



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PATIENTENS UPPLEVELSE AV ATT VÅRDAS PÅ EN SOMATISK AKUTMOTTAGNING

Vilken betydelse har omvårdnaden?

Sabine Hofmann
Felicia Hansson

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program: Sjuksköterskeprogrammet
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Ht/2016
Handledare: Angela Bång
Examinator: Pether Jildenstål

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Patientens upplevelse av att vårdas på en somatisk akutmottagning. Vilken betydelse har omvårdnaden?
Titel (engelsk):	The patients perception of being cared for in a somatic emergency department. What is the significance of nursing?
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2016
Författare:	Sabine Hofmann och Felicia Hansson
Handledare:	Angela Bång
Examinator:	Pether Jildenstål

Sammanfattning

Bakgrund: I akutsjukvård finns en stor variation och bredd av patienter där mötet ofta är kort och effektivt. Trots ett kort möte omfattar detta utredning, diagnostik och behandling. Patienter söker vård för både fysiska och psykiska besvär vilket ställer krav på personalen att dels behärska praktiska åtgärder men också att kunna bemöta till exempel existentiella frågor. Det finns många faktorer som påverkar patientens upplevelse av vården där tidigare studier har visat att omvårdnad är en sådan faktor, vilket är sjuksköterskans primära uppgift. **Syfte:** Att undersöka omvårdnadens betydelse för patientens upplevelse av att vårdas på en akutmottagning. **Metod:** Sjutton artiklar med antingen kvalitativ eller kvantitativ ansats valdes ut efter sökning i databasen Cinahl och som ansågs vara relevanta för frågeställningen. Dessa kvalitetsgranskades, bearbetades och sammanfattades i olika kategorier. **Resultat:** Efter dataanalys framkom fyra huvudteman: Vårdpersonalens attityder och värderingar; Medverkan och utbildning; Vårdpersonalens ansvar och kunskap; Upplevelse av tid i relation till tillfredsställelse. Övergripande upplevde patienter en bättre vårdtid på akutmottagningen om omvårdnaden de erhöll var tillfredsställande. De omvårdnadsåtgärder som verkade vara av störst betydelse var: åtgärder som påverkade upplevelsen av tid, smärtlindrande åtgärder, omtanke och kompetens hos vårdpersonal, behovet av att få vara delaktig och individanpassad information. **Slutsats:** Att som vårdpersonal vara medveten om hur omvårdnad kan påverka patientens upplevelse är ett effektivt och enkelt sätt att göra patienten tillfredsställd. Detta görs till exempel genom visad kompetens, handlingsberedskap, inbjudande till delaktighet samt informationsgivande.

Nyckelord: patient, perception, satisfaction, emergency department, emergency room, qualitative, nursing, caring.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Begreppet akut.....	1
Akutsjukvård.....	1
Patienter som söker akut vård	1
Identifiera omvårdnadsbehov.....	3
Omvårdnad på en akutmottagning	3
Centrala begrepp	4
En vårdande relation	4
Lidande	4
Delaktighet.....	4
Tid och väntan	5
Kommunikation	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design	6
Urval och datainsamling	6
Dataanalys.....	7
Etiskt resonemang	7
Resultat.....	9
Vårdpersonalens attityder och värderingar	9
Fysisk närhet, visad beredskap och kontinuitet hos vårdpersonal	9
Omtanke och beröring	10
Karaktäristiska drag hos vårdpersonal	10
Medverkan och utbildning	11
Att se patienten och bjuda in till delaktighet	11
Information innan, under och efter omvårdnad	11
Att låta de närstående vara delaktiga	13
Vårdpersonalens ansvar och kunskap	13
Bekräfta, lindra, skatta och utvärdera smärta	13
Effektivitet och kompetens vid praktiska åtgärder	14
Upplevelse av tid i relation till tillfredsställelse.....	14
Förväntningar.....	14
Upplysning om väntetid.....	15
Betydelsen av vårdarens positionering	15
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	16
Upplevelsen av tid i relation till tillfredsställelse	17
Vårdpersonalens ansvar och kunskap	18
Medverkan och utbildning	19
Slutsats	21

Implikationer för praxis.....	21
Behov av vidare kunskap	21
Referenslista	22
Bilagor	26

Inledning

Akutsjukvård är ett spännande område inom vården med stor variation av patienter och detta kan komma att bli en framtida arbetsplats för författarna av denna litteraturstudie, därav motivet till undersökningen. Akutmottagningen är en vårdinstans som de flesta människor kommer i kontakt med på något sätt som patient, anhörig eller personal. Åsikterna om hur vården på akutmottagningen är och upplevs skiljer sig åt. Somliga patienter är nöjda och har goda erfarenheter av vården på en akutmottagning samtidigt som det finns faktorer som påverkar upplevelsen negativt. Exempel på detta kan vara upplevelsen av en lång väntetid, bristande information om testresultat och behandling eller försummelse av existentiella behov. Det finns ett intresse om att ta reda på vilka andra faktorer som påverkar upplevelsen av att vårdas på en akutmottagning och framförallt sjuksköterskans roll i detta. Omvårdnad, som är sjuksköterskans huvudområde, är ett brett område som innefattar praktiska moment med bland annat såromläggning och blodprovstagning. Det innefattar också den vårdande relationen som hanterar till exempel kommunikation och information till patienten. Kvaliteten av vården mäts ofta i variabler som framkommer från patientens upplevelse och för att då, som varje enskild sjuksköterska, kunna bidra till en bättre vård behövs insikt i hur omvårdnadsarbetet kan påverka patientens upplevelse.

Bakgrund

Begreppet akut

Gabrielsen, Lindström & Nåden (2009) menar att begreppet akut kan förklaras med en aspekt antingen på tid eller upplevelse. Akut kan innebära att något händer plötsligt, snabbt, hastigt eller kortvarigt men att befinna sig i ett akut tillstånd kan däremot upplevas hårt, skarpt, intensivt, abrupt, våldsamt eller starkt.

Akutsjukvård

Enligt 1 kap. 2 § i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) klagörs att målet med Sveriges sjukvård är att hela befolkningen skall ha en god hälsa och erhålla vård på lika villkor. Därtill ska vården “ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”. Vidare förklarar Socialstyrelsen (2013a) att akutsjukvård omfattar utredning, diagnostik och behandling av akuta tillstånd i alla åldrar och denna vård ska ges med avseende till patientens integritet och självbestämmande. Sadillioglu, Topacoglu, Dikme, Erdede, Ozyuvac, & Dikme (2013) förklarar att om patienten upplever sig vara i behov av akut vård så är det också ett akut tillstånd. Akutsjukvård kan till exempel innefatta akut trauma, blödning, chock, medvetslöshet, plötslig och allvarlig smärta eller misstänkta fall av intoxication. Enligt Almerud Österberg (2014) genomförs vården i ett akut omhändertagande ofta snabbare än vanligt och det används avancerad teknisk utrustning. Det är sjuksköterskans uppgift att bemöta och utföra omvårdnadsåtgärder för en patient som upplever sig vara i behov av akut vård.

Patienter som söker akut vård

Patienten kan söka sig till akutmottagningen på eget initiativ, bli hänvisad av vårdcentral eller transporteras med ambulans (Dich & Wichmann, 2010). En studie som genomfördes i Storbritannien undersökte vilka motiv patienterna hade för att söka sig till akutmottagningen. Det visades att upplevelsen av att vara akut sjuk, svårighet att få läkartid på annan vårdinstans, hög ålder, ensamhet, på inrådan av närstående och bostad i närhet till

akutmottagningen var de främsta orsakerna. Besöksfrekvensen var som högst under kvällar och helger och de patienter som återkom till akutmottagningen flera gånger under samma år var oftast äldre jämfört med de som bara sökte vid ett tillfälle. Trots att äldre sökte sjukvård mer frekvent än yngre, sökte de sällan akut vård när de inte behövde sådan och kunde ha likvärliga medicinska som psykosociala besvär (Nyström, 2003). Det som driver en människa att söka vård på akutmottagningen är när dennes upplevda känsla av att vara så pass akut sjuk att alternativet att invänta en tid hos sin primärvård inte är aktuellt. Patienter söker ofta vård på akutmottagningen på grund av lidande, vilket kan vara både kroppsligt eller psykiskt. Kroppsligt lidande kan till exempel vara blödningar, smärta, stukade fotleder och andningsproblem och psykiskt lidande kan innebära ångest, rädsla och ovisshet (Nyström, 2003).

I en litteraturoversikt framkom det att smärta var ett av de främsta symptomen som patienter sökte akut vård för samt att smärtlindring inom akutmottagningens kontext är komplext. Patienter som erhöll smärtlindring snabbt efter ankomst till akutmottagningen kunde acceptera en längre väntetid till att få träffa en läkare i jämförelse med de patienter som inte fick någon smärtlindring vilket också gjorde att de valde att lämna akutmottagningen innan de fick träffa en läkare. Huvudvärk, bröstsmärta, buksmärta, sårskador eller extremitetstrauma var vanliga smärttillstånd som bidrog till att patienten sökte akutsjukvård (Welch, 2010). Det är främst patienter med medicinska sjukdomstillstånd som inkommer till akuten och de flesta får åka hem efter omhändertagande på akutmottagningen. Majoriteten av kirurgpatienter som söker sig till akuten har varit utsatt för lättare trauman och kan därför enkelt behandlas direkt på akutmottagningen eller hänvisas till primärvården (Dich & Wichmann, 2010). I de fall där patienterna inkommer utan medicinska åkommor och istället psykiska besvär som till exempel ensamhet eller hög ålder måste vårdpersonalen ha i åtanke att det ändå är patientens upplevelse och verklighet som ska vara i fokus och att bemötande måste vara korrekt och inge respekt. De anledningar som kan orsaka negativ upplevelse hos patienterna är smärta, oklar väntetid, frustration, uppfattar att det är fel typ av hjälp, brist på information och rädsla (Wikström, 2012).

En studie som syftade till att beskriva och jämföra egenskaper hos patienter som sökte vård på akutmottagning respektive primärvård för icke akuta tillstånd visade resultatet att 43 procent av patienterna på akutmottagningen hade regelbunden kontakt med sjukvården på grund av kroniska sjukdomar. Dessutom hade över en tredjedel av patienterna på akutmottagningen varit inlagda inom slutenvården de senaste två åren. De vanligaste orsakerna som dessa patienter sökte vård för var relaterade till gastrointestinala besvär, symtom från muskler och skelett eller på grund av trauma. Ungefär hälften av patienterna hade haft symtom mindre än ett dygn jämfört med patienterna på vårdcentralen som hade haft besvär under en längre period. Patienterna som sökte vård på akutmottagning, trots det icke akuta tillståndet, var oroliga och upplevde ångest i högre utsträckning jämfört med de som sökte till primärvården (Backman, Blomqvist, Lagerlund, Carlsson-Holm & Adami, 2008). Andra anledningar till att patienter söker vård för icke akuta tillstånd på akutmottagning kan bero på bristande möjlighet till vård då det är långa väntetider för besök och telefonrådgivning vid sin primärvård. Därtill upplever patienter att kompetensen inom den primära sektorn är otillräcklig och har därför större förtroende till akutsjukvården. Snabbare behandling och upplevelsen av bättre diagnostik på akutmottagningen är två andra anledningar till varför patienten väljer denna framför primärvård (Fälemark, 2013).

Identifiera omvårdnadsbehov

För att sjuksköterskan ska kunna identifiera patientens omvårdnadsbehov används omvårdnadsprocessen som innefattar "bedömning, omvårdnadsdiagnos, planering, att sätta upp mål, åtgärder och utvärdering" (s. 59, Gallagher-Lepak, 2015). Vid bedömning av patienten använder sjuksköterskan syn, hörsel och känsel för att få en djupare förståelse och göra en bättre observation av patientens status. Vid ett akut omhändertagande av patienten där det måste ske en snabb bedömning huruvida det är fara för patientens liv eller inte, är principen ABCDE (Airway, Breathing, Cirkulation, Disability, Exposure) bra att använda sig av. Det är en metod där patientens status stegvis går igenom och där eventuella problem åtgärdas på varje nivå (Dich & Wichmann, 2010). På en akutmottagning används även triagering som metod för att bedöma och prioritera patienternas behov av vård (Ericson & Ericson, 2012). För vidare förklaring gällande ABCDE och triagering var god se bilaga 1.

