

Icke akuta patienters upplevelser av akutmottagning

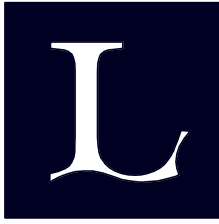
En litteraturstudie

Maria Rångevall
Anneli Sundberg

Luleå tekniska universitet

C- uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Icke akuta patienters upplevelser av akutmottagning
– en litteraturstudie

Non-urgent patient experiences of the emergency department
- a literature study

Maria Rångevall
Anneli Sundberg

Kurs: Omvårdnad C
Vårterminen 2008
Fristående kurs
Handledare: Maud Lundbäck

Icke akuta patienters upplevelser av akutmottagning

- en litteraturstudie

Maria Rångevall

Anneli Sundberg

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

Abstrakt

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva icke akuta patienters upplevelser av akutmottagning. Studien baserades på 12 vetenskapliga artiklar som analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Analysen resulterade i tre kategorier: akutmottagningen var det snabbaste och bästa sättet att få hjälp med sina åkommor och sitt lidande, väntan kan accepteras men kan också förstärka oron beroende på bristande information, vilja bli respekterad och inte vara till besvär. Resultatet visade att akutmottagningen var lättillgänglig med bra öppettider och de gav den mest kompletta vården. Det framkom även missnöje med primärvården. Under vårdtiden saknades information och att väntan var svår. Känna tilltro till personalen var viktigt vid väntan. Patienter ville bli bemötta med respekt och acceptans av sjuksköterskorna på akutmottagningen.

Nyckelord: litteraturstudie, icke akut, akutmottagning, upplevelse

Akutmottagningen var från början en enhet för att ge omedelbar vård vid livshotande tillstånd, trauma, svårt sjuka och skadade. Under de senaste decennierna har det skett en markant förändring (Sanders, 2000). I vetenskapliga artiklar var ”non urgent patient” ett vanligt förekommande begrepp att beskriva personer som kom till akutmottagning med besvär som utifrån ett medicinskt perspektiv inte behövde omhändertas samma dygn. I denna litteraturstudie benämndes dessa patienter som icke akuta patienter och avsåg patienter som kom till akutmottagningen och bedömdes genom triage eller annan prioritering inte vara i omedelbart behov av vård.

Överfyllda akutmottagningar definierades som när kravet på vård överskred förmågan att erbjuda vård inom en rimlig tid. Fenomenet med överfyllda akutmottagningar har studerats och orsakerna som hittades var många. Bland annat så framkom att det kunde bero på mer komplexa sjukdomsbilder utifrån kroniska sjukdomar, svårigheter att få tid inom primärvården eller att primärvården inte var tillgängliga hela dygnet. Andra orsaker var att patienter som skulle läggas in stannade kvar på akutmottagning i väntan på en ledig säng. Mer avancerad behandling gavs för att undvika inläggning på sjukhus och detta ökade vårdtiden på akutmottagning. Det var inte heller ovanligt att en del traumapatienter undersöktes och observerades några timmar istället för inläggning. Tid åtgick till att vänta på laboratorium och röntgen (Derlet & Richards, 2000).

Effekten av överfyllda akutmottagningar gav fördröjd vårdtid och försämrad vårdkvalitet, patienter fick vänta på adekvat behandling och smärtlindring. Ambulanser kunde omdirigeras till sjukhus med mindre belastning. Detta medförde att även transporttider blev längre. En annan av anledningarna till fördröjd vårdtid var att kompetensen hos primärjourer inte var optimal. Erfarna sjuksköterskorna utgjorde stommen på en akutmottagning. Då vissa akutmottagningar hade hög personalomsättning innebar detta en mindre effektiv vård. Språkbarriärer och kulturella olikheter kunde göra besök längre. Patienter som saknade socialt stöd blev kvar längre på akutmottagningen. Det var inte ovanligt att fördröjd vårdtid genererade irritation, ilska och våldsamheter bland patienter (Derlet & Richards, 2000).

Det fanns ingen accepterad användbar definition på vad som utgör lämpliga respektive olämpliga besök på en akutmottagning. Det var underförstådda och subjektiva bedömningar som avgjorde. Därav fanns det stora skillnader i forskningsresultat, från 6 % till 80 % när andelen patienter med icke akuta besvär angavs. Valet att vända sig till akutmottagningen

berodde på en komplex blandning av sociala, psykologiska och medicinska orsaker (Murphy, 1998). Att det rådde oenighet om de olika begreppen låg i akutmottagningens natur, personalen arbetade med alla specialiteter och gränserna var många gånger oklara. Kärnan var ett akut omhändertagande men med flexibla gränser (Bezzina, Smith, Cromwell & Eagar, 2005).

