

Projektarbete 2024 FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/276277>–  
Utförd under ST i allmänmedicin av Sam Sabbaghpour, inom kurs MFM340  
Forskningsmetodik hälso och sjukvårdsanställda i Göteborg, 10.5 hp

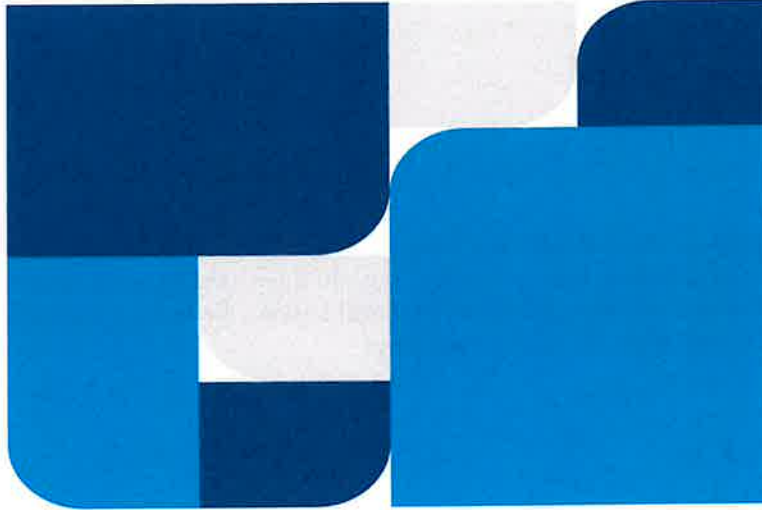
**Handledare:**

Paula Nordling, ST-läkare socialmedicin/ PhD

Arbetsplats: Socialmedicinskt centrum  
FoUII-centrum Göteborg och Södra Bohuslän

**Studierektor:**

Charlotte Annerud, specialist i allmänmedicin



## Akut eller inte? Bedömning av vårdbehov och prio

En enkätbaserad explorativ tvärsnittsstudie riktad till allmänläkare och larmoperatörer inom VGR, med syfte att belysa utmaningarna i att prioritera potentiellt akuta patienter i primärvården, jämfört med larmcentralens bedömningar, samt hur erfarenhet och utbildningsnivå påverkar dessa beslut.

**Nyckelord:**

Primärvård, triage, bedömning av vårdnivå, prioriteringsnivå, ambulansindikation, akutvård, prehospital vård, SOS Alarm, larmoperatörer, ST-läkare, allmänmedicin, kommunikation i vårdkedjan, kliniskt beslutsfattande, patientsäkerhet, resurshantering

GODKÄND  
\_\_\_\_\_

Göteborg 25-04-25

*Paula Nordling*  
Paula Nordling

**Tack:**

Ett varmt tack riktas till FoU-handledare **Paula Nordling** för värdefull vägledning, tillgänglighet och stöd genom hela processen. Jag vill även särskilt tacka **Åsa Högsted**, verksamhetsutvecklare vid Sjukvårdens larmcentral i VGR, för hennes insiktsfulla råd och viktiga roll som kontaktlänk till larmoperatörerna.

---

## **ABSTRACT**

### **Bakgrund:**

I Sverige, liksom i många andra länder, utgör primärvården och larmcentralen viktiga delar av det akuta vårdssystemet. I övergången från öppenvård till akutsjukvård ställs läkare ofta inför komplexa beslut kring vårdbehov och prioriteringsgrad, särskilt i situationer där den kliniska bilden är oklar. Sådana bedömningar är avgörande för patientsäkerheten och för en effektiv fördelning av begränsade resurser. Läkare grundar sina beslut på kliniska fynd, provsvar och ibland tidigare kännedom om patienten. Larmoperatörer, å andra sidan, gör sina bedömningar utifrån inrapporterad information och arbetar enligt strukturerade flödesscheman och beslutstöd.

### **Syfte:**

Syftet med studien är att belysa utmaningarna i att bedöma prioriteringsnivå för potentiellt akuta patienter inom primärvården, särskilt när vårdbehovet inte är uppenbart. Studien undersöker skillnader i bedömning bland primärvårdsläkare samt mellan primärvårdsläkare och larmoperatörer, samt hur faktorer som klinisk erfarenhet kan påverka.

### **Metod:**

En explorativ enkätstudie genomfördes baserat på tre patientfall som presenterades i två versioner i syfte att spegla deltagarnas faktiska arbetsförutsättningar: en mer kliniskt och informationsmässigt heltäckande version för primärvårdsläkare (n=62) (klinisk information såsom status, provsvar och vitalparametrar och undersökningsfynd) och en begränsad version (anpassad till den typ av information som normalt erhålls via telefonsamtal, utan statusbeskrivningar eller labvärden) anpassad till larmoperatörers informationsunderlag (n=7). Enkäten distribuerades till primärvårdsläkare inom Västra Götalandsregionen (VGR) och larmoperatörer på sjukvårdens larmcentral i VGR. Data analyserades med deskriptiva analyser.

### **Resultat:**

Totalt 82,3 % av läkarna uppgav att det ibland är svårt att bedöma vårdnivå och prioritet, med en tendens till mer osäkerhet bland läkare med mindre klinisk erfarenhet. Jämförelser mellan läkare och larmoperatörer visade både likheter och skillnader: vårdbehov bedömdes ofta likartat, särskilt när mer akuta symptom uppträder, men prioritet, transportform och behov av vård under transport varierade. Läkare uppvisade större variation och lägre överensstämmelse med riktlinjer (25–39 %) jämfört med larmoperatörer (50–67 %), som var mer konsekventa men mindre nyanserade.

### **Slutsats:**

Bedömning av vårdnivå och prioritet upplevs som en återkommande utmaning i primärvården. Jämförelsen mellan läkare och larmoperatörer visar att trots liknande uppfattning om vårdbehov, skiljer sig bedömningar av prioritet och transportform. Läkare gör mer nyanserade men mindre enhetliga bedömningar, medan larmoperatörer är mer konsekventa och arbetar inom ett snävare beslutsstöd. Det förekom också viss inkonsekvens i båda grupper vad gäller att matcha prioritet med korrekt tidsram, särskilt bland läkare. Resultaten understryker behovet av gemensamma riktlinjer och förankrade definitioner av prioritetsnivåernas praktiska tillämpning.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## 1. INTRODUKTION

- Bakgrund
- Syfte

## 2. METOD

- Studiedesign
- Tillvägagångssätt och utformning av enkät
- Population och urval
- Datainsamling och enkätstruktur
- Variabler
- Dataanalys
- Forskningsetiska överväganden

## 3. RESULTAT

## 4. DISKUSSION

- Resultatdiskussion
- Metoddiskussion

## 5. KONKLUSION

## 6. REFERENSER

---

## **INTRODUKTION**

### **Bakgrund**

En väl fungerande kommunikation mellan primärvård och larmcentralen är avgörande(1,2,3) för att säkerställa att triagering och bedömningar av potentiellt akuta patienter i den mån det är möjligt överensstämmer, samt för att kunna säkerställa en jämlik vård där "Time to treatment" i mindre grad ska vara beroende av den mänskliga faktorn(4,5). Till skillnad från akutvården och i viss mån slutenvården i stort, är samverkan mellan primärvård och larmcentral mindre utvecklad och reglerad, vilket kan leda till frustration från både primärvården och larmcentralen i vissa patientfall. Detta beror ofta på att vi inte tillräckligt förstår varandras situationer, det vill säga som läkare på plats bredvid patienten och ansvarig för nästa sjukvårdsinrättning, samt på larmcentralen där ambulanser ibland är under hård press och patienter ställs mot varandra.

Triage av patienter är en avgörande process inom primärvården för att säkerställa att patienter får rätt vård i rätt tid (6). Vid akuta situationer är snabb och korrekt triage av stor betydelse för att identifiera och prioritera patienter som behöver omedelbar medicinsk uppmärksamhet. Dessutom är samverkan med larmcentraler avgörande för att säkerställa en effektiv och samordnad hantering av akuta situationer.

Det andra perspektivet av denna process är antalet fall som hänvisas till akut verksamhet utan att det visar sig vara befogat. En icke försumbar andel av dessa patienter transporteras med ambulans, vilket leder till undanträngningseffekt samtidigt som arbetsbelastningen på akuten och väntetider ökar(7). Denna överanvändning av ambulansvårdens resurser inom primärvården har många förklaringar och är mångfacetterad i Sverige(8,9). Bland dessa kan nämnas svårigheterna med att få tider inom rimlig framtid för att träffa primärvårdsläkaren, och patienters förväntningar och föreställningar om akutens möjligheter att bedöma och hantera icke-akuta (icke livshotande) ärenden. En mycket viktig faktor i sammanhanget (och möjligtvis förbisedd) är begränsningarna för primärvårdsläkare att förankra och bekräfta sin kliniska bedömning i många fall med adekvat provtagning, röntgen/ultraljud (10) eller möjligheter till observation under en längre tid (timmar-dygn). Denna begränsning vid oklara fall, där potentiell allvarigare diagnos (om än osannolik) ej helt kan avskrivas, resulterar i fler remisser till akuten som har just denna möjlighet till akut provtagning och analys, röntgen etc., och inte minst observation. Av dessa patienter bedöms en andel vara i behov av ambulanstransport, och i dessa fall finns ingen utarbetad process för triage och prioriteringsgrad som inte avviker från larmcentralens beslutsstöd, som till stor del utgår från avvikande vitalparametrar och "ABCDE" (luftvägar, andning, cirkulation, medvetandegrad, exponering)(11,12).

