

Jourhavande förstavård

- en studie om granskningen av Soite's pilotprojekt, jourhavande sjukskötare på ambulansen

Pia Isohanni-Pakkala

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovård

Sjukskötare (högre YH)

Vasa 2022



EXAMENSARBETE

Författare: Pia Isohanni-Pakkala

Utbildning och ort: Social- och hälsovård (högre YH), Vasa

Profileringsstudier: Avancerad klinisk vård

Handledare: Anita Wikberg

Titel: Jourhavande förstavård – en studie av granskningen om Soite's pilotprojekt, jourhavande sjukskötare på ambulansen

Datum: 30.05.2022

Sidantal: 54

Bilagor: 3

Abstrakt

Ökande krav på vård i hemmet utmanar primärvårdstjänsterna och antalet akutvårdsuppgifter har tilltagit de senaste åren. En stor del av uppgifterna är i allt högre grad inriktade på grundvården. Ambulansernas användningsgrad har likaså ökat på grund av längre transportsträckor, eftersom jourtjänsterna centraliserats. Soite förstavårdscentral organiserar den prehospitla akutsjukvården och ansvarar för den akuta förstavårdsservicen i mellersta Österbotten. De startade ett pilotprojekt 1.6.2019 vilket innebar att en av ambulanserna bemannades med en jourhavande sjukskötare i rollen som jourhavande förstavårdare. Syftet med denna implementering är att genom uppdragen lätta på läkarnas arbetsbörda, utföra en bredare kartläggning av vårdbehovet och framställa snabba och kostnadseffektiva vårdkedjor.

Syftet med den här studien är att kartlägga och beskriva betydelsen av jourhavande förstavårdaren i den prehospitla akutsjukvården. Metoden för den här studien har två tillvägagångssätt. Studiens första del innefattar kvantitativ metod med genomgång av statistik på en förstavårdsenhet där en jourhavande förstavårdare är verksam, som jämfördes med året innan då pilotprojektet ännu inte inletts. Metoden för den andra delen utfördes med ett kvalitativt tillvägagångssätt i form av en intervju som genomfördes med de professionella (N=10) som är direkt involverade, eller på annat sätt delaktiga, i Soites pilotprojekt. Analysmetoden bestod av induktiv innehållsanalys.

Resultatet av studien visar att statistiken på enheten bemannad med jourhavande förstavårdare inte har högre belastning på användningsgraden än jämfört med tidigare. Likväl framkom att så gott som var tionde uppdrag som enheten utförde innehöll uppgifter som hör till den jourhavande förstavårdaren. Uppgifterna som de utförde oftast var bedömning av vårdbehovet, tidsbokning till expertsjukskötare samt patientvägledning. Erfarenhet och utbildning ansågs som viktiga faktorer i förutsättningen för att bli jourhavande förstavårdare. Samarbete med andra vårdgivare, stöd från ledning och kontinuerlig uppdatering av kunskaper främjar verksamheten. De jourhavande förstavårdarna ansåg att de fått mer värde i sitt arbete via det holistiska synsättet och tillvägagångssättet. De övriga ansåg att de jourhavande förstavårdarna har en fördel i patientsäkerhet, genom att kunna göra bedömning av vårdbehovet i patientens hem.

Språk: Svenska Nyckelord: förstavårdare, jourhavande sjukskötare, prehospitla akutsjukvård

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Pia Isohanni-Pakkala

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Kliininen asiantuntija

Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: Päivystävää ensihoitoa – tutkimus kartoituksesta Soiten pilottihankkeesta, päivystävä sairaanhoitaja ambulanssissa

Päivämäärä: 30.05.2022

Sivumäärä: 54

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Kotihoidon vaatimukset ovat kasvaneet viime vuosina. Tämä luo haasteita perusterveydenhuollon palveluihin ja lisääntyneisiin ensihoitotehtäviin. Suuri osa tehtävistä on enemmän perushoidollisia. Päivystyspalveluiden keskittäminen on osaltaan lisännyt ensihoitotehtävien määrää. Tähän osasyynä on kuljetusmatkojen pidentyminen. SOITE ensihoitokeskus tuottaa ensihoitopalvelun Keski-Pohjanmaan alueella. SOITE ensihoitokeskus aloitti 1.6.2019 projektin, jossa yhdessä ambulanssissa oli päivystävä sairaanhoitaja. Tarkoituksena oli osaltaan keventää lääkäreiden työtaakkaa, tehdä laajempi hoidon tarpeen arviointi ja tuottaa nopeita sekä kustannustehokkaita hoitoratkaisuja- ja ketjuja.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata päivystävän sairaanhoitajan/ensihoitajan merkitystä osana ensihoitoa. Tutkimusmenetelmässä on kaksi lähestymistapaa. Tutkimuksen ensimmäinen osa on määrällinen, jossa tarkastellaan toimintatilastoja ensihoidon yksikössä, missä on ollut päivystävä ensihoitaja. Tilastot verrattiin vuoteen ennen projektin alkamista. Tutkimuksen toisessa osassa haastateltiin työntekijöitä (N=10), jotka olivat mukana tässä projektissa. Analyysimenetelmä toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysinä.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että yksiköissä, joissa on päivystävä ensihoitaja ei ole aiempaa suurempaa kuormitusta käyttöasteen suhteen. Kuitenkin voitiin arvioida, että lähes joka kymmenes ensihoitoyksikön tehtävä sisälsi päivystävälle ensihoitajalle kuuluvia tehtäviä. Tämä tarkoitti yleensä hoidon tarpeen arviointia ja potilaan ohjausta. Kokemusta ja koulutusta pidettiin tärkeinä tekijöinä päivystävälle ensihoitajalle. Yhteistyö muiden hoitohenkilöiden kanssa, johdon tuki ja oman tiedon jatkuva ylläpitäminen kehittivät toimintaa. Päivystävät ensihoitajat kokivat, että työn arvoa lisäsi kokonaisvaltainen lähestymistapa. Tämän lisäksi katsottiin, että päivystävät ensihoitajat ovat avainasemassa potilasturvallisuuden edistämisessä, koska he pystyvät arvioimaan potilaan hoidon tarvetta kotona.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Ensihoitaja, päivystävä sairaanhoitaja, ensihoito

MASTER'S THESIS

Author: Pia Isohanni-Pakkala

Degree Programme: Social and healthcare (Master degree), Vaasa

Specialization: Advanced Clinical Nursing

Supervisor: Anita Wikberg

Title: Community paramedicine – a study of the review of Soite's pilot project on community nurses in ambulance

Date: 30.05.2022

Number of pages: 54

Appendices: 3

Abstract

Patient home care requirements have increased in recent years. This creates challenges for healthcare and emergency medical services. Most of the tasks are more basic care. The centralization of emergency care has contributed to an increase in the number of emergency medical services tasks. Part of the reason for this is lengthening of transport journeys. SOITE emergency medical service centre provides emergency medical service in Central Ostrobothnia. On 1st of June 2019 SOITE emergency medical service centre started a project with a community paramedic in one of the ambulances. The aim was to reduce the workload of doctors, make a broader patient assessment of the need for care and produce fast and cost-effective treatment solutions and chains.

The purpose of this research is to map and describe the role of the community paramedic as part of emergency medical services. There are two approaches to the research method. The first part of the research is quantitative, analysing operating statistics in the emergency medical service unit that has had a community paramedic, which was compared with the year before when the project has not yet started. In the second part of the research, employees (N=10) who were involved in this project were interviewed, and inductive content analysis was used as the analysis method.

The result of the research shows that emergency medical service units with a community paramedic do not have a higher workload in terms of utilization. However, it could be estimated that almost every tenth task of the emergency medical services contained the duties of community paramedic. This usually meant assessing the need for treatment and guiding the patient. Experience and training were considered important factors for the community paramedic. Cooperation with other healthcare providers, support from management and the continuous maintenance of one's own knowledge developed functions. The community paramedic felt that the value of the work was increased by a holistic approach. In addition, community paramedics were considered to play a key role in promoting patient safety by being able to assess the need for patient care at home.

Language: Swedish Key words: paramedic, community paramedic, emergency medical service

Innehåll

1 Inledning	1
2 Bakgrund	3
3 Förstavårdscentralen på Soite	7
3.1 De som arbetar inom akutvården och primärvården	9
3.2 Jourhavande förstavårdare	10
4 Syfte och frågeställningar	13
5 Teoretisk referensram	14
5.1 Orlandos interaktionsteori	14
5.2 Orlandos huvudantaganden	15
6 Metod	17
6.1 Del I Kvantitativ data	17
6.2 Analys av del I	18
6.3 Del II Kvalitativ data	19
6.4 Analys av del II	21
6.5 Etik	22
7 Del I Statistik av EKP 321	23
7.1 Användningsgrad	23
7.2 X-Koder	24
7.3 Transport eller icke transport	25
7.4 Tidsperspektiv	26
7.5 Enhetens uppdrag – jourhavande förstavårdarens uppgifter	28
7.6 Jourhavande förstavårdarens uppgifter.....	29
7.7 Sammanlagd tid för jourhavande förstavårdarens uppgifter	31
8 Del II Intervju	32
8.1 Professionalitet	33
8.2 Samarbete	35
8.3 Förhållningssätt	36
8.4 Helhetssyn av patienten	37
8.5 Bedömning av vårdbehovet.....	39
8.6 Patientsäkerhet.....	41
9 Kritisk granskning	42
10 Diskussion	45
Källor	51
Bilagor	

1 Inledning

Ökande krav på vård i hemmet utmanar primärvårdstjänsterna och de anställda som levererar dem, och nuförtiden skrivs patienterna ut från sjukhuset tidigare vilket i sin tur leder till mer vård som utförs i hemmet. Redan år 2017 hade hemsjukvården i Finland cirka 3000 fler klienter än två år tidigare, och på sjukhusen finns det cirka 2800 vårdplatser mindre än tidigare (Rasku, Kaunonen, Thyer, Paavilainen & Joronen, 2019). Antalet akutvårdsuppdrag har ökat de senaste åren och en stor del av uppgifterna utförs i allt högre grad vid olika vårdinrättningar samt hemma hos hemsjukvårdens klienter. Samtidigt har ambulansernas användningsgrad också ökat på grund av att man centraliserat jourtjänsterna och har i sin tur orsakat längre transportsträckor. En ökad användningsgrad kan leda till att tillgången till ambulanser försämras i sjukvårdsdistriktet (Valkovirta, Mälinen, Alatalo & Tolonen, 2022). Den prehospitalla organisationen måste kunna utvecklas i takt med att behovet på servicen ökar och i framtiden kommer medborgarna ha högre förväntningar på akutsjukvården. Den prehospitalla akutsjukvården är mycket mer än att transportera patienter till sjukhus, såsom vårdande på plats och bedömningar om vårdbehovet (Määttä & Länkimäki, 2017, 30).

Rasku et.al. (2019) poängterar i sin forskning att WHO (World Health Organization) definierar att behovet av integrerad vård i välfärdssamhället är omfattande, vilket ger medborgarna en möjlighet till en mera aktiv roll i deras egen hälsa (WHO, 2016). Den prehospitalla akutsjukvården har en central roll i samhället och de olika yrkesgrupperna inom akutvården, det vill säga förstavårdare och sjukskötare med specialisering inom förstavård, har blivit tränade för att ge en vårdbedömning av patienten i hemmet men också ute i samhället. Idag förväntas förstavårdare kunna ge patienter och anhöriga mer information om hur patienten kan skötas hemma. Detta kan förstavårdaren uppleva som utmanande – att utöver sin primära kompetens också ansvara för en bredare helhetsbedömning samt ge vårdinstruktioner. De finns evidensbaserad forskning som stöder nya yrkesmodeller för förstavårdare, såsom jourhavande förstavårdare, som kräver tilläggsutbildning och som kan hjälpa till att skapa en ny vårdmodell inom sjukvårdsdistriktet.

Dessutom hoppas det kunna erbjuda lösningar för de ofantliga förändringar och behoven som finns inom sjukvården. (O'Meara, Stirling, Ruest & Martin, 2016)

Prehospitala akutsjukvården lever i ständig förändring och processer måste utvecklas för att kunna hitta så effektiva och patientorienterade modeller som möjligt. Det minskande antalet vårdplatser vid vårdinrättningarna samt den växande överbelastningen på de jourmottagningarna leder till att behovet av lösningar ökar för att stödja boendet hemma så länge som möjligt. (Perehdyskansio, Soite) Det finns även ett akut behov av att etablera nya hälsovårdsmodeller i grundvården för att minska trycket på hemvården (Rasku et.al., 2021). Syftet med att utveckla processerna är även att hitta patienter som gynnas av tidigt påbörjad behandling. Hittills har jourhavande sjukskötare arbetat på akutmottagningar men avsikten är att implementera den jourhavande sjukskötarens kompetens även utanför sjukhuset till den prehospitala akutsjukvården (Perehdyskansio, Soite).

För att implementera den jourhavande sjukskötarens uppgifter i förstavården så krävs innovativa lösningar. Den finska regeringen reglerar både kundorienterad och centraliserad hälso- och sjukvård. Enligt deras förslag skulle en enmans bemannad förstavårdsenhet kunna leverera en icke akut vårdbedömning av patienter. Enheten skulle utföra mindre vårdåtgärder utöver de akuta tjänster som delges av ambulansenheter. (Rasku et.al., 2021)

Förstavårdscentralen på Soite, som ligger i Mellersta Österbotten sjukvårdsdistrikt, startade 1.6.2019 ett pilotprojekt, där sju heltidsanställda förstavårdare utbildats till jourhavande sjukskötare. De jourhavande sjuksköterna är bemannade på ambulansen och har utöver de uppgifter som förstavårdare/sjukskötare på vårdnivå har, även befogenhet att utföra andra uppgifter såsom bredare bedömning av vårdbehovet samt att effektivisera vårdkedjan (Förstavårdscentralen, Soite). Det finns ingen officiell svenskspråkig yrkesbeteckning för dem som deltagit i skolningen, men i denna studie kommer jourhavande förstavårdare att användas.

Som underlag i denna forskning betraktas studier med internationella modeller av förstavårdare som har ytterligare skolning eller mer erfarenhet att arbeta som en "*Community paramedic*"(CP). Det finns ingen direkt översättning för Community

paramedic men både *community paramedics* och jourhavande förstavårdare har liknande arbetsuppgifter.

Community paramedicine, är en innovativ och utvecklande modell av hälso- och sjukvård, som tillåter förstavårdare att fungera utanför den traditionella akut- och transportinsatsen i ett försök att resurserna förs över till primärvården. En *community paramedic* arbetar för att öka tillgången av primär- och förebyggande vård i hemmet samt för att minska belastningen på akutmottagningarna. De är inte avsedda att ersätta andra sjukvårdsmodeller som redan finns utan verka tillsammans för att komplettera och förbättra modellerna. (California Emergency Medical Services Authority, 2013)

Till skillnad från den enmans bemannade enheten som regeringen föreslagit och som förekommer i vissa delar av landet, har Soite beslutat alltså att testa jourhavande förstavårdare i befintliga ambulanser och har därför även möjlighet att transportera vid behov, utan att tillkalla extra resurser. Denna studie har som avsikt att kartlägga och beskriva betydelsen av jourhavande förstavårdare i prehospital akutsjukvård i Mellersta Österbotten sjukvårdsdistrikt.

2 Bakgrund

Den traditionella modellen för ambulansen har fokuserat på transport av sjuka och skadade till sjukhus. Utvecklingen av den prehospital akutsjukvården drivs av många faktorer, såsom användning av akutmottagningar och sjukhustjänster, en åldrande befolkning och förekomsten av hälso- och sjukvård speciellt i regionala områden. Förekomsten av kroniska sjukdomar, brist på arbetskraft, samt den pågående fortbildningen av förstavårdare tvingar hälso- och sjukvården att utvecklas. Därutöver specialiseras förstavårdarna i roller utöver den traditionella, *stretcher bearers* = bårbärare, till den nya beredskapsmodellen jourhavande förstavårdare (Long, 2019). Enligt förstavårdare definieras högkvalitativ vård inom den prehospitalen akutsjukvården som; att ge snabb akutvård på plats, att förhindra försämring av patientens tillstånd, att ge individanpassad helhetsvård, ordna säker

uppföljningsvård samt att trygga säkerheten för patienten, anhöriga och för personalen på plats och under transport. (Salminen-Tuomala, Leikkola & Paavilainen, 2015)

När förstavårdare utbildas till jourhavande sjukskötare så kan man använda begreppet jourhavande förstavård, vilket skiljer sig från begreppet prehospital akutsjukvård bara i den utsträckning att det finns utbildade jourhavande förstavårdare som jobbar på fältet.

