



CHALMERS



Ambulansens roll i utvecklingen av Admission Avoidance på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

En studie baserad på intressentteori

Kandidatarbete inom Teknikens ekonomi och organisation

THOR ANTON AASVOLD
MAGDA ADLER
ANNIE BODIN

SOFIE KARLSON
IRIS NORDQVIST
FREDRIK OLOFSSON

INSTITUTIONEN FÖR TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION
AVDELNINGEN FÖR INNOVATION AND R&D MANAGEMENT

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2026
www.chalmers.se
Kandidatarbete TEKX18-VT26-27

Ambulansens roll i utvecklingen av Admission Avoidance på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

En studie baserad på intressentteori

The Ambulance's role in the Development of Admission
Avoidance at Sahlgrenska University Hospital

A study based on stakeholder theory

THOR ANTON AASVOLD
MAGDA ADLER
ANNIE BODIN

SOFIE KARLSON
IRIS NORDQVIST
FREDRIK OLOFSSON

Ambulansens roll i utvecklingen av Admission Avoidance på Sahlgrenska
Universitetssjukhuset
En studie baserad på intressentteori

THOR ANTON AASVOLD
MAGDA ADLER
ANNIE BODIN

SOFIE KARLSON
IRIS NORDQVIST
FREDRIK OLOFSSON

© THOR ANTON AASVOLD, 2026
© MAGDA ADLER, 2026
© ANNIE BODIN, 2026

© SOFIE KARLSON, 2026
© IRIS NORDQVIST, 2026
© FREDRIK OLOFSSON, 2026

Kandidatarbete TEKX18-VT26-27
Teknikens ekonomi och organisation
Chalmers tekniska högskola
412 96 Göteborg
Sverige
Telefon + 46 (0)31-772 1000

Omslag: En ambulans under utryckning i Göteborg, fotograferad av José Lagunas
Vargas (2023).

Göteborg, Sverige 2026
Gothenburg, Sweden 2026

The Ambulance's role in the Development of Admission Avoidance at Sahlgrenska University Hospital
A study based on stakeholder theory

THOR ANTON AASVOLD
MAGDA ADLER
ANNIE BODIN

SOFIE KARLSON
IRIS NORDQVIST
FREDRIK OLOFSSON

Department of Technology Management and Economics
Chalmers University of Technology

SUMMARY

Problem

As the global population ages, a number of problems are emerging both on a societal and individual level. One problem is an increased workload on emergency departments, which leads to higher mortality. Thus, new work procedures are required within healthcare in order to manage this development.

One strategy that could help remedy the situation is Admission Avoidance (AA). AA is a strategy that aims to avoid unnecessary hospitalisations by referring patients to other levels of care and consequently relieving the pressure on the emergency department. The work required to achieve this is done throughout the entire care chain, including the ambulance unit.

Aim

The aim of this study is to explore how avoidable hospital care is understood and applied within the ambulance unit at Sahlgrenska University Hospital (SU) by analysing how different stakeholders' power and interests affect the decision-making and the work of ambulance personnel.

Theoretical framework

In order to conduct this study, stakeholder theory is used as a theoretical framework. Stakeholder theory is used to identify and analyse stakeholders from the perspective of ambulance personnel. Stakeholders can then be mapped based on their power over, and interest in, the decision-making of ambulance personnel. Mendelow's matrix is used to visualise this mapping.

Method

This study used a qualitative research method with an abductive approach. Data were collected through an empirical investigation consisting of observation studies and semi-structured interviews with staff at SU. The observation studies were documented through field notes and the interviews were transcribed. Lastly, the data were analysed based on stakeholder theory.

Results and Implications

By taking the ambulance personnel as the central point of analysis, the stakeholders' power and interests are investigated. Their power affects the actions and decision-making of the ambulance personnel, while the stakeholders also have their own interests in the work of the ambulance personnel. The results show that the

prehospital emergency physician within the ambulance service is a key stakeholder, with high power over and high interest in the decision-making of ambulance personnel, whereas the patient has low power and high interest. Furthermore, the ambulance personnel at SU do not fully work with AA according to the theoretical definition, but rather facilitate AA through certain aspects of their work. Finally, the study recommends that SU take stakeholders into consideration when implementing organisational changes. The study also indicates that further research may be beneficial.

The report is written in Swedish.

Keywords: Admission Avoidance, Ambulance, Stakeholder Theory, Stakeholder Mapping, Mendelow's Matrix, Decision-making in healthcare

SAMMANFATTNING

Problem

I takt med att världens befolkning blir äldre uppstår ett antal problem både på samhälls- och individnivå. Ett av problemen är en högre arbetsbelastning på akutmottagningar, vilket leder till en ökad dödlighet. Det krävs därmed nya arbetssätt inom vården för att hantera denna utveckling.

En strategi som kan hjälpa till att åtgärda situationen är Admission Avoidance (AA). AA är en strategi som har som mål att undvika onödiga sjukhusinläggningar genom att hänvisa patienter till andra vårdnivåer och därmed minska trycket på akutmottagningen. Arbetet med att uppnå detta sker genom hela vårdkedjan, bland annat inom ambulansvården.

Syfte

Rapportens syfte är att utforska hur undvikbar sjukhusvård förstås och omsätts inom ambulansverksamheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) genom att analysera hur olika intressenters inflytande och intresse påverkar ambulanspersonalens beslutsfattande och arbete.

Teoretiskt ramverk

För att genomföra studien används intressentteori som teoretiskt ramverk. Intressentteorin används för att identifiera och analysera intressenter utifrån ambulanspersonalens perspektiv. Med hjälp av teorin kan sedan intressenterna kartläggas baserat på deras inflytande över och intresse för ambulanspersonalens beslutsfattande. För att visualisera detta används Mendelows matris.

Metod

I studien användes en kvalitativ forskningsmetodik och en abduktiv ansats. Datainsamlingen är en empirisk undersökning som består av observationer och semistrukturerade intervjuer med personal inom ambulansverksamheten på SU. Observationerna dokumenterades och intervjuerna transkriberades. Slutligen analyserades data baserat på intressentteori.

Resultat och implikationer

Genom att utgå från en central utgångspunkt, vilket i denna rapport är ambulanspersonalen, undersöks intressenternas inflytande och intresse. Deras inflytande påverkar den centrala utgångspunkten handlingar och beslutsfattande. Samtidigt har intressenterna ett eget intresse för den centrala utgångspunktens verksamhet. Rapportens resultat visar att ambulansens akutläkare är en nyckelperson, med högt inflytande över och intresse för ambulanspersonalens beslutsfattande. Patienten har däremot lågt inflytande och högt intresse. Vidare arbetar ambulanspersonalen på SU inte fullt ut med AA enligt den teoretiska definitionen, utan enbart i vissa aspekter. Ambulanspersonalen på SU möjliggör i stället AA genom sitt arbete. Slutligen rekommenderas SU att ta hänsyn till berörda intressenter vid genomförandet av organisatoriska förändringar. Studien indikerar även att vidare forskning kan vara fördelaktig.

Rapporten är skriven på svenska.

Nyckelord: Admission Avoidance, Ambulans, Intressentteori, Intressentkartläggning, Mendelows matris, Beslutsfattande inom sjukvården

Innehåll

1	Inledning	1
1.1	Bakgrund	1
1.2	Syfte och forskningsfrågor	2
1.3	Avgränsningar	3
2	Teori	4
2.1	Beslutsfattande inom vården	4
2.2	Intressentteori	5
2.3	Kartläggning och matriser	6
3	Metod	8
3.1	Metodologisk ansats	8
3.1.1	Teoretiskt ramverk	9
3.1.2	Teoretiska tolkningar	9
3.1.3	Triangulering	10
3.2	Teoretisk datainsamling	10
3.3	Empirisk datainsamling	11
3.3.1	Intervjuer	11
3.3.2	Auskultationer	12
3.4	Dataanalys	13
3.5	Etiska aspekter	14
3.6	Metodkritik	15
3.6.1	Teoretisk datainsamling	15
3.6.2	Empirisk datainsamling	15
3.6.3	Generaliserbarhet	16
4	Resultat	17
4.1	Observationer från auskultationerna	17
4.1.1	Dag 1, skribent ett och två	17
4.1.2	Dag 2, skribent tre och fyra	18
4.1.3	Dag 3, skribent fem och sex	18
4.2	Ambulanssjuksköterskorna som central utgångspunkt	19
4.3	Ambulansens intressenter utifrån empiri	20
4.3.1	Före ambulansens insats	20
4.3.2	Under ambulansens insats	21
4.3.3	Efter ambulansens insats	22
4.4	Processflöde	22
4.5	Intressenters koppling till ambulansen	24
4.5.1	Patient	24
4.5.2	Inre sjukvårdsledning (ISL)	25
4.5.3	Bedömningsbil	26

4.5.4	Prehospital sjukvårdsledningsenhet (PLE)	26
4.5.5	Ambulansens akutläkare	27
4.5.6	Personal på akutmottagningen	28
4.5.7	Närsjukvårdsteam (NSVT)	29
5	Analys	31
5.1	Urval av intressenter	31
5.2	Intressentanalys	32
5.2.1	Patienten	33
5.2.2	Inre sjukvårdsledning (ISL)	34
5.2.3	Bedömningsbil	34
5.2.4	Prehospital sjukvårdsledning (PLE)	34
5.2.5	Ambulansens akutläkare	35
5.2.6	Personal på akutmottagningen	35
5.2.7	Närsjukvårdsteam (NSVT)	36
5.2.8	Mendelows matris	36
5.3	Kategorianalys	38
6	Diskussion	40
6.1	Ambulanspersonalens arbetssätt och den teoretiska definitionen av AA	40
6.2	Beslutsfattande och AA	41
6.3	Rekommendationer till SU	42
6.4	Vidare forskning	43
7	Slutsats	45

Begreppslista

- **Admission Avoidance (AA):** En strategi med målet att undvika eller minska sjukhusinläggningar genom att patienter får vård på annan lämplig vårdnivå, exempelvis i hemmet, när sjukhusvård inte bedöms vara nödvändig.
- **Early Discharge Program (EDP):** En vårdmodell där patienter skrivs ut tidigare från sjukhus och får fortsatt vård i hemmet.
- **Egenvård:** Hälso- och sjukvårdsåtgärder som patienten utför själv eller med hjälp av någon annan, efter egen bedömning eller efter bedömning av hälso- och sjukvårdspersonal.
- **Hospital at Home (HaH):** En vårdmodell där patienter får sjukhusliknande behandling i hemmet istället för att läggas in på sjukhus.
- **Prehospital vård:** Sjukvård som utförs innan patienten anländer till en sjukvårdsinrättning, exempelvis av ambulanspersonal på skadeplats eller i patientens hem.
- **Slutenvård:** Vård där patienten är inskriven och inlagd på sjukhusavdelning.
- **Triage:** Bedömning och prioritering av patienter utifrån symtom, allvarlighetsgrad och vårdbehov.
- **Undvikbar sjukhusvård:** Vård som kan undvikas genom att patienten får rätt vård på annan vårdnivå än sjukhus, exempelvis genom egenvård, vårdcentral, mobila team eller vård i hemmet.
- **Vårdnivå:** Den nivå inom vården där patientens vårdbehov bäst kan hanteras, exempelvis egenvård, vårdcentral, mobilt team, akutmottagning eller slutenvård.
- **West Coast System for Triage (WEST):** Ett triagesystem som används för att sortera patienter efter vårdbehov och medicinsk prioritet.

1 Inledning

Detta kapitel ger en bakgrund om hur vården påverkas av samhällsförändringar, resursbrist och hur det tvingar fram nya strategier och arbetssätt. Rapportens syfte och frågeställningar presenteras samt hur rapportens avgränsningar är strukturerade.

1.1 Bakgrund

Världens befolkning blir allt äldre, en utveckling som förväntas fortsätta de kommande decennierna (Callaway m. fl., 2025). Detta syns i Europa där några av de äldsta befolkningarna finns (Chand & Markova, 2019). I Sverige förväntas livslängden öka i takt med att födelsetalet i landet minskar (Bengtsson & Scott, 2011; Davey m. fl., 2014). En åldrande befolkning har en effekt på samhället, varav ett exempel är ett ojämnt förhållande mellan antalet patienter och sjukvårdspersonal vilket leder till en hög arbetsbelastning och långa väntetider (Aspeheim m. fl., 2024; Granvald & Ziegler, 2024). Effekter påverkar också individer i form av försening av livsavgörande behandlingar, ökad mängd vårdrelaterade infektioner och ökade komplikationer som tillsammans orsakar en högre dödlighet (Nordqvist m. fl., 2017).

Demografiska förändringar har i Sverige lett till överbelastning och trängsel på akutmottagningar (Habibouche m. fl., 2024). I Sverige finns det 5,7 intensivvårdssängar per 100 000 invånare och denna siffra är bland de lägsta i EU (Ludvigsson m. fl., 2025). Väntetiden på svenska akutmottagningar ökar och människor lever längre med fler sjukdomar (Johansson & Johansson, 2012; Ludvigsson m. fl., 2025). Detta ställer krav på nya arbetssätt och metoder för att förbättra folkhälsan och vårdpersonalens arbetsvillkor.

Problembilden med överfulla akutmottagningar och en åldrande befolkning är ett globalt fenomen (Greene m. fl., 2023). Det tvingar fram nya strategier inom ambulanssjukvården, såsom virtuella bedömningar och utökad vård på plats utan transport (Greene m. fl., 2023; Heinonen m. fl., 2022; Savioli m. fl., 2022). Internationella exempel från Australien, Storbritannien och Finland belyser hur ambulansens roll skiftat från enbart transport till att bli en central aktör för att minska sjukhusinläggningar (Blodgett m. fl., 2021; Mahony m. fl., 2025; Salminen m. fl., 2024). Ambulansen är en del av den prehospitla vården, som innefattar larmhantering och ambulansvård (Ericsson, 2026).

En modell som ämnar att minska effekterna av demografiska förändringar och effektivisera vården är Hospital at Home (HaH). HaH är en modell där syftet är att behandla patienter i hemmet på liknande sätt som de skulle ha behandlats på ett sjukhus (de Sousa Vale m. fl., 2020). Inom HaH finns det två olika tillvägagångssätt, där det första är Admission Avoidance (AA) med mål att undvika sjukhusinläggning (Wallis m. fl., 2024). Det andra sättet, Early Discharge Program (EDP), har som mål att förkorta vårdtiden på sjukhuset genom att tidigare skriva ut en patient och fortsätta vården i hemmet (Wallis m. fl., 2024).

AA kan förbättra vården ekonomiskt och effektivisera vården i hela sjukvårdssystemet (Dew & Wilkes, 2018; Jones m. fl., 1999; Shepperd m. fl., 2009). Det leder även till bättre vård för individen (Dew & Wilkes, 2018). AA är svårdefinierat då det i olika källor förklaras som en strategi, en metod eller ett arbetssätt. Ordet "avoidable" saknar en enhetlig definition och det krävs mer forskning för att definiera (Booker &

Purdy, 2022; Trahan m. fl., 2016). Det har därför formulerats en beskrivande definition av AA baserat på flera källor under denna studie:

AA är en strategi med målet att minska sjukhusinläggningar genom att erbjuda tidsbegränsad, aktiv behandling i patientens hem, som annars skulle behöva akut slutenvård (Edgar m. fl., 2024; Shepperd m. fl., 2008; Wallis m. fl., 2024; Young, 2009). Strategin ämnar att kunna erbjuda lämpliga patienter ett effektivt alternativ till traditionell slutenvård. Detta genom att bibehålla goda hälsoutfall, kunna öka patientnöjdheten samt sannolikt minska vårdkostnader (Edgar m. fl., 2024; Jones m. fl., 1999; Wilson m. fl., 2002). Arbetet med att förebygga undvikbara sjukhusinläggningar sker längs hela vårdkedjan, som till exempel vid larmcentralens triagering, ambulanssjukvårdens beslutsfattande, mobila teams arbete utanför sjukhus och HaH-tjänster (Burrell m. fl., 2023; Erwander m. fl., 2025; Huntley m. fl., 2017).

Inom forskning kring AA identifieras flera delaktiga aktörer, inklusive ambulanssjukvården. Dess roll är dock begränsat belyst i litteraturen, eftersom den inte har studerats i någon större omfattning.

Ambulanssjukvården utgör en central del av sjukvården som utvecklas i takt med samhällsförändringarna (Kight & Andersson, 2023). Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) ansvarar för ambulanssjukvården i Storgöteborg. Det är tre regionala sjukhus som är en del av SU: Sahlgrenska, Östra och Mölndals sjukhus. SU:s ambulanser kör till alla tre akutmottagningar.

Ambulanssjukvården är en del av en komplex vårdkedja och det är därför av intresse att undersöka hur samarbetet mellan olika aktörer påverkas av ett arbete med AA. Ett sätt att undersöka detta är genom intressentteori, där relationer och inflytande mellan intressenter inom SU kan analyseras för att förstå förutsättningarna för AA (Brugha & Varvasovszky, 2000). Genom att undersöka hur AA definieras och via intressentteori analysera hur undvikbar sjukhusvård förstås och omsätts inom SU kan en översikt för relationer mellan aktörer framställas.

Rapporten inleds med frågeställningar och en teoridel där viktiga aspekter förklaras utifrån litteraturen. Därefter redovisas studiens metod och resultat. Slutligen diskuteras resultaten och framtida forskning.

1.2 Syfte och forskningsfrågor

Rapportens syfte är att utforska hur undvikbar sjukhusvård förstås och omsätts inom ambulansverksamheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) genom att analysera hur olika intressenters inflytande och intresse påverkar ambulanspersonalens beslutsfattande och arbete.

Syftet konkretiseras i fyra forskningsfrågor som rapporten avser att besvara, samtliga med SU som utgångspunkt och ambulanspersonalens perspektiv som central utgångspunkt.

- Vilka intressenter kan kopplas till ambulanspersonalens beslutsfattande?
- Vilket inflytande över och intresse för ambulanspersonalens beslutsfattande har de identifierade intressenterna?

- I vilken utsträckning överensstämmer ambulansverksamhetens faktiska arbetssätt med den teoretiska definitionen av AA?
- På vilket sätt bidrar olika intressenter till att möjliggöra eller begränsa ambulanspersonalens arbete med AA?

1.3 Avgränsningar

Avgränsningen utgår från studiens syfte, det vill säga att undersöka hur undvikbar sjukhusvård förstås och omsätts inom ambulansverksamheten på SU. Studien utgår därför från ambulanspersonalens perspektiv och omfattar inte andra intressenters egna perspektiv på undvikbar sjukhusvård. Sekundära intressenter identifieras, men analyseras inte närmare i denna studie, då fokus ligger på intressenter som direkt påverkar eller påverkas av ambulanspersonalens beslutsfattande om undvikbar sjukhusvård. Vidare avgränsas studien till de delar av patientflödet där ambulansverksamheten är direkt involverad, snarare än vårdkedjan som helhet. EDP analyseras därför inte i denna studie, eftersom det avser tidigare utskrivning från sjukhus och fortsatt vård efter inläggning. Juridiska och ekonomiska aspekter samt specifika patientutfall berörs inte i studien, då studien inte syftar till att undersöka vårdens regelverk, kostnader eller effekter för enskilda patienter.

2 Teori

För att analysera hur undvikbar sjukhusvård förstås och omsätts inom ambulansverksamheten krävs en teoretisk förståelse för beslutsfattande inom vården och samverkan mellan aktörer. Detta kapitel beskriver därför först beslutsfattande inom vården och hur detta präglas av komplexitet. Därefter introduceras intressentteori som analytiskt ramverk för att förstå vilka aktörer som påverkar, och påverkas av, ambulanspersonalens beslutsfattande. Slutligen presenteras kartläggning av intressenter och Mendelows matris som verktyg för att genomföra intressentanalysen.

2.1 Beslutsfattande inom vården

Sjukvården står inför stora utmaningar då verksamheten hela tiden förändras och blir alltmer komplex (Nilsson, 2007). Utvecklingen sker på flera områden samtidigt. Det omfattar bland annat nya medicinska framsteg och forskning, ett ökat fokus på patientens behov och nya sätt att styra organisationen. För att kunna hantera dessa förändringar krävs ett nytt sätt att tänka och nya metoder för hur man leder och organiserar arbetet inom vården (Nilsson, 2007).

Beslutsfattande inom hälso- och sjukvården präglas av att flera aktörer med olika mål och grader av inflytande samverkar (Masic, 2022; Matsumoto m. fl., 2025). Detta resulterar i en komplexitet som särskilt framträder i det dagliga arbetet, där yrkesroller och maktrelationer ständigt omförhandlas (Lokatt m. fl., 2023). Eftersom olika yrkesgrupper ofta har överlappande kunskap blir gränserna för ansvar otydliga. Trots försök till ökat samarbete bibehålls ofta traditionella hierarkier, där samverkan sker på ytan men utan att maktbalansen förändras (Lokatt m. fl., 2023). Samtidigt kan konsultation med överordnade aktörer även fungera som en strategi för att hantera osäkerhet i beslutsfattandet och minska den ångest som kan uppstå i komplexa kliniska situationer (Matsumoto m. fl., 2025). Inom ambulanssjukvården kommer denna komplexiteten till uttryck i form av betydande utmaningar vid beslutsfattande om vårdnivå, särskilt vid möten med äldre patienter med diffusa symtom (Hedqvist m. fl., 2025).

