



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Magisteruppsats

Behandlingsriktlinjer i Kosovo – säker, trygg och jämlik vård

Kvantitativ enkätstudie



Författare: Sophie Arvidsson & Petra Hellqvist

Handledare: Anne Söderlund Schaller

Examinator: Mikael Rask

Lärosäte: Linnéuniversitetet

Termin: VT-23

Ämne: Vårdvetenskap, självständigt arbete (magister) med inriktning ambulanssjukvård

Nivå: Avancerad

Kurskod: 4VÅ35E



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö



Sammanfattning

Bakgrund: Kosovo är ett av Europas fattigaste länder och har en sårbar hälso- och sjukvård med skiftande kvalitet. Implementering av behandlingsriktlinjer är en lokal insats som fokuserade på städerna Priztina och Prizren i Kosovo. För att genomföra patientsäkra bedömningar krävs det att ambulanspersonalen har behandlingsriktlinjer att följa, samt kompetens att grunda sina beslut på.

Syfte: Syftet var att undersöka implementeringen och utbildningen av behandlingsriktlinjer i Kosovo, för en säker, trygg och jämlik vård.

Metod: För att besvara syftet valdes en kvantitativ studiedesign med enkätundersökning. Studien har genomförts genom att samla in data i samband med en utbildningsinsats i Kosovo som Internationella Medicinska Programmet (IMP) och Katastrofmedicin Centrum (KMC) håller i och är en longitudinell undersökning.

Resultat: Summeringen av vårt resultat visar ingen statistisk signifikant skillnad för att implementering av behandlingsriktlinjer gav en säkrare, tryggare och mer jämlik vård. Ett område som skilde sig var att behandlingsriktlinjer skulle bidra till en bättre patientvård. En orsak till utebliven signifikans skulle kunna bero på att deltagarna skattade sig högt redan från början.

Slutsats: Slutsatsen är att riktlinjer ger trygghet och att det krävs kontinuerliga utbildningar för att befästa kunskapen. Genom att kartlägga brister och förbättringsområden inom ambulanssjukvården kan patientsäkerhetskulturen öka. Den generellt positiva attityden till studien som framkommit gör att detta projekt kan komma att bedrivas på flera delar i världen.

Nyckelord: Ambulanssjukvård, Behandlingsriktlinjer, Implementering, Jämlik vård, Patientsäkerhet, Trygghet.



Abstract

Background: Kosovo is one of Europe's poorest countries and has a vulnerable healthcare system with variable quality. Implementation of treatment guidelines is a local effort focusing on the cities of Priztina and Prizren in Kosovo. In order to carry out patient-safe assessments, it is required that the paramedics have treatment guidelines to follow, as well as competence to base their decisions on.

Purpose: The purpose was to investigate the implementation and training of treatment guidelines in Kosovo, for safe, secure and equitable care.

Method: To answer the purpose, a quantitative study design with questionnaires was chosen. The study has been conducted by collecting data in connection with an educational effort in Kosovo run by the International Medical Program (IMP) and the Disaster Medicine Center (KMC) and is a longitudinal survey.

Results: The summary of our results shows no statistically significant difference that implementation of treatment guidelines provided safer, safer and more equal care. One area that differed was that treatment guidelines would contribute to better patient care. The authors believe that the reason for the lack of significance is that the participants valued themselves highly from the start.

Conclusion: The authors' conclusion is that guidelines provide security and that continuous training is required to consolidate knowledge. By mapping shortcomings and areas for improvement within ambulance healthcare, the patient safety culture can increase. The generally positive attitude to the study that has emerged means that this project can be carried out in several parts of the world.

Keywords: Ambulance healthcare, Equal care, Implementation, Patient safety, Safety, Treatment guidelines.



Tack

Vi vill tacka vår handledare Anne Söderlund Schaller för din hjälpsamhet under arbetets gång och Jalal Safipour för vägledningen i den statistiska djungeln. Vi vill även tacka Peter Bergren på IMP för all hjälp och stöttning, och som trodde på oss genom hela projektet. Dessutom vill vi tacka familj och vänner som har stöttat oss i detta arbete.

/Sophie och Petra



Innehållsförteckning

1	1	
2	2	
2.1	2	
2.2	2	
2.3	3	
2.4	4	
2.5	5	
2.5.1	5	
2.5.2	6	
2.5.3	6	
2.5.4	7	
3	8	
3.1	8	
4	99	
5	9	
6	1010	
6.1	1010	
6.2	1010	
6.3	1010	
6.4	111	
6.5	122	
6.5.1	12	12
6.5.2	Förförståelse	13
6.6	133	
7	133	
7.1	133	
7.2	155	
7.3	155	
7.4	166	
7.5	177	
8	19	
8.1	19	
8.1.1	199	
8.1.2	2020	
8.1.3	21	
8.2	22	
8.2.1	243	
8.2.2	243	
9	244	
10	255	



Bilagor

1. Information angående enkätstudien
2. Samtycke
3. Förenkät
4. Efterenkät
5. Återkopplingsenkät
6. Etikgranskning

1 Inledning

I mötet med en akut sjuk patient krävs snabb bedömning och relevant behandling. Att bedöma patientens vårdbehov är grundläggande för korrekt prioritering och för att patienten ska få den vård och behandling som hälsotillståndet kräver. Ofullständiga bedömningar kan leda till otrygghet för patienten och patientsäkerheten kan äventyras. För att genomföra patientsäkra bedömningar krävs det att ambulanspersonalen har behandlingsriktlinjer att följa, samt kompetens att grunda sina beslut på. Ambulanspersonalen ska sträva efter att utveckla sina kunskaper inom sin profession och över tid lära sig nya metoder för att upprätthålla god och säker vård. Aktuell forskning som Andersson Hagiwara och Wireklint Sundström (2016); Segesten (1994) beskriver är att ambulanspersonalen bör sträva efter att ha behandlingsriktlinjer som hjälp genom att strukturera upp arbetet och ge trygghet. Ambulanspersonalen behöver förstå innebörden av evidensbaserade riktlinjer samt betydelsen och konsekvenserna av att följa eller avvika från dem.

Internationella Medicinska Programmet (IMP) har drivit flera projekt gentemot ambulanssjukvården i Kosovo med fokus på två städer; Pristina och Prizren. Tidigare har medarbetare från ambulansentreprenörerna i Östergötland besökt städerna för medåkning med möjlighet till att få erfarenheter inom områden som är mindre vanliga i svensk prehospital sjukvård. Likaså har personal från Pristina och Prizren besökt Sverige i samma syfte. Utbildningar inom Hjärt- och lungräddning (HLR) och traumaomhändertagande har genomförts samt implementering av ett kartverktyg för dirigering av ambulanserna från SOS, som kallas Paratus är påbörjats i Kosovo. I och med dessa resor har det identifierats ett behov och en vilja från chefer att implementera strukturerade behandlingsriktlinjer för ambulanssjukvården. Region Östergötland har med hjälp av ambulansläkare på IMP och från Kosovo, valt ut tretton behandlingsriktlinjer som ska implementeras. Fem av dessa tretton behandlingsriktlinjer har ambulanspersonalen i Kosovo utbildats genom scenarioträning.

I Kosovo idag arbetar en läkare i varje ambulans tillsammans med två ambulanssjuksköterskor eller en ambulanssjuksköterska och en ambulanstekniker. Det finns vissa behandlingsriktlinjer men det saknas en struktur och följsamheten är oklar. Implementering av behandlingsriktlinjer är en insats lokalt fokuserad på städerna Pristina och Prizren med en framtida ambition att det skall kunna bli en nationell modell (Hodza-Beganovic et al., 2020). Syftet med studien är att undersöka implementeringen och utbildningen av behandlingsriktlinjer i Kosovo för en säker, trygg och jämlik vård. Studien är en del av en större utbildningsinsats genom TTT- modellen (train the trainer) och scenarioträning som pågår i Kosovo.

2 Bakgrund

2.1 Sjuksköterskans roll och akutsjukvård internationellt

International Council of Nurses (ICN, 2021) beskriver att sjuksköterskeyrket är den största yrkesgruppen globalt inom hälso- och sjukvården. För att nå en god och säker vård har sjuksköterskans insatser och kunskaper en nyckelroll. Internationellt ska sjuksköterskan samarbeta för att utveckla och bibehålla global hälsa samt arbeta för policyer och principer för det. Sjuksköterskan ska bidra med utveckling av riktlinjer som stöd för sjukvården, samt till folkhälsan och arbeta för FN:s hållbara utvecklingsmål. ICN menar att varje sjuksköterska har ett etiskt och moraliskt ansvar för bemötande, bedömning och beslut (ICN, 2021). En systematisk litteraturstudie gjord av Anderson och Tiara (2018) visar att globalt i världen är det en oproportionerligt stor del som dör för tidigt i låg- och medelinkomstländer, på grund av begränsade resurser för sjukvård. I dessa länder försummas utbildningen av akutsjukvård ofta till förmån för förebyggande insatser och primärvård. För att minska den stora delen av för tidig död måste det akuta vårdssystemet utvecklas. Återupplivningsinsatser görs av vårdpersonal med begränsade resurser och som ofta har otillräcklig utbildning (Anderson & Taira, 2018). Enligt Världshälsoorganisationen resulterar trauma i ett betydande antal dödsfall över hela världen. Skador och trauma förekommer i alla åldersgrupper, och det är en av de mest bidragande faktorerna till förlorade levnadsår. Resultatet av en studie gjord av Haagsma et al. (2016) från dödlighetsdatabasen, visar att det trauma som orsakar lidande men det har också en betydande socioekonomisk inverkan på länder.

2.2 Sjukvården i Kosovo

Kosovo, formellt Republiken Kosovo, är ett land på Balkanön. I landet bor cirka 2 miljoner människor och huvudstaden heter Priztina. Kosovokonflikten är kriget som bröt ut i Kosovo 24 mars 1999. Nato inledde då flygbombningar av före detta Jugoslavien (Nationalencyklopedin [NE], 2022). Landet är ett av Europas fattigaste länder och har en sårbar hälso- och sjukvård av skiftande kvalitet. Enligt Världsbanken lever 18% av befolkningen i fattigdom, med låg medelinkomst där var fjärde person är arbetslös. Brister i vård och utbildning finns, samt i det offentliga sociala skyddsnetet. Alla invånare har rätt till hälso- och sjukvård men tillgången är begränsad, särskilt för personer med sårbar ekonomi. Allmän sjukförsäkring finns inte vilket gör att vissa belastas med höga kostnader för sjukvård och mediciner, därför avstår många att söka hälso- och sjukvård (Regeringskansliet, 2021). Akutsjukvården och vården på de mindre orterna har ofta låg standard men i huvudstaden Priztina är kvaliteten bra (Embassy of Sweden, 2022). Det förekommer även korruption inom sjukvården i landet, på grund av de låga lönerna (Regeringskansliet, 2021). Straus et al. (2013) genomförde en flerfasstudie över implementeringen av riktlinjer genom att studera det medicinska systemet i Kosovo. Sjukvårdssystemet förstördes till stor del under kriget 1999, vilket ledde till brist på kommunikation och samordning av hela landets sjukvårdssystem. Konflikten påverkade sjukvårdens infrastruktur i Kosovo negativt, vilket har resulterat i svårigheter att övervaka vårdens kvalitet i landet. Infrastrukturen har påverkat möjligheten att få tillgång till nödvändiga mediciner och att smidigt överföra patienter från landsbygden till stadskärnan. Resultatet av studien visade stora brister i kommunikationen mellan klinker och departement vilket ledde till misstro mellan sjukvårdspersonalen och ledningen. Det är viktigt att anpassa de lokala riktlinjerna vid implementeringsarbetet efter sjukvårdens resurser, infrastruktur och kommunikationsvägar (Straus et al., 2013).

2.3 Prehospital akutsjukvård

I Kosovo liksom i Sverige är den prehospitala akutsjukvården den vård som patienten får mellan vårdbehovets uppkomst och ankomst till en sjukvårdsinrättning. För ett positivt utfall när det kommer till medicinska tillstånd och trauman har det bevisats att tiden är den mest kritiska variabeln för patienten enligt Prehospital Trauma Life Support (PHTLS, 2020).

I mötet med prehospital akutsjukvård beskrivs patienten som en människa som är i behov av råd, behandling och omvårdnad på grund av sjukdom (Edberg et al., 2021; Nationalencyklopedin [NE], 2022). En akut sjuk patient beskrivs som "*en individ som plötsligt får en uppkommen sjukdom*" (Stubberud, 2015, s.52). Exempel på akut somatisk sjukdom är angina pectoris, TIA, olika infektioner, samt benbrottskador. Akut sjukdom kan utvecklas till kritisk sjukdom, där en angina pectoris kan utvecklas till hjärtinfarkt, TIA kan utvecklas till en stroke (Stubberud, 2015). Behandlingsriktlinjerna är här ett stöd för ett bra prehospitalt omhändertagande (Suserud, 2016).