Elden, Uleberg, Lysne & Haugdahl (2020) framhåller i sin artikel att modeller för jourhavande förstavård har utvecklats runt om i världen som ett resultat av förändringar i behoven inom hälso- och sjukvården, olika krav på förbättring, samt på grund av demografiska förändringar. Den traditionella rollen för ambulanspersonal har främst varit att förse befolkningen med akuta vårdinsatser och transportera patienter till sjukhus. Som ett svar på brister i vårdtjänster i samhället samt den växande professionaliseringen av den prehospitalla arbetskraften har det utvecklats en ny vårdmodell för förstavårdare. Olika termer används för *community paramedic*, men denna benämning har godkänts internationellt (Elden et.al., 2020). Det har framkommit att jourhavande förstavård har minskat användning av akutvård för icke akuta nödsamtal, men för personalen i förstavården kommer det att innebära nya krav (Raksu, et.al., 2021).

En omfattande granskning år 2019 identifierade kärnkomponenterna i jourhavande förstavård såsom "*samhällsengagemang, samarbete, patientfokusering, förebyggande, kostnadseffektivitet och patientupplevelser*" (Rasku et.al., 2019). Granskningen presenterade evidens för hur jourhavande förstavård bidrog till en förbättring av vården, bland annat att förstavårdarna arbetar i ett brett spektrum som förser samhället med vård och behandling som kan riktas till patienter i olika åldrar med olika hälso- och sjukvårdsliga eller sociala problem. Förstavårdarna fungerar även som handledare för att hjälpa navigera patienten till de mest lämpliga vårdtjänsterna. En aspekt som bör tas i beaktande är att skolningen till jourhavande förstavårdare sätter större krav på förstavårdarnas färdigheter och kompetens när de engagerar sig i patienternas och familjernas vårdbehov. (Rasku, et.al, 2019) Denna granskning ger bevis för att det är viktigt att utbilda jourhavande förstavårdare men för att undvika yrkesmässiga skillnader behöver de även stöd från organisationen. De förstavårdare som är verksamma inom jourhavande prehospitalk akutsjukvård välkomnar varmt utbildningstillfällen där de kan utöka sin kunskap och sina

färdigheter. Samtidigt kvarstår faktumet att för att åstadkomma nya sätt att tänka så krävs lämplig attityd för att ta kunskaperna och färdigheterna till nästa nivå. Forskarna anser dock att ytterligare studier behövs för att utforska och analysera möjligheterna för dessa kärnkomponenter inom jourhavande förstavård för att förbättra patientens upplevelser, effektivitet, kvalitet samt att minska kostnaderna i den anpassade primärvården. (Rasku et.al., 2019, 2021)

Feedback av patienterna ger evidens för att *community paramedics* är ett välkommet koncept när det kommer till förstavård i icke-traditionella roller och i strävan till en förebyggande hälsovård. Detta stöder forskarnas strävan att undersöka den potentiella utvecklingen av jourhavande förstavård på landsbygden i Australien, för att möta identifierade hälso- och sjukvårdsbehov. (Martin, O'Meara & Farmer, 2016) På landsbygden i Ontario, Kanada, utfördes en studie om patienternas uppfattning och upplevelser av jourhavande förstavårdare. Studien resulterade i några huvudteman sammankopplade till ärendet; utvecklad övervakning av hälsotillståndet; tillgång till primärvård nära hemmet; förbättrad känsla av säkerhet och stöd för sårbara invånare i samhället. Men även förbättrade förkunskaper för patienten och befogenhet för uppgraderad hälsoadministration. (Martin, et.al., 2016)

Prehospital akutsjukvård idag omfattar globalt och successivt nya vårdparadigm, inklusive palliativ vård i ett försök till förbättrat helhetsstöd för patienter hemma. Dock kommer inte användning av förstavårdare i sammanhang för palliativ vård utan utmaningar. En studie gjord i Kanada visade att trots att en stor del av patienter har en önskan att få dö hemma, transporterades över hälften av de patienter som behövde palliativ vård till en akutavdelning eller sjukhus. Förstavårdarna i studien upplevde det svårt att acceptera att "inte rädda liv" även om förstavårdare verkade ha en sund förståelse för viktiga aspekter i den palliativa vården. Kärnan i frågan kan ligga i bristen på förtroende och kompetens för hantering av palliativa patienter på grund av upplevd brist i utbildningen för förstavårdare. (Long, 2019)

Primärvård är inte individfokuserad eller sjukdomsinriktad till skillnad från förstavården. Vård ges till den behövande, där sjukdomar kan orsaka somatiska, mentala eller sociala problem. Den jourhavande förstavårdaren anser att deras vårdbedömning av patientens

behov är mer holistisk och tycker sig ha mer tid att bedöma vårdbehovet. Samt kunniga att se anhöriga som resurs i vårdandet av patienten, och granska riskerna i omgivningen innan något beslut tas. De jourhavande förstavårdarna framhäver att de flesta patienter inom primärvården är äldre och bor antingen ensamma eller med partners som också kan behöva stöd. Fysiska besvär är oftast den bakomliggande orsaken till varför patienter behöver socialt stöd. (Rasku, et.al, 2021) Förstavårdarna hjälper patienter med fysiska besvär oftast nattetid eller på helger när hemsjukvården inte är tillgänglig. De fyra kännetecknande momenten i rollen som jourhavande förstavårdare är; bedömning, hänvisning, utbildning och kommunikation (Vuuren, Thomas, Agarwal, MacDermott, Kinsman, Omeara & Spelten, 2020).

Användning av dokumenterade vetenskapliga bevis är ett bra evidensbaserat tillvägagångssätt för att få användbar kunskap och hjälp till implementering av jourhavande förstavårdare på landsbygden (Elden, et.al., 2020). I Hälso- och sjukvårdslagen står det att verksamheter inom vården ska baseras på evidens, goda rutiner och god vårdpraxis, samt all säkerhetsplanering och riskbedömning inom organisationerna måste utgå från patienterna och säkerställa att de får en säker vård av hög kvalitet (Finlex, 30.12.2010/1326. 1 kap 8§). En kvalitetsmanual utgiven av finska myndigheter listar fyra faktorer som är avgörande för kvaliteten för hälso- och sjukvården. De består av; kvalitet i kundbetjäning, den ska vara patientcentrerad och aktuell. Klinisk kvalitet, såsom kompetens. Processens kvalitet, smidigt drivande av tjänsterna och effektivitet. Salminen-Tuomala et.al. (2015) menar att patientsäkerheten är en kritisk komponent av kvaliteten inom förstavården. I framtiden kan många vårdares roller förändras och bredare kompetensutveckling vara nödvändig. Vården bör dock förbli fokuserad på kvalitet och säkerhet (Rasku, et.al, 2021).

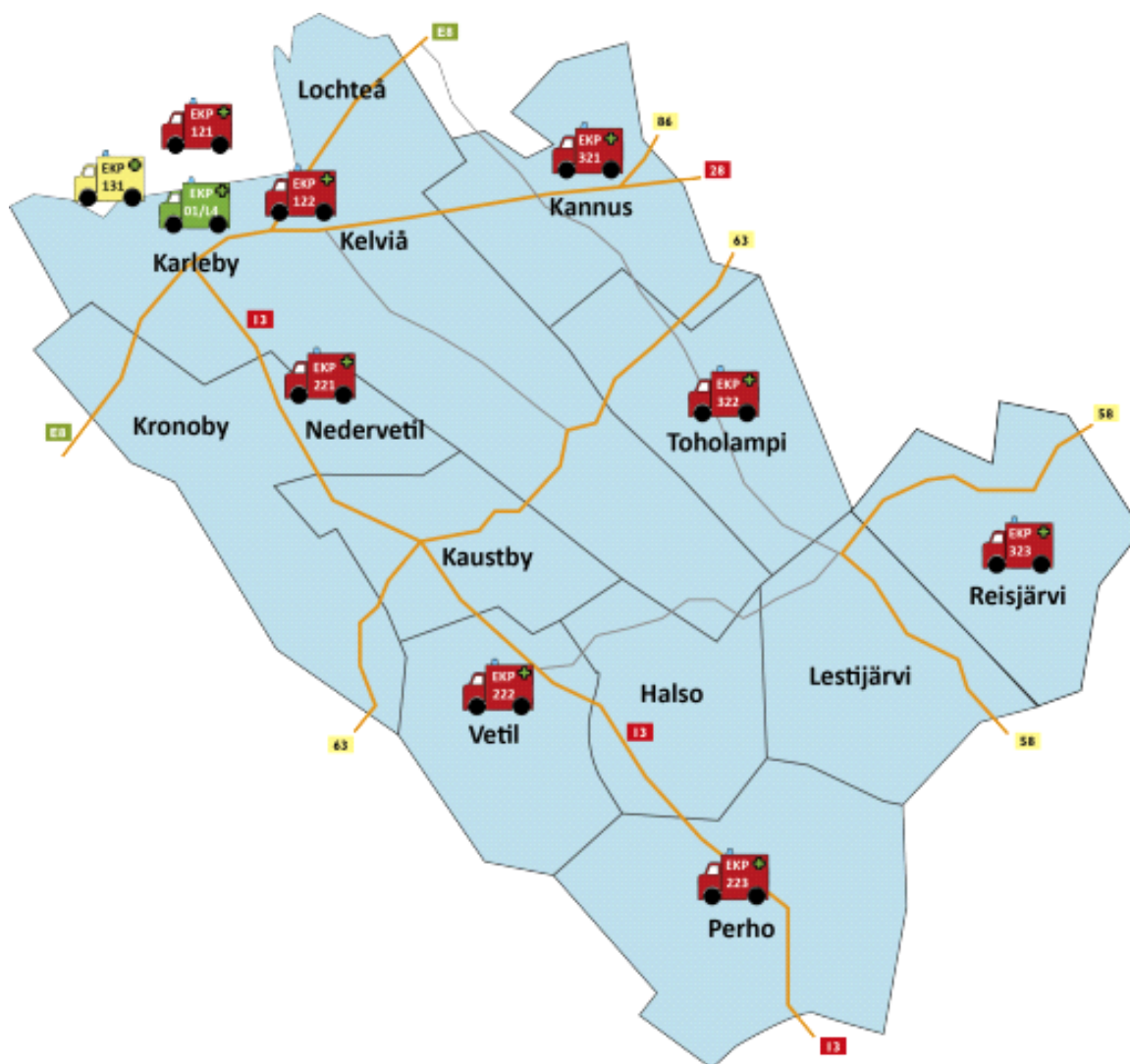
I strävan efter att främja patientsäkerheten måste man, som en viktig kvalitetsfaktor, även ha i åtanke att se bortom den fysiska aspekten av vården. För att kunna känna sig trygg behöver patienten också stöd. Detta kan framföras via kommunikation för att förse patienten med stabilitet och balans efter en akut händelse. (Salminen-Tuomala, et.al., 2015) Förstavården kan vara den enda kontakten som personer med alkoholism, social utslagning eller psykiska problem har med social- och hälsovården. Det är avgörande att

ett väl fungerande samarbetsnätverk utvecklas och underhålls mellan primärvården, socialen, hemsjukvården, missbrukarvården och förstavården (Salminen-Tuomala, et.al., 2015).

Social- och hälsovårdsministeriet nämnde i sitt beslut, 111/2017 (2017) en ny modell för att förbättra servicenivån och ge en jämlik tillgång till prehospital akutsjukvård. I modellen framförs en möjlighet till att ha en förstavårdsenhet som är bemannad med en förstavårdare och har som uppgift att bedöma patienters vårdbehov, inleda omedelbar vård och stödja andra enheter vid behov, men inte transportera patienter (Sosiaalija terveysterveysministeriö 2017). På ett flertal sjukvårdsdistrikt i Finland har denna modell redan införts.

3 Förstavårdscentralen på Soite

Soites förstavårdscentral organiserar förstavårdsservice och ansvarar för den akuta förstavårdsservicen i Mellersta Österbotten, samt för transportuppdrag mellan vårdanstalterna i området. Förstavårdscentralens verksamhet är fördelat på åtta stationer i området (*figur 1*) och har jour dygnet runt varje dag, året om. Den dagliga beredskapen består av 10 förstavårdsenheter, ambulanser, som sammanlagt utför cirka 15 000 larm- och förflyttningsuppdrag per år. Förstavårdscentralen organisation där cirka 100 anställda vårdare ansvarar för områdets dagliga prehospitala akutsjukvård. Tillsammans utförs denna uppgift i samarbete med socialväsendet, hälso- och sjukvårdstjänsterna och andra myndigheter såsom polisen, räddningsverket, gränsbevakningsväsendet. Förstavårdscentralens verksamhet leds dygnet runt av förstavårdens jourhavande fältchef. (Förstavårdscentralen, Soite u.å.)



Figur 1. Förstävårdscentralens verksamhetsområde (Soite, u.å.)

Förstävårdscentralens verksamhet har administrativt delats in i tre förstävårdsområden.

Förstävårdsområde 1 – I Karleby, där fältledningsenheten EKP01 samt förstävårdsenheterna EKP121 och EKP131 är stationerade. Vid stationeringsplatsen i Kelviä finns förstävårdsenheten EKP122.

Förstävårdsområdet 2 – Kronoby och Perho ådal. Här ligger Nedervetil stationeringsplats och förstävårdsenheten EKP221. Vid stationeringsplatsen i Vetil finns förstävårdsenheten EKP222, och i Perho finns förstävårdsenhet EKP223.

Förstävårdsområde 3 – Lestijokidalen och Reisjärvi. Här befinner sig Kannus stationeringsplats och förstävårdsenheten EKP321. Vid stationeringsplatsen i Toholampi finns förstävårdsenheten EKP322 Samt i Reisjärvi förstävårdsenheten EKP323.

Alla förstävårdsenheter är identiskt utrustade. (Soite. Förstävårdens stationer och enheter u.å.)

3.1 De som arbetar inom akutsjukvården och primärvården

Inom den prehospitla akutsjukvården kan man arbeta med olika yrkesutbildningar; närvårdare, medikalvakmästare, sjukskötare eller förstavårdare. Beroende på de olika utbildningarna arbetar man endera på grundnivå eller vårdnivå.

Personal i prehospitla akutsjukvården som arbetar på grundnivå kan vara personal med yrkesbeteckning för yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning såsom närvårdare (Förordning om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 564/1994 §1) som har grundexamen inom social- och hälsovård, akutsjukvårdare och räddningsman på **grundnivå**. Sjukskötare kan även arbeta på grundnivå om den har utfört nationella provet för grundnivå i prehospitla akutsjukvården. Men i enheten behövs en person som har utlagt både det grundläggande provet för grundnivå samt tillräcklig erfarenhet, utbildning och arbetspraktik.

Social och Hälsovårdsministeriets förordning om akutsjukvårdstjänsterna (340/2011) definierar personal på **vårdnivå** enligt förordningen §8, en som avlagt examen på akutsjukvårdare (YH) eller en sjukskötare som avklarat akutsjukvårdsspecialisering med sammanlagt 30 studiepoäng i samarbete med sådan yrkeshögskola som har läroplan om akutsjukvård godkänt av Undervisnings- och kulturministeriet. Professionella på vårdnivå har en bredare behörighet i läkemedelsanvändning och vårdåtgärder, ideligen i ansvar. Förutom professionella på vårdnivå förekommer krävande vårdnivå, dessa har ytterligare behörighet inom vårdåtgärder och läkemedelsbehandling, de tjänstgör som fältchefer. De olika nivåerna tenderas med jämna mellanrum.

Som samarbetspartners har den jourhavande förstavårdaren **Expertsjukskötare – Specialistsjukskötare**. De arbetar oftast på hälsovårdscentralernas mottagningar. Utbildningen för dessa omfattas av specialiseringsutbildning eller fortbildning i mån av 30 – 60 studiepoäng. Arbetsbeskrivningen går ut på att tillämpa specialkompetens i sjukskötaruppgifterna. I praktiken betyder det att omsätta evidensbaserade kunskaper och fungera som handledare, att ge stöd inom det egna specialiseringsområdet och berörande

evidensbaserad praxis. (Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja & Suutarla, 2020)

En **jourhavande sjukskötare** är verksam i allmänhet vid hälsostationernas brådskande mottagningar eller vid samjouren. De har avlagt tilläggsutbildning förutom sjukskötarexamen, och vissa har även specialutbildning med en rätt att ordinera en begränsad mängd läkemedel. (Jourhavande sjukskötare, Soite u.å.) I nästa kapitel tydliggörs grundligare den jourhavande förstavårdarens behörigheter.