Bristen på beslutsstöd och tydligare riktlinjer leder utöver högre belastning på akuten och resurstagande från ambulansvården också till en onödigt tung belastning och stress för beslutsfattande primärvårdsläkare.

I det inledande arbetet inför denna studie och vid granskningen av tidigare forskning inom området, har flera engelskspråkiga skrifter ur ett anglosaxiskt perspektiv identifierats. Dessa studier behandlar delvis ämnet, med fokus på hur många patienter som söker akutvård eller tillkallar ambulans skulle kunna hanteras inom primärvården eller hos husläkaren (GP). Likaså finns det flera svenska studier som undersöker överanvändningen av akutsjukvården och dess påverkan på larmcentralen, och hur det kan leda till onödigt belastning på akutsjukvården, undanträngningseffekter och fördröjd vård för patienter med faktiska akuta behov (13). Samtidigt saknas det i stor utsträckning studier som specifikt fokuserar på triageringens komplexitet ur primärvårdens perspektiv – framför allt i de fall där klinisk

osäkerhet föreligger och beslutet om att avstå från remittering kan få potentiellt allvarliga konsekvenser. Det finns därför ett kunskapsgap rörande hur primärvårdsläkare navigerar i gränslandet mellan öppenvård och akutsjukvård, samt vilka faktorer som påverkar bedömningen av vårdnivå, prioritet och behov av ambulanstransport.

### **Syfte**

Det primära syftet med denna studie är att undersöka och få en djupare förståelse för de utmaningar som finns i triageprocessen och bedömningen av prioriteringsnivån för potentiellt akuta patienter inom primärvården. Att belysa och tydliggöra den svårighet som är förknippad med att fatta rätt beslut i situationer där det inte är tydligt vilken prioritering som är mest lämplig. Studien syftar även till att beskriva eventuella skillnader i bedömningen av dessa patienter bland primärvårdsläkare samt mellan primärvården och larmoperatörer.

---

## **METOD**

### **Studiedesign**

Studien är en explorativ pilotstudie med enkätmetodik, utformad för att undersöka hur triage och prioriteringsbeslut hanteras i primärvården samt i jämförelse med larmoperatörer.

### **Tillvägagångssätt och utformning av enkät**

En enkät konstruerades utifrån tre patientfall, med syftet att undersöka hur läkare bedömer vårdbehov och prioritet i situationer där beslutsunderlaget inte är entydigt. Fallen valdes för att spegla kliniska scenarier där bedömningen är mer komplex och inte direkt motsvarar tydliga akutfall såsom STEMI eller stroke.

Samtliga respondenter i studien besvarade inledningsvis mer övergripande frågor om sin yrkeserfarenhet, tidigare erfarenheter av samverkan med larmoperatörer/primärvården samt om de upplever svårigheter i denna interaktion (tabell 1.1). Därefter följde tre patientfall och varje patientfall följdes av en fråga om patienten var i behov av akut sjukhusvård eller inte. Deltagare som svarade "Nej" på frågan fick inga fler frågor om det patientfallet. De som svarade "Ja" fick svara på ett antal följdfrågor om bedömning av vårdbehov, transportform, prioriteringsnivå och rimlig tidsram till sjukhus (tabell 1.2).

För varje patientfall sammanställdes relevant information från journalen, inklusive besöksorsak, symtom, vitalparametrar, ålder, aktuella läkemedel, komorbiditeter samt provsvar och statusbedömningar i de fall sådana fanns dokumenterade. Informationen användes för att skapa två versioner av varje fall:  
Varje patientfall gjordes i två versioner:

För varje patientfall sammanställdes relevant information från journalen, inklusive besöksorsak, symtom, vitalparametrar, ålder, aktuella läkemedel, komorbiditeter samt provsvar och statusbedömningar i de fall sådana fanns dokumenterade. Informationen användes för att skapa två versioner av varje fall:

Version A (till läkare): Innehöll klinisk information som motsvarar det en läkare normalt har tillgång till vid bedömning på plats – kön, ålder, tidigare sjukdomar, besöksorsak, symtom, vitalparametrar, aktuella läkemedel, status samt provsvar.

Version B (till larmoperatörer): Innehöll samma grundfall men utan information som kräver fysisk bedömning, såsom statusbeskrivningar, labvärden och observationer från vårdpersonal på plats. Denna version motsvarar det informationsunderlag larmoperatörer vanligen får via telefonsamtal från SÄBO, anhörig etc. Denna version utvecklades i samråd med utvecklingsledare på sjukvårdens larmcentral i VGR.

Enkätstudien har utformats för att inkludera två yrkesgrupper – läkare och larmoperatörer – med varierande utbildningsbakgrund och yrkeserfarenhet. Samtliga deltagare ombads att besvara frågor baserade på identiska patientfall, vilket möjliggör jämförelser både inom respektive grupp och mellan professionerna. Syftet med detta upplägg är att undersöka hur vårdbehov och prioritet bedöms utifrån samma underlag samt att analysera i vilken grad dessa bedömningar överensstämmer med etablerade och mer objektivt mätbara riktlinjer.

Särskilt fokus ligger på sambandet mellan angiven prioritet och bedömd tidsram till sjukhusvård, i relation till gällande riktvärden för ambulansinsats i tätortsmiljö:

- *Prio 1:* omedelbart vårdbehov – ambulans bör anlända inom <10–20 minuter

- Prio 2: snabbt vårdbehov – ambulans bör anlända inom 20–60 minuter
- Prio 3: icke-akut tillstånd – ankomst bör ske inom 1–6 timmar
- Prio 4: används inte i alla regioner, men där den tillämpas gäller en väntetid på >6 timmar och avser patienter som inte är i behov av vård eller övervakning under transport. Dessa transporter genomförs vanligtvis med liggande sjuktransport, medan patienter i Prio 1–3 generellt transporteras med ambulans.

Tabell 1.1 samt tabell 1.2 frågor och svarsalternativ

Tabell 1.1

Enkätfrågor till läkare		Enkätfrågor till larmoperatör	
Vilken erfarenhetsnivå stämmer bäst in på dig?	Specialistläkare ST-läkare år 1, ST-läkare år 2, ST-läkare år 3, ST-läkare år 4, ST-läkare år 5	Vilken erfarenhetsnivå stämmer bäst in på dig?  Vilken är din medicinska utbildningsnivå?	<1 år, 1–5 år, >5 år Intern medicinsk utbildning <1 år,  Undersköterska, Undersköterska med specialistutbildning, Sjuksköterska, Sjuksköterska med en specialistutbildning, Sjuksköterska med fler än en specialistutbildning
Upplever du att det kan vara svårt att bedöma vårdnivå/prioritet när du behöver tillkalla ambulans?	Aldrig, ibland, ofta, alltid	Upplever du att det kan vara svårt att förstå eller hålla med om läkares bedömning av vårdnivå eller prioritet vid tillkallande av ambulans?	Aldrig, ibland, ofta, alltid
Har det funnits tillfällen när du har blivit ifrågasatt/behövt förklara dig eller försvara ditt beslut gällande prioritet?	Aldrig, någon gång/några gånger, händer ofta	Har du varit med om situationer där du behövt ifrågasätta eller förklara prioritering för en läkare?	Aldrig, någon gång/några gånger, händer ofta

Tabell 1.2

Gemensamma frågor efter varje patientfall	
Behov av sjukhusvård?	Ja, nej
Rimligaste transportsättet till sjukhus?	Ambulans, sjuktransport, sittande sjukresa, egen bil, kollektiva färdmedel, taxi, anhörig etcetera Annat
Behov av vård under transport? Med möjlighet till fritextsvar vid svar ja.	Ja, nej
Behov av övervakning under transport? Med möjlighet till fritextsvar vid svar ja.	Ja, nej
Skattad bråttomhetsgrad till sjukhus (prioritet)?	Prio1, Prio2, övrigt (möjlighet till fritextsvar)
Skatta rimlig max-tid för att patienten skall nå sjukhuset	<10-20 minuter, 20-60 minuter, 60-120 minuter, 2-6 timmar, > 6 timmar

## Population och urval

Två grupper inkluderades och valdes ut för att representera de två parter som vanligen hanterar akuta patientfall i övergången från öppenvård till akutsjukvård:

- **Primärvårdsläkare** (ST-läkare och specialister)  
Datainsamlingen inleddes genom ett pilotgenomförande bland specialister på en av Närhälsans vårdcentraler i Göteborg (Kärra vårdcentral). Fyra testrespondenter genomförde enkäten och gav värdefull återkoppling på att frågornas utformning var tydlig och begriplig för läkarna.  
Därefter skapades en QR-kod kopplad till enkäten. Under en regional ST-dag i februari 2025 gavs möjlighet att presentera studien kortfattat i slutet av en föreläsning. Med hjälp av projektor visades QR-koden, vilket gjorde det möjligt för deltagarna att direkt komma åt enkäten via sina mobiltelefoner. Av de totalt 216 ST-läkare som för närvarande finns inom VGR var uppskattningsvis hälften närvarande vid detta tillfälle. Sammanlagt inkom 43 svar i samband med ST-dagen.