Omhändertagandet av en patient i en prehospital miljö är liknande både i Kosovo och i Sverige. Utmaningar kan uppstå när undersökningar och behandlingsmetoder är begränsade och brist på information om patienten är vanligt. För att få kontroll över den akuta situationen görs en bedömning enligt A-E på patienten. Den bedömningen består av att kontrollera fri luftväg, patientens ventilation, cirkulation och medvetandegrad. Bedömningen av den akut sjuka patienten skall endast ta några sekunder. Det är viktigt att tidigt upptäcka akut sjuka patienter och snabbt agera, innan tillståndet hinner förvärras och bli livshotande. Det är bevisat att tiden mellan skada, primära interventioner och definitiv vård är avgörande hos traumapatienter (AMLS, 2021; Lundberg et al., 2022; PHTLS, 2020). För att hålla en hög kvalitet inom prehospital vård behövs adekvat utrustning, men den viktigaste ingrediensen är personalens kompetens, för att minska dödligheten och komplikationer efter skada. För att minska dödligheten hos svårt skadade patienter krävs en välfungerande prehospital sjukvård som kan fatta snabba beslut samt utnyttja tillgängliga resurser väl (Hodza-Beganovic et al., 2020; Lampi et al., 2017). Den prehospitala organisationen är bara en del av en högkvalitativ traumakedja (Hodza-Beganovic et al., 2020). Att tillhandahålla sjukvård med hög kvalitet handlar inte bara om patientens medicinska behov, utan även tillgodose patientens behov av trygghet (Ahlenius et al., 2017).

I en sammanfattning från en antologi av Hodza-Beganovic et al. (2020) ses skillnader i det prehospitala systemet mellan Sverige och Kosovo:

- Sverige är ett rikare land med en av världens mest stabila ekonomier medan Kosovo har både ekonomiska och politiska utmaningar vilket gör att även den prehospitala vården drabbas.
- Sverige har ett sjuksköterskebaserat prehospitalt system, Kosovo har ett läkarbaserat system. De läkare som är yrkesverksamma inom den prehospitala akutsjukvården i Kosovo är generellt utbildade allmän/distriktsläkare vilket innebär att det finns ett kompetensbehov i omhändertagandet av svårt sjuka patienter i en prehospital miljö. Detta leder till en osäkerhet hos ambulanspersonalen på grund av olika arbetssätt som leder till otrygghet och att vården inte blir jämlik för patienten.
- Sverige har två sjuksköterskor eller en sjuksköterska och en ambulanssjukvårdare per ambulans. Ambulanserna i Kosovo är bemannade av tre personer (en sjuksköterska, en sjuksköterska/ ambulanstekniker och en läkare; i annat fall, två sjuksköterskor och en läkare).

- Ambulanssjukvården i Sverige regleras och beslutas av behandlingsriktlinjer utfärdade av en ansvarig läkare. Läkare är sällan med i prehospitalt arbete utan ambulanspersonal utför vården.
- Sverige har ett nationellt larmnummer (112). Kosovo har ett medborgarnödnnummer (112) men utan integrerad vidarekoppling, det vanliga sättet att ringa efter ambulans är 194. När ett samtal tas emot, beslutar samordnaren att skicka en ambulans, efter en intervju av inringaren. Samordnaren har inte någon form av visualisering av positionering av ambulanser, de är tvungna att ringa varje ambulans och fråga dem om deras position. Den processen med att skicka en ambulans hade en genomsnittlig tid på cirka 8 minuter jämfört med 30–60 sekunder i Sverige.
- Sverige har regionala centraliserade SOS centraler. Kosovo har lokala utsändningscenter som är integrerade och normalt belägen inom den prehospitala organisationen.
- För bara några år sedan arbetade ambulanssjuksköterskorna i Kosovo både i ambulansen och på ambulansstationen som även var en vårdcentral, när larmet gick fick patienten klara sig själv. Det har det senaste åren skett en förändring då det öppnats jourcentraler utanför ambulansstationen.
- Utrustningen är av varierande kvalitet i Priztina och Prizren; defibrillator och EKG-utrustningen håller hög kvalitet, men i övrigt har basutrustning, såsom ryggbärande, halskragar och förband, en lägre standard.
- Sjuksköterskan innehar en egen sjukvårdsväska i Kosovo, där ansvarar de för utrustning och läkemedel som finns i den (Hodza-Beganovic et al., 2020; Berggren et al., 2018).

2.4 Evidensbaserad omvårdnad

Evidens beskrivs ofta som den bästa tillgängliga kunskapen från forskningsstudier men även erfarenhetsbaserad kunskap. Vid evidensbaserad vård är avsikten att ge en god och effektiv vård baserad på erfarenhet, kunskap och forskning (Forsberg, 2016). Kunskap, färdigheter och förståelse behövs för en trygg och säker vård för patienten. Sjuksköterskan ska ha kontinuerlig utbildning om professionens behov för att förstå och värdesätta kunskapsutvecklingen (Edberg et al., 2021). Mollons (2014) kvalitativa konceptanalys ur patientens perspektiv på säkerhet och trygghet, visar att sjuksköterskor som är kompetenta och kunniga där patientnära vård skapas är viktigt för att patienten ska känna sig trygg.

Willman et al. (2016) definierar evidensbaserad omvårdnad som både ett förhållningssätt och en process. Förhållningssättet är viljan att använda den bästa tillgängliga vetenskapen som underlag för vårdbeslut. Processen är hur det praktiskt ska gå tillväga för att implementera underlaget genom att sammanställa och kritiskt värdera. Evidensbaserad omvårdnad handlar om att sträva efter att bedriva omvårdnad på en god och säker grund och att forskningsresultaten utnyttjas på bästa sätt (Willman et al., 2016). Vilket styrker vikten av utbildning och kunskap såsom projektet i Kosovo. Enligt Rycroft-Malone et al. (2004) behövs det fyra källor till kunskap, forskningsevidens, klinisk erfarenhet, lokal kontext samt kunskap från patienter. Om alla dessa typer av evidens kan samspela uppnås den bästa möjliga vården.

För att sjuksköterskan ska kunna vårda och tillgodose patientens vårdbehov behövs kunskap av olika slag. Inom vårdvetenskap finns olika kunskapsformer, teoretiska och praktiska. Teori, en allmän tillgänglig eller generell kunskap genom abstraktion. Teorin sätter begrepp på företeelser i den verkliga världen för att bringa ordning och organiserad mening, se hur allt hänger samman. Praktik betyder aktivt utförande eller handling. Praktisk kunskap förstås som kunskap om det konkreta utförandet i olika situationer men även den kunskap som krävs för

att handla i vissa situationer. Sjuksköterskans kunskap om att vårda patienten inhämtas i en förförståelse och en inlärningsprocess om vård av patienten och vad omvårdnad är. Kunskapen öppnar upp till nya möten, ny kunskap och nya erfarenheter, detta leder till en ny förförståelse. Användandet av den nya kunskapen, erfarenheten och förståelsen ger patienten och sjuksköterskan ett bättre möte, samt en säker och trygg vård (Arman et al., 2015).

2.5 Evidensbaserade riktlinjer inom sjukvård

Det är av vikt att förstå innebörden av evidensbaserade riktlinjer samt kunna inse konsekvenserna av att både följa och avvika från riktlinjerna (ICN, 2021). Enligt Willman et al. (2016) har evidensbaserad vård den senaste tiden varit i fokus, vilket lett till ökade krav på beslutsunderlag. För att tydliggöra detta har olika vårdinstanser börjat använda evidensbaserade kliniska riktlinjer. Riktlinjer finns idag på olika sätt inom sjukvården, allt från nationella riktlinjer, till lokalt utformade på klinik- och avdelningsnivå. Tillämpning av riktlinjer har som syfte att förbättra vårdens kvalitet. För att en riktlinje ska vara ett verktyg för att öka patientsäkerheten bör den baseras på vetenskaplig kunskap, vilket ger stöd till vårdpersonal och förbättrar vården för patienten (Willman et al., 2016). Evidensbaserade riktlinjer förbättrar vårdkvaliteten, patientsäkerheten och de kliniska resultaten (Martin-Gill et al., 2022; Willman et al., 2016). Innan projektet i Kosovo tog fart 2018, fanns inga styrande dokument om hur vården skulle utföras för de akut sjuka patienterna. Kvaliteten på vården blev slumpartad beroende på vilket team som omhändertog patienten, vilket innebar en risk för patientsäkerheten (Berggren et al., 2018).

2.5.1 Implementering av riktlinjer

I samråd mellan ansvariga inom Priztinas ambulansorganisation och IMP har det uttalats ett behov av stöd i att bygga upp behandlingsriktlinjer för ambulansorganisationen. I Sverige tas nationella förslag till behandlingsriktlinjer fram av Sveriges Ledningsansvariga Ambulansläkare i Samverkan (SLAS, 2018). Förslagen ligger till grund för regionerna när de tar fram sina regionala riktlinjer (Berggren et al., 2018).

Implementering av riktlinjer, som till exempel utbildningen i Kosovo, uppfattas oftast som svår av personalen eftersom nya arbetssätt behöver läras in. I Socialstyrelsen föreskrifter om att implementera nationella riktlinjer – för en jämlik vård (2020) beskrivs det att en viktig faktor för en lyckad implementering av behandlingsriktlinjer är att personalen förstår nyttan med att arbeta på det nya sättet. För att förebygga att personalen känner sig obekväma och osäkra på det nya arbetssättet bör löpande handledning erbjudas. Ett nytt arbetssätt behöver hela tiden följas upp och problem behöver hanteras strukturerat för att arbetssättet ska implementeras. Ett implementeringsarbete behöver utgå från en etisk plattform, vilket handlar om att erbjuda jämlik vård (Socialstyrelsen, 2020). En litteraturstudie av Parahoo (2000) undersökte sjuksköterskors uppfattningar om hinder, och vad som underlättar för forskningsanvändning, där förklarar många sjuksköterskor att de inte ser något värde i statistiska forskningsresultat och att de är oanvändbara i det praktiska arbetet. Detta är ett hinder vid implementering eftersom det finns en avsaknad av koppling mellan teori och praktik.

Anderson och Taira (2018) beskriver att det typiska scenariot för TTT-modellen (train the trainer) är att en grupp från ett välutvecklat land ger en inledande utbildning till deltagare i ett land som har begränsade resurser. I den systematiska litteraturstudien noterades att periodisk omskolning var av vikt, eftersom kunskapsnivåerna bibehålls men färdigheterna minskade med tiden. Även språk- och resurs anpassat material hade stor betydelse. Utvalda deltagare

utbildas sedan till instruktörer som förväntas fortsätta utbildningarna för att utbilda sina kollegor. Modellen förespråkas för att utnyttja begränsade resurser och skapa hållbarhet genom att sprida kunskap på landsnivå (Anderson & Taira, 2018).

Utbildning och träning är viktiga inslag för ambulanspersonalen för att vara tillräckligt förberedda och minska vårdskada (Lampi et al., 2017). Vikten av utbildning är inte självklar i alla delar av världen. International Society of Disaster Medicine har tagit fram internationella riktlinjer för utbildning, scenarioträning för flera nationer där bland annat WHO godkänt dessa som officiella rekommendationer (Lennqvist, 2017). Verklighet, erfarenhet, möjlighet till träning, utbildning och förtroendet med den prehospitla miljön kan vara väsentliga komponenter som kan fungera som en gedigen grund för att fatta mer exakta triagebeslut (Lampi et al., 2017).

2.5.2 Behandlingsriktlinjer

För att en kritisk sjuk patient skall ha en ökad chans att överleva med god hälsa krävs att personalen har relevant utbildning och handlingsplan för en säker, trygg och jämlik vård. Utbildning och träning i behandlingsriktlinjer ger ambulanspersonalen en god mental förberedelse (Lennqvist, 2017). Ökad kunskap och träning minskar rädslan för att göra fel (Ahl et al., 2005). Abelson (2017) menar i sin kvalitativa studie att klinisk övning i form av scenarioträning ger ökad erfarenhet och kunskap. Att ha en förberedelsefas genom att ha en plan, behandlingsriktlinjer och kollegor skapar trygghet. Nordén et al. (2014) visar i sin kvalitativa innehållsanalys på vikten av att personalen får en möjlighet att förbereda sig med att studera läkemedelsdoser, normalvärden samt behandlingsriktlinjer för att vården ska bli patientsäker, trygg och jämlik som möjligt.