3.2 Jourhavande förstavårdare

Den jourhavande förstavårdarens arbetsuppgifter i den prehospitla akutsjukvården är bredare än akutvård på vårdnivå. Uppgifterna är trots detta av den karaktär som stöder prehospitla akutsjukvården och den allmänna operativa situationen på fältet kommer att fortsätta att prioriteras i alla lägen. Den jourhavande förstavårdarens uppgifter baseras på en skyldighet att följa gemensamt överenskomna vårdmodeller och konsultationsmetoder. I all verksamhet följs regionala vårdriktlinjer och nationella vårdrekommendationer. (Päivystävän sairaanhoitajan toimivaltmääräys, Soite u.å.)

Huvudmålet med införingen av jourhavande förstavårdare är att minska läkarnas arbetsbelastning genom att utbilda erfarna förstavårdare att kunna utföra en bredare bedömning av vårdbehovet inom prehospitla akutsjukvården, samt producera snabba och kostnadseffektiva vårdkedjor (Perehdyskansio, Soite u.å.). Utbildningen som de första jourhavande förstavårdarna i Soite avklarar omfattade föreläsningsundervisning, grupphandledning, studier online, skriftliga uppgifter, självstudier och praktik på arbetsplatsen. Praktiken förverkligades tillsammans med en jourhavande sjukskötare och ansvarig läkare. Utvärderingen genomfördes via bekräftelse av kompetens via bevis på praktisk kunskap och separata skriftliga rapporter som godkänts av akutmottagningens överläkare. (Täydennyskoulutus, Soite u.å.) Den jourhavande förstavårdarens delar av utbildningen och de uppgifter som tillkommit i arbetsuppgifterna är:

Samarbete med experter. Den jourhavande förstavårdarens har en bredare sakkunskap inom hälso- och sjukvården än förstavårdare på vårdnivå. Detta möjliggör ett bättre samarbete mellan expertsjukskötare som till exempel diabetes- och hjärtskötare.

Bedömning av vårdbehovet och vägledning av patienter. Patientinriktad vård och högkvalitativ behandling minskar onödiga dejour besök. Den jourhavande förstavårdaren har en bredare kapacitet att vägleda hemvården samt att kunna vägleda patienter för lämplig användning av hälso- och sjukvården. Om det inte finns skäl till ett läkarbesök direkt kan den jourhavande förstavårdaren placera patienten direkt i Lestijokidalens eller Perhojokidalens sjukskötares tidsbokningslista. Detta innebär att patienten kommer kontaktas via telefon från vårdcentralen. Den jourhavande förstavårdaren kan även genomföra kontroller av laboratorieprover.

Mindre olyckor. Jourhavande förstavårdarna har tack vare sin skolning lov att suturera ytliga sår enligt givna föreskrifter. Jourhavande förstavårdaren har även lov att kontrollera vaccinationskort. Om de har fullgjort vaccinationstillstånd har de även lov att ge bland annat tetanus booster.

Sjukskrivning 1–5 dagar. Vid behov kan den jourhavande förstavårdaren skriva sjukintyg till arbete eller skola för 1–5 dagar redan då förstavårdsenheten är på plats. Vid behov kan även sjukledighetsintyg för föräldrar till sjukt barn inkluderas. Vid akut kris kan de även skriva sjukledighet 1–5 dagar för en anhörig, men i detta fall uppmärksammas en planering för uppföljning. Dessa åtgärder har tidigare krävt extra besök till någon hälso- eller sjukvårdsenhet.

Mental hälsa och problem med missbruk. För patienter som hör till dessa grupper kan den prehospitala akutsjukvården vara den enda kontakten med hälso- och sjukvården. Här betonas vikten av vägledning för dessa patientgrupper. I icke brådskande fall uppkommer samarbete med den psykiatriska sjukskötares. Den jourhavande förstavårdaren har i icke brådskande fall möjlighet att placera patienten direkt i den psykiatriska sjukskötares tidsbokningslista. På fältet är det även möjligt att göra mini-interventioner, dvs medlingar som inte kräver så lång tid.

Samarbete med socialarbetarna. Flera patienter som prehospitla akutsjukvården stöter på, lider av ett eller flera social- eller hälsorelaterade problem. Syftet är att den jourhavande förstavårdaren ska identifiera, förutom det eventuella hälsoproblemet, även om det finns uppenbara behov av socialvård och rapportera eventuella behov till socialtjänsten.

Rörelseorganens- och muskuloskeletala sjukdomar. I den prehospitla akutsjukvården är det betydligt vanligare med patienter som lider av besvär i rörelseorgan, muskler och skelett. Oftast är problemet kroniskt, i akuta fall handlar det mest om mindre trauman. Den jourhavande förstavårdaren kan göra en bredare bedömning av behovet av behandling och identifiera kritiska symtom som kräver omedelbar behandling. Till läkarens bedömning hör olika knäskador, traumatisk ryggsmärta och situationer där patienten inte klarar av att använda extremiteten. Skador som kräver röntgen hänvisas direkt till läkare för utvärdering. Med korrekt genomförda hemvårdsinstruktioner kan den jourhavande förstavårdaren undvika onödiga jourbesök för patienten. Utöver dessa åtgärder har den jourhavande förstavårdaren även möjlighet att boka tid direkt till en fysioterapeut.

Bredare användning av Lifecare, till exempel tidsbokning och laboratoriehänvisningar.

För tillfället använder prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten det elektroniska patientjournalssystemet Lifecare för att ta reda på patienternas bakgrundsinformation, skriva in utförda åtgärder och skriva in patienten på akuten. Den jourhavande förstavårdaren kan använda systemet i större utsträckning som att boka tider, ordna uppföljande vård och skriva remisser för patienter. Deras kompetens kan användas för en effektivare kommunikation med andra parter som till exempel meddelanden via Lifecare. (Päivystävän sairaanhoitajan toimivaltamääräys, Soite u.å.)

4 Syfte och frågeställningar

Soite vill se implementeringen av den jourhavande förstavårdaren inom första vården som en bredare helhet såsom en faktor i hela jourverksamheten och social- och hälsovårdens serviceprocess och utveckling. Förstavården lever i en konstant förändring och verksamheten bör utvecklas för att hitta de mest patientorienterade och effektiva verksamhetsmodellerna. Syftet med att utbilda jourhavande förstavårdare inom den prehospitla akutsjukvården är att lätta på läkarnas arbetsbörda. Detta genom att redan vid förstavårdskontakten göra en bredare kartläggning av vårdbehovet samt framställa snabba och kostnadseffektiva vårdkedjor.

Uppdragsgivare för denna studie är Förstavårdscentralen Soite, som började med projektet Jourhavande förstavårdare på ambulansen 1.6.2019. Förstavårdscentralen Soite är den första i Finland som tillfört jourhavande förstavårdare till ambulansen. Ambulanserna som är bemannade med jourhavande förstavårdare är stationerade i glesbygden. Orsaken till studien är att projektet, som ännu fortgår och är under utveckling, behöver en undersökning om betydelsen både för arbetsgivare, arbetstagare och samarbetspartners samt för att få en inblick i patientarbetet.

Syftet med den här studien är att kartlägga och beskriva betydelsen av jourhavande förstavårdare i prehospitla akutsjukvård på följande sätt:

- Visar statistiken på uppdragen för prehospitla akutsjukvård någon skillnad om ambulansen är bemannad med en jourhavande förstavårdare jämfört med bemanning av förstavårdare på vårdnivå?
- Upplever de jourhavande förstavårdarna en tillräcklig kompetens för sina jourhavande uppgifter?
- Vilken betydelse har en jourhavande förstavårdare för prehospitla akutsjukvården?
- Hur fungerar samarbetet i jourverksamheten mellan jourhavande förstavårdare och mottagande expertsjukskötare?
- Vilken betydelse har en jourhavande förstavårdare för patienten i den prehospitla akutsjukvården?

5 Teoretisk referensram

Utifrån syftet har respondenten valt Ida Jean Orlandos interaktionsteori som teoretisk referensram. Orlandos teori ser på hur interaktionen mellan sjukskötare och patient skapas utifrån patientens och sjukskötarens beteende, handlande och reaktioner. Orlando var en av de första omvårdnadsledarna som betonade detaljerna i omvårdnadsprocessen och den avgörande betydelsen av patientens medverkan i omvårdnadsprocessen. Patientens behov av hjälp, sjukskötarens reaktion på detta och sjukskötarens agerande är faser i omvårdnadsprocessen som sker i ett ömsesidigt samarbete mellan sjukskötare och patient. (Fischer, Marriner-Tomey, Mills & Sauter, 1994, 331)

5.1 Orlandos interaktionsteori

Orlando anser att det faktum att hon sökte information genom att observera omvårdnadssituationer, är den huvudsakliga faktorn som påverkat hur hon utvecklat sin teori. Hon skapade sin teori genom att begreppsliggöra denna data som samlat in. Litteraturen stöder faktumet att teorin kan vara till hjälp för att uppnå värdefulla resultat inom omvårdnad. Att identifiera patienters vårdbehov och sjukskötares förmåga att möta dessa behov är nyckelelement i praktisk omvårdnad. (Fischer, et.al., 1994, 331, 339)

När man tillgodoser behoven enligt Orlandos teori i omvårdnadsprocessen så kommer man på bästa möjliga sätt kunna hjälpa patienten att delta i sin egen vård. Många forskare har kunnat visa att en sjukskötare kan säkerställa och tillfredsställa en patients behov genom styrd professionell yrkesutövning. Orlando påpekade vikten av att fråga om och lyssna på patientens egna upplevelser och känslor för att hitta patientens individuella omvårdnadsbehov. Omvårdnadsteorin betonar den ömsesidiga interaktionen mellan patient och sjukskötare och hur båda påverkas av vad den andre säger och gör. (Fischer, et.al., 1994, 331, 339)

Metoden för omvårdnadsprocessen stöder sjukskötare att se på patienten från sitt eget perspektiv i stället för att göra en bedömning utifrån det medicinska sjukdomscentrerade

perspektivet. Orlando kan ha bidragit till att sjukskötare har utvecklat sitt logiska sätt att tänka och inte längre nöjer sig med att bara följa läkarens order. (Fischer, et.al., 1994, 331, 339) Orlando hävdar att en patient kan bli orolig när hen utsätts för en miljö som hen inte kan kontrollera. Dye, M. (1963) presenterade i *American Journal of Nursing* empiriska bevis för att stöda detta påstående när han undersökte förtydligande av patienternas behov. Han fann att ångesten hos patienterna var en reaktion på sjukhusmiljön snarare än deras egen sjukdom. (Fischer, et.al., 1994, 338)

5.2 Orlandos huvudantaganden

Orlandos definierar sin modell med fem huvudantaganden: 1) *Antagandet om omvårdnad* 2) *Antagandet om patienten* 3) *Antagandet om sjukskötaren* 4) *Antagandet om interaktionen mellan sjukskötare och patient* och 5) *Antagandet om förbättring* (Fischer, et.al., 1994, 332).

Antagandet om omvårdnad beskriver att omvårdnad är en specifik profession. Fokuset som den professionella omvårdnadens har är i vad patienten upplever hen behöver för att möta hens behov. Exempelvis att skydda hens fysiska och psykiska välbefinnande eller lindra omedelbart obehag så långt som möjligt under omvårdnaden. (Fischer, et.al., 1994, 332)

Antagandet om patienten handlar om patientens beteende. Alla patienter är olika och unika och Orlando betonar att patienter förmedlar sina behov både verbalt och icke-verbalt. Hon poängterar att människor ibland kan tillfredsställa sina behov på egen hand, men när de inte kan göra det så kan det skapa orosmoment för dem. Utifrån detta argumenterar Orlando att skickliga sjukskötare främst bör fokusera på patienter som inte tydligt kan uttrycka sina behov av hjälp. (Fischer, et.al., 1994, 333)

Antagandet om sjukskötare handlar om att sjukskötaren uttrycker sin omedelbara reaktion till patienten och framför tydligt att det är hens egen uppfattning och yrkar sedan om patientens bekräftelse eller rättelse. Handlingen är ett resultat av sjukskötarens reaktion i en enskild och specifik situation. Sjukskötaren ska se till att patientens vårdbehov

tillfredsställs antingen genom att själv agera direkt eller indirekt med hjälp av andra. Den själva operativa processen startar när sjukskötaren initierar interaktionsprocessen mellan sjukskötare och patient. Detta kallas också för omvårdnadsprocess. Sjukskötaren bör ta i beaktande patientens inställning i vårdrelationen, det har påvisats att agerande utan samråd med patienten och reflexmässiga reaktioner ofta har dålig effekt på vården och vårdförhållandet. (Fischer, et.al., 1994, 334)

Antagandet om interaktionen mellan sjukskötare och patient handlar om en process som uppstår mellan båda parterna genom växelverkan. Den professionella sjukskötarens ord och handlingar påverkar patienten i denna process och det är påvisat att om sjukskötaren förstår patientens beteende är patienten mer öppen att uttrycka sina problem. Det är effektivare och mindre tidskrävande för sjukskötaren att försäkra sig om att patienten inser hur hen betar sig, för då får sjukskötaren en objektiv bekräftelse på den noterade fysiska impulsen. Vårdåtgärder grundade i omtanke och som är motiverade för att vårdaren vill identifiera och tillgodose patientens omedelbara behov av hjälp är den grundläggande uppgiften i professionell vård. Utförandet av genomtänkt vård kräver att vårdgivaren presenterar sina tankar och känslor och får bekräftelse eller rättelse av patienten. På detta sätt kan sjukskötaren och patienten ta reda på vilken vårdåtgärd som bäst kan uppfylla patientens behov av hjälp. (Fischer, et.al., 1994, 334)

Antagandet om förbättring syftar på att bli bättre att utvecklas och göra saker så bra som möjligt. Syftet med vård är att ge den hjälp en patient behöver för att tillfredsställa hens behov. Slutligen analyserar och reflekterar sjukskötaren på sina nya fynd för att se om hens handlingar lindrade patientens smärta eller ohälsa, om inte så går man igenom processen från början. (Fischer, et.al., 1994, 336)

6 Metod

Den här studien har två forskningsmetoder som använts i två separata delar. Studien första del innefattar en kvantitativ metod med genomgång av statistik på en förstavårdsenhet. Målet är att identifiera skillnader mellan året som enheten har en jourhavande förstavårdare med året innan då enheten var bemannad med enbart förstavårdare. En kvantitativ forskningsmetod lämpar sig bäst när man vill förstå ett sammanhang av data som inte är direkt synligt utan kan framträda i efterhand. Metoden omfattar matematiska tillvägagångssätt för att analysera siffror och uppgifter som kan betecknas med siffror. (Eliasson, 2013, 27, 29)

Del två av studien använder den kvalitativa forskningsmetoden innehållandes intervju som utförs med de professionella som är delaktiga i Soites pilotprojekt om jourhavande förstavårdare. Planen var att de svar som kommit in från den kvantitativa delen skulle ge stöd till och delvis forma frågorna till den kvalitativa delens intervjuer. Att kombinera olika metoder tillför en studie flera infallsvinklar, även kallat triangulering, och ger vanligen en mer fullständig bild än vad endast en metod kan åstadkomma. Därför ses det som fördel att kombinera kvantitativa och kvalitativa metoder särskilt om studien är omfattande. (Eliasson, 2013, 30, 32)

6.1 Del I Kvantitativ data

Studiens första del innefattar kvantitativ datainsamling och med hjälp av analytisk statistik kommer data analyseras från statistiken på den utvalda förstavårdsenheten. Datamaterialet av statistiken består av procentuella tal, tidsmässiga beräkningar, olika akutvårdsuppdrag i form av koder och antalet uppdrag. Datamaterialet behandlades som kvot- och intervallvariabler och analyserades i dataprogrammet Excel.

