



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Specialistsjuksköterskans upplevelser av att samarbeta med Regionalt Läkarstöd

En kvalitativ studie

Författare: Christian Lindahl & Sandra Brock

Handledare: Eva I Persson

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Specialistsjuksköterskans upplevelser av att samarbeta med Regionalt Läkarstöd

En kvalitativ studie

Författare: Christian Lindahl & Sandra Brock

Handledare: Eva I Persson

Magisteruppsats

Hösten 2013

Abstrakt

Bakgrund: Att tidigt behandla och triagera patienter till rätt vårdnivå har blivit ett av ambulansorganisationens viktigaste uppdrag. Till sin hjälp i det dagliga arbetet har specialistsjuksköterskan ett läkarstöd som kan nås via telefon. Denna funktion kallas för Regionalt läkarstöd, RLS. **Syfte:** att beskriva specialistsjuksköterskans upplevelse av att samarbeta med RLS. **Metod:** en kvalitativ intervjustudie med nio specialistsjuksköterskor. Analysen gjorde med en kvalitativ innehållsanalys enligt Granheim & Lundman. **Resultat:** Det fanns ett behov av att få bekräftelse av RLS. Genom hela resultatet sågs trygghet som en central punkt. Samtliga deltagare nämnde också att samtalskvaliteten var ett återkommande problem med störande bakgrundsljud och svårigheten att förmedla en bild, en känsla eller situation över telefon. **Konklusion:** Läkarstöd via telefon ansågs vara en tillgång och ett system som gav trygghet åt specialistsjuksköterskan men med brister i systemet som kan förbättras.

Nyckelord

Läkarstöd, Kommunikation, Trygghet, Prehospital, Specialistsjuksköterska

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning.....	3
Bakgrund.....	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv.....	4
Kommunikation.....	4
Triagering	5
Specialistsjuksköterska i ambulans.....	6
Regionalt LäkarsStöd (RLS)	6
Syfte	7
Metod	7
Urval.....	8
Datainsamling.....	8
Databearbetning.....	8
Etisk avvägning	9
Förförståelse	9
Resultat	10
Trygghet	11
Specialistsjuksköterskans upplevelser av RLS:ens kompetens.....	12
Kommunikationens betydelse	13
Diskussion.....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	16
Stöd och bekräftelse.....	17
Samarbete och kommunikation.....	18
Konklusion och implikationer.....	19
Referenser	21
Bilaga 1	26

Problembeskrivning

Att tidigt behandla och triagera patienter till rätt vårdnivå har blivit ett av ambulansorganisationens viktigaste uppdrag (Suserud & Svensson, 2009). I den prehospitla verksamheten är de diagnostiska hjälpmedlen begränsade, det vill säga att det inte finns samma typ av utrustning prehospitalt som det gör intrahospitalt. Detta medför ett ökat krav på intervjuteknik och klinisk diagnostik (a.a.). En avhandling av Wireklint Sundström (2005) beskriver behovet av ett "öppet sinne" i utförandet av prehospitla bedömningar samt att prehospital vårdpersonal måste sätta sina förutfattade meningar åt sidan när de träffar och bedömer patienter. Bedömningar och behandlingar av patienter prehospitalt blir allt mer avancerat och komplicerat (a.a.)

I Skåne fanns det tidigare bilburna enheter med läkare som fungerade som en förstärkning till ambulanserna men dessa lades ner efter politiskt beslut 2008 (Gunnarsdotter, 2013). Därefter skapades i stället en rådgivande funktion vilket innebär att en läkare kan bistå ett ambulanssteam med råd, beslut och specifika ordinationer dygnet runt via telefon, Regionalt Läkarestöd (RLS) (RSPE, 2013a). Ett krav ställdes från Region Skånes Prehospitla enhet (RSPE), att RLS skulle kontaktas för diskussion om patienten skulle kvarstanna i hemmet eller triageras till annan vårdnivå än akut-mottagningen samt vid avbrytande av HLR (a.a.). Detta är fortfarande ett system som används inom den prehospitla verksamheten.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Hälsan tas ofta för givet och vanligtvis reflekteras det inte så mycket över hälsosituationen (Dahlberg, 2003). Vid ohälsotillstånd förändras bilden, balansen förskjuts och individen ställs utanför sitt vanliga sammanhang. Om personen aktivt tar del av sin egen hälsoprocess kan det hjälpa åter in i sitt sammanhang, eller komma in i det nya sammanhanget som tillståndet medfört. Som sjuksköterska är det viktigt att betrakta människan ur ett helhetsperspektiv och se patienten som den främsta experten på sig själv, sitt lidande, sitt välbefinnande och sin livssituation. Sjuksköterskan bör uppmärksamma både patienten och dess anhöriga samt bejaka deras livsvärld (a.a.).

Att aktivt lyssna på patientens berättelse är av stor vikt vid personcentrerad vård samt att försöka få fram personen bakom patienten/sjukdomen med egen vilja, känsla och behov (Ekman et al., 2011).

Att ha ett livsvärldsperspektiv innebär att se, förstå, analysera och beskriva människors vardagsvärld och dagliga tillvaro (Dahlberg, 2003). Med andra ord är det inte bara de fysiska parametrarna som är av vikt vid kontakten och bedömningen av patienter, utan helheten ska ses både ur ett patient- och vårdvetenskapligt perspektiv (a.a.).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Teorin som kommer att knytas an till studien är Patricia Benners teori Från novis till expert, där teoretisk kunskap tillsammans med praktisk erfarenhet utvecklar sjuksköterskan i yrkesrollen (Benner, 1993). Teorin beskriver sjuksköterskan i olika stadier, där första stadiet benämns som novis. Här befinner sig nybörjare som saknar erfarenhet inom yrket av situationer som de förväntas prestera. Det andra stadiet kallas för avancerad nybörjare. Här befinner sig de sjuksköterskor som kan uppvisa godtagbara prestationer (a.a.). Det tredje stadiet, anses sjuksköterskan vara kompetent (Benner, 1993). Här befinner sig sjuksköterskan som arbetat under samma eller liknande omständigheter i två till tre år. Det fjärde stadiet är den skickliga sjuksköterskan. Han/hon uppfattar situationer som helheter istället för aspekter. Beslutsfattandet blir mindre ansträngande eftersom sjuksköterskan behärskar att se situationen i ett helhetsperspektiv. I det femte och sista stadiet beskrivs sjuksköterskan som expert (a.a.) Detta kan relateras till att vara ny som specialistsjuksköterskan inom den prehospitla verksamheten, där han/hon trots tidigare erfarenheter inom andra områden saknar prehospitla erfarenhet och börjar om som novis. Efterhand som erfarenheter byggs på avancerar sjuksköterskan från att bli allt skickligare och till att bli expert inom sitt område.