I nästa steg skickades enkäten, tillsammans med en skriftlig information om studiens syfte och frågeställning, till samtliga verksamhetschefer inom regionens nio verksamhetsområden (område 1–9). Under en insamlingsperiod om cirka 30 dagar (mars 2025) inkom ytterligare 19 svar.

- **Larmoperatörer** från Sjukvårdens larmcentral i VGR.  
Enkäten skickades tillsammans med skriftlig information om syfte och frågeställningar till en verksamhetsutvecklare vid sjukvårdens larmcentral, som ansvarade för att sprida enkäten internt och bistod vid insamlingen av svar. Datainsamlingsperioden för larmoperatörerna var av praktiska skäl och främst tidsbrist begränsad till sju dagar. Under denna tid deltog verksamhetsutvecklaren aktivt genom att informera och uppmuntra personalen att delta vid morgonmöten. På grund av den korta insamlingsperioden blev antalet inkomna svar från larmoperatörer lägre än i läkargruppen. Detta bedömdes dock som acceptabelt i det aktuella skedet, då det antogs att variationen i bedömningar inom gruppen är relativt låg, eftersom larmoperatörer arbetar utifrån standardiserade riktlinjer och beslutsstöd.

## Variabler

Enkätens variabler listas i tabell 1.1 samt tabell 1.2.

## Dataanalys

Data analyserades huvudsakligen med deskriptiva analyser. Jämförelser mellan grupper (primärvårdsläkare och larmoperatörer) gjordes för att undersöka mönster och eventuella skillnader i bedömningarna.

En justering som gjordes mellan enkätutförningsfasen och det efterföljande analysarbetet, var att fritextsvaren valdes bort från den slutgiltiga analysen och redovisningen. Beslutet motiverades dels av tidsmässiga begränsningar, dels av att en betydande andel av respondenterna använde fritextfälten för att utveckla eller villkora sina svar – exempelvis genom att ange prioritet beroende på utfallet av specifika parametrar (t.ex. ”prio 1 om glukos visar sig vara lågt”). Denna typ av svar bedömdes vara svår att systematiskt analysera inom ramen för den valda studiemetodiken och exkluderades därför från den kvantitativa sammanställningen.

En ytterligare förändring från planeringsfasen var att den ursprungliga ambitionen att undersöka statistisk signifikans i skillnader mellan grupperna övergavs. I det senare analysarbetet, i samråd med handledare, bedömdes datamängden vara otillräcklig för att möjliggöra statistiskt tillförlitliga slutsatser, varför resultaten redovisas i deskriptiv form.

Eftersom urvalet var begränsat och studien är explorativ till sin karaktär, presenteras resultaten främst i deskriptiv form. Analysen fokuserar därmed på att identifiera trender och mönster snarare än att dra generaliserbara slutsatser för hela populationen.

## Etiska överväganden

För att säkerställa sekretessen och respekten kring patientfallen vidtas följande åtgärder:

1. *Aidentifiering av patientfall*: Alla patientfall som inkluderades i studien är aidentifierade för att skydda patienternas identitet och integritet. Information som kan användas för att identifiera enskilda patienter har tagits bort i enlighet med riktlinjer från World Medical Association (14).
2. *Hantering av information*: All insamlad information hanterades i enlighet med gällande lagar och bestämmelser om dataskydd, inklusive Dataskyddsförordningen (GDPR). Det innebär att data lagrades säkert och endast var tillgänglig för behörig personal(15).

3. *Anonymitet för deltagare:* Svaren på enkätfrågorna från deltagande läkare och larmoperatörer behandlades anonymt. Det innebar att enkätsvaren inte kunde kopplas till individuella deltagare. Resultaten redovisades i form av aggregatdata och allmänna trender för att säkerställa att enskilda deltagares svar inte kunde identifieras (14,15).
4. *Informerat samtycke och frivillighet:* Alla deltagare informerades om studiens syfte, metoder och hur deras data skulle användas. Deltagandet var frivilligt, och deltagarna hade möjlighet att avbryta sitt deltagande när som helst utan negativa konsekvenser (16).
5. *Konfidentialitet:* All data som samlades in behandlades konfidentiellt. Det innebar att ingen utomstående hade tillgång till rådata, och resultaten presenterades på ett sätt som förhindrade identifiering av enskilda deltagare eller patienter.
6. *Sekretess vid Publicering:* Vid publicering av studiens resultat kommer inga individuella fall att diskuteras på ett sätt som kan identifiera de inblandade personerna. Alla resultat kommer att presenteras i en aggregerad form(15).

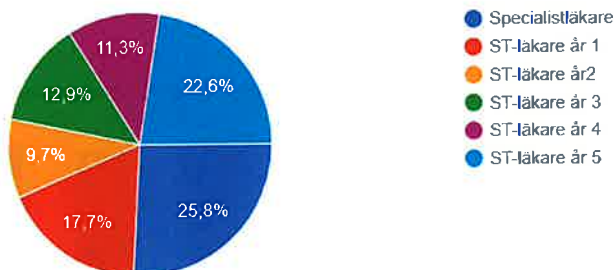
Genom att följa dessa åtgärder säkerställdes att studien genomförs på ett etiskt sätt, med respekt för deltagarnas och patienternas integritet och rättigheter.

# RESULTAT

## Primärvårdsläkare

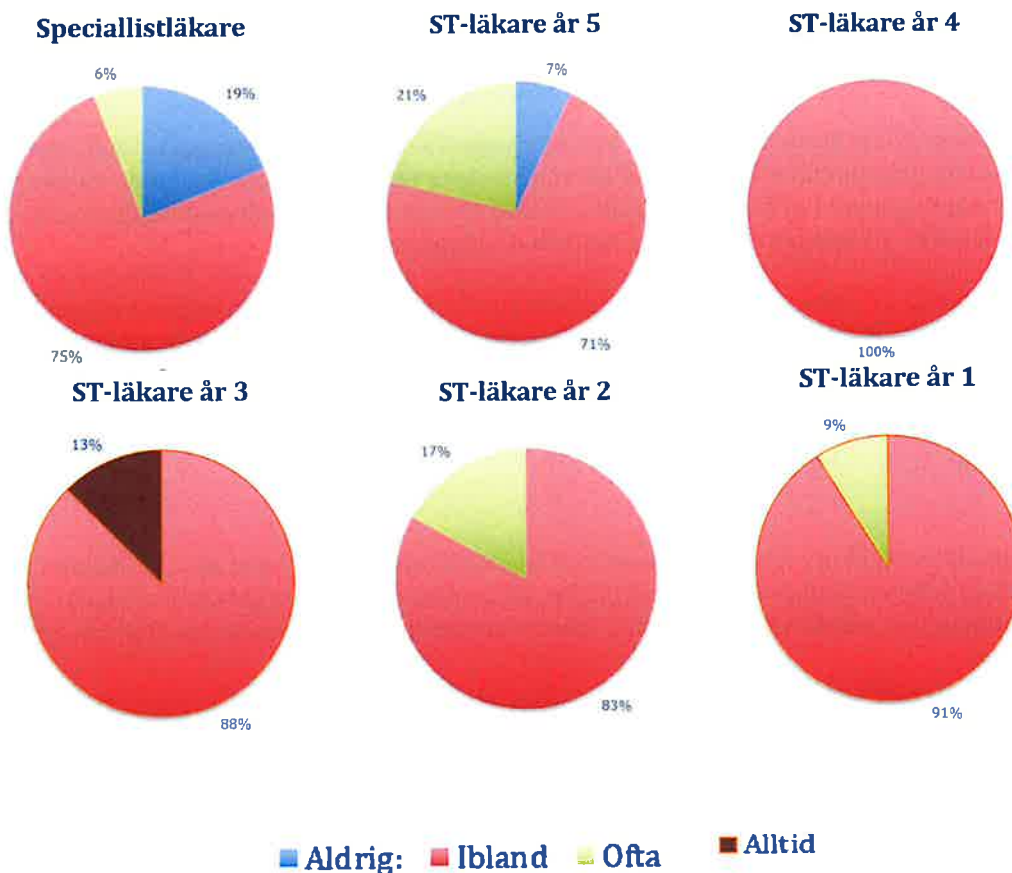
Totalt 62 läkare besvarade enkäten, varav 25,8% är specialistläkare och 22,6% erfarna ST-läkare (år 5) (Graf 1). Övriga utgörs av ST-läkare år 4 (11,3%), år 3 (12,9%), år 2 (9,7%) och år 1 (17,7%)

Graf 1. Fördelning av läkare som svarade på enkäten.



