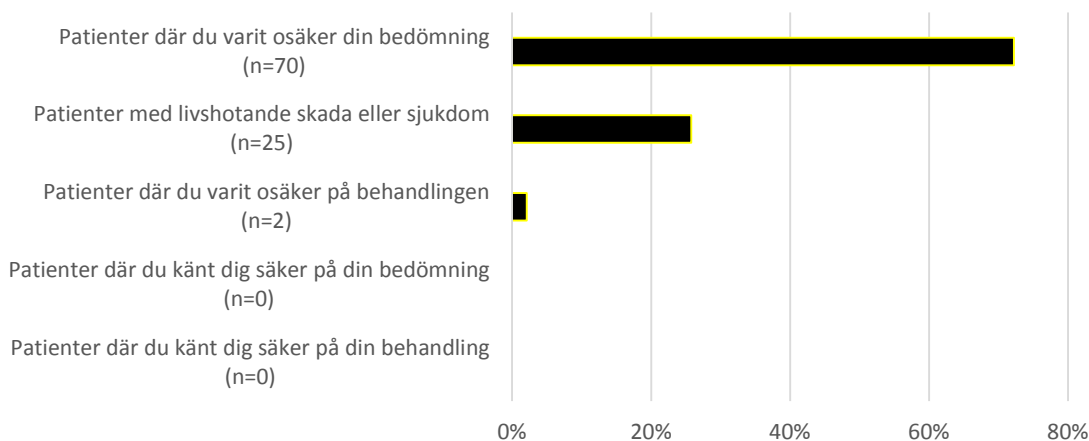
### Faktorer som påverkar uppföljningen

Den vanligaste orsaken till att uppföljning genomfördes var att respondenterna ville höja sin kompetens, 60,8 % (n=59). Att förbättra patientsäkerheten var en faktor som 20,6 % (n=20) av respondenterna ansåg vara en avgörande orsak till uppföljning. Flertalet respondenter (17,5 %; n=17) ansåg även att osäkerhet gällande bedömning var en vanlig orsak till uppföljning. Gällande faktorer som hindrade genomförandet av uppföljning uppgav 58,8 % (n=57) att det inte fanns sådana medan 41,2 % (n=40) uppgav att det fanns flera olika faktorer som försvårade uppföljningen. Se figur 3.



**Figur 3.** Förekomst av faktorer som försvårade uppföljning.

Patientgruppen som genererade störst behov av uppföljning var den där respondenterna kände sig osäkra på bedömningen (72,2 %; n=70). Även patienter med livshotande skada eller sjukdom var en sådan patientgrupp (25,8 %; n=25), se figur 4.

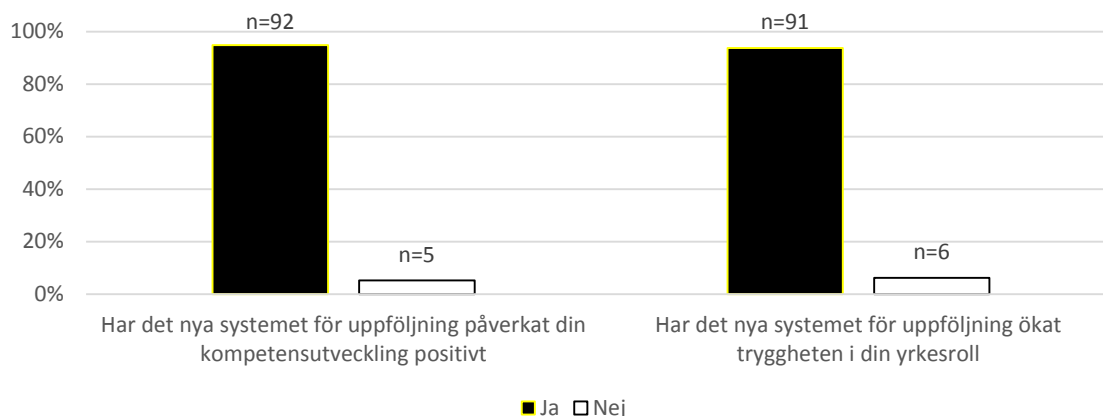


**Figur 4.** Patientgrupper som gav störst behov av uppföljning.

Beträffande uppföljning av patienter där ambulanspersonal inte kände något behov av uppföljning svarade 77,3 % (n=75) av respondenterna att det inte var nödvändigt medan 22,7 % (n=22) ansåg att det fanns ett värde med uppföljning även i de fallen.

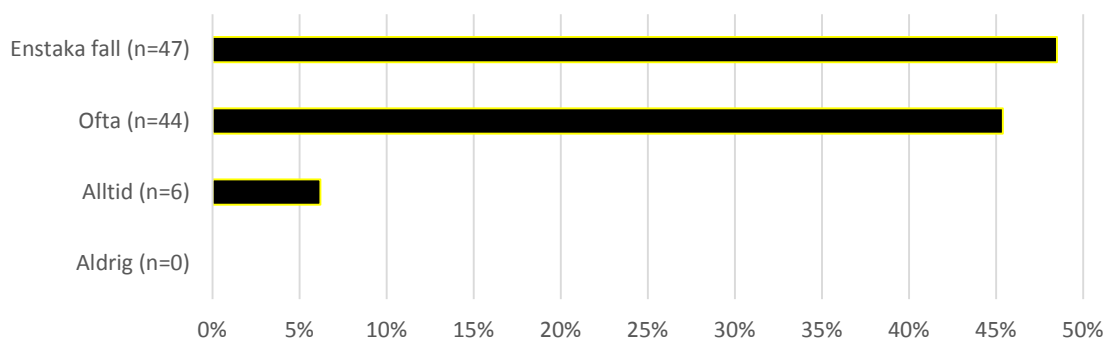
## Effekter av uppföljning

En stor del av respondenterna ansåg att det nya systemet för uppföljning hade positiva effekter för kompetensutveckling och tryggheten i arbetsrollen, se figur 5.



**Figur 5.** Positiva effekter av det nya systemet för uppföljning.

Samtliga respondenter (100 %; n=97) uppgav att kunskapen som erhålls genom uppföljning spreds genom spontana samtal med kollegor. Nästan hälften av respondenterna (48,5 %; n=47) delade med sig av kunskapen i enstaka fall medan 45,4 % (n=44) gjorde det ofta, se figur 6.



**Figur 6.** Hur vanligt var det att kunskap spreds till kollegor.

## Fas 3. Intervjuer

### Rutiner

Innan det nya systemet för uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt infördes vittnade informanterna om att det var svårt att få tag på information om utfallet av den prehospitala vården. I ambulansorganisationens journalsystem finns en ruta som kan bockas i om ambulanspersonalen önskar uppföljning men ingen av informanterna visste om den fungerade. Det vanligaste sättet att följa upp var att själv eftersöka information genom att exempelvis ringa till avdelningen som patienten blev inlagd på eller prata med personalen på akuten. Uppföljning kunde också ske via ambulansöverläkaren genom att kontakta denne angående specifika patientfall. Ambulansöverläkaren kunde

då gå igenom den aktuella patientens vårddokumentation och återkomma med information vilket ofta tog lång tid.