Kommunikation

Kommunikationens betydelse inom hälso- och sjukvården lyfts fram allt oftare. Det är av vikt att vårdtagare och vårdgivare förstår varandra för att skapa goda förutsättningar för ett bra möte (Fossum, 2007). Kommunikation inom den prehospitla världen innebär allt från kontakt med SOS, kollegor, andra larmade enheter, patienter och anhöriga, rådgivande funktioner samt kontakt med mottagande enheter, ofta under stressade förhållanden. Detta ställer stora krav på en ambulanssjuksköterskas pedagogiska och kommunikativa förmåga (Wihlborg, Edgren, Johansson, & Sivberg, 2013). Enligt en studie av Delupis et al., (2014)

framkom det att brister i kommunikation mellan vårdpersonal kan orsaka patientskada. Genom att medvetandegöra bristerna i kommunikationen går detta att förebygga (a.a.). Den verbala kommunikationen minskar mellan läkare och sjuksköterskor intrahospitalt och istället används teknologiska medel i allt större utsträckning, framförallt via dator (Manojlovich et al., 2014). Då information i skrift uppfattas olika kan detta medföra missuppfattningar och kräver ständig närvaro av en dator för att undvika att information missas. Det visar sig också att information missas vid skiftbyten. I en studie av Delupis et al., (2014) visade att vid kommunikation mellan intrahospital och prehospital personal missas eller nonchalers information i brist på standardiserade överrapporteringsmallar (a.a.). I den svenska prehospitala verksamheten ska en rapporteringsmall (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) SBAR användas som ett rapporteringsstöd till akutmottagningen när sjuksköterskan ska förvarna mottagande akutmottagning att en patient ska anlända (RSPE, Behandlingsriktlinjer, 2012). Det är ett strukturerat sätt att lämna och ta emot information på. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2014) minskar riskerna för att information glöms bort eller misstolkas med detta strukturerade sätt.

Triagering

Sjuksköterskor inom ambulanssjukvården möter ofta patienter med allvarliga sjukdomstillstånd (RSPE, 2013a). De patienter som ringer en larmcentral känner ofta vanda och känslomässig stress innan de beslutar sig för att tillkalla ambulans. En stressad och orolig patient kan vara svårare att få en tydlig och korrekt bild av. Detta kan medföra stora svårigheter för en korrekt bedömning av hälsotillståndet via telefon. Med ett snävt tidsfönster och patienter som ibland uppfattar ambulanstransporten som en rättighet kan det vålla svårigheter för ambulanspersonalen att triagera till rätt vårdnivå (a.a).

(Rapid, Emergency, Triage and Treatment system) RETTS är ett beslutsstöd för prehospital akutsjukvård (Widgren, 2012). Målet med användandet av RETTS är att hitta patienter som är i behov av direkt akutsjukvård samt hitta patienter som av medicinska skäl kan vänta utan eller med låg risk. RETTS bygger på en kombination av algoritmer, där vitalparametrarna utgör en del och ESS-algoritmen den andra delen. (Emergency Symptoms and Signs) ESS innehåller sökorsaker. Varje ESS-algoritm är graderad utifrån olika symtom och kliniska fynd. Tillsammans ger vitalparametrarna och ESS-koden en prioriteringsfärg där röd står för direkt livshotande, orange för potentiellt livshotande vilket innebär akutsjukvård direkt, gul som ej livshotande men akutsjukvård inom rimlig tid och grön som kan vänta utan uppenbar

medicinsk risk (a.a.).

Enligt en studie av Ek, Edström, Toutin & Svedlund (2013) har en jämförelse mellan larmcentralens prioritering och den prioritering som ambulanspersonal använde sig av vid avtransport gjorts. Resultatet visade på både övertriagering och undertriagering av larmcentralen. Övertriagering kan leda till brist på resurser vid en akut situation samt att undertriagering kan leda till att patienten blir lidande genom att inte få den vård som krävs (a.a.).

Specialistsjuksköterska i ambulans

Enligt Socialstyrelsen säger lagtexten att arbetsgivaren ska ansvara för att en ambulans alltid är bemannad med minst en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har befogenhet att administrera läkemedel (SOSFS 2013:9). I kompetensbeskrivningen för ambulanssjuksköterskor står det att sjuksköterskan ska tillämpa ett stödjande, systematiskt omhändertagande i omvårdnadsarbetet till sjuka patienter och deras anhöriga (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor, 2012). Sjuksköterskan ska även kunna identifiera symtom och tecken på ohälsa utifrån patienters berättelse, främja välbefinnande och förbygga lidande. Enligt kompetensbeskrivningen ska sjuksköterskan kunna bedöma patienter från A-E, utföra undersökningar, ta beslut om och utvärdera åtgärder. Tolkning av värden och vitalparametrar som underlag till beslut om vårdåtgärder åligger också sjuksköterskans kompetens. (a.a.). Specialistsjuksköterskan i den prehospitla verksamheten har en roll som medicinskt ansvarig (MA) (RSPE, 2013c). Det är MA som är ansvarig för den medicinska bedömningen, triagering, behandling och övervakning av patienten under hela uppdraget. Även dokumentation, journalföring, rapport, förvarning till akutmottagningen samt RLS-kontakt är den medicinskt ansvariges ansvarsområde (a.a.). I Region Skåne är kravet att minst en i ambulansbesättningen ska vara specialistsjuksköterska (RSPE, 2014a). Att arbeta som specialistsjuksköterska inom ambulans innebär en sjuksköterskeexamen med minst ett års arbetslivserfarenhet, samt en utbildning på avancerad nivå som avser ambulanssjukvård, anestesijukvård, intensivvård och eller annan likvärdig utbildning (a.a.).

Regionalt LäkarStöd (RLS)

I England används läkarstöd för ambulansverksamheten frekvent både via telefon, men också rent fysiskt via läkarbil eller helikopter (Hyde, Mackenzie, Ng, Reid & Pearson, 2012). Även i

Tyskland görs försök till läkarstöd för ambulans via dator, telefon och videoöverföring (Bergrath et al., 2013). Både Tyskland och England har ett annat system gällande utbildning av personal än Sverige.