Ambulanssjuksköterskorna förväntas ha en hög kompetens och kunna ta snabba beslut om vilken vårdnivå en patient ska till (Herlitz m. fl., 2021). Utöver en hög kompetens spelar erfarenhet en avgörande roll, då den påverkar ambulanssjuksköterskans inflytande över beslutsfattandet (Gunnarsson & Stomberg, 2009). Samtidigt bidrar externa faktorer som omgivningens förväntningar, bristfällig information, ledarskapsproblem samt samverkan med många olika aktörer, till att göra beslutsfattandet i akuta situationer mer komplext (Gunnarsson & Stomberg, 2009). Utmaningarna förstärks ytterligare för både beslutsfattare och forskare eftersom det saknas en enhetlig och konsekvent tillämpad definition av vad som utgör en ”undvikbar” sjukhusinläggning (Booker & Purdy, 2022; Merche m. fl., 2026). Begrepp som undvikbar, onödig och olämplig vård används ofta som synonymer, trots att de egentligen beskriver olika fenomen och är beroende av sammanhang (Booker & Purdy, 2022; Merche m. fl., 2026). I praktiken innebär detta att inläggningar klassificeras olika mellan studier och sammanhang, beroende på vilka definitioner och bedömningsgrunder som används (Booker & Purdy, 2022). Eftersom klassificeringar ofta görs i efterhand och utgår från vårdens perspektiv snarare än patientens faktiska situation vid vårdtillfället, försvåras möjligheten att jämföra resultaten. Detta innebär i sin tur att det blir svårare att etablera en gemensam grund för beslut avseende exempelvis priori-

tering, styrning och resursfördelning (Merche m. fl., 2026). Sammantaget leder de otydliga definitionerna till en osäkerhet i det praktiska beslutsfattandet, då avsaknaden av enhetliga kriterier gör det svårt för personalen att i stunden avgöra när en inläggning faktiskt är undvikbar (Booker & Purdy, 2022; Merche m. fl., 2026).

Ur ett intressenteoretiskt perspektiv innebär detta att beslut inom ambulanssjukvården inte enbart kan förstås som förutbestämda val inom verksamheten. Besluten kan snarare förstås som resultat av interaktioner mellan olika intressenter med varierande intressen och maktpositioner (Brugha & Varvasovszky, 2000). Genom att samla in och analysera data om intressenter kan man utveckla en förståelse för hur beslut fattas i ett visst sammanhang. Detta kan i sin tur även bidra till att identifiera eventuella möjligheter att påverka dessa beslut (Brugha & Varvasovszky, 2000).

2.2 Intressenteori

Intressenteori kan användas för att på ett strukturerat sätt analysera komplexa organisationer (Brugha & Varvasovszky, 2000). Utifrån ett intressenteoretiskt perspektiv strävar organisationer efter att förändringar ska innebära förbättringar för alla involverade intressenter. Eftersom intressentanalys leder till en bra överblick kan förändringsarbeten underlättas (Mahajan m. fl., 2023). Då förändringar inom vårdssystem är särskilt komplexa, krävs väl utformade planeringsprocesser där centrala intressenter involveras (Franco-Trigo m. fl., 2020). Intressentanalyser utgör en grund för att vägleda lämpliga planeringsprocesser och genomföra strategiska åtgärder inför förändringar (Franco-Trigo m. fl., 2020). Därför är intressentanalys ett etablerat och praktiskt verktyg för att utreda relevanta intressenter inom vården (Balane m. fl., 2020). Genom en intressentanalys kan problem och missuppfattningar upptäckas och förhindras innan omstruktureringar sker (Schmeer, 1999). Nedan följer en direktöversättning av Mahajan m. fl., 2023 definition av intressenteori:

En teori som i) uppmuntrar organisationer att identifiera och beakta sina intressenter, vilka kan vara både primära och sekundära, ii) främjar förståelsen för samt hanteringen av intressenters behov, önskemål och krav, och därigenom iii) utgör ett holistiskt och ansvarsfullt ramverk som går bortom ett ensidigt fokus på aktieägare i beslutsprocesser, vilket i sin tur iv) möjliggör för organisationer att agera strategiskt, maximera sitt värdeskapande samt säkerställa långsiktig framgång och hållbarhet.

Intressenter kan vara grupper, organisationer och individer som har inflytande över handlingar och beslutsfattande (Brugha & Varvasovszky, 2000; Mahajan m. fl., 2023). En intressent definieras som en aktör som både kan utöva inflytande över organisationen och har ett eget intresse i dess verksamhet (Rouse m. fl., 2025). Inom intressenteorin görs ofta en uppdelning mellan primära och sekundära intressenter för att tydliggöra vilka aktörer som är mest centrala för en organisations verksamhet (Brugha & Varvasovszky, 2000). De primära intressenterna utgörs av dem som är avgörande för en organisations överlevnad och välbefinnande, exempelvis aktieägare, anställda, kunder och de med reglerande befogenheter eller andra former av makt över organisationen (Brugha & Varvasovszky, 2000). De sekundära intressenterna utgörs av de som organisationen interagerar med men som inte är avgörande för dess överlevnad (Brugha & Varvasovszky, 2000). Med organisationens överlevnad inkluderas både existens samt verksamhetens förmåga att upprätthålla och utveckla arbetssätt.

Genom att utgå från en central utgångspunkt, som i denna rapport är ambulanspersonal, kan intressenter identifieras och analyseras (Brugha & Varvasovszky, 2000). De som påverkar den centrala utgångspunkten beslutsfattande eller blir påverkade räknas som intressenter. Dessa identifieras genom exempelvis enkäter och intervjuer med central utgångspunkt och kringliggande intressenter eller genom litteratursökning (Brugha & Varvasovszky, 2000). De aktörer och personer som ambulanspersonal kommer i kontakt med räknas i denna rapport som intressenter.

2.3 Kartläggning och matriser

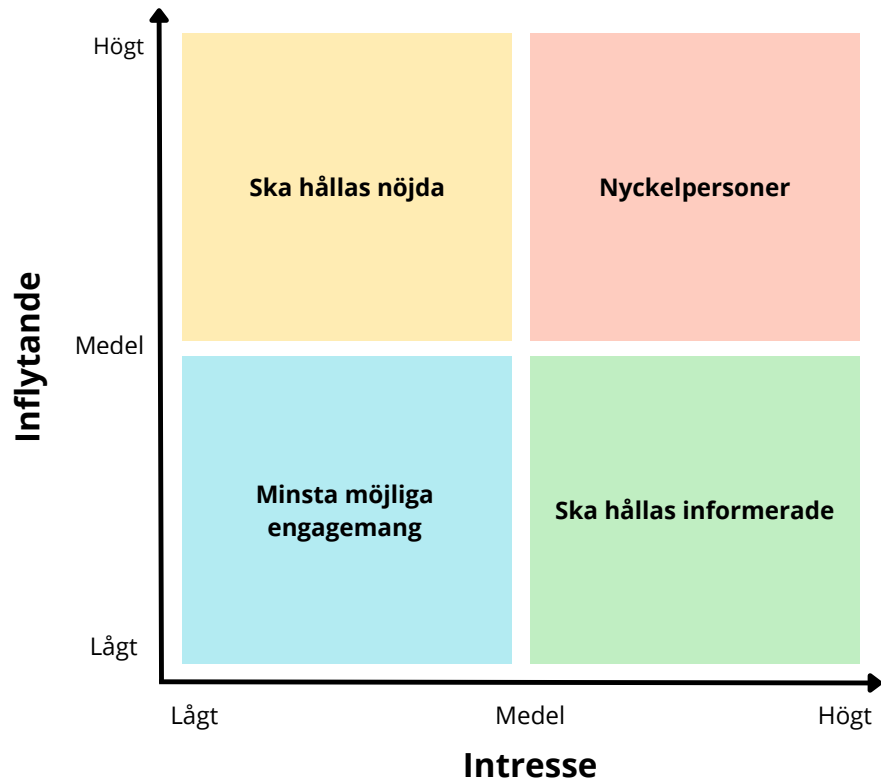
För analys av data inom intressentteori kan verktyg som kartläggning av intressenter och visualisering med matriser användas. Kartläggning är fördelaktigt att utföra för att djupare analysera varje intressents påverkan och hur stark den är (Brugha & Varvasovszky, 2000). Kartläggningen ska vara strukturerad och ske på likvärdigt sätt för alla intressenter. Därför används matriser där olika dimensioner ställs mot varandra (Brugha & Varvasovszky, 2000). Axlarna i matrisen kan exempelvis vara värde, inflytande, samarbetsförmåga etc. och varje intressent analyseras med dessa dimensioner i förhållande till den centrala utgångspunkten. När en verksamhet, dess intressenter eller den centrala utgångspunkten förändras, påverkas även relationerna dem emellan (Brugha & Varvasovszky, 2000). En kartläggning före och efter förändring kommer därför att generera olika resultat. Dessa resultatskillnader visar på hur en intressent kan komma att påverkas av en förändring.

Fördelen med kartläggning är att den synliggör komplexa relationer mellan olika intressenter och underlättar stora organisatoriska processer. Intressentteori kan spela en kritisk roll då den lyfter osäkerheter och risker innan förändring genomförs (Nguyen m. fl., 2018). Fokus ligger ofta på komplexa interaktioner och på hur intressenters inflytande påverkar varandra. Med komplex interaktion menas att en förändring påverkar många intressenter i olika led som är beroende av varandra och en miljö där riktlinjer och organisationer förändras kontinuerligt (Nguyen m. fl., 2018).

För att analysera beslutsfattande mer konkret används ofta specifika matrisverktyg. En vanligt förekommande och väletablerad modell inom intressentteori är Mendelows matris (Mints & Kamyshnykova, 2019). Matrisen visualiserar relationen mellan intressenters inflytande och intresse i en tvådimensionell modell (Bryson, 2004; Mints & Kamyshnykova, 2019). Inflytande definieras i detta sammanhang som en intressents förmåga att påverka organisationens strategier eller resurser, medan intresse avser graden av en intressents vilja att utöva denna påverkan (Bryson, 2004; Mints & Kamyshnykova, 2019). Genom att placera intressenter i matrisen utifrån dessa två dimensioner delas de in i fyra kategorier:

- **Nyckelpersoner (högt inflytande, högt intresse)** - Aktörer som bör prioriteras och aktivt involveras i beslutsprocessen
- **Hålla nöjda (högt inflytande, lågt intresse)** - Aktörer som har stort inflytande men begränsat engagemang och därför bör hanteras strategiskt
- **Hålla informerade (lågt inflytande, högt intresse)** - Aktörer som påverkas i hög grad men har begränsat inflytande och därför bör inkluderas genom kommunikation
- **Minimal ansträngning (lågt inflytande, lågt intresse)** - Aktörer som kräver begränsad uppmärksamhet

Uppbyggnaden av Mendelows matris visas i figur 1 .



Figur 1: Uppbyggnad av Mendelows matris som visualiserar relationen mellan inflytande och intresse

Denna typ av kategorisering möjliggör en tydligare förståelse för vilka intressenter som bör prioriteras i beslutsfattande och hur resurser för kommunikation och involvering bör fördelas.

3 Metod

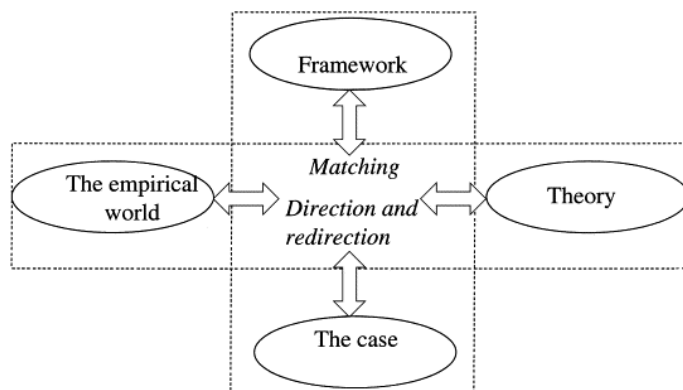
Detta kapitel redogör för hur studien har genomförts. Inledningsvis presenteras och motiveras den kvalitativa metodiken och den abduktiva ansatsen. Därefter beskrivs den teoretiska och empiriska datainsamlingen, där intervjuer och auskultationer utgör studiens empiriska grund. Vidare redogörs för hur de insamlade resultaten har analyserats med utgångspunkt i intressentteori och den teoretiska definitionen av AA. Avslutningsvis behandlas etiska aspekter samt kritik mot studiens metodval.

3.1 Metodologisk ansats

Studien utfördes med en kvalitativ forskningsmetodik och en abduktiv ansats under våren 2026. Den empiriska undersökningen kombinerades med en teoretisk datainsamling. Vidare har studien hanterat flera olika former av triangulering.

Kvalitativa studier syftar till att beskriva och tolka det studerade fenomenet utifrån ett subjektorienterat perspektiv, där individers upplevelser, tolkningar och handlingar står i fokus (Alvesson & Sköldberg, 2018; Patton, 2015). Denna forskningsansats är särskilt lämpad för att undersöka komplexa processer, organisatoriska sammanhang samt professionella erfarenheter och uppfattningar, snarare än att kvantifiera frekvenser eller analysera statistiska samband (Alvesson & Sköldberg, 2018; Bryman, 2021). Vidare är kvalitativa metoder särskilt användbara inom hälso- och sjukvårdsforskning när syftet är att skapa förståelse för hur och varför specifika arbetssätt, roller och beslut formas i praktiken (Busetto m. fl., 2020).

Kärnan i en abduktiv ansats är en systematisk kombinerings mellan teori och empiri (Dubois & Gadde, 2002). Systematisk kombinerings är således pendlingen mellan empiri och teori där empiriska fynd omformulerar teoretiska antaganden och teoretiska antaganden leder till ytterligare empiriska fynd, vilket illustreras i figur 2. Alvesson och Sköldberg (2018) beskriver abduktion som en process där forskaren successivt arbetar sig in i det empiriska materialet med hjälp av den teoretiska förståelsen, samtidigt som teorin utvecklas. Den abduktiva ansatsen påverkade valet av teoretiskt ramverk genom att de inledande intervjuerna bidrog till att forma skribenternas bedömning av vilket ramverk som var mest lämpligt för att besvara studiens syfte. Ansatsen påverkade även studiens fortsatta fokus genom att forma hur det teoretiska ramverket tolkades.



Figur 2: Systematisk kombinerig

Not. Återgiven från "Systematic combining: An abductive approach to case research", av A. Dubois och L.-E. Gadde, 2002, *Journal of Business Research*, 55(7), s. 555 ([https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00195-8](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00195-8)). Copyright 2002 av Elsevier. Återgiven med tillstånd.

Tillsammans utgör den kvalitativa metodiken, den abduktiva ansatsen och trianguleringen en sammanhängande metodologisk grund som har möjliggjort en utforskning av ambulansens roll i utvecklingen av AA.

3.1.1 Teoretiskt ramverk

Utifrån studiens syfte, att "tydliggöra ambulansens roll i utvecklingen av Admission Avoidance på Sahlgrenska Universitetssjukhuset", saknades initialt en tydlig koppling till ett specifikt teoretiskt ramverk. Studien utgick därför inledningsvis från aktör-nätverksteori (ANT). Under den tidiga analysprocessen framkom dock att ANT förutsätter en mer omfattande kartläggning av aktörer och relationer än vad studiens omfattning och tidsram möjliggjorde. Vidare har ANT kritiserats för att vara för beskrivande och för att sakna tydliga analytiska riktlinjer för hur aktörer och handlingar bör tolkas (MacLeod m. fl., 2019).

Mot denna bakgrund valdes istället intressentteori som teoretiskt ramverk. Intressentteorin bedömdes vara mer avgränsningsbar samtidigt som den möjliggör analys av relationer och samverkan mellan olika aktörer. Detta ansågs särskilt relevant i relation till studiens syfte och ambulanssjukvården, där arbetet präglas av samarbete mellan flera yrkesroller. Intressentteori som ramverk är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården (Franco-Trigo m. fl., 2020). Valet av intressentteori skedde efter att ett mindre antal intervjuer redan hade genomförts, vilket innebar att de initiala intervjuerna inte utformades utifrån detta teoretiska perspektiv. Intervjuerna bidrog dock till insikten att ANT var mindre ändamålsenlig för studien och att intressentteorin bättre svarade mot studiens syfte. De tidiga intervjuerna analyserades därför i efterhand utifrån ett intressentteoretiskt perspektiv och gav värdefulla resultat.

3.1.2 Teoretiska tolkningar

Efter att det teoretiska ramverket faststälts fortsatte den abduktiva ansatsen att påverka den teoretiska tolkningen och studiens analytiska inriktning. Under studiens gång etablerades tre huvudsakliga teoretiska tolkningar: att fokusera på beslutsfattande, att fokusera på primära intressenter samt att analysera resultaten med Mendelows matris.

Under de inledande auskultationerna, där skribenterna följde ambulanspersonalens arbete, framkom det att ambulanspersonalens möjligheter att fatta beslut hade en central betydelse i arbetet med undvikbar sjukhusvård. Detta ledde till att studien kom att fokusera på beslutsfattande inom vårdkontexten samt hur olika aktörer påverkar organisatoriska beslut utifrån ett intressentteoretiskt perspektiv. Vidare tydliggjorde teorin betydelsen av att skilja mellan primära och sekundära intressenter (Brugha & Varvasovszky, 2000). Detta bidrog till att datainsamlingen fokuserades på att främst undersöka primära intressenter utifrån ambulanspersonalens perspektiv. Denna avgränsning möjliggjorde ett mer riktat analysarbete och bidrog till att identifiera de aktörer som hade störst påverkan på processen.

Teorin framhävde även betydelsen av att analysera intressenters inflytande och intresse i relation till varandra (Nguyen m. fl., 2018). Inom intressentteorin identifierades kartläggning för att djupare analysera intressenters påverkan och hur stark den är. Ett sätt att visualisera kartläggningen är Mendelows matris (Mints & Kamyshnykova, 2019). Den visualiserar olika intressenters inflytande och betydelse i organisatoriska processer (Bryson, 2004; Mints & Kamyshnykova, 2019). Eftersom studien syftade till att undersöka olika aktörers påverkan på arbetet med undvikbar sjukhusvård bedömdes denna analysmetod vara lämplig för studiens ändamål. Dataanalysen genomfördes därför med hjälp av Mendelows matris för att skapa en tydligare förståelse av intressenternas inflytande och intresse i relation till beslutsprocessen.

Sammanfattningsvis bidrog den abduktiva arbetsprocessen till att studiens preliminära syfte och forskningsfrågor successivt omformulerades under arbetets gång. Justeringarna genomfördes utan att studiens övergripande inriktning förändrades.

3.1.3 Triangulering

Ett sätt att stärka en studies trovärdighet är triangulering. Det innebär att kombinera olika informationskällor och fånga olika aspekter av det studerade fenomenet (Alvesson & Skoldberg, 2018; Patton, 2015). Enligt Patton (2015) finns det fyra typer av triangulering som kan bidra till verifikation och validering av en kvalitativ analys: (i) datakällatriangulering, (ii) metodtriangulering, (iii) forskartriangulering och (iv) teoritriangulering. I denna studie kombinerades intervjuer, observationer och litteratur i en datakällatriangulering. Eftersom intervjuer och observationer är olika empiriska datainsamlingsmetoder utgör de även en metodtriangulering. Antalet skribenter som har analyserat materialet utgör en form av forskartriangulering, då flera personer har deltagit i tolkningen av empirin och därmed minskat risken för subjektiva tolkningar. I linje med studiens abduktiva ansats fungerade trianguleringen även som en verifiering som bidrog till att upptäcka okända aspekter av forskningsproblemet (Dubois & Gadde, 2002).

3.2 Teoretisk datainsamling

I linje med studiens abduktiva ansats var litteratursökningen iterativ snarare än systematisk. Inledningsvis söktes litteratur om AA, HaH, demografiska förändringar och ambulanssjukvård för att etablera rapportens bakgrund och formulera en teoretisk definition av AA. När empirin från auskultationerna och de initiala intervjuerna visade att ambulanspersonalens beslutsfattande påverkades av flera aktörer, utökades sökningarna med litteratur om beslutsfattande inom vården, intressentteori, intressentanalys och Mendelows matris. Den

teoretiska datainsamlingen användes därmed för att bygga rapportens bakgrund, definiera centrala begrepp och beskriva det teoretiska ramverk som senare användes för att analysera empirin.

