



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
FÖRVALTNINGSHÖGSKOLAN

## **Jämlik behandling inom ambulanssjukvården?**

Behandlas patienter med bröstsmärta jämlikt inom  
ambulanssjukvården oberoende av sjuksköterskans kön?

**Elisabet Hammar**

Kandidatuppsats i hälso- och sjukvårdsadministration VT 2011

Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet

Handledare: Alexis Palma

Examinator: Iwona Sobis

Uppsatsens titel:	Jämlik behandling inom ambulanssjukvården? Behandlas patienter med bröstsmärta jämlikt inom ambulanssjukvården oberoende av sjuksköterskans kön?
Författare:	Elisabet Hammar
Nivå:	Kandidatnivå
Kurs:	Hälso- och sjukvårdsadministration
Handledare:	Alexis Palma
Examinator:	Iwona Sobis

## **Sammanfattning**

En av patientgrupperna som vårdas i ambulanssjukvården är de som ringer ambulans för att de besväras av bröstsmärtor, där en av anledningarna till dessa smärtor är att personen har en misstänkt hjärtinfarkt. Inom ambulanssjukvården finns idag sjuksköterskor med hög kompetens som kan bedöma patientens symtom och ge smärtlindrande läkemedelsbehandling. Det finns idag flera studier som beskriver att kvinnor med hjärtinfarkt inte får lika snabb och effektiv behandling inne på sjukhus och det finns andra studier som visat att patienter behandlas bättre av sjuksköterskor av samma kön. Hur ser det ut inom ambulanssjukvården? Hälso- och sjukvården i Sverige ska följa Socialstyrelsens föreskrifter för ett Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården – *God vård* (SOSFS 2005:12). Sjukvården ska vara jämlik, patientfokuserad, säker, effektiv, kunskapsbaserad och ges i lämplig tid.

Studien är kvantitativ där ett års ambulansjournaler har granskats retrospektivt och en del av studien har en kvalitativ ansats där ambulanssjuksköterskor har blivit intervjuade. Syftet med studien är att undersöka om vården i ambulanssjukvården är jämlik och patientfokuserad samt följer *God vård*.

Studien belyser genusperspektivet där patienternas upplevda smärtlindring studerats och om det finns skillnader vilket kön sjuksköterskan har. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna. I analysen fanns däremot resultat där över hälften av patienterna inte upplevde att de hade blivit smärtlindrade. Studiens material är för litet för att kunna ge underlag till en diskussion om generaliserbarheten men kan betraktas som en pilotstudie som kan ligga som underlag för en större framtida studie. Studiens slutsatser bör betraktas med försiktighet.

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
	1.1 Introduktion .....	1
	1.2 Syfte .....	1
	1.3 Problemformulering .....	2
	1.4 Avgränsningar .....	3
<b>2</b>	<b>Metod.....</b>	<b>3</b>
	2.1 Design.....	3
	2.2 Urval.....	3
	2.3 Intervjuer .....	5
	2.4 Dataanalys .....	5
<b>3</b>	<b>Teoretisk referensram.....</b>	<b>6</b>
	3.1 Ambulanssjukvård.....	6
	3.2 Hjärtinfarkt .....	7
	3.3 Behandling .....	7
	3.4 Dokumentation .....	9
	3.5 God vård - Sjukvårdens ledningssystem .....	10
	3.6 Jämlik hjärtsjukvård .....	11
	3.7 De etiska principerna.....	11
<b>4</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>12</b>
	4.1 Könsfördelning mellan sjuksköterska och patient. ....	12
	4.2 Patienterna åldersfördelning.....	13
	4.3 Patienters och sjuksköterskors könsfördelning vid upplevd smärtlindring.....	14
	4.4 Tid på dygnet patienten ringer ambulans .....	16
	4.5 Behandling .....	19
	4.5.1 Nitroglycerin .....	19

4.5.2 Morfin.....	20
4.6 Patienter som inte upplevde smärtlindring.....	21
4.7 Dokumentation av VAS .....	23
4.8 Intervjuer .....	24
<b>5 Diskussion .....</b>	<b>27</b>
5.1 Metoddiskussion.....	27
5.2 Resultatdiskussion.....	29
5.2.1 Empiri.....	29
5.2.2 Intervjuer .....	31
5.3 Förslag till framtida forskning.....	32
<b>6 Referenslista.....</b>	<b>33</b>
<b>Bilaga.....</b>	<b>.....</b>

### Figurförteckning

Figur 1 <i>God vård.....</i>	10
Figur 2 <i>Förhållande i procent mellan kön hos patient och sjuksköterska .....</i>	12
Figur 3 Patienternas ålder beskrivet i ett histogram.....	13
Figur 4 <i>Procent av patienter med upplevd smärtlindring för respektive kön .....</i>	14
Figur 5 Tid på dygnet som patienter med bröstsmärtor ringer ambulans .....	16

### Tabellförteckning

Tabell 1 <i>Korstabell på fördelningen mellan könen hos patienter och sjuksköterskor .....</i>	12
Tabell 2 <i>Korstabell: Patienternas förhållande mellan man och kvinna i respektive åldersgrupp .....</i>	13
Tabell 3 <i>Korstabell: Smärtlindring - Patientens kön - Sjuksköterskan kön .....</i>	14
Tabell 4 <i>Korstabell som visar vilken tid på dygnet som patienter ringer efter ambulans fördelat på kön .....</i>	16
Tabell 5 <i>Korstabell: Fördelningen när på dygnet patienter i de olika åldersgrupperna ringer ambulans .....</i>	17

Tabell 6	<i>Korstabell: Fördelningen när på dygnet patienter i de olika åldersgrupperna ringer ambulans och om de blivit smärtlindrade .....</i>	18
Tabell 7	<i>Korstabell: Patienter som blivit behandlade med nitroglycerin av sjuksköterska uppdelat i kön .....</i>	19
Tabell 8	<i>Korstabell: Patienter som blivit behandlade med morfin av sjuksköterska uppdelat i kön .....</i>	20
Tabell 9	<i>Korstabell: Patienter med kvarvarande bröstsmärtor och inte behandlade med nitroglycerin .....</i>	21
Tabell 10	<i>Korstabell: Patienter med kvarvarande bröstsmärtor och inte behandlade med morfin .....</i>	21
Tabell 11	<i>Korstabell: Patienter med kvarvarande bröstsmärtor som inte har blivit behandlade med varken nitroglycerin eller morfin .....</i>	22
Tabell 12	<i>Korstabell: Antal som dokumenterat VAS initialt innan given behandling .....</i>	23
Tabell 13	<i>Korstabell: Antal som dokumenterat VAS efter behandling .....</i>	24

# 1 Inledning

## 1.1 Introduktion

Den vanligaste orsaken till att människor ringer efter ambulans är att man besväras av akuta bröstsmärtor, där smärtlindring till patienter med hjärtsjukdom är en av de primära behandlingarna (Herlitz et al, 2002, Zedigh et al, 2010). Behandlingen med smärtlindring vid misstänkt akut hjärtinfarkt påbörjas redan i patientens hem av sjuksköterskan från ambulansen och fortsätter fram till att patienten är framme på sjukhus. Där tar sjukhusets läkare och sjuksköterskor över vården av patienten. Behandlingen av patienten med hjärtsjukdom inom ambulanssjukvård och sjukhusvård följer de nationella riktlinjer som är framtagna av landets ledande läkare inom hjärtsjukvård. Enligt riktlinjerna från Socialstyrelsen rekommenderas att vården ska vara jämlik för alla patienter som drabbats av hjärtsjukdom inne på sjukhusens hjärtavdelningar så väl som inom ambulanssjukvården.

Det finns flera studier samt nationella uppföljningar som gjorts inom hjärtsjukvården på sjukhus som visar att kvinnor inte får lika snabb och aktiv behandling vid akut hjärtinfarkt som män när det gäller infarktbegränsande behandling (MacInnes, 2006, Schenck-Gustafsson, 2011, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2010). Inom ambulanssjukvården i Sverige saknas det liknande uppföljningar men det finns ett fåtal studier, dessa belyser dock inte genusperspektivet i frågan om jämlik och patientfokuserad vård hos patienter med bröstsmärta.

Denna studie visar om sjuksköterskorna inom ambulanssjukvården ger en patientfokuserad jämlik vård och därmed följer Socialstyrelsens föreskrifter för kvalitet och patientsäkerhet – *God vård* (SOSFS 2005:12). I studien undersöks huruvida patienter med bröstsmärta upplever att de blir smärtlindrade oberoende av dennes kön och om det då finns några skillnader om behandlande sjuksköterska i ambulanssjukvården är kvinna eller man.

## 1.2 Syfte

Syftet är att belysa om smärtlindring till patienter med misstänkt hjärtinfarkt är jämlik mellan könen, huruvida det är skillnad om ambulanssjuksköterskan är kvinna eller man samt om medarbetarna anser att vården i ambulanssjukvården är jämlik.

### 1.3 Problemformulering

Smärtlindring anses vara en högt prioriterad behandling vid omhändertagandet av patienter med misstänkt hjärtinfarkt inom ambulanssjukvården (Socialstyrelsen 2008, SOSFS 2009:10). All sjukvård i Sverige följer Socialstyrelsens föreskrifter för ett *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården – God vård* (SOSFS 2005:12). Sjukvården ska vara jämlik, patientfokuserad, säker, effektiv, kunskapsbaserad och ges i rimlig tid.

Tidigare studier har visat att kvinnor med misstänkt hjärtinfarkt inte har erhållit lika snabb och aktiv behandling som män (MacInnes, 2006, Schenck-Gustafsson, 2011, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2010). Fillingim et al (2009) beskrev i en studie, som gjordes på patienter med ryggsmärta, att kvinnliga patienter får bättre behandling mot smärta av kvinnor och män får bättre smärtlindring av vårdare av manligt kön.