2.5.3 Behandlingsriktlinjer prehospitalt

Ebben et al. (2018) studieresultat visar att brist av riktlinjer och ambulanspersonalens upplevda utsatthet utgör en säkerhetsrisk i bedömning och beslutstagande av patienten. Det är för ambulanspersonalen av vikt att ha behandlingsriktlinjerna eller protokoll att stödja sig emot (Nationella riktlinjer för prehospital vård, 2014). Riktlinjer utvecklas för att förbättra vårdens kvalitet, för att minska variationen och säkerställa att evidens faktiskt används när det är lämpligt. En riktlinje består av systematiskt utvecklade rekommendationer för att hjälpa ambulanspersonal i beslut om lämplig sjukvård (Ebben et al., 2018).

Att bedöma en patient inom ambulanssjukvården innebär att vara förberedd på det oförberedda om patienten har ett livshotande tillstånd (Wireklint Sundström, 2005).

Wireklint Sundström och Dahlberg (2011) påvisar att risken med enbart användning av behandlingsriktlinjer innebär en bristfällig bedömning och effektiv vård av patienten förhindras. Även Andersson Hagiwara och Wireklint Sundström (2016) menar att behandlingsriktlinjer och diagnosstöd kan vara begränsande för ambulanspersonalen, vilket kan leda till att patientberättelsen blir överflödigt. Om patientperspektivet eftersträvas mer skulle ambulanssjukvården bli mer effektiv.

Ambulanspersonalens kompetens ska göra att den akuta patienten känner sig trygg och får den hjälp som krävs. En analys av Segesten (1994) visar att när konkreta åtgärder utförs ökar trygghetsupplevelsen för patienten, till exempel få smärtstillande när det behövs.

Andersson Hagiwara och Wireklint Sundström (2016) menar att riktlinjer som används är inte helt optimalt användbara i den prehospitla miljön, det gör att ambulanspersonalen inte använder dem. Bristfälligt utformade riktlinjer inom ambulanssjukvården samt följsamheten

till dessa är ett hot mot patientsäkerheten (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström, 2016). Även om prehospitla evidensbaserade riktlinjer är välbeskrivna, finns ingen forskning på optimala implementeringsmetoder. Framtida forskning bör överväga att jämföra implementeringsmetoder prehospitalt, för att få fram de bästa rutinerna (Fishe et al., 2018).Handledningsinläring är en metod som är svår inom prehospitla vård, under ett arbetspass finns ingen visshet om vilken typ av patienter som kommer att behöva vård, och prehospitla vård bygger på snabba beslut. Kompetensutvecklingen inom prehospitla vård är därför uppbyggd på kurser och utbildningar (AMLS, 2021; Hodza-Beganovic et al., 2020; PHTLS, 2020).

2.5.4 Behandlingsriktlinjer för säker vård

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja säkerheten för patienten inom hälso- och sjukvården. Den reglerar även vårdgivarens skyldighet att använda ett systematiskt säkerhetsarbete kring patienten samt att arbeta enligt evidensbaserad vetenskap (Hälo- och sjukvårdslag [HSL], 2010). Att patienter skadas i samband med vård och behandling är ett globalt problem. Det är vårdpersonalens ansvar att vården är säker oavsett vilken vårdform de arbetar inom. En hållbar arbetsmiljö med tillräcklig personal, adekvat kompetens, användarvänlig teknik samt en normal arbetsbelastning är a och o för patientsäkerheten (Edberg et al., 2021; World Health Organization [WHO], 2020). Patientsäkerheten är till för att skydda patienten mot vårdskada och att de ska känna trygghet och säkerhet i kontakt med vården. Genom behandlingsriktlinjer ökar patientsäkerheten vid vårdmöten och är ett hjälpmedel för beslut om åtgärder. För att skapa en säker vård krävs det att vården är personcentrerad och evidensbaserad samt att ambulanspersonalen har rätt kompetens och behandlingsriktlinjer att följa för sitt uppdrag. En annan förutsättning är att personalen har en hållbar arbetsmiljö och en arbetsbelastning som tillåter återhämtning och tid för reflektion (Edberg et al., 2021; Suserud & Lundberg, 2016). Säker vård som är en av sjuksköterskans kärnkompetenser, är en central del i det patientnära arbetet och innebär att sjuksköterskan aktivt ska arbeta förebyggande för att skydda patienten mot vårdskador (Leksell & Lepp, 2013). Många förbättringar har genomförts för att hantera patientens fysiska säkerhet, dock har de känslomässiga komponenterna i säkerhet som uppfattas av patienten fått mycket mindre uppmärksamhet (Mollon, 2014).

I Kosovo omhändertas patienter av olika team som har olika läkare med olika utbildning, ambulanserna har även olika utrustning därav blir kvaliteten på vården slumpartad, vilket innebär en risk för patientsäkerheten (Berggren et al., 2018). Det största hotet mot patientsäkerheten är troligtvis svårigheter i den prehospitla bedömningsprocessen, trots användandet av kliniska riktlinjer (Andersson Hagiwara et al., 2014). En studie genom tematisk analys visar att sjuksköterskan i ett patientnära arbete är tvungen att lita på sin egen förmåga för att förhindra patientskador. Beslutsfattandet med hjälp av behandlingsriktlinjer är en av de stora riskerna i den prehospitla vården, då sjuksköterskan i ambulansen måste fatta svåra beslut på egen hand. Resultatet visar att det är viktigt att säkerställa adekvat utrustning och resurser samt att förbättra samordning och stödja enskilda medarbetare i svåra beslut (Yardley & Donaldson, 2016). Behandlingsriktlinjer skapar följsamhet i rutiner, minskar risken att fatta fel beslut och ökar då patientsäkerheten (Andersson Hagiwara & Wireklint Sundström et al., 2016). Det är av vikt att ambulanspersonalen har medicinska riktlinjer och behandlingsanvisningar menar Andersson Hagiwara och Wireklint Sundström (2016) för att kunna fatta korrekta beslut i situationerna de ställs inför. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att ha en systematiserad bedömningsprocess.

Enligt en randomiserad kontrollerad simuleringsstudie av Andersson Hagiwara et al. (2014)

behövs bra protokoll då ambulanssjukvården bedrivs långt från medicinsk expertis i komplexa miljöer, samt tar hand om patienter som är svårt sjuka med många olika symtom och tillstånd. Personalen har även olika erfarenheter och utbildningar som kan ha betydelse. Om protokoll, anvisningar och riktlinjer datoriseras blir följsamheten mycket större. Detta leder till en minskning av felbedömningar och ger en bättre patientbedömning och det leder till en ökad patientsäkerheten (Andersson Hagiwara et al., 2014).

3 Teoretisk referensram

Säker vård är en grundsten i allt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vårdskador orsakar stort lidande både för patienter, anhöriga och medför även höga kostnader för samhället och sjukvården. Säkerheten i vården är en arbetsmiljöfråga och en förutsättning för att personalen ska kunna arbeta säkert, vilket måste tas på allvar (Ödegård, 2019). Att skapa en god och säker vård handlar om att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2010). Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa, trygghet och vård på lika villkor. Vården skall ges med respekt för den enskilda människans värdighet och utefter alla människors lika värde. Patientens behov av trygghet under behandling och vård skall vara i fokus (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 1982).

För att nå säker vård och trygghet för patienter i ambulans behövs kunskap och utbildning, som i till exempel utbildningsinsatsen som pågår i Kosovo (Berggren et al., 2018). När patienten ingår i mötet med en sjuksköterska ökar chansen till en god omvårdnad. Med bättre utbildning blir sjuksköterskan skickligare att skapa en god relation till patienten och säkerheten för patienten ökar. En teoretisk grund innebär en stabil kunskapsgrund som kommer till användning vid vård av andra människor (Arman et al., 2015). Morath och Leary (2004) konstaterar att sjuksköterskor måste göras delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, att sjuksköterskor vågar granska systemet från början till slut och vara med och förbättra patientsäkerheten för att minska misstagen. Det gör att sjuksköterskorna måste få möjlighet att hålla sig uppdaterade om de senaste rönen.

Ödegård (2019) beskriver att inhämta kunskap kring patientsäkerhet där kunskap om vad som bidrar till säkerhet och vilka risker som finns inhämtas från flera olika fackområden. Utvecklingen kring säkerheten har utvecklats från att se människan som den felande länken till att se människan som en resurs där omväxlande och olika krav på prestation tillgodoses. Patientsäkerhet handlar om att ge sjuksköterskan förutsättningen att utföra sitt arbete på ett säkert sätt utan att oönskade konsekvenser uppkommer. Inom Hälso- och sjukvård handlar det om att ha strukturer som fungerar väl, vilket gör att oönskade konsekvenser händer alltmer sällan och ger ett säkert arbetssätt. Ansvaret för patientsäkerheten har tidigare legat på den patientnära vården men de senare åren har det uppmärksamats att det behövs ett tydligare system. Det är politikerns och tjänstemäns agerande genom lagstiftning samt beslut eller bristande på beslut som påverkar en säker vård (Ödegård, 2019).

3.1 Trygghet

Trygghet betyder att människan känner sig fri från oro och över oförberedda händelser i dess omgivning (Nationalencyklopedin [NE], 2022). I Mollons (2014) analysstudie ses trygghet som ett känslomässigt tillstånd som påverkas av våra tidigare erfarenheter och minnen. Miljön och närstående skapar grunden till en känsla av trygghet för patienten inom vården. Segesten och Dahlberg (2010) menar att människor i höginkomstländer lever ett tryggt och bra liv där

många ser trygghet som en självklarhet. Trygghetskänsla är ett centralt begrepp och är något människan eftersträvar och den uppfattas olika från individ till individ.

Segesten (1994) har studerat människan och sett tre olika dimensioner av trygghet. Känslan av trygghet, inre och yttre trygghet där kunskap och kommunikation eftersträvas. Känslan av trygghet kan beskrivas i termer som harmoni, lycka, balans, värme, glädje och tillit. Den inre tryggheten är självtryggheten, en grundtrygghet i människans uppväxt och i anknytning till en inre livssyn. Den yttre dimensionen ses i yttre förhållanden, människans livssituation. I den yttre tryggheten finns relations-, kunskaps- och kontroll trygghet, samt även tryggheten att kunna förlita sig på andra. För att uppleva och ge möjlighet till trygghet behövs den inre och yttre tryggheten. Kunskaps- och kontrolltrygghet innebär att ha tryggheten i vardagen, kontroll över situationen, att få besked om vad som skall ske, att vara delaktig i olika roller, förväntningar och krav som ställs (Segesten, 1994).

Enligt Segesten (1994) beskrivs trygghet som en känsla av kontroll. Som sjuksköterska innebär det att ha kunskap, samt veta vilka krav som ställs på en och ha medvetenhet över vad man klarar av att göra. Patienten har även förväntningar på professionell kunnighet och noggrannhet hos vårdpersonal. Vid sjukdom riskeras tryggheten gå förlorad, kontrollen över den dagliga kontrollen kan utebli. Sjuksköterskan har ett ansvar att ta omhand, använda sina kunskaper och färdigheter till de patienter som kan vara totalt beroende av oss. Segesten skriver om att få vara i ”trygga händer” och få lov att vara ”trygg och hjälplös” hos någon annan (Segesten, 1994).

Segesten och Dahlberg (2010) förklarar att trygghet anses som något gott och positivt, det är något som är viktigt för oss människor och särskilt vid ett akut omhändertagande. Sjuksköterskan bör därför ha en djupare förståelse för vad det innebär att vara trygg och otrygg, och vad som får patienten att uppleva trygghet (Segesten & Dahlberg, 2010). Patienten måste känna trygghet och tillit för att acceptera den vård och behandling som erbjuds, att förmedla trygghet är ett sätt för sjuksköterskan att påverka resultatet av vården (Tarlier, 2004).

4 Problemformulering

Ambulanssjukvården innefattar avancerad vård vilket ställer krav på ambulanssjuksköterskans kunskapsnivå likväl i Sverige som i Kosovo. Ett strukturerat arbetssätt krävs med hjälp av riktlinjer för att kunna göra korrekta bedömningar. Arbetet sker i en varierande vårdmiljö som inte kan förutses utan måste hanteras och lösas utifrån gällande förutsättningar i den aktuella situationen. I mötet med en akut sjuk patient krävs snabb bedömning och relevant behandling, vilket måste ske omgående för att rädda patientens liv. Det ställer krav på ambulanssjuksköterskan att hantera stress och ensamhet i ofta komplexa situationer för att kunna fatta rätt beslut. Ambulanssjuksköterskan måste kunna möta patienten så att de känner trygghet i situationen. Här kan behandlingsriktlinjer vara till hjälp genom att strukturera upp arbetet och ge trygghet åt ambulanssjuksköterskans arbete i Kosovo.

