

# Vem kan vänta på vård?

Skillnader i väntetid på ambulans mellan patienter  
från två socialt olika stadsdelar i en storstad  
relaterat till patientlidande

Författare

Ingela Wennman

Program/Kurs

Omvårdnad

Självständigt arbete II,

Avancerad nivå

OM 1650, VT 2009

Omfattning

15 hp

Handledare

Helle Wijk

Linda Johansson

Examinator

Leeni Berntsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien

*Godkänd 2010-02-03  
Leeni Berntsson*



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svenska)	VEM KAN VÄNTA PÅ VÅRD? Skillnader i väntetid på ambulans mellan patienter från två socialt olika stadsdelar i en storstad relaterade till patientlidande.
Titel (engelska):	WHO CAN WAIT FOR CARE? Differences in waiting time on ambulance between two different social areas in a big city related to patient suffering.
Arbetets art:	Självständigt arbete II, Avancerad nivå
Fristående kurs/kurskod	Omvårdnad Examensarbete II/OM1650
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Ingela Wennman
Handledare:	Helle Wijk Linda Johansson
Examinator:	Leeni Berntsson

#### ABSTRAKT

**Introduktion:** Att vänta på ambulans kan antas betyda ett vårdlidande för patienter. Det finns möjlighet för larmoperatören på SOS-Alarm att prioritera på ett sådant sätt att väntetiden varierar patienter emellan. Det är också möjligt för ambulanssjuksköterskan att fördröja tiden från det att uppdraget tilldelats till det att ambulansen startas. Tidigare forskning pekar på kopplingar mellan vårdlidande och väntan på vård. Föreliggande pilotstudie mäter skillnader i väntetid mellan två socialt skilda stadsdelar i Göteborg och relaterar väntetid i termer av vårdlidande.

**Syfte:** Att undersöka skillnader i väntetid på ambulans mellan patienter från två socialt olika stadsdelar i en storstad relaterat till vårdlidande.

**Metod:** En deskriptiv, jämförande, kvantitativ studie. Data är hämtad ur systemet Ambulink. Väntetiderna mättes på ett sådant vis att alla ambulanser var representerade i lika stor andel i de båda stadsdelarna. Data som analyserades var ett stratifierat underlag.

**Resultat:** Resultatet visade att fördröjningstider fanns inom samtliga larmtyper, 1, 2 och 3 (Urakut - ej akut). En stor andel patienter i båda stadsdelarna väntade längre än vad avtalet för ambulansorganisationen föreskrev, då det gällde fördröjningstid till att börja köra mot skadeplatsen. SOS-Alarm uppvisade också fördröjningstider, men hade i gällande avtal ingen specifik tid innan ambulans skulle tilldelas uppdraget. Anmärkningsvärt var att inom larmtypen 3, dvs. ej akutuppdrag, fördröjde ambulanssjuksköterskan tiden över avtalsgräns i 16,2 % av uppdragen till det socialt välbeställda området och i 47,6 % av uppdragen till det socialt utsatta området.

**Konklusion:** Resultatet i pilotstudien visar att det finns fördröjningstider i alla priogrupper i båda områdena, samt att det finns en stor skillnad i väntetid på ambulans inom larmtyp 3 till det socialt utsatta områdets nackdel. Tidigare forskning pekar på ett samband mellan vårdlidande och väntan på vård samt att patienterna beskriver att information och bemötande under väntan är en viktig markör för att lindra lidandet.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** To wait for an ambulance could be experienced as patient suffering. There is an opportunity for the individual emergency operator at the SOS-Alarm to prioritize in a way that waiting times vary between patients. It is also possible for the individual ambulance nurse to delay the time from the commission assigned until the ambulance starts. Previous research suggests that there is a link between patient suffering and waiting for care. This pilot study measures differences in the waiting time between two socially diverse geographical areas in Gothenburg and the related waiting period in terms of patient suffering.

**Aim:** To examine differences in waiting time on ambulance between two different social areas in a big city, related to patient suffering.

**Method:** A descriptive, comparative, quantitative study. All data are taken from the computer system Ambulink. Waiting times were measured in such a way that all the ambulances were represented the same proportion in the two districts. Data analyzed was a stratified basis so that all the time picked out randomly.

**Results:** The results showed that delay times appeared in all alarm types, 1, 2 and 3 (extremely acute - not acute). A large proportion of patients in both districts were waiting longer than the contract for ambulance organization before said, before starting driving towards the accident site. SOS Alarm showed also delay times, but had no specific current contract before an ambulance could be assigned the mission. Noteworthy was that the alarm type 3, i.e. non-emergency assignments, the ambulance nurse delayed the time over the contract limit of 16.2% of the commissions given to the social well-off area and in 47.6% of the commissions given to the socially deprived area.

**Conclusion:** The results of the pilot study shows that there are delay times of all priority groups in both areas, and that there is a big difference in waiting time for ambulances in the alarm type 3 to the disadvantage of the socially vulnerable area. Previous research suggests a link between patient suffering and waiting for care and that patients describe that information during waiting time is an important marker to alleviate the patient suffering.

**Key words:** *waiting time, patient satisfaction, patient's perspectives, experience, emotions, feelings, nursing research, clinical nursing research.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Helhetssyn och människosyn ur ett vårdvetenskapligt perspektiv	3
Vårdvetenskaplig teori	4
Transkulturell omvårdnadsteori	5
<b>CENTRALA BEGREPP</b>	<b>6</b>
Vårdlidande	6
Makt	8
Prehospital sjukvård – SOS-Alarm, ambulanssjukvården	9
Demografi – jämförelsegrupper	10
<b>TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>12</b>
Väntetid är en viktig variabel för patientens upplevelse av vårdkvalitet	13
<b>SYFTE</b>	<b>15</b>
<b>METOD</b>	<b>15</b>
Bakgrund	15
Urvalsmetod	16
Databearbetning och analysmetod	17
Forskningsetiska överväganden	17
Forskningspersoninformation	18
Etisk prövning	19
<b>RESULTAT</b>	<b>19</b>
112samtal inkommer till SOS – Larmoperatören tilldelar ambulans uppdraget	19
Ambulans tilldelas uppdraget – Ambulans startar mot skadeplatsen	20
<b>DISKUSSION</b>	<b>21</b>
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	22
Förslag till framtida forskning	24
Kliniska implikationer	25
<b>REFERENSER</b>	<b>26</b>
Bilaga 1 Urvalsförvarande grupp A	
Bilaga 2 Urvalsförvarande grupp B	
Bilaga 3 Fördelning av antalet ambulansuppdrag för grupp A och B	

## INLEDNING

Vårdrelationen startar i samma ögonblick patienten eller någon annan inblandad person ringer till SOS-Alarm och får ett löfte om att *"vi kommer till dig var du än befinner dig"* (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, Fagerberg, 2003). Kvalitén på vårdrelationen är oerhört viktig så att det vårdlidande patienten upplever, den utsatta situationen förbunden med stress som sannolikt genereras av att vänta på ambulans blir så ringa som möjligt och att patienten känner sig trygg och upplever sig vara i goda händer den tid då den kliniska hjälpen är på väg.

Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL 1982:763) skall målet för hälso- och sjukvården vara *"en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet"* (2 § HSL, 2 § TL, 1982).

Samtliga medborgare som är i behov av ambulanssjukvård skall erhålla denna på ett jämlikt och respektfullt sett. Resurstilldelningen och bemötandet får inte påverkas av patientens kön, etniska bakgrund, förmåga att kommunicera, bostadsområde, klass, sexuell läggning etc.

*Att vänta kan antas betyda ett vårdlidande för många patienter. Att vänta är en underförstådd värdering av mig som person, min diagnos min, sociala status och mitt ursprung* (Eriksson, 1994)

*Att låta patienter vänta olika länge på vård och skapa en omotiverad varians kan relateras till vårdarens makt som är svår att bortförklara. Detta betyder att vårdaren har makt att göra skillnad mellan patienter och därmed skapa en ojämlig vård, som kan betraktas som godtycklig och oetisk* (Eriksson, 1994; Lindström, 1994; Rundqvist, 2004).

Denna uppsats genereras från en hypotes om att väntan på klinisk vård skapar ett vårdlidande hos den enskilda patienten. Man kan anta att sjuksköterskan med sin fördjupade kompetens inom kvalificerad omvårdnad kan lindra vårdlidande och bemöta väntetid på ett för patienten gynnsamt sätt. Sjuksköterskan skall ha kunskap om och skyldighet att möta varje individ på ett sådant sätt att alla upplever sig sedda, hörda och trodda och därmed bekräftade i sin väntan på klinisk vård.

I föreliggande pilotstudie redovisas och jämförs patienters väntetid på ambulans mellan två bostadsområden i Göteborg, vilka är vitt skilda i sin karaktär vad gäller invandrartäthet, arbetslöshet, ohälsotal, utbildningsnivå, medelinkomst och antal socialbidragsfamiljer. Det kvantitativa resultatet diskuteras i förhållande till patienters beskrivelser av väntan i relation till vårdlidande.

## BAKGRUND

Socialstyrelsen publicerade 1987 sin första folkhälsorapport. Det blev då tydligt att hälsan inte är lika god för hela befolkningen. Senare kartläggningar understryker att de socialt utsatta grupperna lider av störst ohälsa, att hälsan dessutom är ojämnt spridd i befolkningen

(Sveriges kommuner och Landsting, SKL, 2009). Vidare finns att läsa i rapporten från SKL att, prioriteringsutredningen föreslog 1995 tre prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården att rätta sig efter för att på bästa sätt försöka uppfylla hälso- och sjukvårdslagen och dess mål – lika villkor för hela befolkningen. Principerna kan sammanfattas i begreppen horisontell och vertikal jämlikhet. Med horisontell jämlikhet menas att lika fall ska behandlas lika. Med vertikal jämlikhet menas att personer med de största behoven ska tilldelas de största resurserna (SKL, 2009).

I ett övervägande antal av de studier som presenteras i kunskapsöversikten från SKL (2009), och i vilka det har undersökts om vård ges på lika villkor, har forskarna funnit att det finns ojämlikhet, både horisontellt och vertikalt, dessvärre nästan alltid till socialt utsatta personers nackdel. Mönstret att dessa grupper får annorlunda eller sämre vård än välbeställda samhällsgrupper återkommer inom flera områden. Som exempel kan nämnas att

- Högutbildade patienter som lider av hjärtsvikt behandlas av någon anledning oftare med nyare och dyrare preparat än andra patienter.

– Låginkomsttagare och utrikesfödda avstår också oftare än de mer privilegierade grupperna från att söka vård trots behov av det.

Kunskapsöversikten lyfter fram att det finns ont om studier som undersökt sociala skillnader i väntetider på vård. En studie som undersökt väntetider för ortopediska operationer fann inte några större skillnader med avseende på socioekonomiska faktorer som utbildning eller inkomst. Dock fann man att patienter med anställning hade kortare väntetid till ryggoperation än patienter som stod utanför arbetsmarknaden (SKL, 2009).

Göteborg är till invånarantalet en av Sveriges största kommuner. Drygt 20 %, dvs. fler än 100 000 personer i Göteborg är utrikes födda. En stor andel av dessa är bosatta i stadsdelarna Gunnared, Lärjedalen, Kortedala och Bergsjön, således nordöstra Göteborg. Statistiken visar också att nordöstra Göteborg tillskrivs högre arbetslöshet, högre bidragsberoende, lägre utbildningsnivåer, låga inkomster och skiljer sig således avsevärt från de flesta övriga stadsdelsnämnderna i Göteborg (Statistisk årsbok, 2008, [www.goteborg.se](http://www.goteborg.se)).

Verksamheten och kompetensen inom den prehospitla vården och SOS-Alarm styrs och säkras enligt fastslagna rutiner och avtal. Den formella kompetensen i ambulans är minst en sjuksköterska, i Göteborg med specialistutbildning. På SOS-Alarm är operatörerna sjuksköterskor eller undersköterskor. Avtalsskrift avseende hur snabbt SOS-operatören skall tilldela ambulanspersonalen uppdraget efter det att patienten ringt 112, samt hur lång fördröjningstiden får vara från det att ambulanspersonalen tilldelats uppdraget till dess att fordonet börjar rulla mot skadeplatsen är definierat. Oavsett detta finns utrymme för den enskilda operatörens och den enskilda ambulansbesättningens omdöme och godtycklighet att skapa variation mellan patienter vad gäller fördröjningstider och grad av prioritet.