I den svenska prehospitla verksamheten är läkare endast närvarande i ett begränsat antal regioner och oftast som en del av specialenheter, exempelvis helikopter (Wihlborg et al., 2013) För att få fatta beslut kring patienten som specialist-sjuksköterska i Region Skåne, inom den prehospitla verksamheten finns möjligheten, men ibland också kravet att ta kontakt med RLS (RSPE, 2013d). I Region Skåne arbetar RLS genom att ge stöd via telefon till personal inom den prehospitla verksamheten (RSPE, 2014b). Denna funktion är tillgänglig dygnet runt och arbetslivserfarenheten bland RLS är varierande. Det är oftast akutläkare med en tjänstgöring på akutmottagning med prehospital erfarenhet och kunskap kring de behandlingsriktlinjer som finns inom ambulanssjukvården. Tanken med RLS är att finnas till som stöd gällande beslut, hjälp med triagering, både till egenvård men också till andra vårdgivare än akutmottagning. RLS ska även kontaktas om patienten anses kunna använda annat transportsätt än ambulans till sjukhus (a.a.). Dokumentationen i dessa fall skall vara extra noggrann och göras av såväl ambulanssteam som RLS. Vid årsskiftet 2013-2014 uppstod ett nytt direktiv som styr vilka patienter som specialistsjuksköterskan kan triagera självständigt, utan att ringa till RLS. Direktivet uppkom eftersom RLS-funktionen emellanåt är överbelastad med långa telefonköer som följd (a.a.). Hur en sjuksköterska i den prehospitla miljön upplever samarbetet med läkarstöd är dåligt belyst.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva specialistsjuksköterskans upplevelser av att samarbeta med Regionalt läkarstöd i den prehospitla verksamheten

Metod

Forskningsdesignen är en kvalitativ innehållsanalys med intervjuer som datainsamlingsmetod. För att undersöka tankar, känslor, människans livsvärld, erfarenheter och förväntningar lämpar sig denna metod (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008; Kvale, 1997).

Urval

Inklusionskriterier för att delta i studien var sjuksköterska med specialistutbildning, då den sjuksköterskan med högst utbildning är medicinskt ansvarig för patienten. Målet var att ha ett strategiskt urval avseende kön och spridning av informanter gällande stationsort (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). För ökad erfarenhetsbredd på eventuella regionala skillnader intervjuades personer från olika ambulansområden. Detta eftersom regionala skillnader kan förekomma då olika stationer befinner sig olika nära sjukhus. Kontakt togs med respektive områdeschef för att delge information om studien. I två av de tre tänka distrikten hjälpte områdeschefen till att rekrytera deltagare. I det tredje distriktet fick vi ingen kontakt med områdeschefen, vilket föranledde kontakt med annat distrikt, där områdeschefen hjälpte till att rekrytera deltagare. Arbetslivserfarenhet som specialistsjuksköterska inom ambulans spelade mindre roll, då alla, oavsett erfarenhet ska ringa RLS för stöd i beslut gällande både triagering och behandling. Totalt genomfördes nio intervjuer, sex män och tre kvinnor. Intervjuerna varade mellan 19 - 32 minuter. Antal yrkesverksamma år som specialistsjuksköterska i den prehospitala verksamheten varierade mellan 1-11 år (Median 7 år).

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats i anslutning till ett arbetspass. Ingen deltagare var i tjänst under intervjun, utan hade antingen slutat eller skulle påbörja sitt arbetspass. Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum för att minska risken att bli störda. Intervjuerna spelades in och efter varje avslutad intervju transkriberades denna ordagrant. Icke-verbal kommunikation, så som suckar och tystnad registrerades också i transkriberingen, för att lyfta eventuella underliggande budskap. Båda författarna var närvarande vid intervjuerna och fokuserade kring en huvudfråga: ”Beskriv en situation då du kontaktat RLS, antingen bra eller dålig, som har berört dig.” Fördjupande frågor ställdes sedan fortlöpande under intervjuernas gång, se intervjuguide, bilaga 1. En pilotintervju genomfördes som sedan granskades av handledaren som godkände intervjun och denna användes sedan i resultatet.

Databearbetning

Intervjuerna analyserades utifrån manifest och latent innehållsanalys (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Författarna läste igenom materialet var för sig för att få en övergripande känsla för vad intervjuerna handlade om. Efter detta påbörjades bearbetning av texterna genom att urskilja meningsbärande enheter. Detta kunde handla om ord eller meningar som genom sitt innehåll svarade till studiens syfte. Därefter kondenserades de meningsbärande

enheternas innehåll genom att kortas ner utan att förlora det centrala innehållet. Därefter bildades koder som med liknande innehåll bildade kategorier. Det blev ett uttryck för det manifesta innehållet. Den latent delen i analysen bestod av att resultatet tolkades och temat trygghet bilades.

Meningsbärande enheter	Kondenserande enheter	Kod	Huvudkategori	Tema
Vi valde att ringa RLS för att få lite råd och stöd på hur vi ska tolka hennes symtom	Ringer RLS för att få råd och stöd i tolkning av symtom	Råd och stöd av högre kompetens	Stöd	Trygghet
...det är svårt att få till det bra när vederbörande kör bil, eller man hör att det är fullt stök i bakgrunden	Det kan även vara svårt att kommunicera med RLS via telefon på grund av störande bakgrundsljud.	Störande moment försvårar kommunikation över telefon	Kommunikationens betydelse	Trygghet

Figur 1. Exempel på hur bearbetningen av intervjuerna gjorts.

Etisk avvägning

Personer som ingår i ett forskningsprojekt skyddas av olika regelverk (Helsingforsdeklarationen, 2013). Före studiens genomförande inhämtades skriftligt råd från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) vid Institutionen för hälsovetenskap, Lunds universitet. Informanterna tillhandahöll information gällande studiens upplägg och syfte både skriftligt och muntligt innan intervjuerna påbörjas. Innan intervjuerna påbörjades informerades deltagarna om att deltagandet var frivilligt och att de fick avbryta när som helst och att konfidentialitet lovades (Henricson, 2012).