5 Syfte

Syftet var att undersöka implementeringen och utbildningen av behandlingsriktlinjer i Kosovo, för en säker, trygg och jämlik vård.

6 Metod

6.1 Design

Syftet besvarades genom en kvantitativ studiedesign med enkäter. Studien genomfördes genom att samla in data i samband med en utbildningsinsats i Kosovo som IMP och KMC håller i och var en longitudinell undersökning.

6.2 Utbildningsinsats och implementering

Under en utbildningsvecka i Kosovo implementerades tretton behandlingsriktlinjer och fem av dem genomfördes genom scenarioträning samt utbildning av instruktörer via TTT-modellen. På plats i Kosovo startades dagen med introduktionen av IMP projektet i samarbete med KMC samt presentation av svenska instruktörerna där en av författarna var delaktig. Därefter gavs muntlig information om dagens scenarioträning och även information om aktuell studie till vår magisteruppsats. Instruktörerna såg till att alla enkäter kom tillbaka och fanns tillgängliga för att kunna svara på frågor med hjälp av albansk tolk. Efter scenarioträning återsamlades gruppen för att svara på efterenkäten samt återkoppling av dagen. Deltagarna fick muntlig information om återkopplingsenkäten som skickades ut cirka tre månader efter utbildningen.

6.3 Urval

Inför studien gavs information till verksamhetscheferna som därefter gav tillstånd till dess genomförande. Studien erbjöd all fast anställd ambulanspersonal i städerna Priztina och Prizren att delta i för och efterenkät. Av 123 anställda var 98 på plats och samtliga deltog i studien, med professionerna specialistsjuksköterskor, sjuksköterskor, läkare och ambulanstekniker. Inga inklusions eller exklusionskriterier gjordes.

Enligt Dr A. Ukaj (personlig kommunikation, 7 februari 2023) finns det i Priztina en ambulansstation med 88 medarbetare och 16 ambulanser. I Prizren finns en ambulansstation med 35 medarbetare och nio ambulanser.

Tabell 1. Antal besvarande i förenkät

	Priztina n (%)	Prizren n (%)	Totalt n (%)
Antal deltagare	62 (63%)	33 (33%)	95 (100%)
Spec. sjuksköterska	11 (73%)	4 (26%)	15 (100%)
Sjuksköterska	28 (65%)	15 (35%)	43 (100%)
Läkare	20 (65%)	11 (35%)	31 (100%)

Ambulanstekniker	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)
------------------	---------	---------	----------

Kommentar. n-antal.

6.4 Datainsamling och enkäter

En enkät skapades för att anpassas till den specifika utbildningssituationen. Frågorna formulerades utifrån problemområden och syfte, svarsalternativ formulerades för att få svar på frågeställningarna. Enkäten ska vara tydlig, systematisk och inneha strukturerade frågor eftersom det är svårt att göra om eller komplettera enkäten (Eliasson, 2018). En provenkät genomfördes för att testa frågornas rimlighet (Henricson, 2017). Frågeformuläret testades på två erfarna specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård som varit i Kosovo flertalet gånger under tidigare utbildningsinsatser. Deras återkoppling bearbetades och enkäten justerades efter deras kommentarer. Enkäterna, informationsbrev samt samtyckesbrev översattes från engelska till albanska av en professionell översättare som var anställd för det aktuella projektet.

En longitudinell datainsamling gjordes med tre mätpunkter: förenkät, efterenkät samt återkopplingsenkät. Kohort- och longitudinell undersökning definieras av en grupp deltagare som valts ut eftersom de har gemensamt intresse av det observerade och följs över tid (Björk, 2010). Ejlertsson (2012) menar att enkäten som delas ut till samtliga deltagare som vistades i lokalen kallas för gruppenkät. I samband med datainsamling informerades deltagarna skriftligt och muntligt om IMP och projektet, informationsbrev (se Bilaga 1) och samtycke (se Bilaga 2). Under tiden som studiedeltagarna fyllde i enkäten fanns författarna till denna studie kvar i rummet för att möjliggöra att frågor kunde ställas vid behov. Enkäterna delades in i för och efterenkät samt återkopplingsenkät (se Bilaga 3, 4 och 5). Enligt Henricson (2017) blir svarsfrekvensen högre när enkäterna lämnades ut på plats och besvaras samt lämnas tillbaka på en gång. Det är av vikt att en kvantitativ studie får många svar för att fånga in alla grupper, olika förhållanden och attityder (Eliasson, 2018; Henricson, 2017).

Förenkäten besvarades av 95 deltagare och 98 deltagare svarade på efterenkäten. Av alla deltagare svarade 24 personer på återkopplingsenkäten.

1. Förenkät

I förenkäten fanns nio frågor med svarsalternativ enligt Likert-skala. Svarsalternativen var 1. "inte alls" - 7. "i stor utsträckning" samt 1. "inte alls" - 7. "våldigt mycket" (se bilaga 3). I frågeformuläret fanns frågor som var demografiska, vilket inkluderade vilken stad ambulanspersonalen jobbade i, medicinsk utbildning, utbildningsår och antal år i klinisk praktik. Exempel på frågor som ställdes var hur väl pålästa de var innan scenarioträningen och hur deras medicinska kunskap och omhändertagandet var. Förenkäten gavs ut precis innan utbildningen.

2. Efterenkät

I efterenkäten fanns 17 frågor och även här användes Likert-skalan. Svarsalternativen var 1. "inte alls användbart" - 7. "våldigt användbart" samt "1. nästan aldrig" - 7. "våldigt mycket" (se bilaga 3). Efterenkätens frågor handlade om implementeringen och om utbildningsinsatsen av behandlingsriktlinjerna, samt om säker, trygg och jämlik vård. Efterenkäten gavs ut precis efter utbildningen.

3. Återkopplingsenkät

Efter tre månader skickades ett återkopplingsformulär genom webbenkät ut till deltagarna, eftersom utbildningsinsatsen ej var på plats. Frågeformuläret till återkopplingsenkäten skrevs utefter insyn i datainsamlingen av för och efterenkäten. Enkäten bygger på en Likert-skala med 13 frågor. Frågorna bearbetades fram och tillbaka med hänsyn till säker, trygg och jämlik vård. Deltagarna i studien fick tre veckor på sig att svara. Enligt Henricson (2017) är webbenkät ett enkelt och praktiskt sätt att nå alla deltagarna för att få en uppföljning.

6.5 Dataanalys och statistik

Dataanalysen gjordes genom en kvantitativ och deskriptiv statistisk analys, som enligt Björk (2010) beskriver vad som hänt och varför. När datainsamlingen var klar fördes data in i ett Excel-dokument. Björk (2010) beskriver att statistisk analys av enkäter skiljer sig inte åt från annan analys av kvantitativa data. Enkät svar kan hanteras på olika sätt exempelvis i Exceldokument, vilket användes i studien. Data från samtliga enkäter fördes in i ett Exceldokument gemensamt av författarna, för att minska risken för fel vid inmatning. All data formaterades om till siffror som sammanställdes i tabeller, för att möjliggöra analysprocessen. Dubbelkontroll gjordes för att upptäcka eventuell felinmatning. Data överfördes sedan till statistikprogrammet Statistical package for the Social Sciences (SPSS), med hjälp av statistiker på Linnéuniversitetet bearbetades data. I samråd med IMP delades frågorna in i kategorier säker, trygg och jämlik vård. Alla frågor som passade in i våra kategorier valdes ut på för och efterenkäterna och analyserades för att visa om det fanns skillnader mellan professionerna eller städerna. Utifrån kategorierna skrevs frågorna till återkopplingsenkäten. Resultatet presenterades genom tabeller och diagram.

Demografiska data genom deskriptiv statistik presenteras i tabeller med medelvärde, standardavvikelse och procent, som bygger på nominalskala från förenkäten. En del av förenkäten samt efterenkäten och återkopplingsenkäten bygger på ordinalskala med rangordning enligt Likert-skala i 7 steg. Med hjälp av påståenden eller frågor som ska graderas kan frågor urskilja åsiktsgrader i resultatet. Ytterpunkter anges såsom ”instämmer helt” och ”instämmer inte alls” och alternativ däremellan i en flergradig skala (Björk, 2010; Ejlertsson, 2012).

Data var icke-parametriskt därför användes ett Mann-Whitney U test, för att undersöka skillnaderna mellan grupperna, resultatet redovisades i antal och procent mellan variablerna. Testet är bra att använda sig av i små undersökningar där deltagarantalet inte är så stort. Signifikansnivån är satt till <0.05 för samtliga statistiska tester för avgörande om huruvida en statistisk korrelation är signifikant eller inte (Björk, 2010).

6.5.1 Bortfallsanalys

Under analysen uppdagades det att tre deltagare ej svarat på förenkäten. En anledning kan vara att de kom till utbildningen senare efter informationsmötet och då inte fick ta del av informationsmaterial om förenkäten. Under analysen av efterenkäten syntes ett mönster där tre enkäter hade missat att svara på en helsida, vilket motsvarar sju frågor. I analysen hade författarna valt att ta bort ett fåtal frågor som liknade varandra och gav inte någon ny information till studien. I förenkäten svarade 96,9% och i efterenkäten 100% av alla som deltog i utbildningsinsatsen. I återkopplingsenkäten svarade endast 24 deltagare av 98, vilket blir en procentsats på 24,5%. Henricson (2017) beskriver att en svarsfrekvens mellan 70–75 procent anses vara acceptabel men ju högre desto bättre.

6.5.2 Förförståelse

All mänsklig förståelse påverkas av vår förförståelse som grundar sig i våra tidigare erfarenheter. Genom att reflektera över egna kunskaper och erfarenheter både i livet och yrkeslivet ökar medvetandet och förståelsen kring det valda ämnet som studerats (Suserud & Lundberg, 2016). Vid studiens genomförande har författarna arbetat fyra år respektive tio år inom ambulanssjukvården, med erfarenhet som sjuksköterskor på 14 år och 20 år som på andra arbetsplatser inom vården. Författarnas förförståelse kan därför beskrivas som gedigen men ingen hade tidigare erfarenheter av arbete utomlands eller om implementering av behandlingsriktlinjer. Arbetsprocessen hade därför ett öppet sinne och reflektioner gjordes regelbundet tillsammans.

6.6 Forskningsetiska överväganden

Informanterna fick ett informationsbrev (se Bilaga 1) innehållande presentation av studien, syfte samt samtycke (se Bilaga 2). Informanterna informerades om att studien är frivillig och de kan avbryta medverkan när hen vill. Deltagandet skedde anonymt, det finns ingen möjlighet att se vem som svarat, inte heller koppla ihop förenkäten, efterenkäten och återkopplingsenkäten. Studien tog hänsyn till de fyra forskningsetiska principerna, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Patel & Davidsson, 2011). Risken med studien ses som liten då data inte kan kopplas till specifik person vilket leder till anonymitet. Nyttan är att behandlingsriktlinjer kommer till gang för både ambulanspersonalen och patientens säkerhet och trygghet. Data hanterades enligt EU:s allmänna dataskyddsförordning GDPR (2022) vilket deltagarna informerades om samt att de fick vara anonyma. Alla uppgifter behandlades och hölls konfidentiellt mellan författarna. En etisk egengranskning gjordes (se Bilaga 6). Verksamhetschefen på IMP bedömde tillsammans med författarna att studien inte behöver granskas av etikkommittén då magisteruppsatsen inte kommer att publiceras. Verksamhetschefen på IMP erhöll information om studiens syfte, utförande och godkände därefter studien. Handledaren vid Linnéuniversitetet gav sitt godkännande.

7 Resultat

I resultatet har författarna valt att fokusera på de frågor i enkäterna som handlar om demografiska fakta samt säker, trygg och jämlik vård.

7.1 Demografisk data av deltagarna

Demografisk data redovisas i tabell 2. Majoriteten (45,3%) av ambulanspersonalen var sjuksköterskor. I tabell 3 redovisas antal utbildningsår och antal arbetade år inom ambulansen. Av alla professionerna hade läkarna flest utbildningsår med 9 år som medelvärde. Ambulansteknikerna är den kategori som arbetat längst antal år i ambulansen, med ett medelvärde på 13,5 år. Specialistsjuksköterskorna har en medellängd på 11 år i ambulansverksamheten. Antal år som sjuksköterska inom ambulansen varierade mellan 1–33 år och medelvärdet var 9 år, se tabell 3. Av de 95 deltagarna hade många arbetat länge på ambulansstationerna, några uppemot 40 år. När studiedeltagare uppgett antal yrkesverksamma år med halvårs precision, avrundades det till närmaste heltal med motiveringen att man är inne på det året erfarenhetsmässigt.

