

INSTITUTIONEN FÖR KLINISK FORSKNING OCH
UTBILDNING, SÖDERSJUKHUSET
KAROLINSKA INSTITUTET, STOCKHOLM, SVERIGE

JÄMLIK VÅRD UR ETT PREHOSPITALT AKUTSJUKVÅRDSPERSPEKTIV

Annika Alm Pfrunder



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2018

Alla publicerade artiklar i denna avhandling återges med tillstånd av respektive förlag.

Publicerade av Karolinska Institutet.

Tryckt av Eprint AB 2018

© Annika Alm Pfrunder, 2018

ISBN 978-91-7831-074-6

Jämlik vård ur ett prehospitalt akutsjukvårdsperspektiv

AVHANDLING FÖR LICENTIAT EXAMEN (Lic.)

Försvar av licentiat examen på Karolinska Institutet genomförs i sal Ihre, Södersjukhuset, Stockholm.

Torsdag 14 juni 2018 klockan 10:00

Av

Annika Alm Pfrunder

Huvudhandledare:

Docent Ann-Charlotte Falk
Karolinska Institutet
Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap
och samhälle, sektionen för omvårdnad

Bihandledare:

Docent Veronica Lindström
Karolinska Institutet
Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap
och samhälle, sektionen för omvårdnad

Professor Maaret Castrén
Helsingfors Universitet & Helsingfors
Universitetssjukhus, Sektionen för akutsjukvård,
Finland

Betygskommitté:

Professor Jan Jakobsson
Karolinska Institutet
Institutionen för kliniska vetenskaper,
Danderyds sjukhus

Docent Helena Salminen
Karolinska Institutet
Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap
och samhälle, sektionen för allmänmedicin och
primärvård

Docent Anders Johansson
Lunds Universitet, medicinska fakulteten

"Ett leende är det kortaste avståndet mellan två människor".

Victor Borge

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Målsättningen för jämlik vård är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763 att hälso- och sjukvården ska ge god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Tidigare forskning visar dock att det finns skillnader inom olika delar av hälso- och sjukvården som har både könsrelaterade och socioekonomiska orsaker. Även olikheter i patienters symtombild i relation till kön samt faktorer såsom kön, ålder, utbildningsnivå och attityder hos personalen som omhändertar patienten kan påverka om vården bedrivs jämlikt eller inte. Det är dock oklart om ovan beskrivna orsaker till ojämlik vård även har inverkan på vården som bedrivs prehospitalt, inom ambulanssjukvården. **Syfte:** Det övergripande syftet med denna avhandling var att utforska ambulanspersonalens omhändertagande av patienter ur ett jämlikhetsperspektiv. **Metod:** Två studier har genomförts, en med kvantitativ studiedesign (I) och en med kvalitativ studiedesign (II). Studie I, baseras på ambulanspersonalens dokumentation gällande bedömning och smärtlindring av patienter (n=722) som drabbats av höftfraktur. Studie II är en intervjustudie genomförd med ambulanspersonal (n=11). **Resultat:** I delstudie I framkom att ambulanspersonal med yrkeserfarenhet mindre än 10 år administrerat mer smärtstillande läkemedel jämfört med personal med yrkeserfarenhet mer än 10 år. Det som även visade sig i studien var att patienterna i stor grad (>80 %) uppgav smärta men det var en relativt låg andel som smärtlindrades enligt dokumentationen. I delstudie II framkom att bristande svensk-engelska kunskaper hos den vårdsökande var ett hinder för att utföra en optimal bedömning, identifiering av vårdbehov och initiering av behandling samt symtomlindring vilket kan riskera en ojämlik vård. Ambulanspersonalen anpassade sig emellertid till situationen och beskrev hur de använde en palett av strategier när de försökte övervinna språkbarriärerna. **Konklusion:** Studierna visar att det finns en risk för att vården ur ett prehospitalt akutsjukvårdsperspektiv kan vara ojämlik. Kön och yrkeserfarenhet hos ambulanspersonalen påverkade frekvensen av smärtlindring vid vård av patienter med höftfraktur. Bristande svensk-engelska kunskaper hos de vårdsökande riskerar även att orsaka en ojämlik vård men ytterligare studier behövs i ämnesområdet för att kunna bekräfta/förkasta denna slutsats.

Nyckelord: Jämlik vård; ambulanssjukvård; prehospital; ambulanspersonal; höftfraktur; språkbarriärer.

DELARBETEN

- I. **Alm Pfrunder A**, Falk A-C & Lindström V. (2017). Ambulance personnel's management of pain for patient with hip fractures, based on ambulance personnel's gender and years of experience.
International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing. Nov; 27:23-27.
doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.06.001

- II. **Alm Pfrunder A**, Falk A-C, Vicente V & Lindström V. (2018). Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish – English proficiency. Accepted for publication
Journal of Clinical Nursing. April 20. doi: 10.1111/jocn.14484

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	3
2.1	Jämlik vård	3
2.2	Ambulanssjukvård.....	4
2.3	Vård i ett mångkulturellt samhälle.....	6
2.4	Äldre patienter	6
2.5	God vård vid höftfraktur	7
2.6	Problemformulering	8
3	SYFTE	9
4	METOD	10
4.1	Design.....	10
4.2	Urval och datainsamling	10
4.3	Data analys	12
5	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
6	RESULTAT.....	14
7	DISKUSSION	18
8	METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	23
9	SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER.....	26
10	FORTSATT FORSKNING	27
11	SUMMARY IN ENGLISH	28
12	TACK	29
13	REFERENSER.....	30

FÖRKORTNINGAR

Ambulanssjukvård	Hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans
A-E principen	Ett strukturerat omhändertagande av patienter som syftar till att upptäcka sjukdom/tillstånd där tidig behandling har avgörande betydelse
FN	Förenta Nationerna
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
NRS	Numerisk skattningsskala
RAS	Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor
SCB	Statistiska Centralbyrån
SLL	Stockholms Läns Landsting
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
VAS	Visuell Analog Skala
WHO	Världshälsoorganisationen

1 INLEDNING

Under min mångåriga yrkesutövning som anesthesisjuksköterska har jag mött många patienter med olika behov. Intresset av frågor som rör utveckling av att förbättra vården för patienten har alltid funnits, både som klinisk verksam anesthesisjuksköterska, men även som universitetsadjunkt på specialistsjuksköterskeprogrammen vid Karolinska Institutet. När jag fick möjlighet att vara delaktig i en forskargrupp 2015 inom ambulanssjukvård, väcktes min nyfikenhet. Här fanns möjlighet till att generera ny kunskap som kunde vara användbar i klinisk verksamhet, ett kunskapsunderlag för att utveckla omvårdnad inom ambulanssjukvården. I denna avhandling är utgångspunkten jämlik vård, dels baserad på ambulanspersonalens kön och kompetens, dels gällande omhändertagande av patienter som vårdas och inte förstår eller pratar Svenska eller Engelska. Även om jag inte har den kontextuella kunskapen inom ambulanssjukvård så berörde forskningsfrågan mig eftersom det är patienter jag mött i mitt dagliga arbete som anesthesisjuksköterska, patienter som riskerar utsatthet under hela vårdkedjan. Under studiernas genomförande har jag fått möjlighet att fördjupa min kunskap i jämlik vård, ett centralt begrepp för hälso- och sjukvården och angeläget ur både ett patient- och medborgarperspektiv. Det har en särskild betydelse då sjukdom i många fall innebär ytterligare utsatthet, samt att man som patient ofta befinner sig i underläge i förhållande till organisation och vårdpersonal. Idag kan jag i backspegeln se att jag som novis inte förstod att vården i många fall var så ojämlik, och att ämnet är mer aktuellt än någonsin.

2 BAKGRUND

2.1 JÄMLIK VÅRD

Målsättningen för jämlik vård är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) 2008 och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763 att hälso- och sjukvården ska ge god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården inkluderat ambulanssjukvården¹ är en viktig del för samhällets invånare och ambulanssjukvården, precis som resten av Hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad, evidensbaserad, jämlik och tillgänglig (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor [RAS] 2012; HSL, 1982:763). Vården ska även ges med gott bemötande och omhändertagande till alla, oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning (Socialstyrelsen, 2011). Dock framkommer det i olika Svenska myndighetsrapporter att det finns skillnader i vården, både könsrelaterade, socioekonomiska och geografiska (Socialstyrelsen, 2011; Sveriges Kommuner och Landsting, 2012; Socialstyrelsen, 2013). Även nationella och internationella studier visar på skillnader i utförd vård och behandling, främst avseende patienter från sociokulturella grupper med låg utbildning, olika etnicitet och olika kön (McSweeney et al., 2007; McSweeney, et al., 2010). Orsakerna till skillnaderna i vården beskrivs bland annat vara olikheter i symtombeskrivningar hos patienterna som leder till att diagnos och behandling fördröjs (Redberg, 2006). Oavsett orsak till att ojämlikhet i vården uppstår så leder detta till att dödligheten blir högre hos kvinnor än män vid bland annat hjärtinfarkt (Canto et al., 2012; McSweeney et al., 2010). Det leder även till att användningen av evidensbaserad behandling inte ges till kvinnor i samma omfattning som män (Bangalore et al., 2012; Bugiardini, et al., 2010). Tidigare studier som behandlar jämlik vård har främst genomförts inom sjukhus och primärvård (Redberg, 2006). Studier som belyser jämlik vård inom prehospital akutsjukvård och i ambulanssjukvården är sparsam men Rubenson et al. (2016) studie visar att män ges högre prioritet jämfört med kvinnor när larmoperatören bedömer vårdbehov i nödsamtal. Vid traumatisk hjärnskada, som drabbar män i större utsträckning än kvinnor, tenderar kvinnliga patienter att få fler utförda bedömningar och interventioner jämfört med manliga patienter medan män i större utsträckning transporterades direkt till specialistvård jämfört med kvinnor (Falk, Alm, & Lindström, 2015).

¹ Ambulanssjukvård är en del av den prehospitala vårdkedjan, en funktionell del av hälso- och sjukvården som huvudsakligen ansvarar för bedömningen av brådskande vårdbehov för och transport av patienter utanför vårdinrättningarna (SOSFS 2009:10). I litteraturen anges ambulanssjukvården ofta som prehospital akutsjukvård, (Sanders et al. 2012). Ambulanssjukvård användas fortsättningsvis som begrepp i ramberättelsen då studierna är genomförda i ambulanssjukvården.