Det har genomförts flera kvalitetsundersökningar med patienters upplevelser i fokus inom svensk ambulanssjukvård. Kvalitetsmätningens instrument som ofta har använts i sådana sammanhang är det validerade instrumentet KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv). Resultaten visar att patienterna skattar vårdkvaliteten i ambulanssjukvården som hög och på frågan om patienterna känner sig nöjda med vården är resultatet hög patienttillfredsställelse. Anmärkningsvärt är att stora grupper inom ambulanssjukvården ej fått möjlighet att besvara

enkäterna. Exklusionskriterier har bl.a. varit äldre patienter och patienter som ej talar svenska (Söderholm, 2001; Tornberg & Wennman, 2003).

Kvalitetsundersökningen i Göteborg (Tornberg & Wennman, 2003) visade att en stor andel patienter upplevde väntetiden på ambulans som svår. Man kan anta att den oroliga och smärtsamma situation man som patient befinner sig i medan minuterna tickar iväg av många upplevs som ett stort lidande. Vårdlidande är, enligt Eriksson (1994), när en människa orsakas lidande genom utebliven vård eller felaktig vård. Vidare menar Eriksson (1994) att vårdlidande kan utgöras av maktutövning, fördömlse och straff som alla leder till att människans värdighet kränks. Även Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) betonar att vårdare/SOS-operatörer måste vara mer öppna och följsamma för personer vars sätt att uttrycka sig skiljer sig från det "vanliga". De får inte omedelbart och automatiskt tro att patienternas upplevelser är felaktiga och irrelevanta, utan istället vara uppmärksamma på att de använder andra ord och uttryckssätt än personalen är van vid. Av det skälet är operatörens första och kanske viktigaste uppgift att bekräfta patientens lidande då bekräftelse utgör en bro till mellanmänsklig gemenskap (Lindström, 1994).

Som verksamhetsutvecklare inom ambulanssjukvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) i Göteborg ansvarar man på ledningsnivå för att initiera och bevaka den prehospitla vårdens kvalitet och utveckling ur patientens perspektiv. Detta innebär att i möjligaste mån finna rutiner där SU:s vision om God Vård (*SU: s handlingsplan - God Vård - 2008*) tillika SOS 2005:12 efterlevs. Nämligen verka för att vården är:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- Säker vård
- Patientfokuserad vård
- Effektiv vård
- *Jämlig vård*
- *Vård i rimlig tid*

Denna uppsats fokuserar på *Jämlig Vård* och *Vård i rimlig tid* kopplat till det *vårdlidande* patienten erfar, samt den *makt* vårdpersonalen äger, nämligen att kunna prioritera patienter olika.

## **Helhetssyn och människosyn ur ett vårdvetenskapligt perspektiv**

Inom ambulanssjukvården blir det oerhört tydligt att patienter är unika, kommer från olika sammanhang och måste betraktas som människor som alla skall förstås utifrån sin situation och kultur. Detta är påtagligt för sjuksköterskan i ambulans då det första mötet ofta är i patientens hemmiljö. Vårdaren är gäst i patientens sammanhang och patienten är tydligare en unik person i sin hemmiljö än på sjukhuset där man avidentifieras och ikläds sjukhusets uniforma patientkläder.

Vårdvetenskapen utgår från en helhetssyn på människan. Detta innebär en ambition att i vårdprocessen möta den enskilda människan, patienten som kropp, själ och ande. Enligt Katie Eriksson (1988) bygger vårdprocessen på en helhetssyn på människan som tillgodoser alla aspekter av henne oberoende av om det aktuella hälsohindret koncentreras till någon del.

Helhetssynen i den här definitionen innebär ett avståndstagande från att reducera människan till enbart en kropp som skall behandlas medicinsk utan det sker alltid i samspel mellan människans olika delar. En annan aspekt av helhetssynen är att människan alltid måste förstås utifrån det sammanhang eller kontext han eller hon lever i. Människan är på det viset aldrig en isolerad enhet.

Forskning har visat att patienter upplever vården otydlig och fragmenterad och att personcentrerad vård (PCV) leder till ökad patienttillfredsställelse och mer effektiv vård (Olsson, Hansson, Ekman & Karlsson, 2009). PCV innebär att patientens syn på sin situation i form av resurser, behov, vilja och preferenser används medvetet av vårdgivarna. Personcentrerad vård strävar efter att ge personen ökad medbestämmanderätt och delaktighet i sin vård samt att vården är individualiserad (Olsson et al., 2009). Egenskaper som krävs från professionella vårdare är ett självkritiskt förhållningssätt och aktivt lyssnande, goda kunskaper i kommunikation och förmåga till empati (Mead & Bowers, 2000; Drach-Zahavy, 2009).

Det innebär att människan såväl påverkar som påverkas av sin omvärld och står i ett subjektivt förhållande till denna (Wiklund, 2003). Juul Jensen (i K. Dahlberg, 1994) menar att helhetssynen är oerhört komplex. Jensen ser även faktorer som ligger utanför individen som faktorer som skall beaktas då vårdaren "tänker" helhetssyn. Då de kroppsliga symtomen ofta betonas i det medicinska arbetet menar Jensen att patientens symtom bör ses i ljuset av missförhållanden som kan ligga utanför patienten. Eftersom dessa missförhållanden är präglade av såväl patienten som av den aktuella situationen måste en helhetssyn svara mot denna komplexitet (Juul Jensen i K. Dahlberg, 1994).

Ytterligare en aspekt av helhetssynen som tangerar vårdvetenskapens kunskapssyn är att vi som professionella inte kan se oss som observatörer i en objektiv mening. Vi är alltid med och påverkar personen vi möter, utifrån vår egen kontext, utifrån våra föreställningar om patienten. Så i den här meningen kan vi aldrig exkludera oss själva från det vi ser som fakta om patienten. Eriksson (1988) lyfter fram den "unika människan" som en utgångspunkt för humanistisk vård, med andra ord en vård som grundar sig på respekt och vördnad för den enskilda personen och dennes erfarenheter och syn på livet. Alla människor är likvärdiga och hennes värde oändligt och okränkbart (Edlund, 2003). Att få sitt unika människovärde bekräftat, att känna sig uppskattad, uppleva helhet och hälsa är oerhört betydelsefullt och något som människan kämpar med hela livet (Wiklund, 2003).

## Vårdvetenskaplig teori

Det är viktigt att SOS-operatören redan i telefonen har etablerat en sådan vårdrelation så att trygghet har skapats och vårdlidande av att vänta har lindrats så mycket som möjligt. Då en sådan vårdkvalitet skapats från SOS-Alarm är det lättare att fortsätta vårdrelationen mellan ambulanssjuksköterskan och patienten.

Flera omvårdnadsteoretiker (Travelbee, 1971; Dahlberg, 1994; Eriksson, 1988) betonar vårdrelationen, dvs. relationen mellan patient och vårdare, som basen för vårdprocessen. Relationen bygger på ömsesidighet. Katie Eriksson (1988) skiljer på interaktionen som hon menar kännetecknas av utbyte av information eller utförande av olika aktiviteter, och vårdrelationen som innefattar relationen mellan patient och vårdare i sin helhet. Karin Dahlberg (1994) menar att det inte kan uppstå någon helhetssyn i vården om det inte uppstår



ett sant möte mellan patient och vårdare. Det är genom detta möte som patienten får kraft och möjlighet att uttrycka svagheter och visa styrkor. Det är i det genuint äkta mötet som patienten kan bli sedd som människan bakom patientrollen och där hälsoprocessen aktivt har utrymme att stödjas.

Enligt Travelbee (1971) ligger fokus på det som sker i mötet mellan människor – det intressanta är mellanrummet eller interaktionen och hur det som sker i mötet påverkar personerna i interaktionen. Travelbee (1971) vänder sig emot generaliserbar kunskap vilken istället kan bli ett hinder för det sanna mötet. Hon tar avstånd från begreppen sjuksköterska – patient och menar att de definitionerna suddar ut särdragen hos individen. Sådana kategoriserande begrepp utgör förenklingar och förvandlar människor till stereotyper. De generella beteckningarna är abstraktioner som blir styrande och tar överhanden över individens unika egenskaper, menar Travelbee (1971). En mellanmännisklig relation kan bara existera mellan konkreta personer. Vårdrelationen kan endast uppstå då båda parter reagerar på varandras mänsklighet, omvårdnaden riskerar annars att avhumaniseras (Travelbee 1971). Omvårdnadsteoretikern menar vidare att vårdrelationen byggs upp genom flera interaktionsfaser. Den mellanmänniskliga relationen uppnås inte förrän vårdare-patient genomgått fem faser, *Det första mötet, Framväxt av identiteter, Empati, Sympati, Ömsesidig förståelse och kontakt*. Således är det korta mötet vilket ambulanssjuksköterskan vårdar kliniskt och det korta mötet vilket larmoperatören vårdar via telefon oerhört komplext och alldeles speciellt i sin natur. Sjuksköterskans förmåga att tolka patienten som unik och inte utifrån likheter med andra patienter hon vårdat gör det möjligt att uppnå och bekräfta det unika i varje patients identitet.

## **Transkulturell omvårdnadsteori**

Det kan vara komplext att vårda patienter från andra kulturer. Ambulanssjuksköterskan är inte sällan i minoritet bland patienter/närstående som alla kanske pratar ett annat språk och uttrycker sig med en okänd kulturs kroppsspråk. Det kan antas att brist på förståelse kulturer emellan gör att ambulanssjuksköterskorna upplever ambulansuppdrag till invandrartäta områden som mer krävande.

I vårt alltmer mångkulturellt präglade samhälle är det viktigt att sjuksköterskor har kunskap om och förståelse för teorier som kan hjälpa dem att belysa dimensioner som är relevanta för omvårdnaden (Johnson Lutjens, Reynolds, Leininger & Reed, 1995). Forskarna menar vidare att äga kunskap och att begrunda omsorg om människor från skilda kulturer i relation till hälsa, mänsklig omsorgsutövning och sjukdom är en ovärderlig tillgång för vårdaren såväl som för patienten (Johnson Lutjens et al., 1995).

Madeleine Leiningers (2002) transkulturella omvårdnadsteori har haft stor betydelse inom vårdvetenskapen. Syftet med hennes teori är att ge kvalitativt hög nivå på omvårdnad oavsett vilken etnicitet som patienten tillhör - genom att ta hänsyn till kulturella skillnader och samtidigt utgå från vissa generella behov. Leininger (2002) anför kritik mot teorier som bygger på generaliserbar kunskap som t.ex. Orems omvårdnadsteoretiska struktur som enligt henne bygger på angloamerikanska medel- och överklassvärderingar. Leininger (2002) utgår från att människor har både generella och specifika behov. Trygghet, mat och sömn är exempel på generella behov. Det finns även generella kännetecken i vårdandet och i våra sjukdomsbilder menar Leininger (2002.) Människors specifika behov är bl.a. beroende av unika egenskaper

och den kultur som format individen. I studier av transkulturell omvårdnad har Leininger (2002) identifierat ett flertal konstruktioner. Hon menar att målet är att finna uttryck för de olika konstruktionerna i den kultur som studeras. Exempel på sådana konstruktioner är acceptans, vara närvarande, uppmärksamhet och intresse. Leininger (2002) anser vidare att det är viktigt vilken insikt vårdaren har om kulturella skillnader. Hennes teori benämns transkulturell omvårdnadsteori och belyser relationen mellan kultur, vård och hälsa. Fokus i en kulturell omvårdnad är kunskaper som berör olika kulturers sätt att uppfatta omvårdnadens innehåll, värderingar och normer relaterade till hälsa och ohälsa. Som ett led i resonemanget att vårdpersonal bör ha övergripande kunskaper om olika kulturer. De bör dessutom äga fördjupade kunskaper i minst två till tre kulturer (Leininger, 2002).