Soites pilotstudie för jourhavande förstavårdare har startat 1.6.2019 på förstavårdsenheten EKP 321 som är stationerad i Kannus. Jämförelsen av uppdrag har genomförts under 3 månader. Genom att se på uppdrag utförda år 2019 med vanlig bemanning och 2020 då enheten var bemannad med en jourhavande förstavårdare. Data

om uppdragen för den givna tidsperioden, mars till maj 2019 och mars till maj 2020, fick respondenten av förstavårdschefen. Data som samlades in var uppgifter om uppdragens datum och tid, larmkod, tid hur länge enheten varit på plats och transport- eller x-kod. Respondenten fick även tillgång till data på den jourhavande förstavårdarens gjorda uppgifter och tidsuppfattning om hur länge de spenderat tid på uppdraget. Dessa uppgifter blev införda i en Excel tabell med kryss i rutan system.

I jämförelsen ingick:

- Uppdragens användningsgrad, till exempel har den jourhavande förstavårdarens uppgifter ökat graden av användning?
- Hur många uppdrag har patienter inte blivit transporterade och kan man se en skillnad i data med en jourhavande förstavårdare bemannad på ambulansen?
- Hur lång tid har uppdragen tagit?
- Hur många uppdrag omfattades av jourhavande förstavårdarens uppgifter?
- Hur lång tid utöver uppdragen har förstavårdarens spenderat på jourhavande uppgifter?

6.2 Analys av del I

För att analysera studiens kvantitativa del användes dataprogrammet Excel för att ta fram beskrivande värden. Diagram och tabeller användes för att åskådliggöra variablernas fördelning och ransonering.

Enhetens användningsgrad och andelen transporter, x-5 (en vårdbedömning har gjorts och patienten behöver inte transport av förstavården) och x-8 (patienten har fått vård hemma av förstavården och behöver inte transport) koder beräknades procentuellt, som visar jämförelsen mellan åren 2019 och 2020. Analyseringen av tiden som den jourhavande förstavårdaren spenderade på uppdraget uppskattades och för att intervall- och kvotvariablerna har siffervärden beräknades medelvärdet. Medelvärdet och standardavvikelsen beräknades på den tid som jourhavande förstavårdare spenderade på uppdragen, detta för att antalet var olika många åren 2019 och 2020, men även för att tiderna hade olika låga och höga värden. Medelvärdet är känsligt för extremt höga och låga svar, något som medianen inte är. Medianen delar upp svaren i två lika stora grupper och

genom att jämföra medianen med medelvärdet får man ett spridningsmått även kallat standardavvikelse (Eliasson, 2013, 68). Tiden spenderad på plats analyserades även med t-test för att mäta tillförlitligheten. För att se ifall skillnaden om två olika variabler är tillräckligt stora för att vara statistiskt signifikant mäter man skillnaden mellan dem med hjälp av oberoende variablers t-test, *Independent Samples test*. Relativt lika mått på standardavvikelse är viktigt för att kunna tolka testet rätt (Eliasson, 2013, 134).

Uppgifter som den jourhavande förstavårdarens utfört under uppdragen summerades och placerades i tabellformat i Excel där de sedan analyserades. I de jourhavande förstavårdarnas Exceltabell förekom även uppskattad tid som de hade spenderat på varje uppdrag. Respondenten subtraherade tiden från uppdraget som fanns från tidigare data, och sammansatte med tid som blev över för att få en sammanfattning av hur mycket tid som den jourhavande förstavårdaren lagt ner på sina jourhavande uppgifter under uppdragen. Denna tid innebar hur länge de spenderat på station för till exempel dokumentation i patientjournaler. I analysen framkom det att tre jourhavande uppgifter utfördes mera än andra under uppdragen.

6.3 Del II Kvalitativ data

Andra delen av studien innefattar den kvalitativa datainsamlingen. Intervjuer gjordes med 5 jourhavande förstavårdare och med 5 expertsjukskötare, det vill säga de samarbetspartners som jourhavande förstavårdare kommer i kontakt med. Intervjufrågorna var semistrukturerade och alla deltagare fick samma frågor. Grunden till intervjufrågorna baserades på aspekter och resultat från tidigare studier som respondenten använt i bakgrundsforskningen samt data som kommit fram i den kvantitativa delen angående enhetens uppdrag.

Som kvalitativ forskningsmetod så ger intervjuer en ypperlig möjlighet att bilda en uppfattning om deltagarnas erfarenheter och åsikter. Synen på nyttan med jourhavande förstavårdare på ambulansen kan variera mellan deltagarna i processen, som i sin tur kan

leda till en bredare insikt. Danielsson (2013) hävdar att Kahn och Canell menar att det bör finnas ett särskilt syfte med intervjun som med samspel av specifikt innehåll koncentrerar på att även utesluta visst innehåll.

Vid val av deltagare till intervjuerna så skickades ett informationsblad, se bilaga 1, till Soites åtta jourhavande förstavårdare och de fem första som var villiga att delta valdes till intervjun. Alla som fick infobladet fick själva välja om de ville delta eller inte. Deltagarna som representerar expertsjukskötarna fick även de ett informationsmeddelande som respondenten först sände till avdelningsskötaren på Lestijokidalens hälsovårdscentral. Hen förmedlade vidare infobladet till eventuella intresserade. De fem första som hörde av sig valdes till intervjun. Krav på deltagarna till intervjun var att de antingen är jourhavande förstavårdare, jourhavande sjukskötare eller expertsjukskötare. Alla intervjudeltagare hade finska som modersmål, vilket orsakade ett behov att översätta intervjufrågorna till finska. Respondenten översatte frågorna själv men fick assistans av en utomstående tvåspråkig person som kontrollerade resultatet. Respondentens handledare i arbetslivet och på utbildningen godkände frågorna. Alla deltagare har intervjuats med samma frågor och intervjuerna utfördes via distansmöten på Teams-applikationen. Detta på grund av pågående COVID – 19 pandemin år 2021. Teams mötena bandades in och transkriberades. Transkriberingen utfördes av respondenten själv. Översättningen av resultatet utförde respondenten själv och fick assistans av densamma tvåspråkiga utomstående personen som hade erfarenhet av översättning.

Intervjufrågorna, se bilaga 2, delades in i kategorier enligt teman som respondenten valt att undersöka närmare. Dessa kategorier är:

- Yrkesvana
- Kompetens
- Vård i hemmet
- Patientsäkerhet
- Samarbete

6.4 Analys av del II

Vid analyseringen av intervjuerna kan man välja att observera intervjun med manifest – det vill säga enbart fokusera på substansinnehållet i svaren på frågorna, eller så kan man även analysera det latent innehåll som situationer av plötslig tystnad, skratt, kroppshållning med mera (Elo & Kyngäs, 2008). Respondenten valde att enbart observera substansinnehållet alltså svaren på intervjufrågorna. Detta på grund av att intervjuerna utfördes via Teams och vissa av informanterna hade inte möjlighet till kamerakontakt, fysisk närvaro hade förenklat den latent analyseringen.

Data som samlats in från intervjuerna analyserades med en induktiv innehållsanalys. Den induktiva innehållsanalysens process omfattar öppen kodning, kodningsblad, gruppering, kategorisering och abstraktion. Med öppen kodning så blir noteringar och rubriker sammanlagda till texten när man läser den. Eftersom ord och fraser klassificeras till samma kategorier så förenar det ord och uttryck med samma betydelse. (Elo & Kyngäs, 2008) Syftet med detta är att hitta mer relevanta kategorier som ger möjlighet att förstå innehållet på en mer tolkande och teoretisk nivå (Dalen, 2007, 74).

Respondenten transkriberade själv intervjuerna och läste sedan igenom analysmaterialet tre gånger. Analysen utfördes induktivt genom att utgå från innehållet i texten, manifest innehåll och texten bearbetades på ett öppet och datanära sätt. Därefter användes innehållsanalysens process med öppen kodning, gruppering och kategorisering. Respondenten använde färger för att koda ord och fraser som hade samma betydelse för att kondensera data. Kondenseringen övergick till formandet av kategorisering och underkategorisering. Detta resulterade i 6 kategorier med 2 till 3 underkategorier på varje tema. En utomstående högre YH studerande med ingen tidigare kännedom om materialet läste även igenom materialet för att säkerställa att resultat stämmer. Ursprungliga citat har inkluderats i resultatdelen för att öka trovärdigheten och för att bättre klargöra hur kategorierna skapats.

6.5 Etik

Respondenten har under studien vidtagit Yrkeshögskolan Novias tillrådan att följa Forskningsetiska delegationens rekommendationer beträffande god vetenskaplig praxis, samt Soites anvisningar för forskning. Studien utarbetas och formas i överensstämmelse med god vetenskaplig praxis. Forskningsetiska delegationen (2012) understryker att vetenskaplig forskning ska vara etiskt godkännbar och tillförlitlig. Studier som genomförs enligt god vetenskaplig praxis erhåller pålitliga resultat (Forskningsetiska delegationen 2013). Studien planerades, genomfördes och insamlad data lagrades på det sätt som kraven för vetenskapliga fakta förutsätter. I studien iaktogs omsorgsfullhet och noggrannhet i processen, dokumenteringen samt i presentationen av resultaten.

Planen för studien granskades av båda handledarna, utbildningens och arbetslivets handledare. Ansökan om forskningstillstånd söktes och godkändes av chefsöverkörtaren på Soite. I ansökan framställdes och redogjordes vilka uppgifter om förstavårdsenhetens uppdrag som respondenten planerar att använda. I studiens första del användes enbart de uppgifter som hade preciserats i ansökan och i planen. Materialet har förvarats otillgängligt för andra under hela studien gång, och kommer efter studiens godkännande förstöras på vederbörligt sätt.

I den kvantitativa delen av studien granskas uppdragen som förstavårdsenheten EKP321 har utfört. Där påvisas endast uppdragets larmkod, tider och om patienten har blivit transporterad eller inte. Där framkommer inga patientuppgifter eller adresser. I denna del granskas även de uppgifter som den jourhavande förstavårdare har utfört och det kan konstateras att denna del inte heller innehåller personuppgifter. Anskaffningen av data och undersökningsmetoderna utfördes grundligt och är etiskt hållbara.

För den empiriska delen av studien som inkluderar intervjuerna utarbetades i samarbete med handledaren en blankett för samtycke till informanterna samt ett infobrev bifogades, se bilaga 1. Det var frivilligt att delta i intervjun och till potentiella deltagare som uppfyllde kriterierna för respondentens krav till intervju skickades ett infobrev. De deltagarna som

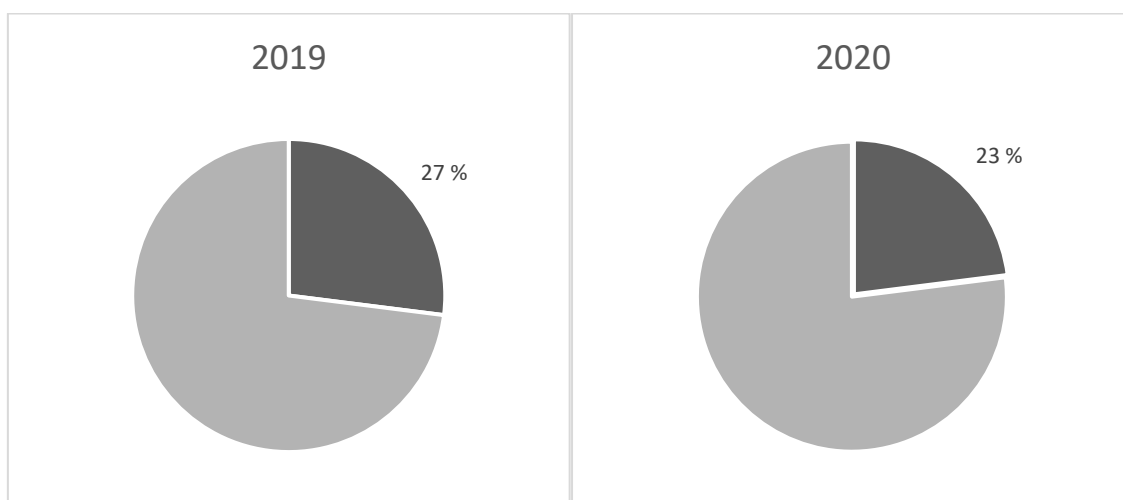
gav sitt samtycke till intervjun kontaktades av respondenten och ett privat intervjutillfälle bokades. Vid början av varje intervju underrättade respondenten deltagaren om att intervjutillfället spelas in på grund av senare transkribering. Allt material behandlades konfidentiellt och respondenten använde inte deltagarnas namn utan fördelade materialet med profession och siffror. Detta för att ingen enskild person skall kunna kännas igen.

7 Del I Statistik av EKP 321

Statistik av ambulansenheten EKP 321 som är stationerad i Kannus undersöktes från mars till maj åren 2019 och 2020. Syftet var att jämföra uppdrag, användningsgrad, koder som betyder att patienten inte transporterats, den jourhavande förstavårdarens uppgifter samt ett medeltal av tidsmässig skillnad på uppdragen under de åren som enheten varit eller inte varit bemannad av en jourhavande förstavårdare.

7.1 Användningsgrad

Användningsgrad betyder den tid som enheten varit i aktivanvändning. Rent tekniskt betyder det när enheten varit på ett uppdrag eller när enheten har *ledig* status till exempel efter utfört uppdrag och enheten är på väg tillbaka till station. Ledig status betyder inte helt slutfört uppdrag, statusen *på station* betyder helt slutfört uppdrag. Med andra ord räknas användningsgraden från det att larmet kommit till enheten tills det att enheten är tillbaka på stationen. Till användningsgraden räknas även när ett avslutat uppdrag dokumenteras eller patientjournalen kompletteras.



Figur 2 Användningsgrad för enheten EKP 321 åren 2019 och 2020.

Användningsgraden på enheten år 2019 var 27 %, och 23 % år 2020. (Figur 2) Tiden är beräknad på samma sätt båda åren. Detta visar att användningen av jourhavande förstavårdare inte ökat enhetens användningsgrad. Användningsgraden i exemplet innefattar även den tid som beskrivs som "kontorstid", det vill säga den tid som de lägger ner på att anteckna i journaler, göra tidsbokningar med mera men är inte längre på plats vid patienten eller aktivt på uppdraget.

7.2 X-Koder

I prehospitala akutsjukvården används X-koder för att ange att en patient inte har blivit transporterad till en vårdinrättning. Tio olika X-koder som förklarar varför patienten inte blivit transporterad presenteras i tabell 1 nedan.

Tabell 1 X-koder i prehospitala akutsjukvården

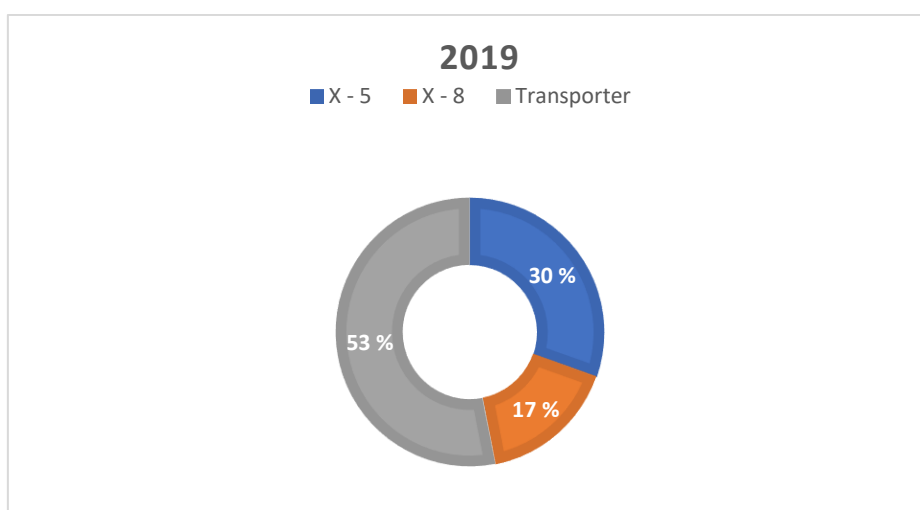
X-0	Körhinder
X-1	Avliden
X-2	Polisen omhändertar
X-3	Annan hjälp

X-4	Annan transport
X-5	Inget sjukvårdsbehov
X-6	Patienten vägrar transport
X-7	Ingen patient hittades
X-8	Vårdad på plats
X-9	Annullering

7.3 Transport eller icke-transport

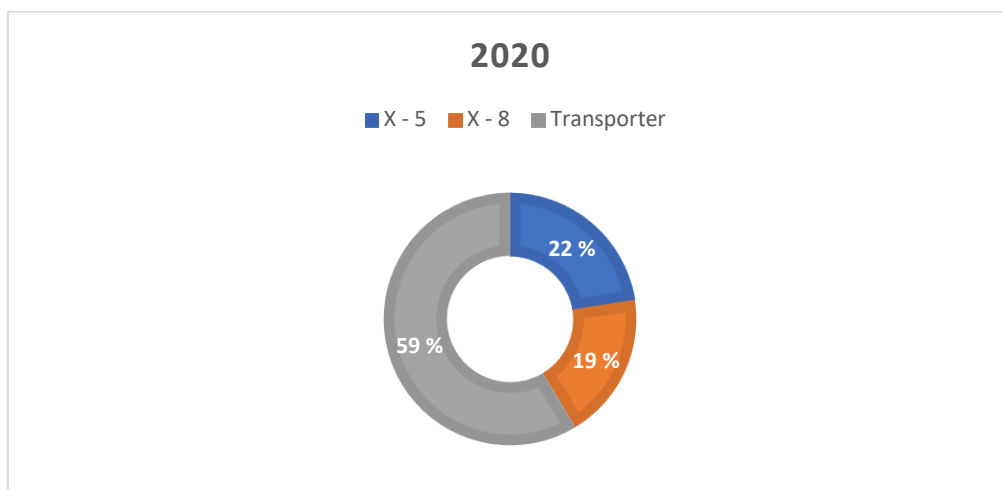
Statistik på hur många av uppdragen mellan mars och maj 2019 samt en överblick på de som har blivit transporterade eller inte transporterade presenteras i figur 2. I studien granskas endast koderna X-5 *inget sjukvårdsbehov* och X-8 *vårdad på plats*. De andra koderna är inte relevanta för studiens syfte.