Tabell 2

Deltagarantalet och professioner

Profession	Förenkät n (%)	Återkopplingsenkät n (%)
Specialistsjuksköterska	15 (15,8)	5 (20,8)
Sjuksköterska	43 (45,3)	10 (41,7)
Läkare	31 (32,6)	7 (29,2)
Ambulanstekniker	6 (6,3)	2 (8,3)
Totalt	95 (100)	24 (100)

Kommentar. n-antal.

Tabell 3

Demografisk data från förenkäten

Profession	n	Utbildningsår M (SD)	Antal år i ambulans M (SD)
Specialistsjuksköterska	15	7,25 (5,95)	11,40 (9,30)
Sjuksköterska	43	7,67 (5,15)	8,72 (7,87)
Läkare	31	8,77 (4,65)	6,70 (7,93)
Ambulanssjukvårdare	6	5,50 (1,64)	13,50 (8,36)

Kommentar. n- antal, M-medelvärde, SD-standardavvikelse.

7.2 Deltagarnas uppfattning om behandlingsriktlinjernas påverkan på patientsäkerheten

En av frågorna i enkätstudien var “*I vilken utsträckning riktlinjerna kommer bidra till ökad patientsäkerhet?*”. Av samtliga 98 deltagare i båda städerna svarade 67,2% i Priztina och 66,7% i Prizren att utbildningen hade stor påverkan på patientsäkerheten innan utbildningens början. Ingen signifikant skillnad mellan städerna ($p=0,705$). I tabell 4 görs en jämförelse mellan sjuksköterskor där specialistsjuksköterskor ingår och läkare. Sammanlagt har $n=21$ svarat. Efter tre månader går det att utläsa att utbildningen inte har haft ökad effekt på patientsäkerheten enligt sjuksköterskor och läkare. Svaren är mer spridda på Likert-skalan, se tabell 4. Ingen signifikant skillnad mellan professionerna ($p=0,330$).

Tabell 4

I vilken utsträckning har utbildningen i behandlingsriktlinjerna haft effekt på patientsäkerheten?

	Sjuksköterska n (%)	Läkare n (%)
1 (Inte alls)	1 (7,7)	2 (25,0)
2	0 (0,0)	0 (0,0)
3	1 (7,7)	0 (0,0)
4	3 (23,1)	0 (0,0)
5	3 (23,1)	3 (37,5)
6	4 (30,8)	0 (0,0)
7 (Väldigt mycket)	1 (7,7)	3 (37,5)
Totalt	13 (100)	8 (100)
p-värde	0,330	

7.3 Deltagarnas uppfattning om hur användning av behandlingsriktlinjer påverkar till jämlik vård

I städerna Priztina och Prizren jämfördes en fråga angående vilken utsträckning ambulanspersonalen hanterar patienter på ett jämlikt sätt. Innan utbildningen uppfattade deltagarna att behandlingsriktlinjerna skulle bidra till mer jämlik vård, i Prizren svarade 69,7% och i Priztina 64,6% “väldigt mycket” på likertskalan. Ingen signifikans ($p=0,911$). I

återkopplingsenkäten ansåg majoriteten, 23 % av sjuksköterskorna och 43% av läkarna, att behandlingsriktlinjerna bidrar till mer jämlik vård men procenten här var inte lika hög och svaren var mer spridda, se tabell 5. Ingen signifikans ($p = 0,416$).

Tabell 5

Upplever du att patienterna får lika vård efter implementeringen av behandlingsriktlinjer?

	Sjuksköterskor n (%)	Läkare n (%)
1 (Inte alls)	0 (0)	1 (14,3)
2	1 (7,7)	0 (0)
3	1 (7,7)	0 (0)
4	4 (30,8)	1 (14,3)
5	3 (23,1)	1 (14,3)
6	1 (7,7)	1 (14,3)
7 (Väldigt mycket)	3 (23,1)	3 (42,9)
Totalt	13 (100)	7 (100)
p-värde	0,416	

7.4 Deltagarnas uppfattning om hur utbildningen påverkar ambulanspersonalens trygghet i att vårda patienter

Resultatet visar att 68% av alla deltagarna känner sig mer trygga med att ha behandlingsriktlinjer att utgå ifrån vid patientvård. I Priztina svarade 71% och i Prizren svarade 64% att de känner stor trygghet efter utbildningen. Ingen signifikans ($p = 0,215$). De olika professionerna i tabell 6 visar att 20 av 24 deltagare känner sig mer säkra med att ta hand om patienter när det finns behandlingsriktlinjer att följa. Ingen signifikans ($p = 0,644$).

Tabell 6

Känner du dig mer säker med att ta hand om patienter när du har behandlingsriktlinjer att följa?

	Sjuksköterskor n (%)	Läkare n (%)
1 (Inte alls)	1 (7,1)	1 (14,3)
2	0 (0,0)	0 (0,0)
3	2 (14,3)	0 (0,0)
4	0 (0,0)	0 (0,0)
5	4 (28,6)	1 (14,3)
6	3 (21,4)	3 (42,9)
7 (Väldigt mycket)	4 (28,6)	2 (28,6)
Totalt	14 (100)	7 (100)
p-värde	0,644	

7.5 Deltagarnas uppfattning om patientvården förbättras av behandlingsriktlinjer

Ambulanspersonalen i båda städerna se tabell 7 hade ett stort förtroende för att behandlingsriktlinjerna skulle ge bättre patientvård, där resultatet visar 66,7% i Prizren och 73,8% i Priztina svarade "väldigt mycket". Resultatet av Mann-Whitneys u-test visar att signifikant skillnad finns ($p = 0,050$) mellan Prizren och Priztina.

Tabell 7

I vilken utsträckning kommer riktlinjerna att bidra till bättre patientvård?

	Prizren n (%)	Priztina n (%)
1 (Inte alls)	0 (0,0)	0 (0,0)
2	0 (0,0)	0 (0,0)
3	0 (0,0)	0 (0,0)

4	1 (3,0)	2 (3,3)
5	6 (18,2)	3 (4,9)
6	4 (12,1)	11 (18,0)
7 (Väldigt mycket)	22 (66,7)	45 (73,8)
Totalt	33 (100)	61 (100)
p-värde	0,050	

Deltagarnas upplevelse är att sjuksköterskornas och läkarnas bedömningar har störst betydelse för en säker, trygg och jämlika vård. Läkarna var mest överens om detta med 57%. Sjuksköterskorna tyckte att utbildning var av betydelse med 30,1%, se figur 1 och 2.

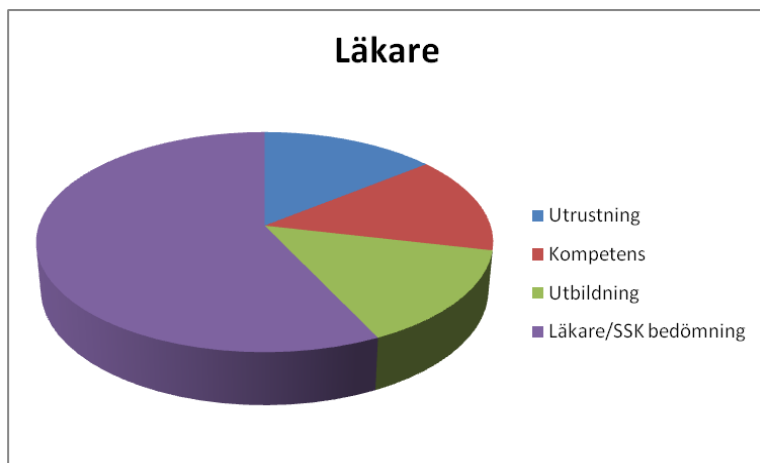
Figur 1

Sjuksköterskornas uppfattning om vad som är viktigast för att göra den prehospitla vården mer säker, trygg och jämlik för patienten.



Figur 2

Läkarnas uppfattning om vad som är viktigast för att göra den prehospitla vården mer säker, trygg och jämlik för patienten.



8 Diskussion

8.1 Resultatdiskussion

Summeringen av resultatet visar ingen statistisk signifikant skillnad för att implementering av behandlingsriktlinjer gav en säkrare, tryggare och mer jämlik vård. Ett område som dock skilde sig från de andra med en signifikans på $p=0,050$ var att behandlingsriktlinjer skulle bidra till en bättre patientvård. Författarna tror att orsaken till utebliven signifikans beror på att deltagarna skattade sig högt redan innan utbildningen.

8.1.1 Patientsäkerhet

Resultatet av studien visar att deltagarna trodde att behandlingsriktlinjerna skulle ha stor påverkan på patientsäkerheten innan utbildningsinsatsens början. Jämförande studier som Edberg et al., (2021); Suserud och Lundberg, (2016) gjort på patientsäkerheten visar att patientsäkerhet är till för att skydda patienten mot vårdskada och bidra till trygghetskänsla. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010) ska sjuksköterskan arbeta för säkerheten för patienten och skydda patienten från vårdskador. Genom behandlingsriktlinjer ökar patientsäkerheten vid vårdmöten och är ett hjälpmedel för beslut om åtgärder. Det påpekar även Meisel et al. (2008) samt att patientsäkerhetsarbetet ska vara systemcentrerat för att fel ska undvikas innan de uppkommer.

Tre månader efter utbildningen upplevde deltagarna att patientsäkerheten inte ökat lika mycket som de förväntat sig. Att implementera riktlinjer, som utbildningsinsatsen i Kosovo, kan vara svårt. Det kan jämföras med Adalgais et al. (2019) artikel som gjort en blandad studie angående svårigheter att implementera behandlingsriktlinjer. I studien framkom det att det fanns flera utmaningar. Svårt att sprida implementeringen, myndigheter samt teknisk utrustning var några av orsakerna. Det liknar studien som gjorts i Kosovo där det finns olika hinder för att behandlingsriktlinjer ska kunna efterlevas, med kulturella skillnader av implementering, myndigheter som inte har samma krav som i Sverige samt utrustning som inte har teknisk möjlighet. Därför bör obligatoriska riktlinjer övervägas. Høye och Severinsson (2010) beskriver i sin intervjustudie att sjuksköterskan bör ha medvetenhet kring kulturella skillnader för att kunna förstå och hjälpa patienter med annan etnisk bakgrund. Detta kan kopplas till resultatet av studien i Kosovo, att det krävs förståelse för den kulturella skillnaden och att deltagarna därför inte tog till sig utbildningen som förväntades. Att de har

andra förutsättningar och arbetssätt i bagaget, samt att de skattar sin kompetens annorlunda än vad ambulanspersonal gör i Sverige.

Författarna hade önskat ett positivare och tydligare resultat av implementeringen och utbildningen av behandlingsriktlinjer med signifikans. Orsaken kan vara att ambulanspersonalen skattade sig högt redan innan utbildningen därför blev det ingen signifikans, samt att det tar lång tid att implementera ett nytt arbetssätt. En viktig del är att både sjuksköterskor och läkare förstår nyttan av att följa behandlingsriktlinjer för att öka patientsäkerheten. Enligt Bigham et al. (2012) visar forskning att det största hotet mot patientsäkerheten är felaktigheter i den prehospitala bedömningen. Det är forskning som behövs för att förbättra förståelsen av problemets storlek och hotet mot patientsäkerheten samt för att styra insatser. En liknande studie av Eliseo et al. (2012) bekräftar, att ett nytt arbetssätt kräver ständig uppföljning för att arbetssättet ska implementeras. Fortlöpande utbildningar och säkerhetsrelaterad feedback kan öka efterlevnaden av behandlingsriktlinjerna.

Inom ambulansverksamheten är ett fungerande teamarbete en förutsättning för en trygg och god vård. Teamarbetet i Kosovo där det finns olika läkartern med olika utrustning genererar till en osäker och ojämlig vård. Användning av strukturerade arbetssätt där personalen arbetar efter riktlinjer gör att misstag kan undvikas. Detta kräver tydliga rutiner och utbildning. Flera studier pekar på att en förtrogenhet för gällande riktlinjer och utrustning gör att patientsäkerheten i ambulanssjukvården säkras (Eltaybani et al., 2020; Meurier, 2000).