Elisabeth Björk-Brämberg (2008) drar slutsatsen i sin avhandling att man bör se till individen snarare än hennes kulturella bakgrund. För att skapa en äkta vårdrelation menar författaren att det är av yttersta vikt att vårdpersonalen lär sig att använda tolk hellre än att utgå från en mall hur patienter från en viss kultur bör bli bemötta. Det är först efter ett möte via en tolk som patienten kan känna sig delaktig, sedd, hörd och trodd menar Björk-Brämberg (2008). Då det idag inom ambulanssjukvården inte är möjligt att möta patienterna med hjälp av tolk är det synnerligen viktigt att ambulanssjuksköterskan förädlar sin omvårdnadskunskap och har ett förhållningssätt som ger trygghet och tillit för patienten. Att möta patientens vårdlidande utan att mötas i kända uttryckssätt ställer höga krav på prehospitla sjuksköterskor.

## CENTRALA BEGREPP

Ambulanssjuksköterskan och larmoperatören är sjukvårdens förlängda arm ut i samhället. Dessa är oftast den första vårdpersonal som möter patienten i hennes situation i behov av sjukvårdens hjälp och resurser. Att vårda en utsatt människa kräver professionalitet och medmänsklighet. Det är sjuksköterskans primära uppgift att lindra varje patients vårdlidande på ett sådant sätt att denne upplever sig trygg och vårdad i goda händer. Då mötet sker prehospitalt, utomhus, i patientens hem eller på offentlig plats är varje miljö unik. Det ena uppdraget kan aldrig liknas vid det andra och vårdmötet får sålunda improviseras på ett lämpligt vis.

Det skapas utrymme att arbeta mer godtyckligt än inne på sjukhuset. Varje ambulanssjuksköterska bär ett stort ansvar att möta alla patienter på deras villkor. Att låta varje patient känna att uniformerade, starka, säkra ambulanssjuksköterskor ej utövar ett övertag i sin roll utan möter mig som patient på ett professionellt sätt är en utmaning och en omvårdnadskonst.

## Vårdlidande

I ett historiskt perspektiv har vårdandet och vårdorganisationer i alla dess former uppkommit i syfte att lindra människans lidande (Eriksson, 1994). Vonhoff (1962) ger en målande bild av

Florence Nightingale hur hon kärleksfullt vårdar i syfte att se människan som människa och lindra hennes lidande.

*"Med lampan i handen går hon nattetid genom salarna och håller de döende i handen, skaffar dem lindring så långt hon förmår och härdar ut hos dem ända till sista andetaget... Hennes stilla gärning ger de sjuka nytt hopp... Med förundran går det upp för de sjuka att de åter är människor och behandlas som människor..." (Vonhoff, 1962)*

Paradoxalt nog har grundtanken om vårdens yttersta mening - en God Vård för alla medborgare - snarare utvecklats till att idag många gånger skapa lidande snarare än att lindra. Förfiningen och förädlingen av den så genuina filosofin om vårdandets idé har i modern tid stött på allt större hinder och komplexitet. I takt med att forskningen når längre, möjligheterna att vårda större, samt de gemensamma resurserna alltmer ansträngda står vi inför svåra beslut hur prioriteringar skall ske. Det tydliga budskapet om budget i balans medför nedskärningar och effektiviseringar vilka inte alla gånger är så gynnsamma för patienten. Att söka vägar för att eliminera, eller åtminstone påtagligt minska vårdlidandet, bör tas på största allvar och ses som en av de större utmaningarna vårdforskningen och vårdvetenskapen står inför.

För 2500 år sedan formulerade den grekiske filosofen Hippokrates sin syn på vad som är god vård: *aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta*. Socialstyrelsen, etik medicinsk (2009).

Hippokrates grundtankar har utvecklats i vår hälso- och sjukvårdslag och Socialstyrelsen har i författningen Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (2005) definierat de kvalitetsområden som utgör grunden för god vård: Vården ska ha patientfokus, den ska vara säker, ändamålsenlig, kunskapsbaserad, effektiv och ges i rimlig tid. Hippokrates står troligtvis nära vårdvetenskapens värdegrund om att se människan som en helhet, där vårdandet är primärt. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Hippokrates>

Patientens vårdlidande uppstår många gånger på grund av ett omedvetet handlande hos vårdaren, samt beroende på bristande kunskap och en avsaknad av reflektion (Eriksson, 1994). I vårdrelationen krävs en stor öppenhet från vårdaren och ett förhållningssätt som präglas av reflektion över det som händer i det vårdande mötet. Den professionella vårdrelationen, en mellanmännisklig process, kan således inte domineras av den "tysta kunskapen", utan måste utsättas för reflektion, precis som all annan förståelse (Dahlberg et al., 2003).

Joyce Travelbee (1971) menar att det finns flera hinder för vårdaren att upprätta en god vårdrelation. Hinder som riskerar att krackelera möjligheterna till det goda mötet och därmed skapa ett vårdlidande för patienten. Hon pekar t.ex. på variabeln *tid*. En faktor som är nödvändig för en god mellanmännisklig process och som idag allt mer hotas (Travelbee, 1971). Dahlberg et al. (2003), menar att ett annat hinder i vårdrelationen kan vara då mötet sker med patienter som har en *begränsad autonom förmåga*. Problematiken gäller exempelvis patienter som är medvetandesänkta, lider av demens, stroke eller annan kognitiv eller sensorisk nedsättning. Dessa patienter har inte tillgång till den livsvärld *på samma sätt* som när de är vid fullt medvetande.

Socialstyrelsen (2009) har formulerat nationella riktlinjer för en god vård och omsorg om personer med demenssjukdom. En grundläggande förutsättning för en sådan vård är att den präglas av personcentring, multiprofessionellt arbete och kontinuerlig personalutbildning. Enligt riktlinjerna innebär personcentrerad omvårdnad en strävan bland professionella vårdare att behålla och bevara den demenssjukes personlighet trots sviktande funktioner och att försöka förstå vad som är bäst för patienten utifrån dennes perspektiv. Riktlinjerna poängterar även

vikten att värna om patientens självbestämmande, möjlighet till medbestämmande och delaktighet, att bekräfta patienten i dennes upplevelse av världen samt att involvera patientens närstående i vården och upprätta en relation till patienten. Samtliga aspekter är direkt överförbara till omvårdnad av personer som är i behov av intensivvård (Socialstyrelsen, 2009).

Enligt Elder (2003) ger kunskaper i det nya hemlandets språk bättre tillgång till sjukvård. Att inte kunna göra sig förstådd och att dåligt förstå i en så akut situation som när man ringer 112 måste tillskrivas patienten som en hög grad av vårdlidande. Patienten riskerar att inte bli bekräftad, sedd, hörd och ytterst trodd. Dahlberg (2002) understryker att vårdlidande är att bli förnekad som en lidande människa. Vårdlidande har en nära koppling till den otrygghet som bristande information, svårigheter att förstå personalens agerande, obegripligheter i vårdmiljön och liknande faktorer skapar (Dahlberg et al., 2003)

I modern tid, då kommunikation och mellanmännsliga möten ibland sker via teknik såsom telefon, epost och sms är det viktigt att understryka att komplexiteten ytterligare försvåras, i synnerhet för utsatta patientgrupper, jag tänker bl.a. på de stora grupper invandrare och äldre som ur många perspektiv inte äger samma möjligheter till att bli förstådda och att förstå.

Situationen är högst relevant i föreliggande studie. Vårdkedjan, också vårdrelationen startar i det ögonblick patienten eller annan person ringer till SOS-Alarm. Det är larmoperatörens uppgift att skapa förutsättningar för det goda mötet. Och lindra i väntan på ambulans. Det finns uppenbara hot och hinder som pekar på att vi riskerar att redan den första minuten av patientens vårdkedja tillskapa henne ett vårdlidande.

## **Makt**

Varje relation mellan patient och vårdare innebär ett maktförhållande. Sjuksköterskan förfogar över, genom sina kunskaper, sitt språk och sin plats i organisationen, en långt mycket större makt än patienten och har därigenom möjlighet att genomföra det hon önskar, med andra ord äger hon en maktposition över patienten. Rundqvist (2004) och Wiklund (2003) kallar denna obalans för en asymmetrisk vårdrelation. De interpersonella mötena förstärks av den specifika situationen som patienterna befinner sig i, nämligen att vara i ett underläge. Det förekommer ett speciellt beroende i vårdrelationen eftersom man som patient är mer sårbar och utsatt när hälsan inte finns. Resultatet blir vanmakt och förtvivlan hos patienten och en känsla av att vara utelämnad åt andra människors välvilja (Dahlberg et al. 2003).

Vårdvetenskaplig forskning visar att makt och maktmissbruk förekommer i vardagliga situationer. Maktbegreppets användning inom vårdvetenskaplig forskning pekar på variationer av vårdens allmakt, en maktutövning som i vissa fall kan leda till patienters lidande och vanmakt (Rundqvist, 2004). Eriksson (2004) menar att det finns en negativ maktutövning inom vården. Mötet mellan patient och vårdare är en ömtålig vårdrelation. Att förneka en behövande människa vård, eller att utöva makt, så att patienten t.ex. får vänta orimligt länge på vård är att åstadkomma ett vårdlidande. Utebliven vård innebär alltid en kränkning av människans värdighet och är ett sätt att utöva makt över en maktlös (Eriksson, 1994).

Det är viktigt att vårdaren reflekterar över sin egen makt, både hur den ser ut och hur den praktiseras. Vården kan tendera att bli oetisk om inte vårdaren använder sin makt för att främja

patientens bästa. Då vårdaren agerar med maktutövning och brukar sin möjlighet att ta ogynnsamma beslut för patienten, är vården godtycklig och oetisk (Lindström, 1994). Tariqatnajad (2008) redovisar i sin studie att utländska patienter beskriver en upplevelse av maktlöshet i kommunikationen med sjuksköterskor. Hon menar vidare att i vårdrelationen skapas ett omfattande beroendeförhållande bl.a. av faktorer såsom språksvårigheter, brist på information och kulturella aspekter. Patienter beskriver att de under ambulansfärden upplevde stor tillit till den prehospitla personalen. En patient beskriver ... *Du vet... man överlämnar sig helt och hållet i en sån situation... Så man har ingen... man har ingen tanke på att dom skulle göra nåt fel, eller så. Det finns liksom inte*” . (C.Ahl, ur Dahlberg et al. 2003 sid 95). Ahl (ur Dahlberg et al. 2003) menar vidare att detta ställer stora krav på de prehospitla vårdarnas förhållningssätt, i synnerhet etiskt. Att många patienter upplever tillit, trots att de befinner sig i ett stort underläge och i en beroendeställning, kan tolkas som att den prehospitla vården är ett ”positivt maktperspektiv”. Att få överlämna sig i händerna på någon som får ”ta över” i en trängd situation (Ahl, 2001).