*”Nu följer jag mer eller mindre upp under varje arbetspass, innan gjorde jag det i enstaka fall men då handlade det bara om de här extremfallen med svårt sjuka eller där man varit väldigt osäker eller fått en känsla av att man har varit fel ute. [...] Två gånger på ungefär tre år har jag använt mig av ambulansöverläkaren för att följa upp.”*

Det nya systemet gav en större valfrihet att själv välja när uppföljning skulle göras vilket passade bra i ambulansverksamheten.

*”Det är ju väldigt smidigt nu att kunna gå in i journalen när man vill, det behöver ju inte ta mer än några minuter vilket passar oss som jobbar på ambulans [...] jag menar datorer finns det ju nästan överallt och det brukar ju alltid finnas någon lucka under passet att sätta sig en stund.”*

Bakgrunden till att det nya systemet för uppföljning infördes i ambulansorganisationen var att komma ifrån invecklade och ostrukturerade vägar som försvårade för sjuksköterskor i ambulans att erhålla information om patienter som vårdats prehospitalt. I ambulansinstruktionen gavs de möjlighet att själva välja ut vilka patienter som var relevanta att följa upp. Informant ett befarade att denna möjlighet kunde vara ett för stort ansvar för ambulanspersonalen. Ett bättre utvecklat system skulle behövas för att hjälpa till att välja ut patienter i syfte att inte missa viktig information. Detta var något som ambulansorganisationen hade som mål att arbeta vidare med.

*”Jag tänker så här, hur vet man att det inte var relevant att följa upp om man inte följer upp? [...] vi måste fånga upp de där patienterna som vi tänkte att de var inte värda att följa upp eller som man kanske inte trodde var så relevanta att följa upp.”*

Informanterna berättade att de genomförde uppföljning i större utsträckning efter att det nya systemet infördes, de följde dock inte upp alla patienter. De hade inte reflekterat över att det kunde vara till nytta att följa upp alla patienter. Informanterna trodde att bättre information och tydligare rutiner om uppföljning kunde bidra till att fler uppföljningar genomförs på patienter som vanligtvis inte väckte några behov av uppföljning.

## **Faktorer som påverkar uppföljning**

### **Emotionellt engagemang**

Livshotande tillstånd hos patienter krävde hårt fysiskt och psykiskt arbete, ambulanspersonalen upplevde många gånger att deras emotionella engagemang i dessa situationer blev stort. Detta kunde i sin tur skapa behov av att veta hur det gick för patienten för att få ett emotionellt avslut.

*”Om man har arbetat hårt med en patient som har sviktat i sina vitalparametrar [...] lagt ganska ner så mycket emotionellt och att man*

*jobbat och engagerat sig i patienten då går man och funderar över vad som hände med patienten [...] Hur gick det egentligen och gjorde jag rätt.”*

Att genom uppföljning få reda på utgången i ett speciellt patientfall upplevdes som tillfredställande och gjorde det möjligt att ”släppa” uppdraget känslomässigt. Att få bekräftelse på att de prehospitaled insatserna var adekvata gjorde också att det var lättare att gå vidare.

### **Nyfikenhet**

I vissa fall genomfördes uppföljning av ett eget intresse, det styrdes då av en vilja att förstå vad som hände och att veta hur det gick för patienten. Ambulanspersonalen kunde känna att de hade gjort en bra prehospital insats men trots upplevde de ett behov av uppföljning.

*”Det finns en naturlig nyfikenhet i att veta hur det gick det är ju rent personligt, det har egentligen inte så mycket med min utveckling att göra, man är ju involverad i den patienten, jag är nyfiken och vill veta.”*

### **Osäkerhet**

Osäkerhet gällande bedömning och behandling av patienten var en vanlig anledning till uppföljning. Informanterna upplevde att denna osäkerhet kunde minska genom uppföljningen och att det stärkte dem i sin yrkesutövning.

*”Den grupp jag följer upp oftast är faktiskt den när man är osäker på sin egen bedömning eller behandling [...] gjorde jag rätt och hur skall jag göra om jag hamnar i en liknande situation.”*

Informanterna menade att uppföljning på ett effektivt sätt kunde minska osäkerheten vilket i sin tur var positivt för andra faktorer som professionell kompetens, patientsäkerhet samt den professionella tryggheten. I de situationer patienten avled fanns det en angelägenhet att få information om dödsfallet för bekräfta att allt var gjort för patienten, speciellt när det handlade om barn.

### **Rädsla**

En rädsla och oro som var vanlig hos informanterna var att de medicinerat fel, gjort felbedömningar om tillståndet eller att de i efterhand kunde komma på att de kanske skulle agerat annorlunda. Dessa faktorer tillsammans med rädslan för att år efter år behandla och vårda patienter felaktigt utan att få reda på det gav i vissa fall ett stort behov av uppföljning.

*”Min fasa är att göra samma misstag om och om igen. Tänk om jag behandlar en patient felaktigt på samma sätt i 10 år utan att jag får reda på det [...] det är ju liksom ingen som kommer och säger det till mig.”*



Införandet av det nya uppföljningssystemet kunde vara ett sätt att avfärda rädsla och oro som eventuellt fanns efter ett ambulansuppdrag. I de fall där ambulanspersonalen inte tänkte i samma banor som personalen på sjukhuset kunde ambulanspersonalen genom uppföljning se att de hade andra förutsättningar än personalen på sjukhuset.

*”Allt kan göras på olika sätt, vi har olika förutsättningar för att välja till exempel en behandlingsriktlinje. Sen kan det framkomma uppgifter i efterhand som vi inte visste då, men det får vi acceptera så är det [...] vi gör det bästa möjliga utifrån de förutsättningar och uppgifterna vi har.”*

## **Effekter av uppföljning**

### **Egen utveckling**

En av effekterna med det nya systemet för uppföljning som ambulansorganisationen hoppades på var att resan från att vara ny och oerfaren till att bli erfaren skulle gå snabbare. En annan förhoppning var att personalen skulle känna sig stärkta i sina yrkesroller och uppleva mindre stress över olika uppdrag de varit med om.

*”Jag tror att resan går snabbare när man får möjlighet att följa upp patienter [...] från ny till erfaren, jag tror den går fortare om man kan få ett kvitto på det man gjort [...] speciellt nya tror jag kan känna sig stärkta och mindre stressade.”*

En av informanterna uppgav att omställningen från att ha jobbat på vårdavdelning till att vara ny inom ambulanssjukvården var krävande, speciellt när det gällde uppföljningen. På sjukhuset var uppföljningen självklar och tillgänglig på ett annat sätt, i ambulanssjukvården avslutades vårdkontakten tvärt när patienten överlämnades till akutmottagningen. Samtliga informanter upplevde att de hade saknat ett bra system för att följa upp prehospitala insatser.