Av totalt 62 läkare uppger en klar majoritet (80,6%) att de ibland upplever svårigheter med att bedöma vårdnivå och prioritet. Sju läkare (11,3%) uppger att det ofta är svårt, medan endast en läkare (1,6%) menar att det alltid är svårt. Endast fyra läkare (6,5%) anger att de aldrig upplever svårigheter i denna bedömning. Hur fördelningen ser ut inom gruppen baserad på erfarenhetsnivå illustreras nedan i graf 2.

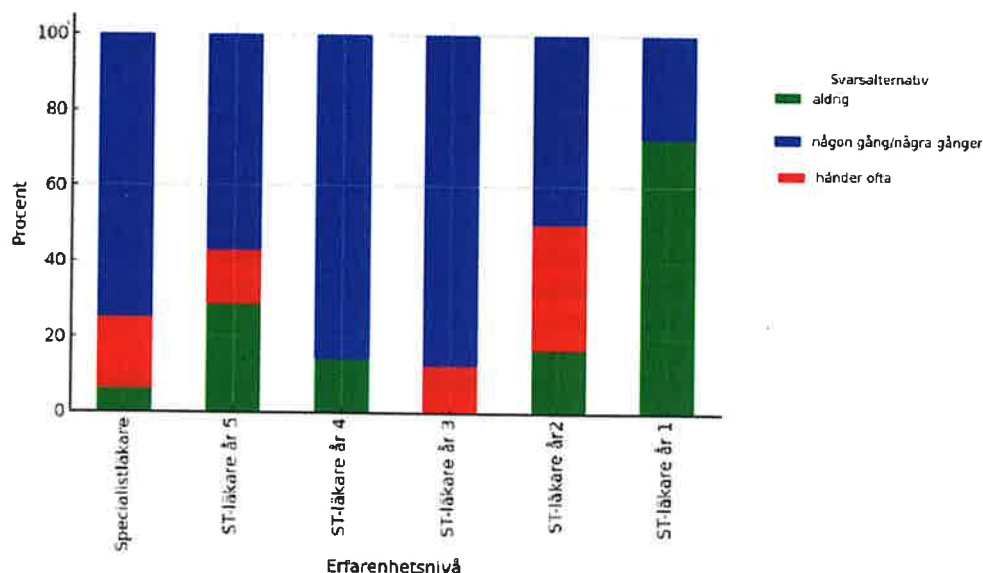
Graf 2. Upplevd svårighet att bedöma vårdnivå efter erfarenhetsnivå



Specialistläkare, som utgör den mest erfarna gruppen i studien, uppger i störst utsträckning att de *ibland* eller *aldrig* upplever svårighet att bedöma vårdnivå och prioritet vid ambulanspåkallande. Majoriteten anger att det *ibland* kan vara svårt, medan endast ett fåtal svarar att det *ofta* är svårt. Ingen specialistläkare uppger att det alltid är svårt. Bland ST-läkare i senare del av utbildningen, det vill säga år 4 och 5, uppger de flesta att det *ibland* är svårt att bedöma vårdnivå, några få anger att de *aldrig* upplever svårigheter men även i denna grupp är det ingen som upplever att det alltid är svårt. Hos ST-läkare i de tidigare åren av utbildningen (år 1–3) uppger majoriteten att det *ibland* upplevs svårt. I denna grupp är det ingen som väljer aldrig samtidigt som en av läkarna i år 3 upplever att korrekta bedömningar alltid är förknippad med svårighet.

En majoritet av läkarna (62,9 %) uppger att de någon eller några gånger har behövt förklara eller försvara sin bedömning av vårdnivå, medan 12,9 % menar att detta händer ofta. Endast 24,2 % uppger att de aldrig blivit ifrågasatta.

Graf 3. Ifrågasättande av läkares prioriteringsbedömning – fördelat efter erfarenhetsnivå



Resultaten visar variation i upplevelsen av ifrågasättande av prioriteringsbedömningar beroende på erfarenhetsnivå. Bland *specialistläkare* uppger en majoritet att de någon gång eller några gånger har blivit ifrågasatta, samtidigt som en betydande andel rapporterar att detta händer ofta. Få uppger att de aldrig har blivit ifrågasatta.

Även bland *ST-läkare i slutet av sin utbildning* (år 5) är andelen som upplevt ifrågasättande, både enstaka gånger och ofta, relativt hög, medan färre anger att de aldrig upplevt detta.

För *ST-läkare i år 3 och 4* är det vanligast att ha blivit ifrågasatt någon gång eller några gånger, men det är färre i år 3 och ingen av läkarna i år 4 som uppger att det sker ofta, jämfört med mer seniora kollegor.

Intressant nog liknar fördelningen av svar bland *ST-läkare i år 2* den hos *ST-läkare i år 5*. I båda grupperna uppger en knapp majoritet att de *ibland* blivit ifrågasatta i samband med bedömning av vårdnivå och prioritet, följt av en mindre andel som svarar ofta och därefter aldrig.

Den tydligaste skillnaden ses dock hos *ST-läkare i år 1*, där majoriteten anger att de aldrig har blivit ifrågasatta.

## Larmoperatörer

Totalt sju larmoperatörer deltog i enkätstudien. Deltagarnas erfarenhet, bakgrund och utbildning varierade. Två av respondenterna hade >5 års erfarenhet i rollen, fyra hade mellan 1–5 års erfarenhet, och en deltagare hade arbetat <1 år som larmoperatör.

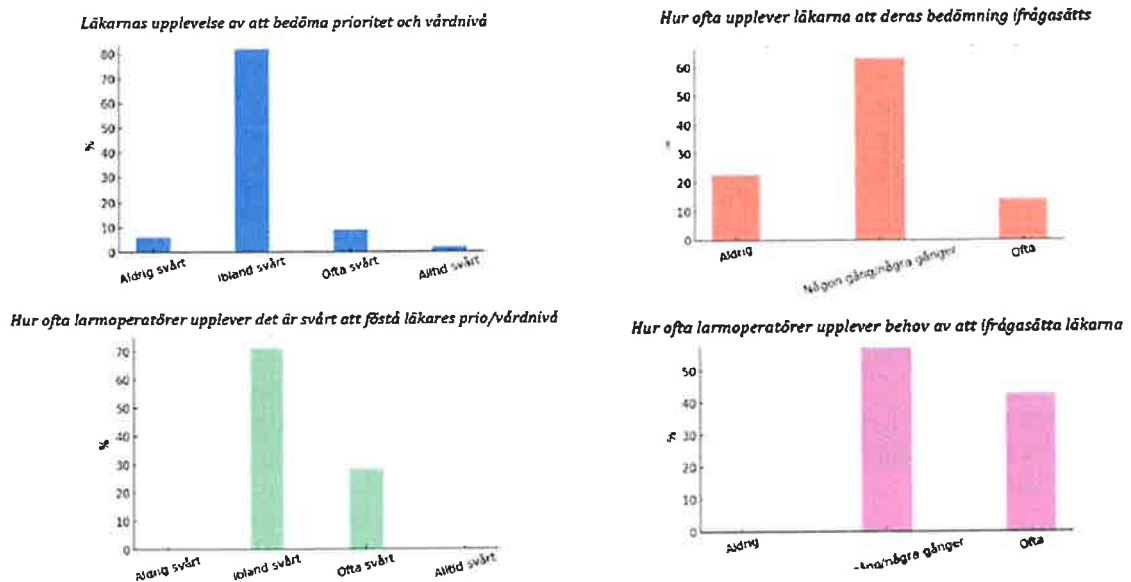
I fråga om yrkesbakgrund bestod gruppen av fyra undersköterskor, en undersköterska med specialistutbildning samt två sjuksköterskor med specialistutbildning.

Av de sju larmoperatörerna uppger drygt två tredjedelar (71,4 %) att det *ibland* är svårt att förstå eller instämma i läkares bedömning av vårdnivå vid ambulansutryckning och en tredjedel (28,6 %) att det *ofta* är det. Samtliga har också upplevt att de behövt förklara eller ifrågasätta en läkares prioritering, där 42,9 % uppger att detta sker ofta och 57,1 % att det sker ibland.