Uppdragen för enheten EKP 321 under året 2019 var sammanlagt n= 454. Under året har 199 uppdrag lett till transport av patient eller patienter till sjukvårdsinrättningar, vilket utgör 53 % av uppdragen. Koderna X-5, vilket betyder *inget sjukvårdsbehov*, användes 114 gånger, vilket ger en andel på 30 % av uppdragen. Den andra koden som används vid icke transporter, X-8 *vårdad på plats* användes 62 gånger vilket utgjorde 17 % av uppdragen. Visuellt presenteras detta i figur 3 nedan.



Figur 3 Transporter eller icke-transporter 2019 (n=454)

Samma statistik har blivit kontrollerad för år 2020. Enheten blev under året alarmerad till sammanlagt 363 uppdrag (n=363). 59 % det vill säga 177 av uppdragen ledde till transport av patient eller patienter till vårdinrättningar. Till de icke transportkoderna X-5 hörde 68 uppdrag som utgjorde 22 %, och till X-8 koden listades 57 vilket utgjorde en andel på 19 %. Detta presenteras i figur 4.



Figur 4 Transporter eller icke-transporter 2020 (n=363 uppdrag)

Skillnaden på transporterade uppdrag har ökat en del från 53% till 59% från året 2019 till 2020. Antalet X-5 koder har minskat från året 2019 då det var 30% till 2020 då det var 22%. Samtidigt som X-8 koder ökat från 17% till 19% åren 2019 till 2020.

7.4 Tidsperspektiv

Den tid som enheten varit på uppdrag, det vill säga då de varit på plats hos patienten under uppdraget, jämförs mellan åren 2019 och 2020. Syftet är att se om det syns tidsmässiga skillnad när enheten varit bemannad med en jourhavande förstavårdare. I jämförelsen används x-koderna, x- 5 *inget sjukvårdsbehov* och x-8 *vårdad på plats*. Dessa två koder är de mest relevanta i aspekten att inte transportera patienter till samjouren och att i stället organisera vårdkedjor genom andra metoder exempelvis; vårda patienten hemma eller ordna uppföljning genom tidsbokning till primärvården.

Enhetens antal uppdrag året 2019 mellan mars och maj var 454, och året 2020 under samma månader var 363 uppdrag. Under de tre månaderna som analyserade ledde 114 uppdrag år 2019 och 68 uppdrag år 2020 till koden X-5, inget sjukvårdsbehov. När enheten har gett uppdraget koden X-5, har en sammanlagd tid räknats ut på hur länge enheten varit på plats, se ruta 1. Under de tre månaderna var medelvärdet på tiden 18,157 = 18 minuter (Std.av = 1,302). Medelvärdet på tiden på plats år 2020 var då 17,867 = 18 minuter (Std.av = 1,129). Medeltalet för X-5 mellan 2019 och 2020 hade en skillnad på 0,29, standardavvikelsen visar ändå att det inte finns någon signifikant skillnad, och medeltalen på tiden på plats kan ses ungefär lika.

Ruta 1, T-test utfört på koden x-5

	2019	2020
Medeltal	18,157	17,867
Std. av	1,302	1,129
n	114	68
t=0,722 (d.f.=21)	p=0,878	

Koden X-8, *vårdad på plats* användes året 2019 62 gånger jämfört med året 2020 då den användes 57 gånger, se ruta 2. Medelvärdet för tiden då enheten varit på plats för koden X-8 var år 2019 36,322 = 36 minuter (Std.av = 1,938) medan år 2020 var medelvärdet 38,122 = 38 minuter (Std.av = 1,495). Medeltalen för X-8 mellan 2019 och 2020 hade en skillnad på 1,8, avrundat till två minuter. Men även här visar standardavvikelsen att det inte finns någon signifikant skillnad.

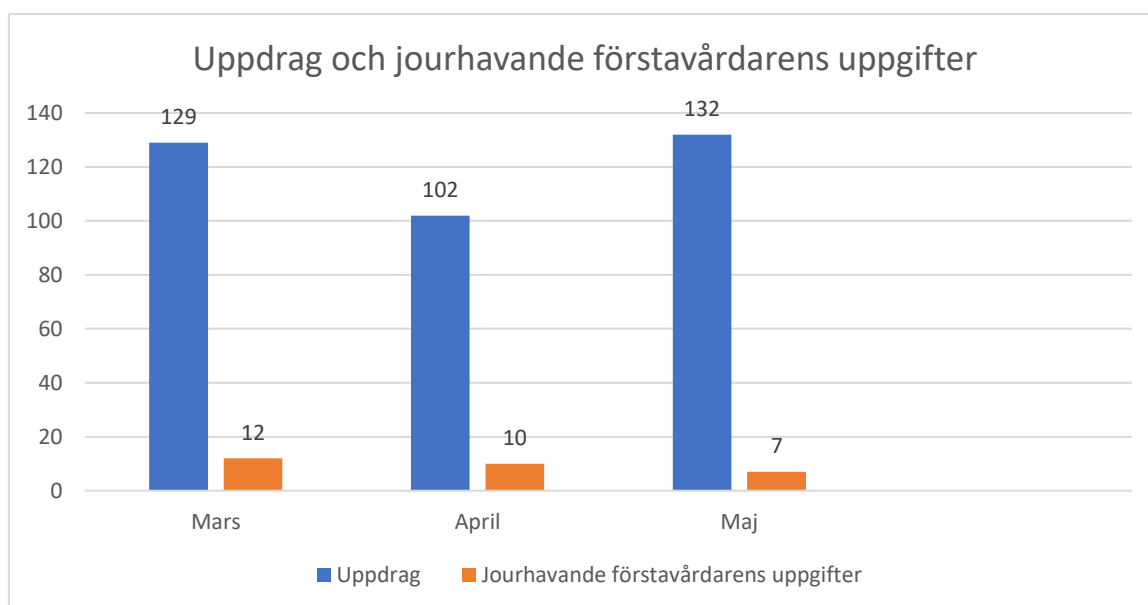
Ruta 2, T-test utfört på koden x-8

	2019	2020
Medeltal	36,322	38,122
Std. av	1,938	1,495
n	62	57
t=0,722 (d.f.=21)	p=0,463	

P-värdet för x-5 är 0,878 och x-8 är 0,463, det vill säga högre än 0,05. Det betyder att det åren 2019 och 2020 skiljer sig inte signifikant, varken vid koden x-5, *inget sjukvårdsbehov* eller koden x-8 *vårdad på plats*. Den ringa skillnaden kan antas bero på slumpen.

7.5 Enhetens uppdrag – jourhavande förstavårdares uppgifter

I figur 5 visar sammanställda data om det sammanlagda antalet uppdrag enheten hade under respektive analyserad månad och hur många av de uppdragen som innefattade jourhavande förstavårdars uppgifter. Statistiken visar året 2020 då enheten var bemannad med jourhavande förstavårdare.



Figur 5 Uppdrag med innehållande jourhavande förstavårdarens uppgifter 2020

Mars månad visar sammanlagt 129 uppdrag varav 12 (9,3%) av dessa uppdrag har de jourhavande förstavårdare utfört jourhavande uppgifter.

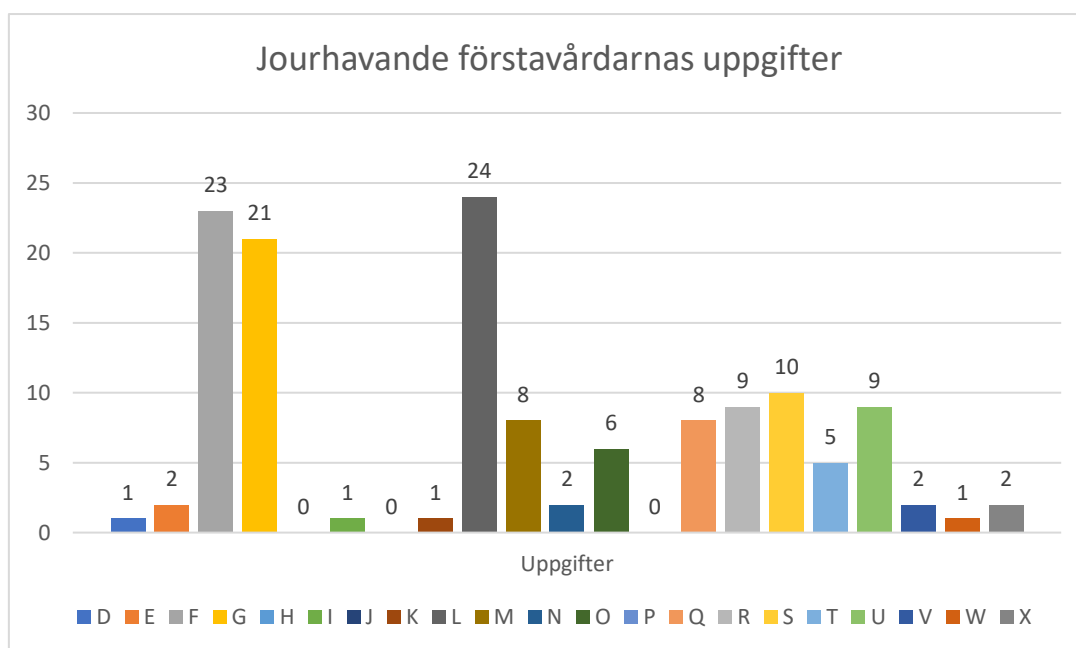
April månad visar sammanlagt 102 uppdrag varav 10 (9,8%) av dessa uppdrag har de jourhavande förstavårdare utfört jourhavande uppgifter.

Maj månad visar sammanlagt 132 uppdrag varav 7 (5,3%) av dessa uppdrag har de jourhavande förstavårdare utfört jourhavande uppgifter.

Detta visar att även om uppdragen för enheten har varit relativt lika många, så har uppgifterna, det vill säga den jourhavande förstavårdarens noterade arbetsuppgifter minskat från mars till maj året 2020.

7.6 Jourhavande förstavårdarens uppgifter

Följande så presenteras den jourhavande förstavårdarens uppgifter indelat i olika uppgiftskategorier. Kategorierna presenteras i bokstavsordnings. Denna graf innehåller markeringar gjorda av de jourhavande förstavårdarna under perioden mars till maj år 2020. Markeringar som gjordes totalt under denna period är n=135. (Se figur 6)



Figur 6 Jourhavande förstavårdarnas uppgifter

Förklaring för de olika bokstävernas mening:

D – Huvudsaklig symtom

E - Suturering

F – Användning av tidsbokning

G - Patientvägledning

H - Vaccinering

I – Anmälning till socialservicen

J – Remiss till laboratoriet

K - Sjukskrivningsintyg

L – Bedömning av behovet för behandling / Lifecare

M – Samarbete med andra vårdinstanser

N – Tidsbokning till diabetesskötare

O – Tidsbokning till hjärtskötare

P – Tidsbokning till fysioterapeut

Q – Samarbete med optimeringscenter

R – Samarbete med hemsjukvård eller hemservice

S – Patienten undvek tidsbokning

T – Patienten undvek tid till hälsovårdscentral

U – Patienten undvek besök till samjouren

V – Intravenös antibiotikabehandling utanför sjukhuset, konsultation?

W – Sårvård

X – Patienten hade gynnats av transport till bäddavdelning

Den jourhavande förstavårdarna markerade uppgifterna som de hade utfört under uppdragen med ett x i den kategorin. Ett uppdrag kunde innehålla flera markeringar, eller flera utförda uppgifter. De tre uppgifterna som den jourhavande förstavårdaren mest använts sig av är bedömning av vårdbehovet, tidsbokning och patientvägledning. Under en tre månaders period har det utförts 135 olika uppgifter som hör till den jourhavande förstavårdaren.

7.7 Sammanlagd tid för jourhavande förstavårdarens uppgifter

Under markeringarna för de olika uppgifterna som de jourhavande förstavårdarna hade gjort framkom även för några hur lång tid uppgiften tagit totalt. Den markerade tiden inkluderade tid under uppdraget samt tid som gått åt till så kallat kontorsarbete som gjordes efter att uppdraget var slutfört. Tidsmarkeringarna varierade mellan 1 timme och tio minuter upp till 2 timmar per uppdrag.

För att kunna analysera tiden som de jourhavande förstavårdarna lagt på sina uppgifter efter uppdragen subtraherade respondenten tid som markerats för uppgifterna med tiden som uppdraget har tagit. Genom det framkom tid som nyttjats utöver uppdragen, dessa varierade mellan 6 och 8 timmar i månaden. Under mars månad, som hade 12 uppdrag som innefattade uppgifter för den jourhavande förstavårdare, hade det sammanlagt lagts 6 timmar och 50 minuter på de jourhavande uppgifterna. April hade 10 uppdrag, en sammanlagd tid på 6 timmar och 57 minuter och maj månad hade 7 uppdrag och en sammanlagd tid på 8 timmar och 40 minuter som innefattade jourhavande uppgifter i förstavården. (Se tabell 2)

Tabell 2 Jourhavande förstavårdarnas tid för uppgifter utöver uppdragen

Månad	Uppdrag	Total tid spenderat utöver uppdragen
Mars	12	6h 50min
April	10	6h 57min
Maj	7	8h 40min

Tiden som de jourhavande förstavårdarna lägger ut på uppgifterna utöver den tid spenderad på uppdragen, ligger på 6 timmar till 8 timmar och 40 minuter. I Mars månad var det tre uppdrag som inte var markerat någon tid på, så högst sannolikt är den månadens totala tid högre än 6 timmar och 50 minuter. Respondenten kunde se betydande variation på tiderna markerade för olika uppgifter. Denna tid som analyserats är de jourhavande

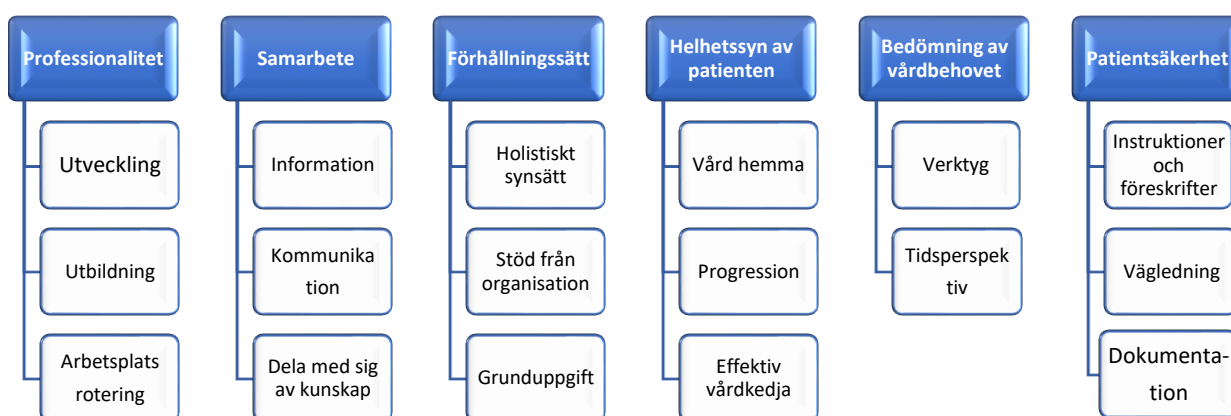
förstavårdarnas egen uppfattning om hur länge det tagit att anteckna i journaler, boka tider med mera. Av den data som var tillgänglig gick inte att analysera vilka specifika uppgifterna som tar mest eller minst tid.