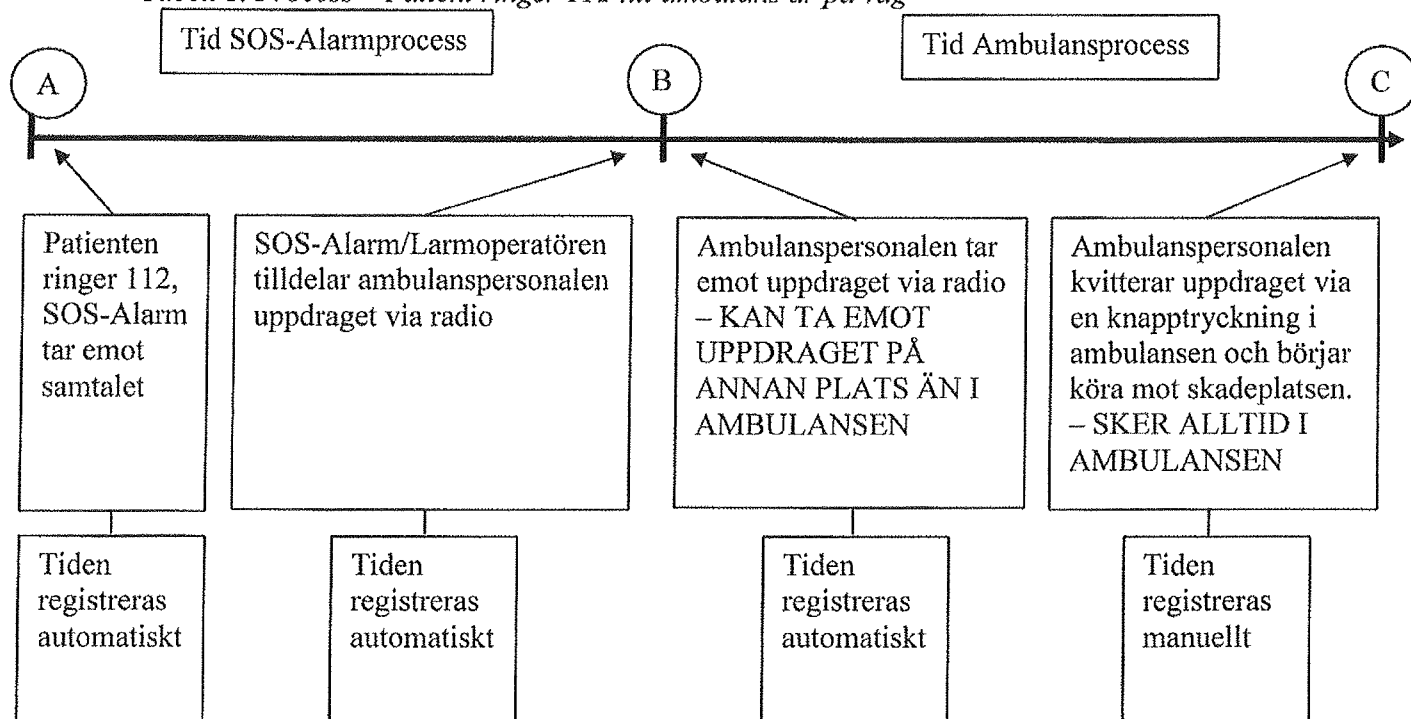
### **Prehospital sjukvård - SOS-Alarm, ambulanssjukvården i Göteborg**

Patient eller annan ringer 112 då ambulans behöver tillkallas. Det är SOS-alarm som har uppdraget att svara på dessa samtal. Den formella kompetensen som SOS-operatören har är undersköterska eller sjuksköterska. Denne slår ut en ambulans då det finns ambulans tillgänglig för uppdraget. Prioritering gällande turordning av uppdragen sker enbart av SOS-operatören.

SOS – operatör larmar ut ambulanser via radio till ambulanspersonalens personmottagare. Den exakta tiden för utalarmeringen registreras automatiskt. Informationen som ambulanssjuksköterskan får är: Ambulans nummer, prioritet, adress/område, symtom/sjukdom. Samtidigt sänds textmeddelande ut till fordonets skrivare, med detaljerad information rörande: Adress med koordinat, namn och personnummer, symtom/sjukdom osv.

Ambulanssjuksköterskan kvitterar samtliga uppdrag via statuspanelen i fordonet. Kvittensen sker genom att ambulanssjuksköterskan manuellt gör en knapptryckning i ambulansen. Tabell 1 illustrerar processen.

Tabell 1. Process – Patient ringer 112 till ambulans är på väg



Enligt det avtal som SOS-Alarm arbetar utifrån skall tiden mellan punkt A och punkt B vara:

Larmtyp:	Tid:
Prio 1	Omedelbart
Prio 2	Omedelbart
Prio 3	Snarast

Enligt det avtal som ambulanssjukvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar utifrån skall tiden mellan punkt B och punkt C vara:

Larmtyp:	Tid:
Prio 1	90 sek
Prio 2	120 sek
Prio 3	5 min

\*SOS Prio 1; Akut livshotande sjukdomssymtom eller olycksfall  
 SOS Prio 2; Akuta men ej livshotande symtom.  
 SOS Prio 3; Övriga uppdrag där ambulans krävs men rimlig väntetid ej bedöms påverka patientens tillstånd.

## Demografi – jämförelsegrupper

Som en följd av ovanstående resonemang och reflektion beskrivs två områden i Göteborg. Det ena området består av fyra stadsdelnämnder, SDN Bergsjön, Gunnared, Lärjedalen och Kortedala. Det andra området innefattar två stadsdelnämnder, Härlanda och Örgryte. Dessa områden är vitt skilda från varandra ur flera perspektiv. Statistiska uppgifter som belyser demografin i Göteborg tydliggör att områdena skiljer sig högst markant på flera punkter såsom andel medborgare som är utrikes födda, medelinkomst, socialbidragsfamiljer, arbetslöshet,

ohälsotal samt andel som har eftergymnasial utbildning. Den kanske allra tydligaste markören är andel utrikes födda. Se tabell 2 och 3.

*Tabell 2. Grupp A. SDN Bergsjön, Gunnared, Lärjedalen, Kortedala*

	B	G	L	K
Folkmängd	15135	22227	24507	27590
Svenska och utländska medborgare födda i utlandet	54,1%	49,0%	45,3%	28,7%
Medelinkomst (Index)	56,5	72,2	72,2	81,3
Socialbidragsfamiljer (Index)	386,3	267,1	325,2	130,3
Arbetslösa (Index)	194,3	174,8	159,0	119,3
Ohälsotal (Index)	153,4	149,7	130,7	138,8
Eftergymnasial utbildning (Index)	50,0	50,2	53,5	75,8

*Tabell 3. Grupp B. SDN Härlanda, Örgryte*

	H	Ö
Folkmängd	20432	33842
Svenska och utländska medborgare födda i utlandet	12,1%	12,1%
Medelinkomst (Index)	101,6	111,9
Socialbidragsfamiljer (Index)	50,6	41,2
Arbetslösa (Index)	84,5	77,9
Ohälsotal (Index)	84,6	69,8
Eftergymnasial utbildning (Index)	121,1	127,2

Jämförelseindex; Göteborg = 100

Ref; Statistisk årsbok Göteborg 2008

## TIDIGARE FORSKNING

För att undersöka forskningsläget gjordes en sökning i databasen PubMed. (2009-04-22). Det var svårt att finna artiklar som belyste kortare väntetider dvs. väntetid under ett par minuter vilket föreliggande pilotstudie fokuserar på. Följaktligen är det också bristfällig forskning kring upplevelsen av kortare väntetid. Sökningen gav således heller inga träffar som belyste väntetider inom ambulanssjukvården som kan kopplas till vårdlidande. Det var också svårt att hitta artiklar som fokuserade på skillnader i väntetid mellan geografiska områden som domineras av olika etniska bakgrunder. Etnisk bakgrund är ju en dominerande markör för SDN Bergsjön, Gunnared, Lärjedalen och Kortedala. Över huvud taget finns få studier som undersöker sociala skillnader, där etnisk bakgrund per definition är en social skillnad, i väntetid till vård. Detta bekräftas av SKL: s rapport från 2009.

Sökningen gav 70 träffar. Fokus på de artiklar som valdes skulle ha en tydlig koppling mellan vårdlidande och väntetid. Av det skälet valdes artiklar bort som t.ex handlade om patienters erfarenhet av vård, patienters tillfredsställelse av vård och som inte alls relaterades till väntetid.

Forskningsläget beskriver vad patienter som väntar på vård under en längre tidsperiod upplever som viktigt och betydelsefullt. Det belyses också hur patienten beskriver det vårdlidande som uppstår av att vänta på vård. I sökningen lades några begränsningar in: Artiklar söktes som publicerats de sista fem åren i Nursing Journals samt var översatt på engelska. Den litteratursökning som ligger till grund för sammanställningen av forskningsläget redovisas i nedan tabell 4.

Tabell 4. Sökord och antalet artiklar som framkommit vid litteratursökning

	Sökord	Antal funna artiklar	Använda artiklar	Titel
#1	waiting time OR waiting lists	11841		
#2	patient satisfaction OR patient's perspectives OR attitude OR perception OR experience OR emotions OR feelings	907122		
#3	nursing research OR clinical nursing research OR (qualitative AND research)	139844		
#4	#1 AND #2 AND #3	267		
#5	#1 AND #2 AND #3 Limits: added to PubMed in the last 5 years, English, Nursing journals	70	Franzén C (2008) Kydd A (2008) Ivarsson B (2005) Giske T (2007) Nairn S (2004) Janzen J A (2008) Larsson-Kihlgren A (2004) Coughlan M (2007) Lee G (2006) Leung SSH (2007)	Injured road users' experiences of care in the emergency department The patient experience of being a delayed discharge Waiting for cardiac surgery-support experienced by next of kin Preparative waiting and coping theory with patients going through gastric diagnosis The patient experience in emergency departments: a review of the literature Examination of Negative Affective Responses to Waiting for Surgery Older patients awaiting emergency department treatment The experiences of patients and relatives/ significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: A qualitative descriptive study Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: A follow up survey Experience of Hong Kong patients awaiting kidney transplantation in mainland China



## Väntetid är en viktig variabel för patientens upplevelse av vårdkvalité

Forskningsområdet *Väntan* är ganska vitt, väntan på vård, väntan på operation, väntan på akutmottagning eller annan medicinsk inrättning, väntan på att få en diagnos, väntan på utskrivning etc. Väntan blir i forskningssammanhang ofta ett resultat förknippat med en annan frågeställning om vårdkvalité.

Franzén, Björnstug, Jansson, Stenlund och Brulin (2008) har i sin undersökning jämfört 565 personer, som alla blivit skadade i trafiken och deras upplevelser av vårdkvalité på akutmottagningen (ED). Deras resultat visade att de framträdande faktorerna för upplevelse av hög vårdkvalité var kort väntetid, hur allvarlig skadan var samt ålder och utbildningsnivå hos den skadade patienten. En kort väntetid var den enskilt viktigaste faktorn. I den forskningsöversikt som Nairn, Whotton, Marshal, Roberts och Swahn (2004) presenterar angående patienters upplevelser inom akutvård visas att väntetider är direkt relaterat till patienters upplevelse och tillfredsställelse av vården. Detta är alltså mer framträdande än personalens attityd mot patienten (Holden & Smart ur Nairn et al., 2004). Annan forskning visar att personalens bemötande är det som har störst betydelse (Davis & Duffy i Nairn et al., 2004). Dessa olika resultat verkar, enligt Nairn et al. (2004) vara kopplat till forskningsuppläggen och metoderna, t.ex. frågorna som ställts inom de olika forskningsarbetena.

På samma sätt som upplevelsen av hög vårdkvalité är kopplat till väntetid så har också upplevelsen av vårdlidande en direkt koppling till väntetiden. Kydd (2008) visar i sin artikel, med fokus på äldre patienters väntan på utskrivning, att äldre personer upplever mycket oro relaterat till väntetiden. I artikeln som Ivarsson, Sjöberg och Larsson (2005) publicerat visas att negativa faktorer associerades med sjukvårdens organisation och bristande sociala nätverk.

Janzen och Hadjistavropoulos (2008) konstaterar att de psykologiska effekterna av väntetid träder fram i forskning och är ett område som flera forskare behöver beakta ytterligare. Psykologiska effekter av väntan är väldokumenterade menar Janzen och Hadjistavropoulos (2008). Deras forskning visar att en så stor andel som 37 % uppvisade och beskrev oro under väntetid. Den kvalitativa forskning som Larsson-Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad och Wimo (2004) genomfört bland äldre tyder på några tydliga teman. Dessa teman är upplevelsen av otillfredsställande väntan, lidande under väntan, dåliga känslor under väntan samt att avsaknad av goda rutiner under väntan, dvs. ej värdeskapande tid för patienten.

Om man vänder på frågan – vad är det för faktorer som reducerar patientlidande under väntetid? Professionellt bemötande under väntetider verkar vara avgörande för reduktion av patientlidande. Det finns en stor betydelse av ett holistiskt förhållnings- och arbetssätt i mötet. Detta verkar viktigare ju mer komplex patientens situation är. Information om orsaker till det som orsakar längre väntetider som anpassas till ålder, kön och utbildningsnivå reducerar otillfredsställelse med vårdkvalité, speciellt i gruppen lättare trafikskador (Franzén et al., 2008). Det är viktigt att personalen uppmärksammar effekter av väntetider hos den enskilda patienten (Kydd, 2008).