Omvårdnad på en akutmottagning

Omvårdnad kan definieras som sjuksköterskans ansvarsområde inom hälso- och sjukvård (Sivonen, 2012). Omvårdnaden syftar till att tillgodose patientens grundläggande behov samt att identifiera åtgärder som är riktade mot ett specifikt sjukdomstillstånd. (Wiklund, 2003). Sjuksköterskan genomför sitt arbete med sin yrkeskompetens, medmänsklighet och kritiskt tänkande som grund. "För att veta hur man ska kunna ge korrekt och god omvårdnad, måste den professionella bedömningen kompletteras med fantasi. Vi måste vara lyhörda för och engagera oss i situationen, tänka över den, ta ställning till olika dilemman och kunskaper" (s. 255, Alvså, 2012). De arbetsuppgifter som utförs på en akutmottagning är sällan fokuserade på en och samma sak utan kan ofta vara dels medicinsk inriktade eller vara omvårdnad. Detta ställer därför kravet på vårdpersonalen att kombinera sina medicinska och omvårdnadsvetenskapliga kunskaper, till exempel från att kunna hantera olika läkemedel eller tekniska hjälpmedel till att kunna lindra patientens lidande, oro och rädsla. På en akutmottagning kan dock de medicinska åtgärderna vara mer i centrum än omvårdnaden och då är det lätt att patienten glöms bort. I det akuta omhändertagandet är det stort fokus på de praktiska åtgärderna men som vårdare bör medvetenhet och åtanke finnas i att det ibland är känslan av oro som har gjort att patienten söker akut vård från första början. Därför är det viktigt att som vårdare kunna hantera och förstå patientens eventuella existentiella frågor (Nyström, 2003). Omvårdnad genomförs för att öka välbefinnandet, minska lidandet och underlätta tillfrisknandeprocessen för patienten. Beröring, närhet, bekräftelse, existentiella frågor och att känna empati är exempel på omvårdnadsåtgärder (Almerud Österberg, 2014). Elimination, reglering av temperatur, andning och välbefinnande är exempel på begrepp som är centralt inom den praktiska omvårdnaden. Om sjuksköterskan är väl införstådd i dessa finns en större chans till att avläsa data korrekt och ställa rätt diagnos (Gallagher-Lepak, 2015).

Ytterligare en omvårdnadsåtgärd som genomförs är observation och övervakning av till exempel vitala funktioner som andning, medvetandestatus och cirkulation men också all dagliga funktioner till exempel rörelseförmåga, näringsintag eller elimination. Denna observation fungerar som "ett grundläggande skydd mot oönskade förändringar, försämringar eller olycksfall" (s. 147, Ehrenberg, Ehnfors & Thorell-Ekstrand, 2013). Genom att kontinuerligt observera patienten skapar sig sjuksköterskan, som är den i vårdteamet som ansvarar för observationen, en grund till bedömning av vilka eventuella omvårdnadsåtgärder som skulle kunna bidra till ökat välbefinnande och positiv effekt hos patienten (Ehrenberg et al., 2013).

Centrala begrepp

En vårdande relation

Relationen mellan patient och vårdare kan benämnas som en vårdande relation där syftet är att lindra patientens lidande. I en vårdande relation upplever patienten att vårdaren har en vilja och lust att hjälpa. Skulle en vårdande relation inte uppnås kan en känsla av ensamhet och övergivenhet uppstå hos patienten. (Kasén, 2012). För att sjuksköterskan på akutmottagningen ska kunna skapa en god vårdrelation krävs en öppenhet till patientens upplevelse men också arbete för att göra patienten delaktighet och tillgodose behovet av information. Vården på akuten är i många fall rutinmässig och följs av riktlinjer, för att patienten och vårdaren ska skapa en vårdrelation krävs det således att vårdaren är öppen för patientens egna berättelse. Patienter på akutmottagningen är ofta extra känsliga och utsatta vilket i många fall leder till existentiella frågor, ytterligare en faktor som gör vårdrelationen sårbar då en akut sjuk patient blir tvingad att ta emot vård och lämna sig själv till vårdens ansvar. "Det är sjuksköterskans ansvar att skapa kontakt, etablera en förbindelse med patienten och utveckla en ömsesidig vårdande relation i syfte att stärka och stödja patientens välbefinnande" (s. 697, Almerud Österberg, 2014).

Lidande

Lidande kan uppkomma i fysisk, emotionell eller existentiell form. Det är mänskligt och naturligt att lida och lidande är något som alla människor tvingas göra och detta kan bidra till personlig utveckling. Lidandet i sig har ingen mening men människan kan själv hitta en mening till sitt lidande, detta innebär att varje enskild människas lidande är unikt. Lidande kan till exempel bero på en allvarlig sjukdom som är en fara för livet, akut eller kronisk smärta, förlust av kontroll, känslan av hopplöshet, smärta eller obehag, isolering, ensamhet, ångest eller oro. Grundtanken i all hälso- och sjukvård är att lindra lidandet hos människan och detta kan till exempel göras genom att låta patienten få ge uttryck för sitt lidande. Att bemöta lidande patienter med omsorg och ömhet, så kallat medlidande, är av betydelse för att kunna lindra patientens lidande. Då lidandet är unikt för varje enskild individ är det viktigt att utföra personcentrerad omvårdnad utifrån patientens behov (Arman, 2012). Lidande kan inom vården delas in i tre olika typer: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidandet uppkommer i samband med en diagnos och dess symtom och eventuella biverkningar från behandling. Detta är ett lidande som sjuksköterskan ofta ställs inför. Vårdlidandet orsakas av den vård som ges eller avsaknad av vård när den behövs. Detta kan innebära att en patient blir kränkt eller försummad i kontakt med sjukvården och inte ses som en unik individ med egna behov. Det är sjuksköterskans ansvar att arbeta förebyggande för att se till att patienten inte blir lidande av vården. Livslidandet har sin koppling i människans liv och kan bero på livsavgörande händelser som trauman eller transitioner som innebär att vara frisk och bli sjuk eller att bli gammal och mista sina förmågor (Wiklund-Gustin, 2012). I akutsjukvårdens kontext kan det i det akuta omhändertagandet vara svårt att bemöta patientens lidande då praktiska åtgärder kan vara livsavgörande och därför måste prioriteras. I en kritisk situation kan patienten uppleva förlust av kontroll, hjälplöshet och en känsla av att vara beroende av den vårdande personalen, känslor som orsakar lidande. När patientens fysiska hälsa blir mer stabil skall omvårdnaden fokusera på att möta patientens existentiella och emotionella behov för att lindra lidandet (Almerud Österberg, 2014).

Delaktighet

Begreppet delaktighet innebär att vara med och ta beslut om vård och behandling, att vara engagerad och medbestämmande. Delaktighet innebär att stärka personens egen rätt att

bestämma. Begreppet delaktighet kan till viss del ersättas av begreppet autonomi som innebär självbestämmanderätt, att vara självständig och fri från auktoriteter, något som inom vården kan vara svårt att vara där personen kommer i kontakt med vårdaren som med sin professionella kompetens har en viss auktoritet (Eldh, 2014). Enligt patientlagen (SFS 2014:821) ska vården sträva efter att göra patienten delaktig i både planering och utförande av vård och behandling. Det är viktigt att ta hänsyn till hur stor delaktighet patienten föredrar att ha vilket ställer krav på sjukvårdspersonalen att skapa möjlighet för patienten att kunna uttrycka denna önskan (Eldh, 2014). Akutmottagningen är en teknisk och avancerad sjukvårdsinstans där mycket fokus finns på den medicinska aspekten. Där sker mätningar och kontroller av vitalparametrar samt övervakning med olika apparater. Det finns en strävan efter effektivitet i ett akut omhändertagande men denna strävan medför risken att patienten snarare ses som ett objekt än som en person. Även om testresultat och mätningar lägger en god grund för vården bör den inte ersätta omvårdnaden i form av lindrande av lidande, tröst och beröring. Det är viktigt att vårdpersonal har insikt i att det är en person som vårdas och inte ett testresultat. Resultaten och de olika mätvärdena bör inte vara kommunikationen mellan patienten och vårdaren utan patientens berättelse och upplevelse bör vara i fokus. Patienten behöver bli inbjuden till delaktighet och känna möjlighet att kunna påverka sin vård (Almerud Österberg, 2014).

Tid och väntan

Vårdtid är det begrepp som används för att beskriva den tid som patienten är i vården samtidigt som vårdande tid innefattar den tid då det utförs någon åtgärd mellan lidande och hälsa. Den tid som anses ge lindring innefattar tid då åtgärder för att förbättra hälsa genomförs medan tid som inte lindrar upplevs då känslan av bristande tid uppstår (Nurminen, 2014). Specifikt för akut vård är att mycket händer under kort tid med korta möten (Almerud Österberg, 2014) och många patienter har åsikter om väntetiden på akutmottagningen. Patienter har en förväntning om hur lång väntetiden kommer vara och det är sällan denna stämmer överens med den faktiska tiden de kommer få vänta. Att dessa förväntningar kan vara felaktiga beror i många fall på bristande kunskap och otillräcklig information. Ensamhet har visat sig vara en faktor till att väntan känns längre och således upplevs väntan kortare och patienten är sysselsatt (Welch, 2010). Socialstyrelsen presenterade i en rapport (2013b) att väntetiderna på akutmottagningarna i Sverige blivit allt längre. Två timmar och 46 minuter är den genomsnittliga tiden som patienten spenderar vid ett besök på akutmottagningen. På en akutmottagning i Norrbotten fick patienten vänta 20 minuter på att få träffa läkare medan samma siffra på en akutmottagning i Västra Götaland var en timme och 53 minuter. Både den totala vistelsetiden och väntetiden på att få träffa en läkare skiljer sig dock avsevärt åt mellan de olika delarna i landet.

Kommunikation

Kommunikation handlar om “att det sker ett utbyte av olika signaler mellan människor” (s. 511, Baggens & Sandén, 2014) vilket skapar en relation, meningsfullhet samt förståelse genom interaktion mellan olika parter. Den främsta kommunikationen sker genom samtal men kompletteras med kroppsrörelser till exempel beröring, huruvida parterna har ögonkontakt eller ej samt parternas placering gentemot varandra (Baggens & Sandén, 2014). Kommunikationen kan delas in i två olika typer där den instrumentella kommunikationen syftar till att informera och undervisa patienten om till exempel sjukdom och behandling vilket syftar till att reducera ångest hos patienten och göra denne förberedd. Den emotionella kommunikationen syftar till att bekräfta patienten, visa att denne blir sedd samt att ge stöd vilket skapar en relation som är respektfull och där patienten kan känna tröst och tillit. Därtill kan kommunikation i form av närvaro, beröring och uppmärksamhet leda till ökat

välbefinnande hos patienten (Fredriksson, 2012). I ett akut omhändertagandet är kommunikationen betydande för att patienten ska förstå och känna sig trygg i situationen. För att kunna anpassa omvårdnaden efter patientens behov måste patienten ges möjlighet att få göra sin röst hörd. Det är vanligt att kommunikation sker via teknologin, att objektiv data talar för att patienten mår dåligt istället för att patienten ges tillfälle att kommunicera sina tankar och upplevelser (Almerud Österberg, 2014).

Problemformulering

Akutmottagningen kan upplevas vara en främmande och skrämmande miljö för patienten, något som personalen som arbetar där kan glömma bort då det för dem är en miljö och situation de är vana vid. En patient söker akut vård grundat på sin subjektiva upplevelse och det är vårdpersonalens ansvar att lindra patientens fysiska och psykiska lidande. Till en akutmottagning söker akut sjuka människor och det är av betydelse att effektivisera vården som ges för att kunna hjälpa så många patienter som möjligt för att minska lidande. På en akutmottagning är mötet mellan patient och vårdare ofta kort med fokus på det medicinska omhändertagandet, vilket till exempel kan innebära att patientens eventuella oro, ångest eller behov av bekräftelse inte bemöts. Det är därför av intresse att undersöka vilken betydelse omvårdnaden har för patientens upplevelse. Detta kan bidra till att öka förståelsen bland vårdpersonal samt öka andelen nöjda och väl omhändertagna patienter som upplever en god vård.

Syfte

Att undersöka omvårdnadens betydelse för patientens upplevelse av att vårdas på en akutmottagning.

Metod

Design

Val av metod till detta arbete är litteraturöversikt vilket syftar till att klarlägga och synliggöra hur kunskap inom ett område ser ut. Det visar vilken betydelse informationen har och samtidigt om det finns någon brist på kunskap. Kvalitativ metod är lämplig när syftet är att undersöka en persons upplevelse, förväntning eller erfarenhet då det ger en förståelse för detta (Segesten, 2012). De kvalitativa artiklarnas datainsamlingsmetoder var intervjuer, fokusgrupper eller observationer och enligt Henricson & Billhult (2012) är detta adekvata metoder för att besvara syftet. Frågeformulär, enkät och olika skattningsskalor var de metoder som de kvantitativa artiklarna använde sig av och det stämmer överens med vad Billhult & Gunnarsson (2012) säger är användbara för att reda ut ett kvantitativt problemområde. Metoderna används med fördel för att undersöka eventuella samband eller för att jämföra olika fenomen.

Urval och datainsamling

Databasen Cinahl användes för att göra litteratursökningarna, detta för att Cinahl är inriktat på omvårdnadsvetenskap och kan således ge rätt typ av artiklar (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). För att hitta relevanta sökord för optimalt utslag i databaserna gjordes först en provsökning. Då sökning sker på engelska gjordes översättningar från det svenska sökordet till det engelska med hjälp av ett lexikon. För att få en sökning på ordets alla böjelser gjordes så kallade trunkeringar vilket innebär att en asterisk läggs till efter ordets stam. I de fall där det fanns två liknande sökord och sökningen önskades ge utslag på båda två gjordes en

sökningen med en operator, OR, mellan de båda sökorden. Detta ger då träffar på alla artiklar som innehåller antingen det ena eller det andra av sökorden (Östlund, 2012). Sökorden som användes i de slutliga sökningarna var patient, perception, satisfaction, emergency department, emergency room och qualitative. Då endast två kvalitativa artiklar hittades vid första sökningen inkluderades sökordet "qualitative" för att få fram fler kvalitativa studier då syftet är att belysa patientens upplevelse.