3.3 Empirisk datainsamling

Intervjuer och auskultationer utgjorde rapportens empiriska grund. Syftet med intervjuerna var att få en fördjupad förståelse för intervjupersonernas erfarenheter, uppfattningar och det dagliga arbetet. Fokus låg särskilt på faktorer som påverkar beslutsfattande samt hur relationer och interaktioner med andra aktörer påverkar dessa beslut i praktiken. Auskultationerna bestod av att skribenterna under en halv arbetsdag följde ambulanssjuksköterskor i deras arbete och följde med vid uttryckningar. Syftet med auskultationerna var att skapa en grundläggande förståelse för ambulansverksamheten och för hur beslut om vårdnivå hanteras i praktiken. Auskultationerna bidrog även till att synliggöra vilka aktörer som var relevanta att undersöka vidare i intervjuerna. Tillsammans användes intervjuerna och auskultationerna för att identifiera relevanta intressenter, förstå deras koppling till ambulanspersonalens beslutsfattande och skapa ett empiriskt underlag för den fortsatta intressentanalysen.

3.3.1 Intervjuer

Samtliga intervjuer var semistrukturerade, en intervjumetod som generellt är organiserad runt förutbestämda öppna intervjufrågor som kombinerar struktur och flexibilitet för följdfrågor (Bryman, 2021; DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Intervjumetoden öppnar därigenom upp för intervjupersonens perspektiv, erfarenheter och uppfattningar, vilket fångar den mänskliga komplexiteten (Neupane m. fl., 2026). Metoden lämpar sig väl i denna studie, då det handlar om interaktioner och relationer mellan aktörer. Det ställdes kompletterande frågor via mejl eller SMS efter vissa utförda intervjuer.

Urvalsprocessen baserades inledningsvis på skribenternas och handledares bedömning av centrala yrkesroller kopplade till studiens ursprungliga syftesbeskrivning (se avsnitt 1.2). Konkret innebar detta yrkesroller med en nära koppling till ambulanssjuksköterskorna och ambulanssjuksköterskorna själva. När intressentteori valdes som teoretiskt ramverk visade det sig att urvalet av intervjupersoner som gjordes överlappade med Brugha och Varvasovszky (2000) beskrivning av primära intressenter. Denna utveckling stödjer ytterligare antagandet av abduktiv ansats (Patton, 2015).

Intervjufrågorna utformades iterativt under studiens gång i takt med nya empiriska fynd och med hänsyn till intervjupersonernas respektive yrkesroller. Därmed användes ingen fast intervjuguide, utan frågorna utvecklades successivt i enlighet med den abduktiva ansatsens princip om systematisk kombinerande (Dubois & Gadde, 2002). Följande är exempel på förutbestämda intervjufrågor: "Vad är din uppfattning av Admission Avoidance?"; "Kan du beskriva en vanlig dag på jobbet". Varje intervjuperson gavs möjligheten att läsa frågorna i förväg. Intervjuerna spelades in och transkriberades med hjälp av Chalmers-AI-transkriberingsverktyg och renskrevs av skribenterna.

Intervjuerna skedde via telefon med undantag av en som skedde fysiskt på intervjupersonens arbetsplats. Närvarande på intervjuerna var 2-3 skribenter där en ledde intervjun medan övriga antecknade och ställde eventuella kompletterande frågor. Intervjuerna pågick i ungefär 25 minuter. Variationen i tid berodde på in-

tervjupersonens vilja att fördjupa sina svar och antalet följdfrågor. Innan varje intervju ställdes för samtliga intervjuer följande frågor av etiska skäl: ”Vill du vara anonym?” och ”Är det okej att vi spelar in samtalet?”.

Totalt genomfördes nio intervjuer vars kodnamn och respektive beskrivning om dess yrkesroll kan studeras i tabell 1. Flera av intervjupersonerna har flera olika yrkesroller, vilket innebär att citat som avser en viss yrkesroll kan komma från flera personer i olika sammanhang. Anonymiseringen grundar sig i den yrkesroll som var den primära anledningen till att personen kontaktades för intervju.

Tabell 1: Kodnamn för varje deltagare för anonymiseringen i samband med intervjuerna

Kodnamn	Beskrivning
AmbSSK-1	Ambulanssjuksköterska på SU ambulans- & prehospitalsjukvård
AmbSSK-2	Ambulanssjuksköterska på SU ambulans- & prehospitalsjukvård
AmbLedning	Anställd i ledningen av SU ambulans- & prehospitalsjukvård
AkutLäkBil	Akutläkare hos SU ambulans- & prehospitalsjukvård, bemannar akutläkarbilen
BedömBil	Ambulanssjuksköterska som bemannar bedömningsbilen och PLE hos SU ambulans- & prehospitalsjukvård
ISL-1	Ambulanssjuksköterska med delad tjänst mellan ISL och ambulans
ISL-2	Ambulanssjuksköterska med delad tjänst mellan ISL och ambulans
NSVT-SSK	Sjuksköterska på närsjukvårdsteamet
LäkAM	Läkare på akutmottagning på SU

3.3.2 Auskultationer

Tidigt under arbetet genomfördes auskultationer med syfte att få en inblick och förståelse för ambulanspersonalens arbete.

Under tre dagar delades skribenterna upp. Personalen arbetade tolvtimmarspass och varje skribent deltog under sex timmar av arbetsdagen. Första dagen följdes en ambulansenhet mellan 08.00 och 20.00 med byte av skribent efter halva passet. Nästa dag följde samma upplägg i en annan ambulansenhet. Dag tre följde samma struktur i en tredje ambulansenhet. Totalt genomfördes auskultationer i tre olika ambulansenheter under 36 timmar.

Gemensamt för alla auskultationer var att ambulanspersonalen följdes både på stationen och under larm.

Skribenterna kläddes i varseljackor för "medåkare" och utrustades med en larmradio. Genom larmradion erhöles information om inkommande larm, larmprioritet samt patienttillstånd och patientens position. Mellan larmen spenderades tid på stationen där det förekom öppna diskussioner med ambulanspersonal och andra yrkesgrupper, såsom psykiatri, läkare och ledningsfunktioner.

Skribenterna åkte på 2-3 larm under vardera auskultation och satt under transport i baksätet. Hos patienten följdes ambulanspersonalen fullständigt på plats och vidare till eventuell akutmottagning. Ambulanspersonalen delade med sig av sina erfarenheter under larmen vilket medförde förståelse för det medicinska, tekniska och processen i stort. De besvarade frågor om arbetet, upplevelser och undvikbar sjukhusvård.

Auskultationerna skedde tidigt under arbetet för att skapa en grundläggande förståelse för ambulanssjukvården. Medåkningen ägde rum innan ett specificerat syfte med studien hade tagits fram. Därför fastställdes inga rapportspecifika frågor i ett intervjuformat. Auskultationerna valdes att ses som en observation för att skapa en grundläggande förståelse för ambulanssjukvården som helhet, men även för att, i mindre omfattning, styrka diskussionen av empirin från intervjuerna. Erfarenheterna från auskultationerna bidrog därigenom till rapportens syfte och till att stödja diskussionen av empirin.

3.4 Dataanalys

Dataanalysen utgick från studiens teoretiska ramverk kring intressentteori och den teoretiska definitionen av AA. Vidare gjordes en genomgång av de transkriberade intervjuerna för att skapa en helhetsförståelse för ambulanspersonalens arbete, deras samverkan med andra aktörer och deras beslutsfattande.

Eftersom ambulanspersonalen utgjorde studiens centrala utgångspunkt fokuserade analysen initialt på att identifiera vilka aktörer som förekom i ambulanspersonalens arbete. Vid identifieringen av intressenter betraktades en aktör som en intressent om den påverkade eller påverkades av ambulanspersonalens arbete eller beslutsfattande (Brugha & Varvasovszky, 2000). Intressenter kunde därför identifieras i resultatkapitlet där aktörer beskrevs i relation till ambulanspersonalens arbete med beslut om vårdnivå, hänvisning, medicinskt stöd, resursfördelning eller möjliga vårdvägar.

Materialet användes även för att kartlägga ett processflöde över vårdärenden kopplade till ambulansverksamheten. Detta gjordes genom att sammanställa intervjupersonernas beskrivningar av hur inkommande larm hanteras, hur resurser sätts in, hur resurserna samverkar och möjliga vårdvägar för patienten. Auskultationerna användes som stöd i förståelsen av hur processen utförs i praktiken.

Vidare kategoriserades intressenterna utifrån deras koppling till ambulansens arbete. För att tydliggöra var i vårdflödet intressenterna förekommer delades de in i: före ambulansens involvering, under ambulansens insats och efter att patienten lämnat ambulansens vårdansvar. De intressenter som hade direkt koppling till ambulansens beslut betraktades som primära intressenter. De intressenter som hade indirekt påverkan på ambulansens beslut betraktades som sekundära intressenter och analyserades inte vidare i enlighet med studiens avgränsningar.

Efter att de primära intressenterna hade identifierats analyserades de utifrån begreppen inflytande och intresse. Det empiriska materialet tolkades med fokus på hur olika intressenter påverkade ambulanspersonalens beslutsfattande, vilket lade grunden för bedömningen av respektive intressents inflytande och intresse. Utifrån bedömningen placerades dessa i Mendelows matris (Bryson, 2004; Mints & Kamyshnykova, 2019). Placeringen innebar att intressenterna delades in i fyra kategorier. Dessa kategorier analyserades sedan och användes för att besvara de forskningsfrågor som berörde intressenternas roll i ambulanspersonalens beslutsfattande.

Slutligen användes materialet för att jämföra ambulansens arbetssätt med den teoretiska definitionen av AA. Kartläggningen av processflödet och intressentanalysen låg därefter till grund för analysen av ambulansens roll i undvikbar sjukhusvård. Jämförelsen användes för att undersöka om ambulansens arbetssätt motsvarade definitionens fokus på aktiv behandling i patientens hem, som annars skulle behöva akut sjukhusvård (Shepperd m. fl., 2008; Wallis m. fl., 2024; Young, 2009). Jämförelsen användes även för att studera ambulansens arbete med att möjliggöra AA genom samverkan med andra vårdaktörer, hänvisning och bedömning. Utifrån detta kunde slutsatser dras om vilka aspekter av AA som ambulansens arbete överlappade med eller möjliggjorde.

3.5 Etiska aspekter

Studien beaktade etiska aspekter kopplade till både intervjuer och auskultationer. Inom kvalitativ forskning är informerat samtycke, frivilligt deltagande, konfidentialitet och skydd av deltagarnas integritet centrala forskningsetiska principer (Sanjari m. fl., 2014). I enlighet med dessa principer informerades samtliga intervjupersoner om studiens syfte innan intervjuerna genomfördes. Deltagandet var frivilligt och intervjuerna spelades endast in efter deltagarnas muntliga samtycke. Intervjupersonerna gavs möjlighet att vara anonyma. För att säkerställa en konsekvent hantering av deltagarna i studien anonymiserades samtliga deltagare i rapporten och vid presentation av resultaten. Intervjupersonerna gavs kodnamn baserade på yrkesroll. Trots anonymiseringen finns en risk för att intervjupersonerna kan identifieras indirekt, eftersom vissa yrkesroller innehas av ett fåtal personer inom det studerade området. Därför har direkt identifierbara uppgifter utelämnats.

Under auskultationerna beaktades patientintegriteten särskilt. Vid observationer i vårdmiljö krävs hänsyn till konfidentialitet och hantering av känslig information (Eady & Moreau, 2025). Känslig information om patienterna förekom under auskultationerna, bland annat i form av journalinformation och observationer av människor i utsatta situationer. Gruppmedlemmarna intog en observerande roll under auskultationerna och påverkade inte vården. Syftet med studien var inte att studera enskilda patientfall, och därför samlades ingen patientdata in. Observationerna redovisas istället på en övergripande nivå, i enlighet med studiens syfte.

Hantering av insamlad data beaktades genomgående i studien. Vid anonymisering är det viktigt att sträva efter att minimera möjligheten för intrång i studiedeltagarnas personliga integritet (Sanjari m. fl., 2014). För att skydda denna hanterades insamlad data i enlighet med principer om konfidentialitet inom forskning (Eady & Moreau, 2025; Sanjari m. fl., 2014). Insamlad data sparades initialt lokalt på gruppmedlemmarnas mobiltelefoner för att senare överföras till en lösenordsskyddad molnlagringstjänst. Därefter raderades

materialet permanent från mobiltelefonerna. Data delades även med studiens handledare i slutet av studien i syfte att materialet ska kunna bidra till vidare forskning. Intervjupersonerna informerades om detta via mejl, och data delades först med handledaren efter deras godkännande.

Studien strävar efter att presentera resultatet på ett transparent och övergripande sätt. Citat har valts på ett sätt som minskar risken för igenkänning. Respektive deltagare i studien har fått en kopia av rapporten och inbjudan till presentationen av studien. Detta gjordes för att ge deltagarna möjlighet att ta del av studiens resultat.

3.6 Metodkritik

Valet av metod möjliggjorde en djupare förståelse för hur olika intressenter påverkar ambulanspersonalens beslutsfattande i en specifik organisatorisk kontext (SU). Samtidigt har metodvalet, i form av en kvalitativ forskningsmetodik och en abduktiv ansats där intressentteori har använts som teoretiskt ramverk, inneburit vissa begränsningar. Dessa begränsningar återfinns främst i samband med intervjuer och auskultationer samt i studiens begränsade generaliserbarhet. Studiens inriktning mot ett relativt outforskat område, ambulansens roll inom AA, har dessutom försvårat metoden vid den teoretiska datainsamlingen.

3.6.1 Teoretisk datainsamling

Den teoretiska datainsamlingen i studien har begränsats av att det finns få källor som är riktade mot sjukvården, specifikt inom litteratur om intressentteori. Att det inte kommit många nya källor inom den senaste tiden om intressentteori, som är specificerade på sjukvården, antyder att detta är ett outforskat område som har möjlighet till stor utveckling. Därmed har äldre källor också behövt användas, några som är över 20 år gamla, för att kunna beskriva intressentteorin. Detta är en svaghet då det innehåll som finns i källorna kan vara daterat. Detta innebär en risk att vissa teoretiska utgångspunkter inte fullt ut speglar dagens vårdkontext. Dock har det vid den teoretiska datainsamlingen framkommit att nyare källor också använder de här äldre källorna för att beskriva liknande koncept. Detta tyder på att informationen fortfarande är betydelsefull och kan användas än i dag.

3.6.2 Empirisk datainsamling

Den empiriska datainsamlingen har huvudsakligen bestått av intervjuer och auskultationer, vilket har gett en nära inblick i det praktiska arbetet inom ambulanssjukvården. En styrka med detta är möjligheten att samla in erfarenhetsbaserad och praktisk information (Eady & Moreau, 2025; Jordan m. fl., 2021). Detta kan vara svårt att fånga genom kvantitativa metoder.

Det är relevant att diskutera urvalet av intervjupersoner, den semistrukturerade intervjudesignen samt genomförandet av intervjuerna. Antalet intervjupersoner per yrkesgrupp var begränsat och bestod i vissa fall endast av en individ. Detta berodde till stor del på studiens tidsram, vilket innebar en avvägning mellan att inkludera flera yrkesgrupper eller fler respondenter inom varje yrkesgrupp. Konsekvensen av detta är att det är svårt att avgöra i vilken utsträckning resultaten speglar generella mönster eller enskilda individers uppfattningar (Jordan m. fl., 2021). Vidare möjliggjorde den semistrukturerade intervjustrukturen en flex-

ibilitet och rum för följdfrågor, vilket bidrog till mer nyanserade och utvecklade svar (Jordan m.fl., 2021). Flexibiliteten innebar dock en risk att olika teman och frågeställningar inte behandlades konsekvent mellan intervjuerna. Detta kan ha påverkat jämförbarheten i resultatet mellan personerna (Jordan m.fl., 2021).

Vidare genomfördes majoriteten av intervjuerna via telefon, vilket kan ha påverkat djupet i respondenternas svar negativt jämfört med fysiska intervjuer. I Jordan m.fl. (2021) rapport framgår det att en intervjuares mål är att maximera djupet i svaret från deltagaren. Genom att visa aktivt lyssnande och upprätthålla ögonkontakt under hela intervjun kan detta bidra till att engagera deltagare (Jordan m.fl., 2021). Även om aktivt lyssnande var möjligt även vid telefonintervjuerna kan avsaknaden av visuella signaler ha gjort det svårare att fullt ut tillämpa dessa strategier. Anledningen till att merparten av intervjuerna skedde på distans var dock avsiktlig och motiverades av vårdpersonalens ofta begränsade tid. Skribenterna upplevde dock inte detta som en betydande begränsning då kompletterande frågor kunde skickas på mejl vid behov för att kunna säkerställa och stärka studiens resultat. Slutligen bör det noteras att även om intervjupersonerna tillfrågades om anonymitet innan intervjuerna påbörjades informerades de inte initialt om att rapporten i slutändan skulle anonymiseras. Detta då beslutet om anonymisering fattades senare i processen. Detta kan ha påverkat hur öppet intervjupersonerna valde att uttrycka sig.

Vidare är det viktigt att vara medveten om auskultationernas begränsningar i studien. Auskultationerna genomfördes i ett tidigt skede av studien, innan syftet och frågeställningarna var fullt fastställda. De dokumenterades inte utifrån en strukturerad observationsmall, utan anteckningarna baserades på vad observatören bedömde som relevant vid respektive tillfälle. Vidare omfattade observationerna även ett begränsat antal situationer och kan därför ha påverkats av tillfälliga omständigheter, som typ av larm eller vilka aktörer som var involverade just då. Som Fix m.fl. (2022) betonar är det viktigt att fenomenen som observeras måste inträffa tillräckligt ofta för att kunna fångas. Att försöka observera sällsynta händelser kräver avsevärd tid samtidigt som det ger lite data (Fix m.fl., 2022).

Det finns även en risk att personalens beteende har påverkats av närvaron av observatörer, även om detta inte tydligt upplevdes. Detta relaterar till den så kallade Hawthorne-effekten, som innebär att individer kan förändra sitt beteende när de vet att de observeras (Eady & Moreau, 2025; Fix m.fl., 2022). Samtidigt betonar Fix m.fl. (2022) att denna effekt i många fall inte är så framträdande som ofta antas.

Möjligheten att kombinera observationer med intervjuer har stärkt studiens trovärdighet då flera datakällor har använts för att bekräfta och nyansera bilden av ambulanspersonalens roll i arbetet med AA.

3.6.3 Generaliserbarhet

Ytterligare en begränsning i denna studie är dess generaliserbarhet, då fokus har legat på ambulansverksamheten vid SU och dess specifika koppling till arbetet med AA. Eftersom studien har genomförts som en fallstudie för SU kan resultaten inte antas vara direkt överförbara till andra regioner eller verksamheter inom prehospital vård. Samtidigt kan de analysmodeller och det tillvägagångssätt som använts ge en grund för hur liknande studier kan genomföras i jämförbara kontexter, även om resultaten behöver tolkas med hänsyn till lokala förutsättningar.

4 Resultat

Detta kapitel presenterar resultaten från den empiriska datainsamlingen, bestående av auskultationer och intervjuer. Resultatet redovisas i flera delar för att tydliggöra hur ambulanspersonalens arbete, processflöde för ett vårdärende och relevanta intressenter relaterar till varandra. Inledningsvis presenteras observationer från auskultationerna. Vidare förklaras ambulanssjuksköterskan som den centrala utgångspunkten följt av beskrivningar på relevanta intressenter för studien. Därefter presenteras ett processflöde för hanteringen av ett vårdärende samt intressenternas koppling till ambulansen på SU.

4.1 Observationer från auskultationerna

Observationer från auskultationerna varierade beroende på vilken dag skribenterna deltog, eftersom ambulanssjuksköterskorna som arbetade under passen skiljde sig från dag till dag. Detta beskrivs genom att auskultationerna som erhöles under de tre dagarna presenteras separat.

4.1.1 Dag 1, skribent ett och två

Båda ambulanssjuksköterskorna hade flera års erfarenhet inom ambulanssjukvården och hade jobbat länge tillsammans. De uttryckte en god inställning till införandet av inre sjukvårdsledning (ISL) och att det hade förbättrat deras arbetsdagar. De uppskattade även möjligheten att kontakta akutläkare för stöd i medicinska frågor. Kommunikationen mellan varandra och till patienter upplevdes som god.

Ett exempel var ett larm där ambulanssjuksköterskorna inte uppfattade patientens tillstånd som akut. De gav patienten möjlighet att åka till akuten men förklarade tydligt de olika alternativen som fanns. Det skulle vara lång väntan på akuten och att likvärdig vård kunde förväntas på vårdcentralen. De förklarade att patienten skulle ringa 112 igen om tillståndet förvärrades och egenvård förklarades. De var under hela samtalet tydliga med patienten och anhöriga om de olika vårdalternativen. Slutligen kördes patienten inte till akutmottagningen.

Akutläkaren kontaktades två gånger dag ett. Anledningen var att de var osäkra på patientens tillstånd och vidare tillvägagångssätt. Akutläkaren blev informerad om undersökningar, samtal och hälsotillstånd. Akutläkaren undersökte samtidigt patientens journal och ställde kompletterande frågor till ambulanssjuksköterskorna och anhöriga. Över telefon tyckte akutläkaren att båda dessa patienter borde köras in till akuten och detta genomfördes. Kommunikationen mellan ambulanssjuksköterskorna och akutläkaren uppfattades som smidig och tydlig.