Samtliga punkter som arbetsgivarens representant ville ha med i jämförelsen framfördes och analyserades i detta avsnitt.

8 Del II Intervju

I detta kapitel redovisas resultatet från intervjuerna. Resultaten redovisas utgående från svaren på intervjufrågorna. Intervjuerna innefattade 20 frågor och en följdfråga. Frågorna var till en början indelad i teman, yrkesvana, kompetens, vård i hemmet, patientsäkerhet och samarbete. 10 deltagare, 5 jourhavande förstavårdare och 5 expertsjukskötare – jourhavande sjukskötare medverkade i intervjun.

Analysen av intervjuerna utgår i från undersökningens syfte. De huvudkategorier, se figur 7, som analysen resulterade i är: professionalitet, samarbete, förhållningssätt, helhetssyn av patienten, bedömning av vårdbehovet och patientsäkerhet.



Figur 7 Intervjuanalysens huvudkategorier

8.1 Professionalitet

Personal inom förstavården som arbetar utanför sjukhusen räddar liv, värnar om patienter och främjar säkerheten inom vården. Vården bör vara jämlik men även individualiserad, patientcentrerad, professionell, möta patienterna holistiskt och besvara vårdbehovet.

De intervjuade hade alla en arbetserfarenhet på över 10 år inom vården, och ansåg att kunskap och mognad fordras för att avancera i yrket. Arbetserfarenheten sågs även som en viktig faktor för **utveckling** inom området.

”För utveckling behöver man vara intresserad, sen måste man veta var gränserna går, vi är ändå vårdpersonal och kan inte överstiga våra gränser, befogenheter. Samarbetsvillig, och man måste vara engagerad, det räcker inte att bara få kunskapen från utbildningen utan man måste även söka information och uppdatera sina kunskaper efteråt. Genom att göra lär man, så genom att vara aktiv utvecklas man.” (Jourhavande sjukskötare 1)

De intervjuade hade en positiv inställning till sjuksköternas **utbildningar** som både sågs till fördel och nytta. De som avlagt utbildning för jourhavande sjukskötare eller expertsjukskötare ansåg att skolningen var omfattande och intressant. Bland annat hävdade de intervjuade att de praktiska färdigheterna i utbildningen berikar studerandet, men att de samtidigt saknade mer förstavårdsinriktad undervisning för förstavårdarna.

”En mera förstavårdsinriktad utbildning skulle kunna fördjupa sig i vår vårdmiljö och vara bättre och mer användbar för verksamheten på fältet.” (jourhavande förstavårdare 3)

Mångsidigt arbete ger utveckling, samt framhävs av den egna yrkesskickligheten. De intervjuade ansåg även att samarbete utvecklar, men det är en faktor som behöver ansträngning av de olika medarbetarna.

” Fortbildningar, kamratstöd, mentorskap, att dela med sig av kunskap och skolningsdagar utvecklar. Det har varit lite så att nuförtiden när utbildningen är klar så slutar man även att få kunskap, och det är på skötarnas eget ansvar att vilja få kunskap och att upprätthålla den. Det skulle gynna att ha samarbetskanaler öppna mellan oss och de jourhavande förstavårdarna för den här sakens skull. En promotor fattas.” (Jourhavande sjukskötare 1)

I intervjuerna framkom ett behov av att utveckla och bevara den kunskapen som personalen har fått genom utbildningen?. De ansåg att utbildningen de hade gått hade relativt många olika områden och alla dessa kommer inte emot dagligen i arbetssituationen. Det ansågs behövande mer kontinuerlig uppdatering av kunskaper, speciellt de tekniska färdigheterna. Sammanfattningsvis visade sig att **arbetsplatsrotering** kunde vara ett tillvägagångssätt för att försöka bibehålla de kunskaper man samlat på sig, och samtidigt öka flexibiliteten och motivationen för arbetsuppgifterna.

”Jag har funderat på att någon slags arbetsrotation skulle kunna vara ett konkret sätt att utveckla verksamheten. Vi arbetar många jourhavande sjukskötare inom samma organisation, så det skulle kunna vara genomförbart. Genom det skulle man upprätthålla yrkesskickligheten och även förbättra samarbetet mellan kollegorna. Detta skulle leda till mera kunskap, självutvecklande och med tanke på tekniska kunskaper så som suturation, skulle det vara lönsamt.” (Jourhavande förstavårdare 4)

De jourhavande förstavårdarna upplevde att de fått en bred utbildning. Däremot rekommenderades för framtiden en ytterligare skräddarsydd utbildning för förstavårdare, inte för att det saknade något utan de upplevde att vissa delar i skolningen inte fodrades på fältet. Likaså expertsjukskötarna upplevde utbildningen som väsentlig och viktig, och båda parterna upplevde en gynnsam inställning och mer värde i sitt arbete av den mer omfattande kunskapen. De ansåg att det ha fått grunden till kompetensen, men behöver sträva efter att uppdatera och bevara dem för vidare utveckling.

8.2 Samarbete

Samarbetet mellan jourhavande förstavårdare och personalen på hälsovårdscentralen anses av de flesta intervjuade som en viktig sak i arbetet. Hittills har båda parterna haft en positiv inställning till samarbete, men det varierade hur mycket de ansåg att det hade samarbetat. Genom att öva på teamarbete kan kommunikationen mellan olika professionella förbättras och även bidra till att risker för fel minskar i arbetet.

”Samarbetet kan försvåras om vi inte jobbar på det, genom att till exempel ses oftare, ordna gemensamma möten och dela åsikter om arbetet.” (Jourhavande förstavårdare 2)

De intervjuade ansåg att **informationen** om det inledande projektet har varit dåligt, för allmänheten och för samarbetspartners. Det är något som speciellt de jourhavande förstavårdarna ansåg skulle ha gynnat samarbetet. Ett multiprofessionellt samarbete både gynnar och utvecklar, men det kan uppstå missförstånd vid okunskap om den andra samarbetspartners befogenheter.

”Det här projektet hade från första början behövt mera publicitet, att föra fram verksamheten, både inom organisationen och förstavårdscentralens anställda. Medvetenheten om projektet har inte framförts och det har lett till en del negativitet bland de anställda. Riktningen är ändå rätt, den som utbildar sig offerar en del, så det är inte mer än rätt att man får kompensation för det.” (Jourhavande förstavårdare 2)

Kommunikation gynnar samarbetet, men samarbetet är även beroende av personlig attityd och inställning. Har man dock en negativ inställning så finns det inte mycket man kan åt det. Även överbelastning och minskade resurser av personal kan leda till negativ inställning och man orkar helt enkelt inte vara samarbetsvillig. Tidsbrist sågs även som en negativ faktor för samarbete.

”Det fanns en tid då vi hade sammankomster med samtliga medverkande inom grundsjukvården, där vi diskuterade och utarbetade riktlinjer såsom fraser till dokumenteringen, för att det skulle vara mera lika för alla. Men dessa möten har upphört..

Jag anser att orsaken är brådska och att vardagen tar så mycket resurser att man hinner bara inte.” (Expertsjukskötare 5)

Samarbete möjliggör även **delande av kunskap**, som i sin tur minskar risk för konflikter eller missförstånd. Inom vården samarbetar personalen trots allt mot gemensamt mål.

”Möjligtvis skulle jag önska mer respons från båda hållen, som till exempel hur patientens vård har avancerat. Men i och med patientsekretessen kan det vara utmanande att ge och få respons så där löpande.” (Expertsjukskötare 4)

Endera jourhavande förstavårdare eller mottagande expertsjukskötare upplevde någon negativitet i samarbetet, utan upplevde att det fungerar bra. Men speciellt de jourhavande förstavårdarna tyckte att det behövs mer frekvent samarbete, och ansåg för att kunna lyckas med det behövs ytterligare åtgärder.

8.3 Förhållningssätt

Alla som medverkade i intervjun gav ett intryck av stolthet i sin professionalitet. De ansåg att det **holistiska synsättet** gentemot patienten gav dem mervärde i sitt eget arbete. Det finns ett stort behov i den prehospitala akutvården att kunna se helheten. Framtiden kräver sådan kunskap för förstavårdare och de anser att arbetet är mer än att bara ge den akuta vården.

”För mig har utbildningen och projektet för jourhavande förstavårdare gett mervärde i det egna arbetet och arbetsuppgifterna i akutvården. Det har utvecklat och fördjupat den egna kompetensen och gett ett patientcentrerat tänkande.” (Jourhavande förstavårdare 1)

Däremot poängterades det att alla förstavårdare kanske inte har den motivationen som krävs. Här hänger det väldigt mycket på personalens personliga inställning och attityd. **Stöd från ledningen och organisationen** lyftes fram som en viktig faktor och källa till motivation, bland annat genom att möjliggöra deltagande i beslutsfattande och utveckling i vården. Hög motivation är kopplad till högre vårdkvalitet. Överbelastning sågs som en stor orsak till negativ inställning för ytterligare arbetsuppgifter.

”Det kräver en sådan person som orkar lägga vikt i även patienternas små problem och dem upplevs som viktiga.” (Jourhavande förstavårdare 3)

De jourhavande förstavårdarna påpekade att det ändå är viktigt att komma ihåg **grunduppgiften**, som för dem är prehospital akutsjukvård. I det här skedet av projektet föds mycket nya idéer och utvecklingsförslag, men det poängterades att man inte ska försumma den grundläggande uppgiften de har som förstavårdare.

”Förstavården är vår primära uppgift och runt det följer resten, men under åren som jag har arbetat så har jag märkt att det är en mycket stor del av patienterna som behöver en grundligare och mer mångsidigt tänkande. Multiprofessionalism är framtiden.” (Jourhavande förstavårdare 5)

Expertsjukskötarna hade en längre arbetserfarenhet av de uppgifter som jourhavande sjukskötare och expertsjukskötare har, än de jourhavande förstavårdarna. De ansåg sina arbetsuppgifter som omfattande och menade att utbildning och erfarenhet är nödvändigt. Man behöver vara intresserad och samarbetsvillig, men även veta var gränserna går, för att inte överstiga befogenheterna. Det flesta upplevde inga större förändringar i och med att projektet jourhavande förstavårdare inletts.

”Man kan säga att jag hjälper läkarnas belastning, jag auskulterar lungljud och analyserar infektionsvärden, inspekterar öron och bihålor. Jag har på mottagningen ganska mycket verktyg för att göra den kliniska undersökningen, och ett plus är den kunskap som min ålder och erfarenhet gett, samt grundläggande färdigheter som utvecklas och får mer förståelse för arbetet.” (Expertsjukskötare-Jourhavande sjukskötare 3)

8.4 Helhetssyn av patienten

Fysisk skada eller somatisk sjukdom kanske inte alltid är det bakomliggande problemet, utan behovet av stöd eller tröst på grund av ensamhet eller dylikt kan vara det patienten behöver.

”Jag ser det gynnsamt när den jourhavande förstavårdaren är hemma hos patienten så har man tid endast för den patienten under den stunden. Individualitet gentemot patienten är endast en fördel. Det här projektet har skapat möjlighet att vara med patienten hemma hos den i den stunden. Jag anser att när man är hos patienten och ger den tid som behövs, så många problem kan lindras bara med att ge den tiden.” (Jourhavande förstavårdare 4)

De jourhavande förstavårdarna poängterade att med tilläggsutbildningen och i takt med att projektet har fortskridit har de lärt sig att lägga mer vikt på undersökningen och därutöver se patienten som en helhet.

”Det är till stor fördel för patienten om den kan vårdas i hemmet. Det kan öka den äldres oro och vilshenhet när man transporterar dem till en okänd miljö, såsom samjour. Jag anser att så långt som man kan stödja och vårda i hemmet är endast till nytta.” (Expertsjukskötare 2)

En faktor som framkom av både jourhavande förstavårdare och expertsjukskötare var en positiv syn på att patienten **vårdas hemma** längre. De ansåg att det är mer kostnadseffektivt samt ur patientens synvinkel underlättande. Hemma görs en bredare bedömning av vårdbehovet, här ser man omgivningen samt närmare på riskfaktorer, och eventuellt stöd av anhöriga. Hemma uppnås patientvägledningen lättare för de ansåg att patienten är mer mottaglig i en bekant miljö. Det som sågs som en utmaning är tiden. Vägledningen tar längre tid och det kan vara en prövning för operativa akuta bemanningen på fältet.

”Jag anser att patientvägledningen har uppnåtts bra. Den tar i för sig lite längre tid, och här måste kollegan i ambulansen ha förståelse. Men även om det tar lite längre tid, anser jag att det är så pass mycket nytta för patienten, att hen inte kommer att behöva ringa nödcentralen på nytt. För att patienten har fått en mer omfattande bedömning och vägledning.” (jourhavande förstavårdare 3)

Från patientens perspektiv ansågs det **progressivt** att kunna ta bedömningen och **vården ett steg längre** i hemmet. Något nytt som de jourhavande förstavårdarna kan göra på fältet

är suturering av mindre sår. Det framkom från både expertsjukskötarna och de jourhavande förstavårdarna som en positiv tillgång. Med detta undviker man onödiga transporter till samjouren och bland annat håller sig borta från möjlig exponering av smittsamma sjukdomar.

De jourhavande förstavårdarna kan med hjälp av en bredare bedömning av vårdbehovet boka tid till expertsjukskötaren eller hälsovårdscentralensmottagningen följande vardag om det finns behov för det. Tack vare detta skulle patienten inte själv behöva ta kontakt med hälsovårdscentralen, utan personalen tar kontakt med patienten. Detta anses spara tid och ansträngning av patienten och betraktas som en **effektivare och oavbruten vårdkedja**.

”Om man tänker på aspekten att ta vården hemma till nästa steg, så när det kommer en patient på vår lista som har till exempel högt blodtryck, och den jourhavande förstavårdaren har bedömt att det inte kan bli värre över natten, att det räcker med att hvc tar kontakt dagen efter, då vården fortsätter. Så detta är ju vettigt. Kontinuiteten i vården är viktig, men när den jourhavande förstavårdaren lägger färdigt på hvc listan till nästa dag, kan det leda till att vi tar bort det egna initiativet av patienten . . man kan säga att serverar på silverfat. Det kan leda till att patienten tar detta till vana, och det är fel väg att gå, så på ett sätt önskar jag även mer eget ansvar för patienten, att vi inte gör för enkelt för dem.” (Jourhavande sjukskötare 1)

Den jourhavande förstavårdarens egenskaper är att ta patientens helhet i beaktande, åstadkomma en framåtskridande vårdplan som även kan ses som en effektivare vårdkedja i hälso- och sjukvårdssystemet. Ur patientens synvinkel underlättande och gynnsamt, för att de har möjlighet att ta vården ett steg längre i hemmet.

8.5 Bedömning av vårdbehovet

Bedömning av vårdbehovet är en insats som både jourhavande förstavårdare och expertsjukskötare gör vid varje patientkontakt. De jourhavande förstavårdarna gör det i hemma hos patienten, medan expertsjukskötarna gör det på mottagning eller via samtal

per telefon. Detta är en aspekt som utbildning för de jourhavande förstavårdarna har satsat på för att sträva till en mera hållbar bedömning av vårdbehovet.

*”Jag skulle vilja påstå att omfattningen för att bedöma vårdbehovet är tillräcklig. Vi har verkligen **bra verktyg**, och vi undersöker grundligt patienten. Så som med blodprov kan man ta och analysera, man kan säga att vi undersöker allt av alla. Grundlig undersökning, plus kunskapen och erfarenheten, och sen vid behov konsultering av läkare, jag skulle säga att det är en väldigt bra helhet.”* (Jourhavande förstavårdare 5)

Deltagarna i intervjun ansåg att redskapen för att kunna utföra en omfattande och pålitlig bedömning av vårdbehovet är tillräckliga. En del av de jourhavande förstavårdarna ansåg att ytterligare redskap och ny teknik skulle innebära en utmaning rent tidsmässigt och göra utförandet ostrukturerat.