För att utvecklas och bli säkrare på bedömningar och behandlingar användes uppföljning som ett steg i den egna kompetensutvecklingen. På så sätt kunde informanterna utvärdera och reflektera över sina prehospitala insatser. Informanterna lyfte även fram att det fanns mycket att lära av de situationer där misstag hade begåtts.

*”Det är också ett sätt att utvecklas, ja..... jag var inte helt på rätt spår där, jag kunde ha tänkt annorlunda och då gör jag det nästa gång så har vi lärt oss någonting och gör det bättre nästa gång.”*

Uppföljningen gav även en värdefull inblick i hur patientens vårdkedja gick vidare efter den prehospitaled insatsen. Kunskapen om hur handläggningen fortlöpte med exempelvis provtagningar, undersökningar och behandlingar gav en känsla av trygghet då informanterna kunde ta med sig detta i framtida uppdrag. Patienter med liknande tillstånd kunde då informeras om vad som väntade vid ankomsten till sjukhus.

*”Innan visste jag ju inte så mycket om vad som hände på akuten eller jo det är klart att man har lite koll men jag upplevde det ändå som en brist i mitt omhändertagande, nu känner jag att jag kan informera och förbereda patienten på ett annat sätt vilket känns bra [...] jag upplever även att patienterna uppskattar det.”*

### **Spontana samtal**

Det fanns inget organiserat sätt att förmedla den kunskap som ambulanspersonalen erhöll genom uppföljning, utan detta var något som nästan uteslutande skedde spontant i samtal med kollegor. Informanterna uppgav att ett vanligt förfarande var att patientfall diskuterades i ambulansen under arbetspassets gång eller exempelvis i lunchrummet.

*”Jag kan fråga hur du hade gjort eller tänkt? Det blir bättre diskussionsunderlag när man vet vad det var med patienten annars har man gissat och gissat vad det var för fel med patienten, nu vet man [...] Det är ju nästan alltid den man har jobbat med i det aktuella patientfallet som man sedan pratar med.”*

Samtliga informanter ansåg att spontana samtal var ett bra sätt att sprida kunskapen men att det behövs kompletteras med mer effektiva metoder som nådde ut till fler personer. På så sätt menade de att effekterna av uppföljningen kunde bli ännu bättre.

### **Informanternas förslag**

Att det fanns positiva effekter med att kunskapen spred sig till fler personer än kollegan i ambulanssteamet var alla informanterna överens om. En av informanterna talade om att arbetsplatsträffarna kunde vara ett lämpligt forum för att diskutera patientfall.

*”Vi diskuterar ju redan våra avvikelser på arbetsplatsträffarna och på samma sätt skulle man ju kunna diskutera patientfall som man tar med sig från uppföljningen [...] tror dessutom att det skulle locka fler folk till våra arbetsplatsträffar.”*

En annan informant uppgav att bättre organiserade diskussioner kring patientfall kunde leda till kompetensutveckling genom att personalen delade med sig av kunskap till varandra och öppet diskuterade tankar och funderingar om olika sätt att arbeta.

*”Ett sätt kan vara att arbeta strukturerat i handledning, fokusgrupper där de presenterar och berättar om patientfallen och delger varandra, detta är något vi måste arbeta vidare med och jag tror att det skulle vara väldigt nyttigt.”*



## Diskussion

### Metoddiskussion

Datainsamlingen i denna studie genomfördes som tidigare beskrivits i tre olika faser enligt case studiens metod (Yin, 2009, s. 136).

I den första fasen genomfördes sökningar efter dokument som var relevanta för studiens syfte. Vi anser inte att fyndet av ett dokument var en svaghet för studien då stora ansträngningar gjordes under documentsökningen. Det fanns helt enkelt bara ett dokument som berörde uppföljning.

I den andra fasen genomfördes en enkätundersökning med ett riktat bekvämlighetsurval. Enligt Trost (2012, s. 143) finns det en risk att svarsfrekvensen blir lägre med webbenkäter kontra postala enkätundersökningar. Undersökningen genomfördes trots detta som en webbenkät av delvis praktiska skäl då tillgång till en lista med ambulanspersonalens E:post adresser fanns tillgänglig. Att välja ett elektroniskt alternativ istället för att skicka ut pappersenkäter ansågs även ligga i linje med Högskolan i Borås hållbarhetsarbete som bland annat syftar till att bidra till hållbar resursanvändning ur miljösynpunkt. Listan med adresserna användes av ambulansorganisationen för massutskick och således antogs det att den var aktuell. Innan länken till enkäten skickades ut kontrollerades listan med underlag om anställd ambulanspersonal för att säkerställa att urvalets inklusionskriterier matchades. Gällande de olika underlagen som fanns tillgängliga har det kontrollerats noggrant i syfte att säkerställa urvalet.

Beträffande underlaget avseende antal sjuksköterskor som har tillgång till sjukhusets journalsystem upptäcktes en svaghet. Underlaget inkluderade alla aktiva användare inom akutkliniken, den innehöll således även uppgifter om akutmottagningens personal och var därför mycket omfattande. Vid genomgång av underlaget konstaterades att viss ambulanspersonal som tidigare haft anställning vid andra kliniker inte fanns med. Dessa individer kontaktades för att säkerställa att de faktiskt hade tillgång till journalsystemet men det förelåg en risk att enstaka individer missades i denna process. Det kan således inte garanteras att antalet sjuksköterskor med tillgång till journalsystemet (145) och därmed enkätundersökningens svarsfrekvens (69 %) är exakta. Enligt Trost (2012, s. 147) är det vanligt med en svarsfrekvens på 50 – 75 % vid genomförandet av enkätundersökningar. Svarsfrekvensen i studiens enkätundersökning ansågs därför, trots ovan nämnda brist, som en styrka.