Ett larm var en trafikolycka med polis och andra ambulansenheter på plats. Undersökning av patienten skedde samtidigt som polisförhör och samtal fick ske i samarbete med polisen. Detta för att både polis och ambulansenheter skulle kunna genomföra nödvändiga åtgärder. Kontakt skedde med andra ambulansenheter, polis och trafiksamordnare. Denna kommunikation kändes lite ostrukturerad då ambulanssjuksköterskorna blev störda i undersökningen av poliserna som ville hålla förhör. Uppfattningen var att poliserna kände sig störda åt andra hållet.

Under diskussion med ambulanssjuksköterskorna bad en gruppmedlem dem att uppskatta hur många av larmen där patienten kördes till akuten. Svaret gavs efter en längre betänketid och uppskattades till att 30 procent av alla larm de tar körs in till akuten. Dessutom uppfattades en viss oklarhet om vad en ambulanssjuksköterskas arbetsuppgifter omfattar.

Ingen av de två ambulanssjuksköterskorna hade hört om AA. Begreppet förklarades och de berättade att strategin är något de använder under varje larm, präglar deras arbete och hela ambulansverksamheten. Men AA har förstärkt oklarheterna om arbetsuppgifterna som ambulanspersonal.

4.1.2 Dag 2, skribent tre och fyra

Personalen som arbetade under den andra dagen av auskultationer hade arbetat i många år inom ambulansverksamheten, men även inom andra vårdenheter. Deras bakgrund inom kardiologi respektive förlossning upplevdes som en erfarenhet som kunde vara till stor hjälp vid många av larmen.

Liksom ambulanssjuksköterskorna under dag 1 uttryckte de att införandet av ISL sågs som mycket positivt. De hade ett lagom antal larm per dag (cirka 4–6) och upplevde sig inte vara överbelastade, till skillnad från tidigare när ISL inte fanns. Under dagen förekom tre prio 2-larm och ett prio 1-larm. Samtliga patienter bedömdes vara i behov av transport till akutmottagningen för vidare vård. Ambulanspersonalen använde sig inte av några hjälpmedel som West Coast System for Triage (WEST) eller rådgivning från andra vårdenheter, men nämnde att dessa ofta är till stor hjälp.

Vid samtal med ambulanspersonalen uppfattades deras inställning som att patienter vid behov av vård bör transporteras till akutmottagningen. Den ena ambulanssjuksköterskan uttryckte att det ”inte hade känts bra i magen” att avstå från att köra en patient till akutmottagningen. Den andra ambulanssjuksköterskan hade däremot uppfattningen att alla patienter inte behöver transporteras till akuten. Ingen av dem visste vad AA var. Efter en förklaring av begreppet undvikbar sjukhusvård förstod de innebörden, men det verkade inte vara något de aktivt arbetade med i sin vardag. De upplevdes som trygga i sitt beslutsfattande, även om de föredrog att köra patienter till akutmottagningen en gång för mycket än att avstå.

4.1.3 Dag 3, skribent fem och sex

Under de flesta larm under den sista dagen övervägde ambulanspersonalen om patienten skulle åka in till akutmottagningen eller inte. Det framgick att denna övervägning var en central del av personalens arbete. Varje larm skiljde sig från varandra och det blev tydligt att omständigheterna för patienten beaktades för att kunna ta ett så lämpligt beslut som möjligt. Ett exempel på detta var ett larm för en medvetlös patient. Där undersöktes patienten och då visade det sig att denne skulle kunna köras in till akuten för vidare behandling. Ambulanspersonalen hade dock en diskussion om det var värdigt för patienten att åka in med tanke på dennes övriga hälsotillstånd. Då kom personalen fram till att de i stället skulle lämna patienten hemma. För att försäkra sig om att detta var ett lämpligt beslut ringde de även till en akutläkare som instämde med personalen. Ett annat fall där de inte körde till akuten var en patient som hade en misstänkt allvarlig fraktur. Här transporterades patienten direkt via ett särskilt vårdspår för sådana skador, till en annan vårdavdelning än akutmottagningen.

Det framkom tydligt att ambulanspersonalen hade mycket makt i hur transporten skulle genomföras, trots anhörigas önskemål. Exempelvis utspelade sig ett fall på ett särskilt boende med anhöriga närvarande. Trots att anhöriga önskade att patienten skulle föras till ett specifikt sjukhus poängterade personalen att det var personalen själva som bestämde vilket sjukhus de skulle till.

Å andra sidan fanns det även larm där patienten faktiskt togs in till akuten. Patienter med bröstsmärta eller misstänkt stroke prioriterades högt och kördes mer eller mindre direkt in till akutmottagningen. I dessa fall skedde inte samma diskussioner som med tidigare nämnda patienter, utan det fanns ett tydligare tillvägagångssätt där målet var att föra patienten till akuten.

Begreppet AA hade ambulanssjuksköterskorna aldrig hört förut. De förklarade dock att de ändå diskuterar proceduren med att försöka undvika att köra in patienter till akuten. De försöker göra det som är rimligt för varje patient. Jämfört med exempelvis Norge och Stockholm ansåg de även att SU ligger i framkant med att implementera undvikbar sjukhusvård i sitt arbete, trots att begreppet i sig inte används av ambulanssjuksköterskorna eller deras kollegor.

4.2 Ambulanssjuksköterskorna som central utgångspunkt

Ambulanssjuksköterskor på SU träffar, undersöker och tar beslut om på vilken vårdnivå en patient ska vårdas på. De kan även initiera och utföra vård. Jobbet handlar om patientmöten och det är stor variation på sjukdomsfall och skador. På SU arbetar ambulanssjuksköterskor på ett annat sätt än i många andra regioner. De är inte starkt styrda av riktlinjer utan personalens kompetens och erfarenhet värderas högt. Personalen förväntas göra en bra bedömning på plats, ta kloka kliniska beslut och hänvisa patienten till lämplig vårdnivå. Detta med syfte att avlasta akutmottagning och framförallt för att varje patient ska få rätt vård. Kloka kliniska beslut handlar om en rimlighet inom vården, att rätt vård ska ges till rätt patient. AmbSSK-1 menar att hänvisning till annan vårdnivå handlar om patientsäkerhet. AmbSSK-1 har arbetat på akutmottagning och berättar att hens erfarenhet och kunskap om det på akuten ligger som grund till beslut. Triage WEST systemet fungerar även som ett beslutsverktyg i frågor om vårdnivå.

”Vi är inte så hårt styrda av riktlinjer, vilket gör att man tar till vara personalens kompetens och erfarenhet att ta kloka kliniska beslut själva i den frågan.” - ISL-2

Ambulanssjukvård handlar ofta om ett gränsland med en osäkerhet kring lämplig vårdnivå. Vid dessa situationer kan ambulansens akutläkare nås via telefon. Ambulansens akutläkare är den som ambulanspersonalen samarbetar mest med under en dag. Dels för att deras medicinska kompetens står över ambulanspersonalens och för att de fungerar som ett beslutsstöd. AmbSSK-1 säger att samtal till akutläkare vid osäkerhet och för ökad trygghet inom arbetet har funnits som en riktlinje de senaste åren. AmbSSK-2 berättar att man som ambulanssjuksköterska vill ta det säkra före det osäkra och menar att det kan vara skönt att ringa och bolla med en akutläkare.

Vi (ambulansen) har ju våra medicinska ledningsansvariga läkare (ambulansens akutläkare) som har lång erfarenhet av att jobba på akutmottagning. Akutläkare är ganska framstående i de här tankegångarna kring kloka kliniska val. - AmbLedning

En stor del av ambulanspersonalens arbete är hänvisning till alternativ vårdnivå och undvikbar sjukhusvård. AmbSSK-1 och AmbSSK-2 berättar att bedömningen görs på plats hos patient och att tänka alternativa vårdvägar ligger undermedvetet i arbetsnaturen som byggts upp inom SU arbetsstruktur. Trots att hänvisning till alternativ till akuten inte tas upp under sjuksköterskeutbildningen. Man kan märka en skillnad mellan personal som arbetat länge inom SU mot de nya. De nya kan ha svårt att minnas vilka kommunikationsvägar och vårdnivåer som finns och upplevdes utnyttja tillgängliga resurser mindre än mer erfaren personal. AmbLedning menar att rätt patient till rätt vårdnivå är som en rörelse på hela SU. Där rimlighet och kloka kliniska beslut väger tungt. Ledningen på ambulansen förmedlar i stor utsträckning att personalen ska använda akutläkarresursen vid osäkerhet då deras arbete på akutmottagning gör dem framstående i kloka kliniska val. Förmedlingen är oftast informell och inte genom utbildningar och riktlinjer.

Hänvisning av patienter handlar även om en kultur mellan olika aktörer. Ambulanssjuksköterskor berättar att man ibland kan bli ifrågasatt på akutmottagningen om anledning till varför en viss patient kördes in.

Det kan vara en kultur att man ska lämna patienter hemma så mycket det går. Jag tror vissa kan känna ett sånt tryck. - AmbSSK-2

4.3 Ambulansens intressenter utifrån empiri

Utifrån intervjuer och auskultationer framgår det att flera aktörer deltar i hanteringen av ambulansärenden genom processens olika steg. Dessa aktörer har kategoriserats i relation till de olika skedena i vårdkedjan: före ambulansens involvering, under ambulansens insats och efter att patienten lämnat ambulansens vårdansvar. Inom de olika kategorierna ingår larmhantering och koordinering i skedet före ambulansens involvering, resurser i skedet under ambulansens insats och alternativa vårdvägar i skedet efter ambulansens insats. Processen presenteras och visualiseras i avsnitt 4.4.

4.3.1 Före ambulansens insats

Aktörer med operativa funktioner inom larmhantering före ambulansens involvering utgörs av SOS Alarm, sjukvårdens larmcentral (SvLc) och ISL. SOS Alarm gör den initiala prioriteringen av larmsamtalen, SvLc ansvarar för koordinering av resurser och ISL är en taktisk ledningsfunktion inom ambulanssjukvården med ansvar för att i realtid prioritera, fördela och samordna de prehospitala resurserna. Arbetet för ISL innebär att kontinuerligt triagera och retriagera ärenden, säkerställa att rätt vårdnivå och kompetens används samt att upprätthålla god tillgänglighet av resurser. På ISL arbetar ambulanssjuksköterskor, alltid i delad tjänst mellan ambulans och ISL. ISL-funktionen är i drift mellan kl. 07:00 på morgonen till kl. 03:00 på natten. Detta beror på att mellan tiderna 03:00-07:00 på natten är belastningen låg och flödet litet. Därmed finns det ingen vinst i att övervaka systemet däremellan. Syftet med ISL är enligt ISL-1 att säkerställa att prehospitala resurser används på bästa möjliga sätt så att patienter får rätt vård, på rätt nivå och i rätt tid. ISL-1 betonar att de som arbetar som ISL har mycket erfarenhet inom ambulansverksamheten och kan ta beslut utanför riktlinjer för att göra funktionen mer optimerad.

Men som ISL:er har vi ju möjlighet att ta avsteg från allting om vi tycker att det finns nåt annat lämpligare val som gynnar verksamheten eller patienten. - ISL-1

En bedömningsbil kan användas som ett alternativt prehospitalt stöd för medicinsk bedömning på plats. Bedömningsbilen är bemannad med en legitimerad sjuksköterska och får sina uppdrag av SvLc. Bedömningsbilen skickas ut till patienter vars behov SvLc/ISL bedömt kunna hanteras på plats utan transport till sjukhus. Arbetsuppgifterna för bedömningsbilen innefattar att genomföra medicinska bedömningar och därefter hänvisa patienten till rätt vårdnivå. Bedömningarna bidrar därmed till att avgöra den fortsatta handläggningen för patienten. Vid intervju med personal som kör bedömningsbilen och från auskultationer framgår det att bedömningsbilens syfte är att prehospitalt arbeta med undvikbar sjukhusvård i form av att utföra vård på plats hos patienten och frigöra lediga ambulanser.

Arbetet i bedömningsbilen innebär därför att man ofta använder flera olika delar av vårdkedjan istället för att hänvisa patienter direkt till sjukhus. - BedömBil

4.3.2 Under ambulansens insats

När ambulansen är aktiv i ärendet kan ambulanspersonalen samverka med flera olika aktörer beroende på ärendets karaktär och tillgängliga resurser. En sådan resurs som kan användas för stöd i medicinska bedömningar är enligt AmbSSK-1 akutläkarbilen. Akutläkarbilen ingår i ambulansverksamheten och är bemannad med en akutläkare. Den är i drift mellan 10:00-00:00 på vardagar och 08:00-21:00 på helger. Akutläkaren styrs av ISL och larmas ut till de ärenden där de anser att en läkare kan göra nytta. AkutLäkBil förklarar att arbetet består av både kliniska uppdrag på ambulansen och telefonkonsultationer med ambulanspersonal. Vid konsultation med ambulanspersonal har akutläkaren tillgång till patientens journal, ambulanssjuksköterskornas bedömning och kontakt med patient och kan med sin kompetens ge kloka kliniska beslut. Vid de tillfällen när ambulansens akutläkare inte är tillgängliga för konsultation med ambulanspersonal kan ledningsläkare på akutmottagningen ta över denna funktion. Utöver ambulansens akutläkare och ledningsläkare kan ambulanspersonalen även använda andra former av specialistkonsultation. Exempelvis kan läkare på barnakuten kontaktas via telefon eller videobedömning.

[...] svårt skadade patienter där man som läkare kan göra nytta eller patienter där det krävs att man ska fatta någon form av beslut där man behöver ha läkarkompetens eller läkarmandat. [...]. Sen har vi ju då den stora gruppen där vi inte åker på alla (ambulansärenden), men där vi kan finnas med som ett bollplank. - AkutLäkBil

I första hand så ringer de (ambulanspersonalen) till akutläkarbilen när den är i tjänst [...] och de är ju inte tillgängliga 24/7 eller de kanske är upptagna på något annat. Då ringer de ibland till ledningsläkaren hos oss (akutmottagningen). - LäkAM

Vid större händelser kan en prehospitall sjukvårdsledningsenhet (PLE) närvara för att leda sjukvårdsinsatsen. Det är SvLc som bedömer om det finns behov av att skicka ut en PLE och på plats agerar de som insatschef och samverkar med andra aktörer som räddningstjänst och polis. Det är PLE som fattar medicinska inriktningsbeslut för att optimera vården utifrån de resurser som finns tillgängliga. BedömBil som även arbetar som PLE uttrycker att en PLE kan ge stöd till övrig ambulanspersonal på plats genom sin erfarenhet inom ambulansyrket.

Det är främst vid större händelser, där resurserna är begränsade, som vi på PLE tar en mer styrande roll. Då kan vi fatta medicinska inriktningsbeslut för att optimera vården utifrån de resurser som finns tillgängliga. - BedömBil

4.3.3 Efter ambulansens insats

Efter att ambulansen genomfört sin bedömning styrs patienten till en lämplig vårdnivå. Detta kan innebära transport till akutmottagning eller hänvisning till alternativa vårdnivåer. Olika aktörer inom dessa alternativa vårdnivåer är närsjukvårdsteam (NSVT), mobila team samt vårdcentraler och jourcentraler.

I Storgöteborg finns tre akutmottagningar som patienter vars tillstånd bedöms kräva akut sjukhusvård kan köras in till: Sahlgrenska, Östra och Mölndal. Verksamheten vid dessa enheter präglas av hög belastning och utmaningar med att patienter som formellt lagts in i slutenvården blir kvar på mottagningen i väntan på lediga vårdplatser på avdelningarna.

Vi [akutmottagningen] har flera delar. Det är ju liksom inflöde, genomflöde och utflöde. [...]. Då tänker man inflöde, ambulans [...], sen genomflödet är det vi gör på akuten som liksom alla undersökningar [...], sen är det utflödet och då är det ju hem eller inläggning. - LäkAM

Mobila team samverkar med ambulansen genom att bidra med behandling och uppföljning av patienter i hemmet. Teamen utgörs av separata enheter från Göteborgs olika sjukhus. Denna studie fokuserar främst på NSVT, då dessa enligt intervjuer har störst samverkan med och påverkan av ambulansens arbete med undvikbar sjukhusvård. Det finns flera olika typer av mobila team och NSVT som ambulansen kan vända sig till, både inom psykiatrisk och somatisk vård. Exempelvis finns mobila röntgenenheter och narkosläkare som kan komma ut till patienten. Det är både ambulansen och SvLc/ISL som kan kontakta NSVT och mobila team. På NSVT arbetar sjuksköterskor med planerade besök i patientens hem. Under dessa besök utför personalen medicinska insatser såsom att ta blodprover, påbörja behandlingar och justera läkemedel. Denna vårdform fyller ett tomrum mellan primärvård och slutenvård och är särskilt vanlig för patienter med hjärtsvikt eller infektioner.

Vårt fokus är ju att behandla patienterna mer i hemmet så att säga. [...] vi kanske följer patienten i några dagar och tar lite prover och ändrar behandlingar och så vidare. - NSVT-SSK

Ambulanspersonalen kan även rekommendera patienten till egenvård vid icke akuta fall. Vid hänvisning till vårdcentral visade observationer under auskultationer att patienten i regel själv tar kontakt med dessa, särskilt när tillståndet inte bedöms som akut av ambulanspersonalen.

Utan med hjälp av att patienten helst kanske är grön (triagebedömning) så bedömer man att denne kan vänta och söka vård på vårdcentralen. - AmbSSK-1

4.4 Processflöde

Figur 3 visar processflödet för hur ett vårdärende hanteras, från inkommande larm till möjlig vårdväg för patienten. Flödet är baserat på semistrukturerade intervjuer samt auskultationer med personal inom ambulansverksamheten. Detta inkluderade ambulanssjuksköterskor, personal inom bedömningsbilen och personal

i akutläkarbilen samt personal kopplad till SvLc. Figuren illustrerar var olika aktörer arbetar under flödet och hur aktörerna samverkar. Processen delas in i fyra olika kategorier: larm, koordinering, resurs och vårdväg. Figur 3 visar flödet under timmarna då alla resurser är tillgängliga. Enligt ISL-2 är inte ISL i drift hela dygnet. Även andra specialresurser som akutläkarbilen är endast tillgängliga under vissa tider på dygnet.

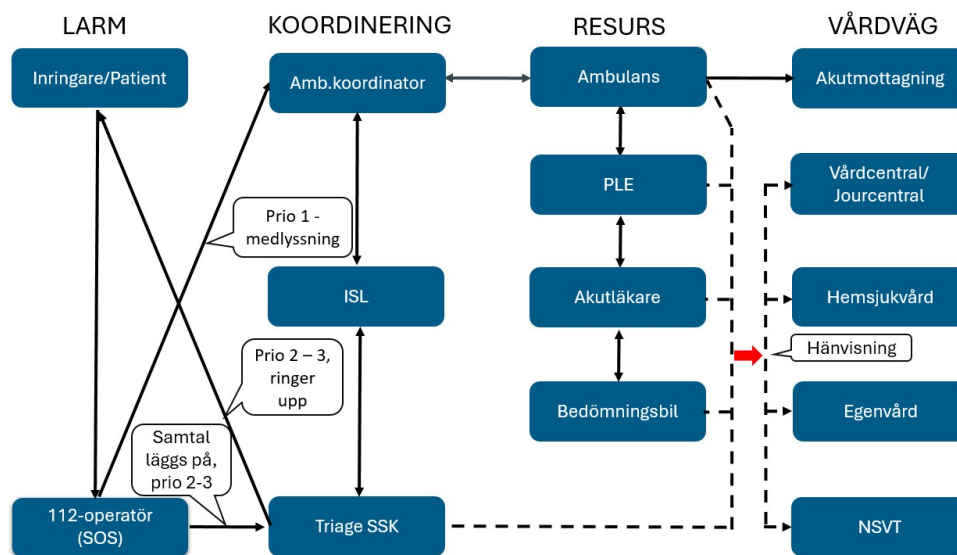
Processen inleds när en inringare eller patient ringer 112. Enligt ISL-1 är det SOS-operatören som tar upp samtalet och gör en initial bedömning och prioritering av ärendet. ISL-1 nämner vidare att när SOS har gjort sin bedömning av ett sjukdomsfall som bedöms kunna kräva ambulanssjukvård går ärendet vidare till SvLc för fortsatt koordinering och sekundärbedömning.

[...] SOS Alarm svarar på 112, och gör en första bedömning av samtalet som kommer in. - ISL-1

[...] så går ärendet över till oss för att dels då koordinera ut ambulanser eller helikopter eller andra resurser. Men, sen så framförallt gör vi också en sekundärbedömning på de patienterna. - ISL-1

Vid hög prioritet, prio 1-larm, kopplas ambulanskoordinatörn samt ISL in och lyssnar på samtalet. I mer komplexa fall kan även ISL ta över samtalet och ställa kompletterande frågor kring ärendet. De lägre prioriteringarna, prio 2- och 3, hanteras av SOS-operatören och läggs sedan i ett ärendehanteringssystem, där de bedöms vidare hos SvLc och som vid behov följs upp genom uppringning eller resurssättning. Inom koordineringen hanteras ärendet av funktioner som ISL, ambulanskoordinatör och triagesjuksköterskor. Triagesjuksköterskan kan ringa upp patienter med lägre prioritet för att göra en ny medicinsk bedömning. ISL ansvarar för att fördela, prioritera och samordna de prehospitala resurserna. Beroende på ett ärendes prioritet kan olika resurser aktiveras. Vid hög prioritet sker resurssättning direkt i anslutning till larmsamtalet, där koordinatör och ISL kopplas in i bedömningen av vilken resurs som är lämplig. Detta innebär resurser som bedömningsbil, akutläkarbil eller olika mobila team. PLE kan kopplas in vid allvarliga och stora händelser.