8.1.2 Trygghet

Resultatet av studien visar att innan utbildningsinsatsen trodde deltagarna i båda städerna Priztina och Prizren att behandlingsriktlinjer skulle bidra till ökad trygghet i vårdandet av patienter. Suserud och Lundberg (2016) beskriver att ambulanspersonalen vet vad som förväntas och vad som ska göras i vardagssituationer samt vid större händelser, men efter implementering av behandlingsriktlinjer känner ambulanspersonalen sig ännu tryggare i omhändertagandet av patienten. Det som kan utläsas i resultatet är att sjuksköterskorna känner mer trygghet än läkarna att ha behandlingsriktlinjer att följa. I och med utbildning i behandlingsriktlinjer som är evidensbaserad kan ambulanssjuksköterskorna känna en större trygghet i sig själva med sin kompetens och i sin profession. Trygghet som teoretisk referensram kan säkert kopplas till den utbildningsinsats som gjorts i Kosovo. Den är till för att skapa förutsättningar för trygghet både hos ambulanspersonal och patienter. En liknande studie som Newton och McKenna (2007) gjort där de tittat på nyexaminerade sjuksköterskor kunskap och erfarenhet men även på äldre sjuksköterskors erfarenhet. Resultatet visade att sjuksköterskor med många års ambulanserfarenhet måste fortsätta arbeta praktiskt för att bibehålla sina färdigheter för att känna sig trygg i sin yrkesroll.

Resultatet i studien visar ingen statistisk signifikant skillnad i att utbildningsinsatser gör ambulanspersonalen mer trygga i omhändertagandet av patienten. Att sjuksköterskor och läkare i Kosovo har en känsla av stor kunnsighet innan utbildningen och att de har en god trygghet i sin kunskap och erfarenhet kan vara en av anledningarna till att de skattade sig högt innan utbildningen. Men efter utbildningen inser ambulanssjuksköterskorna att eftersom de inte haft några ordentliga behandlingsriktlinjer och struktur att följa, gjorde det att de litade mycket på läkarens kunskap. Efter utbildningen har de samma förutsättningar utifrån behandlingsriktlinjer och struktur och kan då hjälpas åt kring bedömningen av patienten. Det kan jämföras med tidigare forskning som Burström et al. (2007); Rathert et al. (2011) gjort, de kvalitativa studierna påvisade att tilliten till sjuksköterskor och läkare samt deras professionella kompetens och uppfattning om patienten gynnade patientens upplevelse av

trygghet. Likaså resultaten från Tjia et al. (2009) blandstudie, där konstateras att ineffektiv kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare kan skada omhändertagandet av patienten, vilket leder till att patienten upplever otrygghet. Nu när både sjuksköterskor och läkare arbetar efter samma behandlingsriktlinjer kan kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare bli bättre och professionerna kan känna sig trygga samt ge ett tryggare omhändertagande till patienten. Även Kerner et al. (2017) menar att det behövs flera utbildningsinsatser och handledningar för ambulanspersonalen för att efterlevnaden av behandlingsriktlinjer ska bli bättre. För att höja vårdens kvalitet krävs även teamutbildningar. En tvärvetenskaplig simuleringsstudie av Pietsch et al. (2016) beskriver teamarbetet inom ambulanshelikopter vården. Resultatet i den studien visar att gemensam träning mellan yrkeskategorierna i ambulanssteam, ger en ökad kompetens och trygghet när det kommer till strukturerat beslutstagande.

8.1.3 Jämlik vård

Resultatet av enkätstudien visar att deltagarna innan utbildningen trodde att behandlingsriktlinjerna skulle ha en stor inverkan på en mer jämlik vård, samt att sjuksköterskorna trodde mer på behandlingsriktlinjerna än läkarna för att vården ska bli mer jämlik. I Karlsson et al. (2019) kvalitativa studie framkommer det i resultatet att det kan bero på att evidensbaserad omvårdnad för sjuksköterskan handlar om ansvar över att söka kunskap, genomföra och testa förändring av nya arbetsrutiner som sedan ska utvärderas (Karlsson et al., 2019). Det är viktigt att sjuksköterskan kritiskt reflekterar över styrkor och svagheter i kunskap och rutiner för att utöva bästa möjliga vård. Att bära ett ansvar som sjuksköterska gentemot patienten innebär att ta patienten på allvar och skapa trygghet, då patienten är i en utsatt position och litar på att sjuksköterskorna har goda avsikter, skapa en professionell trovärdighet i vårdrelationen och genom handling bekräfta att människan har ett värde (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). Vilket även Melnyk et al. (2014) bekräftar i sin delphiundersökning på sjuksköterskors kompetens vid praktiserandet av evidensbaserad praxis. I resultatet kan det utläsas att sjuksköterskor uppfattar att de har kompetens för att arbeta evidensbaserat när implementering av högre vårdkvalitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Det leder till större tillförlitlighet, förbättrade patientresultat och minskade kostnader som förbättrar vårdprocessen och ger jämlik vård.

I återkopplingsenkäten som sändes ut efter tre månader hade deltagarna hunnit arbeta med riktlinjerna ett tag, studiens resultat visade att alla inte var lika säkra på att riktlinjerna hade så stor påverkan på den jämlika vården. Att patienten i Kosovo inte får likvärdig vård kanske inte bara beror på behandlingsriktlinjerna utan som Hodza-Beganovic et al. (2020); Berggren et al. (2018) skriver i sin antologi att ambulansens utrustning är av olika hög kvalitet och sjuksköterskorna har egna ambulansväskor innehållande, läkemedel, omläggingsmaterial, utrustning m.m. Dessa väskor ser olika ut beroende på hur mycket materiel som den ambulanssjuksköterskan innehar. För patienten innebär det att beroende på vilket team och ambulans som kommer till patienten, blir vården inte jämlik.

Vården i Kosovo har idag ett fåtal styrande dokument om hur vården skall utföras för den svårt sjuke patienten. Läkaren är efter läkarutbildning utbildad familjeläkare och har inte någon erfarenhet eller utbildning i att vårda patienter i prehospital miljö (Hodza-Beganovic et al., 2020), vilket kan ge ojämlig vård. Utifrån utbildningsinsatsen i Kosovo kommer ambulanssjuksköterskorna och läkarna ha samma kunskap om behandlingsriktlinjerna vilket underlättar omhändertagandet av patienterna och ger en mer jämlik vård. Enligt Pfrunder et al. (2017) retrospektiv studie är en förklaring till att den jämlika vården brister, är att det brukar ta tid att få en erfarenhetsbaserad kunskap inom ambulanssjukvården samt att det tar lång tid att stöta på patienter med ovanliga tillstånd. Ett annat skäl är den begränsade möjligheten att

reflektera med kollegor kring omvårdnad på grund av hur ambulanstjänsten är organiserad och att fortbildning inte sker regelbundet. Det leder till att det tar längre tid att skaffa sig förbättrad kunskap inom omvårdnad. Studie visar även på ett stort behov av fortbildning av ambulanspersonal för att säkerställa en god vård till alla patienter på lika villkor. En annan klinisk implikation enligt Pfrunder (2017) var att jämlik vård behöver lyftas fram mer inom ambulanssjukvården.

8.2 Metoddiskussion

Studien var en del av en större utbildningsinsats i Kosovo, där en av författarna deltog. Det bidrog till en ökad förståelse för hur implementeringen och hur ambulansverksamheten fungerade. Studien genomfördes med en kvantitativ metod, en enkätstudie gjordes då det ansågs vara mest lämplig för att svara på studiens syfte samt för att samla in data från många deltagare under kort tid. För och efterenkäterna hade ett stort deltagarantal styrker det den vetenskapliga kvaliteten och ökar reliabiliteten, samt att många frågor kan fås besvarade. Återkopplingsenkäten har en låg reliabilitet på grund av få svarande deltagare. Mixad studie var tanken från början, men författarna ansåg att det skulle bli för tidskrävande att tolka både enkäter och intervjuer. Tiden i Kosovo var väldigt knapp och det fanns inte tid för tidskrävande intervjuer. Språket kunde ha varit ett hinder där det fanns risk för språkförbristningar och misstolkning, detta kunde ha minskat reliabiliteten. Deltagarna var positiva till att ställa upp i enkätstudien och det stora deltagandet gör urvalet representativt samt trovärdigt för att kunna göra statistiska analyser. Utbildningsinsatsen i Kosovo var unik, frågorna i enkäterna blev anpassade efter detta projekt och den studie som skulle göras. Fördelen och styrkan var att enkäten testades på erfarna specialistsjuksköterskor som varit i Kosovo tidigare. Om studien skulle göras om vore ett validerat instrument att föredra eftersom det är validerat, frågorna är testade och mäter det som är ämnas att mätas. En annan fördel är att om samma enkät används i olika studier, finns möjlighet att jämföra resultat (Henricson, 2017). Det var även svårt när resultatet skulle redovisas eftersom inget validerat instrument användes för att få fram jämförande statistik mellan de olika enkäterna. Om studien skulle göras om underlättar det att ha samma frågor i alla enkäterna för att kunna göra jämförande statistik mellan de olika professionerna och mellan städerna, det hade ökat validiteten. Även samma deskriptiva data i alla enkäterna med professioner och städer hade skapat gynnsammare förutsättningar.

I förenkäten användes bakgrundsfrågor, frågor om ambulanspersonalen ansåg sig ha rätt medicinskt kunnande, bra omhändertagande och om de var pålästa på behandlingsriktlinjerna. Frågorna återfinns inte i resultatredovisningen men var intressant information för författarna. En fråga i förenkäten där deltagarna fyllde i hur många utbildningsår de hade blev missvisande, ett förtydligande i den frågan hade kunnat göras, studiegången i Kosovo är inte lik den i Sverige. En annan fördel var att personalen var på plats och kunde svara och förtydliga deltagarnas frågor så inga missförstånd skulle uppstå, vilket ger ett mer tillförlitligt resultat. När enkäter lämnas ut på plats kan deltagarna känna ett gruppträck att delta, genom noggrann information om frivillighet att delta kan det minskas vilket även Eliasson (2018) styrker.

När tre månader hade gått skickades en återkopplingsenkät ut via ett webbformulär, för att se om deltagarna tagit till sig utbildningen och användningen av behandlingsriktlinjer. Att följa implementeringen av behandlingsriktlinjerna över tid med en longitudinell undersökningsmetod kunde ses som positivt, eftersom det går i efterhand att reda ut orsakssamband och uppskatta risker (Björk, 2010). Här var fokuset att få svar på vårt syfte

och att frågorna bearbetades efter det. Svarsfrekvensen blev sämre vid återkopplingsenkäten än de andra enkäterna som delades ut på plats. En nackdel med webbenkät är att det är svårt att påminna om att fylla i enkäten. Fördelen är att personalen inte behöver vara på plats, samt att enkäten når ut till många samtidigt. En webbenkät är kostnadseffektiv, vilket även är en fördel (Henricson, 2017). I återkopplingsenkäten sågs ett stort bortfall vilket är negativt, för ett bättre resultat skulle den gjorts på plats. Det fanns inga ekonomiska förutsättningar för det i studien.

Syftets besvarades med höga svarsfrekvenser på för och efterenkäten, vilket styrker den valda datainsamlingsmetoden. Författarna hade förväntat sig större variation i svarsfrekvensen, det hade gett en större tillförlitlighet. Enligt Henricson (2017) är fördelen med en kvantitativ metod som görs på plats är att svarsfrekvensen blir förhållandevis hög och risken att enkäten glöms bort elimineras. En annan fördel är att samtal kring frågorna förhindras under ifyllandet av enkäten, vilket stärker resultatets trovärdighet. Reliabiliteten för studien kan ha påverkats av den kulturella skillnaden, eftersom frågorna blev översatta flera gånger från olika språk, språkförbistring kan ses som en nackdel. Validiteten i studien kan en nackdel vara att flera frågor användes än vad syftet utgavs att ha. Författarna fick ta bort en del frågor ur resultatet som inte passade in eller var upprepningar.

Analysen av kvantitativ data genom deskriptiv statistik är ett bra underlag till studien, samt att bakgrundsfakta om deltagarna beskrivs. Författarna använde programmen Excel och SPSS eftersom de är användarvänliga, samt har bra redskap för tabeller och diagram. Excel användes till en början av analysen men författarna insåg efterhand att det var lättare att räkna ut signifikansen i SPSS. I analysen av resultatet valdes ambulansteknikerna bort eftersom de inte har något medicinskt ansvar och för att fokus var på ambulanssjuksköterskan.