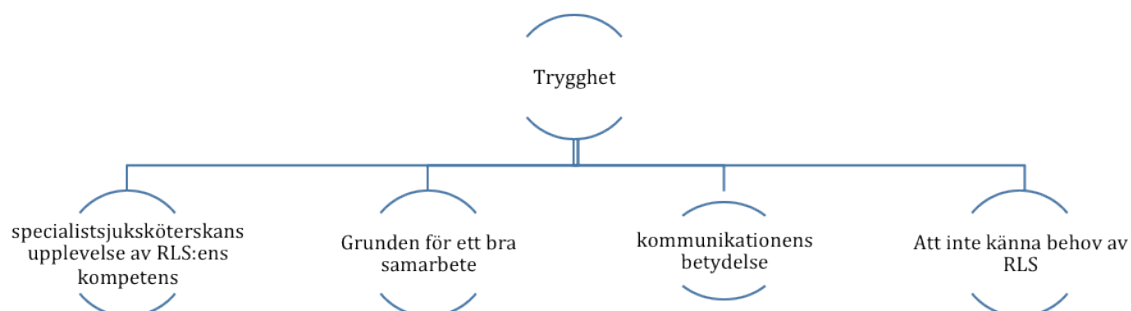
Förförståelse

Förförståelse är de erfarenheter, hypoteser och det yrkesmässiga perspektivet som författarna har med sig sedan tidigare (Malterud, 2009). Som sjuksköterskor i den aktuella verksamheten,

har vi en förförståelse för ämnet. Denna har aktivt diskuterats, både mellan författarna och tillsammans med handledaren. Vi har även medvetet försökt förbise denna för att vara så öppna som möjligt och inte styra intervjun eller analysen. Förförståelsen kan vara vad som uppkommit i granskning inför studien, men kan också vara erfarenheter och värderingar som har skapats genom livet (Dahlberg, 2003). Förförståelsen kan både ses som en tillgång men samtidigt kan den påverka tolkningen av den information som framkommer (Malterud, 2009).

Resultat

Analysen utmynnade i följande kategorier *Specialistsjuksköterskans upplevelse av RLS:ens kompetens*, *Grunden för ett bra samarbete*, *Kommunikationens betydelse* och *Att inte känna behov av RLS*. Det latenta innehållet visade sig i temat *Trygghet* vilket gick som en röd tråd genom intervjuerna, se figur 2. För att klara av att arbeta i en prehospital miljö där specialistsjuksköterskan ofta kände sig ensam var det av vikt att få stöd och bekräftelse för att känna en inre trygghet i sina beslut. Telefonsamtalen med RLS innebar ofta en känsla av trygghet eftersom sjuksköterskorna då fick stöd i olika situationer och bekräftelse på att tankegången varit rätt. För att få ett bra samarbete krävdes en god kommunikation vilket innebar en närvaro i samtalet av båda parter. När specialistsjuksköterskan kände sig ha tillräckligt med kunskap för att göra en bedömning självständigt utan RLS infann sig redan en känsla av trygghet. Då fanns inget behov av stöd eller bekräftelse i situationen, utan samtalet sågs då mer som ett krav. Som RLS-funktionen fungerar ska kontakt tas med läkaren vid bland annat triageringsfrågor, för egenvård eller annan vårdnivå och överskridande av behandlingsriktlinjer. Detta styrs via direktiv från Region Skåne.



Figur 2. Tema och kategorier som mynnat ut från analysen.

Trygghet

För att känna stöd i sitt dagliga arbete kring patienten fanns ett behov av att diskutera patienten med RLS. Det behövde inte alltid handla om den svårt sjuka eller kritiskt skadade patienten utan kunde även handla om tolkning av symtom, hjälp vid triagering och situationer där specialistsjuksköterskan kände sig ensam och ville ha stöd i behandling. Vid ovan hantering av ett specifikt läkemedel eller vid överskridning av behandlingsriktlinjer kontaktades RLS för vägledning och stöd.

” ... Jag kan tycka det är jättebra att stödet finns... Det är bra ibland att kunna bolla med någon... två hjärnor är bättre än en”. (Deltagare 3)

Det framkom en känsla av ensamhet hos specialistsjuksköterskan i de distrikt där det var långt till sjukhus. En lång transportsträcka med patienten innebar att behandling ofta påbörjades vilket kunde påverka patientens tillstånd och en utvärdering kunde göras. Till skillnad från när specialistsjuksköterskan arbetade på en ort som hade nära till sjukhus. Då påbörjades ofta ingen avgörande behandling för patienten före avlämnandet till mottagande akutmottagning. Det kunde även handla om den kritiska patienten som behövdes stabiliseras innan transporten. Många gånger tog det tid innan fler resurser kom till patienten, vilket ledde till att specialistsjuksköterskan valde att kontakta RLS för stöd och råd.

”Man är ensam framförallt på landet. Det tar lång tid innan vi kommer fram till ett sjukhus... Då behöver man ha någon att konsultera med”. (Deltagare 2)

Det fanns ett behov av att få bekräftelse av RLS. Behovet av att bolla tankar, idéer och frågeställningar kring patienten var stort. Bekräftelsen som specialistsjuksköterskan efterfrågade i samtalet med RLS var att tanken kring patienten var rätt och att ingenting missats vid undersökningen.

”Du bildar dig en uppfattning av patienten, triagerar och får en bekräftelse av läkare att det vi tänker är rimligt”. (Deltagare 1)

Även i situationer där specialistsjuksköterskan bedömt att patienten kunde kvarstanna i hemmet fanns behovet av att få bekräftelse på att bedömningen var korrekt.

”Men samtidigt kan jag tycka det är skönt, även när jag lämnar hemma emellanåt... så man ändå får ett kvitto på att jag är rätt på det ändå”. (Deltagare 3).

Specialistsjuksköterskans upplevelser av RLS:ens kompetens

Deltagarna upplevde att kompetensen hos RLS-läkarna varierade. Detta påverkade i sin tur hur trygg specialistsjuksköterskan kände sig i sitt beslut. Framförallt framkom det att det var väldigt olika typer av bedömningar som gjordes beroende på vem som var i tjänst av RLS-läkarna. Detta relaterade deltagarna till vad läkarna hade för typ av specialistutbildning och tidigare erfarenhet.

”Systemet är bra men det är mycket upp till vem som är RLS... dels vilken kompetens och erfarenhet dom har”. (Deltagare 9).

Gällande bedömningar, bemötande, hjälp och stöd upplevdes det att det var en ojämn nivå, beroende på vilken RLS som svarade. Olika läkare ställde olika frågor i liknande situationer. Detta upplevde deltagarna som att arbetet inte var patientsäkert och gav en känsla av att RLS inte hade ett strukturerat, likartat arbetssätt.