Patientens och vårdarens kön är aspekter som inverkar vid undersökning och behandling av smärta skriver Fillingim et al (2009) så även att smärtundersökning och smärtbehandling skiljer sig mellan könen. Trots att användandet av både recept- och icke receptbelagda läkemedel är högre hos kvinnor än män generellt, finns det en risk att kvinnors smärta är underbehandlad.

Det finns även flera studier som talar för att kvinnor får färre diagnostiska och behandlande insatser vid bröstsmärta. Enligt nationellt framtagna riktlinjer ökar risken för komplikationer vid fördröjd behandling eller där behandlingen inte blir optimal. Tiden till behandling är avgörande för hur stor skadan på hjärtmuskeln blir, vilket kan förändra och försämra patientens fortsatta liv med möjlighet till god livskvalité. (MacInnes, 2006, Schenck-Gustafsson, 2011, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2010).

En granskning av unik ambulansdata kan ge ny kunskap om behandlingen med smärtlindring är jämställd och om det finns något samband vilket kön den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som behandlar patienten har. Sådan kunskap kan ge evidens för ambulanssjukvårdens omhändertagande av patienter med misstänkt hjärtinfarkt med fokus på smärtlindring, ökad patientsäkerhet och jämlik vård. Uppsatsen är empirisk med unikt data-material utifrån en kvantitativ ansats. Datamaterialet är hämtat från ambulansjournaler på de patienter som vårdas i ambulanssjukvården i Göteborg och som bedömts ha en misstänkt hjärtinfarkt. I denna uppsats studeras om patienten blir smärtlindrad och om det är beroende av vilket kön vårdaren har.

Studiens forskningsfrågor:

1. Finns det samband mellan patientens kön och behandlingen med smärtlindring vid misstänkt hjärtinfarkt?
2. Finns det samband mellan vårdande sjuksköterskas kön och behandlingen med smärtlindring vid misstänkt hjärtinfarkt?

Studiens hypotes:

1. Det finns ett samband mellan patientens kön och behandlingen med smärtlindring vid misstänkt hjärtinfarkt.
2. Det finns ett samband mellan medicinskt ansvarig sjuksköterskas kön och behandlingen med smärtlindring vid misstänkt hjärtinfarkt.

## 1.4 Avgränsningar

I denna uppsats kommer jag att undersöka patienter med bröstsmärta i samband med misstänkt hjärtinfarkt som vårdats inom Ambulanssjukvården Sahlgrenska Universitetssjukhusets upptagningsområde under 2010.

## 2 Metod

### 2.1 Design

Uppsatsen är empirisk med unikt datamaterial utifrån en kvantitativ ansats. Datamaterialet är insamlat från ambulansjournaler och de är retrospektivt granskade (Esaiasson et al, 2010). Uppsatsen har även en kvalitativ del (Thurén, 2009) där sex sjuksköterskor från ambulanssjukvården slumpvis har blivit utvalda. De blev intervjuade och fick svara på frågor om de anser att patienter behandlas jämlikt när det gäller smärtlindring vid hjärtsjukdom. Deras svar har transkriberats och analyserats.

### 2.2 Urval

Inom ambulanssjukvården dokumenterar ambulanssjuksköterskan sin bedömning utifrån patientens symtombild redan i hemmet eller i ambulansen samt den medicinska behandlingen som patienten erhåller under vårdtiden i ambulansen i en patientjournal.



AmbuLink är den patientdatajournal som ambulanssjukvården inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset dokumenterar i och den är frikopplad från sjukhusets patientjournalssystem. Sjuksköterskan i ambulansen ställer en bedömningsdiagnos utifrån den symtombild patienten har och dokumenterar denna. Datamaterialet i denna uppsats är hämtat från AmbuLink där en specifik bedömningsdiagnos, hjärtinfarkt, har undersökts. Bröstmärtor är ett vanligt symptom vid hjärtinfarkt som motiverar valet av att undersöka specifikt en diagnos.

Studien begränsas till år 2010 och totalt har ambulanssjukvården utfört 430 uppdrag där sjuksköterskan bedömt att patienten drabbats av en misstänkt hjärtinfarkt. 100 av dessa uppdrag är transporter mellan två vårdinrättningar där patienterna åkt ambulans mellan sjukhusen p.g.a. en misstänkt hjärtinfarkt. Dessa patienter har själva sökt vård på ett sjukhus som inte utför optimal hjärtinfarktbehandling utan de blir bedömda av läkare och får ambulanstransport till det sjukhus som erbjuder denna behandling. Ambulanssjuksköterskan registrerar dessa uppdrag som hjärtinfarkt i ambulansjournalen. Dessa patienter har ofta fått smärtlindrande behandling av sjuksköterska på respektive akutmottagning innan ambulanstransporten och får således inte samma behandling i ambulansen, därför är dessa exkluderade i studien.

Av de återstående 330 journalerna fanns dessutom 28 journaler där patienterna var smärtfria när de träffar ambulanspersonalen och även dessa är exkluderade.

Det kvarstår 302 unika uppdrag där ambulanspersonalen bedömt att patienten har en misstänkt hjärtinfarkt samt har smärtor relaterade till sjukdomen. Det är dessa 302 patienter och deras upplevelse av smärtlindring som studerats, analyserats och gett studiens resultat.

När ambulanssjuksköterskan gör sin bedömning av patientens tillstånd ingår att fråga om dennes smärta. Patienten får skatta sin smärta på en skala från 0 – 10, där 0 är smärtfri och 10 är den värsta tänkbara smärtan enligt patientens upplevelse. Inom sjukvården används VAS, visuell analog skala, som är ett validerat verktyg vid skattning av smärta. Denna skattning kan man dock inte jämföra mellan olika patienter utan den är individuell s.k. självskattning (Polit & Beck, 2004).

Det ingår att sjuksköterskan ska dokumentera patientens VAS i ambulansjournalen. De patienter som har svårt att skatta sin smärta i VAS – skalan kan ha lättare att uppge sin smärta verbalt och då dokumenteras detta i fritext i journalen. Patienten skattar sin smärta innan och

efter smärtlindring som dokumenteras i patientens journal. Datainsamlingen i studien är på patientens upplevda smärta respektive smärtlindring, dokumenterad antingen i fritext eller med självskattningsverktyget VAS – skalan.

I studiens variabler ingår även patientens ålder och vid vilken tid på dygnet patienten ringer 112 för sina besvär för att undersöka om det har en betydelse för behandling med smärtlindrande läkemedel.

### 2.3 Intervjuer

I studien ingår även en kvalitativ del där sex sjuksköterskor inom ambulanssjukvården Sahlgrenska Universitetssjukhuset är intervjuade, tre män och tre kvinnor med erfarenhet mellan 2 och 25 år. De är slumpvis utvalda genom att de tre första manliga och de tre första kvinnliga sjuksköterskorna som kom till akutmottagningen under sitt arbetspass intervjuades. Den dagen som blev aktuell lottades fram. De besvarade 4 frågor om de tror att det är någon skillnad på behandlingen med smärtlindring vid misstänkt hjärtinfarkt mellan patientens kön och om det i så fall är beroende av vilket kön den medicinskt ansvarig sjuksköterskan har. Intervjuerna spelades in och har transkriberats som ett underlag för analys.

### 2.4 Dataanalys

Data som samlats in har bearbetats i analysprogrammet SPSS (Wahlgren, 2008, Pallant, 2007) samt i dataprogrammet Excel. Tabeller har tagits fram med hjälp av Word i Windows XP. Dataanalysen är utförd med deskriptiv och analytisk statistik. För att testa om de skillnader som upptäcktes var statistiskt signifikanta genomfördes Pearsons Chi-två test. Analyserna är gjorda i syfte att undersöka om det finns något samband mellan variablerna i datamaterialet där dessa är i nominalskalor och där analys med regression och korrelation inte är möjlig. Testet ska mäta säkerheten i resultatet och om detta kan generaliseras från ett urval till en population. Detta görs för att se om resultatet som framkom i studien berodde på slumpen eller inte. Signifikansnivån som använts i denna studie är 5 procent och är samma sak som att  $p$ -värdet är 0,05, vilket är det som är mest brukligt. Om  $p$ -värdet är mindre än 0,05 så innebär det att det är en ganska liten chans att resultatet beror på slumpen. Desto lägre nivå på  $p$ -värde i Chi-två test desto säkrare är det att dra slutsatser om det.

### 3 Teoretisk referensram

#### 3.1 Ambulanssjukvård

Ambulanssjukvården tillhör hälso- och sjukvårdens ansvar sedan Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 började gälla. Utvecklingen av ambulanssjukvården på nationell nivå har på relativt kort tid utvecklats från att vara en transportorganisation till en avancerad del av sjukvården. Tidigare handlade ambulanssjukvården om att snabbt transportera patienterna till sjukhus medan det nu handlar om att redan i hemmet ge adekvat högkvalificerad medicinsk behandling (Sjöström, B & Johansson, B 2000).

Ambulanssjukvården styrs av regelverk och krav sedan 2005 att endast legitimerad personal får administrera läkemedel i ambulans, vilket innebär att ambulansen måste vara bemannad med minst en grundutbildad sjuksköterska (SOSFS 2005:24). Kompetensen inom ambulanssjukvården var tidigare ambulanssjukvårdare/undersköterska med 20 veckors kompletterande utbildning med specialinriktning mot ambulanssjukvård. Dessa ambulanssjukvårdare fick en personlig delegering årligen av ambulansöverläkaren. I och med socialstyrelsens krav på legitimerad personal, höjdes kompetensen till personal med akademisk utbildning.