Artiklar inkluderades om de var på engelska eller svenska, fanns tillgängliga i gratis fulltext, var kvalitetsgranskade och publicerade i vetenskapliga tidskrifter. De artiklar som exkluderades var sådana som var på ett språk som inte behärskades, behövde beställas eller köpas, inte besvarade syftet eller artiklar som behandlade åldersgruppen barn vilket inte var aktuellt i detta fall. Om artiklarna inte hittades i fulltext från databasen användes Google Scholar för att hitta dessa. Google Scholar användes som ett komplement till Cinahl för att hitta vetenskapliga artiklar (Karlsson, 2012). Efter genomförd datainsamling valdes 17 vetenskapliga artiklar ut som ansågs vara relevanta för att besvara syftet.

När rimligt antal träffar uppnåts, rimligt i detta fallet ansågs uppnått när antalet artiklar var så många att deras titlar kunde granskas. Bedömning av artiklarnas relevans gjordes först på titel, därefter abstract och sist genom granskning av artikel. Artiklarna granskades utifrån frågor enligt Friberg (2012). Efter granskning gjordes en bedömning huruvida artikeln svarade på syftet, om inte valdes den bort. Efter bearbetning av de valda artiklarna gjordes bedömningen att materialet inte var tillräckligt och kompletterades således med ytterligare en artikelsökning. Denna gång användes dessutom sökorden nursing och caring för att få en sökning med ett resultat inom omvårdnad. Då de tidigare sökningarna resulterat i många äldre artiklar användes begränsningen publicerad senaste fem eller tio åren, med hopp om att få material om mer aktuell forskning.

Dataanalys

För att få en djup förståelse för materialet och för att undvika missförstånd och feltolkningar samt för att kunna ha förförståelsen i åtanke så har diskussion förts kontinuerligt mellan författarna under bearbetningens gång (Henricson & Billhult, 2012). Materialet lästes igenom flertalet gånger tills artiklarnas helhet blev begripliga. Därefter har artiklarnas resultat jämförts med varandra för att undersöka eventuella likheter och skillnader för att klargöra vad som skiljer studierna åt. Analysprocessen kan beskrivas genom att artiklarna först har lästs i sin helhet, därefter låg fokus på relevanta delar för syftet och dessa delar bildade sedan en ny helhet. Den analyserade datan har därefter kategoriserats under olika rubriker för att sammanställa de resultat som behandlar samma del av ämnet (Friberg, 2012). Vid granskning och bearbetning av materialet framkom vad som var av betydelse för patientens upplevelse, dessa bildade olika subteman. Vid diskussion om hur dessa subteman kunde grupperas framkom tydligt olika huvudteman som sedan användes för att strukturera resultatet.

Etiskt resonemang

Enligt Wallengren och Henricson (2012) är det viktigt att använda artiklar som är etiskt godkända av en kommitté eller där författarna har fört ett etiskt resonemang, detta för att stärka kvaliteten hos artikeln. Tolv av sjutton artiklar hade både etiskt godkännande och samtyckeskrav. Fyra av artiklarna hade antingen ett samtyckeskrav eller var etiskt godkänd. Endast en artikel hade varken etiskt godkännande eller samtyckeskrav. Artikeln av Möller, Fridlund & Göransson (2010) erhöll samtycke från deltagarna men hade inget etiskt godkännande, detta på grund av att den etiska kommittén ansåg att det inte var nödvändigt.

Tabell 1. Översikt över litteratursökning.

Datum Databas	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Antal lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
161004 CINAHL	“Patient* perception” AND “emergency department”	Peer reviewed, english, all adult.	21	8	7	Johnson et al. (2008) McAloon et al. (2003) Tran et al. (2002)
161005 CINAHL	Patient* perception OR patient* satisfaction AND emergency room OR emergency department AND qualitative*	Peer reviewed, english, all adult.	49	17	11	Watson et al. (1999) Watt et al. (2005) Hawley. (2000) Frank et al. (2009) Muntlin et al. (2006) Olthuis et al. (2014) Davis et al. (1999) Wong et al. (2007) Cooke et al. (2006)
161017 CINAHL	Patient perception* OR patient* satisfaction AND emergency room OR emergency department AND nursing AND caring	Peer reviewed, english, published within 10 years	13	2	0	-
161017 CINAHL	Patient perception* OR patient* satisfaction AND emergency room OR emergency department AND nursing	Peer reviewed, english, published within 5 years	97	12	4	Muntlin et al. (2011) Buchanan et al. (2015) Wright et al. (2013)

161017 CINAHL	Patient* perception OR patient* satisfaction AND emergency room OR emergency department AND nursing OR caring AND qualitative	Peer reviewed, english, published within 10 years	34	6	2	Möller et al. (2010) Johnson et al. (2009a)
------------------	--	---	----	---	---	--

Resultat

Efter genomgång av de 17 valda studier har teman framkommit om hur omvårdnad påverkar patientens upplevelse av vården på en akutmottagning. Dessa delades in i fyra huvudteman och vidare in i subteman.

Huvudtema	Subtema
Vårdpersonalens attityder och värderingar	"Fysisk närhet, visad beredskap och kontinuitet hos vårdpersonal" "Omtanke och beröring" "Karaktäristiska drag hos vårdpersonal"
Medverkan och utbildning	"Att se patienten och bjuda in till delaktighet" "Information innan, under och efter omvårdnad" "Att låta de närstående vara delaktiga"
Vårdpersonalens ansvar och kunskap	"Bekräfta, lindra, skatta och utvärdera smärta" "Effektivitet och kompetens vid praktiska åtgärder"
Upplevelse av tid i relation till tillfredsställelse	"Förväntningar" "Upplysning om väntetid" "Betydelsen av vårdarens positionering"

Vårdpersonalens attityder och värderingar

Fysisk närhet, visad beredskap och kontinuitet hos vårdpersonal

När patienterna kände igen personalen som vårdade skapade detta trygghet, således var det viktigt med kontinuitet hos personalen (Frank, Asp & Dahlberg, 2009; Möller et al., 2010). Genom att som personal värdesätta kontinuitet kunde detta få patienten att känna sig betydelsefull. Utan kontinuitet var det även svårt att skapa en relation (Frank et al., 2009). En del patienter upplevde vården på akutmottagningen som fragmenterad, det var ständigt ny personal och patienterna hade svårt att uppfatta namn och profession hos personalen. En patient beskrev möten på akutmottagningen på följande sätt: *"The first person that came to see me was I think, a staff nurse, and she said 'we'll get you, you know, we'll get you into this bay', and, then I saw a series of people, somebody came to weigh me, somebody came to do the injections, somebody came and put the cannula in, and then somebody else came to do*

something else, and I didn't know their names, or ranks, or whatever" (Johnson, Goodacre, Tod & Read., s. 124, 2009a) Känslan av att sjuksköterskan var nära, redo och snabb vid eventuella försämringar gav en rogivande upplevelse (Hawley, 2000; Davis & Duffy, 1999). Att dessutom lätt kunna be om hjälp eller att sjuksköterskan regelbundet frågade hur det var med patienten var också betryggande (Hawley, 2000). Att däremot lämnas ensam i väntrummet utan visuell kontakt med svårigheter att bli uppmärksam av personal bidrog till rädsla hos patienterna (Möller et al., 2010). Då patienten upplevde svårigheter att bli uppmärksam av vårdpersonal när de så önskade blev de allt mer ofta missnöjda med vården (Buchanan, Dawkins & Lindo, 2015).

Omtanke och beröring

Beröring i form av en hand på axeln, strykningar på ryggen eller att sjuksköterskan tog patientens hand gav en lugnande effekt på patienten. När patienterna var illamående kunde kallt vatten eller isglass vara till stor hjälp för patienten. Varsamhet vid kontakt med patienten till exempel vid förflyttningar samt hjälp med lägesändring i sängen för att göra kroppsläget bekvämt ansågs vara betydelsefullt (Hawley, 2000). Erbjudandet om att få en varm filt vid kyla och frossa eller något att äta eller dricka uppskattades (Davis et al., 1999; Hawley et al., 2000). Interventionen i studien av Wright, Causey, Dienemann, Guiton, Coleman & Nussbaum (2013) visade att åtgärder som att till exempel sänka belysningen samt att erbjuda bekvämligheter som kudde, filt eller strumpor, förbättrade upplevelsen signifikant.

Karaktäristiska drag hos vårdpersonal

Sjuksköterskan som var lugnande och uppmuntrande minskade rädslan hos patienten och skapade en känsla av normalitet i en övrigt främmande miljö (Johnson et al., 2009a). När personal fanns till hands, lyssnade och förstod patientens problem kunde patienten uttrycka funderingar och eventuell oro och samtidigt känna att personalen mötte dem med respekt (Frank et al., 2009). Då personal behandlade patienterna som enskilda individer och var uppmuntrande bidrog detta till minskad rädsla, ångest och smärta. En del patienter upplevde dock personalens beteende som olämpligt då de ansåg att personalen ignorerade dem och istället pratade om privata angelägenheter (Watt, Wertzler & Brannan, 2005). När sjuksköterskan pratade med patienten i samband med undersökningar eller åtgärder skapades en kontakt, ett lugn och en positiv känsla hos patienten. Genom att sjuksköterskan pratade lugnande med patienten kunde ångest och smärta hanteras (Hawley, 2000).

Något som Watson, Marshall & Fosbinder (1999) kom fram till i sin studie var att om sjuksköterskan hade humor och en positiv attityd resulterade det i en mer positiv upplevelse för patienten och gynnade skapandet av en relation dem mellan, detta menar även Johnson et al. (2009a). Sjuksköterskan som var stöttande, uppmärksam, intelligent, förstående, förklarande (Davis et al., 1999), snäll, vänlig, artig (Watson et al., 1999), omtänksam, lugn, försiktig, eller tröstande hade karaktäristiska drag som enligt patienterna var positiva (Möller et al., 2010). Omtänksamhet, omsorg och medkänsla hos sjuksköterskan var också av betydelse för patientens upplevelse (Buchanan et al., 2015).

Huruvida sjuksköterskan visade engagemang och intresse i patientens situation var av betydelse. Detsamma gällde att sjuksköterskan visade empati när patienten till exempel var orolig eller hade smärta (Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2006). Att bli tagen på allvar och bemött med värdighet och respekt var viktigt för patienten. Det var även viktigt att personalen bekräftade patienten som förnuftig och tog hänsyn till dennes tidigare erfarenheter (Olthuis, Prins, Smits, van de Pas, Bierens & Baart, 2014). I studien gjord av Cooke, Watt, Wertzler & Quan (2006) ansåg nittio procent av patienterna att det var viktigt för deras

upplevelse att personalen hälsade dem välkomna när de kom till akutmottagningen. En del patienter tyckte inte att de fick ett bra välkomnande på akutmottagningen och de upplevde att sjuksköterskan inte ansåg att de var i behov av akut vård, vilket påverkade upplevelsen negativt (Möller et al., 2010).

Medverkan och utbildning

Att se patienten och bjuda in till delaktighet

Bekräftelse från vårdpersonal, till exempel ögonkontakt eller verbal kommunikation, påverkade patientens upplevelse och ett förekommande dilemma var att kontakten mellan patienten och vårdaren var på vårdarens villkor och ofta skedde denna i samband med medicinska åtgärder som till exempel provtagning. Att få känna uppriktad bekräftelse från vårdpersonal bjöd även in patienten till delaktighet i sin vård om denna så önskade (Frank et al., 2009). Patienterna ansåg att personalen endast brydde sig om de medicinska problemen och inte om deras eventuella psykiska symptom, deras känslor fick inte komma till uttryck och patienterna önskade att personalen till exempel frågade om de var rädda (Möller et al., 2010). Endast en sådan sak som att bli tilltalad vid namn var av betydelse för patienten då detta gav känslan av att bli sedd som en människa (Hawley, 2000). Om patienten blev uppmärksam i anslutning till ankomst till akutmottagningen, upplevde sig vara väntad samt att personal var redo för omhändertagande var detta en god erfarenhet (Hawley, 2000; Möller et al., 2010).

Patienter som ansåg att de hade för lite kontakt med personalen upplevde detta frustrerande och patienter kände sig mer delaktiga i sin vård när de gavs tillfälle att ställa frågor (Frank et al., 2009). När patienten fick delge sina egna tankar gällande sjukdomstillståndet, gav det en känsla av delaktighet (Muntlin et al., 2006). Olthuis et al. (2014) visade att patienter på akutmottagningen anstränger sig för att vara delaktiga i sin sjukdomsbild, dess komplikationer och situationen de befinner sig i. När vårdpersonal inte uppmärksammade patientens åsikt eller önskan om delaktighet var det en faktor till negativ upplevelse (Buchanan et al., 2015). Johnson et al. (2009a) nämner att de flesta patienterna upplevde att beslut om utskrivning togs av vårdpersonal och att patienten således inte fick vara delaktig.

Patienter upplevde sig vara delaktiga när sjuksköterskan delgav information om vad som hände i deras omgivning och hur det var relaterat till deras tillstånd men när personal använde ett sådant språk som patienten inte förstod skapade detta begränsningar till delaktighet (Frank et al., 2009). Vidare var det viktigt för patienterna att språket som användes var anpassat men det fick samtidigt inte vara nedlåtande och om vårdarna pratade med en medicinsk jargong gav det en sämre upplevelse (Watson et al., 1999; Cooke et al., 2006). Till exempel berättade en patient om hur läkaren beskrivit hennes lungor efter röntgen: *“Your lungs look pretty good. Well, what’s pretty good?”* (Watson et al., 1999). I samband med förklaring av olika tester var det gynnsamt för patientens delaktighet om det förklarades med olika typer av visuella hjälpmedel till exempel röntgenbilder för att förklara ett visst tillstånd (Watson et al., 1999).