Detta trots att de medicinska behandlingsriktlinjer som används inom ambulanssjukvården i Sverige inte särskiljer könen avseende initiering av behandling eller prioritering. Det saknas dock stöd i de medicinska behandlingsriktlinjerna gällande bedömning av vårdbehov hos patienter som inte talar och förstår svenska eller engelska (Stockholms Läns Landsting [SLL] behandlingsriktlinjer, 2017).

2.2 AMBULANSSJUKVÅRD

Det finns internationella skillnader hur ambulanssjukvården är organiserad, vissa organisationer har en mer transporterande funktion och en annan grundar sin organisation i att sjukhusvården flyttas till platsen där patienten befinner sig. I den senare organisationen genomförs vanligtvis fler vård interventioner i omhändertagandet, alternativt så kvarstannar de vårdsökande på plats (Al-Shaqsi, 2010). Även forskningsfältet inom ambulanssjukvården skiljer sig åt, tidigare fokus i forskningen har främst omfattat trauma, katastrofmedicin och det akuta omhändertagandet (Snooks et al., 2009; Fevang et al., 2011; Bremer, 2016), vilket inte speglar ambulansuppdragen som till största andelen består av att vårda patienter med icke livshotande tillstånd (Nilsson & Lindström, 2016). Vårdvetenskaplig forskning med utgångspunkt i patientperspektivet inom ambulanssjukvården är sparsamt publicerad, dock har en sådan forskningstradition främst från de nordiska länderna utvecklats under de senaste åren. Trolig förklaring till att den vårdvetenskapliga forskningen inom ambulanssjukvården har vuxit i Norden de senaste åren kan vara att sjuksköterskor bemannar ambulanssjukvården i Sverige sedan 2005 (Suserud, 2005) och specialistutbildningarna i Sverige omfattar en magisterexamen på flertalet av universiteten (Sjölin et al., 2015), samt att antalet forskarutbildade sjuksköterskor ökat de senaste åren.

I Sverige har landsting ansvar för planering och organisationen av ambulanssjukvården och för att säkerställa kompetensen i ambulansen, så arbetar sedan 2005 minst en legitimerad sjuksköterska i varje ambulans (SOSFS 2009:10). Arbetet inom ambulanssjukvården är ett självständigt och komplext arbete med stort ansvar för patientens vård (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012; Hörberg et al., 2017). Detta ställer krav på kompetens och kunskap för att nå målet gällande god och jämlik vård. Kunskap och kompetens är omfattande begrepp men i denna ramberättelse är utgångspunkten Benners (1984) beskrivning av kunskapsutveckling i den kliniska verksamheten. Enligt Benner (1984) sker sjuksköterskans kunskapsutveckling i fem stadier: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert.

Hon menar att vara kompetent innebär att sjuksköterskan arbetat inom samma kliniska område under en längre tid, är medveten om sina egna handlingar, men saknar expertens snabbhet. Skillnaderna mellan novis och expert är främst att novisen saknar bakgrundsförståelse och erfarenhet av de situationer hon möter samt hur hon förväntas agera.

Inom SLL, där delstudierna genomförts är bemanningen i ambulansen ett team bestående av en specialistsjuksköterska och en ambulanssjukvårdare eller en specialistsjuksköterska och en grundutbildad legitimerad sjuksköterska. Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård är en reglerad utbildning som ger yrkesexamen på avancerad nivå med en skyddad yrkestitel. Enligt RAS kompetensbeskrivning (2012), ska sjuksköterskan som arbetar i ambulanssjukvården utgå ifrån 'patientens individuella behov och självständigt och med begränsade resurser ansvara för avancerad omvårdnad i en oordnad' vårdmiljö. Ambulanssjukvårdare har en grundläggande vårdutbildning, vilket ger sjuksköterskan det medicinska ansvaret i den dagliga vården (Lindström et al., 2015).

Tidigare forskning belyser att vård inom ambulanssjukvården kräver att personalen är förberedd för ett öppet och flexibelt möte med patienten samt att personalen behöver vara förberedda på det oförberedda som kan uppkomma i vårdmötet (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012). Hörberg et al. (2017) beskriver även att det är komplext att vara ny medarbetare i ambulanssjukvården då vårdmöten är så mångfacetterade. Benner (1984) beskriver att primärt styrs handlandet av regler och riktlinjer och förmåga att uppfatta helheten i en situation vilket inte finns hos novis på grund av att omständigheterna är nya. Först efter att ha arbetat inom samma kliniska område under en längre tid och vara medveten om sina egna handlingar är sjuksköterskan kompetent, och har då förmåga att kunna prioritera och utvecklat ett kritiskt tänkande. Wihlborg (2017) diskuterar i sin avhandling att inom ambulanssjukvården är sjuksköterskans reflektions- och kommunikationsförmåga avgörande för hur sköterskornas kompetens utvecklas och används. Oavsett, enligt Benner (1984) är en skicklig sjuksköterska en som tolkar situationen som en helhet, kan uppfatta avvikelser från det normala och kan se betydelsen av åtgärder i det aktuella skedet och relatera det till långsiktiga mål. Experten har speciella färdigheter och kan snabbt fokusera på vad som är mest centralt samt har en djupare förståelse för den totala situationen. Ett antagande utifrån Hörbergs et al. (2017) och Benners teori (1984) är att för att kunna ha ett öppet och flexibelt möte med patienten och att vara förberedd på det oförberedda för en jämlik vård behöver ambulanspersonalen teoretisk kunskap, klinisk erfarenhet och kontinuerlig kompetensutveckling.

2.3 VÅRD I ETT MÅNGKULTURELLT SAMHÄLLE

Populationen i Sverige representeras idag nästan av 200 olika nationaliteter, vilket gör Sverige till ett mångkulturellt samhälle (Tavallali, Kabir, & Jirwe, 2014; Statistiska centralbyrån [SCB], 2016). I Sverige, med 10 miljoner invånare, har befolkning med ursprung från annat land nått en miljon, vilket orsakats av migrations- och flyktingsituationer i världen. Ett antagande är att antalet utländskt födda kommer fortsätta att öka både i Sverige och i resten av världen (SCB, 2016; Förenta Nationerna [FN] 2016). I det mångkulturella samhället är det inte ovanligt att sjukvårdspersonal vårdar patienter utan att ha ett gemensamt språk, vilket kan medföra svårigheter för både patient och personal, när kommunikation varken kan ges eller tas emot på ett tillfredsställande sätt. Tidigare forskning påvisar kunskapsbrister hos vårdpersonalen i att vårda patienter som inte talar ett gemensamt språk och att detta utgör hinder i vårdandet, vilket kan leda till ökade patientsäkerhetsrisker (Bartlett et al., 2018). När det finns språkbarriärer mellan sjuksköterskan och patienten så är det svårare att förklara och ge information vilket kan leda till ett lidande för patienten (Asghar, Phung, & Siriwardena, 2016; Van Rosse et al. 2016).

2.4 ÄLDRE PATIENTER

Upp till en fjärdedel av alla vårdsökande på akutmottagningarna är äldre än 65 år (Samaras et al., 2010), och det är främst äldre patienter som använder sig av ambulanssjukvården jämfört med yngre (Vicente, 2013). Den äldre patientgruppen är skör och sårbar då de ofta lider av flera olika sjukdomar och symptomen de uppvisar vid besök i akutsjukvården kan vara atypiska. Bakker et al., (2015) menar att de äldres skörhet belyser behovet av ytterligare kunskap om geriatrisk vård inom akutsjukvård då de äldre i stor utsträckning vårdas där. Akutmottagningar är inte den bästa platsen för vård av den äldre patienten då personalen på akutmottagningar sällan är specialiserade inom geriatrik (Ellis et al., 2011). Den äldre patienten tenderar även att bli kvar på akutmottagningen längre jämfört med yngre patienter (Samaras et al., 2010). För att optimera omhändertagandet av den äldre patientgruppen i Stockholm, så dirigeras ambulanstransporter vid specifika tillstånd sedan 2012 direkt till geriatriska vårdavdelningar istället för till akutmottagningen (Vicente, 2013). En patientgrupp som inte kan styras direkt till geriatrisk vårdavdelning är de som drabbats av höftfraktur då dessa vanligtvis kräver kirurgisk vård och behandling.

De patienter som drabbats av en höftfraktur är en skör patientgrupp och den initiala omvårdnaden och behandlingen har stor betydelse för återgång till tidigare funktionsnivå och minskad risk för komplikationer (Björkman Björkelund, 2008; Ekström, 2008).

Dubbelt så många kvinnor som män drabbas av höftfraktur, och det är den vanligaste orsaken till att äldre kvinnor vårdas på sjukhus (Rikshöft, 2012). Vårdkedjan för dessa patienter startar oftast med att ambulanssjukvården vårdar och transporterar patienterna då de allra flesta som drabbats är tvungna att ta sig till sjukhus i liggande position. Då det är främst kvinnor som drabbas av höftfraktur och över hälften av personalen som arbetar inom ambulanssjukvården är manlig så är det av intresse att undersöka om vården är jämlik utifrån personalens kön.

2.5 GOD VÅRD VID HÖFTFRAKTUR

Smärta är ett vanligt symtom vid höftfraktur och obehandlad och/eller underbehandlad smärta ger utöver en obehaglig upplevelse för patienten även en ökad risk för utveckling av bland annat delirium-förvirring (Morrison et al., 2003; Abou-Setta et al., 2011). Ambulanspersonal uppger dock att det är svårt att bedöma patienternas smärta då vissa patienter lider av demens eller akut förvirring som en följd av skadan (Jakopovic, Falk, & Lindström, 2015). Hur väl patienterna ges möjlighet att bli smärtlindrande är även beroende på olika faktorer såsom kön, ålder, utbildningsnivå och attityder hos personalen som omhändertar patienten (Castrén, Lindström, Hagman-Branzell, & Niemi-Murola, 2015). I enligt med de medicinska behandlingsriktlinjerna som används inom SLL så ska patienter med en misstänkt höftfraktur erhålla smärtstillande läkemedel vid smärtskattning > 4 enligt en Numerisk skattningsskala (NRS). God smärtlindring och kort tid mellan skada och operation har betydelse för uppkomst av komplikationer som trycksår och det främjar även patientens rehabilitering efter skadan (Björkelund et al., 2009; Björkelund et al., 2010; Moja et al., 2012; Boddaert et al., 2014; Rikshöft, 2012). Även betydelsen av att optimera patientens syrgasmättnad, blodvärde samt att minska fastetid framkommer som viktiga faktorer i vården av patienter med höftfraktur (Björkman Björkelund, 2008; Johansson et al., 2013; Hawkes et al., 2015). Ambulanspersonalen² bör utöver god smärtlindring även överväga att administrera syrgas och intravenös vätska till patienten när tillståndet kräver detta.