Hälso- och sjukvården och därmed även ambulanssjukvården är en professionell organisation som rekryterar personer med lång formell utbildning och deras höga fackkompetens leder till en hög grad av specialisering i organisationen (Jacobsen & Thorsvik 2008).

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett upptagningsområde med ca.750 000 invånare. Medborgaren i Göteborg, Partille, Mölndal, Härryda, Hindås och Öckerö kommun möts av Sahlgrenska Universitetssjukhusets ambulanssjukvård när de ringer 112 och är i behov av ambulans, vid exempelvis bröstsmärtor. Verksamheten drivs till viss del i egen regi, resterande drivs av en entreprenör. Både kvinnliga och manliga sjuksköterskor arbetar inom verksamheterna. Det är totalt 200 anställda och flertalet är sjuksköterskor.

Ansvarig överläkare inom ambulanssjukvården utformar behandlingsriktlinjer som all ambulanspersonal ska följa. I riktlinjerna, vilka följer de nationella, finns ordination på de läkemedel som får användas vid specifika tillstånd och de doser som är rekommenderade. Det är upp till varje sjuksköterska att göra en personlig bedömning hur mycket smärtlindring varje enskild patient behöver.

### 3.2 Hjärtinfarkt

Vid en hjärtinfarkt försämras plötsligt blodflödet i hjärtats kranskärl av en förträngning eller propp i ett eller flera blodkärl. Central bröstsmärta är ett vanligt symtom vid akut hjärtinfarkt men det förekommer även att personer som drabbas är helt smärtfria (Persson, 1991, Persson & Stagmo, 2008, Ericson & Ericson, 2008). Centralt tryckande bröstsmärta med utstrålning i vänster arm är det som anses vara den klassiska typen av smärta vid hjärtinfarkt (MacInnes, 2006). Chen et al (2005) och Herlitz et al (2002) har visat i sina studier att kvinnors upplevelse vid misstänkt akut hjärtinfarkt ofta är ett obehag i bröstet i stället för central bröstsmärta medan männen oftare har en centralt placerad bröstsmärta. Karin Schenck-Gustafsson, som är professor i hjärtsjukvård, skriver att kvinnor är rent smärtfysiologiskt mer smärtekänsliga än män men att kvinnors upplevelse av smärta sannolikt är mindre än mäns och får således mindre smärtstillande läkemedel i samband med sin hjärtinfarkt. Olikheter mellan mäns och kvinnors symtom kan försvåra bedömningen för den vårdande hälso- och sjukvårdspersonal som möter dessa patienter (Schenck-Gustafsson, 2011).

Patel, Rosengren & Ekman (2004) såg däremot i sin studie att det vanligaste symtomet för båda könen vid misstänkt akut hjärtinfarkt är central bröstsmärta. Bröstsmärtan gör att patienten upplever stress och fysiologiskt befinner sig även kroppen i stress och kräver mer syre (Persson & Stagmo, 2008, Schenck-Gustafsson, 2011). Denna stress kan bidra till att hjärtinfarkten ökar i storlek i och med att både puls och blodtryck stiger och därmed är det viktigt att även behandla denna (Zedigh et al, 2010).

### 3.3 Behandling

Behandling vid misstänkt akut hjärtinfarkt syftar till att öppna upp det tilltäppta flödet i blodkärlet som försörjer hjärtat med syrerikt blod (Persson, 1991, Ericson & Ericson, 2008). Det finns framför allt två olika behandlingsalternativ som syftar till att öppna blodkärlet. Det

ena är med ett starkt propplösande läkemedel som ges som en injektion direkt i ett blodkärl i armen. Den andra metoden sker akut på sjukhus som en mindre operation där man går in i det tilltäppta blodkärlet med en liten slang och eliminerar förträngningen eller proppen (Persson & Stagmo, 2008). Den bästa behandling är enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer den sistnämnda.

Den viktiga kompletterande behandlingen vid misstänkt akut hjärtinfarkt syftar till att begränsa hjärtinfarktens storlek innan blodkärlet har öppnats och åter har normalt flöde (Zedigh et al 2010).

Behandling med smärtlindrande läkemedel är förutom lindring av smärtan även infarktbegränsande. I och med att smärta i sig ökar kroppens stress och hjärtat behöver således mer syrerikt blod finns behov av en behandling som minskar denna stress. Morfin är ett av de läkemedel som används som smärtlindring, detta läkemedel har även en lugnande och ångestdämpande effekt vilket är gynnsamt för hjärtpatienterna.

Enligt den senaste granskningen visade det nationella resultatet att kvinnor med akut hjärtinfarkt är underbehandlade på landets sjukhus. Kvinnorna får sin behandling senare än männen samt att de mer sällan får den mest aktiva behandlingen (Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting, 2010).

Enligt Nationella Behandlingsriktlinjer för hjärtsjukvård 2008 är smärtlindring en del av behandlingen som ska utföras så snart som möjligt för att begränsa hjärtinfarktens storlek och utbredning. Om man minskar hjärtinfarktens storlek och utbredning minskar man även komplikationer för patientens fortsatta liv.

Inom ambulanssjukvården rekommenderas att snabbt identifiera de patienter med en misstänkt hjärtinfarkt, vilket görs genom patientens berättelse av symtom som kompletteras med undersökningar som EKG, blodtryck och puls. Därefter påbörjas behandling som syftar till att minska hjärtinfarktens utbredning genom kärlvidgande- och smärtlindrande läkemedelsbehandling innan patienten kommer till sjukhus där aktiv behandling för hjärtinfarkten kan genomföras (Socialstyrelsen, 2008, SOSFS 2005:24).

Den behandling som nationellt rekommenderas inom ambulanssjukvården för behandling till patienter med misstänkt hjärtinfarkt är framför allt läkemedel med kärlvidgande och smärtlindrande effekter. Dessa läkemedel är nitroglycerin och morfin som används i en kombination (Socialstyrelsen, 2008).

### 3.4 Dokumentation

Enligt patientdatalagen (2008:355) är all hälso- och sjukvård skyldiga att föra en patientjournal. Journalen ska innehålla uppgifter som behövs för en god och säker vård. De viktigaste uppgifterna som sjuksköterskan i ambulanssjukvården ska dokumentera är patientens identitet, hans/hennes tillstånd och vilka åtgärder som är vidtagna. Därefter ska resultat och effekt på de åtgärder som gjordes dokumenteras.

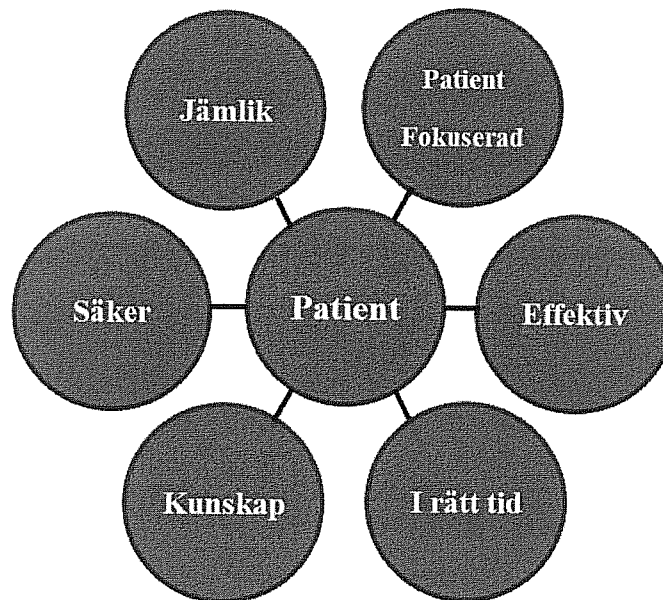
Ambulanssjukvården i Västra Götaland använder sig av AmbuLink som patientdatajournal. Patientens smärtintensitet dokumenteras i journalen och då företrädesvis med hjälp av patientens egna skattning. Visuell Analog Skala (VAS) gör det möjligt att överföra patientens subjektiva upplevelse till en objektiv bedömning som hjälp för sjuksköterskan som vårdar (Polit & Beck, 2004). I ambulanssjukvården används VAS framförallt vid smärtskattning. Denna skattning är individuell och därmed kan inga jämförelser göras mellan patienter men däremot kan varje enskild patients smärtlindring följas. Granskning av ambulansjournaler är ett av flera verktyg ledningen har för att följa hur verksamheten lever upp till patienternas möjlighet till en jämlik och patientfokuserad vård.

Enligt Sahlgrenska Universitetssjukhusets ambulanssjukvård lokala behandlingsriktlinjers grunddokumentation ingår det att ambulanssjuksköterskan ska dokumentera patientens upplevda smärta i VAS och effekterna av givna behandlingar.

### 3.5 God vård

Sahlgrenska Universitetssjukhuset följer Socialstyrelsens föreskrifter *God vård* - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12).

Sjukvården ska vara organiserad så att patienten får säker, jämlik, patientfokuserad, kunskapsbaserad och effektiv vård samt att den kommer patienten tillhanda inom rimlig tid.



**Figur 1**

*God vård. De sex fokusområden som sjukvården ska vara organiserad efter med patienten i centrum.*

Denna uppsats fokuserar på *Jämlik vård* och *Patientfokuserad vård*.