En tanke om att **tiden** för en grundlig bedömning av vårdbehovet är en utmaning framkom av en del jourhavande förstavårdare. I prehospital akutsjukvård kan fältet vara i vissa situationer ansträngt och tiden som enheten kan lägga på en uttryckning begränsad. De ansåg att den tidsmässiga resursen hittills har varit tillräcklig, men prioriteten är ändå akutvård. Om det förkommit ett mer brådskande uppdrag har enheten utfört det och sedan kommit tillbaka till det mindre akuta uppdraget och slutfört det grundligt.

Expertsjukskötarna ansåg att de jourhavande förstavårdarna hade en fördel i att göra bedömningen av vårdbehovet i patientens hem för där kan man få en uppfattning om helheten och en bättre tolkning av omgivningen och situationen. I vissa fall så kan man till och med få en bättre bild av patientens stödnätverk så som anhöriga.

”Bedömning av vårdbehovet är nästan svårast att göra per telefon, det är alltid bäst när man ser situationen på plats, på det sättet har den jourhavande förstavårdaren fördel på fältet.” (Expertsjukskötare 5)

De jourhavande förstavårdarna anförde att eventuellt i framtiden utveckla bedömning av vårdbehovet per telefon. Detta skulle gynna enheter och patienter som bor långt ute på

landsbygden där kör och transportsträckorna är långa. Däremot poängterades det att tilläggsutbildning och klara instruktioner skulle behövas för detta. De jourhavande förstavårdarna besannade utmaning av bedömning av vårdbehovet via samtal.

”Att se patienten via video eller verkligheten är ju alltid lättare att bedöma än via telefonsamtal bara. Via samtal grundar sig bedömningen av vårdbehovet via patientens egen uppfattning om situationen, och då finns det alltid den risken att bedömningen är opålitlig.” (Expertsjukskötare 2)

8.6 Patientsäkerhet

De intervjuade ansåg alla att patientsäkerheten var den viktigaste aspekten i arbetet inom vården. Tydligare instruktioner och uppdaterad kunskap i form av skolningsdagar eller simuleringsövningar skulle öka patientsäkerheten. Expertsjukskötarna belyste tydligt de ökande förändringarna i läkemedelsbehandlingen såsom nya namn på läkemedel, interaktioner med andra läkemedel, nya läkemedel på marknaden som förnyas kontinuerligt, här finns det behov av fortgående uppdatering för vårdpersonalen.

”God medicinsk praxis styr vår verksamhet och uppdaterar kontinuerligt dem själv i arbete.” (Expertsjukskötare 5)

Klara **instruktioner och föreskrifter** påverkar betydligt framgången för den inledande bedömningen av vårdbehovet och bistår även i strävan efter att nå evidensbaserad god praxis. Dessutom kan detta ses vara ett utmärkt verktyg om alla utför bedömningen av vårdbehovet på samma sätt.

”Jag anser att säkerheten i patientvägledningen som en oerhört viktig faktor, jag värdesätter detta mycket i mitt arbete. Det är en viktig del att kunna läsa patienten, vara lyhörd över hur mottaglig patienten är av vägledningen. Vi tänker oss scenariot att patienten är i den situationen att hen har ringt nödcentralen, förstavårdarna i ambulansen kommer, vilket i sin tur är en unik händelse. Sedan vägleder vi patienten på ett sätt eller annat, som med till exempel hemvårdsanvisningar, instruktioner till fortsatta vårdåtgärder,

så det kan mycket väl vara att hen inte kommer ihåg mycket efter vi lämnat dem hemma...
” (Jourhavande förstavårdare 2)

Flera intervjuade betonade att **vägledningen** i patientsäkerheten är en viktig faktor. En orosaspekt till detta är att patienter med minnesstörningar fortsätter att öka och detta kan vara en utmaning för hur väl vårdarna kan vägleda patienterna när de inte är mottagliga för det. Ytterligare faktor i patientsäkerheten ansågs vara **dokumentationen**. Dokumentationen av vägledning och gjorda vårdåtgärder är A och O. Det ansågs som en skriftlig bekräftelse och även som ett underlag och stöd till den personal som fortsatte vården till nästa steg.

”Det är viljan att föra vården för patienten så långt som möjligt framåt, att vilja ge den bästa möjliga vården. Jag har i vissa fall efteråt undrat och besvärats av tanken att fick den där patienten en fortsatt vård. Så nu, vetskapen om att patienten inte behöver sköta om fortsättningen själv, utan vi sköter om att vården i mån av att hälsovården tar kontakt med patienten ger trygghet.” (Jourhavande förstavårdare 3)

Till patientsäkerheten listades viktiga faktorer som följer i det dagliga arbetet: personalens kunskaper och färdigheter, instruktioner av evidensbaserad praxis, tillgången till omfattande utrustning, samarbete med annan vårdpersonal samt möjligheten till konsultation av läkare.

9 Kritisk granskning

Respondenten anser det viktigt att förtydliga den egna forskarrollen i denna studie. Detta är speciellt viktigt i discipliner där studenter väljer problemställningar som de själva är berörda av, för att kunna bemöta kritik om subjektivitet i tolkningen av materialet (Dalen, 2007, 116). Respondenten arbetar själv inom Soite förstavårdsenhet som sjukskötare på vårdnivå, men har inte gått tilläggsutbildningen till jourhavande förstavårdare. Erfarenheten från förstavården kan ha påverkat medvetenheten inom området men i

denna studie kan det anses endast som fördel, för att den jourhavande förstavårdarens uppgifter är en ny kännedom och respondenten kan granska ärendena objektivt.

I studien första del samlades data in i dataprogrammet Excel, denna process genomfördes noggrant samt att data kontrollerades ett flertal gånger. Diagram och tabeller användes för en okomplicerad tolkning. Reliabilitet avser ifall resultaten är upprepningsbara det vill säga om mätningen är pålitlig. Det tyder på hög reliabilitet om undersökningen görs om med samma mätinstrument, oberoende om en ny forskare gör den (Alvehus, 2013, 122). Reliabilitet kan mätas på olika sätt, för den här studien överensstämmer främst *Test-retest reliabilitet*. Det innebär att man utför samma test på nytt efter en relativt kort tid, och resultaten bör då stämma överens med varandra (Björkqvist, 2012, 64).

Ett t-test utfördes på analysen om hur länge den jourhavande förstavårdaren varit på plats hos patienten för att se om det har tagit längre tid för den jourhavande förstavårdarens uppgifter jämfört med en ordinär förstavårdsenhet. Avsikten med t-testet var att göra en bedömning av den sanna skillnaden i effekt. T-test och p-värden är verktyg för att kvantifiera slumpen och hjälpa att avgöra om en skillnad i resultaten kan vara slumpartad eller om det faktiskt har tidsmässigt varit skillnad på uppdragen mellan åren (Eliasson, 2013, 130). Medelvärdet visade en tidsskillnad på några minuter, men t-testet visade ett det inte var någon signifikant skillnad.

Respondenten påstår att studien eventuellt fått annat resultat, eller mer trovärdigt resultat om data från enhetens uppdrag hade omfattat en längre tidsperiod än de tre månader som analyserades. Under de tre månaderna var de jourhavande förstavårdarnas uppgifter relativt få, men det kan bero på att det var i början av pilotprojektet. Data under längre tid och att studien eventuellt skulle ha gjorts i ett senare skede, så att pilotprojektet framskridit en tid, skulle möjligen ha gett en mera realistisk bild på projektets inverkan inom förstavården. Respondenten blev även varse om att alla jourhavande förstavårdare eventuellt inte antecknar tidsperspektivet dylikt, den tiden som utöver uppdraget går till dokumentering, etcetera. Denna aspekt kan påverka att data om tiden som jourhavande förstavårdaren sätter på uppgifter utöver uppdragen inte stämmer fullständigt.

En beskrivning av hur materialet har samlats in och förhållits för tolkning och analys karakteriserar deskriptiv validitet (Dalen, 2007, 119). Respondenten framställer en beskrivning av datainsamling och metoder för tolkning och analys i metodkapitlet. En testintervju utfördes innan de egentliga intervjuerna, detta för att testa intervjuguiden för eventuella reaktioner på hur frågorna har utformats eller på beteenden från båda parter. Under testintervjun testades även den tekniska utrustningen, för att intervjuerna utfördes via teams, samt om bandupptagningen lyckas för senare transkribering. På grund av det dåvarande läget med pandemin utfördes intervjuerna via Teams. Detta förhindrade den latent analysen och respondenten fastställde valet att enbart göra en manifest analys. Om intervjun skulle ha skett i samma rum hade det eventuellt gett mer att analysera än de konkreta svaren på intervjufrågorna.

Tolkningsvaliditet vid kvalitativa intervjuer betecknar stävan efter att finna inre samband i materialet och under tolkningsprocessen utvecklas en djupare uppfattning av det som studeras. Informanternas egna upplevelser och omdömen i intervjuerna grundar utgångspunkten, och en förutsättning för tolkning är att skildringarna är tydliga, fylliga och valida. (Dalen, 2007, 119) Respondenten konstaterade utifrån resultaten från intervjuerna att deltagarna yttrade sig relativt lika, vilket kan tolkas som att intervjufrågorna var begripliga och gav svar på frågeställningarna om syftet med studien. Intervjuerna utfördes på finska på grund av att deltagarna hade det som modersmål. Respondenten är tvåspråkig, och översatta intervjufrågorna, och transkriberingen på egenhand till svenska. Den finska texten som översattes till svenska, var talspråk och okomplicerad att analysera. Det viktigaste är att den som översätter förstår texten fullständigt. Men för att undvika misstolkningar i resultaten kontrolläste en tvåspråkig utomstående person resultaten på båda språken. Det bör nämnas att personen är helt utomstående och har ingen koppling till studien.

Kvalitetsbegreppet i kvalitativ forskning kan te sig i att lägga fokus på resultatens praktiska användbarhet. Kvale framställde (enligt Alvehus, 2013, 123) en idé om hur validitet kan omformuleras i kvalitativa sammanhang. I stället för att betona mätningmetoder och korrespondenser, återspeglar han hur giltighet kan styrkas i sammanhanget.

Tre typer av validitet som har relevans presenteras:

Hantverksvaliditet, som handlar om att slutsatser och resultat skapas av metodiskt arbete av datainsamling och analys. Det handlar om konstant gå igenom materialet för att ifrågasätta och analysera dess sannolikhet. Avslutningsvis teoretiskt problematisera fenomenet, och på så sätt nå och belysa det från flera synvinklar. Detta präglas igenom hela studiens process.

Kommunikativ validitet, här testas resonemangets kapacitet och relevans via dialog. Dialogen kan utspelas med gruppen som undersökts eller annan allmänhet. Poängen är att kunskap på ett eller annat sätt torde kunna kommuniceras för att ha samhällsrelevans.

Pragmatisk validitet, detta gäller i aspekten att kunskapen blir relevant i det att den kan användas för att ha effekt på civilisationen. Man inriktar sig på att konstatera hur ofta och hur väl direktiven att i viss situation välja visst tillvägagångssätt, ger önskat resultat. En välgjord studie präglas av transparens och saklighet, och därmed är hantverksvaliditeten en lämplig egenskap för både kommunikativ och pragmatisk validitet. (Alvehus, 2013, 124)

Respondentens studie presenterade tidigare forskningar i bakgrundskapitlet, som gjorts inom samma ämne, dessa visade samband och var relevanta för studien. Den empiriska anknytningen relaterar till en förbindelse mellan verklighet och tolkning. Processen i studien växlar mellan tidigare forskningar, den teoretiska referensramen och resultatet och är därmed åskådliggjord från olika synvinklar.

10 Diskussion

Internationellt kallas modellen för den jourhavande förstavårdaren, *community paramedic*, "samhällsförstavårdare", och i andra delar av Finland för EVA- enmansbemannad enhet. Soite har bemött behovet av det ökade kravet på vård i hemmet, antalet ökade uppdrag i prehospitla akutsjukvården, de längre transportsträckorna och den ökade belastningen på samjouren med att bemanna ett visst antal ambulanser med en jourhavande förstavårdare. Syftet med studiens första del var att se om statistiken visar någon skillnad när ambulansen är bemannad med en jourhavande förstavårdare jämfört med året innan då densamma ambulansen var bemannad med förstavårdare på vårdnivå. Andvändningsgraden av

ambulansen visar inte någon större skillnad, men i undersökningen framkommer att ytterligare uppgifter som hör till den jourhavande förstavårdaren har utförts och med rätt hög sannolikhet även utträttats efter uppdraget.

Statistiken visar inte någon betydande skillnad på användningsgraden på åren som jämförts, 2019–2020, då enheterna har varit bemannade med en ordinarie förstavårdare eller jourhavande förstavårdare. Man kunde ha förmodat att användningsgraden skulle vara ha varit högre med de jourhavande förstavårdarna med tanke på att de gör till exempel en grundligare bedömning av vårdbehovet. År 2020 drabbades världen av COVID-19 pandemin och i allmänhet observerades det i förstvården att antalet prehospitla akutsjukvårdsuppdrag minskade. Detta kan vara en märkbar betydande faktor när man åskådliggör att användningsgraden minskat. Differensen mellan åren i aspekten transport eller icke transporter av patienter till samjouren visade att under året med jourhavande förstavårdare hade transporterna procentuellt ökat en aning, medan *x-5, inget sjukvårdsbehov* minskat från 30% till 22%, och *x-8 vårdad på plats* ökat från 17% till 19%. Detta kan förklaras med att om uppdragen var färre och *x-5* koderna färre så var förmodligen året 2020 ett år med eventuellt mindre obefogade uppdrag. Medan aspekten om att koden *x-8* hade ökat det åren, visar på att fler patienter vårdats hemma.

Respondenten såg på tiden som den jourhavande förstavårdaren spenderat på plats hos patienten för att se om det tar längre tid eftersom de utövar bland annat grundligare bedömning av vårdbehovet. Även om medeltalet på den tid som enheten varit på plats och kodat *x-8, vårdad på plats*, skilde sig nästa två minuter, så var standardavvikelsen så hög att det inte visar någon systematisk skillnad på åren 2019 och 2020. Tidsperspektivet innefattade även tid som den jourhavande förstavårdaren spenderat utanför uppdraget men med uppgifter som hör till uppdraget, såsom dokumentering med mera. Dessa tider varierade från 6 till 8 timmar sammanlagt i månaden, men som det framkom i intervjuerna var det variation på hur de jourhavande förstavårdarna dokumenterade denna tid. Tydligare instruktioner på hur de skall notera tiden utanför uppdraget som ändå hör till uppgiften är att rekommendera för tydligare analys.

Så gott som var tionde uppdrag året 2020 inkluderades uppgifter av den jourhavande förstavårdaren och majoriteten av uppgifterna var bedömning av vårdbehovet, tidsbokning till expertsjukskötare och patientvägledning. Antalet av det här tre uppgifterna var avsevärt mycket högre än de andra. Dessa aspekter framkom i intervjuerna som i hög grad betydelsefulla.

De jourhavande förstavårdarna upplevde att kunskap och mognad fordras för att avancera i yrket. Utbildning och fortbildningar är nödvändigt framkom det i intervjuerna, och expertsjukskötarna var av samma åsikt. Dock inverkar mycket på skötarens egen attityd och ambition samt för att upprätthålla de kunskaper man fått kräver att man kontinuerligt övar och uppdaterar sina kunskaper. Jourhavande- förstavårdare och sjukskötare arbetar i ett brett spektrum med patienter i olika åldrar med olika behov, de behandlar det akuta, bedömer vårdbehovet, utför vårdåtgärder, uppskattar riskfaktorer och planerar för fortsatt vårdkedja med mycket mera. Orlando (Fischer, et.al., 1994, 331, 339) påpekar i sin teori betydelsen av interaktionerna mellan sjukskötare och patient, och att det är viktigt att lyssna på patientens egna upplevelser och känslor för att kunna hitta individuella omvårdnadsbehov, inte bedömma endast utifrån det sjukdomscentrerade och medicinska perspektivet. Detta stödjer en aspekt att sträva efter även i den jourhavande förstavården. Men i vilken grad kan denna multiprofessionella yrkesutövare prestera så det inte övergår i för stora krav? De intervjuade jourhavande förstavårdarnas perspektiv presenterade att de fått mer mening och värde i sitt arbete, men att de också ville framhålla att förstavården är deras primära uppgift.