² I föreliggande ramberättelse används begreppet ambulanspersonal och det omfattar teamet som omhändertar patienterna inom ambulanssjukvården. Vanligtvis bemannas varje ambulans med en ambulanssjukvårdare och en legitimerad sjuksköterska och i vissa landsting i Sverige finns även kravet att ambulanserna ska bemannas med minst en specialistsjuksköterska (Lindström, Bohm & Kurland 2015).

2.6 PROBLEMFÖRMULERING

Jämlig vård innefattar att hälso- och sjukvården ska ge god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Tidigare forskning visar dock att det finns skillnader inom olika delar av hälso- och sjukvården som har både könsrelaterade och socioekonomiska orsaker. Även olikheter i patienters symtombild i relation till kön samt faktorer såsom personalens ålder, utbildningsnivå, kön och attityder kan påverka om vården bedrivs jämligt eller inte. Det är dock oklart om ovan beskrivna orsaker till ojämlik vård även har inverkan på vården som bedrivs i ambulanssjukvården. Fokus avseende jämlig vård inom ambulanssjukvården har främst omfattat omhändertagande av patienter vid akuta tillstånd där resultat visar viss skillnad i vård och behandling mellan män och kvinnor. De akuta ambulansuppdragen speglar dock inte ambulanssjukvårdens hela vårduppdrag som till största delen innebär att vårda patienter med icke livshotande tillstånd. Därför fokuserar denna licentiatavhandling på att undersöka jämlig vård ur personalens vårdande perspektiv vid vård av två patientgrupper, äldre personer med höftfraktur samt personer med begränsade svensk-engelska färdigheter.

3 SYFTE

Det övergripande syftet med denna avhandling var att utforska ambulanspersonalens omhändertagande av patienter ur ett jämlikhetsperspektiv.

De två syftena var;

I. Att beskriva ambulanspersonalens bedömningar och smärtlindring som de tillhandahåller till patienter med höftfrakturer baserat på ambulanspersonalens kön och år av yrkeserfarenhet.

II. Att utforska vilka strategier sjuksköterskor använder som arbetar inom ambulanssjukvården när de vårdar patienter med begränsade svensk-engelska färdigheter.

4 METOD

4.1 DESIGN

Denna licentiatavhandling omfattar två delstudier som undersöker två perspektiv på jämlik vård i ambulanssjukvården. För att besvara det övergripande syftet har kvantitativ och kvalitativ studiedesign använts (tabell 1).

Tabell 1. *Studieöversikt, design och metod för delstudierna*

Studie	Design	Deltagare	Datainsamling	Analys
I	Kvantitativ	Patienter	722 journaler Kvinnor (n=509) Män (n=213)	Beskrivande statistik Icke parametrisk test
II	Kvalitativ	Sjuksköterskor	Intervjuer Män (n= 6) Kvinnor (n=5)	Innehållsanalys

4.2 URVAL OCH DATAINSAMLING

Delstudie I

Delstudie I, baseras på ambulanspersonalens dokumentation angående omhändertagandet av patienter med höftfraktur som opererats vid ett sjukhus i Stockholm under 2011. Inklusionskriterier; patienter >65 år, vilka transporteras till sjukhus med ambulans i samband med skadan. Exklusionskriterie; multipla skador. Totalt 755 journaler från ambulanssjukvården identifierades och av dessa journaler uteslöts 25 patienter då transporten skett mellan sjukhus samt fyra patienter exkluderades på grund av en ofullständig dokumentation. Under studieperioden fanns det cirka 60 ambulanser i Stockholm, och majoriteten av personalen var manlig. Variabler som samlades in var ambulanspersonalens kön, yrkeserfarenhet i ambulanssjukvården, dokumentation om smärtbedömning, medicinsk behandling och patientens kön och ålder. Ambulanspersonalens smärtbedömning dokumenterades antingen som en visuell analog skala (VAS) / NRS eller fritext.

Delstudie II

Delstudie II, baseras på individuella intervjuer med sjuksköterskor verksamma inom ambulanssjukvården inom SLL. Inklusionskriteriet var att de skulle ha minst ett års yrkeserfarenhet med erfarenhet av att möta och omhänderta patienter med språkbrister i svensk-engelska. Snöbollsteknik användes för att rekrytera respondenter. Snöbollstekniken är ett informellt sätt att identifiera möjliga respondenter där respondenter rekommenderar ytterligare personer för att medverka i studien, i syfte att nå målgruppen som ska intervjuas (Patton, 2002). I denna studie ställdes frågan om respondenten kunde föreslå två kollegor efter den genomförda intervjun. De individuella intervjuerna genomfördes där tid och plats bestämts av respondenten. Varje intervju varade mellan 30-45 minuter (medelvärde 35 minuter) och spelades in digitalt. Totalt tillfrågades 17 personer om de ville dela sina erfarenheter av att vårda patienter med begränsad svensk-engelska kunskaper. Totalt gav elva sjuksköterskor sitt samtycke till deltagande. Samtliga fick skriftlig information via e-post om syftet med studien innan intervjun och gav sitt skriftliga samtycke innan intervjun påbörjades. Beskrivning av respondenterna finns i tabell 2.

Tabell 2. *Beskrivning av deltagare i delstudie II*

		Antal
Kön	Man	6
	Kvinna	5
Akademisk examen	Legitimerad sjuksköterska	1
	Specialistsjuksköterska	10
Antal år inom ambulanssjukvården	<5	3
	>5	5
	>10	3

4.3 DATA ANALYS

Delstudie I

Insamlad data analyserades med hjälp av IBM SPSS version 22.0 for Windows, Chicago, IL, USA. Resultatet presenteras med beskrivande statistisk (procent, antal) och icke-parametriska test (Pearson's chi-square test) för att undersöka samband mellan Yrkserfarenhet, ambulanssjuksköterskors kön och andelen patienter som erhöll smärtlindring. Variabler dikotomiserades, yrkserfarenhet (> 10 år och < 10 år), ambulanssjuksköterskors kön (man/kvinna), smärtlindring (ja/nej). För denna studie accepterades $p < 0.05$ som statistisk signifikant.

Delstudie II

Den kvalitativa analysen utfördes med stöd av konventionell innehållsanalys beskriven av Hsieh & Shannon (2005). Konventionell innehållsanalys används generellt när syftet är att vara textnära för att beskriva ett ämnesområde. I denna delstudie var syftet att identifiera och beskriva strategier som användes för att bedöma vårdbehov hos patienter med begränsade svensk-engelska kunskaper. Den första delen av analysen började med att lyssna på och transkribera intervjuerna. Den andra delen av analysen bestod av att läsa all data, ord för ord för att få en känsla av helheten och för att identifiera koder som beskrev de strategier som användes. Koderna färgmärktes och jämfördes därefter med varandra i avseende på skillnader och likheter. Nästa steg i analysen bestod av att identifiera meningsfulla kluster, innehåll med liknande kluster sattes samman som kategorier. För att nå trovärdighet i analysen har texten beskrivits och reflekteras tillsammans med medförfattare under hela processen. För att stärka trovärdigheten ytterligare så genomfördes en gemensam bedömning med medförfattare för att säkerställa att kluster, kategorier och huvudkategori, överensstämde med intervjuer och de identifierade strategierna.

5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

De grundläggande etiska principerna beskrivna i Helsingforsdeklarationen (1964, senast uppdaterade 2013) och av vetenskapsrådet (2011) har varit vägledande i hela forskningsprocessen. De grundläggande etiska principer som bör beaktas i all forskning är autonomi-, göra gott-, icke skada- och rättvisepincipen (Vetenskapsrådet, 2011). När delstudie I genomfördes fanns inte ett uttryckt krav på patienternas samtycke vid registerstudier där information från patientjournaler registerats. Medvetenheten finns om att idag finns det krav att patienten ska ge samtycke även för att uppgifter ska kunna registreras i olika register. Hanteringen av patienternas ambulansjournaler i delstudie I har skett enligt personuppgiftslagen, genom att säkerställa avidentifiering och det finns inga möjligheter till identifiering av personuppgifter som kan koppla samman med en fysisk person, allt i syfte att värna om den personliga integriteten.

Innan delstudie II påbörjades gav verksamhetscheferna sitt godkännande att studien genomfördes i deras verksamhet. Respondenterna fick både skriftlig och muntlig information om studiens syfte, att deltagande var frivilligt och rätten att avbryta sin medverkan när som helst. Respondenterna kunde självständigt bestämma om deltagande, de fick även bestämma plats och tid för intervjuerna. Vidare informerades respondenterna om att det som berättades under intervjun var konfidentiellt och de inte skulle berätta om vårdmöten där enskilda patienter riskerades att identifieras.

Studierna har godkända etiska tillstånd av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, dnr: 2013/1520-32 och 2016/727-31/5.

6 RESULTAT

Delstudie I

Totalt inkluderades 722 patienter med höftfraktur, kvinnor (n=509) män (n=213) i studien. Patienternas ålder varierade mellan 65-100 år, medelålder för kvinnor var 85 år och för männen 82 år. Dokumentationen i ambulansjournalerna tydliggjorde att det inte fanns någon skillnad mellan män och kvinnor avseende patienternas uttryck av smärta. Totalt var det 87 procent (n=629) av patienterna som hade gett uttryck för smärta, av dessa erhöll 57,5 procent (n=362) smärtstillande läkemedel i någon form, re-evaluering av smärtintensitet under vårdtiden dokumenterades i 53,2 procent. Det var 34 patienter (5,7%) som enligt dokumentationen avböjde smärtlindring. Intravenösa analgetika var den vanligaste formen av smärtlindring som administrerades.