När patienten möts av ambulansen eller annan resurs görs en ny bedömning av patientens vårdväg. Resurserna kan samverka med varandra. AmbSSK-1 beskriver att ambulansen kan kontakta akutläkaren för stöd i den medicinska bedömningen. Vid tider då akutläkarbilen inte är i drift kan ledningsläkaren på akutmottagningen kontaktas. Vid akuta fall transporteras patienten till en akutmottagning eller slutenvård, men patienter med mindre akuta behov kan istället hänvisas till en annan vårdnivå. Detta kan innebära vägar som vårdcentral/jourcentral, hemsjukvård, NSVT eller, i många fall, egenvårdsråd. Detta kan även ske initialt vid inkommande larm.



Figur 3: Figuren visar ett förenklat processflöde för hanteringen av ambulansärenden från inkommande samtal till möjlig vårdväg på SU. Heldragna pilar visar huvudsakliga flödet till akutmottagning. Dubbelpilar visar samverkan mellan aktörer. Streckade pilar visar möjliga alternativa vårdvägar genom hänvisning

Processflödet visar de centrala aktörerna i hanteringen av ambulansärenden. I nästa avsnitt presenteras intressenters koppling till ambulansen.

4.5 Intressenters koppling till ambulansen

Baserat på intervjuer och auskultationer beskrivs varje intressents relation till ambulanspersonalen gällande det inflytande och intresse som intressenten har på ambulanspersonalens beslutsfattande. För varje intressent redovisas även hur de förhåller sig till undvikbar sjukhusvård kopplat till ambulanspersonalens arbete.

4.5.1 Patient

När det gäller patienternas påverkan på ambulanssjukvården framgår det att behoven varierar kraftigt mellan olika grupper. AmbSSK-1 förklarar att det är skillnad på de patienter som sällan söker vård och de patienter som ringer ambulansen väldigt ofta. För den senare gruppen handlar kontakten med ambulansen ofta om något mer än bara medicinska behov, det kan handla om att bryta en social isolering där ambulansbesöken har blivit en fast del av deras vardagliga tillvaro.

Det finns personer som [...] är väldigt oroliga av sig. Och så har vi ju dem som ringer flera gånger i veckan för att det är liksom deras sociala utbyte på något sätt. - AmbSSK-1

En viktig del av ambulanspersonalens uppdrag är att hantera patienternas förväntningar genom tydlig kommunikation. Arbetet innebär ofta att förklara varför en transport till sjukhus inte alltid är motiverad. Personalen styr alltså patienten mot andra alternativ än akutsjukvård när det är lämpligt. Enligt AmbSSK-1 har ambulanssjuksköterskan i Göteborg idag ett tydligt mandat att neka transport om det saknas medicinska skäl. Ansvarvilar helt på personalens professionella bedömning. Patienter har rätt att neka vård och

transport till sjukhus så länge det inte är en livsfara. I lägen där det inte är livsfara kan ambulanspersonalen endast informera om eventuella konsekvenser om hen inte tas med till sjukhus.

Vi kan ju aldrig säga nej till att (de ska) åka in själva. Men då hjälper vi ju inte dem med att fixa taxi eller så [...] Då blir det ofta att de stannar kvar hemma. - AmbSSK-1

Det är vi som bestämmer om man får åka med in eller inte. - AmbSSK-1

Trots att personalen ibland ger avslag, upplever ISL-1 att de flesta patienter faktiskt föredrar att slippa en sjukhusvistelse. Om personalen kan ge en trygg medicinsk bedömning och tydlig information, känner sig patienten ofta nöjd med att stanna hemma. Personalen fungerar här som en vägledare som hjälper patienten att navigera till rätt vårdnivå genom sin yrkesroll och kompetens.

Det är ju en majoritet av patienterna som ändå är väldigt tacksamma att de slipper åka in. ...

Där har ju vi ett ganska stort mandat liksom att leda patienter. - AmbLedning

Det framgår även att vissa patientgrupper, såsom äldre, uppskattar alternativ till sjukhusvård, exempelvis hembesök eller uppföljning via närsjukvårdsteam. Samtidigt finns det en risk för missnöje och minskat förtroende om patienten upplever att en felbedömning har gjorts.

Det finns ju sköra äldre till exempel som är jättetacksamma över att slippa åka in och att de får lite kontinuitet och uppföljning. - AmbLedning

Majoriteten är ju positiva, det som kan vara negativt det är ju ibland när vi gör felbedömningar [...] Det är klart att det skapar ju missnöje då. - AmbLedning

4.5.2 Inre sjukvårdsledning (ISL)

ISL påverkar ambulansens arbete genom att delta i beslut om en ambulans ska skickas eller inte. Arbetet handlar om att avlasta sjukhusen. ISL försöker se till att patienter som inte behöver akutvård hamnar på rätt ställe direkt. Det handlar alltså om att hela sjukvården ska fungera bättre och att akutmottagningarna inte ska fyllas med patienter i onödan.

Vi jobbar rätt hårt med att försöka se till att det inte belastar akutmottagningarna med onödiga patienter. - ISL-1

Sedan ISL startade för några år sedan har arbetet för ambulanspersonalen i Göteborg förändrats. ISL-2 förklarar att belastningen på ambulanserna har minskat eftersom ISL tidigt i processen sorterar ärendena. För att ISL-personalen ska förstå verkligheten och fatta bra beslut krävs det också att de själva jobbar ute i ambulanserna. På så sätt hålls beslutet aktuellt och relevant. Detta görs genom delat arbete där personalen arbetar 40 % på larmcentralen och 60 % ute i ambulansverksamheten.

Belastningen som ambulanssjuksköterska och/eller belastningen på ambulansen i Göteborg är ju betydligt lägre sen man införde ISL. - ISL-2

40 % inne på larmcentralen [...] och 60 % så jobbar jag som ambulanssjuksköterska ute i verksamheten. - ISL-2

För att säkerställa att besluten som tas av ISL är korrekta och leder till rätt vårdnivå, kan ISL följa upp sina beslut. Genom att studera patientjournaler och se det faktiska vårdutfallet på sjukhuset kan de utvärdera sina egna bedömningar i efterhand. ISL-2 beskriver hur de använder data för att lära sig av specifika ärenden.

Vi har ju tillgång till allt. Vi kan ju se vad de skriver i journalen [...] för att se om det följer samma tankesätt som vi hade vid våra första bedömningar. - ISL-2

Genom att ISL har tillgång till journaler och besitter erfarenhet inom ambulansen har kvaliteten på patientinformationen som når ambulansenheter förbättrats. Beskrivningarna av patienterna är mer utförliga och kan innehålla information om patienten har sökt vård tidigare under dygnet eller vilka medicinska beslut som redan tagits.

Många gånger så kan vi få till oss mycket mer information från ISL, t.ex. om olika medicinska beslut som är tagna. - AmbSSK-1

Relationen mellan ISL och den operativa personalen har utvecklats över tid. I början fanns en tendens hos ambulanspersonalen att ifrågasätta de bedömningar som gjordes centralt, men detta har minskat i takt med att resultaten har synliggjorts. Genom att visa tydlig statistik på hur många ärenden som ISL faktiskt tar hand om och avslutar har verksamheten fått en stor förståelse för hur mycket ISL faktiskt avlastar verksamheten.

Det har förklarats för organisationen hur många ärenden som de slipper, som undviks på grund av det arbetet man gör på larmcentralen, både triagesköterskan och ISL:en då. - ISL-1

4.5.3 Bedömningsbil

Patientgruppen för bedömningsbilen utgörs till stor del av sköra äldre. Det förekommer att patientens tillstånd visar sig vara mer allvarligt än vad som framgick i det initiala larmsamtalet och då beställs en ambulans.

Till skillnad från ambulansen, transporterar vi inte patienter. Om vi bedömer att en patient är i behov av akut sjukhusvård beställer vi en ambulans och anger prioritet. - BedömBil

Om patienten behöver vård men inte på sjukhus kan exempelvis vårdcentraler kontaktas för tidsbokning eller samverkan med NSVT. För många patienter räcker det med egenvårdsråd. Ambulanssamarbete sker främst i mer akuta fall än tidigare befarat. I de situationer påbörjar sjuksköterskan i bedömningsbilen vård i hemmet och en ambulans beställs. När ambulansen anländer rapporteras läget och patienten över till ambulanssjukvården. BedömBil menar att arbetet ofta innebär att hänvisa patienter till olika delar av vårdkedjan eftersom patientens vårdbehov inte överensstämmer med vad sjukhuset erbjuder.

4.5.4 Prehospital sjukvårdsledningsenhet (PLE)

Som PLE arbetar man ensam med varierande uppgifter. Det handlar främst om att agera insatschef vid större händelser. Då leder PLE sjukvårdsinsatserna och agerar som insatschef. En viktig del i arbetet är att säkerställa att sjukvården bedrivs effektivt genom att samverka med andra aktörer som räddningstjänst och polis.

Det är SvLc och inre befäl på SOS Alarm som initialt avgör om det finns behov av att skicka ut PLE. - BedömBil

Ofta är ambulanser på plats vid större händelser och samarbetar med PLE. Detta för att PLE-personalen ofta har mer erfarenhet av stora händelser och kan därför fungera som ett stöd för ambulanspersonalen

[...] stöd för ambulanspersonalen, särskilt om det är mindre erfarna kollegor. - BedömBil

Resurser är ofta begränsade vid större händelser och där kan PLE-personal fatta medicinska inriktningsbeslut för att optimera vården utifrån tillgängliga resurser. Vid särskilda omständigheter har PLE-personal en ledande roll, men vanligtvis sköter ambulanspersonalen patientvården självständigt.

4.5.5 Ambulansens akutläkare

Under kliniska pass bemannar ambulansens akutläkare en akutläkarbil. ISL larmar ut akutläkarbilen till situationer där läkarkompetens kan tillföra nytta.

Akutläkarens kliniska arbete består av olika delar. En del är att ge assistans och klinisk kompetens vid vissa larm där vård måste ges på plats och ytterligare personal krävs. De bistår även när läkarmandat krävs för att fatta ett beslut, exempelvis psykiatrisk tvångsvård eller hur en multisjuk äldre patient ska vårdas. AkutLäkBil berättar även att hen har ett medicinetiskt intresse av att patienter ska hamna på rätt vårdnivå. En stor andel av uttryckningarna sker även till äldreboenden där beslut måste tas om personen ska köras in till akutmottagningen eller inte. Här är det akutläkaren som avgör rimligheten i att ringa ut en ambulans för transport och vidare vård på sjukhus.

Men är det rimligt och värdigt att köra in [patienten] till något sjukhus? [...] Där kanske det behövs ett läkarbeslut. - AkutLäkBil

Akutläkaren finns tillgänglig som rådgivare och bollplank till samtliga ambulanssjukvårdare. Akutläkaren kan i många ärenden bistå med beslutsstöd över telefon, men också som ett stöd i resonemang. AmbSSK-2 beskriver att ha akutläkarens stöd i ett beslut känns lättande, särskilt vid svårare medicinska beslut.

Om jag känner mig osäker så ringer vi vår akutläkare och gör en bedömning över telefon också. - AmbSSK-1

Vidare bekräftar ISL-1 att ambulanssjuksköterskorna är uppmanade att kommunicera sin bedömning med akutläkaren och stämna av att planen är rimlig för patienten. Det är ett jobb för patientsäkerhet, att konsultera läkare och möjligen undvika akutmottagningen.

[...] det är ju en väldigt stor del av vårt jobb att svara i telefon, telefonen ringer ju hela tiden. - AkutLäkBil

AmbSSK-1 uppger att akutläkaren är den som påverkar jobbet mest av alla intressenter. Akutläkaren är ett nytt initiativ. Akutläkaren står över ambulanssjuksköterskorna i medicinska beslut i och med dess högre medicinska utbildning. AkutLäkBil bekräftar att läkaren har utbildning i differentialdiagnostik och får kompensation för att bära ansvaret för svåra beslut. Likaså beskriver AmbSSK-2 hur hen inte kan ta beslut angående om en döende äldrevårdspatient ska stanna kvar utan behöver tillkalla läkare.

[...] de inte ska behöva stå med dem besluten och i vissa fall så ska de inte heller fatta dem besluten, utan det är ett läkarbeslut. - AkutLäkBil

På grund av akutläkarens arbetstider kan ambulanspersonalen inte kontakta dessa under vissa timmar på natten. Istället kontaktas en ledningsläkare som arbetar på sjukhusets akutmottagning. AkutLäkBil förklarar att patientflödet är betydligt mindre under nattetid, särskilt med patienter som kanske inte behöver in till sjukhus. Därav är behovet av konsultation lägre under natten.

De patienter som ringer mitt i natten för att de mår dåligt, de mår ju ofta ganska rejält dåligt.
- AkutLäkBil

4.5.6 Personal på akutmottagningen

Akutmottagningen är en högriskverksamhet som upplever ett högt tryck med många patienter enligt LäkAM. Detta höga tryck leder till att det inte finns nog med sängplatser för de inlagda, vilket innebär att patienter tvingas vänta på en vårdplats. Detta kan i sin tur skapa en patientsäker situation. ISL-1, som tidigare har arbetat på akuten, påpekar också att det har kommit in ett flertal patienter till akuten som inte gynnades av att läggas in utan hade kunnat få möjlighet till bättre vård genom att stanna hemma. Ytterligare lyfter ISL-1 att det idag sker mer arbete med AA än tidigare för att kunna undvika sådana patientfarliga situationer.

Vårt stora bekymmer är ju att vi ofta har patienter som väntar vårdplats. [...] det blir ju patientsäkert. - LäkAM

Det kom in många patienter som verkligen inte mår bra av att ligga på akuten. - ISL-1

En del av samarbetet mellan akutmottagning och ambulansavdelningen på Sahlgrenska är via ledningsläkare, enligt LäkAM. Ledningsläkare på akutmottagningen kan kontaktas av ambulanspersonal om de inte lyckats nå personal på akutläkarbilen. Då kan ledningsläkaren hjälpa till med att fatta beslut gällande huruvida patienten bör tas in till akutmottagningen eller inte. I och med att denna personal befinner sig på plats finns det en möjlighet för dem att utforma bedömningen beroende på hur många tillgängliga platser det finns på akutavdelningen vid det tillfället.

Vi kan stötta dem [ambulanspersonalen] i konsultationer och bedömningar. - LäkAM

Vidare nämner LäkAM att akutsjukvården kan delas upp i inflöde, genomflöde och utflöde där ambulansen har hand om inflödet av patienter. Medan ett flertal avdelningar hanterar utflödet, har ambulansen ensamt hand om inflödet till akutmottagningen. I och med att ambulansverksamheten har förändrat sitt arbetssätt för att minska undvikbar sjukhusvård har inflödet av patienter till akutmottagningen inte ökat under de senaste åren, till skillnad från i andra regioner där inflödet har ökat. Även vilken typ av patienter som SU:s akutmottagning tar hand om har ändrats, då färre av dem som inte nödvändigtvis behöver eller kommer att hjälpas av akutsjukvården tas in till akuten.

Vi är ju beroende av alla andra enheter. Ambulansen liksom med inflödet [...]. De [akutläkarbilen] har jobbat med att göra bedömningar på plats som annars hade gjorts på akuten. - LäkAM

På akutmottagningen finns det en möjlighet för läkarna att ta upp synpunkter till ambulansavdelningen, men det har inte funnits något större behov av att göra detta enligt LäkAM. Även ambulanspersonal anser att

akutläkarna på akutmottagningen inte påverkar ambulansens verksamhet. AmbSSK-2 menar att akutläkarna på akuten rentav tar emot de patienter som ambulansen tagit in till dem.

Vi påverkar väl inte [ambulansen] särskilt mycket. - LäkAM

Man kan möta ibland att de [akutpersonal] inte tycker att den [patienten] ska köras in. - AmbSSK-

2

Kommunikationen mellan akut- och ambulanspersonal är otydlig, säger LäkAM. För att en läkare på akutmottagningen ska kunna ta kontakt med ambulanspersonal finns det inga etablerade processer att följa. Sättet att kontakta ambulansen och vem i ambulanspersonalen som akutpersonalen kan kontakta är inte tydligt för personalen om de skulle vilja göra detta. Kommunikationen mellan de anställda på avdelningarna är därmed inte jämförbart effektiv eller tydlig.

Vi har inte jättetydlig kommunikationsväg in [till ambulansavdelningen] faktiskt. - LäkAM

4.5.7 Närsjukvårdsteam (NSVT)

NSVT utgör en intressent för ambulansverksamheten genom att erbjuda en alternativ vårdväg för patienter. De kan kopplas in när patientens behov överstiger ambulansens möjligheter eller kräver en mer tidskrävande vårdkontakt som kan ges i hemmet. Detta innebär att patienter som tidigare transporterades till akutmottagningen i vissa fall kan få vård i hemmet istället.

Sen finns det ju ett nära samarbete med mobila team. Närsjukvårdsteamet i Göteborg kommer också ut till patienterna i deras hem och gör vissa behandlingar. [...] och det är ju patienter som för några år sedan transporterades in till akutmottagningen och ofta lades in.
- AmbLedning

NSVT:s arbete skiljer sig från ambulansens genom att i högre grad bestå av planerade besök, uppföljningar samt mer omfattande medicinska insatser. Genom möjligheten att ta prover, initiera behandlingar och justera läkemedel möjliggörs en längre och mer kontinuerlig vårdkontakt än den ambulansen vanligtvis har. I relationen mellan ambulansen och NSVT är det främst ambulansen som initierar kontakten, snarare än tvärtom. Ambulansen kontaktar teamet när en patient bedöms vara lämplig för deras vårdform och hänvisar patienten dit.

När det gäller kopplingen till ambulansen handlar det om att de [ambulansen] ringer till oss när de har patienter som kan vara aktuella.
- NSVT-SSK

Samtidigt framgår att samarbetet är etablerat och fungerar relativt väl, där gemensamma bedömningar och planering av vården förekommer. Även att personal arbetar i delade tjänster mellan ambulans och NSVT bidrar till förståelse för respektive verksamhet och underlättar samarbetet.

I de allra flesta fall föreslår de [ambulansen] ett upplägg och säger hur de tänker, och då brukar vi ofta vara överens. Sedan lägger ambulansen och vi tillsammans upp en plan kring patienten.
- NSVT-SSK

NSVT används i praktiken för att möjliggöra styrning av patientflöde prehospitalt. NSVT kan både ersätta ambulansens behov av att transportera patienter till sjukhuset samt möjliggöra tidig utskrivning genom uppföljning i hemmet. Därmed bidrar de konkret till att minska både inflödet och utflödet från akutmottagningen, särskilt i arbetet med att undvika onödig sjukhusvård.

Ja att man skickar dem [NSVT] till patienterna istället, så att man inte lägger in de patienterna.

- ISL-1

NSVT påverkar både inflöde och utflöde [till akutmottagningen]. Dels genom att patienter inte kommer in från början, [...], men också genom att vi kan skriva ut patienter i stället för att lägga in dem, om uppföljning kan ske tidigt.

- LäkAM

Tillgängligheten av NSVT är begränsad och kan variera för olika team. De är endast tillgängliga under dagtid på vardagar. Detta innebär att patienter som hänvisas dit på helger i vissa fall får vänta till nästkommande vardag för uppföljning. Detta påverkar i vilken utsträckning ambulansen kan använda NSVT som alternativ vårdväg då ambulansverksamheten, till skillnad från NSVT, är verksamma dygnet runt årets alla dagar.

Intervjuerna indikerar att personal inom NSVT uppfattar arbetet med att undvika sjukhusinläggningar som en central och positiv utveckling, men att begreppet AA inte används i någon större utsträckning i det dagliga arbetet. NSVT-SSK beskriver att NSVT utvecklats mycket under relativ kort tid och att verksamheten, tillsammans med kopplingen till ambulansen, fyller ett viktigt "tomrum" mellan primärvård och slutenvård.

Det har funnits i lite olika former [...] men i den här formen började man lite försiktigt med 2017 [...] och det har blivit mycket mer avancerat idag.

- NSVT-SSK

5 Analys

Detta kapitel analyserar studiens resultat utifrån intressentteori för att förstå hur olika intressenter påverkar ambulanspersonalens beslutsfattande i arbetet med Admission Avoidance (AA) på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Inledningsvis identifieras och motiveras urvalet av relevanta intressenter utifrån deras koppling till ambulanspersonalens beslutsfattande. Därefter genomförs en intressentanalys där intressenternas inflytande och intresse analyseras och visualiseras med hjälp av Mendelows matris. Avslutningsvis sker en kategorianalys över innebörden av intressenternas placeringar i matrisens olika kategorier i relation till teori.