Information innan, under och efter omvårdnad

En del i interventionen i studien av Wright et al. (2013) var att patienterna tilldelades en broschyr om hur processen på akutmottagningen gick till och det visade en signifikant skillnad i ökad uppskattning hos patienterna jämfört med de som inte var med i interventionsgruppen. Patienterna ville få förklarad för sig vad som hände eller skulle göras med dem men de blev inte erbjudna information gällande detta utan att ha efterfrågat sådan och det var sällan någon personal tog sig tid för att prata med dem, vilket gjorde upplevelsen sämre (Davis et al., 1999). Dessutom upplevde patienter som var inlästa på sitt tillstånd och

efterfrågade mer information, svårigheter i att få detta (Frank et al., 2009). Sjuksköterskor som gav information allmänt eller som svar på frågor var tacksamma att vårdas av. Detta då patienten fick kännedom om vad som skulle hända med dem, vad som gjordes för dem och vad utrustningen var till för, vilket skapade ett lugn. I de fall där patienten behövde vänta på att träffa en läkare, informerade sjuksköterskan kontinuerligt om hur vänteläget såg ut vilket gav ett gott intryck (Hawley, 2000). När patienter var medvetna om vad som skulle hända upplevde de att de hade kontroll över situationen (Frank et al., 2009) och att veta och förstå situationen reducerade osäkerhet och rädsla. En patient beskrev att han i det akuta tillståndet blev dåligt informerad vilket gjorde att ångesten ökade men att den avtog i ett senare skede då han fick förklarat för sig och förstod vad som hade hänt. Han beskrev att han var skräckslagen över sin situation men trots detta ändå för rädd för att fråga vårdpersonalen om information (Hawley, 2000).

Patienterna förväntade sig upprepade tillfällen med information om varför det var eventuella förseningar, förklaringar av testresultat, undersökningar och behandlingar och om detta inte gjordes blev patienterna missnöjda (Watt et al., 2005; Cooke et al., 2006). I studien gjord av Watson et al. (1999) berättar patienterna att de önskade information om hur allvarligt deras tillstånd var eller om det hade försämrats. Dessutom behövde patienten få förklarat för sig att de upplevda symptomen var normala och inte en indikation på ett allvarligt tillstånd så deras rädsla var inte befogad (Hawley, 2000). Därtill uttryckte patienterna ett behov av att förstå viss vård och behandling, vad som kommer att hända med dem och vad de kan förvänta sig, då de ansåg sig vara en främling i en okänd miljö (Watson et al., 1999). Genom att förklara hur en undersökning skulle gå till och informera patienten om att det kunde vara smärtsamt och hur det skulle kännas kunde möjliggöra att patienten kunde vara förberedd på smärtan och därmed hantera situationen på ett bättre sätt (Hawley, 2000). Sjuttiosex procent av patienterna i studien gjord av Cooke et al. (2006) förväntade sig uppdaterad information var 30:e minut eller oftare. Patienter som fått information gällande väntetid, undersökningar, tester och möjlighet att få svar på frågor värderade kvaliteten på akutmottagningen som hög och upplevelsen av vårdtiden som väldigt bra (Tran, Schutte, Muelleman & Wadman, 2002). En stor del av patienterna som ansåg att de inte fick tillräcklig information var missnöjda men däremot upplevde de patienter som fick information ett ökat välbefinnande (Buchanan et al., 2015).

Vissa patienter i studien av Möller et al. (2010) var nöjda med att inte få så mycket information. Det gällde de patienter med låg triageringsnivå och de trodde att de skulle ha klagat och varit mer missnöjda om de hade fått information vad som gällde deras låga prioriteringsnivå. Vidare förklarar Johnson et al. (2009a) att alla individer är i olika stort behov av information och att förväntningar på information skiljer sig åt. Detta innebär att informationen måste individanpassas utifrån den enskilda patienten. Till exempel hade patienterna lite eller ingen förståelse för vad som hände med dem, de förstod att provtagningar gjordes men de fick ingen information kring vilka prover det var eller vad resultatet visade. Davis et al. (1999) visade att patienten uppskattade noggrann information kring egenvård och eventuella uppföljningar efter utskrivning från akutmottagningen. Därtill var information, om vilka komplikationer som eventuellt skulle kunna uppkomma, intressant för patienten. Cooke et al. (2006) fick resultatet att det var högt värderat att få förklarat för sig vilka omständigheter som skulle kräva att patienten kom åter till akutmottagningen. Mer än 20 procent av patienterna i studien av Muntlin et al. (2006) ansåg att de inte fick tillräckligt med information gällande vård efter utskrivning eller vilken läkare som var ansvarig för deras vård. Däremot ansåg majoriteten av patienterna att de fick tillräcklig och användbar information om sin läkemedelsbehandling.

Att låta de närstående vara delaktiga

Hawley (2000) visade att när sjuksköterskan lät närstående vara delaktiga, informerade och uppdaterade om patientens vård och tillstånd visade sig detta vara av betydelse för patienten. Samtidigt visade Buchanan et al. (2015) att när anhöriga och närstående inte informerades gällande patientens tillstånd gav det upphov till missnöje. När patienten ankom till akutmottagningen utan närstående erbjöd sjuksköterskan sig att ringa efter dessa eller gjorde det möjligt för patienten att själv kontakta dem. Patienterna förklarade att sjuksköterskan hade förståelse för betydelsen av närståendes närhet (Hawley, 2000). Enligt Wright et al. (2013) uppskattade patienterna att få prata med sina vänner eller familjemedlemmar men patienterna behövde bli påmind om att närstående fick göra patienten sällskap på akutmottagningen. Patienterna ansåg att anhörigas närhet var av betydelse för att tillfriskna snabbare (Muntlin et al., 2006).

Vårdpersonalens ansvar och kunskap

Bekräfta, lindra, skatta och utvärdera smärta

Patienterna uppskattade när sjuksköterskan uppmärksammade dennes smärta och andra fysiska obehag samt försökte minimera eller lindra dessa. När läkemedel gavs utvärderades effekten för att försäkra att smärtan hade minskat (Hawley, 2000). Tjugo procent av patienterna i studien gjord av Muntlin et al. (2006) uppgav att de inte fick adekvat smärtlindring i samband med deras besök på akutmottagningen och de önskade att smärtlindringen hade skett i ett tidigare skede.

En studie gjord av McAloon, Nucero, O'Connor & Boyer (2003) syftade till att undersöka om patientens upplevelse av smärta blivit korrekt undersökt från inskrivning på akutmottagning tills dess att patienten skrevs ut. Med hjälp av en visuell analog skala (VAS-skala) uppmättes patienternas smärtupplevelse och det visade sig att smärtskattningen enligt VAS-skalan sjönk från inskrivning till utskrivning dock var det ingen av patienterna som skattade smärtupplevelsen till noll vid utskrivning. Detta trots att det endast var 56 procent av patienterna som erhöll oral smärtlindring.

Samtidigt visade Wong, Chan, Rainer & Ying (2007) att patienter ofta avstår från smärtlindring då de tror att biverkningarna är farliga och de tycker att smärtlindring skall användas som sista utväg. När sjuksköterskan förklarade effekten av oral smärtlindring och eventuella biverkningar var fler patienter villiga att ta emot den. De flesta patienterna trodde att all smärtlindring kunde ge gastrointestinala biverkningar. Följande citat beskriver detta väl: *“I was in pain, however, I still could bear the pain ... I suppose painkiller should be used as last resort as it hurts our stomach and no good to our health.”* (Wong et al., 2007). Samma studie visade att av de patienter som var i kontrollgruppen blev endast 19 procent smärtbedömda samtidigt som andelen patienter som blev smärtbedömda i interventionsgruppen var 81 procent. Interventionen i studien innefattade smärtskattning med hjälp av VAS vid triagering, 60 minuter efter triagering och vid utskrivning samt vid administrering av smärtlindring och huruvida patienten erhöll någon effekt. Dessutom visades det att de patienter som tog emot smärtlindring i form av paracetamol skattade sin smärta signifikant lägre än den gruppen som inväntade smärtlindring av läkare.

Muntlin, Carlsson, Säfwenberg & Gunningberg (2011) skriver att de patienter som erhållit analgetika av en sjuksköterska innan de träffade en läkare upplevde en högre kvalitet av smärtlindring och bedömning än de som inte fick detta. Detta enligt en intervention där de bedömdes och behandlades av sjuksköterskor som fått utbildning i att tillfälligt få ge

smärtlindring i form av morfin enligt generell ordination. Dessa sjuksköterskor lät patienterna skatta sin smärta mer frekvent, de gav tillräcklig dos smärtlindring för att nå effekt och det administrerades snabbt efter att patienten uppgett sig vara smärtpåverkad. Vidare påverkade detta patientens upplevelse av kunna påverka sin smärtlindring och vara delaktig i hur den behandlades. Dessutom ledde interventionen till att patienten upplevde att kommunikationen vid personalbytet gjorde att den nya personalen var införstådd i patientens smärtproblematik.

Effektivitet och kompetens vid praktiska åtgärder

En god upplevelse var när olika omvårdnadsåtgärder till exempel provtagningar, EKG, insättning av perifer venkateter och injektioner genomfördes med skicklighet och effektivitet. Att uppfatta sjuksköterskan som kompetent och att dennes fokus var på de mest aktuella åtgärderna gjorde att patienten kände sig trygg och avslappnad (Hawley, 2000). Likaså värderade patienterna i studien av Muntlin et al. (2006) medicinsk-teknisk kompetens hos sjuksköterskorna som en faktor till bättre upplevelse, till exempel snabb och korrekt insättning av perifer venkateter. Sjuksköterskor som utförde sina uppgifter med skicklighet och som hade kunskap om vilka åtgärder som kunde tänkas behövas hade god effekt för patientens upplevelse (Davis et al., 1999; Buchanan et al., 2015). Som resultat av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder och kompetens kände patienter trygghet, säkerhet, minskad ångest, minskad nervositet, mer avslappnad och hade lättare att hantera smärta och oväntade situationer (Hawley, 2000). När patienterna upplevde sjuksköterskan som kompetent gav detta en känsla av trygghet (Möller et al., 2010).

Upplevelse av tid i relation till tillfredsställelse

Förväntningar

Watt et al. (2005) presenterade ett antal förväntningar som patienterna hade när de kom till akutmottagningen. Däribland stor variation i förväntan av tid tills patienten fick träffa en läkare, den kunde förväntas vara under en timme upp till sex timmar. Likaså hade en del patienter förväntningen att kommunikationen mellan de olika vårdinstanserna, till exempel sjukhuset och primärvården, skulle ske omedelbart, vilket den sällan gör. Väntetiden på akutmottagningen var en faktor som alla patienter i studien av Watson et al. (1999) hade en åsikt om, oavsett om den var kort eller lång. Till exempel var det patienter som tyckte att servicen var god, att de inte behövde vänta så länge, att de fick träffa en läkare snabbt eller att personalen kunde ta emot dem direkt vid ankomst. Samtidigt var det en del patienter som uppgav långa väntetider mellan undersökningarna, att de bara fick ligga där och vänta och i ovisshet om varför de väntade.

Dessutom visades det att upplevelsen av tiden hade ett större samband med patientens tillfredsställelse än den faktiska tiden de tillbringade på mottagningen. Känslan av att bli omhändertagen omgående vid ankomst till akutmottagningen var av betydelse för patientens belåtenhet men att få vänta länge på att träffa en läkare eller få behandling var två faktorer som gjorde upplevelsen sämre (Davis et al., 1999).

Patienter som upplevde sitt sjukdomstillstånd som mindre allvarligt förväntade sig en kortare väntetid än de mer allvarligt sjuka patienterna och blev således missnöjda om de fick vänta längre (Cooke et al., 2006). Patienter som inte hade förståelse för hur triageringssystemet på akutmottagningen fungerade hade högre förväntningar på att få en uppskattad väntetid vilket kunde leda till missnöje om denna blev längre än väntad. Däremot hade patienter som fick triageringssystemet förklarad för sig mer förståelse och lättare att acceptera väntetiden (Watt et al., 2005). Detsamma visade Möller et al. (2010), att de patienter som ansett sig fått

tillräckligt mycket information och fått svar på frågor hade enklare att acceptera den långa väntetiden.

Upplysning om väntetid

Trettiofyra procent av patienterna i studien av Muntlin et al. (2006) uppgav att de inte fick någon information kring varför de väntade eller hur länge de behövde vänta. Trots detta var det endast 20 procent som ansåg att de fick vänta för länge på behandling eller undersökning. Enligt Watson et al. (1999) och Möller et al. (2010) hade patienterna uppskattat att få reda på varför dem väntar och de menar att detta hade underlättat väntandet. I en studie gjord av Tran et al. (2002) undersöktes hur en intervention kunde påverka patientens upplevelse av vård och vårdtid. Interventionen innebar regelbundna kontroller, var 15:e minut, av patienten och resultatet visade att upprepad information gällande väntetid, undersökningar, tester och möjlighet att få svar på frågor gav resultatet att vårdtiden upplevdes kortare än vad den faktiskt var.

När patienter blivit lämnade ensamma i vänt- eller behandlingsrum under, enligt patienterna, längre perioder bidrog detta till att de blev frustrerade och oroliga då de inte fick någon uppdatering om sin situation (Watt et al., 2005). De patienter som fick genomgå väntetiden ensam och dessutom hade smärta upplevde tiden som längre (Möller et al., 2010).