Tabell 3. Operatörers upplevelse av svårigheter i bedömning

Kategori	Ofta (%)	Ibland/någon gång (%)	Aldrig
Svårt att instämma i läkarbedömning	28,6	71,4	0
Behov av att ifrågasätta prioritet	42,9	57,1	0

Graf 4. Jämförelse av utmaning med bedömning och prioritering: läkare vs. larmoperatörer



# Patientfall 1

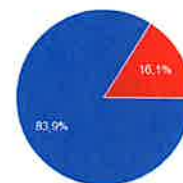
Tabell 4. Patientfall 1

Kategori	Läkare (utökad information)	Larmoperatörer (telefonsamtal)
<b>Grundinformation</b>	80-årig kvinna med Alzheimers. Pneumoni, behandlas med Kåvepenin sedan 6 dagar. Försämrad senaste dygnet. Agitation, oro, utåtagerande, heshet, andfäddhet, feber (38 °C).	Samma grundinformation: Försämring senaste dygnet, agitation, oro, andfäddhet, feber (38 °C).
<b>Status/undersökning</b>	Takypné (25–28/min), POX 76–83 %, sparkar/slår, blek, kall och torr perifert. Cor/pulm svårbedömt p.g.a. bristande medverkan.	Vaken, andas själv, snabbandad och andfädd. Ingen undersökning på plats.
<b>Labvärden</b>	CRP 250, Hb 89, LPK 15,9, TPK 654, EVF 0,297, erythrocyter 3,1. Urinsticka ej möjlig.	Inga laboratorievärden tillgängliga.
<b>Informationsväg</b>	Bedömning sker efter klinisk undersökning och journalgenomgång.	Information inhämtas via telefon från sjuksköterska på SÄBO.
<b>Beslutsunderlag</b>	Bedömning utifrån status, lab, vitalparametrar och klinisk erfarenhet.	Bedömning enligt fastställda protokoll och flödesscheman.

**Läkare:** Totalt deltog 62 läkare i bedömningen av det aktuella patientfallet. Av dessa ansåg 90 % (n = 56) att patienten var i behov av akut sjukhusvård. Ambulans rekommenderades av 86% medan sjuktransport föreslogs av 12,2% och resterande 1,8% uppgav andra alternativ. Totalt 83,9% bedömde att det fanns vårdbehov under transport.

Behov av vård under transport?

56 svar



● Ja  
● Nej

När det gäller prioritering angav 37 % av läkarna Prio 1, medan 63 % bedömde fallet som Prio 2. Den vanligast angivna tidsramen för transport till sjukhus var 20–60 minuter (53,6%), följt av 60–120 minuter (35,7 %). En mindre andel bedömde att en längre tidsram var acceptabel (2–6 timmar: 7,1%), medan endast 1,8% angav ett mycket kort (<10–20 minuter) eller mycket långt (>6 timmar) tidsintervall. Endast 25% (n=14) angav en tidsram och prio som överensstämde.

**Larmoperatörer:** Bland de sju larmoperatörer som deltog i studien bedömde 85,7 % (6 av 7) att patienten var i behov av akutsjukvård. Ambulans rekommenderades i 83,3 % av dessa fall (5 av 6), medan sjuktransport föreslogs i ett fall (16,7%). En av respondenterna (14,3 %) valde att hänvisa patienten till ett närsjukvårdsteam inom ett dygn. Fem av sex larmoperatörer (83,3%) som bedömde att det fanns ett behov av akut sjukvård angav Prio 2, medan en (16,7%) angav Prio 4. När det gäller uppskattad tidsram för att patienten skulle nå sjukhus angav en operatör <10–20 minuter, tre angav 20–60 minuter, och två angav 60–120 minuter. Totalt 50% (n=3) uppgav en tidsram som överensstämde med prionivå.

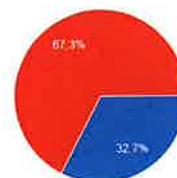
## Patientfall 2

Tabell 5. patientfall 2

Kategori	Läkare (utökad information)	Larmoperatörer (telefonsamtal)
<b>Grundinformation</b>	79 årig man, Diabetes typ 1 sedan 1977, hjärtsjukdom – följs via medicinmottagning	79 årig man. Diabetes typ 1 sedan 1977, hjärtsjukdom – följs via medicinmottagning
<b>Aktuell vårdkontakt</b>	Söker vårdcentral för erysipelas – bedöms av DSK som kontaktar läkare	Anhörig har kontaktat vårdcentral, därefter ringt 112
<b>Symtom (subjektiva)</b>	Svullnad, tung andning, ev. nedsatt aptit, växlande klåda – patienten upplever sig inte sjuk	Tungandad, uppfattas lugn
<b>Status (objektivt)</b>	Svullen buk och ben, pittingödem, BT 98/52, POX 94%, AF 22, lätt takykardi, krepitationer i lungor, ej helt orienterad, temp 36,7	hög puls, rodnad och svullnad ovanför knän, lätt förvirrad, vaken och andas självingen feber
<b>Labvärden</b>	SR 120, CRP 45, Hb 93, Krea 134, eGFR 39 (från föregående vecka)	Ej tillgängligt
<b>Psykiskt status</b>	Ej orienterad till person/datum, annars lugn och ej psykotisk	Uppfattas som lite förvirrad men lugn
<b>Vem kontaktar SOS- alarm?</b>	Distriktssköterska efter bedömning på plats av läkare	Anhörig/bekant ringer 112
<b>Beslutsunderlag</b>	Bedömning utifrån status, lab, vitalparametrar och klinisk erfarenhet.	Bedömning enligt fastställda protokoll och flödesscheman.

**Läkare:** Totalt 62 läkare bedömde det aktuella patientfallet. En tydlig majoritet (n=55; 88,7 %) bedömde att patienten var i behov av akut sjukhusvård. Bland de läkare som ansåg att akutsjukhusvård krävdes, var ambulans det mest rekommenderade transportsättet (49,1 %), följt av sjuktransport (36,4 %) och sittande sjukresa (9,1 %). Endast en mindre andel (5,4 %) föreslog andra lösningar, såsom egen bil, kollektiva färdmedel, taxi eller transport med anhörig. Endast 32,7% av läkarna bedömde att det finns behov av vård under transport.

Behov av vård under transport?  
55 svar



● Ja  
● Nej

Bland de prioriteringsbedömningar som gjorts är Prio 2 det klart dominerande alternativet och anges av 38 (69,1 %) av läkarna. Prio 1 valdes av elva läkare (20 %), Prio 3 rekommenderades av fyra läkare (7,2 %), medan Prio 4 (vårdbehov inom ett dygn) angavs av två respondenter (3,6 %).

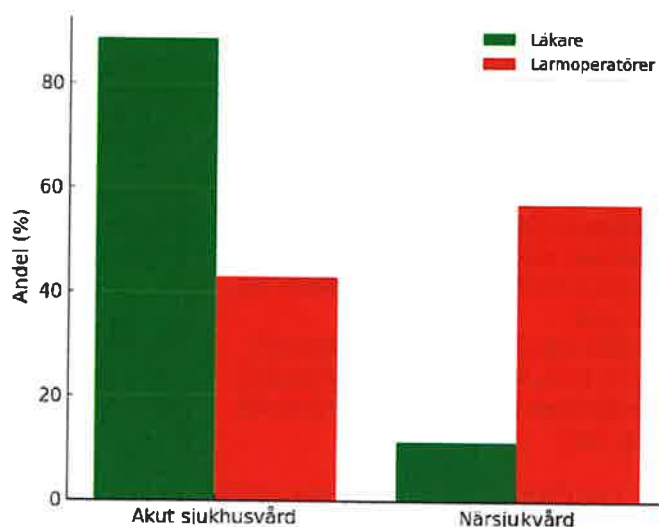
I 14 av 55 fall (25,4%) stämde prioritet och tidsram överens med gällande dessa riktlinjer, medan 41 fall (74,6 %) visade på avvikelser. Exempelvis kombinerades prio 1 och prio 2 med en för lång uppskattad transporttid

**Larmoperatörer:** Av de sju larmoperatörer som deltog ansåg 42,9 % (3 av 7) att patientens tillstånd krävde akut sjukhusvård. Övriga 57,1 % ansåg att patienten inte var i behov av akutsjukhusvård. Dessa bedömningar motiverades med att insatser från närsjukvårdsteam under samma dag eller nästkommande dag bedömdes vara tillräckliga.

Av de tre som bedömde att det fanns behov av akut sjukhusvård hade två tydligt angiven prioritet som stämde överens med angiven tidsram för transport med ambulans till sjukhus. En respondent angav Prio 1 med en tidsram på <10–20 minuter, en respondent bedömde fallet

som Prio 2 med angiven tidsram 20–60 minuter. Den tredje respondenten angav Prio 4 och sjuktransport som transportsätt men med en tidsram på 60–120 minuter.