”**Jämlik hälso- och sjukvård** innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.” (SOSFS 2005:12)

”**Patientfokuserad hälso- och sjukvård** innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.” (SOSFS 2005:12)

### 3.6 Jämlik hjärtsjukvård

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i sin kunskapsöversikt från 2009 undersökt hur jämlik hjärtsjukvården är i Sverige. Det finns skillnader i behandling mellan könen hos patienter med hjärtinfarkt. Flera studier i kunskapsöversikten visar att kvinnor inte får lika aggressiv behandling som män, medan andra visar att skillnaderna är relaterade till patientens ålder (Haglund et al, 2004, Rosvall et al, 2008, Ringbäck et al, 2008)

Några få studier talar för att det inte är så stora skillnader mellan könen utan däremot finns skillnader mellan patienter med olika socioekonomisk bakgrund (Haglund et al, 2004, Rosvall et al, 2008).

### 3.7 De etiska principerna

De etiska principer som föreslås i Socialdepartementets utredning, SOU 1993:93, är:

- Människovärdesprincipen.
- Behovs- eller solidaritetsprincipen.
- Kostnadseffektivitetsprincipen.

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. I behovs- eller solidaritetsprincipen bör resurserna satsas på den människa eller verksamhet som har de största behoven och i kostnadseffektivitetsprincipen bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder.

Dessa principer är rangordnade där människovärdesprincipen går före behovs- eller solidaritetsprincipen och underordnad de båda är kostnadseffektivitetsprincipen (SOU 1993:93).



## 4 Resultat

### 4.1 Könsfördelning mellan sjuksköterska och patient

I tabell 1 visas könsfördelningen i datamaterialet från år 2010 i en korstabell. Tabellen visar fördelningen mellan hur många av de manliga patienterna som vårdades av män respektive kvinnor och hur många av de kvinnliga patienterna som vårdades av män respektive kvinnor. I de 302 unika ambulansjournaler som har studerats var det totalt i 218 (72 %) av uppdragen en manlig sjuksköterska och i 84 (28 %) fall var en kvinnlig sjuksköterska. De manliga patienterna utgjorde 200 st. (66 %) och 102 st. (34 %) var kvinnor.

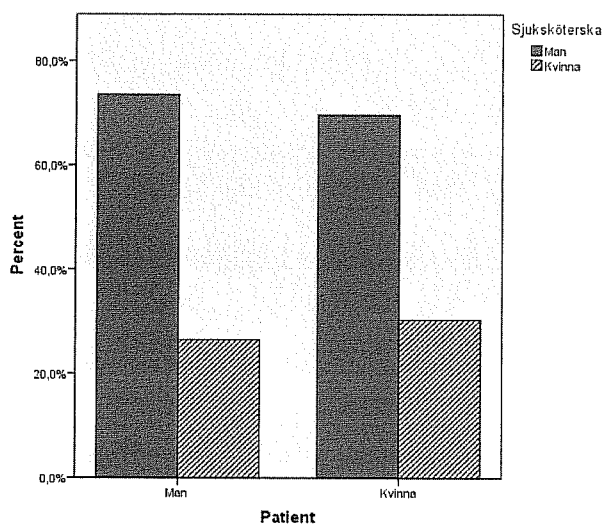
	Patient Man	Patient Kvinna	Totalt
Sjuksköterska Man	147	71	218
Sjuksköterska Kvinna	53	31	84
Totalt	200	102	302

**Tabell 1**

*Korstabell på fördelningen mellan könen hos patienter och sjuksköterskor.*

147 st. (74 %) av de manliga patienterna blev vårdade av manliga sjuksköterskor och för 53 st (26 %) av dessa patienter var vårdaren en kvinna.

31 st. (30 %) av de kvinnliga patienterna blev behandlad av en sjuksköterska av samma kön och 71 st. (70 %) vårdades av en manlig sjuksköterska (figur 2). Vid Chi - två test finns ingen signifikant skillnad, där  $p$ -värdet är  $>0.05$ .



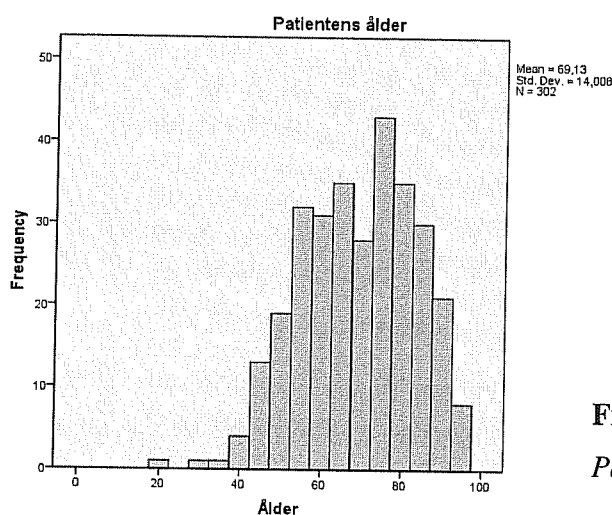
**Figur 2**

*Förhållande i procent mellan kön hos patienten och sjuksköterska*

## 4.2 Patienterna åldersfördelning

Figur 3 visar ålderfördelningen hos patienterna. Medelåldern hos patienterna i studien är på 69,13 och medianvärdet är 70 år. Standardavvikelsen är 14,01 (figur 3).

Gruppens åldersspridning är stor, från den yngsta som var 20 och den äldsta som var 96 år med majoritet mellan 55 och 80 år. Åldersspridningen i resultatet speglar en fördelning som är känd hos denna patientgrupp som insjuknar i hjärt-kärlsjukdom vilket även har observerats i tidigare studier (Chen et al, 2005, Herlitz, 2002, Zedigh et al, 2010).



**Figur 3**

*Patienternas ålder beskrivet i ett histogram*

	20 – 40 år	41 – 60 år	61 – 80 år	81 – 100 år	Totalt
<b>Man</b>	5 (3 %)	65 (32 %)	100 (50 %)	30 (15 %)	<b>200</b>
<b>Kvinna</b>	0 (0 %)	15 (15 %)	47 (45 %)	40 (40 %)	<b>102</b>
<b>Totalt</b>	<b>5</b>	<b>80</b>	<b>147</b>	<b>70</b>	<b>302</b>

**Tabell 2**

*Korstabell: Patienternas förhållande mellan man och kvinna i respektiver åldersgrupper*

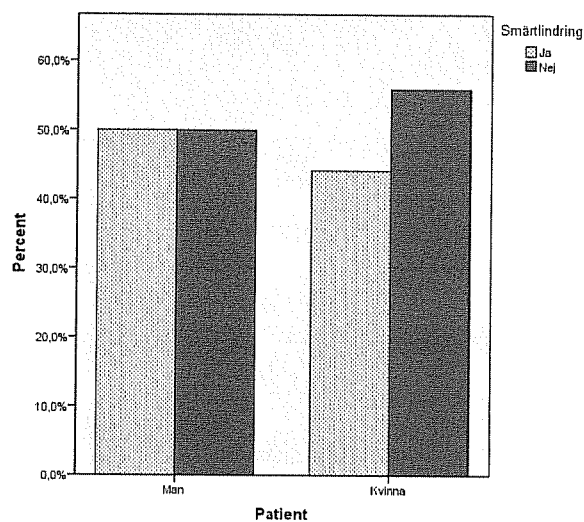
Åldersfördelningen uppdelat i kön visar att männen är förhållandevis yngre än kvinnorna när de ringer efter ambulans för att de besväras av bröstsmärtor. 70 st. (35 %) av männen är i åldern 20 – 60 år och för kvinnorna i samma åldersgrupp är förhållandet 15 st. (15 %).

I åldergruppen 61 – 100 år är fördelningen 87 st. (85 %) för kvinnor och 130 st. (65 %) för männen (tabell 2).

Vid Chi-två test av datamaterialet finns ingen signifikant skillnad,  $p$ -värde  $>0,05$ .

#### 4.3 Patienters och sjuksköterskors könsfördelning vid upplevd smärtlindring

Totalt av alla 302 patienter upplevde endast 145 st. (48 %) att de blivit smärtlindrade och flertalet, 157 st. (52 %) upplevde att de fortfarande hade samma smärta (figur 4).



**Figur 4**

*Procent av patienternas upplevda smärtlindring för respektive kön*

Studiens resultat visar att mellan könen hos patienterna har hälften, 50 % (100 st.) av de manliga patienterna och 44 % (45 st.) av kvinnorna, beskrivet att de är smärtlindrade men flertalet av kvinnorna, 56 % (57 st.), upplevde ingen smärtlindring (tabell 3).

Sjuksköterska	Smärtlindring	Patient		Totalt
		Man	Kvinna	
Man	Ja	70	33	103
Man	Nej	77	38	115
	<b>Totalt</b>	147	71	218
Kvinna	Ja	30	12	42
Kvinna	Nej	23	19	42
	<b>Totalt</b>	53	31	84

**Tabell 3**

*Korstabell: Smärtlindring – Patientens kön – Sjuksköterskans kön*

Av alla patienterna som vårdades av en manlig sjuksköterska blev 103 st. (47 %) smärtlindrade men majoriteten, 115 st. (53 %), upplevde fortfarande att de hade bröstsmärta. De manliga patienterna som vårdades av män blev 70 st. (48 %) smärtlindrade och 77 st. (52 %) inte smärtlindrade. 46 % (33 st.) av de kvinnliga patienterna blev smärtlindrade men 38 st. (53 %) upplevde ingen smärtlindring. När resultatet analyserades med Chi-två test visade denna att hos de patienter som de manliga sjuksköterskorna vårdade fanns ingen signifikant skillnad mellan de manliga och de kvinnliga patienternas upplevda smärta och smärtlindring,  $p$ -värde  $>0,05$ .