Patienter i studien av Wright et al. (2013) fick genomgå en intervention där de av en sjuksköterska blev erbjudna en varm filt, sänkt belysning, information om akutmottagningen, uppdateringar var 30:e minut och blev påminda om att familjen får vara delaktiga i deras väntan. Patienterna i kontrollgruppen blev inte erbjudna dessa bekvämligheter. Trots denna intervention var det ingen signifikant skillnad i förväntan om hur lång vårdtiden skulle vara även om interventionen i sig upplevdes som positiv och stöttande.

Betydelsen av vårdarens positionering

I de situationer där vårdaren satt ner upplevde patienten det mötet längre jämfört med de patienter som hade en stående vårdare. Patienter i sittande vårdanden överskattade således tiden samtidigt som de stående vårdade underskattade den (Johnson, Sadosty, Weaver, & Goyal, 2008).

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna ansåg att sökningarna i databasen Cinahl gav ett bra utslag och många artiklar kunde samlas in relativt omgående. I samband med val av sökord användes som tidigare nämnt ett lexikon för korrekt översättning, dessutom användes Svenska MeSH för att hitta relevanta sökord. Däremot ansågs översättningarna från Svenska MeSH vara felaktiga eller irrelevanta och valdes därför att inte användas i de slutgiltiga sökningarna. Att Cinahl Headnings inte användes för att verifiera de valda sökorden kan ses som en svaghet då det hade kunnat ge andra sökord än de som använts. Anledningen till att Cinahl Headning inte användes var det ansågs inte finnas något behov då sökningarna i databaserna ansågs vara goda. Att endast en databas användes kan ses som en svaghet samtidigt som sökningarna gav rätt antal önskade artiklar. Om sökningarna inte gjort detta hade en kompletterande sökning i annan databas till exempel PubMed varit motiverat. Dessutom anses Cinahl vara en databas för omvårdnadsforskning och det var den databas som författarna hade mest erfarenhet av. Att författarna till denna litteraturstudie inte genomfört en liknande eller omfattande studie tidigare är en svaghet. Därtill har troligtvis relevant forskning sorterats bort då flertalet

artiklar, som författarna ansåg svarade på syftet, var tvungna att beställas eller köpas. Att artiklarna skulle finnas tillgängliga i fulltext via Göteborgs universitetsbibliotek var ett kriterium som författarna kom fram till redan innan informationssökningen påbörjades.

Denna litteraturstudie baseras på sjutton artiklar vilket kan anses vara många. Anledningen till att så många artiklar använts är för att flera av dem har specifika syften och har således ett smalt resultat. Andra artiklar kan ha haft ett brett resultat, där endast en del av resultatet har svarat på denna litteraturstudies syfte och således har mycket av artikeln sällats bort. Under bearbetning och analys av material framkom olika teman som användes i resultatet, under vilka den här litteraturstudiens resultat presenterades. I flera fall bekräftade studierna varandras resultat vilket stärker trovärdigheten och således reliabiliteten. I de fall där citat har återgetts styrker det reliabiliteten samt förståelse för argumenten. Åtta kvantitativa studier, sju kvalitativa studier samt två studier med både kvalitativ och kvantitativ metod användes i denna studie. Författarna ansåg att de kvalitativa artiklarna var av betydelse för att djupare undersöka upplevelsen vilket var starkt kopplat till syftet. Däremot ansågs de kvantitativa artiklarna vara viktiga för att med hjälp av hundratals enkätsvar kunna styrka de kvalitativa resultaten som gavs av till exempel djupintervjuer.

Efter att artiklarna till studien valts ut ska de enligt Wallengren & Henricson (2012) kvalitetsgranskas. Denna kvalitetsgranskning gjordes utifrån frågor enligt Friberg (2012). Det som granskades var land, design, metod, syfte, deltagare, urval, resultat, etiskt resonemang, generaliserbarhet, validitet och reliabilitet. Enligt Wallengren & Henricsson (2012) genomförs artikelgranskningen med fördel av samtliga författare som gemensamt går genom en artikel i taget och diskuterar hur artikeln bedöms och det är på detta sätt som artikelgranskningen av denna litteraturstudie har genomförts. Genom att ha följt Henricsons (2012) beskrivningar om hur en litteraturstudie genomförs med bland annat rätt val av metod, korrekta sökningar i databaser samt kvalitetsgranskning av artiklar gör att studien grundas på evidensbaserad forskning.

De studier som använts i denna litteraturoversikt har genomförts i följande länder: USA, Kanada, Nederländerna, Australien, Sverige, Kina, Jamaica och Storbritannien och således fem kontinenter. Författarna anser att detta har gett en bred översikt över ämnet men om informationssökningen hade genomförts på nytt så hade ännu fler länder varit önskvärdt för att stärka resultatet ytterligare. Författarna upplevde inte att resultatet varierade beroende på vilket land studien var gjord i, utan att delvis samma resultat framkom i studier från alla länder, vilket stärker trovärdigheten. Dessutom stärks trovärdigheten av att studien är genomförd av flera författare (Wallengren & Henricson, 2012) och de artiklar som denna litteraturstudie baseras på är skrivna av två eller flera författare i alla fall förutom ett. Att det endast var en artikel som inte hade något etiskt godkännande eller samtyckeskrav från deltagarna tyder på högt etiskt resonemang och bidrog således till att majoriteten av artiklarna erhöll en hög kvalitetsnivå. Metoden för arbetet har presenterats stegvis vilket innebär att denna litteraturstudie skulle kunna genomföras på samma sätt av en annan part en gång till vilket stärker reliabiliteten. Avslutningsvis så anser författarna att resultatet har svarat på syftet vilket stärker validiteten (Gunnarsson & Billhult, 2012). Dessutom har artiklarna i denna litteraturstudie frekvent använts i den litteratur och andra artiklar som lästs vilket tyder på att de artiklarna som valts är av hög kvalitet och svarar på syftet.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka omvårdnadens betydelse för patientens upplevelse av att vårdas på en akutmottagning. Det har framkommit att det är flera faktorer

som är av betydelse för patientens upplevelse av att vårdas på en akutmottagning. Däribland att bli vårdad av samma vårdpersonal, att få sin smärta lindrad, att känna tillit till vårdpersonalens kompetens, att bjudas in till delaktighet, få information samt vårdpersonalens förhållningssätt och bemötande. Av dessa kommer de faktorer, som författarna upplever är av störst betydelse och har visat mer signifikanta resultat, att diskuteras närmare. Dessa är: omvårdnad som påverkar upplevelsen av tid, smärtlindrande åtgärder och individanpassad information.

Upplevelsen av tid i relation till tillfredsställelse

Patienter hade ofta förväntningar gällande tid och väntan när de ankom till akutmottagningen (Watt et al., 2005; Cooke et al., 2006). Olikheter i patienters förväntningar i relation till verklighet indikerar att det finns bristande kunskap om hur en akutmottagning fungerar och att patienter får en negativ upplevelse då deras förväntningar inte uppfylls. Att sprida kunskap om hur akutmottagningens process fungerar med till exempel triagering och fortlöpande information om väntetiden, skulle kunna göra patienternas förväntningar mer korrekta och realistiska vilket således skulle kunna resultera i mer nöjda patienter. I studien av Wright et al. (2013) visades ingen signifikant skillnad gällande förväntad och faktisk väntetid mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Att interventionen i denna studie inte gav någon mätbar effekt är intressant då samtliga andra artiklar har visat resultatet att liknande åtgärder förbättrar upplevelsen. Detta resultat skulle kunna bero på vilka typer av åtgärder som utfördes i de olika studierna samt hur omfattande de var, därav de olika resultaten. Det hade således varit av betydelse att undersöka vilken åtgärd som ger vilket resultat eller om det faktiskt är helheten av åtgärder eller andra omständigheter som påverkar mest.

Ny forskning från Bos, van Stel, Schrijvers, & Sturms (2015) visade att patienter som upplevde väntetiden som problematisk ofta hade mer smärta än de patienter som ansåg att väntetiden var acceptabel. Den största faktorn till hur upplevelsen av väntetiden blev, var huruvida patienten fått information eller inte. Således stärker dessa uppgifter resultatet från denna litteraturstudie och belyser patienternas behov av att bli korrekt smärtlindrade och att få tillräcklig information för att väntetiden ska upplevas så god som möjligt. Vidare presenterades att väntetiden upplevdes mer problematisk på stora akutmottagningar jämfört med de mindre. Det kan bero på antalet patienter i väntrummet, när fler patienter sitter i väntrummet upplevs också väntetiden som längre. På större akutmottagningar kommer det fler patienter och därför upplevs väntetiden längre där jämfört med en mindre akutmottagning (Bos et al., 2015). Det skulle också kunna tänkas att mindre akutmottagningar ger intrycket av att vara mer personliga och att det finns mer utrymme för uppmärksamhet till patienterna och att mer fokus läggs på själva omvårdnaden. Bos et al. (2015) diskuterar även skillnaden mellan upplevd väntetid och faktiskt väntetid vilket är ett intressant resonemang. Det finns åtgärder som kan påskynda väntetiden i faktiska minuter eller timmar samtidigt som det finns åtgärder som syftar till att förbättra patientens upplevelse av väntetiden vilket inte tar hänsyn till den faktiska tiden de väntar. Antalet patienter som söker till akutmottagningen och symptomen som patienter söker för idag kommer troligtvis inte att minska eller ändras. De åtgärder som har gjorts för att påverka den faktiska väntetiden till exempel utveckling av triagering och direktinläggning av patient har visat goda resultat. Samtidigt skulle vården kunna påverka patientens upplevelse, på ett mycket effektivt sätt genom enkla omvårdnadsåtgärder, något det borde satsas mer resurser på.

Johnson, Myers, Wineholt, Pollack, & Kusmiesz (2009b) presenterade ett resultat där patienternas väntetid var ungefär 70 minuter innan de lämnade akutmottagningen utan att ha träffat en läkare. Dessa patienter ansåg att om de hade fått mer information, smärtlindring

eller fått göra olika undersökningar hade det kunnat leda till att de kunde tänka sig ha väntat en längre tid på att få träffa läkare. Återigen visas att väntetiden har en stor inverkan på patientens upplevelse samt att patienterna faktiskt har åsikter om vad för åtgärder som kan göras för att förbättra denna, det är viktigt att deras tankar och erfarenheter uppmärksammas för att utveckla vården ytterligare.

Johnson et al. (2008) visade att vårdarens positionering påverkade patientens upplevelse. Efter sökning var det tydligt att den typ av forskning inte gjorts tillräckligt mycket på akutmottagningar. En annan studie visade också att positioneringen hade betydelse för patienten, dock inom ett annat kontext (postoperativt). Precis som i studien av Johnson et al. (2008) visades att patienten upplevde att vårdaren spenderade längre tid hos patienten och interaktionen samt omtanken upplevdes starkare om vårdaren satt ner (Swayden, Anderson, Connelly, Moran, McMahon & Arnold, 2012). Att en sådan vardaglig åtgärd som att sätta sig vid patienten och att det påverkar dennes upplevelse är något som borde implementeras på alla vårdavdelningar. Det kan ge känslan av att vårdaren har tid och visar omtanke för patienten. Samtidigt kan ett troligt hinder för detta vara utformningen av akutmottagningen och att det finns en bristande möjligheter att faktiskt kunna sätta sig ner.

Vårdpersonalens ansvar och kunskap

Många patienter på akutmottagningen har någon typ av smärta och många upplever att denna inte blir hanterad ordentligt. De vill få sin smärta bekräftad och få vara delaktiga i hur den ska lindras. Det resultat som McAloon et al. (2003) presenterade kan tolkas som att i de fall där patienterna får prata om sin smärta och skatta den enligt en VAS-skala så kan den åtgärden i sig vara smärtlindrande. Resultatet tyder också på att fler patienter än nödvändigt hade smärta på akutmottagningen. Interventionen i Muntlin et al. (2011) där sjuksköterskorna fick tillfällig delegering på att få ge smärtlindring, visade tydliga resultat att fler patienter (65 procent gentemot 46 procent) erhöll smärtlindring och att sjuksköterskan administrerade smärtlindring i ett tidigare skede (1,3 timmar gentemot 2,5 timmar) i interventionsgruppen. Detta resultat tyder på att mer möjlighet till delegering och utbildning angående att bedöma och lindra smärta behövs och att det är betydelsefullt för patientens upplevelse. Grundutbildningen för sjuksköterskor innefattar en begränsad mängd information gällande smärthantering och därför kan det vara tänkbart att vidareutbildning, fortbildning eller fördjupning i grundutbildningen avsevärt kan förbättra smärthanteringen på akutmottagningen och generellt inom vården. Genom att låta sjuksköterskor ha delegering undviks den extra tid som det tar för sjuksköterskan att annars ringa till en läkare för att få en ordination, detta skulle kunna bidra till att mer smärtlindring ges och att tidskrävande telefonsamtal besparas.