Webbenkäten publicerades via webbenkater.com av den enkla anledningen att studenter vid Högskolan i Borås hade kostnadsfri tillgång till de tjänster som erbjöds där. I syfte att höja svarsfrekvensen gjordes olika inställningar gällande webbenkäten. Då det antogs att de flesta respondenterna läser sin E:post på arbetsplatsen så anpassades inställningarna så att webbenkäten skulle kunna göras flera gånger på samma dator dock inte under samma webbsession. Hade denna inställning inte gjorts hade det resulterat i en mycket dålig svarsfrekvens då enkäten endast hade kunnat besvaras av en respondent per dator. Denna inställning innebar i praktiken att samma respondent skulle kunnat besvara enkäten flera gånger. Trost (2012, s. 121) uppger att det generellt kan vara svårt

att motivera individer att genomföra enkätundersökningar och det ansågs därför som osannolikt att respondenter skulle tagit sig tid att göra det flera gånger. För att slutföra enkätundersökningen var det obligatoriskt att svara på samtliga frågor förutom fråga nummer 6 (se bilaga 1). Då endast en respondent inte kände något behov av uppföljning saknades det ett svar på fråga nummer 6, i övrigt existerade ingen "missing data" vilket sågs som en styrka. Frågorna i enkätundersökningen var utformade på ett sätt som vissa fall gav väldigt bred information men då dessa penetrerades under intervjuerna ansågs det inte vara någon svaghet. På grund av tidsramen genomfördes inga avancerade statistiska analyser eller hypotesprövningar. Att resultaten endast redovisades med deskriptiv statistik kan ses som en svaghet men vägdes upp av metodtriangleringen.

I den tredje fasen genomfördes tre intervjuer med ett maximalt variationsurval. Enligt Polit och Beck (2012, s. 517) är det typiskt för detta urval att välja informanter med olika bakgrund och perspektiv. En styrka med intervjuerna var således att studiens syfte belystes från ett arbetsgivar- och sjuksköterskeperspektiv samt att intervjuerna utgick från resultatet av enkätundersökningen. Antalet intervjuer kan tyckas vara i underkant och vår önskan var att genomföra fler intervjuer, detta var emellertid inte möjligt relaterat till tidsramen för ett examensarbete på magisternivå.

En av studiens stora styrkor var användandet av både kvalitativa och kvantitativa data vilket gav en djupare och bredare belysning av fenomenet (Olsson & Sörensen, 2011, s. 55). Även Baker (2010, s. 34) lyfte fram detta som en av de stora fördelarna med case studie metoden. I pattern matchingen matchades datan som inhämtats i de olika faserna mot varandra, överensstämde resultaten stärkte det studiens interna validitet (Yin, 2009, s. 136).

En svaghet med studien är att resultatet inte kan generaliseras till andra verksamheter. Detta beror delvis på att ingen ordentlig bortfallsanalys har kunnat genomföras vilket är ett krav för att kunna generalisera resultat (Olsson & Sörensen, 2011, s. 257). Resultaten anses dock vara överförbara till andra verksamheter då metoden som användes på djupet belyste forskningsproblemet och genererade resultat från tre olika datakällor (Polit & Beck, 2012, s. 517).

## Resultatdiskussion - Pattern Matching

Tidigare svenska examensarbeten på magisternivå som belyst uppföljning inom prehospitat sjukvård har visat att ambulanspersonal har ett stort behov av uppföljning (Forsberg & Garhed, 2009, s. 20; Hammar & Landervik, 2014, s. 16; Leek & Martebo, 2009, s. 49; Stenberg & Andersson, 2014, s. 16). Detta kopplas samman med resultaten i den aktuella enkätundersökningen där 99 % av respondenterna ansåg att de hade behov av uppföljning. Även i intervjuerna framgick att uppföljning ur flera olika aspekter var viktig för sjuksköterskan. Detta styrks av tidigare studier som betonar att uppföljning av patienter som vårdats prehospitat ger ovärderlig information som är viktig för ambulanspersonalens utveckling och patientsäkerhetsarbete (Bigham et al, 2011 s. 15; Harrahill & Gunnels, 1999, s. 244; Sayre et al, 2002 s. 640). Ur ett samhällsekonomiskt hållbarhetsperspektiv är uppföljning också viktigt då en förbättrad patientsäkerhet minskar förekomsten av vårdskador som kostar samhället stora summor varje år.

### Rutiner

I ambulansinstruktionen framgick att sjuksköterskan i de fall det ansågs vara relevant med uppföljning systematiskt skulle följa upp sina bedömningar och åtgärder genom att inhämta uppgifter i sjukhusets journalsystem. En sådan bred formulering som styrde vilka patientfall som skulle följas upp kunde leda till att uppföljningen begränsades till fall där sjuksköterskor i ambulans känt sig osäkra på exempelvis bedömningen eller behandlingen. Således fanns en risk att de kunde gå miste om viktiga lärdomar från andra vårdssituationer. Informant ett uttryckte en farhåga om att en sådan formulering kan lägga ett för stort ansvar på den enskilda sjuksköterskan och att detta var något som verksamheten var medveten om. Den farhågan styrktes av att ungefär hälften av respondenterna ansåg att rutinerna var otydliga samt att 77,3 % uppgav att det inte var nödvändigt att följa upp patienter där de inte kände något specifikt behov av uppföljning. Även i intervjuerna framgick det att uppföljningen vanligtvis inte genomfördes på "slentriankörningar". Ur ett patientsäkerhetsperspektiv kan detta ha förödande konsekvenser då det är direkt nödvändigt för sjuksköterskor i ambulans att utvärdera sina prehospitla insatser i syfte att utveckla sin professionella kompetens. Att inte ta till vara på möjligheten till uppföljning kan påverka den professionella kompetensen negativt då vårdpersonal riskerar att gå miste om värdefulla erfarenheter (Lavoie, 2009a, s. 567).

För att det skall vara legitimt att använda uppgifter om patienter i utvecklings- och kvalitetssäkringsarbete framgår det i PDL att det skall ske systematiskt (SFS 2008:355). Bättre rutiner skulle således behövas för att avgöra vilka patienter som blev aktuella för uppföljning, genom ett sådant system skulle ambulansorganisationen kunna säkerställa att sjuksköterskor i ambulans inte gick miste om viktig kunskap. Lavoie (2009a, s. 567) menar att uppföljning bör ske systematiskt för att motverka riskerna med detta. I en studie av McBrien (2007, s. 133) framgick att reflektion över ett omhändertagande kunde leda till utveckling av ny kunskap som sedan kunde användas i framtida vårdinsatser vilket i förlängningen påverkade patientsäkerheten positivt.

En stor del av respondenterna i enkätundersökningen upplevde att uppföljningssystemet motsvarade deras behov av uppföljning. Informanterna beskrev i intervjuerna att

uppföljningen underlättades av det nya systemet. De upplevde en större valfrihet och smidighet då de i större utsträckning än innan kunde välja ut vilka patienter de skulle följa upp och när. Detta kopplades även ihop med ett annat enkätresultat som visade att uppföljning genomfördes i högre utsträckning efter införandet av det nya systemet. Dock följdes, som tidigare nämnts, långt ifrån alla patienter upp. Informanterna uppgav att de inte hade reflekterat om nyttan med att följa upp alla patienter. Lavoie med flera (2009c, s. 551) beskrev att det var vanligt att det inte förekom reflektion över nyttan med uppföljning i många patientfall vilket vi anser vara en möjlig förklaring till varför sjuksköterskor i ambulans inte följer upp samtliga patienter. Mer än hälften av respondenterna menade att det inte fanns några hinder för att genomföra uppföljning. Dock ansåg andra respondenter att tidsbrist försvårade uppföljningen. Det fanns även en rädsla för att bryta mot sekretess och lagar vilket kunde tyda på dålig kännedom om ambulansinstruktionen som tydligt hänvisade till att personalen skulle känna till PDL (SFS 2008:355). I PDL framgår att *“patientuppgifter får användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten”* vilket stödjer att sjuksköterskor genomför uppföljning. Även i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SOSFS: 2005:105-1, s. 13) kan sjuksköterskor finna stöd för genomförandet av uppföljning då det framgår att det finns ett ansvar i att bedriva utvecklingsarbete genom att identifiera brister i sin kompetens.