5.1 Urval av intressenter

Nedan presenterar tabell 2 de primära intressenterna som identifierats inom ambulanssjukvårdens arbete med AA på SU. Dessa intressenter har valts ut då de direkt påverkar, eller påverkas av, ambulanspersonalens beslutsfattande vilket överensstämmer med Brugha och Varvasovszky (2000) tidigare beskrivning av primära intressenter. Urvalet av intressenter är i enlighet med rapportens avgränsningar, med ett fokus på primära intressenter ur ambulanspersonalens perspektiv. Vidare presenterar även tabell 2 en kort beskrivning av intressenternas arbete och koppling till ambulansens beslutsfattande kring arbetet med AA.

Urvalet av primära intressenter kan förstås i relation till studiens fokus på det medicinska beslutsfattandet. Ambulanspersonalens stöd till beslut och handlingsutrymme framträder som centrala förutsättningar för att kunna arbeta med AA. Detta är i linje med Herlitz m. fl. (2021) som betonar att ambulanssjuksköterskor förväntas fatta snabba beslut kring vårdnivå. Mot denna bakgrund förstås de primära intressenterna som möjliggörare eller begränsare för dessa snabba beslut om vårdnivå i praktiken.

Sekundära intressenter, som SOS Alarm, polis, räddningstjänst och anhöriga har exkluderats trots att de kan ingå i vårdflödet. Detta motiveras av att deras inflytande på det specifika medicinska beslutsfattandet kring vårdnivå bedömts som indirekt i denna studie. I relation till Brugha och Varvasovszky (2000) beskrivning av sekundära intressenter kan detta förstås som att dessa aktörer inte är avgörande för ambulanspersonalens genomförande av arbetet med AA. Avgränsningen till primära intressenter möjliggör ett mer fokuserat analysramverk, men samtidigt innebär det att delar av en bredare systempåverkan inte fångas.

Resultatet av denna analys besvarar forskningsfrågan ”Vilka intressenter kan kopplas till ambulanspersonalens beslutsfattande?”. De primära intressenterna som identifieras inom ramen för studien är patienten, ISL-personal, bedömningsbilspersonal, PLE-personal, ambulansens akutläkare, ledningsläkaren med ambulansens akutläkares funktion, personal på akutmottagningen samt personal i närsjukvårdsteam.

Tabell 2: Tabell över identifierade primära intressenter med kategorisering för del i vårdflöde i förhållande till ambulansens insats samt beskrivning av intressent och koppling till ambulanspersonalens arbete.

Kategori	Intressent	Beskrivning
Hela	Patient	Central intressent som ambulansens insats kretsar kring. Alla beslut ambulanspersonalen fattar har en direkt påverkan på denna intressent.
Innan	Personal på inre sjukvårdsledning (ISL)	Prioriterar och fördelar larm. Påverkar ambulansen genom resursstyrning och larmprioritet.
	Bedömningsbilspersonal	Utför prehospital medicinsk bedömning på plats. Påverkar ambulansen genom resursstyrning och larmprioritet.
Under	Personal på prehospital sjukvårdsledningsenhet (PLE)	Leder och samordnar sjukvårdsinsatser vid större händelser. Påverkar ambulansen genom att de fattar medicinska inriktningsbeslut för att optimera vården.
	Ambulansens akutläkare	Åker på larm som kräver närvaro av läkare samt ger konsultationer. Påverkar ambulanspersonalen genom att erbjuda stöd till medicinska bedömningar.
	Ledningsläkare/Akutläkare-funktion	Arbetar som läkare på akutmottagningen. Tar över ambulansens akutläkares funktion som stöd i medicinska bedömningar när denna inte är tillgänglig.
Efter	Personal på akutmottagning	Arbetar som läkare på akutmottagningen. Påverkar ambulansen genom att erbjuda en vårdväg.
	Personal i närsjukvårdsteam	Utför vård och uppföljning i hemmet hos patienten. Påverkar ambulansen genom att erbjuda en alternativ vårdväg i hemmet.

5.2 Intressentanalys

Följande analys är en intressentanalys med ambulanssjuksköterskornas perspektiv som central utgångspunkt, då de är de främsta beslutsfattarna om vårdnivå för patienten. De beslut som fattas i ambulansen baseras på sjuksköterskornas erfarenhet och kliniska bedömning av varje enskild patient (Gunnarsson & Stomberg, 2009; Herlitz m. fl., 2021). Ambulanssjuksköterskor ansvarar för medicinska bedömningar, patientkommunikation samt beslut om huruvida andra aktörer ska kontaktas. När ambulansen är på plats hos en patient har personalen ett betydande inflytande över vilken vårdnivå patienten hänvisas till, vilket observerades

under auskultationerna. Detta motiverar valet av ambulanssjuksköterskan som central utgångspunkt i den intressentanalys som ligger till grund för detta analysavsnitt.

Intressentteori spelar en kritisk roll för att analysera komplexa interaktioner och intressenters påverkan på varandra (Nguyen m. fl., 2018). Det är fördelaktigt att kartlägga interaktionerna för att djupare analysera varje intressents påverkan på den centrala utgångspunkten (Brugha & Varvasovszky, 2000). För att analysera hur olika intressenter påverkar ambulanspersonalens beslutsfattande kring vårdnivå används Mendelows matris, där axlarna utgörs av inflytande och intresse (Mints & Kamyshnykova, 2019). Mendelows matris är ett sätt att visualisera de komplexa interaktionerna och placera intressenterna i olika kategorier (Mints & Kamyshnykova, 2019). I teoriavsnittet definierades dessa begrepp. I denna analys konkretiseras begreppen med ambulanspersonalen som utgångspunkt. Inflytande definieras här som en intressents påverkan på ambulanspersonalens beslut om vilken vårdnivå patienten hänvisas till. Intresse definieras som vilket intresse en intressent har i vilken vårdnivå ambulanspersonalen hänvisar patienten till. Bedömningen av inflytande och intresse utgår från situationer där intressenten är involverad och tar således inte hänsyn till hur frekvent detta sker. Detta avsnitt avser därmed att svara på forskningsfrågan: ”Vilket inflytande över och intresse för ambulanspersonalens beslutsfattande har de identifierade intressenterna?”

5.2.1 Patienten

Patienten skiljer sig från övriga intressenter då samtliga beslut handlar om vilken vård patienten ska få. Det är ambulanspersonalens medicinska beslut som väger tyngst i beslut om vårdnivå. Personalen kan styra patienten mot andra alternativ än akutsjukvård när det anses lämpligt. Detta speglar en maktbalans mellan vårdgivare och patient. En patient kan vägra vård så länge ambulanspersonalen inte anser att det är en livsfara att stanna hemma, men utifrån intervjuer och auskultationer sker det sällan. Om det inte är livsfara kan personalen endast informera om de konsekvenser de tror patienten kan drabbas av om hen inte åker med till sjukhus. Beslut om vårdnivå tas enligt personalens professionella bedömning, men kan försvåras då patienter har en förväntan om sin egen vård. Beslutsfattandet för ambulanspersonalen i akuta situationer är därför komplext (Hedqvist m. fl., 2025). Patientens inflytande över ambulanspersonalens beslutsfattande anses vara lågt.

Intresset är däremot mycket högt. Alla patienter vill få rätt och säker vård samt en kort väntetid. Viljan om vilken vårdnivå en patient söker skiljer sig, men i de flesta fall önskar patienten att stanna hemma. Utöver detta visar resultatet att patientgruppen uppvisar stor variation, vilket har betydelse för hur patientens intresse och kommunikation behöver förstås i relation till ambulanspersonalens beslutsfattande. En stor del av ambulanspersonalens uppdrag är att hantera patientens förväntningar genom tydlig kommunikation. Ofta kommuniceras varför en transport till sjukhuset inte är lämplig, vilket görs på ett sätt som gör att patienten är nöjd med beslutet. Därför är det viktigt att ambulanspersonalen är mycket skicklig på att kommunicera välformulerade förklaringar om val av vårdnivå. Detta observerades under auskultation där patienten kände sig sedd och nöjd med ambulansens beslut efter tydlig kommunikation.

5.2.2 Inre sjukvårdsledning (ISL)

ISL:s huvudroll på SvLc är att prioritera patienten till rätt vårdnivå, därmed bestämmer de när en ambulans behöver rycka ut. Enligt Gunnarsson och Stomberg (2009) spelar erfarenhet en avgörande roll för beslutsfattande. Genom att ISL-personal arbetar 60/40 inom ambulansverksamheten hålls deras erfarenhet kontinuerligt uppdaterad, vilket ger dem en god insikt i vilka patienter som behöver en viss vårdnivå. En ambulanssjuksköterska berättar under intervju att patientbeskrivningarna som mottas i ambulansen har utvecklats sedan ISL infördes. Med information om vilka medicinska beslut som redan är tagna eller om patienten har sökt vård de senaste dygnet. Bristfällig information försvårar beslutsfattandet under akuta situationer (Gunnarsson & Stomberg, 2009). Därmed leder de utökade patientbeskrivningarna till bättre beslut. Sedan ISL infördes har också antalet larm till ambulansen minskat per dag, enligt både sjuksköterskor och ISL-personal. Detta minskar stress och arbetsbörda, vilket gör att ambulanspersonalen kan lägga mer tid på varje patient. Både den ökade patientinformationen och det minskade antalet larm påverkar inflytandet då ambulanspersonalen kan ta klokare kliniska beslut. Dock är den viktigaste faktorn för beslutsfattandet ambulanspersonalens bedömning på plats. Därför hamnar ISL-personalens inflytande under medellågt.

Flera intervjupersoner menar att ISL har förändrat ambulansverksamheten på SU till det bättre. Detta framkom även under auskultationerna där ISL-personalens arbete diskuterades. ISL-personal förklarar att de vid vissa svårbedömda larm följer upp det fortsatta vårdflödet. Det görs för att undersöka hur väl deras beslut om vårdnivå var. De har tillgång till patientens journal och kan därför se vilka beslut som ambulanspersonalen tog. Detta görs för att förbättra framtida prioriteringar. Efter att ISL har larmat ut en ambulans tar ambulanspersonalen över ärendet. Intresset att påverka beslut som tas av ambulanspersonalen är lågt då de inte kan kontaktas i ett senare vårdskede. Deras intresse ses efter att larmet är avslutat och att i vissa fall återkoppla beslut för att förbättra ISL:s verksamhet.

5.2.3 Bedömningsbil

När ISL anser att en patient inte behöver ambulanssjukvård men inte heller kan lämnas hemma utan vård, skickas en bedömningsbil. Bedömer sjuksköterskan i bedömningsbilen att läget är akut, kontaktar hen ambulansen. Då lämnas information om patienten och ärendet över till ambulansen som kör till akuten. Beslutet om ambulanssjukvård är därför redan taget av en mycket erfaren sjuksköterska och inflytandet är därför högt. Ambulanspersonal möter endast bedömningsbilen när de har blivit kontaktade och ärendet överförs.

Intresset för ambulansens beslutsfattande om vård handlar om medicinetiska principer, som handlar om att skydda patientens värde och rättigheter. Sjuksköterskan har bedömt att patienten ska till akuten, påbörjar vård och vill att ambulansen kör in till akuten. Intresset är dock lågt då bedömningsbilens personal inte påverkas av ambulanspersonalens beslut efter att patientärendet lämnats över.

5.2.4 Prehospital sjukvårdsledning (PLE)

PLE-personal har ett högt inflytande vid stora, allvarliga händelser med begränsade resurser då PLE-personalen leder sjukvårdsinsatsen och agerar insatschef. Vid dessa situationer är ofta ambulanspersonal närvarande och deras arbete styrs av PLE-personalens direktiv. Detta beror på den längre erfarenheten och

fungerar därför som ett stöd för ambulanspersonalen.

Av liknande anledning som bedömningsbilens personals grad av intresse har PLE-personalen ett lågt intresse. Intresset är av medicinetiska principer, men även för att insatserna blir effektivare om ambulanspersonalens åsikter kring PLE-personalens beslut är likvärdiga för samarbetets skull.

5.2.5 Ambulansens akutläkare

Ambulansens akutläkare har ett mycket högt inflytande över ambulanspersonalens beslutsfattande, vilket framkommit tydligt under både intervjuer och auskultationer. Flera ambulanssjuksköterskor beskriver att patientmöten ofta kan upplevas som ett svårbedömt gränsland. Vid osäkerhet kring lämplig vårdnivå konsulteras ofta akutläkaren via telefon, ett arbetssätt som uppmanas av ledningen och uppskattas av personalen. Detta kan förstås som ett sätt att minska den osäkerhet och ångest som kan uppstå i komplexa beslutsprocesser, där ansvar delas genom att beslut diskuteras med personer högre upp i beslutshierarkin (Matsumoto m. fl., 2025). Under dessa samtal fungerar akutläkaren som rådgivare och bollplank, med möjlighet att läsa patientens journal för att fördjupa förståelsen för patienttillståndet. Den öppna dialog som sker mellan parterna observerades och diskuterades även under auskultationerna. Enligt Lokatt m. fl. (2023) och Matsumoto m. fl. (2025) kan komplexitet inom vården uppstå till följd av överlappande kompetens mellan olika yrkesroller, vilket i sin tur kan bidra till otydliga ansvarsgränser. Trots detta upplever ambulanssjuksköterskor inte ansvarsgränserna som otydliga, utan betonar i stället värdet av att kunna konsultera ambulansens akutläkare, vars högre medicinska kompetens upplevs som en trygghet. Alla patientmöten är väldigt varierande och samtalet kan fungera som ett bollplank, men i fall där akutläkaren tydligt säger att en patient bör köras in till akuten kommer inte ambulanspersonalen att ifrågasätta det.

Ambulansens akutläkare har stor erfarenhet och kunskap inom akutsjukvård. De har en god uppfattning om vilka första åtgärder som görs på akuten. De har även upplevt hur en överfull akutmottagning med otillräckliga resurser påverkar patientens vårdkvalitet. Därför har de ett intresse av att vägleda ambulanspersonalen att ta beslut som leder till bästa möjliga vård för patienten. Utöver medicinetiska principer finns även ett intresse av att inte belasta akutmottagningen med patienter som inte bedöms gynnas av akutvård. Särskilt då miljön på akuten inte alltid är gynnsam för patientens välbefinnande. Vid jämförelse med personalen på akutmottagningen påverkas ambulansens akutläkare inte av följderna av beslut om vårdnivå och får därför ett mellanhögt intresse i matrisen.

5.2.6 Personal på akutmottagningen

Personalen på akutmottagningen har ett lågt inflytande över ambulanspersonalens beslut om att köra in en patient, detta menar både personal på akutmottagningen och ambulanssjuksköterskor. Eventuella önskemål eller kritik framförs ofta informellt vid överlämning av patienten. Ambulanspersonalen har uttryckt att dessa ifrågasättanden indirekt kan påverka framtida beslut i liknande situationer. Personal på akutmottagningen anses därför ha ett lågt inflytande, men inte det lägsta i matrisen.

När ambulansens akutläkare inte är i tjänst övertar ledningsläkarna denna roll och får därmed motsvarande inflytande. Intresset under denna tid är mycket högt. Normalfallet är att akutläkare på ambulansen

är i tjänst och att antalet larm utanför dessa tider är färre än annars.

Vid akutmottagningen på SU förekommer problem i form av långa väntetider och resursbrist. Bristen på sängplatser begränsar möjligheten att ge rätt vård i rätt tid, vilket även medför en ökad infektionsrisk och i förlängningen en patientosäker miljö. Under en intervju med ledningsläkare konstaterades att akutmottagningen ofta är en olämplig miljö för många patientgrupper. På grund av medicinetiska principer och personalens arbetsbörda har personal på akutmottagningen ett högt intresse av att minska antalet patienter som söker sig till akuten.

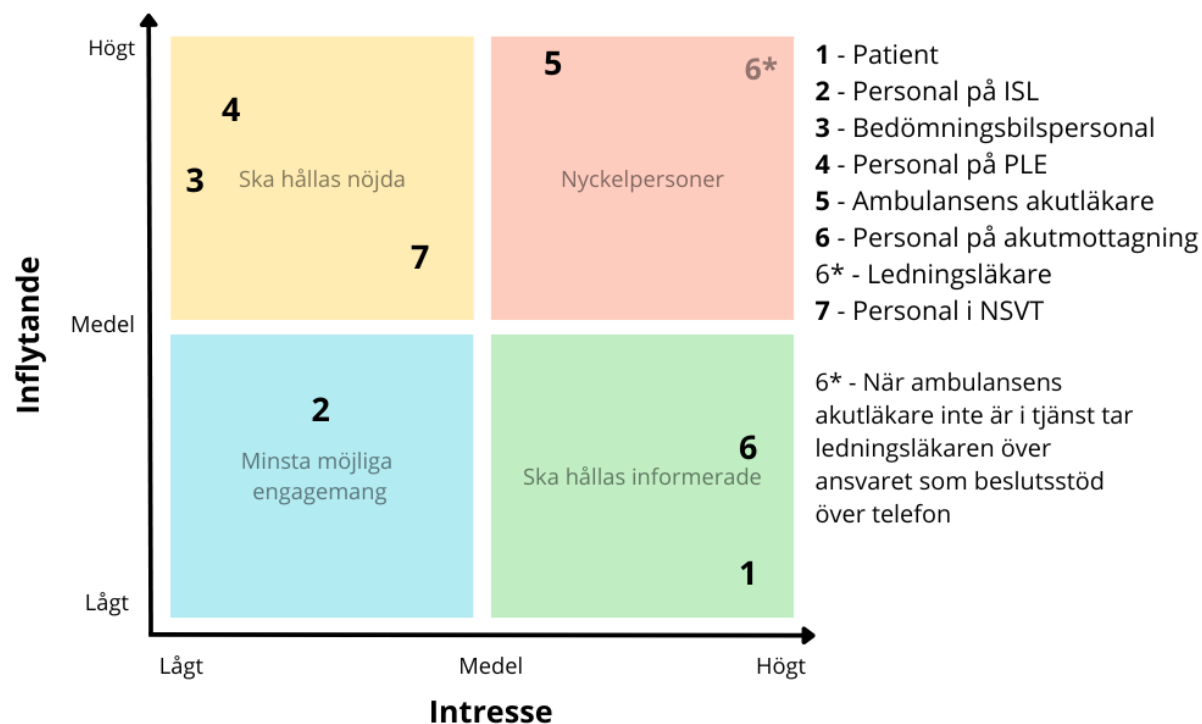
5.2.7 Närsjukvårdsteam (NSVT)

Ambulanspersonalen kontakter NSVT när de anser att en patient är lämplig för uppföljning och vård i hemmet. De har ett bra samarbete och hörs ofta av. Vid vissa larm lägger ambulanspersonalen och NSVT upp en plan för framtida behandling tillsammans. Under dessa situationer har NSVT ett inflytande på ambulanspersonalens beslutsfattande. Inflytandet anses vara medelhögt då NSVT-personalen under mindre komplicerade larm följer ambulansens direktiv, utan att ha inflytande på beslutsfattandet.

Intresset är högre än endast medicinetiska principer. Detta för att ambulanspersonalens beslut styr hur NSVT arbetar och vilka patienter de ska behandla. Det är viktigt för dem att de tilldelas rätt patienter. Om patienttillståndet skulle visa sig mer akut än tänkt utsätts NSVT för en pressad situation. Men då beslut om hemvård sker i samarbete med ambulansens personal är intresset medellågt.

5.2.8 Mendelows matris

Intressenterna har placerats ut i Mendelows matris utifrån deras inflytande och intresse, därmed är den andra frågeställningen besvarad. Detta visualiseras i figur 4 och sammanställs i tabell 3.



Figur 4: Resultat från intressentanalysen av varje intressent

Tabell 3: Sammanställning av intressentanalys baserad på inflytande, intresse och kategori från Mendelows matris.

Intressent	Inflytande	Intresse	Kategori
Patient	Lågt	Högt	Ska hållas informerade
Personal på ISL	Lågt/medel	Lågt/medel	Minsta möjliga engagemang
Bedömningsbilspersonal	Medel/högt	Lågt	Ska hållas nöjda
Personal på PLE	Högt	Lågt	Ska hållas nöjda
Ambulansens akutläkare	Högt	Medel	Nyckelpersoner
Personal på akutmottagning	Lågt/medel	Högt	Ska hållas informerade
Ledningsläkare*	Högt	Högt	Nyckelpersoner
Personal i NSVT	Medel	Medel	Ska hållas nöjda

5.3 Kategorianalys

Utifrån föregående resonemang kring beslutsfattande har intressenterna placerats i matrisen och kategoriserats utifrån position, vilket ses i figur 4. Kategorierna beskriver hur involverade de bör vara i beslutsprocesser (Bryson, 2004; Mints & Kamyshnykova, 2019). Kategorierna är ”nyckelpersoner”, ”ska hållas nöjda”, ”ska hållas informerade” och ”minsta möjliga engagemang”.