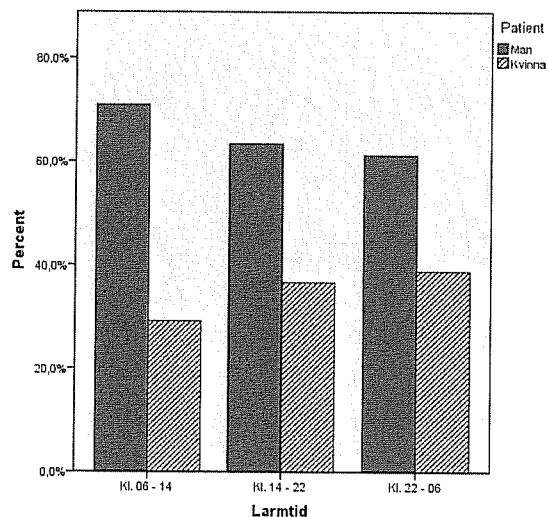
Totalt av alla patienterna som vårdades av kvinnliga sjuksköterskor blev 42 st. (50 %) smärtlindrade och gruppen som inte upplevde smärtlindring var lika stor. De patienter av manligt kön som blev vårdade av en kvinna blev smärtlindrade i 56 % (30 st.) av fallen men 44 % (23 st.) upplevde ingen smärtlindring. 12 st. (39 %) av kvinnliga patienterna som blev vårdade av sjuksköterska av samma kön uppgav att de blev smärtlindrade och 19 st. (61%) var det inte. Datamaterialet är för litet med för få observationer för att uttala sig om det finns signifikant skillnad mellan grupperna som de kvinnliga sjuksköterskorna vårdade.

Resultatet är analyserat med Chi-två test, där flera tester mellan olika parametrar är utförda. Dels analyserades parametrarna patientens kön med sjuksköterskans kön där ingen signifikant skillnad kunde påvisas,  $p$ -värde  $>0,05$ . Därefter gjordes Chi-två test mellan variablerna patientens kön och de patienter som upplevt sig smärtlindrad och fortsatte att analysera variablerna patient som upplevt smärtlindring med sjuksköterskans kön där ingen av testerna visade på signifikanta skillnaderna,  $p$ -värde  $>0,05$ . Resultatet kan spegla ett för litet datamaterial.

Studiens fortsätter med att analysera vilken tid på dygnet patienten ringer 112 för sina besvär för att undersöka om det finns skillnader mellan könen och om tiden på dygnet har en betydelse för patientens upplevelse av smärtlindring.

#### 4.4 Tid på dygnet patienten ringer ambulans

Tiden när patienten ringer till SOS Alarm för sina besvär och önskar få hjälp av ambulanssjukvården delade jag in i jämt fördelade grupper med 8 timmar i varje grupp (figur 5).



**Figur 5**

*Tid på dygnet som patienten ringer efter ambulans*

Patienter av båda könen ringer ambulans för sina bröstsmärtor framför allt på dagtid mellan kl. 06 – 14 (44 %). 33 % ringde på eftermiddag/kväll och 22 % ringde ambulans för sina besvär med bröstsmärta på natten (tabell 4).

	Larmtid Kl. 06 - 14	Larmtid Kl. 14 - 22	Larmtid Kl. 22 - 06	Totalt
<b>Man</b>	95 (47 %)	64 (32 %)	41 (20 %)	<b>200</b>
<b>Kvinna</b>	39 (38 %)	37 (36 %)	26 (25 %)	<b>102</b>
<b>Totalt</b>	134 (44 %)	101 (33 %)	67 (22 %)	<b>302</b>

**Tabell 4**

*Korstabell som visar vilken tid på dygnet som patienten ringer efter ambulans fördelat mellan kön.*

Gruppen 20 – 40 år är liten med endast 5 patienter som utgjorde 1,6 % av totala datamaterialet. Fördelningen i denna grupp är 1 st. (20 %) som ringde dagtid, 2 st. (40 %) som ringde eftermiddag/kväll och 2 st. (40 %) som ringde på natten. Alla patienter i denna grupp var män.

Gruppen 41 – 60 år är större med 80 patienter vilket motsvarar 26 % av datamaterialet. 33 st. (41 %) av patienterna i denna grupp ringde dagtid, 34 st. (42 %) ringde på eftermiddag/kväll och 13 st. (17 %) ringde nattetid. 147 st. (49 %) av patienterna är mellan 61 – 80 år och 68 st. (46 %) av dessa ringde 112 på dagtid. 47 st. (32 %) ringde under eftermiddag/kväll och 32 st. (22 %) på natten.

Gruppen 81 – 100 år är 70 st. (23 %) av alla 302 patienter. Dagtid ringde 32 st. (46 %) av gruppen, 18 st. (26 %) ringde mellan kl.14 och 22 och på natten ringde 20 st. (28 %). 30 st. (tabell 5).

Vid Chi-två test finns ingen signifikant skillnad mellan grupperna,  $p$ -värde  $>0,05$ .

Åldersgrupper	Larmtid Kl. 06 - 14	Larmtid Kl. 14 - 22	Larmtid Kl. 22 - 06	Totalt
20 – 40 år	1	2	2	5
41 – 60 år	33	34	13	80
61 – 80 år	68	47	32	147
81 – 100 år	32	18	20	70
<b>Totalt</b>	<b>134</b>	<b>101</b>	<b>67</b>	<b>302</b>

**Tabell 5**

*Korstabell som visar fördelningen när på dygnet patienter i de olika åldergrupperna ringer 112 efter ambulans.*

Patient	Smärtlindring	Larmtid	Larmtid	Larmtid	Totalt
		Kl. 06 - 14	Kl. 14 - 22	Kl. 22 - 06	
Man	Ja	46	34	20	100
Man	Nej	49	30	21	100
	<b>Totalt</b>	95	64	41	200
Kvinna	Ja	20	15	10	45
Kvinna	Nej	19	22	16	57
	<b>Totalt</b>	39	37	26	102

**Tabell 6**

*Korstabell som visar fördelningen när på dygnet patienter ringt 112 efter ambulans och om de blivit smärtlindrade.*

Mellan kl. 06 och 14 ringer 47 % (95 st.) av de manliga patienterna ambulans för sina besvär och i 48 % (46 st.) av dessa har sjuksköterskan dokumenterat att patientens upplevt smärtlindring. 38 % (39 st.) av kvinnorna ringer efter ambulans mellan kl. 06 och 14 och i 51 % (20 st.) har de blivit smärtlindrade (tabell 6).

32 % (64 st.) av männen ringer mellan kl. 14 och 22 och 53 % (34 st.) av dessa blir smärtlindrade. 36 % (37 st.) av kvinnorna ringer mellan samma tid och 40 % (15 st.) av dem blir smärtlindrade. På natten mellan kl. 22 och 06 ringer 20 % (41 st.) av männen ambulans och 50 % (20 st.) upplever smärtlindring.

25 % (26 st.) av kvinnorna ringer på natten och 38 % (10 st.) av dessa blir smärtlindrade.

Chi-två test visare att skillnaden mellan man och kvinna, tidpunkt på dygnet och om de har blivit smärtlindrade inte är signifikant,  $p$ -värde  $>0,05$ .

## 4.5 Behandling

### 4.5.1 Nitroglycerin

Kvinnor med bröstsmärtor får mer sällan behandling med nitroglycerin än de manliga patienterna och företrädesvis är det när kvinnorna vårdas av de manliga sjuksköterskorna.

Totalt fick 219 st. (73 %) av alla patienter behandling med nitroglycerin.

Av männen fick 76 % behandling medan endast 65 % av kvinnorna erhöll behandling med nitroglycerin. (tabell 7)

Patient	Sjuksköterska		Totalt
	Man	Kvinna	
Man	113/147	40/53	153/200
Kvinna	43/71	23/31	66/102
Totalt	156/218	63/84	219/302

**Tabell 7**

*Tabell över antal patienter som har blivit behandlade med nitroglycerin*

De kvinnliga sjuksköterskornas behandling var jämlik mellan patientgrupperna medan de manliga sjuksköterskorna oftare behandlade män (77 %) än kvinnor (60 %) med nitroglycerin. Resultatet analyserades med Chi-två test och det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna,  $p$ -värde  $>0,05$ .



#### 4.5.2 Morfin

Totalt fick 214 st. ( 71 %) av alla patienter behandling med morfin (tabell 8). I gruppen manliga patienter fick 74 % morfin medan endast 64 % av kvinnorna fick samma behandling och här finns det en signifikant skillnad, Chi-två test med  $p$ -värde på 0,05.

Patient	Sjuksköterska		Totalt
	Man	Kvinna	
Man	104/147	45/53	<b>149/200</b>
Kvinna	45/71	20/31	<b>65/102</b>
Totalt	<b>149/218</b>	<b>65/84</b>	<b>214/302</b>

**Tabell 8**

*Tabell över antal patienter som har blivit behandlade med morfin*

De kvinnliga sjuksköterskorna gav oftare patienter, oavsett kön, behandling för deras bröstsmärtor med morfin (77 %) än vad männen (68 %) gjorde som vårdare.

Manliga patienter fick oftare morfin om sjuksköterskan var kvinna och de kvinnliga patienterna fick mer sällan behandling med morfin om de vårdades av en man men Chi-två test visade att skillnaden inte är signifikant,  $p$ -värde  $>0,05$ .

#### 4.6 Patienter som inte upplevde smärtlindring

Patient	Sjuksköterska		Totalt
	Man	Kvinna	
Man	23/77	3/23	26/100
Kvinna	12/38	3/19	15/57
Totalt	35/115	6/42	41/157

**Tabell 9**

*Patienter som inte är smärtlindrade och inte behandlad med nitroglycerin*

Vid framkomst till sjukhus var det 157 patienter som fortfarande upplevde kvarvarande smärtor trots behandlingen i ambulansen, 100 av dessa var män och 57 kvinnor. Totalt av de patienter som inte upplevde smärtlindring vårdades 115 ( 73 %) av en man och 42 st (27 %) av en kvinna (tabell 9).