## **Faktorer som påverkar uppföljningen**

Anledningarna till att ambulanspersonal genomförde uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt var flera och komplexa vilket framgick tydligt i intervjuerna. Känslor som påverkade uppföljningen uppgavs vara empati, nyfikenhet, rädsla, och osäkerhet. Både i intervjuerna och i enkätundersökningen framgick det att osäkerheten gällande bedömningar var en av de vanligaste anledningarna till genomförandet av uppföljningar. Att det var så kan förklaras av flera tidigare studier som lyfter fram just bedömningen som ett av de svåraste momenten inom prehospital sjukvård och ett stort hot mot patientsäkerheten (Astack & Maher, 2010, s. 97; Bigham et al, 2011, s. 14; Bigham et al, 2012, s. 28; Fairbanks et al, 2008, s. 638; Andersson Hagiwara, 2014, s. 11). Enkätundersökningen visade att andra vanliga orsaker till uppföljning var att ambulanspersonalen ville öka sin kompetens och patientsäkerheten.

En informant uppgav att nyfikenhet ofta gav behov av uppföljning, trots känslan av att en bra prehospital insats hade gjorts fanns en vilja att veta utgången. Ren nyfikenhet skall naturligtvis inte berättiga uppföljning men vi anser att det kan finnas flera aspekter av nyfikenheten som kan kopplas till den professionella utvecklingen. En ambulanssjuksköterska kan vara nyfiken på utgången av ett visst fall på grund av exempelvis osäkerhet, behov av avslut och rädsla för att misstag har begåtts. I dessa fall anser vi att det är legitimt att genomföra uppföljning och som rutinerna beskrivs i ambulansinstruktionen begås inget fel om så skulle vara fallet. Lavoie med flera (2009c, s. 551) beskriver att sådan uppföljning kan leda till en känsla av tillfredställelse vilket är viktigt för personalens välmående. Rädsla över att ha gjort fel och konsekvenserna av det för patienten var en annan anledning som låg till grund för uppföljning enligt informanterna. Genom uppföljning av sådana fall menar vi att eventuella misstag skulle kunna lyftas fram för att diskuteras och bearbetas. Bigham med flera (2012, s. 28)

uppgav att en av nycklarna till en ökad patientsäkerhet var att våga diskutera exempelvis felbedömningar istället för att negligera dem.

### **Effekter av uppföljning**

I ambulansinstruktionen framgick att det är centralt med uppföljning av den egna insatsen dels för utveckling av ambulanspersonalens egen kompetens men också för ett systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete. Fairbanks med flera (2008, s. 637) visade i en studie att det fanns stora risker för patientsäkerheten med att bortse från dessa möjligheter och att det kunde leda till en osäkerhet i yrkesrollen. En stor majoritet av respondenterna ansåg att uppföljningen hade positiva effekter på deras kompetensutveckling och att de ledde till att de kände sig tryggare i sin yrkesroll. Detta förstärktes ytterligare under intervjuerna då informanterna uppgav att de blev säkrare i sina bedömningar och behandlingar när de kunde utvärdera sina insatser. Även om de hade begått misstag kände de att det gav värdefulla erfarenheter som de tog med sig i sin yrkesutövning. Dessa erfarenheter möjliggjorde för sjuksköterskor i ambulans att reflektera över sina ageranden. Tidigare forskning visar att följsamheten till behandlingsriktlinjerna i många fall är undermålig (Andersson Hagiwara, 2014, s. 11). Att sjuksköterskor i ambulans genom uppföljning av vårdade patienter reflekterar över sina prehospitla insatser, bra eller dåliga, kan leda till att bedömningar och följsamhet till riktlinjer förbättras.

Lavoie (2009a, s. 566) beskrev att risken vid utebliven uppföljning var att vårdpersonal trodde att utgången av ett visst patientfall varit positiv för att de inte hade hört något annat. Genom uppföljning kunde vårdpersonal få bekräftelse på att utgången varit positiv vilket stärkte dem, om det visade sig att utgången varit negativ ledde detta till reflektion med samma resultat (Lavoie, 2009a, s. 567).

En av informanterna uppgav även att tillgången till sjukhusets journalsystem gav intressant information om hur vårdkedjan såg ut efter överlämnandet på sjukhus. Informanten upplevde att detta var av stor nytta för att kunna informera patienter och öka deras trygghet på ett bra sätt. Dahlberg och Segesten (2010, s. 216) beskrev att en vanlig form av vårdlidande som kan uppstå i vårdrelationen är just att patienten inte vet vad som händer eller ska hända. Uppföljning kan således ha positiva effekter i arbetet med att minska vårdlidande även i den aspekten.

Informant ett hade en förhoppning om att uppföljningssystemet skulle vara extra viktigt för nya och oerfarna sjuksköterskor i ambulans och att utvecklingen av deras kompetens skulle gå fortare om de kunde utvärdera sitt arbete. Även om enkätresultaten visade att respondenterna ansåg att det förelåg positiva konsekvenser av uppföljningen relaterat till kompetensutveckling och trygghet i yrkesrollen så kunde inga sådana slutsatser dras då det inte fanns någon signifikant skillnad avseende erfarenhet av ambulanssjukvård. Vi anser att ett sätt att ändå uppnå detta är att förtydliga rutinerna gällande vad uppföljningen skall resultera i genom exempelvis ett ökat utbyte av kunskap mellan kollegor. Ett sådant utbyte var enligt Brink, Bäck-Pettersson och Sernert (2012, s. 81) centralt för oerfaren ambulanspersonal då det hjälpte dem att utveckla professionella färdigheter.



Att rutinerna kring uppföljning behövde utvecklas utifrån den aspekten styrktes av resultatet från enkätundersökningen där det framgick att samtliga respondenter spred kunskap genom spontana samtal med kollegor. Detta bekräftades även i intervjuerna där informanterna uppgav att kunskapen nästan uteslutande spreds i spontana samtal med kollegor. Även om de ansåg att det var positivt med sådana diskussioner mellan kollegor så efterlyste de ett mer organiserat forum något som informant ett menade att ambulansorganisationen hade för avsikt att utveckla.