”...Det känns som om de är så olika, vem som jobbar och då kan man fundera hur patientsäkert är det. Den släpper det, men inte den. Båda är ju läkare” (Deltagare 1)

Specialistsjuksköterskan kunde speciellt känna en osäkerhet kring behandlingen av barn. Istället för att ringa RLS, valde sjuksköterskan att ta kontakt med barnklinikens läkare på mottagande sjukhus för stöd och råd. Detta grundade sig i en osäkerhet till RLS:ens kunskap kring vård av barn.

“... onödigt att ringa RLS. Då är det bättre att ringa till barnakuten... Jag tror att specialisten är mycket duktigare på sin sak än RLS”. (Deltagare 5)

Grunden för ett bra samarbete

Grunden för ett bra samarbete via telefon ansåg deltagarna handlade om en närvaro i samtalet, av båda parter. Att båda skulle vara aktiva lyssnare och på något vis bekräfta informationen som givits. Deltagarna efterfrågade även en återkoppling på att RLS uppfattat vad specialistsjuksköterskan berättat och gjort gällande angående patienten. En förståelse för varandras arbete, trots olika kompetens låg också till grund för ett bra samarbete.

”Ett bra samtal är där båda får säga sitt... Respekt för varandra, det är ändå jag som är RLS:ens händer, ögon, öron och allting och jag ska förmedla detta. Sedan vill jag ha någon som lyssnar också”. (Deltagare 1)

Vad som påverkade samarbetet negativt var när specialistsjuksköterskan upplevde att RLS inte lyssnade på vad som sagts eller att RLS inte förstod situationen som sjuksköterskan befann sig i. Detta kunde bero på erfarenhetsbrist av den prehospitla verksamheten, att RLS inte såg helheten eller situationen som specialistsjuksköterskan befann sig i. När RLS hade mycket att göra och många samtal på rad upplevdes ett mindre utrymme för diskussion kring patienten och läkaren gav inga argument till sin bedömning.

Kommunikationens betydelse

Förutsättningarna för en bra kommunikation över telefon grundade sig i vad det var för tid på dygnet specialistsjuksköterskan ringde. Nattetid kunde RLS:en upplevas trött och kort i tonen. Då upplevde specialistsjuksköterskan en känsla av att han/hon störde eller en avsaknad på respons i samtalet.

”Ibland har man känt när man ringer mitt i natten... dom är inte jättepratsamma utan då får man bara korta svar”. (Deltagare 8)

Distraherande moment under samtalet var ett problem som ständigt återkom i intervjuerna. Det kunde vara barnskrik, biltvätt, bilkörning och matlagning. Ett annat problem kunde vara att uppfatta vad som sagts på grund av språkliga problem. Det bidrog även till att specialistsjuksköterskan kände att RLS inte var tillräckligt fokuserad och därför inte fick stödet eller bekräftelsen som egentligen var syftet med samtalet.

”... Det är svårt att få till det bra när vederbörande kör bil, efter man hör att det är fullt stök i bakgrunden” (Deltagare 4)

En annan upplevelse var att det tog långt tid att nå RLS och specialistsjuksköterskan kunde få sitta i telefonkö en längre tid. Deltagarna pratade även om att det var ett sårbart system. Det hade inträffat att det inte gick att nå RLS på grund av tekniska problem. Dessa båda faktorer upplevdes frustrerande.

”Det är sårbart... Jag jobbade natt, vi lämnade massor av patienter hemma, men det går inte att nå RLS. Vi ringde och ringde hela tiden, men blev nedkopplade”. (Deltagare 3)

Att inte känna behov av RLS

Att ringa RLS kunde också upplevas som kravfyllt då det inte fanns något behov av stöd eller bekräftelse i det beslutet som skulle tas. Specialistsjuksköterskan ansåg sig tillräckligt kompetent och trygg i sin yrkesroll för att fatta beslut och ta ansvar. Det ansågs då vara en ren formalitet.

”... utan att vi faktiskt lämnade patienten hemma och det kändes tryggt redan innan jag kontaktade RLS. Jag behövde egentligen inte stödet, utan jag behövde ett godkännande”. (Deltagare 1)

I intervjuerna framkom det att RLS-funktionen var bra, men att specialistsjuksköterskan självständigt skulle avgöra om ett samtal med läkaren behövdes. Sjuksköterskan kände sig ha tillräckligt med verktyg, beslutsunderlag och utbildning för att göra en bedömning utan att få bekräftelse eller stöd i beslutet.

” En bra funktion att vända sig till när man behöver, men ansvaret bör ligga på oss som jobbar ute, om vi ska ringa eller inte”. (Deltagare 2).

Diskussion

Nedan följer en diskussion kring metoden som använts i förhållande till studiens syfte och resultat. Det presenteras även resultatdiskussion där det framtagna resultatet knyts an till relevant forskning och vald teoretisk referensram.

Metoddiskussion

Kvalitativ innehållsanalys ansågs vara en lämplig metod som svarade till studiens syfte och intervjustudier är en fördel då upplevelser, erfarenheter, tankar och känslor ska undersökas (Kristensson, 2014).

Tidigare erfarenheter kan påverka studiens resultat (Malterud, 2009). Båda författarna var anställda i den prehospitla verksamheten och använde RLS-funktionen dagligen i sitt arbete under studiens gång. Det underlättade i intervjuerna då vi lättare kunde sätta oss in i och förstå situationerna som deltagarna pratade om, men det kan också innebära att man inte är tillräckligt öppen (a.a). Författarna har under hela processen arbetat aktivt med sin förförståelse. Därför anses inte förförståelsen ha påverkat resultatet i någon större utsträckning. Att samtliga deltagare var positivt inställda till läkarstöd, även i en storstadsregion och att deltagarna ofta valde att vända sig till specialister på mottagande sjukhus istället för RLS vid vård av barn skilde sig från det förväntade resultatet. För att identifiera variationer med avseende på skillnader och likheter i en text anses kvalitativ innehållsanalys vara en lämplig metod (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). För att få en variation i studien var målet var att intervjua personal både från landbygd och storstadsregion. Gällande könsfördelningen var en tredjedel kvinnor och resten män. Könsfördelningen har troligtvis inte haft betydelse för resultatet, då informationen var likvärdig oavsett kön. Inklusionskriterierna innebar inget krav på att informanterna skulle ha en specifik specialistutbildning, ändå föll det sig att alla var ambulanssjuksköterskor.