Det fanns dock en skillnad i begreppen frekventa besökare eller storkonsumenter och olämpliga eller icke akuta besök (Malone, 1995). Frekventa besökare, storkonsumenterna av vård på akutmottagning, hade fyra eller fler besök på ett år (Lucas & Sanford, 1998; Hansagi, Olsson, Sjöberg, Tomson & Goransson, 2001; Byrne et al., 2003). Detta var en liten grupp av patienter som stod för en stor del av akutmottagningens besök och kostnader. De identifierades som en medicinsk och socialt sårbar grupp patienter (Malone, 1995).

Storkonsumenterna av vård på akutmottagningen genererade även fler besök på andra vårdinrättningar vilket kunde bero på att de flesta var gamla och led av kronisk sjukdom och tillhörde en psykosocialt svag grupp (Hansagi et al., 2001; MacLean et al., 1999; Beland, Lemay & Boucher, 1998).

Patienter med icke akuta åkommor såg akutmottagning som ett förstahandsalternativ. De sökte vård snabbt efter skadan eller sjukdomsdebut. Unga patienter som sökte var sällan kroniskt sjuka, de led av akuta skador och ortopediska besvär. Med stigande ålder ökade antalet besök och behovens karaktär. Patienter från lägre socialgrupper utnyttjade inte vården mer än andra för icke akuta besvär men många var ensamma och saknade socialt stöd i sin närhet (Beland, et al., 1998; MacLean et al., 1999; Rassin, Nasie, Bechor, Weiss & Silner, 2006).

Generellt borde det vara enkelt att identifiera patienter som inte hörde hemma på akutmottagning. Patienter vars vård i förhållande till deras besvär på ett liknande eller bättre sätt skulle kunna omhändertas av primärvården. Det naturliga borde vara att dessa patienter inte behövde den specialiserade vård som utfördes på akutmottagning. Men det svåra var att det inte fanns någon enighet i akutmottagningars uppgift, roll och natur. Tolkningar av vad som icke var akuta besök skiftade även i ett internationellt perspektiv. Vad som var akut på en akutmottagning kunde betraktas som icke akut på en annan. De flesta icke akuta besök identifierades genom en tre- eller femgradig triageskala. Där de icke akuta besöken utgjorde nivå tre eller fem (Bezzina et al., 2005).

Triage i sjukvården var en process som prioriterade och sorterade patienter som sökte vård. Nivå ett innebar omedelbar vård, nivå två genererade vård inom en till två timmar och nivå tre betydde vård inom sex timmar. Nivå fyra och fem innebar att patienters besvär utifrån ett medicinskt perspektiv inte behövde omhändertas samma dygn. Sverige hade i motsats till många andra länder få etablerade standardiserade sätt att prioritera. Av Sveriges 79 sjukhus med somatisk akutmottagning ingick 69 i en studie där mindre än hälften, 46 %, använde sig av någon form av standardiserad prioritering eller bedömning (Göransson, Ehrenberg & Ehnfors, 2005).

Ett besök på akutmottagning innebar att plötsligt och oplanerat förlora kontroll över sin situation och hamna i beroendeställning. Sjuksköterskors uppgift var att upprätthålla och stärka patienters värdighet, samt med lyhördhet tolka deras behov (Wiman och Wikblad, 2004). Alla besök på akutmottagning var inte av livshotande karaktär utan sjuksköterskor mötte dagligen många icke akuta patienter. Icke akuta patienter var lägst prioriterad vilket betydde att de inte fick samma snabba omhändertagande som vid livshotande tillstånd. Alla vårdmöten var lika viktiga och alla hade samma rättighet att få sina behov tillgodosedda.

Cooper & Endacot (2007) betonade bristen av kvalitativa studier på akutmottagning. En förändring har dock skett de sista åren även om ökningen inte skett snabbt. Det finns fortfarande många luckor att fylla gällande patienters upplevelser och den upplevda erfarenheten. Genom denna litteraturstudie ville vi belysa icke akuta patienters levda erfarenhet av akutmottagning. Det fanns behov av mer kunskap för att sjuksköterskor på ett bättre sätt skulle kunna bemöta dem med respekt och förståelse i omvårdnaden. Syftet med den här studien var att beskriva icke akuta patienters upplevelse av akutmottagningen.

Metod

Litteratursökning och kvalitetsgranskning av artiklar

Materialet bestod av internationellt publicerade vetenskapliga artiklar. Sökning av artiklar genomfördes systematiskt för att skapa struktur och hantera den data som erhöles.