Avgörande för en mer positiv upplevelse av väntetid är bl.a. graden av anpassad information och uppmärksamhet från sjuksköterskan (Giske & Gjengedal, 2007; Coughlan & Corry, 2007). Leungh & Shiu, (2007) bekräftar i sin kvalitativa studie också behovet av kontinuerlig information. I denna studies syfte ingår att samla ihop patienters erfarenheter av väntan på akutmottagningen och vilka förbättringsåtgärder patienter föreslår. Tanken om att patienter

skall ha tillgång till en kontaktperson som informerar om uppskattad väntetid och ge information om patientens vårdåtgärder lyfts fram av patienterna i denna studie.

Vikten av uppmärksamhet och information under väntetider betonas också i artikeln av (Ivarsson et al., 2005). Positiva yttre faktorer var upplevelsen av delaktighet i vården. Nairn (2004) visar i sin forskningssammanställning att om man kan överträffa patienters förväntningar gällande väntetid så ökar nöjdheten hos patienterna markant. Thompson refererad i Nairn (2004) säger att det skall vara så lite icke värdeskapande tid som möjligt. Ur patientens synpunkt är graden av information därför avgörande för patientens vårdkvalitet inte minst för att skapa rätt förväntningar.

Larsson-Kihlgren et al. (2004) kvalitativa studie av äldres upplevelser av väntetid visar att äldre betonar betydelsen av omvårdnad under väntan. Äldre patienter känner också att det är viktigt att bli sedda och lyssnade på. Attityder och relationer är viktiga, inte endast de nödvändiga arbetsuppgifterna vid en akut situation. Att möta patienten med ett förhållnings sätt som möter patienten där hon är verkar ha stor betydelse för patienters erfarenheter av väntan (Larsson-Kihlgren et al., 2004).

Giskes och Gjengedals (2007) studie lyfter fram att patienter använder olika copingstrategier för att hantera väntetiden och sin känsla av misströstan som är kopplad till väntetid. Varje patient har sina individuella sätt att kontinuerligt tolka, förstå och skapa mening av sin situation av väntetid. Denna forskning visar hur patienter under väntetid pendlar mellan olika stämninglägen, tankar kring skador, hot, utmaning, nytta eller kombination av dessa. Detta balanseras efter sökandet av hoppfulla tecken för att hantera väntetiden (Giskes & Gjengedals, 2007).

Lee, Endacott, Flett och Bushnell (2006) utforskar i sin kvantitativa undersökning patienters erfarenheter efter att ha avbrutit inledd vård på akutmottagning och patienters skäl att avbryta under pågående vård (väntetid). Majoriteten av dem som valde att avvika triagerade lågt, var män och beskrev t.ex. att de inte trodde sig passa på en akutmottagning samt att brist på information om hur länge väntan skulle bli var orsaken. Med detta som bakgrund har jag valt att studera vårdlidande i termer av väntetid på ambulans.

Ovanstående sammanställning visar att det finns forskning som handlar om patienters upplevelser av vård och även en del som rör upplevelse av väntan på vård. Men forskningsområdet kortare väntetid verkar vara tämligen utforskat. Följaktligen innebär det att kortare väntetid relaterat till olika socialt belastade bostadsområden och dess effekter på patienters vårdlidande också är områden som behöver utforskas. Pilotprojektet belyser jämlik/ojämlik vård relaterat till sociala skillnader och faktorer kortare väntetid, makt och vårdlidande har valts ut.

## SYFTE

Att undersöka skillnader i väntetid på ambulans mellan patienter från två socialt olika stadsdelar i en storstad relaterat till vårdlidande.

Får patienter vänta olika länge på ambulans beroende på om patienten är hämtad i en stadsdelsnämnd med hög invandratäthet, höga ohälsotal, hög arbetslöshet, högt bidragsberoende, låg utbildningsnivå och hög andel invånare under medelinkomst

Kontra

Ett bostadsområde med låg invandratäthet, låga ohälsotal, låg arbetslöshet, lågt bidragsberoende, hög utbildningsnivå och låg andel invånare under medelinkomst?

## METOD

### Bakgrund

Målsättningen med pilotstudien var att med hjälp av registerdata från datasystemet Ambulink undersöka om det förelåg skillnader i väntetid på ambulans mellan två socialt skilda stadsdelar i Göteborg. Urvalsprocessen i pilotstudien var viktig. Den genomfördes och dokumenterades noggrant så att en likadan process, med ett större underlag, skulle vara möjlig att upprepa i en fullskalestudie. Det skulle också vara möjligt att närmare undersöka ett större underlag, till en fullskalestudie, om anmärkningsvärda skillnader i någon prioriteringsgrupp hittades i pilotstudien. Processen var väl genomtänkt så att enskilda besättningar eller stationer inom ambulanssjukvården ej var över eller underrepresenterade. Tanken var att kvantitativt mäta hur ambulanssjuksköterskor, spritt i Göteborg, agerade i sin möjlighet att fördröja start av ambulans. Ejlertsson (1992) menar att då registerdata analyseras är det att föredra att genomföra en totalundersökning. Detta var inte möjligt då resultatet avsågs att spegla medarbetarnas beteende kopplat till patients vårdlidande. Således fick ingen snedfördelning ske bland personalen. Ejlertsson (1992), Altman (1991) understryker att då urvalet är stratifierat måste stickproven dras helt slumpvis för att undanröja bias. Detta är gjort med datorns generator. Det stratifierade urvalet tog ingen hänsyn till spridning bland larmoperatörerna, dock kan man anta att ett stratifierat urval också ger spridning bland alla arbetspass, dygnets alla timmar och således ger en god spridning också bland larmoperatör.

Föreliggande pilotstudie är en *deskriptiv, jämförande, kvantitativ* studie.

Variablerna i studien är:

1. Tid från det att patienten ringer 112 - larmoperatören tilldelar ambulansen uppdraget.

2. Tid från det att ambulansen tilldelats uppdraget - ambulanssjuksköterskan kvitterar uppdraget och börjar att köra mot skadeplatsen.

Tiderna kommer att mätas i minuter och variabelvärdena är således mätta på kvotskalan. Variablerna avses att analyseras i tre olika grupper - SOS-alarms utalarmeringsprio 1, 2 och 3.

## Urvalsmetod

Samtlig data är hämtad från ambulansdatasystemet Ambulink och härrör från perioden 080301-090228. En noggrann urvalsprocess genomfördes så att dataunderlaget till pilotstudien skulle vara möjlig att endast komplettera med ett större underlag till en kommande fullskalestudie. Urvalsprocessen till pilotstudien var alltså ett test på vilka möjligheter Ambulinkdatasystemet har att leverera stora mängder registerdata, stratifiera och utifrån detta beräkna statistiska analyser.

Ambulansens hämtzoner och Göteborg stads postnummer matchades på ett sådant vis att de två grupperna som avsågs att jämföras innefattade ambulansuppdrag till bostadsadresser inom nedan SDN.

Grupp A = Patienter som var bosatta i SDN Gunnared, Lärjedalen, Kortedala, Bergsjön.

Grupp B = Patienter som var bosatta i SDN Härlanda, Örgryte

Urvalsprocessen är detaljerat beskriven i bilaga 1 och 2.

För att få en minsta gemensam nämnare, dvs. för att låta varje fordon vara lika representerat i de båda områdena plockades de bilar bort som inte genomfört minst 38 uppdrag i område A och minst 44 uppdrag i område B. (gråmarkerade i tabellen) Se bilaga 3. 9 fordon är således aktuella i urvalet.

Urvalet är stratifierat så till vida att 38 uppdrag är slumpvis uttagna från varje fordon, då detta var minsta gemensamma nämnare. Antalet ambulansuppdrag blir sålunda 342 i de båda grupperna vilka fördelas mellan prio 1, 2 och 3. Urvalets fördelning mellan prioriteringsgraderna stämmer väl överens med den totala fördelningen över samtliga ambulansuppdrag i Göteborg. I diagram 1, 2 och tabell 5 illustreras underlaget.

Diagram 1

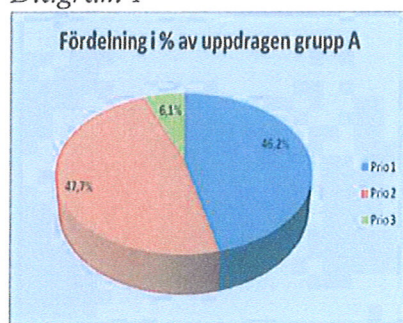
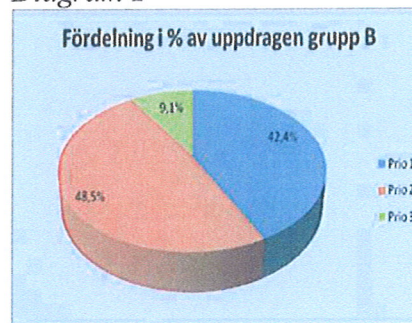


Diagram 2



Tabell 5. Gruppstorlekar, fördelat på Prio 1, Prio 2, Prio 3.

	Totalt	prio 1	prio 2	prio 3
Grupp A	n = 342	n = 158	n = 163	n = 21
Grupp B	n = 342	n = 145	n = 166	n = 31

## Databearbetning och analysmetod

Urvalsprocessen är relevant för en fullskalestudie, dock får en statistiker beräkna underlagets storlek för att det skall vara möjligt att uttala sig om resultatets generaliserbarhet. Nedan beskrivs de statistiska analysmetoder vilka bedöms som lämpliga i en fullskalestudie.

Enligt Ejlertsson (2003) är det skarpaste testet för att analysera studiens resultat ett parametriskt test. Den metoden är den säkraste för att finna signifikanta skillnader mellan grupperna. Ejlertsson understryker att gruppernas variabler skall vara normalfördelade samt att skillnaden på gruppernas storlek inte får vara så omfattande så att den ena gruppen är 4 ggr så stor som den andra. Båda dessa kriterier har mindre betydelse då gruppstorlekarna är  $n > 30$ . Ejlertsson menar vidare att variablerna skall vara mätta på minst intervallskala. Då studien uppvisar  $n > 30$  och variabelvärdena är mätta på kvotskala är det möjligt att använda ett parametriskt test. Analysen är gjord med ett oberoende T-test eftersom resultatet avser att mäta eventuella skillnader mellan två olika grupper. Testet är tvåsidigt och signifikansnivån är 5 %. Nollhypotesen är att det inte finns någon skillnad mellan de båda gruppernas väntetid på ambulans, hypotesen säger att det inte föreligger skillnad mellan gruppernas oberoende medelvärden. Således om  $p < 0.05$  kan nollhypotesen förkastas och differensen anses som signifikant. Skillnaden betraktas då som så stor att det inte kan vara slumpen som har genererat resultatet. Referenslitteratur som har använts vid Metodavsnittet – urval, databearbetning, analys – Ejlertsson (2003), Olsson (2007), Altman (1991).

Då föreliggande studie enbart är en pilotstudie, och sannolikt inte innefattar de gruppstorlekar som krävs för att kunna beräkna statistiska skillnader som skulle vara generaliserbara till en större population, kommer jag att illustrera dess resultat som staplar och diagram.

## Forskningsetiska överväganden

Att forska och presentera ny kunskap är förknippat med ett stort ansvar ur många aspekter. I synnerhet de forskningsetiska kraven bygger på väl underbyggda principer och deklARATIONER. Förenta Nationernas generalförsamling antog och kungjorde den 10 december 1948 en allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. Förklaringen antogs med 48 ja-röster. Inget land röstade emot. Åtta länder avstod. Omedelbart efter denna historiska händelse uppmanade generalförsamlingen alla medlemsstater att offentliggöra förklaringens text och att *göra den spridd, känd, läst och förstådd* framför allt i skolor och andra undervisningsinstitutioner utan hänsyn till olika länders eller regioners politiska förhållanden. Förklaringen understryker genomgående en "absolut" och kompromisslös tanke om alla människors lika värde, lika rätt och trygghet. (FN-<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/swd.htm>).