Vi anser att grupphandledning skulle kunna vara ett sådant forum. Studier har visat att det finns flera positiva effekter med grupphandledning. Abelson och Lindvall (2012, s. 6) beskrev att möjligheten till reflektion med kollegor som varit med om liknande händelser kunde leda till bildandet av ny kunskap och erfarenhet som kunde göra vården säkrare och bättre för patienterna. Även Brink med flera (2012, s. 78) hävdade att grupphandledning kunde påverka ambulanspersonalens självkänsla, kompetens, värderingar och attityder på ett positivt sätt. En negativ effekt av uppföljning kunde vara upptäckten av att misstag hade begåtts vilket kunde leda till negativ stress, försämrat självförtroende, överdriven försiktighet och depression (Lavoie et al, 2009c, s. 551: Lavoie et al. 2009b, s. 527). Arvidsson, Löfgren och Fridlund (2000, s. 183) redogjorde för hur gruppdiskussioner underlättade för personalen att öppet prata om sina brister, även om de begått misstag ledde det till att de kände stöd från sina kollegor och stärktes i sin yrkesroll. Vår uppfattning är att grupphandledning även ligger i linje med kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård (RAS, 2012, s. 4) där det går att utläsa att ”*reflektion och handledning utgör viktiga redskap för att vidhålla ett medvetet förhållningssätt i mötet med patienter*”.

Att arbetsgivare bortser från möjligheterna med ett effektivt system för uppföljning strider mot de krav som anges i patientsäkerhetslagens (SFS 2010:659) tredje kapitel samt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) första kapitel. Vidare försvårar ett dåligt fungerande uppföljningssystem sjuksköterskors kompetensutveckling då de inte ges möjlighet att följa kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SOSSF: 2005:105-1) fullt ut. Vi tycker att uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt bör integreras som den sista pusselbiten i den prehospitala vårdprocessen.

## Konklusion

Resultatet i denna studie beskriver att det fanns ett behov av att följa upp patienter som vårdats prehospitalt bland sjuksköterskor i ambulans. Resultatet visade att det nya systemet för uppföljning till stor del motsvarade detta behov och hade flera positiva effekter som kan kopplas till utvecklings- och patientsäkerhetsarbete. Vidare framgick det att rutinerna runt uppföljningen behövde förtydligas.

- Uppföljningen ökade efter införandet av det nya systemet vilket bidrar till ökad patientsäkerhet då sjuksköterskor i ambulans upplevde att uppföljningen främjade kompetensutveckling och trygghet i yrkesrollen.
- Osäkerhet gällande bedömningar, kompetensutveckling och en vilja att främja patientsäkerheten var de vanligaste anledningarna till att uppföljning genomfördes.
- Resultatet visade att kunskapen som erhöles via uppföljning endast förmedlades till kollegor genom spontana samtal och att det fanns en önskan både från arbetsgivarhåll och från sjuksköterskor i ambulans om ett bättre organiserat forum för diskussioner.

## Kliniska implikationer

Studien visade att det fanns en rad fördelar med ett väl fungerande system för uppföljning och att det finns stor utvecklingspotential av uppföljningen i den kartlagda ambulansorganisationen. Vid införande eller utveckling av olika uppföljningssystem tyder studiens resultat på att det är viktigt med omfattande och tydliga rutiner som personalen lätt kan förhålla sig till.

- Tydligare rutiner är nödvändiga för att säkerställa systematiken i uppföljningen vilket skulle underlätta för sjuksköterskor i ambulans att avgöra vilka patienter som är aktuella för uppföljning. Genom en förbättrad systematik minskar risken för att uppföljningen begränsas till enskilda patientfall vilket är positivt för sjuksköterskans kompetensutveckling.
- Rutinerna bör även vara tydliga gällande hur kunskapen som erhålls via uppföljning skall återföras till verksamheten på ett optimalt sätt.
- Även i specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård finns ett behov av att i större grad lyfta fram uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt kopplat till det ansvar gällande kompetensutveckling som finns i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska.

## **Förslag på vidare forskning**

Studier som belyser uppföljning inom prehospital sjukvård är i princip obefintlig och vidare forskning med både kvantitativa och kvalitativa ansatser är således nödvändig. Sådan forskning skulle även i större utsträckning kunna fokusera på uppföljningens effekter ur ett patientperspektiv. Studiens resultat visade att faktorerna som styrde uppföljningen av patienter som vårdats prehospitalt i vissa fall var komplexa, därför skulle det vara intressant att belysa detta närmre i vidare forskning.

## Referenser

Abelsson, A. & Lindwall, L. (2012). The Prehospital assessment of severe trauma patients performed by the specialist ambulance nurse in Sweden – a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(1), ss. 67-74.

Andersson Hagiwara, M. (2014). *Development and Evaluation of a Computerised Decision Support System for use in pre-hospital care*. Diss. School of Health Sciences. Jönköping: University.

Arvidsson, B., Löfgren, H. & Fridlund, B. (2000). Psychiatric nurses conceptions of how group supervision in nursing care influences their professional competence. *Journal of Nursing Management*. 8. ss. 175-185.

Atack, L., Maher, J. (2010). Emergency medical and health providers' perceptions of key issues in prehospital patient safety. *Prehospital Emergency Care: Official Journal Of The National Association Of EMS Physicians And The National Association Of State EMS Directors*, 14(1), ss. 95-102.

Baker, G.R. (2010). The contribution of case study research to knowledge of how to improve quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 20 (suppl 1), ss. 30-35.

Bigham, B.L., Buick, J.J., Brooks, S.C., Morrison, M., Shojania, K.G. & Morrison, L. (2012). Patient safety in emergency medical services: A systematic review of the literature. *Prehospital Emergency Care*, 16 (1), 20-35.

Bigham, B.L., Bull, E., Morrison, M., Burgess, R., Maher, J., Brooks, S.C. & Morrison, L. (2011). Patient safety in emergency medical services: executive summary and recommendations from the Niagara Summit. *Canadian Journal Of Emergency Medical Care*, 13(1), ss.13-18.

Bolman, L.G. & Deal, T.G (2012) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur AB.

Brink, P., Bäck-Pettersson, S. & Sernert, N. (2012). Group supervision as a means of developing professional competence within pre-hospital care. *International Emergency Nursing*, 20, ss. 76-88.

Croskerry, P., (2000). The feedback sanction. *Academic Emergency Medicine*, 7(11), ss. 1232-1238.

Croskerry, P., (2014). ED cognition: any decision by anyone at any time. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 16(1), ss. 13-19.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund; Studentlitteratur.

Fairbanks, R.J., Crittenden, C.N., O'Gara, K.G., Wilsson, M.A., Pennington, E.C. & Shah, N.S. (2008) Emergency medical services provider perceptions of the nature of adverse events and near-misses in out of hospital care: an ethnographic view. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 15(7), ss. 633-640.