Under arbetets gång upptäcktes ett problem med Likert-skalan eftersom det var svårt att analysera jämförande statistik, på grund av att det inte var tydliga avstånd på Likert-skalan. Det föreligger skilda uppfattningar i litteraturen om det är lika stort avstånd mellan varje steg på Likert-skalan eller ej, alltså om det är en ordinalskala eller en intervallskala. Svaren på frågorna i studiens enkät lämnades på en sjugradig Likert-skala, vilket vanligen hanteras som en ordinalskala (Björk, 2010). Enligt Norman (2010) kan Likert-skalan även hanteras som en intervallskala utan att resultatet påverkas. Jamieson (2004) har en annan uppfattning och menar att avståndet mellan kategorierna på en Likert-skala inte kan antas ha samma avstånd och bör därför hanteras som en ordinalskala, vilket valdes i denna studie. I studien användes signifikanstestet Mann-Whitney U-test eftersom det är det enda som är ett icke-parametriskt test, där det går att se skillnader mellan två oberoende grupper. Författarna har under analysprocessen försökt ställa sig neutrala inför data och att arbeta strukturerat och förutsättningslöst, samt gemensamt analyserat data i studien. Det stärker den interna validiteten.

Bortfallet i för- och efterenkäten är väldigt låg och hade ingen större påverkan på studiens resultat. Nästan 75% föll bort i återkopplingsenkäten och det gör att studiens resultat inte blir helt tillförlitligt. Vilket berodde på att den gjordes som en webbenkät. Något som hade stärkt studiens resultat är om även återkopplingsenkäten gjorts på plats. Det interna bortfallet minimeras genom att för- och efterenkäten genomfördes i grupp under en dag, vilket enligt Henricson (2017) ses som positivt. Enstaka frågor i enkäterna är inte besvarade, vad det beror på finns det inget svar på och inget mönster kunde utläsas. En annan möjlig orsak kunde ha varit att de inte förstod frågorna eller att frågan inte berörde dem. Tre av deltagarna hade missat en hel sida med enkätfrågor, en orsak till det kan ha varit att de missade baksidan.

8.2.1 Etiska ställningstagande

Studien utgick ifrån de fyra forskningsetiska principerna, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Patel & Davidsson, 2011). I information och samtyckes brevet fick deltagarna information om att möjlighet att avbryta deltagandet utan att motivera anledning när som helst. Författarna kunde behålla god forskningsetisk sed då enkäterna var anonyma. Enkäterna har hanterats på ett sådant sätt att författarna inte vet vem enkäten kommer ifrån. För att garantera deltagarnas anonymitet vid datainsamling tillfällena var det inte möjligt att spåra enskilda individers enkäter vilket innebär att för och efter enkäter inte kan matchas på individnivå. Enkäterna har inte kunnat kopplas samman av etiska skäl, en jämförelse hade annars varit mycket intressant. Risk för obehag hos ambulanspersonalen i samband med att besvara en enkät vägdes mot den nytta sådan kunskap skulle kunna generera, till ett område med en tydlig kunskapslucka.

8.2.2 Fortsatt forskning

För att vården ska vara säker, trygg, jämlik och utvecklas krävs mer utbildning samt forskning inom området. Jämförelse med andra liknande studier där utbildning har genomförts för att implementera riktlinjer, visar att utbildning hjälper till att etablera evidensbaserad kunskap inom prehospitalet akutsjukvård. Efterlevnaden är även hög vid utbildning av riktlinjer (Häske et al., 2022).

Det finns behov av djupare studier kring implementering av behandlingsriktlinjer utifrån patientens säkerhet, trygghet och jämlikhetsskultur inom prehospitalet ambulanssjukvård. De främjande faktorerna kan vara till hjälp för verksamheten och sjuksköterskorna men även för patienterna då evidensbaserad omvårdnad leder till en god och säker vård. Det behövs fler och större studier som omfattar större geografisk och demografisk population för att kunna jämföra och utbilda prehospitalet personal. Komplettering med intervjustudier kan också vara nödvändigt för att få en bredare förståelse till prehospitalet patientsäkerhetskultur.

9 Slutsats

Summeringen av vårt resultat visar ingen statistisk signifikant skillnad för att implementering före och efter utbildning av behandlingsriktlinjer gav en säker, trygg och jämlik vård. Ingen skillnad kunde ses mellan sjuksköterskor och läkare, eller mellan de två städerna. Förutom ett område, städerna skilde sig åt avseende att behandlingsriktlinjer bidrog till en bättre patientvård. Här kan en förbättring av utbildning och implementering ses. Författaren som var på plats under utbildningen fick en uppfattning om att behandlingsriktlinjerna togs emot väl av deltagarna och att evidensbaserad kunskap ger en säker, trygg och jämlikvård, trots att resultatet inte visade signifikanta skillnader. Den generellt positiva attityden till studien som framkommit gör att detta projekt kanske kommer att bedrivas på flera delar i världen.

Vår studie tillför att riktlinjer ger trygghet och att det krävs kontinuerliga utbildningar för att befästa kunskap. Genom att kartlägga brister och förbättringsområden inom ambulanssjukvården kan patientsäkerhetskulturen öka. Det minskar risken för allvarlig vårdskada, vilket i sin tur minskar kostnader och antal vård dagar. Det krävs även fortlöpande utbildningsinsatser, handledning och kontinuerlig repetition av behandlingsriktlinjer och bedömnings struktur, för en säkrare, tryggare och mer jämlik vård.

10 Referenser

Abelsson, A., & Lindwall, L. (2017). What is dignity in prehospital emergency care? *Nursing ethics*, 24(3), 268-278. <https://journals-sagepub-com.proxy.lnu.se/doi/full/10.1177/0969733015595544>

Adelgais, K. M., Sholl, J. M., Alter, R., Gurley, K. L., Broadwater-Hollifield, C., & Taillac, P. (2019). Challenges in Statewide Implementation of a Prehospital Evidence-Based Guideline: An Assessment of Barriers and Enablers in Five States. *Prehospital emergency care*, 23(2), 167-178. <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1495284>

Advanced Medical Life Support Committee (2021). *AMLS: advanced medical life support: an assessment-based approach*. (Edition 4). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint-Sundström, B., Jonsson, A., & Suserud, B. O. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 13(8), 30–36. <https://doi.org/10.7748/en2005.12.13.8.30.c1203>

Ahlenius, M., Lindström, V., & Vicente, V. (2017). Patients' experience of being badly treated in the ambulance service: A qualitative study of deviation reports in Sweden. *International emergency nursing*, 30, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.07.004>

Anderson, C. R., & Taira, B. R. (2018). The train the trainer model for the propagation of resuscitation knowledge in limited resource settings: A systematic review. *Resuscitation*, 127, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.03.009>

Andersson Hagiwara, M., & Wireklint Sundström, B. (2016). Den prehospitala vårdprocessen. I Suserud, B-O. & Lundberg, L (Red.), (2:a upplagan) *Prehospital akutsjukvård*. Liber AB.

Arman, M., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2015) *Teoretiska grunder för vårdandet*. Liber AB.

Berggren, P., Carlsson, H., Lidberg, H., Hodza-Beganovic, R. (2018). *Review and development of first set of treatment guidelines for Pristina and Prizren, Kosovo: Workshop report* (Report nr: IMP-2018-001). Region Östergötland, Internationella Medicinska Programmet. <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Katastrofmedicinskt-centrum/IMP/Internationell-verksamhet/Rapporter1/>

Bigham, B. L., Buick, J. E., Brooks, S. C., Morrison, M., Shojania, K. G., & Morrison, L. J. (2012). Patient safety in emergency medical services: a systematic review of the literature. *Prehospital emergency care*, 16(1), 20-35. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.62104>

Björk, J. (2010). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Liber.

Burström, M., Boman, K., Strandberg, G., & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga. *Vård I Norden*, 27(85), 2428.

Dataskyddsförordningen GDPR. (2022). *EU:s allmänna dataskyddsförordning*. <https://eur-lex.europa.eu/SV/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html>

Ebben, R. H. A., Siqeca, F., Madsen, U. R., Vloet, L. C. M., & Van Achterberg, T. (2018). Effectiveness of implementation strategies for the improvement of guideline and protocol adherence in emergency care: a systematic review. *BMJ open*, 8(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017572>

Edberg, A.K., Ehrenberg, A., Wijk, H., & Öhlén, J. (2021) *Omvårdnad på avancerad nivå*. Studentlitteratur AB.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Studentlitteratur AB.

Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. Studentlitteratur AB.

Eliseo, L. J., Murray, K. A., White, L. F., Dyer, S., Mitchell, S.A., & Fernandez, W. G. (2012). EMS providers' perceptions of safety climate and adherence to safe work practices. *Prehospital Emergency Care*, 16. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.621043>

Eltaybani, S., Abdelwareth, M., Abou-Zeid, N. A., & Ahmed, N. (2020). Recommendations to prevent nursing errors: Content analysis of semi-structured interviews with intensive care unit nurses in a developing country. *Journal of nursing management*, 28(3), 690–698. <https://doi.org/10.1111/jonm.12985>

Embassy of Sweden. (2022). *Reseinformation Kosovo* [Broschyr]. <https://www.swedenabroad.se/sv/om-utlandet-för-svenska-medborgare/kosovo/reseinformation/ambassadens-reseinformation/>

Fishe, J. N., Crowe, R. P., Cash, R. E., Nudell, N. G., Martin-Gill, C., & Richards, C. T. (2018). Implementing Prehospital Evidence-Based Guidelines: A Systematic Literature Review. *Prehospital emergency care*, 22(4), 511-519. <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1413466>

Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund*. Natur & Kultur.

Haagsma, J.A., Graetz, N., Bolliger, I., Naghavi, M., Higashi, H., Mullany, E. C., Abera, S. F., Puthenpuraka-Abraham, J., Adofo, K., Alsharif, U., Ameh, E. A., Ammar, W., Antonio, C.A.T., Barrero, L.H., Bekele, T., Bose, D., Brazinova, A., Catalá-López, F., Dandona, L., Phillips, M.R. (2016). The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Injury Prevention*, 22. <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2015-041920>

Hagiwara, M. A., Sjöqvist, B. A., Lundberg, L., Suserud, B. O., Henricson, M., & Jonsson, A. (2013). Decision support system in prehospital care: a randomized controlled simulation study. *The American journal of emergency medicine*, 31(1), 145–153. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.06.030>

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB

Hodza-Beganovic, R., Björn, Å., & Berggren, P. (Red.). (2020). *Partnerships for sustainable health care systems – the International Medical Program approach*. Region Östergötland. https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/380353/IMP_Bok.pdf

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-ochsjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2010:659). Patientsäkerhet. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet/>

Häske, D., Gross, Z., Atzbach, U., Bernhard, M., Gather, A., Hoedtke, J., Hossfeld, B., Schele, S., & Münzberg, M. (2022). Comparison of manual statements from out-of-hospital trauma training programs and a national guideline on treatment of patients with severe and multiple injuries. *European journal of trauma and emergency surgery : official publication of the European Trauma Society*, 48(3), 2207–2217. <https://doi.org/10.1007/s00068-021-01768-z>

Høyve, S., & Severinsson, E. (2010). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*, 66(4), 858-867. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x>

International Council of Nurses. (januari 2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Internationella Medicinska Programmet. (10 december 2022). <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Katastrofmedicinskt-centrum/IMP/>

Jamieson, S. (2004). Likert scales: how to (ab)use them. *Medical education*, 38(12), 1217-1218. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02012.x>

Karlsson, A., Lindeborg, P., Gunningberg, L., & Jangland, Eva. (2019). Evidence-based nursing- How is it understood by bedside nurses? A phenomenographic study in surgical settings. *Journal of nursing management*, 27(6), 1216–1223. <https://doi.org/10.1111/jonm.12802>

Kerner, T., Schmidbauer, W., Tietz, M., Marung, H., & Genzwuerker, H. V. (2017). Use of checklists improves the quality and safety of prehospital emergency care. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 24(2), 114–119. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000315>

Lampi, M., Junker, J., Berggren, P., Jonson, C.O., & Vikström, T. (2017). Pre-hospital triage performance after standardized trauma courses. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 25(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0395-8>

Leksell, J., & Lepp, M. (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Liber AB.

Lennqvist, S. (2017). *Katastrofmedicin*. Liber AB.

Lundberg, L., Bäckström, D., & Andersson Hagiwara, M. (2022). *Prehospital akutsjukvård*. (3 uppl.). Liber AB.