Det var totalt 41 st. av dessa 157 patienter som inte blivit behandlade med nitroglycerin. Det var jämt mellan patientgrupperna men det fanns en skillnad mellan kvinnliga och manliga sjuksköterskor dock ingen signifikant. 35 st. (30 %) av de patienter som fortfarande upplevde bröstsmärta och vårdades av en man fick inte behandling med nitroglycerin medan endast 6 st (14 %) om de vårdades av en kvinnlig sjuksköterska.

Patient	Sjuksköterska		Totalt
	Man	Kvinna	
Man	24/77	4/23	28/100
Kvinna	12/38	5/19	17/57
Totalt	36/115	9/42	45/157

**Tabell 10**

*Patienter med kvarvarande bröstsmärtor och inte behandlade med morfin*

Totalt var det 45 st. av de 157 patienterna och som inte blev behandlade med morfin för sina bröstsmärtor trots att de fortfarande upplevde bröstsmärta (tabell 10). Även i denna analys var

det jämt mellan patientgrupperna. 21 % (9 st.) av alla patienter som vårdats av en kvinna fick inte behandling med morfin medan hos de manliga sjuksköterskorna var siffran 31 % (36 st.) men skillnaden är inte signifikant när analys med Chi-två test utfördes,  $p$ -värde  $>0,05$ .

Patient	Sjuksköterska		Totalt
	Man	Kvinna	
Man	5/77	2/23	7/100
Kvinna	3/38	0/19	3/57
Totalt	8/115	2/42	10/157

**Tabell 11**

*Patienter med kvarvarande bröstsmärtor som inte har blivit behandlade med varken nitroglycerin eller morfin*

Totalt av de 157 st. patienter som fortfarande upplevde smärta var det 10 st. (6 %) patienter som inte hade fått smärtlindrande behandling med nitroglycerin eller morfin (tabell 11). Värt att nämnas är att av de kvinnliga patienter som hade kvarvarande smärtor och som vårdades av en kvinna hade alla fått någon smärtlindrande behandling och de övriga grupperna är jämnstora i procent. Datamaterialet är litet och med få observationer för att finna statistiskt säkerställda skillnader,  $p$ -värde  $>0,05$  vid Chi-två test.

#### 4.7 Dokumentation av VAS

	Patient Man	Patient Kvinna	Totalt
Sjuksköterska Man	79/147	30/71	109/218
Sjuksköterska Kvinna	32/53	11/31	43/84
<b>Totalt</b>	<b>111/200</b>	<b>41/102</b>	<b>152/302</b>

**Tabell 12**

*Antal som dokumenterat VAS innan given behandling.*

Totalt av alla patienter hade VAS dokumenterat innan behandling gavs i 50 % av alla journaler. När journalerna delas upp mellan patientgrupperna var det dokumenterat i 55 % (111 st.) av männens 200 journaler och till kvinnornas nackdel endast i 40 % (41 st.) av 102 journaler (tabell 12). Det fanns ett signifikant samband mellan patientens kön och dokumenterad VAS där  $p$ -värde var på 0,009 vid analys med Chi-två test genomförts.

De manliga ambulanssjuksköterskorna dokumenterade VAS initialt i 54 % (109 st.) av de 218 patienter som de vårdade under 2010. I 51 % (43 st.) av de 84 patienterna som de kvinnliga sjuksköterskorna vårdade var VAS dokumenterat i ambulansjournalen. Chi-två test visade att skillnaden inte är signifikant med  $p$ -värde  $>0,05$ .

I 54 % (79 st.) av de 147 manliga patienternas journal som vårdades av en man var VAS dokumenterat och 42 % (30 st.) hos de 71 kvinnliga patienterna.

I 60 % (32 st.) av de 53 manliga patienterna som vårdades av en kvinnlig sjuksköterska var VAS dokumenterat i ambulansjournalen och 35 % (11 st.) hos de kvinnliga patienterna.

Chi-två test visade att skillnaden inte var signifikant,  $p$ -värde  $>0,05$ .

	Patient Man	Patient Kvinna	Totalt
Sjuksköterska Man	55/79	14/30	69/109
Sjuksköterska Kvinna	27/53	7/11	34/43
<b>Totalt</b>	82/111	21/41	103/152

**Tabell 13**

*Antal som dokumenterat VAS efter behandling.*

I tabell 13 visas att av alla 302 ambulansjournaler som granskades för 2010 var effekten av behandlingen dokumenterad med VAS i 34 % (103 st.).

I totalt av de 152 journaler där VAS hade dokumenterats initialt var effekten dokumenterad i ambulansjournalen i 67 % (103 st.). Av de 111 manliga patienternas journaler där VAS var dokumenterat initialt hade behandling utvärderats i 74 % (82 st.) och hos 51 % (21 st.) de 41 kvinnliga journaler var utvärderingen dokumenterad. Skillnaden var inte signifikant vid Chi-två test,  $p$ -värde  $>0,05$ .

Manlig patients behandling utvärderades i 70 % (55 st.) av manliga sjuksköterskor och i 50 % (27 st.) utvärderade de kvinnliga sjuksköterskorna behandlingen med VAS.

De kvinnliga patienternas behandling utvärderades i 46 % (14 st.) av manlig sjuksköterska och i 63 % (7 st.) om sjuksköterskan är kvinna. Det fanns ingen signifikant skillnad enligt Chi-två test,  $p$ -värde  $>0,05$ .

#### 4.8 Intervjuer

Sex sjuksköterskor inom ambulanssjukvården intervjuades. Deras erfarenhet som sjuksköterska inom ambulanssjukvården varierade från 2 till 25 år. Det var tre män och tre kvinnor som besvarade frågorna.

Alla män och två av kvinnorna anser att de patienter med bröstsmärtor vid misstänkt hjärtinfarkt som vårdas inom ambulanssjukvården får jämlik vård. Den tredje kvinnan trodde att kvinnor får något sämre smärtlindrande behandling beroende på att det finns flera studier som visar att kvinnor med hjärt-kärlsjukdom blir underbehandlade. Hon var en av de som hade längst erfarenhet av de sex som intervjuades och hennes antagande grundar sig i att hennes erfarenhet av kvinnors diffusa symtom vid misstänkt hjärtinfarkt kan vara svåra att se.

*”Jag har arbetat flera år med hjärtpatienter inne på sjukhus och har lärt mig läsa av patienterna, blivit ganska duktig på att se hur patienten mår... utvecklat min kliniska blick och då kanske framför allt hos kvinnorna i och med att jag är nog mer lyhörd för de diffusa symtomen kvinnor kan ha. Kvinnor klagar sällan, eller annars har de inte samma typ av smärta som männen... kanske”*

Schenck-Gustafsson (2011) och Fillingim et al (2009) beskriver att kvinnor och män upplever sin smärta olika och att det även finns vissa fysiologiska skillnader när det gäller smärtan hos kvinnor och män.

En kvinnlig sjuksköterska beskrev att när hon frågade de kvinnliga patienterna om deras smärta ställde hon frågorna på ett lite annorlunda sätt men hade svårt att beskriva hur och vad hon sa till kvinnorna. Det var en känsla, som hon uttryckte sig och kan antas relateras till hennes kliniska erfarenhet. Denna sjuksköterska beskrev även att det kanske fanns en risk att hon gjorde en mer noggrann undersökning av de kvinnliga patienterna än de manliga beroende på de studier som hon läst och som beskriver att kvinnor är underbehandlade.

*”Man vill ju att alla ska få den bästa vården och då vill jag gärna bidra till att även kvinnorna får detta. Jag hoppas och tror att vi sjuksköterskor inom ambulanssjukvården är ganska duktiga på detta”*

Det var ingen av de intervjuade som trodde att könet på sjuksköterskan i ambulansen hade någon betydelse när det gäller den smärtlindrande behandlingen som ges.

*”Vi ger alla samma vård oavsett vilket kön patienter eller vi har. Allt beror på hur de mår, det spelar ju inte någon roll om de heter Agda, Sven eller Muhammad ... och jag tror att alla av oss tänker så”*

En av de yngre männen som intervjuades hade hört talas om att det fanns studier som visar att sjuksköterskor som är kvinnor behandlar kvinnliga patienter bättre med smärtlindring och män av män men han var tveksam till den studiens resultat.

*”Jag funderar inte vilket kön patienterna har... fast jag vet ju i och för sig att kvinnor inte alltid har de klassiska symtomen med bröstsmärtor mitt i bröstet ... men det har inte alla män heller. Alla patienter försöker jag behandla individuellt för de kan vara så olika”*

Det var ingen av de sex som trodde att det var så inom ambulanssjukvården men en av de intervjuade blev lite tveksam under intervjun. Han grundade sina tankar på att det fanns en risk i att han som man kanske kunde identifiera sig bättre med den manliga patienten och därmed smärtlindrar denna bättre men avslutade ändå intervjun med att han trodde att patienterna fick jämlik vård oavsett vilket kön sjuksköterskan har.

En av de intervjuade männen uttryckte det så här:

*”Kvinnor är så svåra att tolka, de har sällan de där klassiska centrala bröstsmärtorna utan är mer diffusa när de förklarar sina besvär”*

Just detta visade Chen et al (2005) och Herlitz et al (2002) i sina studier. De beskriver att kvinnors upplevelser vid hjärtinfarkt ofta är ett obehag i bröstet i stället för det klassiskt centrala bröstsmärtorna som män beskriver.