Enligt Wong et al. (2007) var stress en anledning till att patienterna inte fick smärtlindring. Om det var många patienter som väntade på att bli triagerade kände sjuksköterskan att det inte fanns tid till att ge den information som behövdes till patienten. Patienten ville då inte ha någon smärtlindring för att den inte fick information om vad för effekter smärtlindringen hade. En sjuksköterska beskriver detta: *"...some patients refused the option . . . I wanted to explain clearly, but I had no time to do it as I still had several cases waiting for me."* (Wong et al., 2007). Detta är således ett problem då patienterna på akutmottagningen upplever smärta men nekar smärtlindring och att bristen på tid gör att sjuksköterskan inte kan få beskriva fördelar och nackdelar med smärtlindringen vilket också leder till en sämre upplevelse för patienten. Vidare presenterade Pretorius, Searle & Marshall (2015) vilka faktorer, förutom stress, som sjuksköterskan själv upplever påverkar smärthantering hos patienterna. Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att smärtprotokoll förbättrar smärthantering och 70 procent använde sig av detta på arbetsplatsen. Däremot uppgav en stor del av

sjuksköterskorna att mer konkreta verktyg, till exempel affischer, skulle kunna förbättra hanteringen av smärta ytterligare. En tredjedel ansåg att ett annat hinder för smärtlindring var att sjuksköterskan inte kunde observera eventuella biverkningar när patienten lämnat sjukhuset. Den största barriären ansågs dock vara patientens motsträvighet till att dels skatta sin smärta men även att neka till smärtlindring med opioider. Enligt sjuksköterskorna var det främst bristen på kunskap som orsakade inadekvat smärtlindring och erfarenhet visades vara av betydelse för att kunna hantera patientens smärta på ett korrekt sätt. Det är tydligt att sjuksköterskor har ett stort personligt ansvar när det gäller lindrandet av smärta hos patienter. För att uppnå en tillfredsställande andel av smärtlindrade patienter måste sjuksköterskor ges utrymme till utbildning gällande läkemedel och hantering av smärta.

I en studie som syftade till att undersöka sjuksköterskors kunskap, attityd och kompetens gällande smärta visades att majoriteten av sjuksköterskorna var medvetna om att den mest tillförlitliga faktorn gällande smärta var patientens subjektiva upplevelse. Hälften av sjuksköterskorna bedömde patientens smärta utefter beteende och 20 procent använde sig av skattningsskalor för att bedöma patientens smärta. Endast 25 procent frågade hur mycket smärta patienten hade och 65 procent dokumenterade inte smärtbedömningen i journalen. Sjuksköterskorna uppgav att en svårighet med smärtlindring var att de var oroliga för att ge för mycket smärtlindring och orsaka en överdos. Sjuttio procent upplevde att de behövde mer kunskap för att kunna optimera bedömningen av patientens smärta (Ucuzal & Doğan, 2015). Det är ett intressant resultat som visar att trots kunskapen om att det är patientens upplevelse som är den viktigaste faktorn så var det endast en fjärdedel som faktiskt frågade patienten hur mycket smärta denna hade. Risken finns, med ett sådant förhållningssätt, att många patienter med smärta inte kommer uppmärksammas och därför inte heller erhålla rätt smärtbehandling. Då sjuksköterskan bedömer patienten utifrån en subjektiv upplevelse och känsla är det fördelaktigt att vara medveten om att alla människor har egna erfarenheter och referensramar vilket kan leda till förutfattade meningar. Sjuksköterskans åsikt gällande smärta och behandling kan således skilja sig från patientens, vilket ställer krav på att se till patientens bästa.

Medverkan och utbildning

En vanlig orsak till missnöje hos patienter på akutmottagningen var bristfällig information. Patienter uppgav att de fick för lite information, vid fel tillfällen eller inte alls. Samtidigt visar denna litteraturstudies resultat att information är en omvårdnadsåtgärd som kan påverka flera faktorer inom akutvården, till exempel upplevelsen av tid och känsla av delaktighet. Patientlagen (SFS 2014:821) är grundad för att gynna patientens integritet, självständighet och möjlighet att vara delaktig. I lagen står det att varje patient ska få information om sjukdomstillstånd, undersökningar och behandlingar. Dessutom ska en ungefärlig tidpunkt för vård anges. Risk för eventuella komplikationer och biverkningar ska patienten också informeras om samt eventuell eftervård. Utifrån patientens ålder, kön, erfarenheter och språkliga förutsättningar ska informationen anpassas så att denne förstår innebörden. Efter bearbetning av artiklar och tidigare erfarenheter verkar det som att vårdinstanser inte följer patientlagen utan att information och hur den ges är en bristfällig faktor.

Larsson et al. (2008) menar att väntrummet är en ypperlig plats för hälso- och sjukvården att använda för att informera patienterna då det är en plats där många väntar längre perioder. Informationen skulle kunna handla om livsstilsfrågor, egenvård, väntetider, broschyrer om vårdgaranti, hur patienten söker sjukresor samt information om var patienten kan vända sig för att lämna åsikter om vården. Papa, Seaberg, Rees, Ferguson, Stair, Goldfeder & Meurer (2008) använde sig, i sin studie, av en informationsvideo som visades i väntrummet. Videon

presenterade arbetsprocessen på akutmottagningen, förklarade vad triage innebar samt gav hälsoutbildande information. Syftet med videon var att undersöka om det kunde förbättra patientens upplevelse samt minska den förväntade väntetiden. Resultatet blev att det inte hade någon påverkan på den förväntade väntetiden men patienter som sett informationsvideon var signifikant nöjdare jämfört med de patienter som inte sett den. Detta tyder på att information om hur processen på akutmottagningen fungerar kan öka patientens förståelse och således göra patienterna mer nöjda. Att videon var tillfredsställande kan bero på att patienterna fick en mer realistisk och verklighetstrogen syn på vården på akutmottagningen vilket minskade de eventuellt för höga förväntningarna och minskade oro.

Ett intressant resultat som Möller et al. (2010) presenterade var patienternas olika önskan om att få information eller inte, av denna anledning bör varje individs behov beaktas för att göra upplevelsen så optimal som möjligt. Samtidigt diskuterar Tran et al. (2002) att det är svårt att veta vilken faktor det är som leder till en bättre upplevelse; den faktiska informationen eller det personliga mötet med vårdpersonal. Liknande diskussion återfinns i Johnson et al. (2009a) där behovet av information uppmärksammas men det diskuteras att interaktionen med personal är av större betydelse för patienten. Det hade varit intressant att undersöka om det är interaktionen, informationen eller kombinationen som är av betydelse.

Inom vården finns det olika svårigheter gällande informationsgivning och det kan tänkas vara dessa svårigheter som gör att patienterna inte får den information de önskar. Larsson et al. (2008) beskriver några hinder som är viktiga att vara medvetna om att de existerar: Att patienten är i en främmande miljö vilket leder till osäkerhet till skillnad mot vårdpersonalen som är van vid den vårdande miljön och upplever denna trygg; Att patienten är sjuk och kan vara rädd, orolig och har ångest medan vårdpersonalen är trygg i sitt arbete och erfarenhet; Att det finns en ojämn maktfördelning i vårdrelationen där patienten hamnar i ett underläge då denne inte har kunskaper eller erfarenheter som vårdaren; Att språket som vårdaren använder är för avancerat vilket gör att patienten inte förstår innebörden; Att patienten och vårdaren inte kan kommunicera på samma språk eller att nivån av språket inte är tillräckligt bra.

Information leder till ökad delaktighet och trygghet hos patienten och att delaktighet och kunskap i sin tur påverkar effekten av behandling positivt och således motverkar det även missnöje hos patienten. Patienter som fått information och därför insikt och förståelse för sitt sjukdomstillstånd upplever en ökad känsla av att vara delaktig och trygg. Om patienten ges möjlighet att vara delaktig leder det i de flesta fall till en ökad tillfredsställelse (Larsson et al., 2008). Detta i kombination med resultatet klarlägger att vården bör satsa mer på kommunikationen mellan patient och vårdare då det sparar både tid och lidande. Att vilja bli bekräftad, vara delaktig och få information är faktorer som skulle kunna kopplas till Antonovskys begrepp KASAM - känsla av sammanhang. KASAM innefattar tre delar: *Begriplighet*; att förstå situationen, *hanterbarhet*; att känna att situationen kan hanteras och att de resurser som behövs finns samt *meningsfullhet*; att känna engagemang och motivation i situationen. Om en person känner stor begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet innebär det en större känsla av sammanhang och således fler friskfaktorer och god förmåga att sörja sig själv. Vårdpersonal som arbetar med begreppet KASAM i åtanke kan ha enklare i omvårdnadsarbetet med att skapa en relation till patient och närstående genom kommunikation och det personliga mötet (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). Det är följaktligen viktigt att vårdpersonal bekräftar patienten, bjuder in denna till delaktighet och erbjuder information så att patienten har det som krävs för att kunna skapa en känsla av sammanhang vilket även resultatet av denna litteraturstudie har visat.

I resultatet av denna litteraturstudie benämns delvis vårdpersonal, vårdare och sjuksköterska som den som utför omvårdnaden. Detta beror på att de valda artiklarna i de flesta fall inte särskiljer vilken profession det är som utfört omvårdnaden. Även om omvårdnad är sjuksköterskans huvudområde är det inte bara sjuksköterskan som utför den, det gör även andra professioner. På en akutmottagning arbetar personal med olika kompetenser i team, det anses därför vara av betydelse att undersöka omvårdnadens betydelse oberoende av vilken profession personalen som utför den har.

Slutsats

Med resultatet från denna litteraturstudie kan det konstateras att omvårdnaden är av betydelse för patientens upplevelse av att vårdas på en akutmottagning. Det visar att vårdpersonalens attityder och värderingar ligger till grund hurvida patienten känner bekräftelse, närhet och omtanke. Därtill är medverkan och inbjudan till delaktighet samt utbildning av betydelse. Genom att ge vårdpersonal mer utrymme för ansvar och tillgodose kunskap utgör det en förutsättning att kunna ge en vård som patienten upplever som god. Dessutom har resultatet visat att patienter har förväntningar som i många fall inte överensstämmer med verkligheten vilket skulle kunna bero på okunskap och bristande information. När vårdpersonalen till exempel visar kompetens inom tekniska åtgärder och bedömning, upplevs vara handlingsberedd, lindrar patientens smärta har det visats kunna påverka upplevelsen av väntetiden samt bidra till upplevelsen av god vård. Genom att uppmärksamma patientens existentiella behov samt lindra fysiska symptom, kan en bättre upplevelse för patienten uppnås. Att som vårdpersonal se möjligheter, vara flexibel samt medveten om hur omvårdnad kan påverka patientens upplevelse, är det ett effektivt och enkelt sätt att göra patienten tillfredsställd.

Implikationer för praxis

Författarna till denna studie har erhållit en större insikt i hur viktigt omvårdnadsarbetet är och kommer således vara mer medvetna om detta i sitt arbete som legitimerade sjuksköterskor. Därtill finns en önskan att skapa liknande insikt hos de personer som läser denna litteraturöversikt och att den skulle kunna användas på akutmottagningar landet över vilket kan skapa en nationell ökning av positiva upplevelser hos patienterna. Exempel på åtgärder som kan göras i verksamheten är att ge sjuksköterskor ett större ansvar genom att erbjuda delegering på smärtlindrande åtgärder eller att utnyttja tiden i väntrummet för till exempel informationsgivning, utbildning eller att svara på patienternas frågor.

Behov av vidare kunskap

Då patientgruppen på akutmottagningen innehar en stor variation finns ett behov av att undersöka vilka omvårdnadsåtgärder som har positiv effekt för varje enskild patientgrupp. Omvårdnaden kan tänkas påverka äldre respektive unga på olika sätt, därtill kan det även vara av betydelse att undersöka specifikt för åldersgrupper vad som har effekt. I samband med den migration som sker i världen kan det även vara intressant att undersöka hur kultur och språk sätter krav på omvårdnaden som ges. I relation till bristande forskning hade det varit av intresse att mer forskning gjordes på hur vårdarens positionering påverkar patientens upplevelse av tid och främst då i akutmottagningens kontext. Vidare finns behov att undersöka hurvida det är interaktionen eller kommunikationen i sig som påverkar patienten eller om det är kombinationen av dessa.