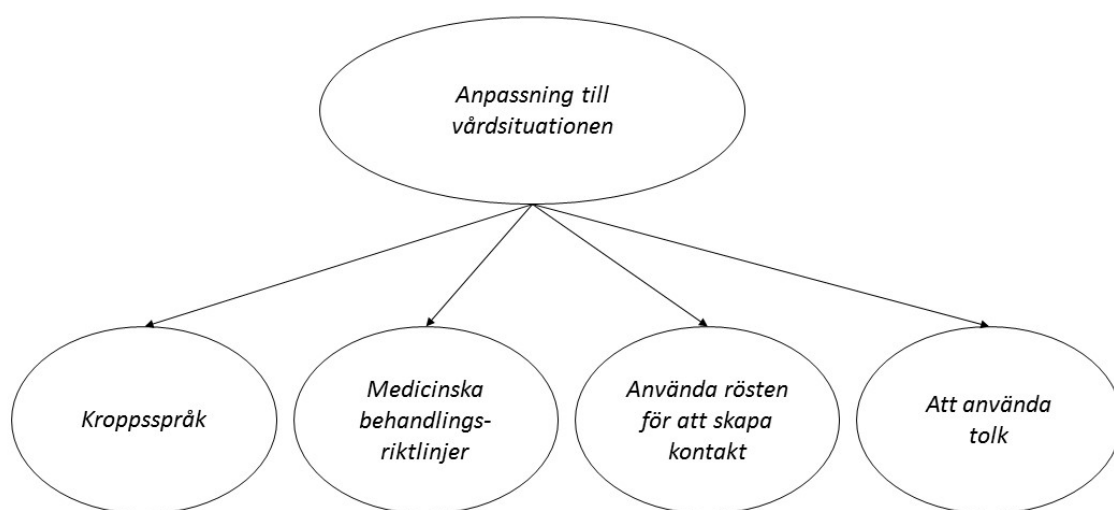
I hela gruppen av ambulanspersonal hade manlig ambulanspersonal en tendens att administrera mer smärtstillande medel än kvinnlig personal. Även om manlig personal oftare administrerade analgetika, utvärderade de inte patienternas smärta i samma utsträckning som kvinnlig personal. Det fanns dock inga signifikanta skillnader i den dokumenterade bedömning eller administrering av analgetika.

Patienterna vårdades i 503 ambulansuppdrag av manlig ambulanspersonal och 219 ambulansuppdrag av kvinnlig personal. Personalen med yrkeserfarenhet <10 år vårdade i medeltal 2,8 patienter av de inkluderade patienterna och personalen med yrkeserfarenhet >10 år vårdade i medeltal 3,1 patienter. Antal patienter som vårdades av män (n=225) och av kvinnor (n=130) med mindre än 10 års yrkeserfarenhet var 49 procent. Manlig ambulanspersonal jämfört med kvinnliga och oavsett yrkeserfarenhet hade en tendens att administrera smärtlindring oftare, resultatet är dock inte signifikant. Sammantaget administrerade personal med yrkeserfarenhet mindre än 10 år mer smärtstillande läkemedel jämfört med personal med yrkeserfarenhet mer än 10 år.

Delstudie II

Totalt medverkade 11 respondenter i studien, samtliga hade mer än ett års yrkeserfarenhet i ambulanssjukvården och de beskrev sig ha stor erfarenhet av att vårda patienter med begränsade kunskaper i svenska och eller engelska, då de möter dessa patienter under nästan varje arbetspass. Även om ambulanspersonalen har informerats av larmcentralen om vad som kan förväntas när de kommer till platsen där patienten befinner sig så beskrivs informationen som otillräcklig, otydlig och vilseledande.

Strategier som används i det vårdande mötet med patienter med begränsad svensk-engelsk kunskap visade övergripande att *personalen anpassade sig till vårdsituationen*. Anpassningen innebar att när situationen bedömdes som brådskande eller livshotande beslöt sjuksköterskan att åka direkt till akutmottagningen. När vårdsituationen inte bedömdes vara livshotande eller kritisk så användes olika strategier för att kunna utföra bedömning och identifiering av vårdbehov hos patienterna. Strategierna var; *kroppsspråk*, *medicinska behandlingsriktlinjer*, *använda rösten för att skapa kontakt och att använda tolk*



Figur1. *Strategier som används i det vårdande mötet*

Betydelsen av kroppsspråk, att använda sin egen kropp för att skapa ett ömsesidigt språk beskrevs som en betydelsefull strategi att använda för att göra bedömningar av patienternas vårdbehov. Tummen upp eller ner, nickning eller skakning på huvudet beskrivs som gester som alla patienter förstår. Användningen av smärtsamma ljud i kombination med tummen upp/ner kunde bekräfta eller förkasta bedömningen av smärta. Personalen illustrerade också olika symptom med sin egen kropp och patienten hade möjlighet att visa tummen upp eller ner/ nicka eller skaka på huvudet. *"Jag använder ansiktsuttryck, säger aj och pekar på samma gång"* (#5).

Att använda de medicinska behandlingsriktlinjerna beskrivs som en strategi för att kunna bedöma patienternas medicinska- och vårdbehov, *"Vi har riktlinjer att använda vid bedömningen ... Jag menar att om du följer ABCDE så missar du inget....då spelar ingen roll om du inte kan kommunicera ..."* (#8).

Resonmenaget visade dock att genom att göra en strukturerad bedömning enligt A-E³ principen och genomföra mätning av patientens vitala funktioner så uppnås en relativt säker patientbedömning men utan möjlighet till en djupare kunskap om patientens symtom, sjukdom eller hälsoproblem.

Respondenterna beskrev också användningen av alla sina mänskliga sinnen som ytterligare strategi och ansågs som en viktig del av bedömningen. Genom att känna på patientens hud fick de information om statusen för cirkulationen och genom att lyssna på patientens andetag fick de information om andningen. Användningen av luktsinne hjälpte dem att identifiera möjliga infektioner eller ketoacidosis och genom att använda ögonen kunde de observera patientens hudfärg, ansiktsuttryck och miljö som kan ha orsakat symtomen. *"Att se, känna, lukta, ha erfarenhet. Att arbeta i ambulansen kräver många års erfarenhet"* (#9). Det beskrevs som att ha en klinisk blick, att de läser patienten, *"Det är bara vad vi ser som kan uppfattas"* (#8). De beskrev hur deras bedömning startade så snart de kom in i rummet och de första observationerna användes vid tolkning av patientens tillstånd, ensam eller i kombination med mätning av vitala parametrar, de gjorde en strukturerad bedömning i enlighet med A-E för att utesluta tidskritisk sjukdom. När situationen bedömdes som brådskande eller livshotande, så blev beslutet att transportera direkt till akutmottagningen utan några vårdande interventioner på plats. *Vi såg att hennes blodtryck var mycket lågt och hon hade en mycket hög feber. "Så det var bara det ... vi behövde verkligen inte stanna längre"* (#6). Att transportera direkt till akutmottagningen skedde också i mindre brådskande situationer och när personalen inte kunde förklara att alternativa vårdnivåer är möjliga *"De förstår inte att det inte är så enkelt ... och att vi kan börja behandlingen och lindra lidande"* (#1).

Att använda rösten var även en strategi för att skapa en känsla av att vilja hjälpa, att göra gott. De justerade tonen i rösten, som med syfte att skapa förtroende och säkerhet, *"Ett vänligt kroppsspråk, en vänlig röst, mjuk och vänlig röst och lugn röst - Jag anser att detta är avgörande för vården av icke-svensktalande vårdsökande"* (#10). En vänlig röst skapade en känsla av säkerhet, att använda rösten var en strategi för att övervinna språkbarriärerna. De berättade att de fortsatte att prata på ett vänligt sätt även om det inte fanns något ömsesidigt språk. I kombination med rösten beskrevs även hur de satt på samma nivå som patienten vilket bidrog till att skapa förtroende i den vårdande relationen.

³ Ett strukturerat omhändertagande av patienter som syftar till att upptäcka sjukdom/tillstånd där tidig behandling har avgörande betydelse. Varje bokstav (A, B, C, D, E) omfattar undersökning/bedömning av vitala funktioner, problem/symtom eftersöks aktivt för att initiera behandling och symtomlindring.

Att använda tolk var en strategi som omfattade att använda släktingar, vänner, åskådare eller olika tekniska lösningar. Släktingar användes trots att respondenterna föredrog att inte använda dem. De kände osäkerhet när de använde en släkting som tolk. *"Du vet aldrig om allt du säger översätts ordagrant eller vad som tolkas"* (#3). Fler beskrev att de undvek att använda barn som tolk, främst på grund av barns sårbarhet. *"Barnen kanske inte förstår och vi kan oro dem mer av alla våra frågor"* (#5). Det var ett sätt att anpassa sig till situationen genom att använda anhörig till patienten som tolkar även om det beskrevs som besvärande. Professionell tolk via telefon nämndes också, men slutsatsen var att det var en form av stöd som var tillgängligt på sjukhusen men inte använts inom ambulanssjukvården i någon större omfattning.

En mobiltelefon med högtalarfunktionen eller olika applikationer för smartphones beskrevs även som alternativ till tolk, men användes inte i den kliniska vardagen, *"Att använda Google translate eller andra tekniska verktyg är ett alternativ men det är svårt att ta reda på vilket språk de talar och tekniken är inte alltid stödjande eller lätt att använda"* (#1). Erfarenheten var att tekniken blev mer av ett hinder och tog tid från bedömningen istället för att stödja bedömningen, *"Jag använder det sällan för att det tar ganska mycket tid från bedömningen"* (#3).

Vikten av att kunna använda några ord på de vanligaste språken lyftes fram, genom att ha kunskap om några ord på patientens språk så gavs förutsättningar för att skapa en känsla av trygghet genom att visa att de försökte kommunicera med både patienten. Att ha möjlighet att arbeta med en kollega som talade andra språk än svenska och/eller engelska ansågs vara mycket värdefullt.

7 DISKUSSION

Jämlik vård ur ett prehospitalt akutsjukvårdsperspektiv är ett relativt outforskat område och de två studierna som genomförts inom ramen för denna licentiatavhandling ger oss ytterligare kunskap i ämnesområdet. Övergripande visar resultaten att ambulanspersonalens egenskaper som kön och yrkeserfarenhet kan påverka mängden analgetika som administreras till patienter som drabbats av en höftfraktur (I). Vidare visar resultaten att det finns risker att vården blir ojämlik när förmågan att kommunicera på svenska eller engelska saknas (II). Oavsett, ambulanspersonalen möter människor i olika situationer och i olika vårdmiljöer vilket kräver att de är förberedda på ett öppet och flexibelt möte med patienten och de behöver vara förberedda på det oförberedda i vårdmötet (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012). Speciellt viktigt är förberedelsen på det oförberedda då det kliniska beslutsfattandet är en komplicerad process som utgår från nödvändiga observationer och beslut om vilka åtgärder som bör genomföras i syfte att ge patienten god (Gunnarsson & Warrén-Stomberg, 2009) och jämlik vård.