Den prehospitla akutsjukvården utvecklas i ett snabbt tempo och det finns tecken på att befolkningen inte har kännedom om allt som förstavårdare kan hjälpa med. Fortfarande möter man personer som har "beställt" en ambulans bara för att bli skjutsade till sjukhuset. Detta kan ses som ett bevis på utvecklingens effektivitet och att samhället inte vet om utvecklingen. Genom att upplysa och öka kännedomen om utvecklingen skulle gynna flera parter. Hälsovårdsbehoven hos den mångsidiga befolkningen är stora utmärkande egenskaper som påverkar patientens livskvalitet. Detta fodrar uppskattningen av patienternas sårbarhet och att se till att patienten tillhandahåller ett säkerhetsnätverk, samt hälsovårdsutbildning och ansvarsskyldighet för den professionella. Behoven framstår

att främjas av en dedikerad vårdgivare som vidgar kontinuiteten i vården. Resultaten stämmer överens med flera tidigare studier som visar att modeller av jourhavande förstavårdare verkar kunna skapa en patientcentrerad, säker, lyhörd och terapeutisk relation med patienten (Dainty, Seaton, Drennan & Morrison, 2018).

Kompetensen inom jourhavande sjukvård som förstavårdarna erhöll genom pilotprojektets utbildning kan vara ny för många samarbetspartners och om informationen är otydlig så kommer många inte att känna till den. På grund av detta så upplever de jourhavande förstavårdarna att samarbete är viktigt. Två faktorer som kan stöda en framgångsrik implementering av jourhavande förstavård i den prehospitla akutsjukvården är marknadsföring av professionen och bättre information om fenomenet till organisationen och samhället. Samarbete var en faktor som sågs att vara till fördel för patienten, personalen och hela organisationen. Faktorer som har en positiv inverkan på samarbete är gemensamma möten, skolningar men även möjlighet till arbetsplatsrotation mellan olika arbetsstationer. Stöd från ledning och organisation var en aspekt som tidvis saknades. Stöd upplevs kunna reducera desinformation och missstolkningar.

I intervjuerna framkom det att man kan med hjälp av ytterligare åtgärder som till exempel suturering av mindre sår kan undvika onödiga transporter till jouren. Detta i sin tur kan vara till fördel för "fältet" i förstavården, ambulansen är då ledig i beredskap för andra uppdrag. Denna aspekt förekom även i tidigare forskningar (Rasku et.al. 2021; Hänninen et.al. 2020) där de anser att man med implementering av jourhavandeverksamheten i förstavården kan reducera icke akuta uppdrag, och ordna effektivare vårdkedjor.

I den här studiens resultat syns en positiv trend i att patientens vårdkedja effektiviseras med de åtgärder som en jourhavande förstavårdare kan utföra. Exempel på bidragande faktorer till den positiva trenden är; att inte behöva transportera till samjouren i onödan, planeringen för fortsatt vård som inte är akut, samt de mindre åtgärder som kan utföras på plats. År 2020 gjordes en studie i Finland som hade som syfte att undersöka hur många patienter som var tvungna att söka ytterligare vård inom 96 timmar efter att ha fått en vårdbedömning och blivit vårdad av en jourhavande förstavårdare. Studien visade att under en sex månaders period var det 82% av alla patienter som inte behövde uppsöka

ytterligare vård. (Hänninen, J., Kouvonen, A. & Sumanen, H. 2020) Detta kan ses som bevis att enheter med jourhavande förstavårdare kan minska belastningen av akutmottagningar genom att effektivt behandla patienterna hemma.

Expertsjukskötarna såg att förstavårdarna hade en fördel när de fick göra vårdbedömningen i patientens hem. O'Meara et.al. (2016) anser tillika att det finns ofta en stor fördel med att vistas i patientens hem, för det du hör och ser i en klinikmiljö och diskussionen som inträffar där skiljer sig ofta mycket från vad du ser och diskuterar i hemmiljön. Orlando hävdar även hon (Fischer, et.al., 1994, 331, 339) att patienten kan bli orolig när den utsätts för en miljö som hen inte kan kontrollera, att ångest hos en patient kan vara en reaktion på sjukhusmiljö. Däremot ansågs det i intervjun att vissa åtgärder fråntar patienten sin egen kapacitet att sköta ärenden, såsom att boka tid till vidare vårdtillfällen kan leda till passivitet hos patienten.

Patientsäkerheten lyftes fram som en av de viktigaste faktorerna inom vården. Detta kan uppnås med fullgod kunskap, grundlig bedömning av vårdbehovet, tydliga instruktioner, distinkt handledning, professionellt samarbete och grundlig dokumentation. Allt detta kan utföras i den prehospitalla akutsjukvården. Ett förslag som rekommenderas av Rasku et.al. (2021) är att jourhavande förstavårdarnas ABCDE modell ska utökas med F som står för *Future, Family, Friends*. Med en tanke på omgivningen, i vilken grad patienten klarar sig hemma och i framtiden.

Studien gav svar på frågeställningarna men det finns behov för ytterligare studier för att bilda en större helhet. Det behövs tid för att se en långvarigare effekt av att ambulansen är bemannad med en jourhavande förstavårdare. Respondenten anser att utvecklingen vi ser i vården är uteslutande till fördel för patienten. Utifrån perspektivet prehospital akutsjukvård och den jourhavande förstavårdaren belastning förekommer det faktorer som eventuellt inte syns i denna studie. Studien visar att de jourhavande förstavårdarna utför uppgifter utöver det som hör till förstavården vilka man kan anta att vara tidskrävande och tiden får utvisa om det kommer att noteras i långa loppet om enhetens användningsgrad förändras eller om förändring ses i förstavårdens operativa beredskap på fältet. I en tidigare studie av Nolan, Nolan, & Sinha, 2018, framstår det att modellen jourhavande

förstavårdare bidrar till faktorer som kan minska tillämpningen av akutvårdstjänster där det inte behövs, samt sänka kostnaderna för hälso- och sjukvårdssystemet. Dessa och ytterligare faktorer som till exempel möjligheten till jourhavande förstavårds verksamhet i tätort där uppdragen är fler och där transportsträckorna är kortare, bör utforskas.

Källor

Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod*. Stockholm: Liber

Björkqvist, K. (2012). *Introduktion till vetenskapsteori och forskningsmetodik för beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur

California Emergency Medical Services Authority. (2013). *Introduction To Community Paramedicine*. Hämtat 18.01.2022. <https://www.emsa.ca.gov>

Dainty, K., Seaton, B., Drennan, I. & Morrison, L. (2018) *Home visit-based community paramedicine and its potential role in improving patient-centered primary care: A grounded Theory study and framework*. Health Services Research. doi: 10.1111/1475-6773.12855

Dalen, Monica. (2007). *Intervju som metod*. Oslo: Gleerups Utbildning Ab

Danielsson , E. (2013) Kvalitativ forskningsintervju. (s. 163-176) I:Henricson, H. (red) *Vetenskaplig teori och metod*. Studentlitteratur

Elden, O-E., Uleberg, O., Lysén, M., & Haugdahl, H-S. (2020). *Community paramedicine – cost-benefit analysis and safety with paramedical emergency services in rural areas: scoping review protocol*. *BMJ Open*. 2020; 10(9) doi: 10.1136/bmjopen-2020-038651

Elo, Satu & Kyngäs, Helvi. (2008). *The qualitative content analysis process*. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Eliasson, Annika. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur

Fischer, S., Marriner-Tomey, A., Mills, D I. & Sauter, K. i boken Marriner-Tomey, A. (1994) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*. Vammala: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Forskningsetiska delegationen. (2013). *God vetenskaplig praxis. Anvisningar och material*. Hämtat från www.tenk.fi

Förordning om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 564/1994 (1994). Hämtad från www.finlex.fi

Förstavårdscentralen, Soite. (u.å.). Hämtat från www.soite.fi

Förstavårdens stationer och enheter. Soite. (u.å.). Hämtat från www.soite.fi

Hälso- och sjukvårdslag. 1326/2010 (2010). Hämtat från www.finlex.fi

Hänninen, J., Kouvonen, A. & Sumanen, H. (2020) *Patients seeking retreatment after Community Paramedic assessment and treatment: Piloting a community paramedic unit program in southwest Finland*. *Nurs. Rep.* 2020, 10, 66-74; doi:10.3390/nursrep10020010

Jourhavande sjukskötare. Soite (u.å.). Hämtat från www.soite.fi

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R & Suutarla, A. (2020) Nya arbetsbeskrivningar för sjukskötare – kvalitet i framtida social- och hälsovårdstjänster. Finlands sjuksköterskeförbund. Hämtat från https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/05/APN_RAPORTTI_RUOTSI_WEB.pdf

Long, David. (2019). *Paramedic delivery of community-based palliative care: An overlooked resource? Progress in Palliative Care*. 2019. Vol. 27 No. 6 289-290 doi: 10.1080/09699260.2019.1672414

Martin, A., O'Meara P., & Farmer, J. (2016). *Consumer perspective of a community paramedicine program in rural Ontario. Aust.J. Rural Health* (2016) 24, 278-283 doi: 10.1111/ajr.12259

Määttä, T. & Länkimäki, S. (2017). *Ensihoitopalvelun organisointi i boken. Kuisma M., Holmström P., Nurmi J., Porthan K. & Taskinen T. 2017. Ensihoito*. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Nolan, M., Nolan, K. & Sinha, S. (2018) *Community paramedicine is growing in impact and potential*. CMAJ doi:10.1503/cmaj.180642

O'Meara, P., Stirling, C., Ruest, M. & Martin, A. (2016) *Community paramedicine model of care: an observational, ethnographic case study*. BMC Health Services Research. (2016) doi: 10.1186/s12913-016-1282-0

Päivystävän sairaanhoitajan toimivaltamääräys. (2019). Ensihoitokeskus. Soite

Rasku, T. Kaunonen, M. Thyer, E. Paavilainen, E., & Joronen, K. (2021). *Community nurse-paramedics' sphere of practice in primary care; an ethnographic study*. BMC Health Services Research. (2021)21:710 <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06691-y>

Rasku, T. Kaunonen, M. Thyer, E. Paavilainen, E., & Joronen, K. (2019). *The core components of Community Paramedicine – integrated care in primary care setting: a scoping review*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Sep2019; 33(3): 508–521 doi: 10.1111/scs.12659

Salminen-Tuomala, M., Leikkola, P. & Paavilainen, E. (2015). Emergency health care professionals' experiences of factors that influence care quality and safety. Clinical Nursing Studies. doi: 10.5430/cns.v3n3p60

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2017). *En ny modell för beslut om servicenivån förbättrar jämlik tillgång till prehospital akutsjukvård*. Hämtat www.stm.fi

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus ensihoitopalvelusta, Suomen säädöskokoelma. (2011). Hämtat från www.finlex.fi

Täydennyskoulutus, (2018-2019.). *Päivystäväksi sairaanhoitajaksi*. Soite

Valkovirta, P., Mälinen, T., Alatalo, M. & Tolonen, M. (2022). *Yksin liikkuva ensihoitaja voi olla ensihoitajärjestelmän osa valikoiduilla alueilla ja tehtävillä*. Savonia. Hämtat från <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021092618056>

Vuuren, Julia., Thomas, B., Agarwal, G., MacDermott, S., Kinsman, L., O'Meara, P. & Spelten, E. (2020) *Reshaping healthcare delivery for elderly patients: the role of community paramedicine; a systematic review*. BMC Health Services Research. doi: 10.1186/s12913-020-06037-0

World Health Organization (2016) *Framework on intergrated people-centred health services*. Hämtat https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

Hei.

Olen ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija Kokkolasta, Sosiaali- ja terveysalan kliininen asiantuntija koulutusohjelmassa. Olen tekemässä opinnäytetyön aiheesta päivystävä ensihoitaja ambulanssissa, Soiten ensihoitokeskukselle.

Opinnäytetyö on tutkimuksellinen ja analysoiva tehtävä ja se sisältää piirteitä niin kvantitatiivisesta kuin kvalitatiivisesta tutkimuspohjasta. Opinnäytetyön tavoite on kartoittaa ja kuvailla päivystävän ensihoitajan merkitystä ensihoidossa.

Kvalitatiiviselle osalle on suunniteltu haastattelu. Haastatteluun tarvitsen 5 päivystävää ensihoitajaa ja 5 asiantuntija hoitajaa. Haastattelu tullaan toteuttamaan yksilöhaastatteluna kasvotusten tai etänä teams sovelluksen kautta. Haastateltavien on mahdollisuus vaikuttaa haastattelun ajankohtaan tai toteutustapaan. Opinnäytetyössäni en mainitse haastateltavien nimiä enkä muita tunnistetietoja.

Olen erittäin kiittolinen jos pystytte olla avuksi ja osallistua haastatteluun.

Ystävällisin yhteistyöterveisin

Pia Isohanni-Pakkala, ensihoitaja, Ensihoitokeskus Soite

pia.isohanni-pakkala@soite.fi

Puhelin nro 040 7020960

Intervju med jourhavande förstavårdare samt expertsjukskötare

Kategori 1 Yrkeserfarenhet - Professionalism

Hur lång arbetserfarenhet har du?

Vad anser du om utbildningen för jourhavande förstavårdare?

Kan du beskriva din egen utveckling inom projektet?

Vilka förändringar har det tillfört i ditt arbete?

Kategori 2 Kompetens

Kan du berätta om vilka aspekter kan leda till egen utveckling inom området?

Kan du beskriva omfattningen av verktyg att bedöma vårdbehovet?

Vilka faktorer skulle ännu behöva utveckling inom området?

Hur skulle man kunna förverkliga eventuella utvecklingsbehov?

- Följdfråga: Upprätthållning av tekniska kunskaper, som till exempel suturation?

Kategori 3 Vård i hemmet

Hur gynnas patienten av vård i hemmet?

Har projektet jourhavande förstavårdare bidragit till ökande vård i hemmen för patienterna?

Finns det faktorer som försummas på grund av att patienten vårdas i hemmet?

Kategori 4 Patientsäkerhet

Vad anser du om patientvägledningen?

På vilket sätt tycker du att patientvägledningen uppnås?

På vilket vis är vården och vägledningen för patienten konsekvent?

Kategori 5 Samarbete

Kan du berätta hur samarbetet är mellan jourhavande förstavårdare och expertsjukskötare?

Vad tycker du att gynnar samarbetet?

Vad försvåras samarbetet enligt din mening?

Har samarbetet bidragit till något?

Vad anser du om organiseringen av fortsatt vård, så som tidsbokningen, ur patientens synvinkel?

Finns det något du vill tillägga eller berätta om angående jourhavande förstavårdare?

Haastattelu kysymykset

Kategoria 1 Työkokemus - Ammattitaito

Kuinka pitkä työkokemus sinulla on?

Miten näet päivystävän/asiantuntija sairaanhoitajan koulutuksen?

Voisitko kuvailla omaa kehitystäsi tässä projektissa (päivystävä ensihoitaja)?

Mitä muutoksia on lisätty työhösi?

Kategoria 2 Osaaminen

Voitko kertoa, mitkä näkökohdat johtavat omaan kehitykseeni tällä osaalueella?

Miten koet välineistön laajuuden, arvioidessasi hoidon tarvetta?

Mitkä tekijät tarvitsisivat kehitystä tällä alueella?

Miten voisi toteuttaa mahdolliset kehittämistarpeet?

Jatkokysymys: Kädentaitojen ylläpitäminen, niin kuin suturaatio y.m.?

Kategoria 3 Hoito kotona

Mitä etua potilaalle on hoidosta kotona?

Onko projekti päivystävä ensihoitaja lisännyt kotona hoidettavia potilaita?

Onko mielestäsi joitakin tekijöitä potilasta hoidettaessa kotona, mistä hän jää paitsi?

Kategoria 4 Potilasturvallisuus

Miten näet potilaan ohjauksen, potilasturvallisuuden kannalta?

Miten mielestäsi potilaanohjaus on saavutettu?

Millä tavalla hoito ja ohjaus toimii johdonmukaisesti potilaalle?

Kategoria 5 Yhteistyö

Kerrotko, miten yhteistyö päivystävien ensihoitajien ja asiantuntijahoitajien välillä toimii?

Mitä etuja yhteistyöstä on?

Mikä vaikeuttaa yhteistyötä?

Onko yhteistyö hyödyntänyt jotain ?

Miten näet jatkohoidon järjestämisen, niin kuin ajanvaraus, potilaan kannalta?

Onko sinulla jotain lisättävää tai kerrottavaa päivystävän ensihoitajan toimesta?