Referenslista

- Almerud Österberg, S. (2014). Akut omhändertagande ur ett omvårdnadsperspektiv. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 687-702). Lund: Studentlitteratur.
- Alvsvåg, H. (2012). Kärlek. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 251-263). Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 185-196). Lund: Studentlitteratur.
- Backman, A., Blomqvist, P., Lagerlund, M., Carlsson-Holm, E., & Adami, J. (2008). Characteristics of non-urgent patients: cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 26(3), 181-187.
- Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 507-537). Lund: Studentlitteratur
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 115-126). Lund: Studentlitteratur.
- Bos, N., van Stel, H., Schrijvers, A., & Sturms, L. (2015). Waiting in the Accident and Emergency Department: Exploring Problematic Experiences. *Southern Medical Journal*, 108(10), 613-620. doi:10.14423/SMJ.0000000000000350
- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J. L. (2015). Satisfaction with nursing care in the

- emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 23(3), 218-224. doi:10.1016/j.ienj.2015.01.001
- Cooke, T., Watt, D., Wertzler, W., & Quan, H. (2006). Patient expectations of emergency department care: phase II -- a cross-sectional survey. *CJEM: Canadian Journal Of Emergency Medicine*, 8(3), 148-157.
- Davis, B., & Duffy, E. (1999). Patient satisfaction with nursing care in a rural and an urban emergency department. *Australian Journal Of Rural Health*, 7(2), 97-103.
- Dich, B. & Wichmann, L. (2010). Omvårdnad vid akuta sjukdomar. I B. Kamp Nielsen (Red.), *Specifik omvårdnad* (s. 210-222). Stockholm: Norstedts.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken: välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Lund: Studentlitteratur
- Eldh, A. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 485-504). Lund: Studentlitteratur
- Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care -- a phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing*, 17(1), 15-22. doi:10.1016/j.ienj.2008.09.003
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 321-332). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur
- Fälemark, M. (2013). Triage i primärvården. I Bökberg, C. (Red.), *Omvårdnad i primärvården*. (s. 113-124). Lund: Studentlitteratur
- Gabrielsen, E., Lindström, U. Å., & Nåden, D. (2009). Acute--an ambiguous concept in healthcare. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(3), 589-597.
- Gallagher-Lepak, S. (2015). Grunder i omvårdnadsdiagnostik. I Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Red.), *Omvårdnadsdiagnoser - definitioner och klassifikation*. (s. 57-68). Lund: Studentlitteratur
- Gunnarsson, R. & Billhult, A. (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 151-160). Lund: Studentlitteratur.
- Hawley, M. (2000). Nurse comforting strategies: perceptions of emergency department patients. *Clinical Nursing Research*, 9(4), 441-459.
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Isaksson, L., & Ljungquist, Å. (1997). *Ambulanssjukvård*. Stockholm: Liber
- Johnson, M., Goodacre, S., Tod, A., & Read, S. (2009a). Patients' opinions of acute chest pain

- care: a qualitative evaluation of Chest Pain Units. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(1), 120-129. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04849.x
- Johnson, M., Myers, S., Wineholt, J., Pollack, M., & Kusmiesz, A. (2009b). Patients who leave the emergency department without being seen. *JEN: Journal Of Emergency Nursing*, 35(2), 105-108. doi:10.1016/j.jen.2008.05.006
- Johnson, R., Sadosty, A., Weaver, A., & Goyal, D. (2008). To sit or not to sit?. *Annals Of Emergency Medicine*, 51(2), 188-2.
- Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kasén, A. (2012). 'Patient' och 'sjuksköterska' i en vårdande relation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 99-113). Lund: Studentlitteratur.
- Langius-Eklöf, A., & Sundberg, K. (2014). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 53-72). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, I., Hasselbalch, L. R., & Palm, L. (2008). *Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet*. Norstedts akademiska förlag.
- McAloon, C., Nucero, P., O'Connor, P., & Boyer, M. (2003). Patient's perception of pain on admission and discharge from the emergency department. *New Jersey Nurse*, 33(8), 7.
- Muntlin, Å., Carlsson, M., Säfwenbergs, U., & Gunningberg, L. (2011). Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: a quasi-experimental study. *International Journal Of Nursing Studies*, 48(1), 13-23. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.003
- Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(8), 1045-1056. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x
- Möller, M., Fridlund, B., & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(4), 746-754. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x
- Nordgren, L., & Almerud Österberg, S. (2012). Avslutande reflektioner. I Nordgren, L., & Almerud Österberg, S. (Red.), *Akut vård - ur ett patientperspektiv*. (s. 91-99). Lund: Studentlitteratur
- Nurminen, M. (2012). Tid - vårdande tid. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp teori och praktik* (s. 279-290). Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning. Om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.
- Olthuis, G., Prins, C., Smits, M., van de Pas, H., Bierens, J., & Baart, A. (2014). Matters of concern: a qualitative study of emergency care from the perspective of patients. *Annals Of Emergency Medicine*, 63(3), 311-319.e2. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.08.018
- Papa, L., Seaberg, D., Rees, E., Ferguson, K., Stair, R., Goldfeder, B., & Meurer, D. (2008). Does a waiting room video about what to expect during an emergency department visit improve patient satisfaction?. *CJEM: Canadian Journal Of Emergency Medicine*, 10(4), 347-354.
- Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2015). Barriers and Enablers to Emergency Department Nurses'

- Management of Patients' Pain. *Pain Management Nursing*, 16(3), 372-379.
doi:10.1016/j.pmn.2014.08.015
- Sadillioğlu, S., Topacoglu, H., Dikme, O., Erdede, M. O., Ozyuvac, E., & Dikme, O. (2013). Patients Do Actually Know? Evaluation of Patients Perception regarding Their Disease Severity in the Emergency Department. *International Medical Journal*, 20(6), 721-724.
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sivonen, K. (2012). Begreppsanalys och begreppsbestämning. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 79-96). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2013a). *Tilläggspecialiteter. Akutsjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen. (2013b). *Väntan på akuten allt längre*. Stockholm: Socialdepartementet
- Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Swayden, K., Anderson, K., Connelly, L., Moran, J., McMahon, J., & Arnold, P. (2012). Effect of sitting vs. standing on perception of provider time at bedside: A pilot study. *Patient Education & Counseling*, 86(2),
- Thim, T., Krarup, N. H., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *Int J Gen Med*, 5, 117-121.
- Tran, T., Schutte, W., Muelleman, R., & Wadman, M. (2002). Provision of clinically based information improves patients' perceived length of stay and satisfaction with EP. *American Journal Of Emergency Medicine*, 20(6), 506-509.
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 490). Lund: Studentlitteratur
- Watson, W., Marshall, E., & Fosbinder, D. (1999). Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *JEN: Journal Of Emergency Nursing*, 25(2), 88-92.
- Watt, D., Wertzler, W., & Brannan, G. (2005). Patient expectations of emergency department care: phase I -- a focus group study. *CJEM: Canadian Journal Of Emergency Medicine*, 7(1), 12-16.
- Welch, S. (2010). Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *American Journal Of Medical Quality*, 25(1), 64-72.
doi:10.1177/1062860609352536
- Wiklund, L. (2013). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur Akademisk
- Wiklund-Gustin, L. (2012). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 269-295). Lund: Studentlitteratur

- Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård. Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Wong, E., Chan, H., Rainer, T., & Ying, C. (2007). The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(2), 64-72.
- Wright, G., Causey, S., Dienemann, J., Guiton, P., Coleman, F. S., & Nussbaum, M. (2013). Patient Satisfaction With Nursing Care in an Urban and Suburban Emergency Department. *Journal Of Nursing Administration*, 43(10), 502-508. doi:10.1097/NNA.0b013e3182a3e821
- Ucuzal, M., & Doğan, R. (2015). Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain. *International Emergency Nursing*, 23(2), 75-80. doi:10.1016/j.ienj.2014.11.006
- Östlund, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1. Metoder för medicinsk prioritering och bedömning

ABCDE

- A. Airway: Kan patienten få luft och andas? Kan det sitta något i vägen? Blockerar tungan andningsvägarna?
- B. Breathing: Bedömer andningsfrekvens, syresättning samt auskulterar. Hur ser andningen ut, ytlig, djup, liksidig?
- C. Circulation: Bedömer blodtryck, och puls. Hur verkar pulsen, snabb, svag? Hur ser patientens hud ut, blek, kallsvettig?
- D. Disability: Bedömer patientens medvetandegrad med hjälp av skalorna Glasgow coma scale (GCS) eller Reaktionsgradskalan (RLS). Är patienten medvetslös? Reagerar patienten på ljus eller smärta? Hur ser pupillerna ut och hur reagerar de på ljus?
- E. Exposure: Bedömer patientens kroppstemperatur och hud (cyanotisk, petekier, stickmärken, tryckskador, dehydrering) (Dich & Wichmann, 2010).

Åtgärder vid ABCDE

- A. Vid icke fri luftväg lutar patientens huvud bakåt och känen lyfts upp. Vid hinder, blod eller kräkning, i luftvägarna används sug för att göra rent. Syrgasbehandling bör ges till alla akut sjuka patienter.
- B. Underlätta patientens andning genom en god positionering. Behandla med eventuell medicinsk inhalering. Om patienten inte andas själv måste personal ventilera denne.

- C. Säkerställ att patienten har en fungerande perifer venkateter i de fall där vätska behöver ges. Om det förekommer blödning behöver denna stoppas och läggas om. Positionera patientens ben i högläge för att underlätta blodtrycket.
- D. Positionera patienten i stabilt sidoläge. Om patienten inte kan hålla andningen kan denne behövas intuberas. Kontrollera patientens blodglukos och om nödvändigt ge glukos per oral eller intravenöst (Thim, Krarup, Grove, Rohde & Løfgren, 2012).

Att prioritera med triagering

Triagering innebär att prioritera och då används ett system för att snabbt bedöma patientens tillstånd och grad av sjukdom. Olika flödesscheman och kontroller används för att värdera patientens tillstånd och blir därefter tilldelad en viss färg och nummer som indikerar hur brådskande patienten bör ses av en läkare. Formuläret "Rapid Emergency Triage and Treatment System" (RETTTS) är en skala som används vid triagering och denna används för att identifiera patientens medicinska behov. Patienten kan bli bedömd som färg röd (1), orange (2), gul (3), grön (4) och blå (5) där röd är i störst behov av att se läkare och blå minst. Patienter som blir triagerade röda blir bedömda av läkare omedelbart, orange patienter inom 15 minuter, gula patienter inom 120 minuter, gröna patienter inom 240 minuter och blå patienters väntetid är ospecificerad. Flödesschemat som sjuksköterskan använder innefattar frågor till patient och om möjligt även närstående för datainsamling till anamnes. Dessutom tas kontroller av patientens vitalparametrar och andra faktorer (till exempel smärta, rörelse, sår, syn) för att komplettera redan insamlad data (Ericson & Ericson, 2012). En åtgärd på akutmottagningen utifrån patientens triagekategori är tillsyn och på en akutmottagning i Västra Götaland fanns riktlinjerna att röda patienter skulle ha tillsyn var 15:e minut, orange patienter var 30:e minut, gula patienter var 4:e timme och gröna patienter var 8:e timme (Personlig kommunikation; Sjuksköterska, Akut- och olycksfallsmottagningen Sahlgrenska, september 2016).

Bilaga 2. Artikelgranskning

Författare, år och land: McAloon, Nucero, O'Connor & Boyer. 2003. USA.

Titel: Patient's perception of pain on admission and discharge from the emergency department.

Syfte: Att utvärdera patientens upplevelse och uppskattad smärta på akutmottagningen från inskrivning till utskrivning.

Deltagare: 125 st (63 kvinnor och 62 män). Medelålder var 40 år hos kvinnorna och 41 år hos männen.

Metod/Design: Kvantitativ. En jämförande och beskrivande design. Användes skattningsskala samt frågeformulär.

Resultat: Patientens upplevelse av smärta sjönk från inskrivning tills dess att de skrevs ut. 56% av dessa patienter hade under vårdtiden fått smärtlindring oralt.

Kommentar: Framkommer inte hur urval har skett. Inga inklusions- eller exklusionskriterier. Etiskt godkännande. Valida mätinstrument används.

Bedömning av kvalitet: Medel.

Författare, år och land: Johnson, Sadosty, Weaver & Goyal. 2008. USA.

Titel: To sit or not to sit?

Syfte: Att se om vårdpersonalens läge (stående eller sittande) spelar någon roll för patientens upplevelse.

Deltagare: 224 patienter på akutmottagningen. 36 vårdgivare från olika professioner.

Metod/Design: RCT-studie. Mätning av tid samt frågeformulär.

Resultat: Patienterna som vårdades av sittande vårdgivare upplevde mötet längre än de som vårdades av stående. De överskattade tiden de gavs jämfört med den andra gruppen som underskattade den.

Kommentar: Tydligt beskrivet hur urvalet skett samt inklusions- och exklusionskriterier. Samtyckeskrav och etiskt godkännande. Ganska litet bortfall och bortfallet är väl förklarad. Tydliga och beskrivande tabeller och figurer. Frågeformuläret var inte validerat.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Tran, Schutte, Muelleman & Wadman. 2002. USA.

Titel: Provision of clinically based information improves patients' perceived length of stay and satisfaction with EP.

Syfte: Att undersöka hur fortlöpande information kunde påverka patientens upplevelse av vården som gavs av läkare och sjuksköterskor samt hur detta påverkade väntetiden och vårdtiden.

Deltagare: 619 deltagare som delades in i två grupper, en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Ingen skillnad i ålder eller kön grupperna mellan.

Metod/Design: Kvantitativ metod. Prospektiv randomiserad studie. Frågeformulär.

Resultat: Trots att väntetiden var densamma uppskattade interventionsgruppen den som kortare. Interventionsgruppen tyckte även att vården var bättre i större utsträckning än kontrollgruppen.

Kommentar: Samtyckeskrav och etiskt godkännande. Validerade och reliabla mätinstrument. Tydliga tabeller. Hög svarsfrekvens (88.6%).

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Watson, Marshall & Fosbinder. 1999. USA.

Titel: Elderly patients' perceptions of care in the emergency department.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka äldres upplevelse av vården på en akutmottagning.

Deltagare: 12 äldre personer, 6 män och 6 kvinnor. Medelålder 77 år (66-86).

Metod/Design: Kvalitativ, djupintervjuer.

Resultat: Studien resulterade i 5 teman: Behov av information; det var viktigt att förstå vad som skulle hända, väntetid; om patienten blev uppdaterad om sin väntan, upplevelsen av kompetens hos vårdpersonal och omvårdnad; det var viktigt att personalen var snäll, vänlig, effektiv och hade en gnutta humor.

Kommentar: Tydliga inklusionskriterier samt urval. Bra med citat som stärker resultatet. Resonemang om generalisering och validitet förs. Inget etiskt resonemang.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Watt, Wertzler & Brannan. 2005. Canada.