Ambulansens akutläkare identifierades som ensam nyckelperson. De har en stor påverkan på ambulanspersonalens beslutsfattande och kontaktas mycket ofta under patientmöten. Enligt definitionen av kategorin ”nyckelperson” innebär det att ambulansens akutläkare bör prioriteras och vara aktivt involverad i beslutsprocesser (Mints & Kamyshnykova, 2019). Relationen mellan den centrala utgångspunkten och en nyckelperson bör innebära ett bra samarbete där information och synpunkter kan förmedlas smidigt. Detta för att en nyckelpersons påverkan är stor och det är viktigt att påverkan är positiv för intressenterna och för patienterna.

Personalen i bedömningsbil, PLE och NSVT identifierades som intressenter som ”ska hållas nöjda”, vilket definieras av ett betydande inflytande i kombination med ett mer begränsat intresse (Mints & Kamyshnykova, 2019). Dessa intressenter anses ha en stor påverkan på ambulanspersonalens beslutsfattande vid direkt kommunikation mellan parterna. Samtidigt bedöms deras intresse för det fortsatta beslutsfattandet kring patienten vara begränsat, då de i mindre utsträckning påverkas av de efterföljande åtgärderna som ambulanspersonalen bestämmer. Utifrån intervjuer och auskultationer kontaktar ambulanspersonalen NSVT ofta. NSVT:s arbete uppskattas av ambulanspersonalen och relationen mellan intressenterna bör upprätthållas. Det är därför viktigt att beslut som behandlar ambulanspersonal har NSVT i åtanke, vilket stämmer överens med Mints och Kamyshnykova (2019) definition av ”ska hållas nöjda”.

Patienter och personal på akutmottagningen har ett högt intresse men lågt inflytande. Det betyder att de ”ska hållas informerade” kring beslut som ambulanspersonalen tar för att förstå och acceptera beslut som de inte har kunnat vara delaktiga i (Mints & Kamyshnykova, 2019). Detta är av yttersta vikt för patienten som har lägst inflytande. För att känna sig trygg med ambulanspersonalens beslut om vårdnivå är kommunikation och resonemang om grunderna till beslutet från personal till patient viktiga. Dels för att man som patient ska känna sig trygg med den vård man får och dels för att inte belasta vården ytterligare genom att söka vård igen om det inte är nödvändigt.

Personal på akutmottagningen har mer inflytande än patienten då de har medicinsk kunskap och deras arbetsmiljö påverkas av ambulanspersonalens beslut. Enligt intervjuer kunde ambulanspersonal känna sig ifrågasatta av personal på akutmottagningen när de ansåg att en patient inte borde ha körts in. Det kan kopplas till Lokatt m.fl. (2023) som säger att det är svårt att förändra traditionella hierarkier. LäkAM önskade mer formell kommunikation mellan ambulanspersonal och personal på akutmottagningen för att öka förståelsen för varandras arbeten och beslutsfattande. Att de hamnar i kategorin ”bör hållas informerade” styrker att information mellan ambulanspersonalen och personal på akutmottagningen är viktig (Mints & Kamyshnykova, 2019). För att minska ifrågasättandet och effektivisera samarbetet hade det varit bra med mer information från ambulanspersonalen. Då kan personal på akutmottagningen förstå varför vissa typer

av patienter körs in och förklara sin synvinkel.

ISL-personal placeras i ”minsta möjliga engagemang” som enligt definitionen betyder att intressenten kräver begränsad uppmärksamhet (Mints & Kamyshnykova, 2019). ISL-personalens inflytande handlar om att ge ambulanspersonalen patientinformation, men efter att larm utfärdas står ambulanspersonalen för samtliga beslut och det påverkar inte ISL:s personal. Detta överensstämmer med Mints och Kamyshnykova (2019) definitionen av ”minsta möjliga engagemang”.

När ambulansens akutläkare inte är i tjänst, oftast nattetid, tar ledningsläkaren på akutmottagningen över ansvaret som beslutsstöd om vårdnivå. De har därför samma inflytande som ambulansens akutläkare men fortfarande personal på akutmottagningens intresse. Utifrån intervjuer och auskultationer är antalet larm på natten lägre än på dagen. Däremot är allvarlighetsgraden ofta högre och ambulanspersonalen kör ofta in patienterna på grund av detta. I analysen anses därför normalfallet vara när ambulansens akutläkare är i tjänst.

Det kan diskuteras om Mendelows matris fångar den fulla dynamiken mellan intressenter och ambulanspersonal. Intressenternas placering beror på var i beslutsprocessen analysen fokuserar. Till exempel är personalen på ISL en viktig faktor för att minska sjukhusinläggningar, men placeras ändå i kategorin med lägst inflytande och intresse. Detta beror på att analysen utgår från det skede där ambulanspersonalen redan vårdar patienten.

Ur ett intressenteoretiskt perspektiv kan detta förstås som att inflytande är kontextberoende och varierar mellan olika delar av en process (Brugha & Varvasovszky, 2000). Mendelows matris ger därmed en förenklad ögonblicksbild över relationen mellan inflytande och intresse, medan tidigare forskning betonar att interaktioner mellan intressenter är dynamiska och förändras över tid (Nguyen m. fl., 2018). Intressenters påverkan är därför inte statisk, utan varierar beroende på situation och samverkan mellan olika aktörer.

6 Diskussion

Diskussionen baseras på de resultat som framkommit genom den teoretiska datainsamlingen, intervjuerna och auskultationerna, och syftar till att besvara rapportens forskningsfrågor. Detta kapitel diskuterar inledningsvis ambulanspersonalens arbetssätt i relation till den teoretiska definitionen av AA. Därefter diskuteras beslutsfattandets koppling till identifierade intressenter utifrån det teoretiska ramverket. Utifrån detta diskuteras vilka förutsättningar som finns för fortsatt utveckling av undvikbar sjukhusvård på SU. Avslutningsvis ges rekommendationer till SU samt förslag på vidare forskning.

6.1 Ambulanspersonalens arbetssätt och den teoretiska definitionen av AA

I detta avsnitt diskuteras följande forskningsfråga: ”I vilken utsträckning överensstämmer ambulansverksamhetens faktiska arbetssätt med den teoretiska definitionen av AA?”. Den teoretiska definitionen av AA i denna studie belyser målet att minska sjukhusinläggningar genom att erbjuda tidsbegränsad, aktiv behandling i patientens hem, vilket annars skulle kräva akut slutenvård (Edgar m. fl., 2024; Shepperd m. fl., 2008; Wallis m. fl., 2024; Young, 2009). Utifrån definitionen kan ambulanspersonalens arbetssätt förstås som delvis överensstämmande med den teoretiska definitionen av AA. Resultatet visar att ambulanspersonalen, tillsammans med andra intressenter, arbetar för att patienter ska hamna på rätt vårdnivå snarare än att köra dessa till akutmottagningen. Detta ligger i linje med definitionens övergripande mål om att undvika sjukhusinläggningar (Burrell m. fl., 2023; Erwander m. fl., 2025; Huntley m. fl., 2017).

Det framkommer att arbetet SU:s ambulansverksamhet utför med AA inte enbart omfattar behandling av patienter i hemmet, utan även innefattar centrala funktioner såsom hänvisning, bedömning och triagering. Exempelvis sker hänvisning redan i larmskedet genom olika funktioner på SvLc, där patienter kan hänvisas till vårdcentral, egenvård eller andra vårdnivåer utan att ambulans skickas. Även när ambulansen åker ut ligger fokus ofta på att avgöra lämplig vårdnivå för patienten. Detta kan förstås som att ambulanspersonalens arbetssätt möjliggör AA snarare än att de använder AA i strikt mening. Det innebär dock inte att ambulanspersonalens arbete saknar koppling till aktiv sjukvård utanför sjukhus. Sådan vård möjliggörs genom kontakt med andra resurser, som ambulansens akutläkare och NSVT. Under vissa larm där NSVT kontaktas praktiserar ambulanspersonalen AA. Detta sker när personalen påbörjar vård i patientens hem som NSVT senare tar över och avslutar. Dock är ambulansens roll främst att identifiera patienter där annan vård än sjukhusvård är möjlig. Definitionens fokus på vård i patientens hem blir därmed problematisk i relation till ambulanspersonalens arbete. Detta eftersom ambulanspersonalen inte enbart hänvisar till vård i hemmet, utan även till andra vårdnivåer. Arbetssättet är därför inte helt i enlighet med den teoretiska definitionen av AA.

Sammantaget visar detta att ambulanspersonalens arbete på SU delvis överlappar med den teoretiska definitionen av AA, medan andra delar av arbetet möjliggör AA genom hänvisning, triagering och samverkan med andra resurser. Dock är det inte självklart att arbetet bör sträva efter att spegla den teoretiska definitionen av AA. Ambulanspersonalens arbete handlar framför allt om att bedöma patienters vårdbehov och avgöra lämplig vårdnivå. Därmed besvaras den tredje forskningsfrågan genom att ambulansverksamhetens faktiska arbetssätt endast delvis överensstämmer med den teoretiska definitionen av AA. Utifrån detta kan

ambulanspersonalens arbete snarare förstås som en bredare form av undvikbar sjukhusvård än som AA i strikt mening.

6.2 Beslutsfattande och AA

I detta avsnitt diskuteras hur intressenters påverkan på ambulanspersonalens beslutsfattande relaterar till användning av AA. Beslutsfattande inom vården präglas av komplexa interaktioner mellan flera intressenter med olika grad av inflytande (Lemoyne m. fl., 2019). Ur ett intressentteoretiskt perspektiv kan besluten därmed ses som resultat av samspel mellan olika intressenter snarare än enskilda individers handlingar (Brugha & Varvasovszky, 2000). I avsnittet utreds dessa samspel och besvarar följande forskningsfråga: ”På vilket sätt bidrar olika intressenter till att möjliggöra eller begränsa ambulanspersonalens arbete med AA?”

Ambulanspersonalen betraktas som möjliggörare till AA, även om deras faktiska arbete inte är i enlighet med den teoretiska definitionen. Detta beror på att ambulanspersonalens beslutsfattande är avgörande för om en patient hänvisas till en annan intressent som utför arbetet med AA enligt definitionen. Eftersom ambulansens akutläkare är en nyckelperson enligt figur 4, är de också den viktigaste faktorn för att AA ska möjliggöras. Utan stöd från akutläkaren hade det varit svårare för ambulanspersonalen att välja bort akutmottagningen, även i de fall där en annan vårdform hade varit bättre för patienten. Ambulanspersonalen kontakter ofta akutläkarna och deras beslut om vårdnivå stöds därför i samma utsträckning.

Ambulanspersonalens beslutsfattande spelar in när en patient är för sjuk/skadad för att stanna hemma men för frisk för att läggas in på sjukhus. Att kunna välja mellan flera olika vårdnivåer i detta skede är grunden till möjligheten att använda AA. I situationer där ambulanspersonalen befinner sig mellan att lämna en patient hemma eller inte är NSVT-personalen en viktig intressent. Beslutet som ambulanspersonalen tar om att kontakta NSVT är att möjliggöra AA. Ambulanspersonalen praktiserar i vissa fall AA när de påbörjar vård hos en patient som NSVT sedan avslutar. NSVT-personalen ligger i kategorin ”ska hållas nöjda” i figur 4 och det är viktigt att deras samarbete och arbete sker effektivt för att AA ska möjliggöras. En begränsande faktor för tillämpningen av AA är dock att patienten behöver vara medicinskt lämplig för strategin. Vid allvarliga medicinska tillstånd styrs beslutet i regel mot transport till akutmottagning.

ISL-personalen, som placerats i kategorin ”minsta möjliga engagemang”, som ses i figur 4, har en mycket viktig funktion när det gäller att styra patienter till rätt vårdnivå. Under intervjuerna framkom det att antalet larm har minskat sedan ISL infördes, vilket gör dem till en betydelsefull möjliggörare till AA. Anledningen till att de har placerats i kategorin med lägst engagemang är att analysen har ambulanspersonalens beslutsfattande som central utgångspunkt och att ISL-personalen inte är involverade i just den specifika beslutsprocessen. Detta illustrerar hur en intressents inflytande är kontextberoende och relaterad till den specifika beslutsprocess som analyseras, vilket även lyfts inom intressentteori (Brugha & Varvasovszky, 2000).

Andra intressenter, som personalen i bedömningsbilen och PLE, är också viktiga för att minska antalet sjukhusinläggningar eftersom de kan sortera patienter till rätt vårdnivå. Det är dock inte ambulanspersonalen som beslutar om att dessa resurser ska vara på plats, utan det beslutet fattas tidigare av ISL-personal. Att personalen i bedömningsbilen och PLE ändå anses ha inflytande beror på att ambulanspersonalen i des-

sa fall arbetar efter deras direktiv. De ska likt NSVT-personalen hållas nöjda och de ska hanteras strategiskt.

Personal på akutmottagningen och patienter, som befinner sig i kategorin ”ska hållas informerade” i figur 4, har ingen direkt påverkan på om AA kan möjliggöras. De har ett stort intresse av att rätt vårdnivå uppnås, men saknar det inflytande som krävs för att faktiskt styra eller avgöra utfallet.

Sammanfattningsvis visar intressentanalysen att möjliggörandet av AA är beroende av ett fungerande spel mellan olika intressenter, där ambulanspersonalens beslutsfattande fungerar som den centrala länken. Även om ambulanspersonalen på SU själva inte alltid arbetar enligt den teoretiska definitionen av AA, är de en viktig faktor för att aktivera de resurser som faktiskt genomför arbetet. Matrisen tydliggör att framgångsrik AA inte enbart handlar om enskilda beslut, utan om tillgången till stödjande strukturer där akutläkaren ger ett nödvändigt beslutsstöd för att möjliggöra att vård på akutmottagningen kan väljas bort. Samtidigt skapar ISL-personal förutsättningar genom att sortera larm i ett tidigt skede, medan intressenter som PLE-personal och NSVT-personal bidrar genom att hänvisa och tillhandahålla alternativa vårdnivåer som gör AA praktiskt genomförbart. Som svar på den fjärde forskningsfrågan möjliggörs AA för SU:s verksamhet när ambulanspersonalen har tillgång till ett nätverk av intressenter och beslutsstöd för att göra kloka kliniska beslut. Detta ligger i linje med tidigare forskning som betonar att beslut i komplexa vårdssystem formas genom interaktioner mellan flera ömsesidigt beroende aktörer snarare än isolerade beslut (Brugha & Varvasovszky, 2000; Nguyen m. fl., 2018).

6.3 Rekommendationer till SU

Det finns vissa åtgärder som SU skulle kunna genomföra för att på ett mer fördelaktigt sätt förhålla sig till AA. En sådan åtgärd är att använda de resultat från studien som visar på att ambulanspersonalen på SU utför arbete kopplat till undvikbar sjukhusvård och AA. Detta kan då redovisas för andra regioner och länder. På så sätt kan SU presentera och synliggöra hur en ambulansverksamhet kan förhålla sig till strategin AA även om deras arbete inte direkt överensstämmer med den teoretiska definitionen. Detta möjliggör för andra verksamheter att dra lärdom av strategin, samtidigt som SU ges förutsättningar att bidra till samt delta i den internationella diskussionen om AA. Utöver detta kan SU lära sig av exempelvis andra länder som har arbetat med AA på ett mer etablerat och väldefinierat sätt under en längre tid, som exempelvis Australien, Finland och Storbritannien (Greene m. fl., 2023; Heinonen m. fl., 2022; Savioli m. fl., 2022).

För att fortsätta utveckla verksamheten kring undvikbar sjukhusvård skulle SU kunna utgå från vilken kategori varje intressent har placerats i. Utifrån den empiriska datainsamlingen som sammanställs i figur 4 och tabell 1 är de intressenter som ska hållas nöjda personal på PLE, bedömningsbil och NSVT. Vid förändringar kan intressenterna därmed hanteras strategiskt. Detta avser att arbetet med dessa intressenter är planerat och långsiktigt. Verksamheten bör ta hänsyn till hur förändringen kan uppfattas av dessa aktörer och anpassa kommunikation och förankring utifrån detta. Vidare är nyckelpersonerna ambulansens akutläkare och ledningsläkare när ambulansens akutläkare inte är tillgänglig. Med både högre inflytande och intresse är det viktigt att dessa intressenter prioriteras och är aktivt involverade i förändringsprocesser. Därmed är det också väsentligt att förhållandet mellan ambulansens akutläkare och ledningsläkare i rollen som ambulansens akutläkare hålls stabilt. ISL-personalen placerades i kategorin ”minsta möjliga engage-

mang” och i framtiden kan intressenten därmed behandlas med begränsad uppmärksamhet, till skillnad från nyckelpersonerna. Slutligen kan patienten och personalen på akutmottagningen som tillhör kategorin ”ska hållas informerade” få begränsad uppmärksamhet vid förändringar. Dessa kan dock, på grund av sitt höga intresse, få information om beslutsfattandet och ta del av kommunikation gällande beslutet.

Om förändringsarbeten ska ske inom ambulanssjukvården är det viktigt att beakta hur de andra intressenterna skulle påverkas. En förändring kan leda till positiva och negativa konsekvenser för vården som är beroende av ett välfungerande samarbete och struktur (Mahajan m. fl., 2023). Genom att använda intressentanalys som verktyg kan intressenters relationer undersökas för att förändringar ska vara positiva för samtliga yrkesroller och patienter (Balane m. fl., 2020). Det är viktigt att involvera intressenter och med fördel kan intressentanalys implementeras vid förändringsarbeten.

Vidare skulle SU kunna fokusera på att tillhandahålla utbildning om undvikbar sjukhusvård till ny personal. Rapportens empiri tyder på att det saknas rutiner för att ge information till ambulanspersonal om alternativa vårdnivåer och därmed hur undvikbar sjukhusvård implementeras på SU. Rutiner skulle kunna möjliggöra en effektivare fortsatt utveckling av undvikbar sjukhusvård och dess tillämpning på SU. Det kan ge ny personal en trygghet att kontakta alternativa vårdnivåer. Samtidigt är en rekommendation att SU kan se över om denna utbildning ska vara mer formell eller om den ska ges av kollegor som har stor erfarenhet inom SU:s arbete med undvikbar sjukhusvård.

6.4 Vidare forskning

Studien bidrar med indikationer och förståelse kring hur arbetet med undvikbar sjukhusvård kan se ut inom ambulansverksamheten på SU, men vidare forskning krävs för att stärka och bredda resultaten. En kvantitativ studie kan utföras för att expandera och bekräfta de slutsatser som dras. Det kan vara av intresse att samla in mer data från fler ambulansstationer i Storgöteborg för att säkerställa och jämföra att samma mönster av arbetssätt sker där också. En kvantitativ studie kan undersöka andelen sjukvårdsrelaterade 112-samtal som inte larmas ut till ambulansen för att utvärdera ISL:s funktion. Andelen körningar till akutmottagningen efter att ambulans larmats kan också studeras. Från den första auskultationen uppfattades att ambulansenheten körde in 30 procent av larm till akutmottagningen, en kvantitativ studie kan undersöka detta påståande. Det är intressant att kvantitativt studera SU:s ambulansverksamhet för att samla statistik om hur väl etablerat arbetet med AA är.

ISL kan betraktas som en organisatorisk innovation och kan utredas i vilken omfattning tidigare triage har påverkan på överbeläggning på sjukhusen, sjukvårdens möjlighet att möta sjukvårdsgarantin och patienters sjukvårdskvalitet. Denna studiens kvalitativa data pekar på att ISL har effektiviserat ambulansens vårdflöde. Av intresse är att utreda effektiviseringen ISL har bidragit till, med hänsyn till alternativkostnaden av att ha färre ambulanssjuksköterskor tjänstgörande i ambulanser.

I kategorianalysen diskuterades Mendelows matris och om den kan fånga den fulla dynamiken mellan intressenter och ambulanspersonalen. För att fånga fler interaktioner, intressenter och aspekter vore det intressant att genomföra en intressentanalys med en annan central utgångspunkt. Detta kan användas för att ytterligare

utreda hur intressenternas samarbete kan utvecklas för att förbättra arbetet med undvikbar sjukhusvård på SU. Det kan även vara av intresse att undersöka sekundära, och inte enbart primära, intressenter. Därmed kan fler perspektiv och delar i verksamheten tas i åtanke vid arbetet med undvikbar sjukhusvård och nya förändringar som ska genomföras i verksamheten.

Av hänsyn till patientintegritet avgränsades studiens empiri helt från patientuppgifter. Det har därför inte varit möjligt att analysera personliga erfarenheter och uppfattningar från patienter och anhöriga i denna studie. Därmed saknas deras perspektiv på sitt inflytande över, och intresse för, ambulanspersonalens beslutsfattande. Detta innebär att studiens resultat huvudsakligen utgår från ett vårdcentrerat perspektiv. Teori på området uttryckte att det är vanligt att utredningar kring undvikbarhet i sjukhusvård oftast utreds utifrån ett vårdperspektiv (Booker & Purdy, 2022). Vidare forskning med fokus på patientens upplevelser och syn på vårdflödet hade därför varit ett värdefullt komplement till denna studie om ambulansens påverkan på vårdflöde. Sådan forskning skulle bidra till en bredare förståelse av hur ambulanspersonalens beslutsfattande påverkar patienters utfall. Exempelvis skulle maktbalansen mellan patient och ambulanspersonal i beslutsprocessen kunna undersökas, liksom hur patientens inflytande över val av vårdnivå upplevs, formas och bör hanteras. Patienten har ett av de största intressena i arbetet med AA och kan därför betraktas och hanteras som en central aktör i vårdprocessen.