Betydelse av ambulanspersonalens kön och yrkeserfarenhet i samband med administrering av smärtlindring till patienter med höftfraktur

Utifrån ambulanspersonalens kön och yrkeserfarenhet så fann vi skillnader i omhändertagandet av patienter med höftfraktur inom ambulanssjukvården. Dessa skillnader stämmer väl överens med tidigare resultat av Falk et al., (2015) då omhändertagande av livshotande tillstånd visade att det fanns skillnader mellan hur män och kvinnor omhändertogs av ambulanspersonalen, dock var dessa resultat ej signifikanta. Oavsett, ambulanspersonal med yrkeserfarenhet mindre än 10 år administrerar mer smärtlindring och manlig personal tenderar att oftare administrera smärtlindring jämfört med kvinnlig personal i vård av patient med höftfraktur (I). Även om personalens kön och yrkeserfarenhet påverkade omhändertagandet så ledde det inte till att vården avseende frekvensen av smärtlindring var ojämlik, istället visade resultatet att drygt hälften (57 %) av patienterna med misstänkt höftfraktur erhöll smärtlindring trots att 87 procent av patienterna gav uttryck för smärta (I). Om detta är ett uttryck för åldersdiskriminering är oklart utifrån genomförd studie men tidigare studier inom akutsjukvårdens kontext visar att äldre patienter får mindre smärtlindring jämfört med yngre vårdsökande (Quattromani et al., 2014). Orsakerna till att äldre får mindre smärtlindring kan vara att med stigande ålder sker det förändringar i det nociceptiva systemet och detta kan leda till förändrad smärtupplevelse och med det ett förändrat uttryck av smärtintensitet (Gibson & Helme, 2001). En annan faktor som kan påverka administrationen av smärtlindring, är att personalen, utifrån patientens smärtuttryck,

underskattar graden av smärta (Guru & Dubinsky, 2000; Puntillo et al., 2003; Walsh et al., 2012). Inom ambulanssjukvården kan ytterligare faktor som leder till att mindre mängd analgetika administreras finnas. Jakopovic et al. (2015) diskuterar att när patienterna placerats i optimalt läge på båren så avklingar patientens smärta och analgetika administreras inte. Det finns dock studie som visar att patienternas upplevelser inte stämmer helt överens med det resonemanget och där patienter med höftfraktur ger uttryck för bristande smärtlindring (Aronsson et al., 2014). En annan faktor som påverkar mängden av smärtlindring kan vara att gruppen av patienter som undersökts kan vara svåra att bedöma på grund av kommunikationssvårigheter beroende på demens eller akut förvirring som en följd av skadan (Jakopovic et al., 2015). Resultatet i delstudie I, att inte administrera smärtlindring trots patientens smärta är dock i linje med tidigare studier där patienterna rapporterade smärta och inte fick analgesi (Lord et al., 2009; Parker & Rogers, 2015). Förutom att vården inte kan värderas som jämlik då inte en större del av patienterna erhåller analgetika så riskerar även patienterna att drabbas av vårdlidande. Det uppstår även en frågeställning om varför inte de medicinska behandlingsriktlinjerna efterföljs inom ambulanssjukvården. Behandlingsriktlinjerna är ett hjälpmedel som ger ambulanspersonalen möjlighet att bedriva jämlik och patientsäker vård och enligt de riktlinjer som används av ambulanssjukvården i Stockholm bör patienter med misstänkt höftfraktur och VAS > 4 få smärtstillande läkemedel (SLL behandlingsriktlinjer 2017). Tidigare studier har dock visat att bristande följsamhet till riktlinjer kan vara att dessa inte anpassats till ambulanssjukvårdens kontext (Hagiwara et al., 2013; Figgs et al., 2017). En vidare förklaring till bristande följsamhet till riktlinjer som kan är att det tar tid utveckla erfarenhetsbaserad kunskap i ambulanssjukvården och då riktlinjerna inte är anpassade till verksamhetens behov så tar det tid innan den erfarenhetsbaserade kunskapen är tillräcklig för att kunna bedriva jämlik vård utan stöd av riktlinjer. Wihlborg (2017) diskuterar även att inom ambulanssjukvården är förmågan till reflektion och kommunikation avgörande för hur sköterskornas kompetens utvecklas och används och ett antagande kan vara bristande reflektion leder till ökad risk för ojämlig vård. Benner (1982, 1984) beskriver att vara kompetent innebär att sjuksköterskan arbetat inom samma kliniska område under en längre tid, är medveten om sina egna handlingar, men saknar expertens snabbhet. Skillnaderna mellan novis och en expert är främst att en novis saknar bakgrundsförståelse och erfarenhet av de situationer hon möter samt hur hon förväntas agera. Utifrån resultatet i delstudie I är ett antagande att novisen är mer följsam till riktlinjerna då behovet av stöd är större. Till skillnad mot experten som har lång erfarenhetsbaserad kunskap som kan bedöma och dra egna slutsatser utifrån varje enskild patient vilket kan leda till att följsamheten till riktlinjerna minskar.

Men att det ska behövas mer än 10 års yrkeserfarenhet för att vara expert inom ambulanssjukvården kan ifrågasättas, det är dock rimligt att anta att den erfarenhetsbaserade kunskapen tar tid att bygga upp eftersom vårdmiljöer och sjukdomspanoraman varierar (Nilsson & Lindström, 2016). Annan orsak till att det kan ta tid att bygga den erfarenhetsbaserade kunskapen kan bero på begränsad möjlighet till att mötas och reflektera med fler kollegor om olika omvårdnadsproblem, ett dilemma som uppstår på grund av hur ambulanssjukvården är organiserad, och att kontinuerlig medicinsk utbildning kan vara begränsad. Oavsett orsak, bristande följsamhet till riktlinjer kan leda till att vård på lika villkor för hela befolkningen inte uppnås. Annan förklaringsmodell till varför mer smärtlindring administrerades i delstudie I av personal med yrkeserfarenhet mindre än 10 år kan bero på utbildningsnivå. Utgångspunkten i det resonemanget är att i Stockholm där studierna genomförts har varje ambulans sedan år 2008 bemannats av minst en specialistutbildad sjuksköterska (Lindström et al., 2015). Ett antagande är att de specialistutbildade sjuksköterskorna är en majoritet bland ambulanspersonal som har arbetat mindre än 10 år, vilket kan tyda på att utbildningen kan ha påverkat bedömningen av smärta och mängden analgetika som administrerades. Det är inget annat än ett antagande eftersom information om ambulanspersonalens utbildningsnivå inte var tillgängligt i studien (I), men resonemanget stöds av French et al., (2013) som visade att ambulanspersonalens grundkunskap, uppfattningsförmåga och smärtlindring till patienter förbättrades efter upprepade utbildningsinsatser. Att de som arbetat mer än 10 år inte gav smärtlindring i samma omfattning kan även grunda sig på att attityder och socialt tryck gällande smärtlindring ofta utvecklas i ett tidigt skede i vårdgivarens karriär (Castrén et al., 2015; Weber et al., 2012) och av tradition så har trauma, katastrofmedicin och hjärtstopp varit fokus inom ambulanssjukvården, inte äldre patienter med smärta och som drabbats av höftfraktur. Ytterligare anledning skulle kunna vara att längre yrkeserfarenhet gör att personalen utvecklar andra metoder för att smärtlindra patienter, vilket diskuterats av Jakopovic et al. (2015) men detta behöver undersökas ytterligare. Att antalet år i yrket har betydelse för förutsättningarna till jämlik vård är även tidigare beskrivet av Southern et al. (2011) som visade att läkare med längre erfarenhet påverkade vårdresultatet för patienten med en ökad patientdödlighet och längre vårdvistelse. Resultatet är inte överförbart till ambulanssjukvården men motsvarande studier saknas. Southern et al., (2011) drog slutsatsen att planer måste finnas för att upprätthålla kliniska färdigheter hos personal som arbetat länge, något som kan vara överförbart till ambulanssjukvårdens kontext för att vården ska kunna bedrivas med gott omhändertagande till alla, oavsett bostadsort, ålder, kön,

funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Kommunikationsstrategier vid bedömning av patienternas behov och vård

Utifrån delstudie II fynd är ett antagande att det finns en ökad risk för ojämlig vård för patienter med begränsad svensk-engelsk färdighet och tidigare forskning bekräftar detta antagande (Weiss et al., 2015). Weiss et al. (2015) beskrev att patienter med språkliga brister oftast var äldre kvinnor, de hade en längre transporttid och att de inte lämnades kvar hemma med egenvårdsråd i samma utsträckning som andra patienter. Även om delstudie II utgår från ambulanspersonalens berättelser så är det överensstämmande med Weiss et al. (2015) fynd. I intervjuerna beskrev respondenterna att de inte kunde ge samma/liknande vård till alla vårdsökande vilket kan riskera att skapa en ojämlig vård för redan utsatta grupper. Som tidigare beskrivits så behöver ambulanspersonalen där det är möjligt förberedas för det oförberedda (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2012). Resultaten i delstudie II visar att det inte alltid är möjligt att vara förberedd på vårdmötet då informationen om eventuella språkbarriärer inte alltid ingår i informationen som de får av larmcentralen i samband med utlarmning. När ambulanspersonalen inte erhållit tillräcklig med information från larmcentralen kan det innebära svårigheter med att hantera alla olika och oförutsägbara vårdsituationer vilket indikerar betydelsen av behovet av att vara förberedd på det oförberedda och där också klinisk erfarenhet är viktig. Ytterligare förutsättningar för vårdandet är kommunikation och vid språkliga barriärer finns ytterligare en ökad risk för missförstånd mellan vårdgivare och vårdsökande.

Språkbarriärer beskrevs som nästan ett dagligt problem inom ambulanssjukvården och upplevdes som ett hinder för att kunna utföra en optimal bedömning och behandling utifrån patienternas behov (II). Att anpassa sig till vårdsituationen när inget ömsesidigt språk existerar och försöka hantera de rådande förhållandena utifrån bästa förmåga beskrevs av respondenterna som essentiellt (II). Det innebar att när situationen bedömdes som brådskande eller livshotande prioriterades att transportera den vårdsökande direkt till akutmottagningen, det innebar även att patienterna inte alltid fick optimal vård och att initiering av behandling uteblev eftersom personalen saknade information om t ex allergier mot läkemedel. Fynden i delstudie II belyste att ambulanspersonalen använde olika strategier för att kommunicera, bedöma vårdbehov och initiera behandling utan att kunna kommunicera på samma sätt som med svensk-eller engelsktalande patienter vilket är jämförbart med tidigare forskning om strategier för att övervinna språkbarriärer (Hultsjö & Hjelm, 2005; Ngai et al., 2016; Tate, 2015; van Rosse et al., 2016).