Helsingforsdeklarationen är en annan deklARATION som fått avgörande betydelse. ([www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se)). DeklARATIONEN är ett grundläggande dokument i forskningsetik och berör flera vetenskapsområden. En utgångspunkt i skrivelsen är att det finns två legitima krav: att ta fram ny kunskap, något som är viktigt för både individers och samhällets utveckling, att skydda mot fysisk, psykisk och annan skada i samband med forskning. Dessa krav kommer ibland i konflikt och måste då vägas mot varandra. Denna gränsdragning diskuteras i Helsingforsdeklarationen.

Medicinsk forskning såväl som omvårdnadsforskning är grundläggande förknippat med respekten för mänskliga rättigheter, till värdighet och att till att insamla material på ett sådant sätt att människan behandlas med respekt. Det är forskarens skyldighet att främja patientens hälsa och omsorgen om dem som är föremål för forskningen prioriteras alltid före vetenskapens och samhällets intressen.

Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003) understryker fyra etiska principer som grundläggande. I föreliggande studie har samtliga av dessa tagits i beaktande.

*Principen om autonomi* - självbestämmande - är att värna varje människas självständighet och att tillskriva henne respekt, värdighet, integritet och sårbarhet. Autonomi och integritet säkerställs genom att man respekterar principer som frivillighet, skydd av privatliv, informerat samtycke och rätten att dra sig ur ett forskningsprojekt. Autonomi omfattar dessutom tystnadsplikt, vilket bl.a. säkerställs genom att forskningsdata avidentifieras. Deltagarnas identitet får aldrig presenteras vid redovisning av forskningsresultat. Då studiens resultat kommer att baseras på registerdata är det inte aktuellt med forskningspersonsinformation. (www.codex.uu.se, forskningsetiska principer, <http://retki.stakes.fi>). Alla uppgifter som skall bearbetas och ligga som grund för forskningsresultatet kommer att avidentifieras samt behandlas konfidentiellt så att ingen identitet röjs.

*Principen om att göra gott* – innebär att forskningen skall vara till potentiell nytta. Motivet och målet i föreliggande forskningsprojekt är att påvisa eventuella orättvisor samt att därifrån tillskapa och säkra rutiner så att godtycklighet och oetisk vård undanröjs. Att ytterst tillskansa sig kunskap som lindrar vårdlidande och skapar jämlik sjukvård är att "göra gott".

*Principen om att inte skada* – All information, all data och samtliga resultat kommer att avidentifieras. Det är inte sannolikt att några variabler kommer att kunna kopplas till speciella händelser eller personer. Urvalet är retrospektiv data, ur ett stort material och ett långt tidsintervall, så vare sig patienter eller vårdare har möjlighet att koppla data till händelse eller person.

*Principen om rättvisa* – En viktig aspekt av rättvisepincipen är att utveckla kunskap om hur alla patientgruppers hälsorisker, sjukdomar och lidanden kan motverkas och lindras. Att tillskansa sig omvårdnads kunskap vad väntan kan betyda för den enskilde patienten, och koppla detta till faktisk väntan och eventuella orättvisor mellan geografiska områden är en synnerlig god kunskap. Det är min absoluta mening att det är först när vård mäts och synliggör eventuell ojämlik vård som ändringar kan komma till stånd och vårdlidande hos utsatta patientgrupper kan lindras. Det omedvetna och oreflekterade handlandet är svårt att påvisa och förändra så länge vården inte utsätts för systematiskt mätbara mål.

## **Forskningspersoninformation**

Då variablerna är data från redan existerande register benämns undersökningsdeltagarnas medverkan som passivt. Huruvida forskningspersonsinformation skall lämnas får bedömas utifrån om det föreligger faktiska olägenheter för den enskilde att få information direkt eller indirekt. Projektets art, dess variabler bör också vägas in. (www.codex.uu.se).

Då registerforskningen även innehåller surveyuppgifter och/eller blod- eller andra prov, måste föremålet för forskningen ange samtycke. I samtycket måste även ingå samtycke till att registerdata sammanslås med de övriga insamlade uppgifterna (<http://retki.stakes.fi>). I föreliggande studie bedömdes sannolikheten för att det kommer att innebära risker eller obehag för de patienter vars data bearbetats. Jag ser heller inte något hot att patienter som bor i de aktuella geografiska delarna av Göteborg kommer att uppleva obehag eller lidande. Då jag inte heller samlar in surveyuppgifter finner jag inte att jag skall genomföra en forskningspersonsinformation. Jag har dessutom övervägt att informera personalen/operatörerna, då det faktiskt i en mening är deras "fördröjningstider" som är underlag för resultatet. Jag riskerar då att det finns uppenbara risker för att resultatet smutsas och att jag får bias i materialet.

## **Etisk prövning**

Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.  
§ 2 – Etikprövning av forskningsarbetet behöver inte sökas då arbetet utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå.

## **RESULTAT**

### **112samtal inkommer till SOS - Larmoperatören tilldelar ambulans uppdraget**

Tabell 6 illustrerar nedan i text beskrivna resultat

Resultaten visar ingen större skillnad mellan grupperna. Då det gäller utalameringsprio 1 slår larmoperatörerna ut den socialt utsatta stadsdelen inom 90 sek i högre andel än i den välbeställda stadsdelen. Liknande siffror visar sig i prio 2. Den socialt utsatta stadsdelens ambulansuppdrag slås ut i 26,1 % av uppdragen inom 120 sek, i det socialt välbeställda geografiska området slås endast 18,9 % av uppdragen ut inom 120 sek. Resultatet visar att inom utalamering prio 3 är det endast ca 10 % i båda grupperna som ambulans tilldelas uppdraget inom 5 minuter. Medeltiden i de båda stadsdelarna innan larmoperatören tilldelar ambulans uppdraget är 42 respektive 40,3 minuter, medianen är 37,5 respektive 38 minuter. Sålunda är skillnaderna marginella, men konstateras kan att väntetiden är längst inom prio 3, vilket är förklarligt då självklart prio 1 dvs. sjukast patient först tilldelas ambulansresurs. Men det vårdlidande som tillskapas patienten av att vänta, inom prio 3, är ett faktum.

Tabell 6. 112samtal inkommer till SOS – Operatören tilldelar ambulans uppdraget

Tid:

		Prio 1		Spridning	Medeltid	Median
		< 90 sek	> 90 sek			
Nordost		52,8 %	47,2 %	2 till 23 min	3,6 min	2,1 min
Örgryte/Härlanda		49,3 %	50,7 %	2 till 40 min	3,9 min	2,4 min

		Prio 2		Spridning	Medeltid	Median
		< 120 sek	> 120 sek			
Nordost		26,1 %	73,9 %	3 till 75 min	11,6 min	7,5 min
Örgryte/Härlanda		18,9 %	81,1 %	3 till 140 min	14,5 min	8,5 min

		Prio 3		Spridning	Medeltid	Median
		< 5 min	> 5 min			
Nordost		9,5 %	90,5 %	7 till 201 min	42 min	37,5 min
Örgryte/Härlanda		9,6 %	90,4 %	5 till 216 min	40,3 min	38 min

## Ambulans tilldelas uppdraget – Ambulans startar mot skadeplatsen

Tabell 7 illustrerar nedan i text beskrivna resultat

Valda tider vilka de båda grupperna är jämförda utifrån är i enlighet med det ambulansavtal som råder. Dvs. då ambulans tilldelas ett prio 1 uppdrag skall fordonet starta inom 90 sek. Då ett prio 2 uppdrag tilldelas skall fordonet starta inom 120 sek och ett prio 3 inom 5 minuter.

Noteras bör att då det gäller prio 1 startar ambulansbesättningen i högre grad inom avtalsgränsen till det välbeställda området. I båda grupperna startar ambulansbesättningen när >90 sek passerat i ca 50 % av uppdragen. Anmärkningsvärt är att det socialt belastade området väntar i genomsnitt 3.4 minuter (spridning 2-31 min) och det välbärgade 2.15 minuter (spridning 2-14 minuter) på att ambulansbesättningen skall starta.

Resultaten visar på störst skillnader inom uppdragen inom prio 3. Ambulansbesättningarna start mot det mer socialt utsatta området överskrider avtalsgränsen i 47,6 % (spridning 5-20 minuter) av fallen jmf. med 16,2 % (spridning 5-13 minuter) i det välbeställda området.

Resultatet i pilotstudien visar att patienter inom samtliga prioriteringsgrader, i båda stadsdelarna, i hög andel väntar mer än avtalsgränsen tillåter. Då tidigare forskning pekar på att väntetid är en faktor som skapar vårdlidande bör resultatet i föreliggande studie sammanfattas med att det finns stora skillnader emellan grupperna, oftast till de socialt utsattas nackdel. Dock är fördröjningstiderna så graverande att båda grupperna kan anses vara förlorare och sannolikt tillskapats ett vårdlidande.



Tabell 7. Ambulans tilldelas uppdraget – Ambulans startar mot skadeplatsen

Tid:

		Prio 1		Spridning	Medeltid	Median
		< 90 sek	> 90 sek			
Nordost		48,4 %	51,6 %	2 till 31 min	3,4 min	2,4 min
Örgryte/Härlanda		55,6 %	44,4 %	2 till 14 min	2,15 min	2,4 min

		Prio 2		Spridning	Medeltid	Median
		< 120 sek	> 120 sek			
Nordost		56,4 %	43,6 %	3 till 27 min	6,4 min	5,5 min
Örgryte/Härlanda		53,7 %	46,3 %	3 till 35 min	7,7 min	5,2 min

		Prio 3		Spridning	Medeltid	Median
		< 5 min	> 5 min			
Nordost		52,4 %	47,6 %	5 till 20 min	12,3 min	11,5 min
Örgryte/Härlanda		83,8 %	16,2 %	5 till 13 min	9,2 min	9,0 min

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Utförd pilotstudie är deskriptiv, jämförande och kvantitativ. Metoden har varit att söka befintlig registerdata ur databasen Ambulink. Variabelvärdena som jämförs mellan urvalsgrupperna är tid mätta i hela minutrar. Tveklöst är det en styrka att snabbt kunna plocka fram stora mängder data. Det är en relativt enkel process som inte genererar inblandning och stöttning av personer som aktivt skall fånga forskarens önskade variabler. Metoden är inte kostsam, den kräver lite information och delaktighet från andra medforskare. Patienten behöver ej aktivt medverka för att insamling av data skall vara möjlig. Det stora och viktigaste arbetet är att ta fram ett urval som är representativt så att det går att uttala sig om eventuella skillnader samt kunna generalisera till en större population i Göteborg.

Metoden som använts i urvalsprocessen är väl genomtänkt. Det ursprungliga underlaget var så omfattande att data som var ofullständig kunde plockas bort utan att få ett för litet dataunderlag att analysera. Valet att låta varje ambulans åka lika många gånger in i respektive upptagningsområde är en styrka i den meningen att resultatet inte speglar en stations kultur vad gäller fördröjningstider utan snarare de flesta stationers kultur inom ambulanssjukvården i Göteborg. Dock kan ett systematiskt fel bland SOS-operatörernas fördelning ha smugit sig in. Metoden som valts i urvalsprocessen har inte tagit hänsyn till vilken operatör som tjänstgjort, urvalsprocessen har endast tagit hänsyn till att låta varje ambulans vara jämt fördelad i underlaget.

Den insamlade datan är naturligtvis mycket skarp, eftersom variablerna är mätta på kvotskalan och analysen kan göras med ett statistiskt vasst test – parametriskt test (Ejlertson, 2003).

Tiderna är absoluta i den meningen att tid är tid, eller en minut är en minut. Dock måste man beakta att tiderna är tagna från Ambulink och avrundade till närmsta hela minut. Validiteten är hög då tid används som mätinstrument.

Några tider är inmatade digitalt, i den stund SOS-operatören tar emot samtalet från patienten, eller annan som ringer för denne, registreras tiden per automatik. Tiden då larmoperatören tilldelar ambulansen uppdraget är också digitalt registrerat, dvs. den mänskliga faktorn spelar inte roll. Den variabel som registreras när ambulansen kvitterar uppdraget sker i ambulansen när personalen satt sig i bilen och skall börja rulla mot skadeplatsen. Denna tid registreras först då ambulanspersonalen manuellt kvitterar, sålunda är denna tid beroende av mänskliga faktorn, vilket är en svaghet.