Forsberg, H. & Garhed, A. (2009). *Att få avsluta sitt uppdrag*. Magisteruppsats, Institutionen för vårdvetenskap, Borås Högskola. Borås: Högskolan.

Gårdelöv, B. (2009). Vård och bedömning. I B. O & Svensson, L. (red) *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber, ss. 22-29.

Hagiwara, M. & Wireklint, Sundström, B. (2009). Vård och bedömning. I B. O & Svensson, L. (red) *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber, ss.117-144.

Hammar, E. & Landervik, F. (2014). *Behöver ambulanspersonal veta? En enkätstudie om ambulanspersonalens behov av uppföljning*. Magisteruppsats, Institutionen för vårdvetenskap, Borås Högskola. Borås: Högskolan.

Harrahill, M. & Gunnels, D. (1999). Providing follow-up prehospital care providers. *Journal of Emergency Nursing*, 25(3), ss. 244-245.

James, J. T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), ss. 122-128.

Jonsson, L. (2009). Ambulansorganisationen. I Suserud, B. O & Svensson, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber, ss. 91-95.

Lavoie, C.F., (2009a). No news is bad news. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 11(6), ss. 566-570.

Lavoie, C.F., Plint, A-C., Clifford, T.J., Gaboury, I. (2009b). "I never hear what happens, even if they die": a survey of emergency physicians about outcome feedback. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 11(6), ss. 523-528.

Lavoie, C.F., Schachter, H., Stewart, A.T. & McGowman, J. (2009c). Does outcome feedback make you a better emergency physician? A systematic review and research framework proposa. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 11(6), ss. 545-552.

Leek, F. & Martebo, P. (2009). *En modell för lärande utifrån erfarenheter - En studie om uppföljning och feedback inom ambulanssjukvården*. Magisteruppsats, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens Högskola. Eskilstuna och Västerås: Högskolan.

Lundman, B & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 187-201.

McBrien, B. (2007) Learning from practice-reflections on a critical incident. *Accident and Emergency Nursing*, 15(3), ss. 128-133.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Poljak, A., Tveith, J. & Ragneskog, H. (2006). Omvårdnad i ambulans – den första länken i vårdkedjan. *Vård i Norden*, 79(26), ss. 48-51.

RAS – Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor och Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Hämtad 2015-04-02, från: [http://ambssk.se/images/dokument/ras\\_komp\\_beskr\\_ambssk2012.pdf](http://ambssk.se/images/dokument/ras_komp_beskr_ambssk2012.pdf)

Rönberg, L. (2011). *Hälso- och sjukvårdsrätt*. Lund: Studentlitteratur.

Sayre, L.J., Brown, L.H. & McHenry, S.D. (2002). The national ems research agenda executive summery. *Annals of Emergency Medicine*, 40(6), ss. 636-643.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Soop, M., Fyrkmark, U., Koster, M., & Haglund, B. (2009). The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *The International Journal for Quality in Health Care*, 21, ss. 285-291.

SOS Alarm Sverige AB. (2015). *Vård*. <https://www.sosalarm.se/Vara-tjanster/Vard/> [2015-04-02]

SOSFS 2005:105-1. *Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

SOSFS 2011:9. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.* Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2014:23. *Rätt information på rätt plats i rätt tid.* Stockholm: Socialdepartementet.

Stenberg, K., & Andersson, S. (2014) *Har vi tänkt rätt? En studie om specialistsjuksköterskans upplevelser av patientuppföljning i den prehospitla vården.* Magisteruppsats, Lunds universitet medicinska fakulteten, Lund: Universitet.

Stålhandske, B. (2009). Prioriterings- och dirigeringscentralen. I Suserud, B. O. & Svensson, L. (red) *Prehospital akutsjukvård.* Stockholm: Liber, ss. 82-87.

Suserud, B.O. & Rådestad, M. (2009). Högskoleutbildningar inom prehospital akutsjukvård. I Suserud, B. O & Svensson, L. (red) *Prehospital akutsjukvård.* Stockholm: Liber, ss. 60-63.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *International Council of Nurses.* Stockholm: svensk sjuksköterskeförening.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet. Markörbaserad journalgranskning januari 2013 – juni 2014.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Trost, J. (2012). *Enkätboken.* Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer.* Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer.* Hämtad 2015-05-12 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Yin, R.K. (2009). *Case study research: design and methods.* London: SAGE.

Öhrn, A. (2014). Patientsäkerhet. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red) *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling.* Lund: Studentlitteratur, ss. 381-408.

## Bilaga 1

### Enkätundersökningens frågor

**Fråga 1.** Är du.....?

- Man
- Kvinna

**Fråga 2.** Vilket år är du född?

**Fråga 3.** Vilken utbildning har du?

- Grundutbildad ssk
- Specialistssk amb
- Specialistssk annan

**Fråga 4.** Hur många år har du arbetat inom ambulanssjukvård?

**Fråga 5.** Känner du ett behov av att följa upp patienter som du har vårdat prehospitalt?

- Ja
- Nej

**Fråga 6.** Om ja på föregående fråga; ger det befintliga systemet för uppföljning på din arbetsplats dig möjligheter att uppfylla dina behov?

- Ja
- Nej

**Fråga 7.** Finns det, på din arbetsplats, tydliga rutiner som styr hur denna uppföljning skall gå till?

- Ja
- Nej
- Vet ej

**Fråga 8.** Hur vanligt var det att du följde upp patienter som du vårdat prehospitalt innan det nuvarande systemet för uppföljning infördes?

- Aldrig
- Enstaka fall
- Ofta
- Följde upp alla



**Fråga 9.** Hur vanligt är det nu att du följer upp patienter som du har vårdat prehospitalt?

- Aldrig
- Enstaka fall
- Ofta
- Följer upp alla

**Fråga 10.** Anser du att systemet för uppföljning har påverkat din kompetensutveckling positivt?

- Ja
- Nej

**Fråga 11.** Anser du att systemet för uppföljning har ökat tryggheten i din yrkesroll?

- Ja
- Nej

**Fråga 12.** Delar du med dig av de kunskaper du får genom uppföljning till dina kollegor?

- Aldrig
- Enstaka fall
- Ofta
- Alltid

**Fråga 13.** Hur sprider du kunskap som du får genom uppföljning till dina kollegor?

- I spontana samtal med kollegor
- I av arbetsgivaren organiserade samtal med kollegor
- Delar inte med mig av min kunskap

**Fråga 14.** Finns det något som hindrar dig från att följa upp de patienter som du vårdat prehospitalt?

- Jag vet inte hur jag går tillväga
- Hinner inte
- Rädsla för att bryta mot sekretess och lagar
- Rädsla för att jag gjort fel i vårdinsatsen
- Nej