Resultatet om hur ambulanspersonalen använder sig av sin egen röst som en strategi för att skapa en känsla av att vilja väl, att vilja hjälpa har dock inte beskrivits i tidigare forskning. Respondenterna uppgav att tonen på rösten kunde skapa en känsla av förtroende och säkerhet, och med det som utgångspunkt så pratade ambulanspersonalen lugnande utan att patienten kunde förstå de enskilda orden. Respondenterna resonerade även om att vissa ord är likande på flera språk och om de fortsatte prata på svenska så kunde patienterna ha möjlighet att identifiera enstaka ord som de förstod. Det finns ett behov av att personalen som arbetar inom ambulanssjukvården är mångkulturell och behöver avspegla samhället då bedömningar och vårdmötet beskrevs bli bättre för patienterna om någon i teamet pratade fler språk än svenska och engelska. På likande sätt som Tate (2015) beskrev så visade resultatet i delstudie II att det kunde vara av stort värde för patienter och närstående att kunna några ord på de vanligaste språken, för att skapa trygghet för patienten.

Att använda professionella tolkar i ambulanssjukvården eller andra tekniska lösningar användes sällan eller inte alls, anledningarna beskrevs vara att vården är oplanerad och tolk måste beställas, även svårigheter med att veta vilket språk patienten pratar och bristande tillit till tekniska lösningar. Släktingar eller andra personer på plats fick därför träda in som tolkar vilket beskrevs som komplicerat. Det fanns en oro över att personalen inte visste om de som tolkade översatte korrekt, vilket även beskrivits i tidigare studier (Fathi et al., 2010; Tate, 2015). Att använda barn som tolk upplevdes som ett ännu sämre alternativ speciellt om barnet var yngre precis även beskrivits av Fatahi et al., (2010) och Tate (2015). Vårt resultat visar att respondenterna oroas över att barnens språkfärdigheter kan vara otillräckliga och barnet kan i en tolkande situation komma att få för stort ansvar vilket överrensstämmer med resultat av Fathi et al., (2010) och Tate (2015). Även det emotionella bandet till föräldern kan påverka kommunikationen negativt. Oavsett detta så användes barn som tolkar då det beskrevs vara det bästa av alla andra dåliga alternativ till kommunikation (II). Resultaten visar att det finns behov av att utveckla och anpassa tolktjänster och tekniska lösningar så att de är funktionella i en akut och oplanerad vårdssituation, annars riskerar vården för patienter med begränsade språkkunskaper att bli ojämlig och suboptimal vilket även poängterats av Asghar, Phung, & Siriwardena (2016). Vidare riskerar patienter med begränsade språkkunskaper att utsättas för ytterligare vårdlidande om de transporteras till nästa vårdnivå även om de inte har något vårdbehov.

8 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN

Två olika metoder har använts för denna licentiatavhandling en kvantitativ (I) och en kvalitativ (II) studie som genomförts. Studiedesignen har valts utifrån forskningsfrågorna och syftet var att dessa skulle bidra till ökad kunskap och förståelse för helheten kring forskningsprocessen.

Kvantitativ metod delstudie I

Styrkan med delstudie var att ett stort antal patienter (n=722) inkluderades, det var samtliga patienter som fick diagnosen höftfraktur under ett år vid ett sjukhus. De inkluderade patienternas ålder och kön stämmer överens med nationella siffror som presentas av Rikshöft (2012) vilket innebär att vårt urval kan anses vara representativt för hela populationen. Att diagnosen på sjukhus var styrande i datainsamlingen gör att det saknas kunskap om ambulanspersonalens förmåga att identifiera patienter med höftfraktur. Ett antagande är att inkluderade patienter och omhändertagandet som dokumenterats av ambulanspersonalen är representativt och generaliserbart till likande kontext. Att använda ambulanspersonalens dokumentation som underlag till forskning har sina begränsningar, resultatet blir inte mer solitt än vad som dokumenterats och det finns beskrivet att ambulansjournaler är bristande gällande patientdata och genomfört omhändertagande (Laudermilch et al., 2010). Syftet var att undersöka betydelsen av personalens kön och yrkeserfarenhet för jämlik vård i en utsatt patientgrupp. Då data inte var normalfördelat, varken ur personal- eller patientsynpunkt, så användes icke parametriska analyser, vilket begränsar möjligheterna att dra alltför säkra konklusioner av vårt resultat (Polit & Beck, 2012). Oavsett, analyserna har utgått från det som dokumenterats vilket kan innebära att bedömning av smärta, och given smärtlindring samt re-evaluerad smärta utfördes men inte dokumenterades. Denna begränsning även i dokumentationen gör att det kan finnas bias i resultatet gällande sambandet mellan erfarenhet, kunskap och kön i relation till administrering av smärtlindring. NRS/VAS presenterades inte i resultatet och det var beroende på att det väldigt sällan dokumenterades, istället valde ambulanspersonalen att beskriva smärta och re-evaluering i fritext. Detta kan bero på att ambulanspersonalen tolkat patientens beskrivna smärta istället för att använda validerade mätinstrument, vilket kan leda till att patienternas smärta underskattats som beskrivit i tidigare studier (Guru & Dubinsky, 2000). Ett alternativ till studiedesign för att besvara syftet hade varit att genomföra en observationsstudie där de observerade hade kunnat resonera om sitt omhändertagande av patienterna under vårdmötet.

Det hade kunnat ge en djupare kunskap dels gällande hur ambulanspersonalen resonerat utifrån kön och yrkeserfarenhet vid bedömning av smärta dels i valet av smärtlindring eller inte. Dessutom hade inte en lika stor grupp av patienter kunnat undersökas och de fysiska förutsättningarna med att ha en observatör med i ambulansen är begränsade. Vidare är det små möjligheter att följa en specifik patientgrupp, vilket är relaterat till hur ambulanserna dirigeras av larmcentralen. En annan begränsning i genomförd studie är dikotomiseringen av yrkeserfarenhet till > 10 och < 10 år, det gjordes då en stor del av ambulanspersonalen i Stockholm börjat som ambulanssjukvårdare, studerat till sjuksköterskor och därefter genomgått en specialistutbildning och det var inte möjligt att identifiera när de genomgått sin utbildning. Utifrån syftet att beskriva om erfarenhet har någon betydelse för jämlik vård, är detta ett begränsat sätt att dela upp erfarenheten vilket kan ha påverkat resultatet. Dikotomiseringen är dock baserad på Benner's teori (1982); från novis till expert, där hon beskriver att erfarenhet utvecklas över tid vilket påverkar patientvården. En annan brist som tydliggjorts i samband med skrivandet av ramberättelsen är att det hade kunnat göras ytterligare analyser för att t ex undersöka om det förekommer någon åldersdiskriminering avseende smärtlindring. Oavsett svagheter och styrkor i genomförd studie så är bedömningen att resultatet belyser att det finns förbättringspotential gällande omhändertagandet av patienter inom ambulanssjukvården och en uppföljande studie efter till exempel en utbildningsintervention i jämlik vård kan styrka eller eventuellt förkasta resultaten.

Kvalitativ metod delstudie II

Syftet med delstudien var att utforska vilka strategier sjuksköterskor inom ambulanssjukvården använder sig av när de vårdar patienter med begränsade kunskaper i svenska och engelska. Studiedesignen var kvalitativ då det fanns begränsad kunskap inom området och syftet var att utforska ämnet för att generera kunskap som kan användas som underlag för framtida interventionsstudier. Resultatet baseras på individuella intervjuer som transkriberades och därefter analyserades med innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005) för att hålla sig så text nära som möjligt. För att säkerställa trovärdigheten i analysen så initierades samtliga steg i analyserna av förste författaren och därefter diskuterades analyserna av medförfattare för att nå konsensus och för att minska risken för att förförståelsen skulle påverka fynden. Diskussionerna för att nå konsensus gav möjligheter att upptäcka nya aspekter av det undersökta ämnesområdet. Snöbollsteknik användes för att rekrytera respondenter det är både en styrka och en svaghet med urvalet. Styrkan är att respondenterna vill dela med sig av sina erfarenheter och de är rekommenderade för att kunna

delar med sig av sin kunskap. Svagheter är att inkluderade respondenter riskerar att ha samma liknande erfarenheter och kunskaper då de rekommenderas av varandra (Polit & Beck, 2012).

Antalet respondenter kan ses som en begränsning och kanske ytterligare strategier hade identifierats om flera inkluderats men och andra sidan samma/likande strategier berättades om i flertalet av intervjuerna. De inkluderande respondenterna varierade avseende kön, ålder, yrkeserfarenhet, arbetsplats och arbetsgivare vilket är en styrka (Patton, 2002). Urvalet av respondenter antas därför stärka överförbarheten av resultaten. Användning av intervjuer för datainsamling har begränsningar och det är möjligt att deltagarna inte beskriver allt om deras erfarenhet av att vårda patienter med begränsad svensk-engelsk kunskap, på grund av osäkerhet att visa sina egna brister i vården av dessa patienter. En annan begränsning i intervjuer kan vara att vårdsituationer kan ha fallit i glömska. Observationer av vårdmöten skulle ha varit ett annat sätt att samla in data (Patton, 2002). Detta för att uppnå en djupare kunskap om vård av patienter med begränsade kunskaper i svenska och eller engelska. Oavsett svagheter och styrkor i genomförd studie så är bedömningen att resultatet belyser komplexiteten och svårigheter att ge jämlik vård när ett ömsesidigt språk saknas i vårdmötet inom ambulanssjukvården.

9 SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER

Övergripande så visade resultatet att det finns en risk för att ambulanssjukvården kan vara ojämlig. Kön och yrkeserfarenhet hos ambulanspersonalen kan påverka frekvensen av smärtlindring vid vård av patienter med höftfraktur. Bristande svensk-engelska kunskaper hos de vårdsökande riskerar att orsaka en ojämlig vård men ytterligare studier behövs i ämnesområdet för att kunna bekräfta/förkasta denna slutsats. Kliniska implikationer utifrån resultatet grundar sig i att det föreligger risker för att ojämlig vård ges och för att minska riskerna för ojämlikheter så behöver;

- Jämlig vård bör diskuteras i den dagliga verksamheten
- Innebörden av jämlig vård bör vara en del av all fortbildning som ambulanspersonalen genomgår
- Frekvensen av smärtlindring i relation till kön, ålder och etnicitet bör vara en kvalitetsindikator
- De medicinska behandlingsriktlinjerna behöver utvecklas och även beskriva strategier som kan användas vid språkliga barriärer
- Flerspråkighet ses som en merit inom ambulanssjukvården.