Mätmetodens svaghet är att det finns teknikbekymmer. SOS-alarm når inte alltid ambulanspersonalen över radio, den teknikväg som SOS sänder information till ambulanspersonalen, utan måste ibland kompletteras med ett telefonsamtal. Ingen kan beskriva hur stort eller hur frekvent bekymret är. Troligen fluktuerar också teknikproblem över tid på dygnet samt varierar över veckans dagar. Det finns dock ingen koppling till att någon av de två stadsdelarna skulle ha sämre täckning än det andra. En annan svaghet är naturligtvis att den mänskliga faktorn, d.v.s. den aktiva kvittens som ambulanspersonalen måste göra då de sätter sig i bilen, helt är avhängd den mänskliga faktorn.

I avtalsunderlag finns angivet t.ex. att ambulanspersonalens anspänningstid, dvs. den tid det får ta från det att prio 1 uppdrag tilldelats till dess att ambulansen börjar rulla maximalt får vara 90 sek. En styrka hade naturligtvis varit om tiderna kunde presenteras i sekunder.

Sammanfattningsvis menar jag att metoden som använts för att ta fram ett urval som är representativt och möjligt att generalisera till en större population är väl genomtänkt.

## Resultatdiskussion

*Det finns fördröjningstider i alla prioriteringsgrader, vilket skapar ett vårdlidande!  
Det finns skillnader i väntetid på ambulans mellan två socialt olika områden i Göteborg!*

Resultatet visar att det finns fördröjningstider i alla priograder. Avtalen inom ambulanssjukvården och SOS-Alarm gällande väntetid hålls inte fullt ut. Resultatet pekar dessutom på att det finns skillnader i väntetid beroende på geografisk tillhörighet.

Forskning inom närliggande fält påvisar att patienter upplever ett vårdlidande i form av oro då väntetid skapas (Kydd, 2008; Janzen, 2008). Kontinuerlig information och uppmärksamhet till patienter o/e närstående lyfts fram som synnerligt viktiga faktorer för att patienten skall uppleva vårdkvalitet, känna trygghet och minska det vårdlidande som skapas av att vänta på vård utan att veta hur länge väntan blir (Giske, 2007; Franzen, 2006; Coughlan, 2007; Ivarsson, 2005). Patienter beskriver själva i Leungs kvalitativa studie (2007) att kontinuerlig information om uppskattad väntetid och information om vårdåtgärder lindrar lidandet. Lee et al. (2006) beskriver att en hög andel män som triagerar lågt på akutmottagning, dvs. får en låg prioriteringsgrad, väljer att avbryta den pågående vårdkontakten delvis beroende på bristande

information om hur länge väntan antas bli samt att de tror sig inte vara "passande" i vårdapparaten.

Travelbees (1971) omvårdnadsteori som betonar sjuksköterskans professionella kompetens, att lindra lidande hos patienten, är en viktig del i mötet, via telefonen, med patienten. Travelbee menar vidare att fokus på det som sker i mötet mellan människor är det intressanta. Travelbee betonar att mötet inte får bli inlärt och standardiserat på ett sådant sätt att information, uppmärksamhet blir stereotypiskt. Det är av yttersta vikt att se varje möte som unikt och anpassa interaktionen i förhållande till patienten, menar Travelbee (1971).

Samtliga uppmätta fördröjningstider är tider som SOS-operatören eller ambulanssjuksköterskan har möjlighet att påverka efter egen godtycklighet, vilket får en direkt påverkan på patientens väntetid. Katie Eriksson (1994) säger att vårdlidande är när en människa orsakas lidande genom utebliven vård eller felaktig vård. Katie Eriksson (1994) är skarp i sin skrivelse där hon menar att vårdlidande kan utgöras av personalens maktutövning.

Resultatet visar mycket tydliga siffror på att det föreligger fördröjningstider i väntan på ambulans. Resultatet uppvisar dessutom stora skillnader mellan grupperna främst i prioritetsgrad 3. Patienter som bor i det socialt utsatta området, där en av de tydligaste markörerna är andel personer födda i utlandet, väntar > 5 minuter på att ambulans skall starta mot skadeplatsen i 47,6 % av transporterna. I det socialt välbärgade området är jämförande siffra 16,2 %. Detta är förstås anmärkningsvärt. Då ambulanssjuksköterskan kan välja tiden från det att uppdraget tilldelas till det att ambulans startas kan en skillnad som är så tydlig tolkas som en medveten eller omedveten maktutövning. Det är viktigt att vårdaren reflekterar över sin egen makt, både hur den ser ut och hur den praktiseras. Vården kan tendera att bli oetisk om inte vårdaren använder sin makt för att främja patientens bästa. Då vårdaren agerar med maktutövning och brukar sin möjlighet att ta ogynnsamma beslut för patienten, är vården godtycklig och oetisk (Lindström, 1994).

Tariqatnajad (2008) redovisar i sin studie att utländska patienter beskriver en upplevelse av maktlöshet i kommunikationen med sjuksköterskor. Hennes resultat bör tveklöst understrykas då samtalet mellan SOS-operatör och patient i väntan på ambulans är en av sannolikt flera orsaker för vilket vårdlidande patienten upplever. Det är naturligtvis en utmaning och en omvårdnadskonst att möta varje individ i telefonmötet och att dessutom möta människor från andra kulturer på ett sådant sätt att maktlöshet hos patienten inte skapas eller lindras.

I studier som berör transkulturell omvårdnad har Leininger (2002) identifierat ett flertal konstruktioner. Hon menar att målet är att finna uttryck för de olika konstruktionerna i den kultur som studeras. Exempel på sådana konstruktioner är acceptans, vara närvarande, uppmärksamhet, intresse.

Travelbee (1971) menar att för att känna verklig empati, till skillnad från intellektuell empati, fordras att parterna har likartade erfarenheter. Således begränsas förmågan att förutse och förstå den andres handlingar av vårdarens egna erfarenheter. Eftersom vår demografi ej är stereotypisk utan består av invånare av skilda kön, samhällsklasser, etnisk bakgrund, religionsuppfattning, sexuell läggning mm ser jag att mångfalden bland medarbetarna är av yttersta vikt och ett mål att sträva efter.

Då jag avslutningsvis reflekterar över den skillnad som de båda områdena uppvisar vad gäller ohälsotal, dvs. i det socialt utsatta området noteras avsevärt högre ohälsotal, går tankarna till

nedan kursiva text. Skillnaderna pilotstudien antyder är att patienter i det socialt utsatta området får vänta betydligt längre på att ambulans skall starta kanske dessutom är missvisande. Patienterna i området borde kanske vänta kortare än det socialt välbärgade områdets patienter för att jämlik vård skall ges beroende på att de faktiskt är sjukare. Med detta resonemang ger kanske pilotstudiens resultat en falsk positiv bild hur verkligheten faktiskt ser ut. Skillnaderna kan vara långt mycket större...

*Vidare finns att läsa i rapporten från SKL (2009) att, prioriteringsutredningen föreslog 1995 tre prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården att rätta sig efter för att på bästa sätt försöka uppfylla hälso- och sjukvårdslagen och dess mål – lika villkor för hela befolkningen. Principerna kan sammanfattas i begreppen horisontell och vertikal jämlikhet. Med horisontell jämlikhet menas att lika fall ska behandlas lika. Med vertikal jämlikhet menas att personer med de största behoven ska tilldelas de största resurserna. I ett övervägande antal av de studier som presenteras i kunskapsöversikten från SKL, och i vilka det har undersökts om vård ges på lika villkor, har forskarna funnit att det finns ojämlikhet, både horisontellt och vertikalt, dessvärre nästan alltid till socialt utsatta personers nackdel. Mönstret att dessa grupper får annorlunda eller sämre vård än välbeställda samhällsgrupper återkommer inom flera områden.*

## **Förslag till framtida forskning**

Det finns mycket data insamlat i sjukvårdens journalsystem. Registerforskning är intressant för att se om det föreligger skillnader, och därmed vård som inte är jämlik, t.ex. genuskillnader, geografiska skillnader eller skillnad för olika åldersgrupper. Jag förordar att framtida forskning fördjupar sig i frågor med fokus på jämlik vård. Min erfarenhet är att då fakta mätts och underlag finns som eventuellt påvisar skillnader, då är det också möjligt att ändra medvetna eller omedvetna orättvisor samt diskutera värderingar och attityder i arbetsgrupper.

Mitt förslag är:

- Kvalitativ forskning där ambulanssjuksköterskor och larmoperatörer djupintervjuas om deras tankar kring möte med patienter från olika kulturer samt tankar kring skillnader i fördröjningstider.
- Djupintervjua patienter om deras upplevelser av att vänta på ambulans, dvs. vänta under en kort tidsperiod. Det ämnet är inte beforskat.

## **Kliniska implikationer**

- Införa standardvårdplaner (SVP), vilket är ett verktyg som gagnar jämlik vård. SVP hjälper till att undanröja godtycklighet som leder till att vården fördelas olika.

- Utbildningstillfällen bland medarbetarna kring värdegrund, attityder, värderingar, etik samt kunskap om kulturella, socioekonomiska skillnader och dess betydelse för utvecklandet av jämlik vård.

- Kontinuerlig eller återkommande telefonkontakt mellan SOS-operatör och patient/närstående där information om väntetider och lämpliga vårdåtgärder i väntan på ambulans ges till patienter som väntar länge. Eventuellt skulle tolk via telefon direkt till patientens hem/direkt till ambulans vara en framgångsfaktor.

## REFERENSER

- Ahl, C. (2001). Patienters upplevelser av ambulanssjukvård. Umeå universitet, institutionen för omvårdnad, samt högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap (manuskript)
- Altman, D.G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall.
- Avtal NR 2005126-001, avtalsparter: Beställare: Västra Götalandsregionen Leverantör: SOS Alarm AB
- Björk-Brämberg, E. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige. Ett individorienterat perspektiv*. (Doktorsavhandling). Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Växjö: Växjö Universitet.
- Coughlan M., & Corry M. (2007). The experiences of patients and relatives/significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: A qualitative descriptive study. *Accident and Emergency Nursing* 15, 201-209.
- Dahlberg K., Segesten K., Nyström M., Suserud B., & Fagerberg I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1994). *Vårdandets helhetssyn* sid. 63 kap 7  
Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22 (1), 4-8.
- Drach-Zahavy, A. (2009). Patient-centred care and nurses' health: the role of nurses' caring orientation. *Journal of Advanced Nursing* 65(7), 1463-1474.
- Edlund, M. (2003). Vårdighet I ett kliniskt perspektiv. I: K. Eriksson K & U.Å. Lindström (red). *Gryning II-kliniska vårdvetenskap*. (sid. 123-132). Vasa: Åbo Akademi.
- Elder, J. (2003) Reaching out to America's immigrant: community health advisors and health communication. *American journal of health behaviour*, 27 supplement 3, 196-205.
- Ejlertsson, G. (1992). *Grundläggande statistik – med tillämpningar inom sjukvården*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. (4: e uppl.) Stockholm: Norstedts förlag AB. s.28 kap 4.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Etik medicinsk. (2009). <http://www.socialstyrelsen.se/medicinskvard/etik> .  
[Hämtad 2009-12-30].