Graf 6. Bedömning av vårdbehov mellan läkare och larmoperatörer för patientfall 2



### Patientfall 3

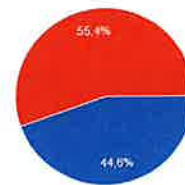
Tabell 6. patientfall 3

Kategori	Läkare (utökad information)	Larmoperatörer (telefonsamtal)
<b>Grundinformation</b>	32 årig man, stänk av avfettningsmedel i båda ögonen. Mannens kollega har med produktens förpackning. Händelsen inträffade för några minuter sedan, patienten har sköljt ögonen sedan dess och växelvis under 10 minuters bilfärd. Smärta och sveda när sköljningen pausas. Ingen visuspåverkan.	32-årig man ringer med ögonskada – Fick nyligen avfettningsmedel i ögonen på jobbet. Har sköljt sedan dess, men smärta kvarstår vid paus.
<b>Status/undersökning</b>	AT kompenserad, cor/pulm ua, ögonstatus: kraftig kärinjektion, rodnad, riklig vattmig sekretion och ljuskänslighet, men ingen uppenbar visuspåverkan. Information om produktens pH (nära 14) från Giftinformationscentralen eftersom man har med sig förpackningen – hög risk för kemisk skada.	Vaken och klar. Kraftig rodnad i ögonen riklig vattmig sekretion, ljuskänslighet och smärta (särskilt när sköljning pausas) i ögonen men ingen uppenbar synpåverkan.
<b>Informationsväg</b>	Bedömning sker efter klinisk undersökning, samtal med giftinformation.	Information inhämtas via telefon från patient.
<b>Beslutsunderlag</b>	Bedömning utifrån status, vitalparametrar och klinisk erfarenhet.	Bedömning enligt fastställda protokoll och flödesscheman.

**Läkare** Av 62 svarande bedömde 90,3% (n=56) att patienten var i behov av akut sjukhusvård. Endast ett fåtal respondenter ansåg att vårdbehovet kunde tillgodoses utan sjukhustransport. Av de 56 läkare som bedömde att patienten behövde sjukhusvård ansåg 44,6 % att vård eller övervakning under transporten var nödvändig, medan strax över hälften inte såg något sådant behov.

Behov av vård under transport?

56 svar



● Ja  
● Nej

Föreslaget transportsätt varierade men fördelade sig enligt följande:

Ambulans rekommenderades i 33,9 % av fallen, medan 28,6 % föreslog transport med egen bil, kollektivtrafik, taxi eller anhörig. Sjuktransport angavs som lämpligt alternativ i 19,6 % av svaren och sittande sjukresa i 7,1 %. Övriga alternativ, olika fritextsvar, utgjorde 10,8 %.

Ett något oväntat fynd är att 44,6 % av respondenterna ansåg att patienten var i behov av vård och/eller övervakning under transporten, samtidigt som endast 33,9 % valde att tillkalla ambulans – vilket är det enda transportsättet där sådan övervakning och vård faktiskt kan erbjudas.

När det gäller skattad bråttomhetsgrad till sjukhus uppgav 46% (n=26) att patienten borde hanteras med Prio 1, medan 45% (n=25) angav Prio 2. Resterande 9% (n=5) använde antingen kombinationer av prioritetsnivåer (t.ex. "Prio 1–2") eller fritextsvar såsom "vet inte".

Bland läkarna var överensstämmelsen mellan angiven prioritet och uppskattad tidsram, i enlighet med etablerade riktlinjer, endast 39,3%.

**Larmoperatörer:** Av totalt sju larmoperatörer bedömde sex (85,7 %) att patienten behövde transport till akutsjukhus. Av dessa angav fem (83,3%) att vård under transport eller övervakning behövdes.

Samtliga sex respondenter som bedömde att patienten behövde akut sjukhusvård angav Prio 2, dvs en 100%-ig enighet om prioritet. Överensstämmelse mellan angivna prioriteringen och den uppgivna tidsramen enligt gällande riktlinjer fanns i 4 av 6 fall (67%) medan 2 bedömningar avvek från riktlinjer, där tidsramen var för kort eller lång i förhållande till vald prioritet.

---

## **DISKUSSION**

Resultaten från denna studie visar att bedömning av vårdnivå och prioritet vid ambulanspåkallande är en komplex och utmanande process för både läkare och larmoperatörer. Ett tydligt fynd i studien är att bedömningen av vårdnivå och prioritet utgör en återkommande utmaning, främst för läkare inom primärvården. Svaren från larmoperatörer indikerar samtidigt en utbredd upplevelse av oenighet eller oklarhet kring förståelsen av läkares bedömningar. En majoritet av läkarna uppger att de ibland eller ofta upplever osäkerhet i sina beslut, särskilt ST-läkare i utbildningens inledande faser (år 1–3), vilket understryker behovet av tidigt kliniskt stöd och tydliga riktlinjer i början av specialistutbildningen (17,18).

Mot denna bakgrund är det lätt att föreställa sig situationer där tolkningsglapp uppstår mellan professionerna – något som bekräftas av studiens resultat. Dessa skillnader kan delvis förklaras av skilda informationsunderlag: läkare har tillgång till fler kliniska parametrar och använder sin medicinska erfarenhet, medan larmoperatörer arbetar utifrån strukturerade flödesscheman och telefonbaserad information (21,22). Denna diskrepans kan leda till friktion mellan aktörerna, vilket i sin tur kan påverka vårdkedjans effektivitet (19,20).

Denna osäkerhet inom läkargruppen tenderar att minska i takt med ökad klinisk erfarenhet. ST-läkare i tidig fas rapporterar större osäkerhet, medan specialistläkare generellt upplever större trygghet i sina bedömningar. Detta följer en förväntad utveckling av professionell mognad (24) och stöder antagandet att klinisk trygghet byggs genom successiv exponering för akuta situationer, ackumulerad medicinsk kunskap och återkommande handledning (24,25). Att ST-läkare i år 1 var den enda gruppen där en majoritet aldrig hade blivit ifrågasatt av larmoperatörer kan också förstås i detta sammanhang. Det kan dels spegla att de i högre utsträckning arbetar under handledning, dels att de ännu inte regelbundet bär ansvar för självständiga prioriteringsbeslut – samt att de helt enkelt inte hunnit utsättas för tillräckligt många liknande situationer tidigt i sin karriär.

Det betonar vikten av en strukturerad introduktion till triagebedömning samt tillgång till kliniska beslutsstöd redan tidigt i ST-utbildningen.

Det är dock viktigt att betona att även om den rapporterade svårigheten verkar minska något med ökad klinisk erfarenhet och professionell mognad, visar resultaten att även erfarna läkare ibland upplever svårigheter i bedömningarna och blir ifrågasatta, vilket tyder på att problemet är komplext och påverkas av fler faktorer än enbart erfarenhetsnivå (26). Möjligtvis kan detta antyda att det inte bara är erfarenhet i form av ackumulerad medicinsk kunskap och förtrogenhet med riktlinjer som är avgörande, utan även en gradvis utvecklad förmåga att hantera osäkerhet i kliniska situationer. Tidigare forskning har visat att "tolerance for uncertainty" är en central aspekt av professionell mognad, där läkare successivt utvecklar en kognitiv och emotionell förmåga att fatta beslut även i situationer där informationen är begränsad eller tvetydig (27,28). Mognadsprocessen kan därmed inkludera en ökad acceptans för osäkerhetsmoment och en förståelse för att kliniskt beslutsfattande ofta sker i gråzoner där entydiga svar saknas (27,28,29).

### **Fallanalys:**

Analysen av de tre patientfallen visar återkommande mönster i hur läkare och larmoperatörer bedömer vårdbehov, prioritet och transportform, likheter mellan grupperna – men också tydliga skillnader som speglar professionernas olika arbetsvillkor och beslutsunderlag.

I samtliga fall var läkare mer benägna än larmoperatörer att bedöma att patienten behövde akutsjukhusvård. Denna skillnad var särskilt tydlig i patientfall 2, där 88,7 % av läkarna men endast 42,9 % av operatörerna ansåg att akut sjukhusvård var motiverad. I de andra två fallen

var överensstämelsen högre (runt 85–90 % i båda grupper), vilket antyder att samsynen är större vid tydligare och mer potentiellt akuta symptom (som hypoxi eller kemisk ögonskada), medan mer diffusa patientfall eller gränsfall (som i patientfall 2) ger upphov till större variation i bedömningarna. Det är troligt att tillgång till klinisk information, såsom labvärden, fysisk status och tidigare erfarenhet från liknande fall, stärker läkarnas beslutskraft jämfört med operatörernas telefonbaserade bedömningar där det sällan eller inte alls förekommer öppna frågor efter den initiala introduktionen i början av samtalet, vilket bekräftas i tidigare studier som gjordes från sköterskors perspektiv (21,22).