Inklusionskriterierna var att studierna skulle beskriva icke akuta patienters upplevelse av akutmottagningen utan någon begränsning av ålder. Studier skulle finnas tillgängliga i fulltext och vara skrivna på engelska, svenska eller norska. Studier som beskrev andra perspektiv än patienters egna erfarenheter exkluderades. De bibliografiska referensdatabaserna som

genomsöktes var Cinahl, fyra artiklar, Medline, fem artiklar och Academic search där inga nya artiklar återfanns (tabell 1). Ytterligare tre artiklar hämtades från referenslistor. För att kritiskt kunna granska de utvalda artiklarna var det viktigt att gå systematiskt tillväga. Ett tillförlitligt systematiskt tillvägagångssätt underlättade tolkningen och översikten av bevisen på ett metodisk och opartiskt sätt. För att bedöma värdet av studier krävdes kunskap i olika vetenskapliga undersökningsmetoder. Bland annat granskades undersökningsgruppens storlek, urvalsförfarandet, studiernas resultatmått och de instrument som använts (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Efter sortering och granskning enligt protokoll, bilaga 1a och 1b återstod 12 artiklar (tabell 2), vilka överensstämde med syftet.

Tabell 1 Översikt av litteratursökning

| Syftet med sökning: upplevelsen av att inte vara akut på akutmottagningen | | | |
|--|-----------|--|-------------------|
| CINHAL 2008 02 20 | | | |
| Söknr | *) | Söktermer | Antal ref. |
| 1 | TSH | Emergency care, limits = peer reviewed | <u>9142</u> |
| 2 | TSH | Emergency department, limits = peer reviewed | <u>8012</u> |
| 3 | TSH | Emergency nurse, limits = peer reviewed | <u>420</u> |
| 4 | TSH | Non urgent, limits = peer reviewed | <u>79</u> |
| 5 | TSH | Qualitative, limits = peer reviewed | <u>28147</u> |
| 6 | TSH | Experiences, limits = peer reviewed | <u>22675</u> |
| 7 | TSH | 1 or 2 or 3 | <u>15731</u> |
| 8 | TSH | 5 or 6 | <u>44737</u> |
| 9 | TSH | 7 and 8 | <u>354</u> |
| 10 | FT | Non urgent and emergency, limits = peer reviewed | <u>47</u> |
| 11 | TSH | 9 and 4 | <u>5</u> |
| MEDLINE/PubMed 2008 02 20 | | | |
| 12 | MSH | 11 | <u>22</u> |
| 13 | FT | 10 | <u>64</u> |
| Academic search 2008 02 20 | | | |
| 14 | MSH | 11 | <u>2</u> |
| 15 | FT | 10 | <u>27</u> |

*MSH – Mesh termer i databasen PubMed och Academic search, TSH – thesaurustermer i databasen CINAHAL, FT –fritextsökning.

Dataanalys

Målet med kvalitativ forskning är att ge en glimt av en annan människas upplevda värld. I all forskning måste forskaren veta vilken analysmetod som ska användas innan datainsamlingen

börjar (Burnard, 1991). Innehållsanalys är en metod som ger en systematisk och objektiv möjlighet att dra slutsatser från verbal eller skriftlig data samt att beskriva och kvantifiera specifika fenomen. Det första steget var att bestämma om manifest eller latent ansats skulle användas. Den manifesta ansatsen är en analys då texten tas ut och visar vad den egentligen säger, dess faktiska innehåll och ger en beskrivning av det synbara. Till skillnad från den latentas analys innebär en tolkning av den underliggande meningen i texten (Downe-Wamboldt, 1992). I den här litteraturstudien hade innehållsanalys med manifest ansats använts. Graneheim och Lundman (2004) lyfte fram att kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats kan vara en värdefull metod och en passande start för studenter, som för första gången ska genomföra en studie.