Intervjuerna skedde på deltagarens arbetsplats. Detta sågs som en fördel då han/hon kände sig trygg i miljön. Enligt Trost (2010) ska miljön vara så ostörd som möjligt och inga åhörare ska finnas. Inför intervjuerna presenterade författarna sig och småpratade för att skapa en avslappnad stämning. I intervjuerna ställdes så öppna frågor som möjligt, för att inte påverka eller styra deltagarna. En del öppnade upp sig och berättade fritt, medan andra var lite mer

blyga och behövde mer tid på sig. I dessa fall försökte vi ge den tid som behövdes, utan att forcera.

Det föll sig naturligt redan under pilotintervjun att båda författarna medverkade vid intervjuerna. Fördelen med att vara två, var att då en intervjuade kunde nästa person fundera på eventuella följdfrågor och även inflika då samtalet ebbade ut (Kristensson, 2014). Det underlättade även att registrera kroppsspråk, tonfall och liknande för en djupare förståelse.

Kvaliteten var hög på ljudinspelningen vilket minskade risken för eventuella missförstånd vid transkriberingen. Intervjuerna transkriberades samma dag som intervjuerna genomfördes vilket var en fördel då registrerat kroppsspråk, tonfall och liknande fanns färskt i minnet och kom med i textform. Analysen har gjorts både tillsammans mellan författarna och enskilt. När frågor uppkom under analysen diskuterades dessa, dels för att medvetandegöra oss om att kodningen stämde med meningsenheten samt texten som helhet. Många meningsbärande enheter var svårtolkade, vilket föranledde att dessa lades åt sidan att analyseras senare. Författarna jämförde likheter och skillnader i de meningsbärande enheterna ett flertal gånger, vilket ledde fram till kategorierna. För att öka trovärdigheten har materialet under analysens gång diskuterats, både mellan författarna och tillsammans med handledaren och lämpliga citat har använts för att stärka resultatet.

Resultatdiskussion

I analysen av intervjuerna framkom fyra huvudkategorier, *Specialistsjuksköterskans upplevelse av RLS:ens kompetens*, där nivån hos RLS:ens kompetens upplevdes ojämn vilket påverkade tryggheten i beslutet kring patienten. *Grunden för ett bra samarbete*, där det framkom att förståelsen för varandras arbete var en förutsättning för ett bra samarbete. *Kommunikationens betydelse*, där långa väntetider, tekniska problem men framförallt distraherande biljud påverkade kommunikationen och *Att inte känna behov av RLS*, då specialistsjuksköterskan kände sig tillräckligt trygg i sin yrkesroll för att ta ansvar och fatta egna beslut utan RLS:ens medverkan. I den latent analysen framkom det centrala temat trygghet. Funktionen av läkarstöd via telefon skapade trygghet och samtliga deltagare ansåg att det var ett bra system. Att arbeta med en skicklig kollega, möjlighet att ringa för att få stöd och ökad erfarenhet har visat sig minska oro hos ambulanssjuksköterskor i tidigare studier (Svensson & Fridlund, 2008.)

Stöd och bekräftelse

Specialistsjuksköterskan kände ett stöd, fick hjälp vid triagering och bekräftelse på att tankegången var rätt vid kontakten med RLS. Behovet av stöd var extra stort vid behandling av barn, men specialistsjuksköterskan valde ofta att kontakta barnklinik istället eftersom de ansågs ha bättre kunskaper. Studier visar att vårda barn skapar osäkerhet hos vårdpersonal på akutmottagningar (Svensson & Fridlund, 2008). Det akut dåliga barnet skapar framförallt stress och ångest hos prehospitalet personal vilket baseras på dålig kunskap och för lite vana i omhändertagandet av barnet (Nordén, Hult & Engström, 2014). Utbildning och träning har dock visat sig minska stressen (a.a.).

I våra intervjuer fanns det en skillnad gällande behovet av RLS. Detta kunde författarna relatera till antalet verksamma yrkesår som specialistsjuksköterska i prehospitalet miljö. De sjuksköterskorna med längre erfarenhet hade en större grundtrygghet och mindre behov av att ringa RLS. Att arbeta som specialistsjuksköterska i den prehospitalet verksamheten ställer stora krav på självständighet. Det kan handla om en akut situation där specialistsjuksköterskan ska fatta ett snabbt och kanske avgörande beslut för patientens liv. Studier visar att ambulanssjuksköterskor får en känsla av otillräcklighet i situationer som inte går att kontrollera, oftast i våld- eller hotsituationer (Svensson & Fridlund, 2008).

Att komma som sjuksköterska från annan specialitet och sedan inrikta sig på prehospitalet arbete kan trots stor erfarenhet bli som att börja om som novis (Benner, 1993). Enligt Benner (1993) finns det två olika slags kunskap. Det finns ”veta att”, som den teoretiska utbildningen ger, och ”veta hur”, som förvärvas genom erfarenhet. Med ökad erfarenhet följer också en större grundtrygghet. En sjuksköterska med mer än tre års erfarenhet anses vara skicklig och upplever ett beslutsfattande som mindre ansträngande och kan se situationen mer ur ett helhetsperspektiv. Skillnaden mellan novis och expert är att en expert utgår från konkreta situationer och löser problem utan att slösa tid på att fundera över andra irrelevanta möjligheter (a.a.) Att oro vid vissa situationer minskar i takt med ökad erfarenhet påvisar även andra studier (Alexander & Klein, 2001; Svensson & Fridlund, 2008). Det gagnar patienten med en lugn och trygg personal och det bör därför ligga i en arbetsgivares intresse att behålla erfaren personal.

Resultatet i vår studie visade att det ibland var svårt att förmedla bilden av patientens hälsosituation till RLS, trots informering av vitalparametrar och klassificering enligt RETTS. En patients behov av vård är subjektiv och kan vara svår att hantera med generella riktlinjer (Holmberg & Fagerberg, 2010). Tidigare studier visar också att prehospitalet personal ofta tar

god tid på sig att lära känna patienten och förstå hans/hennes lidande (Wireklint & Dahlberg, 2011). Vid behov av stöd och hjälp ska då denna, ibland ganska komplexa bild förmedlas vidare till RLS på kort tid vilket ibland upplevdes som svårt. I den prehospitla verksamheten bedöms patienten utifrån RETTS, vitalparametrar, aktuellt status och anamnes. Alla bedöms enligt samma standardiserade bedömningsinstrument. Holmberg, Forslund, Wahlberg & Fagerberg, (2013) beskriver att prehospital vård grundar sig i medicinska bedömningsinstrument, vilket inte täcker ett livsvärldsperspektiv. Den holistiska synen för patienten kan minska eller i värsta fall missas på grund av dessa bedömningsinstrument. Att ha en holistisk människosyn innebär att inte enbart se patientens medicinska behov, utan en närvaro i mötet, försöka förstå patientens upplevelse, som en helhet och att patienten känner sig lyssnad på (a.a.). Den information RLS vill ha utifrån en SBAR-rapport är vad bedömningsinstrumenten säger. När det inte finns utrymme för en diskussion för patientens situation och tillstånd kan det vara svårt för specialistsjuksköterskan att förmedla en helhetsbild via telefon. Detta leder till att specialistsjuksköterskans bild av patienten inte alltid blir korrekt i samtalet med RLS och trots standardiserade bedömningsinstrument missas viktig information. Därför anses det vara viktigt med ett öppet sinne i samtalet och ett intresse hos personen av båda parter. Detta kan öka förutsättningarna för ett bra samtal och att patientens livsvärld inte glöms bort.