- Franzén, C., Björnstug, U., Jansson, L., Stenlund, H., & Brulin, C. (2008). Injured road users' experiences of care in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 726-734.
- Gadd, E. (2008). *Upplevelsen av att komma hem*. Omvårdnad självständigt arbete 2, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Giske, T., & Gjengedal, E. (2007). "Preparative waiting" and coping theory with patients going through gastric diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (1), 87-94.
- Gustafson, D. (2005). Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in nursing science*, 28 (1), 2-16.
- Hippokrates syn på vad som är god vård. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Hippokrates>. [Hämtad 2009-12-30]
- Ivarsson, B., Sjöberg, T., & Larsson, S. (2005). Waiting for cardiac surgery-support experienced by next of kin. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 145-152.
- Janzen, J.A., & Hadjistavropoulos, H.D. (2008). Examination of Negative Affective Responses to Waiting for Surgery. *Canadian Journal of Nursing Research*, 40, No 4, 72-91.
- Johnson Lutjens, L.R., Reynolds, C.L., Leininger, M., & Reed, K.S. (1995). *Omvårdnadsteorier III*, Lund: Studentlitteratur.
- Kirkeveld, M. (2000) *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. (2: a uppl). Lund: Studentlitteratur
- Kydd, A. (2008). The patient experience of being a delayed discharge. *Journal of Nursing Management*, 16, 121-126.
- Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdah, I.K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 169-176.
- Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet I hälso- och sjukvården. (2005). [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) . [Hämtad 2009-11-03].
- Lee, G., Endacott, R., Flett, K., & Bushnell, R., (2006). Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: A follow up survey. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 56-62.
- Leininger, M. (2002). *Transcultural nursing: concepts theories research and practice*. (3<sup>rd</sup> ed.). New York: McGraw Medical Pub. Division.
- Leungh, S.S.H., & Shiu, A.T.Y., (2007). Experience og Hong Kong patients awaiting kidney transplantation in mainland China. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 16, 11c, 341-349.
- Lindström, U.Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. (2 uppl.) Stockholm: Liber.

Mead, N. & Bowers, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.

Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G., (2004). The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 159-165.

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. (2009) [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) . [Hämtad 2009-12-15].

Olsson, H., & Sörensen S., (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2: a uppl.). Stockholm: Liber.

Olsson, L-E., Hansson, E., Ekman, I. & Karlsson, J. (2009) A cost effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1626-1635.

Patel, R. & Davidson, B. (1991). *Forskningsmetodikens grunder - att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Rundqvist, E. (2004). *Makt som fullmakt. Ett vårdvetenskapligt perspektiv*. (Doktorsavhandling). Åbo: Åbo Akademi.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. (Omtryck SFS 1992:567). (Uppdaterad: t.o.m. 2009:979).

SSN/Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003). Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden/Ethical guidelines for nursing research in the Nordic Countries. *Vård i Norden*, 23(4):1-20.

Sveriges Kommuner och Landsting SKL (2009). *Vård på (o) lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Statistisk årsbok (2008).  
[www.goteborg.se](http://www.goteborg.se) [Hämtad 2009-02-14].

Sahlgrenska Universitetssjukhusets vision om God Vård 2008.

Söderholm, E. (2001). *Hur upplever patienterna ambulanssjukvården i Göteborg?*, Omvårdnad Fördjupningsnivå II, Vårdvetenskapliga fakulteten Institutionen för omvårdnad. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Tariqatnajad, S. (2008). *Maktperspektivet i kommunikation mellan sjuksköterska och patient i den transkulturella omvårdnaden. – utifrån ett patientperspektiv*. Examinationsarbete. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle. Stockholm: Karolinska Institutet.

Tornberg, G., & Wennman, I. (2003). *Kvalitet ur Patientens Perspektiv*. Rapport - verksamhetsuppföljning från Ambulanssjukvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Göteborg.

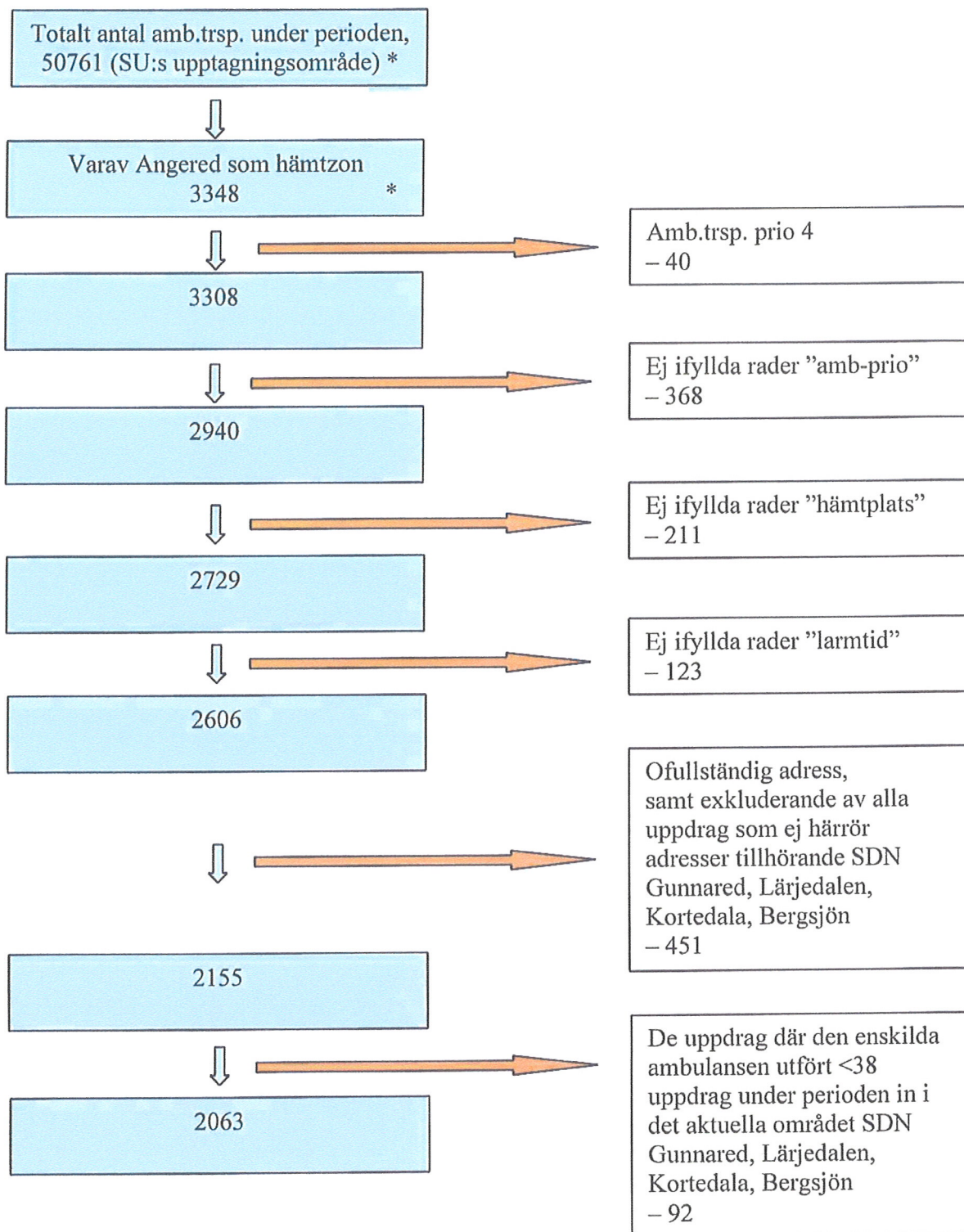
Travelbee, J. (1971). *Interpersonals of nursing*. (Andra uppl.). Philadelphia F.A. Davis.



Vonhoff, H. (1962). *I kamp mot nöd. Barmhärtighetens historia*. Stockholm: EFS-Förlag.

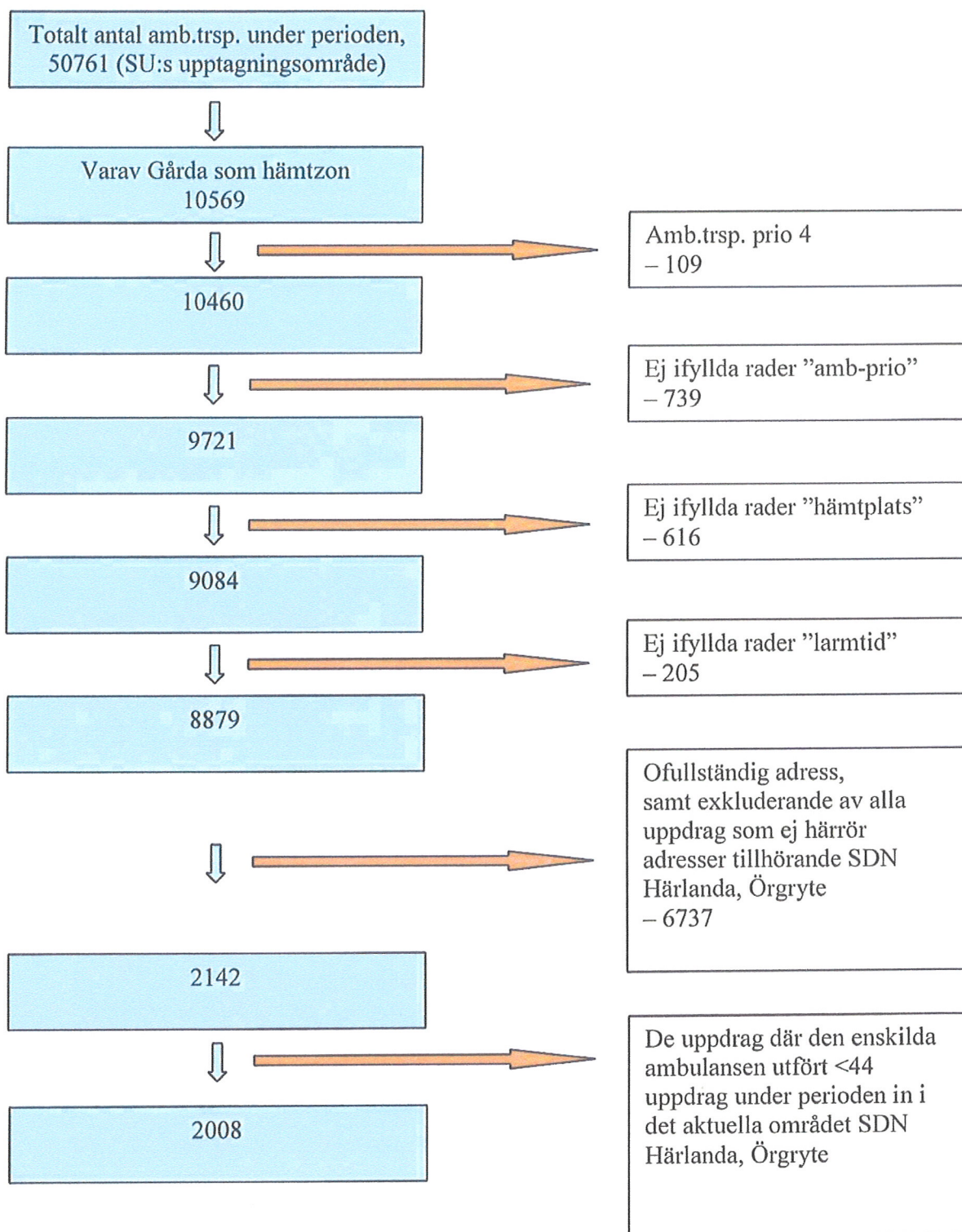
Wiklund L. (2003) Lidandets kamp. I: K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), *Gryning II- kliniska vårdvetenskap*. Vasa: Åbo Akademi.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.



\* Med ambulanstransporter avses transport av patient till vårdenhet från skadeplats el. från hemmet. (sjukhem, äldreboende, gruppboende är också hemadress). Ambulanstransporter avser även avlidna patienter som körs till vårdenhet. (De resulterar en journal). Ambulansuppdrag omfattar inte liggande sjuktransport.

\* Med hämtzon Angered avses en zon i ambulansdatasystemet Ambulink. I denna hämtzon ingår de flesta adresser i SDN Gunnared, Lärjedalen, Kortedala, Bergsjön



Fördelning av antalet ambulansuppdrag för grupp A och B

Bilaga 3

Ambulansid	Jmf.grupp A, Antal uppdrag in i SDN Gunnared, Lärjedalen, Kortedala, Bergsjön	Jmf.grupp B, Antal uppdrag in i SDN Härlanda, Örgryte
6821, Gårda Läk.amb	< 38	184
6822, Gårda	55	130
6823, Gårda	90	548
6824, Gårda	103	542
6828, OLA Gårda	38	55
6843, Kortedala	588	116
6851, Angered	929	45
6871, Lundbyger detta	40	53
6873, Lundby	73	50
6878, OLA Lundby	60	<44
6881,	< 38	84
6882,	< 38	44
6883,	< 38	78
6885, Mölndal	87	79