## 5 Diskussion

Vid analysen av materialet fann jag inga signifikanta skillnader vare sig mellan könen i patientgruppen eller sjuksköterskorna. Sambanden mellan patientens kön, sjuksköterskans kön och smärtlindring var få. Det kan finnas flera förklaringen till det funna resultatet men den som är mest trolig är att ambulanssjukvården är jämlik och den smärtlindrande behandlingen är patientfokuserad. Resultatet talar dock emot det sistnämnda där majoriteten av patienterna (52 %) inte upplever smärtlindning. Detta resultat var inte väntat och inte heller att det i endast 50 % av alla ambulansjournaler var dokumenterat patienternas individuella smärtskattning i VAS (Visuell Analog Skala) och i 34 % av journalerna var behandlingen utvärderad i densamma. Datamaterialet är analyserat och variablerna har bearbetats under studien med förhoppning att finna signifikanta resultat.

### 5.1 Metoddiskussion

Valet av metod där ambulansjournaler ingick som datamaterial och där insamling av data gjordes retrospektivt har varit en bra modell. Dock var dokumentationen i journalerna olika där det blandades med att dokumentera patientens upplevda smärta i VAS eller i fritext där båda är subjektiva och påverkad av den mänskliga faktorn vilket är en svaghet. Tidigare studier belyser problematiken med att mäta smärtupplevelse (Jerlock et al, 2005, Jennings et al, 2009) eftersom det är en uppenbar risk att det sker jämförelser. I analysen av datamaterialet i denna studie fann jag, som ett bifynd, att i de flesta journaler var VAS inte dokumenterat. Om detta beror på att patienten haft svårigheter att använda verktyget framkommer inte. Det finns ett värde att man inom vården bör använda skattningsinstrument som ett verktyg i syfte att utvärdera varje patients individuella behandling (Gellerstedt, 2004). Studiens syfte att undersöka om vården är jämlik och patientfokuserad för de patienter som vårdas i ambulans för sina bröstsmärtor och om de blev smärtlindrade eller inte. Gellerstedt (2004) rekommenderar att man vid jämförelser mellan patientgrupper endast bör uttala sig om ökning, minskning eller oförändrad smärta varför valet att använda mig av dokumenterad smärtlindring eller inte i denna studie. I denna forskning ville jag studera en kvalitativ variabel, alltså något som inte egentligen inte är mätbart och för detta krävdes översättning till något konkret och mätbart. För att kunna studera relationen mellan patienters upplevelse av smärta och smärtlindring behövde operationalisering av en subjektiv variabel göras. Inom medicinsk forskning är denna design en väl beprövad och väl ansedd metod.



Fördelen med att studera datamaterialet retrospektivt är att man får en rättvis bild om vården är jämlik och patientfokuserad där man i efterhand tittar tillbaka på sådant som redan har skett.

Om valet av studiedesign i denna studie istället varit prospektiv med studieprotokoll där en variabel skulle vara exempelvis VAS som smärtskattning och där fördelen hade varit att alla patienter skulle vara skattade i samma verktyg. Det finns en överhängande risk för bias (Ejlertsson, 2003) om valet hade blivit prospektiv design och anledningen till detta, enligt min mening, är att all personal blir mer medveten om det som studeras och därmed skulle resultatet kunna bli att det inte är överensstämmande med verkligheten. Tidigare erfarenheter har visat att resultaten alltid blir bättre när alla inom verksamheten vet att en subjektiv företeelse studeras. Detta gagnar naturligtvis den enskilda patienten i stunden men dock inte för hela patientgruppen i ett längre perspektiv där man vill belysa möjligheter till förbättringar.

Det är för få observationer i datamaterialet för att kunna visa på signifikanta skillnader i resultatet, framför allt var det stor skillnad på storleken mellan grupperna. Det var betydligt fler manliga sjuksköterskor (3/4) än kvinnliga och flertalet av patienterna var män (2/3). Datamaterialet hade kanske varit tillräckligt stort om grupperna vore jämnstora.

Reliabiliteten kan diskuteras med bakgrund av tillförlitligheten i ovan nämnda mätningar då den handlar om precisionen på utförd mätning. En rad faktorer kan påverka detta så som den som utför mätningen, omgivningen kring mätningen och det undersökta objektet (Esaiasson et al, 2010). Mätningens fördelar och brister är redan nämnda. Det som även kan diskuteras är hur väl ambulanssjuksköterskorna dokumenterar i ambulansjournalen och patienter med bröstsmärta som studiens objekt eller bättre studiens subjekt. Det kan vara svårigheter att uppnå en hög reliabilitet då det är många sjuksköterskor som utför dokumentationer gällande patientens upplevelse av smärta. Validiteten i denna studie kan mot bakgrund av tidigare diskussioner ifrågasättas. Frågan som ställs är om studien har mätt det som avsågs att mätas i denna studie nämligen patientens upplevelse av smärtlindning. När datamaterialet samlades in fanns det brister i dokumentationen gällande patientens upplevda VAS-värde men smärtlindringen var dock dokumenterad i fritext. I och med att det inte fanns signifikanta

skillnader mellan könen fortsatte materialet att bearbetas och ytterliggare analyser gjordes för att finna eventuella skillnader för att få svar på studiens fråga om ambulanssjukvården är jämlik och patientfokuserad.

Både reliabiliteten och validiteten hade säkert kunnat bli högre genom att intervjua fler sjuksköterskor och att intervjun skulle innehålla fler frågor, men det hade blivit en helt annan studie.

I min tjänst som utbildningssjuksköterska har jag utbildat de flesta inom personalgruppen i hjärtsjukvård och då påtalat vikten av jämlik vård och därmed kan detta påverka resultatet i intervjuerna. Det finns en risk att de intervjuade inte svarade helt ärligt på frågorna utan lämnade det svar som förväntades av dem. Studien har tyngdpunkten på den kvantitativa delen men skulle fokus vara kvalitativ hade designen varit annorlunda där det vore av stort intresse med djupintervjuer med fler sjuksköterskor från andra ambulansverksamheter i Sverige. Det vore även av stort intresse att göra djupintervjuer med patienter som vårdats i ambulans för att få patientens perspektiv på smärta vid hjärtinfarkt och hur de upplevde smärtlindringen i ambulansen. Det är dock patienten som är i centrum av vården och deras upplevelser och åsikter som ska optimeras för att följa Socialstyrelsens riktlinjer *God vård* (SOSFS 2005:12) där vården ska vara jämlik och patientfokuserad.

## 5.2 Resultatdiskussion

### 5.2.1 Empiri

Resultaten i studien stämde inte överens med det förväntade. Det fanns få samband mellan patients kön, ambulanssjuksköterskans kön och smärtlindring. I resultatet fann jag två signifikanta skillnader och de fanns dels i gruppen som fick smärtlindrande behandling med morfin där män oftare fick morfin än kvinnorna och dels som ett bifynd i gruppen där patientens smärtskattning var dokumenterad i ambulansjournalen, där resultatet var till kvinnornas nackdel. I 55 % av männens journaler var VAS dokumenterad medan endast 40 % i kvinnornas.

Fördelningen mellan grupperna var ojämn, det var övervägande män i både patient- som sjuksköterskegruppen. Detta medför att gruppen där kvinna som vårdar kvinna blir för liten för att kunna jämföras mellan de övriga grupperna. Datamaterialet borde vara jämnare mellan

kön i både patient- som sjuksköterskegruppen med större datamaterial för att finna resultat som är signifikanta.

Åldersfördelningen hos patienterna var väntad med en medelålder på 69 år och ett medianvärde på 70 år. Det var 2/3 delar män i patientgruppen och 3/4 delar män i gruppen med sjuksköterskor, kvinnorna var i minoritet i båda grupperna. Vad man däremot kan se i studiens resultat är tendenser som talar för att majoriteten av alla patienter (52 %) inte blir smärtlindrade och resultat är inte väntat. Anledningen till detta resultat kan vara flera.

De läkemedel som används till patienter med bröstsmärta inom ambulanssjukvården följer Socialstyrelsens Nationella riktlinjer. De läkemedel som används för smärtlindring, som tidigare nämnts, är framför allt nitroglycerin och morfin. Nitroglycerinets effekt mot smärtan kommer ganska momentant men däremot kan den fulla effekten hos morfin ses ca. 20 – 30 minuter efter att dosen är given. Nitroglycerinets bieffekter är mildare än morfins som förklarar rekommendationerna i de nationella och lokala Behandlingsriktlinjer där nitroglycerin förordas som första läkemedel och efterföljs med morfin om nitroglycerin inte har fått tillräcklig effekt. Inom ambulansverksamhetens upptagningsområde i Göteborg är det förhållandevis korta körtider från patientens hem till sjukhuset och därmed kan morfins effekt ses först efter att patienten har kommit till sjukhus och överlämnats till deras vård.

En annan anledning är att patientens tillstånd inte tillåter behandling av tidigare nämnda läkemedel. Tillståndet hos en patient med hjärtinfarkt kan vara kritiskt med lågt blodtryck och låg puls som följd. Vid detta tillstånd finns det få möjligheter att ge optimal läkemedelsbehandling mot smärtorna beroende på att båda läkemedlen som används mot smärta sänker blodtrycket hos patienten och är därmed inte förenat med god vård. Enligt Behandlingsriktlinjerna får ambulanssjuksköterskorna inte ge dessa läkemedel i förkommande fall.

VAS ska dokumenteras i patienternas ambulansjournal enligt de lokala Behandlingsriktlinjer som medicinskt ansvarig ambulansöverläkare har utformat. Anledningen till att detta inte dokumenteras kan vara flera.