En väsentlig faktor för att patienten ska känna sig trygg i mötet med vårdpersonal är att han/hon blir sedd och bekräftad (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2008). En studie av Ahl et al., (2005) visar att en patient som befinner sig i sitt hem, känner sig trygg och ansvarar för sin miljö, eftersom de känner ansvar för sig själva. När ambulanspersonalen kommer in i patientens hem börjar han/hon förlora känslan av ansvar och intar en traditionell, undergiven "patientroll". För att få patienten att känna sig trygg i situationen och skapa en god atmosfär, bör ambulanspersonalen vara ödmjuka i mötet (a.a.). En studie där man ur ett patientperspektiv har undersökt upplevelsen av mötet med ambulanspersonal visade att patienten hade förtroende för ambulanspersonalens kompetens och kunskap (Holmberg et al., 2013).

Samarbete och kommunikation

Vid kontakt med RLS sker kommunikationen via telefon, vilket har sina begränsningar då det är beroende av ett väl fungerande telefonsystem. Det visade sig i vår studie att det ibland förekom tekniska problem som gjorde det svårt att komma i kontakt med RLS. Tidigare

studier visar också att system via telefon är sårbart (Bergrath et al., 2013). Att inte få kontakt med RLS kan få allvarliga konsekvenser för patienten och avvikelser på eventuellt systemfel bör skrivas för framtida åtgärder. Gällande kommunikationen med RLS framkom det att störande beteende kunde vara att specialistsjuksköterskan fick korta svar och då infann sig en känsla av att RLS var ofokuserad i samtalet. Det kunde också vara störande bakgrundsljud. En studie av Rosenstein & O'Daniel (2008) där betydelsen av beteende och dess effekt på kommunikation, samarbete och påverkan på patientvården undersöktes. Det visade att störande beteende kunde leda till minskad koncentration på uppgiften, ökad stress och en ökad risk för sjuksköterskan att begå misstag. Det kunde även leda till fördröjd behandling.. För att undvika detta bör sjuksköterskan och läkaren arbeta som ett team. För en bra kommunikation bör sjuksköterskan kunna avlämna en tydlig rapport till läkaren och läkaren bör i sin tur vara tålmodig, ödmjuk och fokuserad (a.a.). Gällande rapporter till både mottagande akutenhet och RLS ska specialistsjuksköterskan rapportera enligt SBAR. En studie av Meester, Verspuy, Monsieurs & Bogaert (2013) jämförde rapportering mellan sjuksköterska och läkare före och efter införandet av SBAR. Resultatet pekade på att sjuksköterskan gav en bättre rapport efter införandet, han/hon kände sig bättre förberedd inför samtalet med läkaren. Detta ledde i sin tur till ökad patientsäkerhet (a.a.). För att knyta ihop med resultatet i vår studie så varierar samtalskvaliteten till RLS. Både bakgrundsljud som stör och avsaknad av fokus i samtalet kan påverka utgången för patienten. Det handlar inte enbart om kompetens och kunskap för att arbetet ska vara patientsäkert, utan även om ödmjukhet, kvalitet och engagemang för uppgiften, både som specialistsjuksköterska och RLS. För ökad förståelse för varandras arbete skulle hospitering kunna vara en väg, men också att genomföra gemensamma utbildningar för att lära känna varandra bättre och därmed öka möjligheten till en förbättrad kommunikation. Författarna av denna studie anser att synen på patienten skiljer sig mellan läkarens naturvetenskapliga perspektiv från specialistsjuksköterskans omvårdnadsperspektiv och kan vara ett hinder för en bra kommunikation

Konklusion och implikationer

Läkarstöd via telefon ansågs vara ett bra system och sågs som en tillgång bland specialistsjuksköterskorna. Samtliga kände en trygghet att kunna kontakta en läkare för stöd. Dålig täckning, långa väntetider och andra tekniska problem gjorde dock kommunikation via mobiltelefoner till ett sårbart system. Långa väntetider har minskat på grund av nya direktiv, men ytterligare förbättringar behövs. Fler anställda läkare som arbetar som RLS skulle kunna

förbättra situationen. De intervjuade specialistsjuksköterskorna påverkades dessutom av störande bakgrundsljud och distraherande moment som utfördes av RLS vid samtalen. De hade vid dessa tillfällen svårt att koncentrera sig på samtalet och önskade sig en läkare som gick åt sidan för att skapa bättre ljudkvalitet och för att känna att RLS var närvarande i samtalet. Det fanns en minskad tillit till RLS vid vård av akut sjuka barn och kontakt togs istället med barnkliniker. För att öka tryggheten med att vårda barn samt andra osäkra fall prehospitalt skulle mer utbildning och eventuellt hospitering på sjukhus kunna vara en lösning. En viktig aspekt att ta hänsyn till är också att läkare och sjuksköterskor har olika typer av utbildning. Läkarens utbildning utgår från det naturvetenskapliga, medan sjuksköterskans utbildning handlar mer om omvårdnad. Detta kan vara ett hinder i kommunikationen. Det är också två skilda områden som ska försöka sammanstrålas och göra det bästa utifrån patientens perspektiv. Författarna till denna studie anser att det hade varit intressant med en studie ur RLS:ens perspektiv för jämförelse och vidare utveckling av nuvarande system.