Martin-Gill, C., Panchal, A. R., Cash, R. E., Richards, C. T., Brown, K. M., Patterson, P. D., & Prehospital Guidelines Consortium (2022). Recommendations for Improving the Quality of Prehospital Evidence-Based Guidelines. *Prehospital emergency care*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/10903127.2022.2142992>

Meisel, Z. F., Hargarten, S., & Vernick, J. (2008). Addressing prehospital patient safety using the science of injury prevention and control. *Prehospital emergency care*, 12(4), 411–416. <https://doi.org/10.1080/10903120802290851>

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on evidence-based nursing*, 11(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>

Meurier, C. E. (2000). Understanding the nature of errors in nursing: using a model to analyse critical incident reports of errors which had resulted in an adverse or potentially adverse event. *Journal of advanced nursing*, 32(1), 202–207. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01444.x>

Mollon, D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(8), 1727-1737. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12348>

Morath, J., & Leary, M. (2004). Creating safe spaces in organizations to talk about safety. *Nursing economic\$,* 22(6), 344–354.

Nationalencyklopedin (2022). Akut sjuk patient. Hämtad 29 december 2022 från <https://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=akut+sjuk+patient>

Newton, J. M., & McKenna, L. (2007). The transitional journey through the graduate year: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1231–1237. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.017>

Nordén, C., Hult, K., & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 14. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.04.003>

Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 15(5), 625-632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>

Parahoo K. (2000). Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of advanced nursing*, 31(1), 89-98. <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.lnu.se/doi/full/10.1046/j.1365-2648.2000.01256.x>

Patel, R., & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Studentlitteratur AB.

Pfrunder, A. A., Falk, A. C., & Lindström, V. (2017). Ambulance personnel's management of pain for patients with hip fractures; based on ambulance personnel's gender and years of experience. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 27, 23–27.

<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.06.001>

Pietsch, U., Knapp, J., Ney, L., Berner, A., & Lischke, V. (2016). Simulation-Based Training in Mountain Helicopter Emergency Medical Service: A Multidisciplinary Team Training Concept. *Air medical journal*, 35(5), 301–304. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2016.05.006>

Prehospital trauma life support, PHTLS. (2020). (Edition 9). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Proposition (2014/15:1870). Riksdagen. *Nationella riktlinjer för prehospital vård*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/nationella-riktlinjer-for-prehospital-var_d_H2021870

Rathert, C., Brandt, J., & Williams, E. S. (2012). Putting the 'patient' in patient safety: a qualitative study of consumer experiences. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 15(3), 327–336.

<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00685.x>

Regeringskansliet (2021). Regeringen.

<https://www.regeringen.se/rapporter/2021/12/manskliga-rattigheter-demokrati-och-rattsstatens-principer-i-kosovo2/>

Rycroft, M. J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice?. *Journal of advanced nursing*, 47(1). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068>.

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. K&K Segesten Förlag AB.

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

SLAS (2018). Behandlingsriktlinjer (18 december 2022)

<http://www.flisa.nu/web/page.aspx?refid=18>

Socialstyrelsen föreskrifter om att implementera nationella riktlinjer – för en jämlik vård (2020). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-12-7154.pdf>

Straus, S. E., Moore, J. E., Uka, S., Marquez, C., & Gülmezoglu, A. M. (2013). Determinants of implementation of maternal health guidelines in Kosovo: mixed methods study. *Implementation science*, 8, 108. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-108>

Stubberud, D-G. (2015). *Psykosociala behov vid akut och kritisk sjukdom*. Natur & Kultur.

Suserud, B-O., & Lundberg, L. (2016). *Prehospital akutsjukvård*. Liber AB.

Svensk sjuksköterskeförening. (2015). *Jämlik vård och hälsa* [broschyr]
<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623147d/1584003989617/j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa.pdf>

Tarlier, D. S. (2004). Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 5(3), 230–241. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00182.x>

Tjia, J., Mazor, K. M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A., & Gurwitz, J. H. (2009). Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *Journal of patient safety*, 5(3), 145–152.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181b53f9b>

Yardley, I. E., & Donaldson, L. J. (2016). Deaths following prehospital safety incidents: an analysis of a national database. *Emergency Medicine Journal*, 33(10), 716-721. <https://emj-bmj-com.proxy.lnu.se/content/33/10/716>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad, en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur AB.

Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd. En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. [Doktorsavhandling, Växjö universitet, Institution för vårdvetenskap och socialt].

Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. (2011). Being Prepared For the Unprepared: a Phenomenology Field Study of Swedish Prehospital Care. *Journal of Emergency Nursing*. 38(6). doi.org/10.1016/j.jen.2011.09.003

World Health Organization. (2020). *10 facts on patients safety*. <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>

Ödegård, S. (2019). *Säker vård – nya perspektiv på patientsäkerhet*. Liber AB.

Bilagor

Bilaga 1. Information angående enkätstudien

Information on participation in the Treatment Guidelines Implementation Project in Pristina and Prizren, Kosovo, fall 2022 – Spring 2023

Information about the project

We are two students to become specialist nurses in ambulance care at the Linné University in Sweden. In collaboration with the International Medical Program, Region Östergötland, Sweden. We would like to ask you if you are willing to participate in a study within a project called “**Implementation of treatment guidelines in Kosovo**”, in which we will write our master's thesis. Through this project, we want to create an understanding of how you experience in using treatment guidelines.

What participation in the study would mean for you

If you agree to participate, it will mean that you will, during the one day of training to practice the structure of following treatment guidelines, respond to questions about the treatment guidelines. During the training day, notes from the discussions will be taken and at the start and at the end of the day you will answer a questionnaire about the content of the training day, some background questions and what you think about the introduction of treatment guidelines. In January, we will send a new survey where we will follow up on the introduction of the treatment guidelines.

How to learn about the study results

You will be able to take part of the results of the study by reading the produced report and scientific publications.

Participation is voluntary

Participation in the study is voluntary. You can choose to quit your participation at any time and you do not have to explain why. If you no longer wish to participate, you must notify the person responsible for the project, see contact details below.

How your personal data will be processed

If you choose to participate, the project will use certain information about you. This includes professional background, working years and your views on the topics discussed during the training day. Information that can be linked to you in this way is considered personal data in accordance with the EU General Data Protection Regulation 2016/679 (GDPR). This information will be collected through the completed questionnaire and notes during the day as well as some interviews. All collected information will be anonymized so that your responses will not be traceable.

According to the EU General Data Protection Regulation (GDPR) and national supplementary legislation, you have the right to withdraw your consent at any time, without affecting the lawfulness of the processing that took place in accordance with your consent before it was withdrawn.

In certain circumstances, the EU General Data Protection Regulation and supplementary national legislation allow exceptions to these rights. For example, the right to access your data may be limited due to confidentiality requirements, and the right to have your data deleted may be limited due to archiving regulations.

Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Collected data will be stored on servers in Region Östergötland that fulfills the EU General Data Protection Regulation safety requirements. Only the researchers and project members will have access to the data. The data will be published in the student report and if accepted, in scientific publications.

If you wish to invoke any of these rights, please contact peter.berggren@regionostergotland.se, +46 702-486281.

If you are dissatisfied with the way your personal data is processed, you have the right to file a complaint with the Swedish Data Protection Authority. Information about this can be found on its website (imy.se).

Contact information for project managers

If you have further questions about the project, you are recommended to contact Petra Hellqvist (petra.hellqvist@premedic.se) and Sophie Arvidsson (sophie.arvidsson@rjl.se).

Bilaga 2. Samtyckesbrev

Consent to participating in the research project in the Treatment Guidelines Implementation

I have read and understood the information about the study in the document “Information on participation in the Treatment Guidelines Implementation Project in Pristina and Prizren, Kosovo, fall 2022 – Spring 2023”. I have been given the opportunity to ask questions and I have had them answered. I may keep the written information.

I consent to participating in the study described in the document “Information on participation in the Treatment Guidelines Implementation Project in Pristina and Prizren, Kosovo ”.

Place and date

Signature and clarification of signature

.....
.....

.....
.....

Bilaga 3. Förenkät

Background questions

Please respond truthfully and clearly mark the option you choose. There are 17 questions.

Date: _____

Ambulance station: Pristina/ Prizren

1. What education do you have?

Reg. Nurse

Specialist Nurse

EMT - Emergency medical technician

Doctor

Other, please specify: _____

2. How long is your education? _____ years

3. How long have you worked in an ambulance? _____ years

4. To what extent do you have the right medical knowledge to make a prehospital assessment of a patient?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all To a large extent

5. To what extent do you think you have the right medical knowledge to care for a patient?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all To a large extent

6. How well-read are you on the guidelines?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all To a large extent

7. How reassuring is to have treatment guidelines to follow?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

Bilaga 4. Efterenkät

After training

Please respond truthfully and clearly mark the option you choose. There are XX questions.

Date: _____

Ambulance station: Pristina/ Prizren

A1. How do you perceive the structure for examination and actions for treatment guideline for patients with breathing difficulties?

1 2 3 4 5 6 7
Not useful at all Very useful

A2. How do you perceive the structure for examination and actions for treatment guideline for patients with chest pain?

1 2 3 4 5 6 7
Not useful at all Very useful

A3. How do you perceive the structure for examination and actions for treatment guideline for patients with impaired consciousness?

1 2 3 4 5 6 7
Not useful at all Very useful

A4. How do you perceive the structure for examination and actions for treatment guideline for patients with severe pain?

1 2 3 4 5 6 7
Not useful at all Very useful

A5. How do you perceive the structure for examination and actions for treatment guideline for patients with trauma?

1 2 3 4 5 6 7
Not useful at all Very useful

A6. How do you perceive the structure for examination and actions for treatment guideline for patients with cardiac arrest?

1 2 3 4 5 6 7
Not useful at all Very useful

A7. How do you perceive the structure for examination and actions for treatment guideline for prehospital assessment of adult patients?

1 2 3 4 5 6 7
Not useful at all Very useful

A8. How do you perceive the structure for examination and actions for treatment guideline for prehospital assessment of children?

1 2 3 4 5 6 7
Not useful at all Very useful

A9. To what extent were the scenarios relevant for training the treatment guidelines?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very relevant

A10. How often do you think you will follow these guidelines?

1 2 3 4 5 6 7
Almost never Almost always

A11. To what extent do you think the guidelines affect patient safety?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

A12. To what extent will the guidelines contribute to increased patient safety?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

A13. To what extent will the guidelines contribute to better patient care?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

A14. To what extent will the guidelines contribute to equal health care?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

A15. To what extent will the guidelines contribute to all ambulance personnel managing patient similarly?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

A16. To what extent will the guidelines contribute to better patient care?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

A17. To what extent do you feel more secure in helping the patients after this training?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

Bilaga 5. Återkopplingsenkät

Feedback survey

We are grateful for your help in answering this survey, please be as honest as possible in your answers. All responses are anonymous. We would like to have your answers as quickly as possible, the last date for answers is Sunday, February 19.

The aim is to investigate the implementation of treatment guidelines in Kosovo, so that the patient receives safer, more secure and more equal care.

What profession do you have?

Doctor Specialist nurse Nurse Ambulance technician

What city do you work in?

Priztina Prizren

1. Have you benefited from the training in treatment guidelines?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

2. How often do you use the treatment guidelines?

Never Sometime a month Sometime this week Daily

3. Are the treatment guidelines easy to use?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

4. Have there been times when you could have used it but chose not to?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

5. Have you used your pocket book with the treatment guidelines in it?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

6. Do you feel more confident caring for patients when you have treatment guidelines to follow?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

7. Do you think the training has had any effect on patient safety?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

8. Do you feel that patients receive equal care after the implementation of treatment guidelines?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

9. What could make pre-hospital care more patient-safe, secure, equal for the patient?

Equipment, competence, Education, Doctor/ssk assessment Other

10. Have you noticed any difference in whether care is more equal now than it was before the education?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all Very much

11. Will more training be needed to solidify treatment guidelines?

Ye N
s o

12. Do you think the structure of patient assessment is better after the implementation of treatment guidelines?

1 2 3 4 5 6 7
Not at all To large extent

Kind Regards Sophie Arvidsson & Petra Hellqvist

Bilaga 6. Etisk egengranskning

Följande frågor ska besvaras av sökande och godkännas av handledare.

		Ja	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller som rör hälsa eller sexualliv).		X
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?		X
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?		X
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?		X
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, personer med demenssjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?		X
6	Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande.		X
7	Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och anmälas till registeransvarig person (GDPR-ansvarig).		X
8	Syftet och metoden är väl avvägt gällande risk-nytta samt anpassat till nivån på studien.	X	

9	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, till exempel antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För studier med deltagare under 15 år krävs vårdnadshavares godkännande t ex vid enkäter i skolklasser.)	x	
10	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	x	
12	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för studien är namngivna (student och handledare)	x	