Analysenheten bestod av 12 artiklar (tabell 2) som slutligen bedömdes svara mot studiens syfte. Först lästes artiklarna igenom för att få en helhetsbild och förståelse av innehållet. Vid en ytterligare genomläsning så identifierades och extraherades textenheter som motsvarade syftet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) skulle textenheten bestå av ord, meningar eller stycken som innehöll delar som bands samman genom dess sammanhang. Ett manifest tillvägagångssätt användes för att ta ut det faktiska som texten sa. Textenheterna kodades för att kunna återvända till originaltexterna vid sammanställningen av resultatet. De placerades sedan i en tabell. Därefter följde kondensering av texterna som reducerades utan att förlora kärnan. Graneheim och Lundman (2004) menade att reduktionens uppgift var att minska storleken men att bevara fokus. Vid nästa steg, kategoriseringen, sammanfördes de kondenseringar som hörde ihop, så långt som möjligt tolkningsfritt. Graneheim och Lundman (2004) beskrev att kategorier i huvudsak var till för att beskriva nivån av innehållet och kunde ses som ett uttryck för det manifesta innehållet i texten och att kategorierna skulle innehålla ord från textenheterna. I små steg genomfördes arbetet fram till ytterligare kategoriseringar med målet att kategorierna skulle vara rena och utesluta varandra. Studiens resultat presenterades som en syntes av flera textenheter där brödtexten täckte alla textenheter i löpande text och fenomen styrktes med citat. Graneheim och Lundman (2004) tryckte på att i processen ingick det att hela tiden återvända till originaltexten. I kvalitativ innehållsanalys var tolkningen en balansakt.

Tabell 2 Översikt över artiklar ingående i analysen (n=12)

| Författare År Land | Typ av studie | Deltagare | Metod Datainsamling Dataanalys | Huvudfynd | Kvalitet (hög, medel, låg) |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------|---|--|-------------------------------------|
| Coleman et al. 2001 England | Kvantitativ | 255 | Frågeformulär Statistiska analyser | Personer sökte för att de trodde de behövde röntgen, hade varit där tidigare, ville träffa en specialist och öppettiderna var bra. Triagerade som icke akuta. | Medel |
| Cross et al. 2005 England | Kvalitativ | 11 | Intervju, semistrukturerade frågor Innehållsanalys, tematisk | Det var helt ok att få vänta men informationen borde vara bättre. Triagerade som icke akuta. | Hög |
| Guttman et al. 2003 USA | Kvalitativ Kvantitativ | 331 | Intervjuer öppna och strukturerade frågor. Grounded theory Statistiska analyser | Personer ville ha en second opinion, hade inte en ordinarie vårdcentral att gå till. Föräldrar sökte med sina barn för att få svar på vad de led av och för att få smärtlindring. Smärta ansågs som akut. Triagerade som icke akuta. | Hög |
| Howard et al. 2005 USA | Kvalitativ | 31 | Intervjuer öppna och strukturerade frågor Innehållsanalys, tematisk | Personer blev hänvisade då det inte fanns tid på vårdcentralen. Tillgängligheten på akutmottagningen var bättre. Beskrevs som icke akuta. | Medel |
| Kihlgren et al. 2004 Sverige | Kvalitativ | 20 | Observationer Grounded theory | Äldre personers miljö och omhändertagande. Rädsla och ensamhet vid besök. Beskrevs som icke akuta. | Hög |
| Koziol-Mclain et al. 2000 USA | Kvalitativ | 30 | Intervju Observationer Narrativ | Personer hade inte fått tid på vårdcentralen. Akutmottagningen höll hög kvalitet, var lättillgänglig och bekväm. Triagerade som icke akuta. | Hög |
| Lo & McKechnie 2007 England | Kvantitativ | 70 | Prospektiv, frågeformulär Statistiska analyser | Personer sökte då primärvården hade stängt, det var svårt att få tid där, och de blev hänvisad från primärvården. Beskrevs som icke akuta. | Medel |
| Masso et al. 2007 Australien | Kvantitativ | 397 | Frågeformulär Statistiska analyser | Personals och patienters syn på vad som är icke akut. Personalen ansåg en större andel vara icke akut i jämförelse med patienter. Triagerade som icke akuta | Medel |

Fortsättning Tabell 2 Översikt över artiklar ingående i analysen (n=12)

| Författare År Land | Typ av studie | Deltagare | Metod Datainsamling Dataanalys | Huvudfynd | Kvalitet (hög, medel, låg) |
|-------------------------------------|---------------|-----------|--|---|-------------------------------------|
| Nyden et al. 2003 Sverige | Kvalitativ | 7 | Intervju Hermeneutisk analys | Personer kände sig trygg eftersom på akutmottagningen fanns kompetensen. Äldre icke akuta fick vänta länge och även vänta länge på smärtstillande. Känslan av att inte bli trodd. Beskrevs som icke akuta | Hög |
| Nyström et al. 2003 Sverige | Kvalitativ | 11 | Intervju, öppna frågor. Innehållsanalys | Sjuksköterskornas stressiga arbetsmiljö inverkade negativt på patienternas förväntan av vård. Svårigheter att bli sedd och hörd. Sjuksköterskorna var underbemannade och hade för lite tid. Triagerade till icke akuta. | Hög |
| Olsson & Hansagi 2001 Sverige | Kvalitativ | 10 | Djupintervjuer Manifest innehållsanalys | Personer visste inte om de fått någon diagnos. Tyckte att de var betydligt sjukare än vad personalen bedömde. Beskrevs som icke akuta med fler än fyra besök det sista året | Hög |
| Wellstoda et al. 2005 Canada | Kvalitativ | 37 | Semistrukturerade djupintervjuer NVIVO system | Personer som enligt sjuksköterskor borde ha sökt vård på primärvården tyckte att väntetiderna var hemska. Beskrevs som icke akuta | Hög |

Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier (tabell 3), dessa presenterades i text och förstärktes med citat från artiklarna.