Demografiska förändringar och ett ökat vårdbehov kräver anpassning av hälso- och sjukvården, där AA kan utgöra en möjlig strategi (Habbouche m. fl., 2024; Wallis m. fl., 2024). För detta ändamål har studien indikerat att AA bör definieras mer precist och standardiserat. I nuläget är det svårt att jämföra undvikbar sjukhusvård mellan olika vårdkontexter, eftersom begreppet saknar en enhetlig definition (Booker & Purdy, 2022; Trahan m. fl., 2016). Framtida forskning bör utreda strategin AA nationellt eller internationellt för att formulera en standardiserad definition. En standardisering och etablering av AA som begrepp hade kunnat medföra en positiv inverkan på vidare forskning och implementering av AA.

Ambulanspersonalens arbete handlar om att fatta snabba beslut i komplexa situationer. Deras viktigaste beslutsstöd nås via telefon när hen är tillgänglig. Det vore intressant att undersöka hur digitala beslutsstöd, AI-baserad triagering och förbättrade kommunikationssystem hade förändrat ambulanssjukvården. Forskning om AI-baserade system hade kunnat bidra till säkrare bedömningar och identifiering av patienter som är lämpliga för alternativa vårdnivåer. Det är av intresse att både undersöka ambulanspersonalens upplevda trygghet i beslutsfattande med och utan AI. Samt hur AI-baserade system hade förändrat arbetsbelastningen. Utöver beslutsstöd är nya kommunikationssystem mellan intressenterna relevant att utreda. Forskning om andra kommunikationsvägar än telefon kan ge effektivare informationsöverföring och skapa bättre förutsättningar för arbete med AA är intressant. Detta ställer dock krav på organisatoriska och etiska utmaningar som kan uppstå med digitala och AI-baserade system inom ambulanssjukvården.

7 Slutsats

Studiens syfte var att undersöka hur undvikbar sjukhusvård förstås och omsätts inom ambulansverksamheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Studien ämnar att analysera vilka intressenter som påverkar ambulansens beslutsfattande och hur detta förhåller sig till den teoretiska definitionen av Admission Avoidance (AA). För att uppfylla syftet genomfördes en kvalitativ studie med en abduktiv ansats. Det empiriska resultatet baserades på intervjuer och auskultationer som vidare analyserades med stöd av intressentteori som teoretiskt ramverk. Studien utgick från följande forskningsfrågor:

- Vilka intressenter kan kopplas till ambulanspersonalens beslutsfattande?
- Vilket inflytande över och intresse för ambulanspersonalens beslutsfattande har de identifierade intressenterna?
- I vilken utsträckning överensstämmer ambulansverksamhetens faktiska arbetssätt med den teoretiska definitionen av AA?
- På vilket sätt bidrar olika intressenter till att möjliggöra eller begränsa ambulanspersonalens arbete med AA?

Med hjälp av intressentteori och intressentanalys identifierades åtta primära intressenter. Sekundära intressenter avgränsades bort. Mendelows matris användes för att visualisera intressenternas inflytande över och intresse för ambulanspersonalens beslutsfattande. Kategorierna i matrisen visar på hur intressenterna bör bemötas i förhållande till ambulansens arbete med undvikbar sjukhusvård. Ambulansens akutläkare identifierades ensam i kategorin ”nyckelpersoner” med högt inflytande och intresse. Personal i bedömningsbil, PLE och NSVT identifierades och placerades i kategorin ”ska hållas nöjda” med ett högt inflytande och lågt intresse. ISL-personal placerades i kategorin ”minsta möjliga engagemang” med ett lågt inflytande och intresse. Patient och personal på akutmottagningen placerades i kategorin ”ska hållas informerade” med ett lågt inflytande men högt intresse. Ledningsläkaren som tar över rollen som beslutsstöd när ambulansens akutläkare är otillgänglig har högt inflytande och intresse, men detta anses inte vara normalfallet. Resultatet indikerar att ambulanspersonalens beslutsfattande formas i samverkan med ett nätverk av flera intressenter, snarare än enbart genom individuella bedömningar hos den enskilda ambulanssjuksköterskan.

Syftet med AA är att kunna ge lämpliga patienter ett effektivt alternativ till traditionell slutenvård. Detta genom att erbjuda tidsbegränsad och aktiv behandling i patientens hem. Studien visar att ambulanspersonalens arbetssätt till viss del överensstämmer med den teoretiska definitionen av AA. Ambulansverksamheten arbetar tillsammans med andra intressenter för att patienterna ska behandlas på rätt vårdnivå. Deras främsta roll inom AA är triagering, bedömning och hänvisning till andra vårdnivåer. Inom AA-strategin är rollen en form av initiering av AA.

Studien visar att SU:s ambulansverksamhet är möjliggörare till AA snarare än utför AA i strikt mening. Detta för att ambulanspersonalen har tillgång till ett nätverk av intressenter som inte är akutmottagningen. Möjliggörandet framhävs främst av tre olika förutsättningar: mindre arbetsbelastning, medicinska beslutsstöd samt alternativa vårdnivåer. ISL-personalen prioriterar larm och hänvisar lämpliga patienter till

andra vårdnivåer än ambulans. Detta minskar arbetsbelastningen för ambulanspersonalen, vilket ger mer tid för kloka kliniska beslut. Ambulansens akutläkare är en viktig möjliggörare till AA då intressenten ger ett beslutsstöd i val av vårdnivå. Intressenten skapar en trygghet för ambulanspersonalen genom att bidra med kloka kliniska beslut för att fatta beslut att inte köra patienten till akutmottagningen. Utan alternativa vårdnivåer hade patienter inte kunnat behandlas på andra ställen än akutmottagningen. En begränsande faktor för att tillämpningen av AA ska vara möjlig är att patienten ska vara lämplig för strategin.

Intressentteori var ett användbart och effektivt verktyg för att påvisa ambulansverksamhetens roll i arbetet med AA. Den synliggjorde relationerna mellan intressenter och den centrala utgångspunkten. Mendelows matris var ett tydligt sätt att visualisera inflytande över och intresse av ambulanspersonalens beslutsfattande. Den bidrog till ett strukturerat sätt att analysera resultaten.

Slutligen tyder studien på att vidare forskning inom området är av intresse för att utveckla den undersökta relationen mellan ambulanspersonalen på SU och AA. Exempelvis kan en kvantitativ studie med mer insamlad data ge en bild av hur väl etablerat arbetet med AA egentligen är på olika ambulansstationer i Storgöteborg. Det kan också vara intressant att undersöka hur ISL-personal och dess arbete med undvikbar sjukhusvård, har påverkat ambulanspersonalens arbete. För att ytterligare utöka studien och ta hänsyn till fler perspektiv skulle intressentanalysen kunna genomföras med en annan central utgångspunkt än ambulanspersonalen. Att undersöka sekundära intressenter kan också vara ett sätt att utöka studien. Ytterligare kan patienten, som har ett av de största intressena, ha mer fokus i framtida studier för att även ta deras åsikter och upplevelser i beaktande. Ytterligare kan implementeringen av AA underlättas genom att etablera en enhetlig definition av begreppet. Ett annat exempel på vidare forskning är att undersöka möjligheterna som finns för att förändra ambulanssjukvården med hjälp av digitala beslutsstöd, AI-baserad triagering och förbättrade kommunikationssystem. Denna typ av forskning hade kunnat leda till mer effektiva och säkra beslutsfattanden som ambulanspersonalen kan känna sig trygga med att ta.

Referenser

- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2018). *Reflexive methodology : new vistas for qualitative research*. Sage.
- Aspeheim, A., Öqvist, J., Andersson, M., & Johansson, J. (2024). *Välfärdens kompetensförsörjning*. Sveriges Kommuner och Regioner. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs7897-268913469-906/surrogate/Demografi.pdf>
- Balane, M. A., Palafox, B., Palileo-Villanueva, L. M., McKee, M., & Balabanova, D. (2020). Enhancing the use of stakeholder analysis for policy implementation research: towards a novel framing and operationalised measures. *BMJ Global Health*, 5(11). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002661>
- Bengtsson, T., & Scott, K. (2011). Population Aging and the Future of the Welfare State: The Example of Sweden. *Population and Development Review*, 37, 158–170. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00382.x>
- Blodgett, J. M., Robertson, D. J., Pennington, E., Ratcliffe, D., & Rockwood, K. (2021). Alternatives to direct emergency department conveyance of ambulance patients: a scoping review of the evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29, 4. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00821-x>
- Booker, M., & Purdy, S. (2022). Towards new definitions of avoidable hospital admissions. *British Journal of General Practice*, 72(723), 464–465. <https://doi.org/10.3399/bjgp22X720725>
- Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning*, 15(3), 239–246. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.239>
- Bryman, A. (2021). *Bryman's Social Research Methods* (6. utg.). Oxford University Press.
- Bryson, J. M. (2004). What to do when Stakeholders matter. *Public Management Review*, 6, 21–53. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675722>
- Burrell, A., Scrimgeour, G., & Booker, M. (2023). GP roles in emergency medical services: a systematic mapping review and narrative synthesis. *BJGP Open*, 7(2). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0002>
- Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*, 2(14), 14. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
- Callaway, J., Strozza, C., Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Sogaard, J. (2025). Ageing populations: new challenges in longevity. *BMC Public Health*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25531-w>
- Chand, M., & Markova, G. (2019). The European Union's aging population: Challenges for human resource management. *Thunderbird International Business Review*, 61, 519–529. <https://doi.org/10.1002/tie.22023>
- Davey, A., Malmberg, B., & Sundström, G. (2014). Aging in Sweden: Local variation, local control. *Gerontologist*, 54(4), 525–532. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt124>
- de Sousa Vale, J., Franco, A. I., Oliveira, C. V., Araújo, I., & Sousa, D. (2020). Hospital at Home: An Overview of Literature. *Home Health Care Management and Practice*, 32(2), 118–123. <https://doi.org/10.1177/1084822319880930>
- Dew, R., & Wilkes, S. (2018). Attitudes, perceptions, and behaviours associated with hospital admission avoidance: A qualitative study of high-risk patients in primary care. *British Journal of General Practice*, 68(672), 460–468. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X697493>

- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dubois, A., & Gadde, L. E. (2002). Systematic combining: an abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, 55(7), 553–560. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00195-8](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00195-8)
- Eady, K., & Moreau, K. A. (2025). Seven ways to get a grip on using participant observation in medical education research. *Canadian Medical Education Journal*, 17(1), 45–50. <https://doi.org/10.36834/ktg4y184>
- Edgar, K., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Gonçalves-Bradley, D. C., Wong, E., & Shepperd, S. (2024). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub3>
- Ericsson, S. (2026). *Plan för prehospitavård*. Strategiska hälso-och sjukvården. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs10135-794280002-82/surrogate/Plan%20f%c3%b6r%20prehospital%20v%c3%a5rd.pdf>
- Erwander, K., Ivarsson, K., & Agvall, B. (2025). Association between a mobile team intervention in Swedish municipal home care and the effect on emergency department visits and hospitalizations among older adults. *BMC Health Services Research*, 25(674). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12843-1>
- Fix, G. M., Kim, B., Ruben, M., & McCullough, M. B. (2022). Direct Observation Methods: a Practical Guide for Health Researchers. *PEC innovation*, 1. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100036>
- Franco-Trigo, L., Fernandez-Llimos, F., Martínez-Martínez, F., Benrimoj, S., & Sabater-Hernández, D. (2020). Stakeholder analysis in health innovation planning processes: A systematic scoping review. *Health Policy*, 124(10), 1083–1099. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.012>
- Granvald, V., & Ziegler, B. (2024). *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2023*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/4531ecaff1834e33a890fc61cfd40ecc/2024-6-9153.pdf>
- Greene, L., Lane, R., Crotty, M., Whitehead, C., Potter, E., Bierer, P., & Laver, K. (2023). Evaluating a new emergency department avoidance service for older people: patient and relative experiences. *Emergency Medicine Journal*, 40, 641–645. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2022-212949>
- Gunnarsson, B.-M., & Stomberg, M. W. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*, 17(2), 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.10.004>
- Habbouche, S., Carlström, E., Magnusson, C., & Holmqvist, L. (2024). Evaluation of the implementation process of a new emergency triage system, West coast System for Triage (WEST). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4282745/v1>
- Hedqvist, A.-T., Ljungholm, L., Svensson, A., Holmberg, M., Fagerström, C., Elmqvist, C., & Forsgärde, E.-S. (2025). Collaboration between ambulance services and primary care: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-094516>
- Heinonen, K., Puolakka, T., Salmi, H., Boyd, J., Laiho, M., Porthan, K., Harve-Rytsälä, H., & Kuisma, M. (2022). Ambulance crew-initiated non-conveyance in the Helsinki EMS system—A retrospective cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 66(5), 625–633. <https://doi.org/10.1111/aas.14049>
- Herlitz, J., Magnusson, C., Hagiwara, M. A., Lundgren, P., Larsson, G., Rawshani, A., & Axelsson, C. (2021). Den prehospitala akutsjukvården i Sverige har stora utmaningar. *Lakartidningen*, 118. <https://media.arto.se/app/uploads/sites/11/2021/10/21119.pdf>

- Huntley, A. L., Chalder, M., Shaw, A. R., Hollingworth, W., Metcalfe, C., Benger, J. R., & Purdy, S. (2017). A systematic review to identify and assess the effectiveness of alternatives for people over the age of 65 who are at risk of potentially avoidable hospital admission. *BMJ Open*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016236>
- Johansson, M. E., & Johansson, P. (2012). Multisjuka äldre med upprepade vård tillfällen bör läggas in direkt. *Läkartidningen*, 109(20). https://media.arto.se/app/uploads/sites/11/OldWebArticlePdf/1/18235/LKT1220s1022_1023.pdf
- Jones, J., Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., Spiers, N., & Parker, G. (1999). Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ*, 319, 1547–1550. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7224.1547>
- Jordan, J., Clarke, S. O., & Coates, W. C. (2021). A practical guide for conducting qualitative research in medical education: Part 1-How to interview. *AEM education and training*, 5(3), e10646. <https://doi.org/10.1002/aet2.10646>
- Kight, K., & Andersson, B. (2023). *Ambulanssjukvårdens utveckling*. https://extra.skr.se/download/18.1747c74718bab6d36f83f5cc/1699870311644/SKR_A4_Ambulanssjukvardens-utveckling_webbpdf.pdf
- Lemoyne, S. E., Herbots, H. H., Blick, D. D., Remmen, R., Monsieurs, K. G., & Bogaert, P. V. (2019). Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(17). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z>
- Lokatt, E., Holgersson, C., Lindgren, M., Packendorff, J., & Hagander, L. (2023). An interprofessional perspective on healthcare work: physicians and nurses co-constructing identities and spaces of action. *Journal of Management & Organization*, 29(6), 1103–1119. <https://doi.org/10.1017/jmo.2019.89>
- Ludvigsson, J. F., Bergman, D., Lundgren, C. I., Sundquist, K., af Geijerstam, J. L., Glenngård, A. H., Lindh, M., Sundström, J., Kaarme, J., & Yao, J. (2025). The healthcare system in Sweden. *European Journal of Epidemiology*, 40, 563–579. <https://doi.org/10.1007/s10654-025-01226-9>
- MacLeod, A., Cameron, P., Ajjawi, R., Kits, O., & Tummons, J. (2019). Actor-network theory and ethnography: Sociomaterial approaches to researching medical education. *Perspectives on Medical Education*, 8(3), 177–186. <https://doi.org/10.1007/S40037-019-0513-6>
- Mahajan, R., Lim, W. M., Sareen, M., Kumar, S., & Panwar, R. (2023). Stakeholder theory. *Journal of Business Research*, 166. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2023.114104>
- Mahony, E., Magnuson, N., Thornton, A., Nehme, E., Scott, S., Talevski, J., Miller, S. M., Sher, L., & Nehme, Z. (2025). Utilisation of an emergency medical services pathway into a virtual emergency department and the impact on non-transports and patient safety. *Emergency Medicine Journal*. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2025-214861>
- Masic, I. (2022). Medical Decision Making - an Overview. *Acta Informatica Medica*, 30(3), 230. <https://doi.org/10.5455/aim.2022.30.230-235>
- Matsumoto, K., Fazzini, B., Malcolm, H., Eldridge, J., Puthuchear, Z., Osman, M., & Stephens, T. J. (2025). Factors influencing multidisciplinary clinical decision-making in the critical care unit: a systematic review and mixed-methods meta-synthesis. *BJA Open*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.bjao.2025.100488>
- Merche, J., Thonon, H., Sibille, F.-X., Gabriel, J., Simonin, E., Schoevaerdts, D., Durme, T. V., & de Saint-Hubert, M. (2026). Avoidable emergency department admissions among nursing home residents –

- insights from a retrospective study. *European Geriatric Medicine*, 17, 347–361. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01264-2>
- Mints, A., & Kamyshnykova, E. (2019). Methods of stakeholder prioritisation in the context of stakeholder management. <https://doi.org/10.3846/cibmee.2019.046>
- Neupane, B. P., Dahal, N., Dhakal, R. K., Hasan, M. K., Villarama, J. A., & Fabros, B. G. (2026). Data collection methods in qualitative research: researchers' reflections. *Frontiers in Research Metrics and Analytics*, 11. <https://doi.org/10.3389/frma.2026.1778160>
- Nguyen, T. S., Mohamed, S., & Panuwatwanich, K. (2018). Stakeholder Management in Complex Project: Review of Contemporary Literature. *Journal of Engineering, Project, and Production Management*, 8(2), 75–89. <https://doi.org/10.32738/JEPPM.201807.0003>
- Nilsson, F. (2007). *Den komplexa vården - om komplexitet och komplexa processer inom hälso- och sjukvården*. <https://www.lu.se/lup/publication/357a2b37-964a-4f30-9b9a-e51b8b6354de>
- Nordqvist, P., Roberg, M., Magnusson, M., & Sjö Dahl, R. (2017). Vårdrelaterade infektioner en betydande del av vårdskadorna på sjukhus. *Läkartidningen*, 114:ED33. <http://media.arto.se/app/uploads/sites/11/EditorialFiles/33/%5BED33%5D/ED33.pdf>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods : integrating theory and practice*. SAGE Publications, Inc.
- Rouse, P., Sherkat, O., & O'Grady, W. (2025). Dynamic Stakeholder Analysis Through Process Mapping. *Financial Accountability & Management*, 41(2), 398–418. <https://doi.org/10.1111/faam.12422>
- Salminen, T., Kaartinen, K., Palonen, M., Setälä, P., Paavilainen, E., & Hoppu, S. (2024). Correlation between the accuracy of the emergency response centre's urgency assessment and emergency medical services non-conveyance: a retrospective register-based study in Finland. *BMC emergency medicine*, 24, 193. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01108-5>
- Sanjari, M., Bahramnezhad, F., Fomani, F. K., Shoghi, M., & Cheraghi, M. A. (2014). Ethical challenges of researchers in qualitative studies: the necessity to develop a specific guideline. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 7(14). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4263394/>
- Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Piccini, G. B., Longhitano, Y., Zanza, C., Piccioni, A., Esposito, C., Ricevuti, G., & Bressan, M. A. (2022). Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *Journal of Personalized Medicine*, 12(2), 279. <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>
- Schmeer, K. (1999). *Stakeholder Analysis Guidelines - Section 2*. <https://cnxus.org/wp-content/uploads/2022/04/Stakeholders.analysis.guidelines.pdf>
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R. M., Clarke, M. J., Iliffe, S., Kalra, L., Ricauda, N. A., & Wilson, A. D. (2008). Hospital at home admission avoidance. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491>
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R. M., Clarke, M. J., Iliffe, S., Kalra, L., Ricauda, N. A., Tibaldi, V., & Wilson, A. D. (2009). Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, 180 (2), 175–182. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081491>
- Trahan, L. M., Spiers, J. A., & Cummings, G. G. (2016). Decisions to Transfer Nursing Home Residents to Emergency Departments: A Scoping Review of Contributing Factors and Staff Perspectives. *Journal*

- of the American Medical Directors Association*, 17(11), 994–1005. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.012>
- Wallis, J. A., Shepperd, S., Makela, P., Han, J. X., Tripp, E. M., Gearon, E., Disher, G., Buchbinder, R., & O'Connor, D. (2024). Factors influencing the implementation of early discharge hospital at home and admission avoidance hospital at home: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014765.pub2>
- Wilson, A., Wynn, A., & Parker, H. (2002). Patient and carer satisfaction with 'hospital at home': quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 52(474), 9–13.
- Young, J. (2009). The development of intermediate care services in England. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, S21–S25. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(09\)70008-1](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(09)70008-1)



CHALMERS