10 FORTSATT FORSKNING

Resultatet från denna avhandling väcker intresse för fortsatt forskning inom ambulanssjukvården då kunskapsområdet är relativt outforskat. Utöver personella aspekter på jämlik vård så behöver framför allt patientens perspektiv och konsekvenser av ojämlik vård belysas ytterligare.

Förslag på fortsatt forskning utifrån resultaten:

- Studie för att undersöka om en utbildningsintervention gällande jämlik vård för olika patientgrupper kan påverka omhändertagandet.
- Studie som utvecklar och utvärderar tillämpbart tekniskt stöd till ambulanspersonalen vid vård av patienter som inte har svenska eller engelska kunskaper.
- Studie gällande genus och maktperspektiv inom ambulanssjukvården

11 SUMMARY IN ENGLISH

All health-care service should provide good health and care on equal terms for the entire population, regardless of their place of residence, age, sex, disability, education, social status, ethnic or religious affiliation or sexual orientation. The ambulance service is part of the prehospital chain of care which is primarily responsible for the assessment of urgent care and transport of patients. An ambulance team in Stockholm consists of one emergency care nurse and one emergency medical technician. Medical guidelines are used aiming to support the ambulance team to make the right decision concerning the health care management. However, little is known about equal care in the ambulance service and therefore the overall aim of this thesis was to explore the care of patients by the ambulance personnel from an equality perspective. In study I, the aim of the study was to describe, based on the ambulance personnel's gender and years of experience. A retrospective study of patients (>65 years) with hip fracture who, during 2011 (n=722), were transported by ambulance to hospital. Most patients reported experiencing pain and 50% received pain medication. Ambulance personnel with working experience of <10 years administered more pain medication compared to those with experience of >10 years. There was a tendency for male ambulance personnel to administer pain medication more often compared to female personnel, but this tendency showed no significance. The main finding of the study was that personnel with working experience of less than 10 years administer more pain relief, even though only half of the patients received pain medication during ambulance transportation.

In study II the aim was to explore the strategies of nurses working in the ambulance service while caring for patients with limited Swedish-English proficiency. A qualitative study design based on interviews was used and a purposeful sample and snowball technique was used to identify nurses with prehospital emergency experience of caring for patients with limited Swedish-English proficiency. Eleven nurses were interviewed, and the main strategy they used was adapting to the patients' need and the caring situation. The nurses used their own body, and tone of voice for creating a sense of trust and security. The nurses also used structured assessment in accordance with medical guidelines. Translation devices and relatives/bystanders were used as interpreters when possible. Another strategy was to transport the patient directly to the emergency department since they had not found a secure way of assessing and caring for the patients in the ambulance.

In conclusion the nurses used a palette of strategies while assessing and caring for patients when there was no mutual language between the caregiver and care seeker.

12 TACK

Jag vill tacka all som varit involverade under min resa som forskarstudent, för ert engagemang och intresse som bidragit till ny kunskap och som har varit ett stort stöd under denna långa process.

Ann-Charlotte Falk, docent, huvudhandledare, medförfattare. Tack för ditt tålamod och dina kloka synpunkter som du delat med dig av och som gett mig ny kunskap under denna resa. Alltid lugn och metodisk.

Veronica Lindström, docent, bihandledare, medförfattare. Vill tacka för din glädje och energi som smittat av sig och varit betydelsefull stöd under denna långa process då självförtroendet sviktat.

Maaret Castrén, professor, bihandledare. Tack för att du gav mig möjlighet att starta upp min utbildning.

Veronica Vicente, medicine doktor, ambulanssjuusköterska, medförfattare. Tack.

Carina Georg, doktorand och min rumskompis som kommit med kloka tips, tack.

Johanna Forssbeck, leg sjuusköterska, min mentor som gett mig support under denna resa med glada tillrop, stort tack.

13 REFERENSER

Abou-Setta, A.M., Beaupre, L.A., Jones, C.A., Rashiq, S., Hamm, M. P., Sadowski, C.A., Dryden, D.M. (2011). AHRQ comparative effectiveness reviews. *Pain Management Interventions for Hip fractures*. Rockville (MD): agency for Healthcare Research and Quality (US).

Al-Shaqsi, S. (2010). Models of international Emergency Medical Service (EMS) systems. *Oman Med Journal*, 25 (4), 320-323.

Aronsson K., Björkdahl, I., & Wireklint Sundström B. (2014). Prehospital emergency care for patients with suspected hip fractures after falling - older patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22):3115-23. doi: 10.1111/jocn.12550.

Asghar, Z., Phung, V.H., & Siriwardena, A.N. (2016). Ethnicity and pre-hospital care for people with suspected cardiac pain: cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(5), 721-725. doi:10.1111/jep.12523

Bakker, F.C., & Olde Rikkert, M.G. (2015). Hospital Care for Frail Elderly Adults: From Specialized Geriatric Units to Hospital-Wide Interventions. *Interdisciplinary Topics in Gerontology Greiatrics*, vol 41:95-106. doi: 10.1159/000381171.

Bangalore,S., Fonarow. G., Peterson. E., Hellkamp. A., Hernandez. A., Laskey. W., Peacock. F., Cannon. C., Schwamm., & Bhatt. D. (2012). Age and Gender Differences in Quality of Care and Outcomes for Patients with ST-segment Elevation Myocardial Infarction. *American Journal of Medicine*, 125(10), 1000-9. doi: 10.1016/j.amjmed.2011.11.016.

Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn,R., Clermont, R., MacGibbon, B. (2018). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care setting. *Canadian Medical Association Journal*, 190(15), 1555 -1562. doi: 10.1503/cmaj.070690

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of nursing*, 82(3), 402-407. Doi: 10.2307/3462928

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursingpractice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Björkman Björkelund, K. (2008). *Acute confusional state in elderly patient with hip fracture. Identification of risk factors and intervention using a prehospital and perioperative management program*. (Doktorsavhandling, Lunds Universitet). Hämtad från <http://lup.lub.lu.se/search/ws/files/3306115/1057240.pdf>

Björkelund,K.B., Hommel, A., Thorngren, K.G., Lundberg, D. & Larsson, S. (2009). Factors at admission associated with 4 months outcome in elderly patient with hip fracture. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 77(1):49-58.

- Björkelund, K.B., Hommel, A., Thorngren, K.G., Gustavsson, L., Larsson, S., & Lundberg, D. (2010). Reducing delirium in elderly patient with hip fracture; a multi-factorial interventions study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, 54(6), 678-688.
- Boddaert, J., Cohen-Bittan, J., Khiami, F., Le Manach, Y., Raux, M., Beinis, J. Y., Verny, M., & Riou, B. (2014). Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture. *Publish with, PLoS ONE*, Jan 15 doi.org/10.1371/journal.pone.0083795
- Bremer, A., 2016. *Dagens ambulanssjukvård* (Emergency Medical Services of Today). In Suserud BO, Lundberg L. (Eds.). *Prehospital akutsjukvård* (Prehospital Emergency Care. 2nd Edn.). pp. 48-64. Stockholm, Sweden: Liber.
- Bugiardini, R., Estrada J.L, Nikus, K., Hall, A.S., & Manfrini, O., (2010). Gender bias in acute coronary syndromes. *Current Vascular Pharmacology*, 8 (2), 276–84. doi : 10.2174/157016110790887018
- Canto, J., Rogers, W.J., Goldberg., Peterson.E.J., Wenger, N.K., Vaccarion.V., Kiefe.C.I., Fredrick. P.D., Sopko.G., & Zheng. Z-J. (2012). Association of Age and Sex With Myocardial Infarction Symptom Presentation and In-Hospital Mortality. *The Journal of the American Medical Association*, 307(8): 813-822. doi:10.1001/jama.2012.199
- Castrén, M., Lindström, V., Hagman-Branzell, J. & Niemi-Murola, L. (2015). Prehospital personnel's attitudes to pain management. *Scandinavian Journal of pain*, 8, 17-22. doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.02.003
- Ekström, M. (2008). *Proximal feumoral fractures, Funtional outcome, quality of life and Mortality.* (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet). Hämtad från <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38412/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ellis, G., Whitehead, M. A., O'neill. D., Langhorne, P., & Robinson, D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane databas av systematisk reviews* CD006211.
- Falk, A-C., Alm, A & Lindström, V. (2015). Prehospital management of traumatic brain injury patients – a gender perspective. *International Emergency Nursing*. 23 (3), 250-253. doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.003
- Fatahi, N., Mattsson, B., Lundgren, S. M., & Hellström, M. (2010). Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 774-783. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05236.x
- Fevang, E., Lockey, D., Thompson, J., & Morten Lossius, H.M. (2011). The top five research priorities in physician provided pre-hospital critical care: a consensus report from a European research collaboration. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19:57. doi:10.1186/1757-7241-19-57

- Figgs, K., Slevin, O., Cunningham, J.B. & Brian, J. (2010). Investigation of paramedics' compliance with clinical practice guidelines for the management of chest pain. *Emergency Medicine Journal*, 27(2):151-5. doi: 10.1136/emj.2008.064816.
- French, S.C., Chan, S.B., & Ramaker, J. (2013). Education On Prehospital Pain Management: A Follow-Up Study. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14(2), 96–102.
- Förenta nationen. (2016). Hämta från <http://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2016/01/244-million-international-migrants-iving-abroad-worldwide-new-un-statistics-reveal>.
- Gibson, S.J., & Helme R.D.(2001) Age-related differences in pain perception and report. *Clinics in geriatric medicine*, 17(3),433-56
- Gunnarsson, B-M., & Warrén-Stomberg, M. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*, 17(2), 83-89.
- Guru, V., & Dubinsky, I.(2000). The patient vs. caregiver perception of acute pain in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 18(1):7-12. doi.org/10.1016/S0736-4679(99)00153-5
- Hagiwara, M.A., Suserud, B.O., Johansson, A., & Henricson, M. (2013). Exclusion of context knowledge in the development of prehospital guidelines: results produced by realistic evaluation. *Scandinavian Journal of Trauma*, 21(1). doi: 10.1186/1757-7241-21-46.
- Hawkes, D., Baxter J., Bailey C., Holland, G., Ruddlesdin J., Wall A., & Wykes P. (2015). Improving the care of patients with a hip fracture: a quality improvement report. *BMJ Quality & safety*, (24)8, 532-538. doi.org.proxy.kib.ki.se/10.1136/bmjqs-2014-003700
- Hsieh, H-F., & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9), 1277- 1288. 10.1002/14651858.CD001159
- Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), 276-285. doi:10.1111/j.1466 7657.2005.00418.x
- Hörberg, A., Lindström, V., Kalen, S., Scheja, M., & Vicente, V. (2017). Striving for balance - A qualitative study to explore the experiences of nurses new to the ambulance service in Sweden. *Nurse Education in Practice*, 27, 63-70. doi:10.1016/j.nepr.2017.08.015
- Jakopovic, D., Falk, A-C., & Lindström, V. (2014). Ambulance personnel's experience of pain management for patients with a suspected hip fracture: A qualitative study. *International Emergency Nursin*.23 (3), 244-249. doi.org/10.1016/j.ienj.2014.12.003

Johansson I., Bååt C., Wilde – Larsson B., & Hall-Lord M-L. (2013). Acute confusion states, pain, health, functional status and quality of care among patients with hip fracture during hospital stay. *International J of Orthopedic and Trauma nursing*, 17(3), 120-130. doi.org/10.1016/j.ijotn.2012.07.002

Jonsson, L. (2010). Prehospitala kurser och utbildningar. I B.-O. Suserud & L. Svensson. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (ss.64-71). Stockholm: Liber Ab.