**Fråga 15.** Vilken är den vanligaste anledningen till att du följer upp patienter som du har vårdat prehospitalt?

- För att jag kände mig osäker på min bedömning
- För att jag vill höja min kompetens
- För att jag av ren nyfikenhet vill veta hur det gick för patienten
- För att förbättra patientsäkerheten
- För att jag kände mig osäker på min behandling

**Fråga 16.** Vilken patientgrupp känner du störst behov av att följa upp?

- Patienter med direkt livshotande skada/sjukdom
- Patienter där du varit osäker på bedömningen
- Patienter där du varit osäker på behandlingen
- Patienter där du känt dig säker på bedömningen
- Patienter där du känt dig säker på behandlingen

**Fråga 17.** Är det nödvändigt att följa upp patienter där du inte känner något behov av uppföljning?

- Ja
- Nej

## Bilaga 2

### Kartläggning av patientuppföljning

Vi som skickar detta missivbrev studerar till specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås och arbetar för närvarande på en magisteruppsats. Som ett led i det arbetet genomför vi nu en enkätundersökning där din åsikt är viktig.

Historiskt sett har patientuppföljning inom svensk ambulanssjukvård fungerat dåligt. Rädsla för att göra intrång på patientens sekretess, tidsbrist och svårigheter rent praktiskt att få tag på information är några av faktorerna som bidrar till att denna viktiga del av den prehospitla omvårdnadsprocessen ofta faller bort.

I din ambulansorganisation har det under den första delen av 2015 införts ett nytt system för uppföljning av patienter som vårdats prehospitalt. I korthet handlar det om att sjuksköterskor som är verksamma inom ambulanssjukvården får läsbehörighet i sjukhusets journalsystem och på så vis kan följa upp de patienter som de har vårdat genom att exempelvis läsa en sammanfattning av vårdtillfället.

För att kartlägga detta nya system ombeds du nu att delta i denna enkätundersökning där syftet är att undersöka hur uppföljningen ser ut och används, den innehåller 17 frågor och tar cirka 5 minuter att besvara. Det är givetvis helt frivilligt att delta i studien men för att uppnå ett bra resultat är det önskvärt att just du svarar.

Enkätens länk skickas via E:post och vänder sig till dig som har tillgång till det nya systemet för uppföljning. Du som svarar på enkäten är helt anonym och samtliga uppgifter som inhämtas behandlas konfidentiellt. Utskick av enkäten har godkänts av din verksamhetschef.

Har du frågor om enkäten så svarar vi mer än gärna på dem, kontakta då:

Dante Bocangel  
Leg Sjuksköterska

Erika Johansson  
Leg Sjuksköterska

## Bilaga 3

### **Inbjudan till intervju om kartläggning av patientuppföljning**

Vi som gör denna kartläggning av patientuppföljning studerar till specialistsjuksköterskor med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås och arbetar för närvarande på en magisteruppsats om 15 högskolepoäng.

Vi har tidigare genomfört en enkätundersökning som du svarat på, du läste då även vårt missivbrev som förklarar syftet med magisteruppsatsen. Vi vill nu utveckla enkäten med ett par intervjufrågor kring ämnet. Syftet med intervjun är att få en djupare förståelse kring patientuppföljning.

Intervjun kommer att innehålla ett fåtal frågor som vi pratar fritt kring, intervjun kommer att spelas in och därefter skrivs ner ordagrant och omvandlas till text. Text och persondata kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen annan kommer att ta del av materialet än vi. Det kommer inte heller vara möjligt för någon annan att koppla ihop dig med texten i vår magisteruppsats.

Vi vill belysa att intervjun sker på helt frivillig basis och du kan när som helst välja att avbryta utan att ange anledning.

Med vänliga hälsningar

Dante Bocangel  
Leg Sjuksköterska

Erika Johansson  
Leg Sjuksköterska

## **Samtycke till studien**

Jag har fått skriftlig och muntlig information om studien och dess genomförande.

Jag har fått information om vilka som får tillgång till materialet, att det kommer att behandlas konfidentiellt samt att det kommer förstöras när studien är genomförd.

Jag har fått information om att min medverkan är frivillig och jag kan när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande utan att ange anledning.

Härmed samtycker jag till att delta i denna studie:

---

Namnförtydligande:

---

Examensarbetet handleds av:

Magnus Hagiwara  
Universitetslektor  
Högskolan i Borås

## **Bilaga 5**

### **Intervjufrågor till informant 1**

- Vilka visioner hade du vid införandet av uppföljningssystemet?
- Hur kan uppföljningssystemet utvecklas?
- Det visade sig att många ej följer upp patienter de anser sig vara säkra på, hur tänker du kring det?
- Hur skall kunskapen som erhålls via uppföljning återföras till organisationen?

### Intervjufrågor till informant 2 & 3

- Vilken patientgrupper följer du vanligtvis upp?
- Följer du även upp patienter du känt dig säker på?
- Hur delar du med dig av de kunskaper du fått till dig genom uppföljning?
- Hur kan uppföljningen bli bättre?
- Hur påverkar möjligheten till uppföljning dig i din yrkesroll?
- Skillnader innan och efter införandet?

# **Ambulansinstruktion**

## **Systematiskt kvalitetsarbete genom medicinsk uppföljning**

### **Vårdgivarens ansvar för kvaliteten**

En vårdgivare är skyldig att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om hur detta kvalitetsarbete skall bedrivas. Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete skall vårdgivaren uppnå kvalitet i verksamheten.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för kvaliteten**

Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen har den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ett personligt yrkesansvar och skall bland annat bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Det innebär ett ständigt lärande att arbeta inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver kontinuerligt få återkoppling på sina egna och andras bedömningar och insatser för att bli bättre yrkesutövare och på så sätt öka säkerheten och kvaliteten i vården. För att utveckla sin kliniska förmåga kan det vara nödvändigt att följa upp hur det gick för patienten.

### **Rutin för patientuppföljning**

Mot bakgrund av ovanstående skall sjuksköterskor i ambulansverksamheten, i de fall det bedöms vara relevant, systematiskt följa upp sina bedömningar och åtgärder genom att inhämta uppgifter i Melior. Ett krav är att den sjuksköterska som söker uppgifter i Melior skall ha deltagit i vården av patienten. Den som av andra skäl har sökt information i Melior kan dömas för dataintrång enligt Brottsbalken 4 kap 9c §. Uppföljningen bör ske senast två månader efter avslutat ambulansuppdrag.

Den sjuksköterska som ges behörighet till Melior skall känna till Patientdatalagen (SFS 2008:355) och ha genomgått den av verksamheten avsedda utbildningen i Melior.

Granskning av loggar vid sökning av patientdata i Melior skall slumpvis utföras månadsvis enligt verksamhetens rutiner. Granskningen genomförs av ansvarig ambulansöverläkare.