Läkare visade större variation och högre benägenhet att använda Prio 1, särskilt i patientfall 3 (46 %) och patientfall 1 (37 %). Larmoperatörer var däremot betydligt mer återhållsamma med högsta prioritet, vilket i samtliga fall resulterade i en tydlig överrepresentation av Prio 2 (83–100 %). Denna skillnad kan spegla en försiktighetsprincip i operatörernas protokoll, där Prio 1 används restriktivt, medan läkare i högre grad väger in kliniska nyanser, riskfaktorer och differentialdiagnoser. I patientfall 2, där patientens tillstånd var mer komplext men inte uppenbart livshotande, framträder detta tydligt: läkare använde Prio 1 i 20 % av fallen, medan ingen larmoperatör gjorde det. Ett återkommande problem i samtliga fall är att överensstämelsen mellan angiven prioritet och föreslagen tidsram till sjukhus ofta brister. Mot denna bakgrund kan det inte heller uteslutas att en del av de högre prioriteringar som gjorts av läkare delvis kan förklaras av bristande kunskap om vilka tidsramar de olika prioritetsnivåerna faktiskt motsvarar.

Endast 25–39 % av läkarbedömningarna var i linje med gällande riktlinjer, medan larmoperatörerna uppvisade högre överensstämmelse (50–67 %). Detta tyder på att larmoperatörernas beslut, även om de i jämförelse med läkarna uppfattas mer restriktiva, är mer strukturellt kalibrerade mot de protokoll som används. Det kan samtidigt vara en indikator på att läkare i större utsträckning gör kliniskt baserade bedömningar där riktlinjer tolkas flexibelt utifrån kontext och erfarenhet (30,31). Att denna flexibilitet medför inkonsekvens är dock en potentiell risk för vårdkedjans effektivitet och samordning, särskilt i fall där transportkapacitet och resurser är begränsade.

En möjlig förbisedd omständighet är att det i praktiken nästan enbart är primärvårdsläkare som regelbundet behöver fatta beslut om ambulanspåkallande och prioritetsnivå, och gör detta oftast ensam under stressade situationer. Det är ovanligt, eller förekommer ej att exempelvis sjukhusspecialister som kardiologer eller hudläkare initierar ambulanstransport till annan vårdenhet. Det är därför inte självklart att läkare generellt, oavsett specialitet eller verksamhetsområde, har fullständig kännedom om vad de olika prioritetsnivåerna faktiskt innebär i form av tidsramar. I många vårdkontexter får detta sällan praktiska konsekvenser, men i primärvården – där läkaren ofta är den som initierar ambulanspåkallande – kan bristande samsyn leda till påtagliga följder. Om en allmänläkare exempelvis bedömer att transport kan ske inom 20–60 minuter men samtidigt anger Prio 1, innebär detta att en uttryckning med blåljus och särskild dirigering genomförs. Det är ofta i sådana situationer som ifrågasättanden från larmoperatörer uppstår och där konflikter kan uppstå kring bedömningens rimlighet. Denna problematik återspeglas även i studiens resultat, där överensstämelsen mellan angiven prioritet och föreslagen tidsram visade sig vara låg i läkargruppen – något som i sin tur kan påverka samverkan och effektiv resursanvändning i den prehospitala vårdkedjan.

Liknande inkonsekvens återfinns i samspelet mellan bedömt vårdbehov under transport och föreslagen transportform. I patientfall 3 ansåg 44,6 % av läkarna att övervakning var nödvändig, men endast 33,9 % valde ambulans – det enda transportsätt som möjliggör detta. Även i patientfall 1 sågs avvikande mönster mellan behov och val. Detta tyder på viss

osäkerhet kring tolkningen av begreppet ”vård under transport” och understryker att variationen inte enbart gäller prioritet och tidsram, utan även transportval.

Skillnaderna i bedömning mellan yrkesgrupperna tycks i hög grad spegla olika arbetssätt: läkare baserar sina beslut på klinisk helhetsbedömning, medan larmoperatörer följer fastställda flödesscheman och kriterier. Detta ger läkarbedömningarna större flexibilitet som i en positiv tolkning lämnar utrymme för mer nyanserade bedömningar, men också mer variation och sämre strukturell följsamhet som om man vill betrakta med mer negativt synsätt riskera att bli godtyckligt och ojämnt. Operatörernas mer konsekventa men ibland rigidare bedömningar innebär å andra sidan en högre intern samstämmighet, men riskerar att missa kliniska nyanser. Dessa kontraster understryker behovet av bättre gemensam utbildning, samverkansrutiner och samsyn kring bedömningskriterier.

## **Metoddiskussion**

Studiens upplägg, där två yrkesgrupper bedömde samma men informationsmässigt anpassade patientfall, är en av dess stora styrkor. Genom att använda verkliga, aidentifierade patientfall säkerställs klinisk relevans, och skillnaden i tillgång till information mellan grupperna strävar efter att spegla deras verkliga arbetsförutsättningar.

Att läkare och larmoperatörer fick olika mycket information är metodologiskt motiverat men medför att skillnader i bedömningar kan bero både på yrkesroll och på informationsmängd. Det bör alltså beaktas vid tolkning av resultaten. Användningen av vinjetter har i tidigare forskning visat sig vara ett effektivt sätt att undersöka beslutsfattande, men med erkända begränsningar i validitet och generaliserbarhet (32,33).

En annan styrka är att studiepopulationen inkluderade deltagare med olika utbildnings- och erfarenhetsnivå, vilket möjliggör en jämförelse av hur upplevelsen av osäkerhet och bedömningssvårigheter kan variera beroende på grad av klinisk erfarenhet. Dock är urvalsstorleken –bland larmoperatörer – en tydlig begränsning, vilket påverkar den statistiska styrkan och möjligheten att generalisera resultaten.

En annan möjlig begränsning är att distributionen av enkäten via nätverk och riktade utskick kan ha lett till viss urvalsbias. Sammanfattningsvis ger studiens design god inblick i hur yrkesgrupperna resonerar kring prioritering och vårdnivå, men resultaten måste tolkas med viss försiktighet på grund av urvalets storlek, informationsasymmetri och den korta insamlingstiden.

---

## **KONKLUSION**

Bedömningsprocessen vid behov av ambulanspåkallande är komplex och påverkas av faktorer som yrkesroll, klinisk erfarenhet och tillgång till information. Denna studie visar att läkare, oavsett erfarenhetsnivå, i majoriteten av fallen upplever viss osäkerhet och att deras bedömningar ibland ifrågasätts – vilket belyser ett återkommande dilemma i det prehospitala beslutsfattandet.

De tre patientfallen illustrerar att läkare tenderar att göra mer akuta och varierade prioriteringsbedömningar, medan larmoperatörer uppvisar en högre grad av intern samstämmighet men en mer restriktiv användning av Prio 1. Läkargruppen uppvisade också en lägre överensstämmelse mellan vald prioritet och föreslagen tidsram jämfört med larmoperatörerna, även om variationer och avvikelser förekom i båda grupper. Den observerade variationen tyder på att det kan finnas bristande kunskap och konsensus, inte bara mellan läkare och larmoperatörer utan även inom grupperna. Detta aktualiserar behovet av fördjupad kunskap om hur prioritetsnivåerna faktiskt implementeras och operationaliseras i klinisk praxis. Det är möjligt att samsynen kring prioriteringssystemets praktiska innebörd – särskilt vad gäller kopplingen mellan prio-nivåer och acceptabla tidsramar för transport – skulle kunna förbättras genom tydligare, mer lättillgängliga och utbildningsanpassade riktlinjer

Trots dessa skillnader identifieras också en betydande samsyn mellan yrkesgrupperna i deras bedömningar kopplat till patientfallen, särskilt vid tillstånd med tydligt mer akut symtombild. I patientfall 1 och 3, där tillstånden bedömdes som potentiellt mer akuta, var enigheten om behovet av akutsjukhusvård och prioritet påtaglig. I kontrast visar patientfall 2 – som beskriver en multisjuk patient med ospecifika symtom – större spridning i bedömningarna, vilket speglar hur komplexa och tolkningstäta situationer ökar risken för divergerande beslut.

Att belysa komplexiteten i dessa bedömningar – i relation till patienter med multisjuklighet och utan tydlig akut symtombild – är ett av studiens grundläggande och uttalade syften. Särskilt då denna patientgrupp utgör en betydande andel av dem som söker vård i primärvård eller jourcentraler snarare än vid akutsjukhus.