Titel: Patient expectations of emergency department care: phase I -- a focus group study.

Syfte: Att jämföra allmänhetens förväntningar på akutvård med vårdgivarens upplevelse. Dessutom jämförs patienters förväntningar (som besökt akutmottagning) gentemot de som inte besökt

Deltagare: Totalt 12 fokusgrupper varav 4 bestod av vårdpersonal.

Metod/Design: Kvalitativ, fokusgruppsintervjuer.

Resultat: Kommunikation med vårdpersonal; det var av betydelse hur personalen bemötte patienterna och fortlöpande information om vad som skulle hända samt att personalen tog sig tid till att lyssna.

Kommentar: Tydlig beskrivning hur urval skett där deltagare har valts från olika demografiska platser för att undvika snedfördelning. Bra genusfördelning. Inga tydliga inklusions- eller exklusionskriterier. Studien pågick tills dess att mättnad uppstått. Resonemang om generalisering. Etiskt godkänd och samtyckeskrav.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Olthuis, Prins, Smits, van de Pas, Bierens & Baart. 2014. Nederländerna.

Titel: Matters of concern: a qualitative study of emergency care from the perspective of patients.

Syfte: Att undersöka vilka faktiska upplevelser patienter hade av vård på akutmottagning, undersöktes där och då.

Deltagare: Slumpmässigt urval. 55 deltagare, 60% män. 17 deltagare var 18 eller yngre.

Metod/Design: Kvalitativ, etnografisk studie. Observationer och öppna/ostrukturerade intervjuer.

Resultat: Studien visade att patienter ofta upplever oro inför olika undersökningar och behandlingar samt har funderingar kring huruvida de skall bli inlagda eller inte. Patienterna upplevde frekvent att smära (fysisk/psykisk) och väntetid var outhärdlig vilket bidrog till lidande. Att bli sedd och tagen på allvar av personalen var av betydelse för patienten, således var respekt och värdighet viktigt.

Kommentar: Muntligt samtycke samt skriftlig information. Etiskt godkännande. För resonemang om validitet och reliabilitet. Inga exklusions- eller inklusionskriterier. Artikeln upplevs aningen rörig.

Bedömning av kvalitet: Medel.

Författare, år och land: Davis & Duffy. 1999. Australien.

Titel: Patient satisfaction with nursing care in a rural and an urban emergency department.

Syfte: Att beskriva och jämföra nivån av tillfredsställda patienter på akutmottagning i staden respektive landbygden. Samt att ta reda på vad det är som gör att patienten är nöjd/missnöjd.

Deltagare: 103 deltagare mellan 18-91 år med en medelålder på 47,8 år.

Metod/Design: En mixad kvalitativ och kvantitativ metod. Beskrivande. Användes frågeformulär, skattningsskala samt 2 öppna frågor.

Resultat: Patienterna i staden var mer nöjda med sjuksköterskans beteende och generellt var kvinnorna mer nöjda med detta än männen. Instruktioner, från sjuksköterskan, om vidare omvårdnad hemma uppskattades. Dessutom kändes det viktigt med information om eventuella komplikationer. Positiv och vänlig attityd från sjuksköterskan var en faktor som gav tillfredsställelse. För att göra upplevelsen bättre framkom svar som: att faktiskt få behandling, att få stöd, bättre/längre sängar och kortare väntetid.

Kommentar: Hög svarsfrekvens. God genusuppdelning. Tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Finns samtycke och etiskt godkännande. Tabeller som förtydligar artikeln. Resonemang om validitet förs.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Hawley. 2000. Kanada.

Titel: Nurse Comforting Strategies: perceptions of Emergency Department Patients

Syfte: Syftet var att undersöka vilka omvårdnadsåtgärder som verkar tröstande för patienten samt vad dessa åtgärder har för betydelse för patienten.

Deltagare: 14 patienter (9 kvinnor, 5 män). 20-75 år (medelålder 50).

Metod/Design: Kvalitativ. Intervju.

Resultat: De omvårdnadsåtgärder som patienterna upplevde var lugnande/tröstande var: snabb och kompetent fysisk/teknisk vård, samtal av olika slag/information, försiktighet/vaksamhet, vård och tillsyn av fysiskt lidande samt inkludering och tillsyn av närstående.

Kommentar: Etiskt godkännande. Tydliga inklusionskriterier. Skriftligt samtycke. Väl beskriven metod.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Frank, Asp & Dahlberg. 2009. Sverige.

Titel: Patient participation in emergency care - a phenomenographic study based on patients' lived experience.

Syfte: Att beskriva patienters olika uppfattningar om delaktighet i deras akutsjukvård.

Deltagare: Ett strategiskt urval på 9 deltagare (4 kvinnor, 5 män). 26-73 år.

Metod/Design: Kvalitativ, fenomenologisk metod. Intervju med öppna frågor.

Resultat: Att bli sett/bekräftad och att det är på patientens villkor som kontakt uppstår är två faktorer som patienter upplever leder till en god upplevelse. Patienter som upplever svårigheter med att få kontakt med vårdpersonalen upplever ofta att de inte har någon kontroll och får en dålig upplevelse. Att låta patienten ställa frågor och att använda ett språk som patienten förstår gynnar delaktigheten.

Kommentar: Etiskt godkänd och samtycke. Bra genusuppdelning. Datinsamling tills mättnad uppstod. Diskuterar överförbarhet. Delvis beskrivna inklusionskriterier. Tydlig metod.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Muntlin, Gunningberg & Carlsson. 2006. Sverige.

Titel: Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement.

Syfte: Att identifiera patientens upplevelse av vårdkvalité på en akutmottagning samt hur denna kan förbättras.

Deltagare: Slumpmässigt urval. 200 deltagare (99 kvinnor och 101 män). Ålder 18-91, medelålder 51 år.

Metod/Design: Kvantitativ, prospektiv och beskrivande studie. Enkät.

Resultat: God medicinskt teknisk kompetens värderas högt. Likaså att bli tillgodosedd gällande sina fysiska behov. Få diagnos tidigt och adekvat smärtlindring var positivt. Att inte få tillräckligt god eller mycket information ansågs vara en brist.

Kommentar: Resonemang om validitet och reliabilitet om förs. Tydlig inklusions- och exklusionskriterier. Väl beskriven metod med flödesschema. Deltagarnas bakgrund presenteras detaljrikt. Etiskt godkännande och samtycke. Bra genusfördelning av deltagarna. Relativt stort bortfall, ett bortfall som dock beskrivs väl. Väldigt bra tabeller.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Wong, Chan, Rainer & Ying. 2007. Kina.

Titel: The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department.

Syfte: Syftet var att (1) utvärdera effekterna av ett nytt smärtskattningsinstrument och (2) att bestämma analgetikas effekt, säkerhet och tid till administrering när Paracetamol användes vid triagering.

Deltagare: 295 deltagare.

Metod/Design: Mixad metod. Interventionsstudie. Frågeformulär. Med 25 deltagare gjordes det även en intervju med för att få en kvalitativ del.

Resultat: Det var inte särskilt många patienter som önskade smärtlindring i samband med triageringen som faktiskt fick detta. Tankar om att det är bättre att utstå smärta än att ta smärtlindrande tabletter på grund av bieffekterna och att medicin är en sista utväg var något som framkom i den kvalitativa delen av studien. Många patienter och lite tid för sjuksköterskan att förklara smärtlindringens effekt för de patienter som nekade behandling var en anledning till att patienten faktiskt inte blev smärtlindrad.

Kommentar: Etiskt godkännande. Skriftlig och muntlig information till deltagarna samt skriftligt samtycke. Gjordes en pilotstudie innan. Tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Bortfallet beskrivs väl. Jämn fördelning av genus i grupperna.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Cooke, Watt, Wertzler & Quan. 2006. Kanada.

Titel: Patient expectations of emergency department care: phase II -- a cross-sectional survey

Syfte: Att undersöka patientens förväntningar gällande kommunikation med vårdpersonal, väntetider, triageringsprocessen och informationshantering på en akutmottagning.

Deltagare: 837 deltagare.

Metod/Design: Kvantitativ, tvärsnittsstudie med enkätundersökning via telefonintervju.

Resultat: Viktiga faktorer att uppfylla: förklaring av testresultat, förklaring av orsaker som kan göra att patienten behöver söka akutsjukvård igen efter vårdtiden, användning av ett språk som patienten förstår och förklaring av varför tester och undersökningar görs. Majoriteten av deltagarna förväntade sig uppdatering av vården var 30 minut. Vårdtiden var ofta längre än vad majoriteten av patienterna hade förväntat sig. Det fanns en förväntning om att mindre allvarliga patienter har en kortare väntetid än de mer allvarliga. Det var dessutom en stor majoritet som hade kunnat tänka sig att bli undersökta av annan kvalificerad personal t ex sjuksköterska.

Kommentar: Slumpmässigt urval. Tydliga exklusionskriterier. Bortfall tydligt beskrivet. Finns inget etiskt resonemang, men samtycke. Pilotstudie för att undersöka reliabilitet och validitet. Jämn genusfördelning. Tydliga tabeller som underlättar läsandet. Resonemang om överförbarhet förs.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Muntlin, Carlsson, Säfwenberg & Gunningberg. 2011. Sverige.

Titel: Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: a quasi-experimental study.

Syfte: Att undersöka huruvida en sjuksköterskas bedömning av smärta och lindring av denna har annan effekt än den standard som finns på akutmottagningen.

Deltagare: 50 deltagare i fas A1, 100 deltagare i fas B och 50 deltagare i fas A2.

Metod/Design: Kvantitativ. Quasi-experimentiell design. Frågeformulär. Skattningsskala.

Resultat: De patienter som fick smärtlindring och blev bedömda av en sjuksköterska innan de träffade läkare var på det stora hela mer nöjda än de som inte fick det.

Kommentar: Tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Powerberäkning gjordes. Resonemang om validitet och reliabilitet förs kring bedömningsprotokollet för sjuksköterskan samt frågeformuläret om patientens upplevelse. Samtyckeskrav och etiskt godkännande. Väl beskrivet bortfall.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Buchanan, Dawkins & Lindo. 2015. Jamaica.

Titel: Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study.

Syfte: Att undersöka graden av tillfredsställelse gällande omvårdnad på en akutmottagning.

Deltagare: 142 deltagare. 111 patienter och 31 anhöriga.

Metod/Design: Kvantitativ. Beskrivande, tvärsnittsstudie. Frågeformulär.

Resultat: Omtänksamhet, omsorg, medkänsla och kompetens hos sjuksköterskan var av betydelse för patientens upplevelse. Bristande delaktighet för patienten samt dålig information till anhöriga ledde till en negativ upplevelse.

Kommentar: Tydliga inklusions- och exklusionskriterier. För resonemang om validitet och reliabilitet gällande frågeformuläret. Skriftligt samtycke och etiskt godkännande. Tydlig metod.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Möller, Fridlund & Göransson. 2010. Sverige.

Titel: Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department.

Syfte: Att beskriva patientens upplevelse av triagering på en akutmottagning.

Deltagare:

Metod/Design: Kvalitativ. Beskrivande, fenomenologisk design. Semistruktureradintervju.

Resultat: Att lämnas ensam i väntrummet skapade rädsla hos patienten. Personalen bemötande t ex att vara omtänksam var av betydelse. En känsla av god kompetens hos personalen gjorde att patienterna kände sig trygga. Information till patienten kunde göra det enklare att vänta längre perioder.

Kommentar: Tydliga inklusionskriterier. Samtyckeskrav, inget etiskt godkännande då kommittén ansåg att det inte var nödvändigt. Genomfördes pilotintervjuer för att säkerställa användandet av intervjufrågorna. Tydlig beskrivning av hur analysen gått till.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Johnson, Goodacre, Tod & Read. 2009. Storbritannien.

Titel: Patients' opinions of acute chest pain care: a qualitative evaluation of Chest Pain Units.

Syfte: Att undersöka vilka faktorer som är viktiga för patienters upplevelse av vård

Deltagare: 26 deltagare.

Metod/Design: Kvalitativ. Interventionsstudie. Intervju.

Resultat: En attityd som förmedlar lugn och humor var positivt för patienten och skapade en slags normalitet i en övrigt främmande miljö. Patienter är i stort behov av information men det visade sig att de är i behov av olika typer av information och att det således inte fungerar bra med standardiserad.

Kommentar: Inga tydliga inklusions- eller exklusionskriterier. Samtycke och etiskt godkännande. Finns ett stycke "Validity and reliability" men vi anser att detta inte är ett resonemang om validitet eller reliabilitet. Bra beskriven metod. Intervjuade tills mättnad uppstod.

Bedömning av kvalitet: Hög.

Författare, år och land: Wright, Causey, Dienemann, Guiton, Coleman & Nussbaum. 2013. USA

Titel: Patient Satisfaction With Nursing Care in an Urban and Suburban Emergency Department.

Syfte: Att undersöka hur en intervention kan påverka patientens upplevelse och missnöje med väntetiden på akutmottagningen.

Deltagare: 537 (327 fick genomgå en intervention)

Metod/Design: Kvantitativ metod, quasi-experimentiell design. Frågeformulär.

Resultat: Trots interventionerna förväntade sig patienterna en lika lång väntetid som de patienter som inte fick genomgå någon intervention.

Kommentar: Inklusionskriterier beskrivs tydlig. Samtyckeskrav. För resonemang om reliabilitet och validitet gällande frågeformulären. Tydlig metod.

Bedömning av kvalitet: Hög.