Laudermilch, D.J., Schiff, M.A., Nathens, A.B., & Rosengart, M.R.(2010). Lack of emergency medical services documentation is associated with poor patient outcomes: a validation of audit filters for prehospital trauma care. *Journal of the American College of Surgeons*, 210(2):220-7. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2009.10.008.

Lindström V, Bohm K, & Kurland L. (2015). Prehospital care in Sweden, from a transport organisation to advanced health care. *Notfall + Rettungsmedizin*, 18 (2), 107-109.

Lord, B., Cui, J., & Kelly, A.M. (2009). The impact of patient sex on paramedic pain management in the prehospital setting. *American Journal of Emergency Medicine*, 27, 525–529. doi.org/10.1016/j.ajem.2008.04.003

McSweeney, J. C., Lefler, L. L., Fischer, E. P., Naylor, A. J., & Evans, L. K. (2007). Women´s Prehospital Delay Associated With Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 4:279-285.

McSweeney, J. C., O`Sullivan, P., Cleves, M. A., Lefler, L. L., Cody, M., Moser, D. K., Dunn, K., Kovacs, M., Creane, P. B., Ramer, L., Messmer, P. R., Garvin, B. J., & Zhao, W. (2010). Racial Differences In Women´s Prodromal and Acute Symptoms of Myocardial Infarction. *American Journal of Critical Care*, 19, 63-73.

Medicinska riktlinjer för Ambulanssjukvården i Stockholms läns landsting (2017). (Medical guidelines for ambulance care in Stockholm County Council). Hämtad från http://www.aisab.nu/media/49863/2015_medicinska_behandlingsriktlinjer.pdf

Moja L., Piatti A., Pecoraro V., Ricci, C., Virgil, G., Slanti, G., Germagnoli, L., Liberati, A., Banfi, G., & Scherer, R. (2012). Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes. A meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients. *Publish with PLoS ONE*, 7(10):46175. doi.org/10.1371/journal.pone.0046175

Morrison, R-S., Magaziner, J., Gilbert, M., Koval K-J., McLaughlin, M-A, & Orosz, G. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *Journal of Gerontology*, 58 (1), p.76(6) doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1093/gerona/58.1.M76

Ngai, K. M., Grudzen, C. R., Lee, R., Tong, V. Y., Richardson, L. D., & Fernandez, A.(2016). The Association Between Limited English Proficiency and Unplanned Emergency Department Revisit Within 72 Hours. *Annals of Emergency Medicine*, 68(2), 213-221. doi:10.1016/j.annemergmed.2016.02.042

Nilsson, T. & Lindström, V. (2016). Clinical decision-making described by Swedish prehospital emergency care nurse students - An exploratory study. *International Emergency Nursing*, 27,46-50. doi: 10.1016/j.ienj.2015.10.006.

- Parker, M., & Rodgers, A. (2015). Management of pain in the pre- hospital setting. *Emergency nurse*, 23(3), 16-21. doi: 10.7748/en.23.3.16.e1445.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3th ed.). London Sage.
- Pointer, J. E. (2001). Experience and mentoring requirements for competence in new/inexperienced paramedics. *Prehospital Emergency Care*, 5(4), 379-383.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puntillo, K., Neighbor, M., O'Neil N., & Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients pain. *Pain Management Nursing*, 4(4):171-175.
- Quattromani, E., Normansell, D., Storkan, M., Gerdelman, G., Krits S., Pennix, C., Sprowls, D., Armbrrecht, E., & Dalawari P (2015). *Journal of Emergency Medicine*, 48(6):653-9. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.12.043.
- Redberg, R. F. (2006). Gender Differences in Acute Coronary Syndrome Invasive Versus Conservative Approach. *Cardiology in Review*, 14(6), 299-302. Doi:10.1097/01.crd.0000240901.89437.b8
- Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (RAS). (2012). Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning ambulanssjukvård. Sverige.
- RIKSHÖFT -Årsrapport. Lund, 2012. Hämtad från http://rikshoft.se/wp-content/uploads/2013/07/rikshoft_rapport2016.pdf
- Rubenson Wahlin, R., Ponzer, S., Lövbrand, H., Skrivfars, M., Lossius, H.M., & Castrén, M., (2016). Do male and female trauma patients receive the same prehospital care? an observational follow-up study. *BMC Emergency Medicine*, 16:6. Doi: 10.1186/s12873-016-0070-9.
- Samras, N., Chievalley, T., Samras, D., & Gold, G. (2010). Older patients in the emergency department: a review. *Annals of Emergency medicine*, 56, 261-269.
- Sanders, M.J., Lewis, L. M., Quick, G., & McKenna, K. (2012). *Mosby's paramedic textbook* (4 th ed). St. Louise, Mo. : Elvise/Mosby Jems.
- Sjölin, H. (2016). *What an ambulance nurse needs to know: from educational content to critical incidents*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm). Hämtad från https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/45287/Thesis_%20Helena_Sj%C3%B6lin.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Snooks, H., Evans, A., Wells, B., Pecooni, J., Thomas, M., Woolard, M., Guly, H., Jenkinson, E., Turner, J., & Hartley- Sharpe, C. (2009). What are the highest priorities for research in emergency prehospital care. *Emergency Medicine Journal*, 26(8), 649-550. doi: 10.1136/emj.2008.065862

- Socialstyrelsen föreskrifter (2009). *Senaste version av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>
- Socialstyrelsen rapport (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård Jämlikhetsperspektiv på hälso och sjukvården*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>
- Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering. Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård – Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [file:///C:/Users/Fr%C3%B6vi1/Downloads/Socialstyrelsen.se%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Fr%C3%B6vi1/Downloads/Socialstyrelsen.se%20(3).pdf)
- Southern, W., Bellin, E., & Arnsten, J. (2011). Longer lengths of stay and higher risk of mortality among inpatients of physicians with more years in practice. *The American journal of medicine*, 124(9), 868- 874
- Statistiska central byrån (SCB). (2016). Svenska register med demografisk statistik. Hämtad från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/statistiknyhet/folkmand-och-befolkningsforandringar-forsta-halvaret-2017/>
- Sundström, B. W., & Dahberg, K. (2011). Being Prepared for the Unprepared: A Phenomenology Field Study of Swedish Prehospital Care. *Journal of Emergency Nursing*, 38(6), 571-577. doi.org/10.1016/j.jen.2011.09.003
- Suserud. (2016). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber
- Suserud, B.O. (2005). A new profession in the pre-hospital care field- the ambulance nurse. *Nursing in Critical Care*, 10(6), 269-271.
- Sveriges kommuner och landsting (SKL) & Socialstyrelsen (2012). *Öppna jämförelser angående hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18842/2012-11-1.pdf>
- Svensk författningssamling (HSL) 1982:763. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- Tate, R. C. (2015). The Need for More Prehospital Research on Language Barriers: A Narrative Review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(7), 1094-1105. doi:10.5811/westjem.2015.8.27621
- Tavallali, A. G., Kabir, Z. N., & Jirwe, M. (2014). Ethnic Swedish parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 255-263. doi:10.1111/scs.12051
- Walsh, B., Cone, D., Meyer, E., & Larking, G.L. (2012). Paramedic attitudes regarding prehospital analgesia. *Prehospital Emergency care*, 17(1), 78-87. doi-org.proxy.kib.ki.se/10.3109/10903127.2012.717167
- Van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M., & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal Of Nursing Studies*, 5445-53 9p. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012

Weber, A., Dwyer, T., & Mummery, K. (2012). Morphine administration by Paramedics: An application of the Theory of Planned Behaviour. *Injury*, 43 (9), 1393–1396.

Weiss, N. R., Weiss, S. J., Tate, R., Oglesbee, S., & Ernst, A. A. (2015). Language disparities in patients transported by emergency medical services. *American Journal of Emergency Medicine*, 33(12), 1737-1741.
doi:10.1016/j.ajem.2015.08.007

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningsed*. Vetenskapsrådets rapportserie. Hämtad från https://konst.gu.se/digitalAssets/1372/1372748_god-forskningssed-2011.1.pdf

Vicente, V. (2013). The use of a Prehospital Decision System in the Emergency medical Services -The acute emergency chain for geriatric patients. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm). Hämtad från https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/41306/Thesis_Vicente.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wihlborg, J. (2017). The ambulance nurse : Aspects on competence and education. (Doktorsavhandling, Lunds universitet). Hämtad från [http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/the-ambulance-nurse-aspects-on-competence-and-education\(a13481d0-414d-443f-b273-9ff40f13773a\).html](http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/the-ambulance-nurse-aspects-on-competence-and-education(a13481d0-414d-443f-b273-9ff40f13773a).html)

Wireklint Sundström, B., Dahlberg, K., Clutter, P & Rush, C. (2012). Being prepared for the unprepared: A phenomenology field study of Swedish Prehospital care. *Journal of Emergency Nursing*, 38:571-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2011.09.003>

World Health Organization. (2008). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation-health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

World Medical Association. (2017). *World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. *JAMA* 318(20):1971-1972. doi:10.1001/jama.2017.16230. Hämtad från <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2658261>