Det är i nuläget oklart huruvida framtagandet av gemensamma beslutsstöd utgör ett ändamålsenligt verktyg ur ett primärvårdsperspektiv. Denna studie ger visst stöd för att läkare upplever bedömningar av vårdnivå och prioritet som utmanande, men det går inte att dra några entydiga slutsatser om huruvida ytterligare beslutsstöd skulle upplevas som ett stöd eller som en administrativ belastning

Studien kan dock tjäna som ett underlag för vidare och fördjupade studier och fördjupad forskning, där beslutsstödens potentiella nytta och begränsningar i den kliniska vardagen systematiskt kan belysas. Den kan även bidra till att synliggöra behovet av ytterligare studier kring samverkan mellan primärvård och larmcentral – en samverkan som är central för att säkerställa att rätt vårdnivå erbjuds, i rätt tid, till rätt patient.

## REFERENSER

1. Blodgett, J., Robertson, D., Pennington, E., Ratcliffe, D., & Rockwood, K. (2021). Alternatives to direct emergency department conveyance of ambulance patients: a scoping review of the evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 4.
2. Lockhart E, Hawker GA, Ivers NM, O'Brien T, Mukerji G, Pariser P, m.fl. Engaging primary care physicians in care coordination for patients with complex medical conditions. *Can Fam Physician Med Fam Can*. april 2019;65(4):e155–62.
3. Tam HL, Chung SF, Lou CK. A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emerg Med* [Internet]. december 2018 [citerad 25 maj 2024];18(1):58. Tillgänglig vid: <https://bmccemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-018-0215-0>
4. El Ayadi H, Desai A, Jones RE, Mercado E, Williams M, Rooks B, m.fl. Referral Rates Vary Widely Between Family Medicine Practices. *J Am Board Fam Med* [Internet]. november 2021 [citerad 25 maj 2024];34(6):1183–8. Tillgänglig vid: <http://www.jabfm.org/lookup/doi/10.3122/jabfm.2021.06.210213>
5. Trinh P, Hoover DR, Sonnenberg FA. Time-of-day changes in physician clinical decision making: A retrospective study. Iannello P, redaktör. *PLOS ONE* [Internet]. 17 september 2021 [citerad 25 maj 2024];16(9):e0257500. Tillgänglig vid: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0257500>
6. Hitchcock T. Observational study of prehospital delays in patients with chest pain. *Emerg Med J* [Internet]. 01 maj 2003 [citerad 26 april 2024];20(3):270–3. Tillgänglig vid: <https://emj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/emj.20.3.270>
7. Khorram-Manesh A, Lennquist Montán K, Hedelin A, Kihlgren M, Örtenwall P. Prehospital triage, discrepancy in priority-setting between emergency medical dispatch centre and ambulance crews. *Eur J Trauma Emerg Surg* [Internet]. februari 2011 [citerad 26 april 2024];37(1):73–8. Tillgänglig vid: <http://link.springer.com/10.1007/s00068-010-0022-0>
8. Eliasson P, Wester L. Diskrepans mellan vårdbehov och erhållen vård: Remitterade ambulansuppdrag mellan primärvård och akutsjukhus. En registerstudie.
9. Hjalte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care: *Eur J Emerg Med* [Internet]. juni 2007 [citerad 26 april 2024];14(3):151–6. Tillgänglig vid: <http://journals.lww.com/00063110-200706000-00006>
10. Sorensen B, Hunskaar S. Point-of-care ultrasound in primary care: a systematic review of generalist performed point-of-care ultrasound in unselected populations. *Ultrasound J* [Internet]. december 2019 [citerad 25 maj 2024];11(1):31. Tillgänglig vid: <https://theultrasoundjournal.springeropen.com/articles/10.1186/s13089-019-0145-4>

11. Soltan M, Kim M. The ABCDE approach explained. *BMJ* [Internet]. 24 oktober 2016 [citerad 25 maj 2024];i4512. Tillgänglig vid: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/sbmj.i4512>
12. Peran D, Kodet J, Pekara J, Mala L, Truhlar A, Cmorej PC, m.fl. ABCDE cognitive aid tool in patient assessment – development and validation in a multicenter pilot simulation study. *BMC Emerg Med* [Internet]. december 2020 [citerad 25 maj 2024];20(1):95. Tillgänglig vid: <https://bmccemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-020-00390-3>
13. Iloson C, Praetorius Björk M, Möller A, Sundfeldt K, Bernhardsson S. Awareness of somatisation disorder among Swedish physicians at emergency departments: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry* [Internet]. 21 mars 2024 [citerad 27 maj 2024];24(1):223. Tillgänglig vid: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-024-05652-z>
14. WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. [citerad 25 maj 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
15. Hintze M. Viewing the GDPR through a de-identification lens: a tool for compliance, clarification, and consistency. *Int Data Priv Law* [Internet]. 01 februari 2018 [citerad 25 maj 2024];8(1):86–101. Tillgänglig vid: <https://academic.oup.com/idpl/article/8/1/86/4763693>
16. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2002. 17 s.
17. Serrander M, Cizinsky S, Pukk Härenstam K, Almquist M, Axelsson M, Holm H, Hultberg J. Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet; 2023. Tillgänglig från: [https://www.sls.se/globalassets/sls/halsa--sjukvard/dokument/rapport\\_sls\\_kkv-20230823.pdf](https://www.sls.se/globalassets/sls/halsa--sjukvard/dokument/rapport_sls_kkv-20230823.pdf)
18. Waller, A., Bryant, J., Bowman, A. et al. Junior medical doctors' decision making when using advance care directives to guide treatment for people with dementia: a cross-sectional vignette study. *BMC Med Ethics* 23, 73 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00811-x>
19. Beillon LM. Att värdera vårdbehov – ett kliniskt dilemma: En studie av nyttjandet av ambulanssjukvård i olika geografiska områden [doktorsavhandling]. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2010. Tillgänglig från: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:787102/FULLTEXT01.pdf>
20. Berlin J, Liff R. Framtidens alarmeringstjänst – Från rivalitet till partnerskap. Göteborg: Kommunforskning i Västsverige; 2023. (KFi-rapport nr 181). Tillgänglig från: <https://www.kfi.se/wp-content/uploads/2023/01/Berlin-Liff-2023-Framtidens-alarmeringstjanst-Fran-rivalitet-till-partnerskap.pdf>
21. Holmström, I. and Höglund, A.T. (2007), The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 1865-1871. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01839.x>
22. Ernesäter A, Engström M, Winblad U, Rahmqvist M, Holmström IK. Telephone nurses' communication and response to callers' concern--a mixed methods study. *Appl Nurs Res*. 2016 Feb;29:116-21. doi: 10.1016/j.apnr.2015.04.012. Epub 2015 Apr 30. PMID: 26856500.

23. Hjalte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Ambulanspersonalens bedömning av prioriteringsnivå vid utlarmning. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2007;22(5):392–398
24. Callaghan A, Kinsman L, Cooper S, Radomski N. The factors that influence junior doctors' capacity to recognise, respond and manage patient deterioration in an acute ward setting: An integrative review. *Aust Crit Care*. 2017 Jul;30(4):197-209. doi: 10.1016/j.aucc.2016.09.004. Epub 2016 Oct 7. PMID: 27726906.
25. Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. *et al*. Feedback in the clinical setting. *BMC Med Educ* 20 (Suppl 2), 460 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02280-5>
26. Patel VL, Arocha JF, Diermeier M, Greenes RA, Shortliffe EH. Methods of cognitive analysis to support the design and evaluation of clinical decision support systems. *J Biomed Inform*. 2001;34(1):52–66. doi:10.1006/jbin.2001.1014
27. Hancock J, Roberts M, Monrouxe L, Mattick K. Medical student and junior doctors' tolerance of ambiguity: development of a new scale. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2015 Mar;20(1):113-30. doi: 10.1007/s10459-014-9510-z. Epub 2014 May 20. PMID: 24841480.
28. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution? *N Engl J Med*. 2016 Nov 3;375(18):1713-1715. doi: 10.1056/NEJMp1606402. PMID: 27806221.
29. Ghosh AK. Understanding medical uncertainty: a primer for physicians. *J Assoc Physicians India*. 2004 Sep;52:739-42. PMID: 15839454.
30. Silvério Rodrigues D, Sousa PF, Basílio N, Antunes A, Antunes MDL, Santos MI, Heleno B. Primary care physicians' decision-making processes in the context of multimorbidity: protocol of a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2019 Apr 3;9(4):e023832. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023832. PMID: 30948566; PMCID: PMC6500233.
31. Schuler, K., Jung, IC., Zerlik, M. *et al*. Context factors in clinical decision-making: a scoping review. *BMC Med Inform Decis Mak* 25, 133 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12911-025-02965-1>
32. Mohan D, Fischhoff B, Farris C, Switzer GE, Rosengart MR, Yealy DM, Saul M, Angus DC, Barnato AE. Validating a vignette-based instrument to study physician decision making in trauma triage. *Med Decis Making*. 2014 Feb;34(2):242-52. doi: 10.1177/0272989X13508007. Epub 2013 Oct 14. PMID: 24125789; PMCID: PMC3948210.
33. Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., Stough, C. O., Canter, K. S., Robles, R., & Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.12.001>