1. Patientens oförmåga att förstå smärtskattningsinstrumentet och använda sig av den samma
2. Svårigheter att använda instrumentet när patientens tillstånd inte tillåter detta t.ex. då patienten har starka smärtor och är kraftigt påverkad av detta.
3. Svårigheter i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska.

4. Ambulanssjuusköterskan känner osäkerhet och har liten erfarenhet i att använda smärtskattningsinstrumentet VAS.
5. Brister i följsamheten till Behandlingsriktlinjer.
6. Ambulanssjuusköterskans okunskap om vikten att dokumentera effekt av given smärtlindrande behandling.

I och med att det är av stor vikt att utvärdera given behandling till patient och det ska göras enligt riktlinjer finner jag brister i följsamheten. Resultatet i studien påvisar att det kan finnas svårigheter i hälften av dessa uppdrag för sjuusköterskan att hjälpa och instruera patienten hur instrumentet ska användas, någon av de andra möjliga anledningarna som nämnts ovan eller att det finns ytterligare förklaringar till bristen av dokumentation. Vikten av att dokumentera effekterna av behandlingen och följa givna instruktioner bör påtalas, därefter följa och analysera utvecklingen i ett kontinuerligt kvalitetssäkringsarbete. Något som måste beaktas är den möjligheten att VAS är ett trubbigt instrument och svårt att använda sig av inom ambulanssjukvården. Då bör kanske ett nytt instrument eller liknande utarbetas där möjligheten för systematisk utvärdering finns. Lord & Parsell (2003) beskriver att tillämpningen av VAS är bristfällig inom ambulanssjukvården och patienter med bröstsmärtor skulle kunna uppleva smärtskattning som ytterst stressande i det tillståndet som de befinner sig i. Som tidigare nämnt kan detta vara en anledning till den bristfälliga dokumentationen i ambulansjournalen.

Resultaten är oväntade men nog så viktiga där förbättringsmöjligheter att nå jämlik och patientfokuserad vård enligt Socialstyrelsens författning *God vård* finns.

### 5.2.2 Intervjuer

Vid analys av intervjuerna med sjuusköterskor inom ambulanssjukvården framkom det att en av frågeställningarna är kända, de har vetskap om tidigare studier som visat att kvinnor med hjärtkärl sjukdom är underbehandlade. Alla hade erfarenhet av och behandlat patienter med hjärtinfarkt där flera ansåg att det kan finnas svårigheter att tolka kvinnors diffusa symtom. Det var endast en av sjuusköterskorna som hade kännedom om studien som visade att vårdpersonal smärtbehandlar patienter av samma kön bättre än motsatt kön, män behandlar män bättre och vise versa.

De var få av sjuksköterskorna som hade kännedom om Socialstyrelsens föreskrifter *God vård* där sjukvården ska vara organiserad så att vården patienten får är jämlik, patientfokuserad, säker, kunskapsbaserad, effektiv och fås i rimlig tid. Alla respondenter hade dock kunskap om innehållet i densamma med alla sex fokusområden och ansåg att patienterna inom ambulanssjukvården får en jämlik och patientfokuserad sjukvård.

### 5.3 Förslag till framtida forskning

Det finns flera studier där man har fokuserat på patienter med hjärtsjukdom och de flesta av dessa med fokus på skillnaden mellan män och kvinnor, men ganska få som tittat på skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009).

Wennman (2010) beskriver i sin pilotstudie att det finns skillnader i väntetider på ambulans mellan två olika områden i Göteborg. I studien jämfördes patienter som åkt ambulans från två socioekonomiskt olika stadsdelar. Resultatet i studien visar att det finns en stor skillnad i väntetid på ambulans till det socialt utsatta områdets nackdel.

Det vore av stort intresse att utvidga och göra fortsatta studier i denna fråga om det föreligger skillnader för patienter med bröstsmärta inom ambulanssjukvården. Om vården för denna patientgrupp är jämlik i ett genusperspektiv men även titta på om det föreligger skillnader mellan socioekonomiska grupper. Grupperna som analyserades i denna studie var till viss del små med få observationer och därmed kunde de inte utgöra signifikanta resultat. Efter studiens resultat presenterats förordar jag att man i kommande forskning undersöker en större grupp eller under längre tidsperiod för att få ett större underlag till datamaterial.

Förslag till förbättringsområden:

- Det behövs en satsning på utbildning för medarbetare där vikten av att dokumentera patientens smärta i självskattningsskalan VAS. Detta för att fortsättningsvis kunna hämta hem tillförlitlig data till framtida forskning som gagnar patienterna.
- En framgångsfaktor till jämlik vård kan vara att ha aktiva diskussioner där värdegrund med *God vård* sätts i fokus bland medarbetare tillsammans med deras ledning.

## Referenslista

- Chen, W., Woods, S., Wilkie, D. & Puntillo, K. (2005). Gender differences in symptom experiences of patients with acute coronary syndromes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(6), 553-562.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2010). *Metodpraktikan*. Vällingby: Norstedts Juridik. Tredje upplagan.
- Fillingim, RB., King, CD., Ribeiro-Dasilva, M., Rahim-Williams, B. & Riley, JL. (2009). Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *The journal of pain*, 2009;10(5):447-85.
- Gellerstedt, M. (2004). *Medicinsk statistik*. Malmö: Merck Sharp & Dohme Sweden AB.
- Haglund, B., Köster, M., Nilsson, T., Rosén, M. (2004). Inequality in access to coronary revascularization in Sweden. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 38 (6) 334-339.
- Herlitz, J., Starke, M., Hansson, E., Ringvall, E., Karlsson, BW., Waagstein, L. (2002) Characteristics and outcome among women and men transported by ambulance due to symptoms arousing suspicion of acute coronary syndrome. *Med Sci Monit*, 2(4): 251-256.
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik J. (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur. Tredje upplagan.

- Jennings, P., Cameron, P. & Bernard, S. (2009). Measuring acute pain in the prehospital setting. *Emergency Medicine Journal*, 26, 552-555.
- Jerlock, M., Gaston Johansson, F. & Danielsson, E. (2005). Living with unexplained chest pain. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 956-964.
- Lord, B. & Parsell, B. (2003). Measurement of pain in the prehospital setting using a visual analogue scale. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18 (4), 353-358.
- MacInnes, J. (2006). The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 280-288.
- Pallant, J. (2007). *SPSS, survival manual*. London: McGraw-Hill. Third edition.
- Patel, H., Rosengren, A. & Ekman, I. (2004) Symptoms in acute coronary syndromes: Does sex make a difference? *American Heart Journal*, 148 (1), 27-33.
- Patientdatalag (2008:355).
- Persson, S. (1991). *Kardiologi, hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur. Tredje upplagan.
- Persson, J. & Stagmo, M. (2008). *Perssons kardiologi: Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Sjunde upplagan.
- Ringbäck Weitoft, G., Ericsson, O., Löfroth, E., Rosén, M. (2008). Equal access to treatment? Population-based follow-up drugs dispensed to patients after myocardial infarction in Sweden. *European Journal of Clinical Pharmacology*; 28 (4) 417-424.

- Rosvall, M., Chaix, B., Lynch, J., Lindström, M., Merlo, J. (2008). The association between socioeconomic position, use of revascularization procedures and five-year survival after recovery from acute myocardial infarction. *BMC Public Health*; 8: 44.
- Schenck-Gustafsson, K.(red.) (2011). *Kvinnohjärtan – hjärt-och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur. Andra upplagan.
- Sjöström, B. & Johansson, B. (2000). *Ambulanssjukvård. Ambulanssjukvårdares och läkares perspektiv*. Göteborgs studies in educational sciences 151. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Socialstyrelsen (2008). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvården 2008 – Beslutstöd för prioriteringar. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen (2008). Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst – Lägesbeskrivning. Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) mars, 2008, avläst 2011-03-22, kl.14.00.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2010) Rapport. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2010.
- SOSFS 2005:12. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens författningssamling. Västerås: Edita Västra Aros.
- SOSFS 2005:24. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Kungälv: Grafikerna Livréna.
- SOSFS 2009:10. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Ambulanssjukvård m.m. Västerås: Edita Västra Aros.
- SOU 1993:93. Socialdepartementet. Vårdens svåra val. Rapport från Utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.



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

Thurén, T. (2009). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.

Wahlgren, L. (2008). *SPSS, steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.

Wennman, I. (2010). Vem kan vänta på vård? Skillnader i väntetid på ambulans mellan patienter från två socialt olika stadsdelar i en storstad relaterat till patientlidande. Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Magisteruppsats. <http://hdl.handle.net/2007/22035>. Hämtad 2011-05-03, kl.18:45.

Zedigh, C., Alho, A., Hammar, E., Karlsson, T., Kellerth, T., Svensson, L., Grimbrandt, E. & Helitz, J. (2010). Aspects on the intensity and the relief of pain in the prehospital phase of acute coronary syndrome: experiences from a randomized clinical trial. *Coron Artery Disease*, 21(2):113-20.

**Intervjufrågor som ställdes till sex ambulanssjuusköterskor.**

Patienter med bröstsmärtor vid misstänkt hjärtinfarkt som vårdas inom ambulanssjukvården.

1. Tror du att kvinnor och män behandlas jämlikt och får lika god behandling till smärtlindring?
2. Tror du att det spelar någon roll vilket kön ambulanssjuusköterskan har?
3. Det finns studier som visar att kvinnliga patienter blir bättre smärtlindrade om sjuusköterskan är kvinna och manliga patienter blir bättre smärtlindrade av män. Tror du att detta kan stämma?
4. Hur tror du att det är inom ambulanssjukvården?