Referenser

- Ahl, C. Hjalte, L. Johansson, C. Wireklint-Sundström, B., Jonsson, A. Suserud, B-O. (2005) *Culture and care in the Swedish ambulance services*. *Emergency nurse* 13:8
- Alexander, D.A. Klein S. (2001) *Ambulance personnel and critical incidents* *British Journal of Psychiatry* 178
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet* Lund: Studentlitteratur
- Bergrath, S. Czaplik, M. Rossaint, R. Hirsch, F. Beckers, K, S. Valentin, B. Wielputz, D. Shneiders, M-T. Brokmann, J, C. (2013) *Implementation phase of multicenter prehospital telemedicine system to support paramedics: feasibility and possible limitations*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 21:54
- Dahlberg, K. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Delupis, D, D, F., Pisanelli, P., Luccio, D, G., Kennedy, M., Tellini, S., Nenci, N., Guerrini, E., Pini, R. & Gensini, F, G. (2014) *Communication during handover in the pre-hospital/hospital interface in Italy: from evaluation to implementation of multidisciplinary training through high-fidelity simulation*. *Intern Emergency Medicine* DOI: 10.1007/11739-013-1040-9
- Ek, B., Edström, P., Toutin, A. & Svedlund, M. (2013). *Reliability of a Swedish pre-hospital dispatch system in prioritizing patients*. *International Emergency Nursing*, 21:2
- Elmqvist C, Fridlund B, Ekebergh M. (2008). *More than medical treatment: the patient's first encounter with prehospital emergency care*. *International Emergency Nursing* 16
- Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff A, Johansson I-L, Kjellgren K, Lidén E, Öhlén J, Olsson L-E, Rosén H, Rydmark M,

Sunnerhagen, K. (2011) *Person-centered care-Ready for prime time*. European Journal of Cardiovascular Nursing 10

Fossum, B. (red.) (2007). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur

Gunnarsdotter, S. (2013, mars). Lång skånsk tradition med läkare i den prehospitalla vården. *Läkartidningen*, 110. Tillgänglig: <http://ww2.lakartidningen.se/engine.php?articleId=19411>

Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

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

Holmberg, M. Forslund, K. Wahlberg, A-C. Fagerberg, I. (2013) *To surrender in dependence of another: the relationship with the ambulance clinicians as experienced by patients*. Nordic College of Caring Science, Doi:10.1111/scs.12079

Hyde P, Mackenzie R, Ng G, Reid C, Pearson G (2012) *Availability and utilisation of Physicians-based pre-hospital critical care support to the NHS ambulance service in England, Wales and Northern Ireland*. Emergency Medical Journal 29

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (2. uppl.)
Lund: Studentlitteratur.

Manojlovich M, Harrod M, Holtz B, Hofer T, Kuhn L, Krein S L (2014) *The Use of Multiple Qualitative Methods to Characterize Communication Events Between Physicians and Nurses*, Health Communication, DOI: 10.1080/10410236.2013.835894

Meester, K. Verspuy, M. Monsieurs, K-G. Bogaert Van, P. (2013) *SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study*. Resuscitation 84

Nordén, C. Hult, K. Engström, Å (2014) *Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care* International Emergency Nursing 22

Region Skånes Prehospitala Centrum. (2012). *Behandlingsriktlinjer 2012*. Lund. Hämtad 140318 från http://www.skane.se/Public/AKS/RSPE/Behandlingsriktlinjer/101827-Behandlingsrikt_2012%20inlaga.pdf

Region Skånes Prehospitala Enhet, RSPE (2013a). Lund. *Direktiv 32* Hämtad 140320 från https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Avdelningen-for-krisberedskap-och-sakerhet/RSPE/Guidelines-och-varprogram/Direktiv/103_Triage_/

Region Skånes Prehospitala enhet, RSPE (2013c). Lund. *Direktiv 18*. Hämtad 140318 från http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Avdelningen-for-krisberedskap-och-sakerhet/RSPE/Guidelines-och-varprogram/Direktiv/41_Ansvarsfordelning_i_ambulansteam/

Region Skånes Prehospitala Enhet, RSPE (2013d). Lund. *Direktiv 101*. Hämtad 140303 från http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Avdelningen-for-krisberedskap-och-sakerhet/RSPE/Guidelines-och-varprogram/Direktiv/103_Triage_/

Region Skånes Prehospitala Enhet, RSPE (2014a). Lund. *Direktiv 13*. Hämtad 140303 från http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Avdelningen-for-krisberedskap-och-sakerhet/RSPE/Guidelines-och-varldprogram/Direktiv/33_Medicinskt_ansvar_och_sjukvardsledning/

Region Skånes Prehospitala Enhet, RSPE (2014b). Lund. *Direktiv 67*. Hämtad 140318 från <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Avdelningen-for-krisberedskap-och-sakerhet/RSPE/Guidelines-och-varldprogram/Direktiv/67-Kontakt-med-Regionala-Lakarstodet-RLS-/>

Riksföreningen för ambulansjuksköterskor (RAS) *Kompetensbeskrivning*. (2012). Hämtad 140404 från http://ambssk.se/images/dokument/ras_komp_beskr_ambssk2012.pdf

Rosenstein, H, A. O'Daniel, M. (2008). *A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety*. The joint commission journal on quality and patient safety 34:8

SOSFS 2013:9. *Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-03-12 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-5-10>

Suserud, B. & Svensson, L. (red.) (2009). *Prehospital akutsjukvård*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Svensson, A & Fridlund, B. (2008). *Experience of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A critical incident study*. International Emergency Nursing 16

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2014). *Strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården*. Hämtad 140318 från

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsoochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varde
n

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* Lund: Studentlitteratur

Widgren, B.R. (2012). *RETTIS: akutsjukvård direkt*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wihlborg, J., Edgren, G., Johansson, A., & Sivberg, B., (2013) *The desired competence of the Swedish ambulance nurse according to the professionals – A Delphi Study*. International Emergency Nursing DOI: 10.1016/j.ienj.2013.10.004

Wireklint Sundström, B. Dahlberg, K. (2011) *Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions*. International Emergency Nursing 19

Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd: en fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Diss. Växjö : Växjö universitet, 2005. Växjö.

WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects Hämtad 140213 från

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Intervjugudie

Frågeområde 1.

- Ålder
- Kön
- Specialistutbildning
- Tjänstear

Frågeområde 2.

- Beskriv en situation du minns då du kontaktade RLS.
- Var det en positiv eller negativ upplevelse?
- Vad var det som gjorde du att du kände så?
- Kan du utveckla hur du menar?
- Hur kände du då?
- Vad ligger till grund för att det ska bli ett bra samtal, respektive mindre bra?
- Hur menar du nu?
- Vad är din generella uppfattning om nuvarande system?
- Vad är det som gör att det är bra eller dåligt?
- Är det något mer du skulle vilja tillägga som du anser viktigt att berätta inom området