Tabell 3 Översikt av kategorier (n=3)

| Kategorier |
|---|
| Det snabbaste och bästa sättet att få hjälp med sina åkommor och sitt lidande. |
| Väntan kan accepteras men kan också förstärka oron beroende på bristande information. |
| Vilja bli respekterad och inte vara till besvär. |

Det snabbaste och bästa sättet att få hjälp med sina åkommor och sitt lidande

Patienter beskrev att ett besök på akutmottagningen var det snabbaste sättet att få hjälp med sina besvär (Howard et al., 2005; Guttman, 2003; Coleman, Irons & Nicholl, 2001; Lo &

McKechnie, 2007; Masso, Bezzina, Siminski, Middleton & Eagar, 2007; Koziol-McLain, Price, Weiss & Quinn, 2000). De fick den mest kompletta vården genom att träffa en läkare och få prover och röntgen tagna vid samma tillfälle (Masso et al., 2007; Guttman, 2003; Coleman et al., 2001, Lo & McKechnie, 2007). Patienter beskrev att det var lättare att träffa en läkare på akutmottagningen än det var att få boka en tid på vårdcentralen inom rimlig tid (Guttman, 2003; Howard et al., 2005; Lo & McKechnie, 2007). Det kunde dröja två dagar att få tid på vårdcentralen men de behövde inte vänta mer än tolv timmar på akutmottagningen (Lo & McKechnie, 2007). En patient berättade hur det var när hon skulle ringa till sin vårdcentral för att boka ett besök (Howard et al., 2005).

You can call, but it is usually not worth the time. You have to leave a message and wait for someone to call you back. By that time, I can usually have gone to urgent care and back home (Howard et al., 2005, s.432)

Akutmottagningen var nära tillgänglig och öppen på kvällar och helger vilket beskrevs som positivt av patienter i flera studier (Lo & McKechnie, 2007; Guttman, 2003; Masso et al., 2007; Koziol-McLain et al., 2000). Det var viktigt att få service som passade arbetstiderna. Patienter beskrev att de inte kunde ta ledigt från arbetet för att passa in primärvårdens kontorstider och de kom till akutmottagningen eftersom vårdcentralen var stängd (Guttman, 2003; Lo & McKechnie, 2007). Flera patienter berättade att det var angeläget att snabbt bli frisk för att komma tillbaka till arbetet. De ville träffa en läkare samma dag (Guttman, 2003; Howard et al., 2005). Patienter som kom till akutmottagningen, uttryckte att det inte var något fel på distriktsläkare, men det var omöjligt att få träffa honom, eftersom de var sjuka och ville ha hjälp samma dag (Howard et al., 2005).

When I am sick and miss a day of work, I need to see a doctor that day. I can't afford to be off work any longer than I have to. I need to get feeling better so I can get back to work tomorrow (Howard et al., 2005, s.433)

Personalens kompetens och vårdens trovärdighet styrde och var en viktig orsak till varför de sökte vård på akutmottagningen framkom i två studier (Lo & McKechnie, 2007; Guttman, 2003). Akutmottagningen uppfattades som nära, familjär och pålitlig (Guttman, 2003). De beskrev även att de hade positiva erfarenheter från tidigare besök (Guttman, 2003; Coleman et al., 2001). Patienter kom till akutmottagningen för att få träffa en bra specialist eller för att få en annan läkares bedömning då de inte var nöjda med besked som någon annan läkare gett. De ville inte ta några risker utan åkte till akutmottagningen för att få en annan behandling,

eftersom de inte blivit bättre (Guttman, 2003; Lo & McKechnie, 2007). Patienter kom till akutmottagningen på grund av missnöje med primärvården vilket beskrevs i flera studier (Guttman, 2003; Coleman et al., 2001; Lo & McKechnie, 2007). En del menade att hälsoproblemen var för allvarliga och komplexa för att de skulle gå till primärvården. Andra kände sig väldigt besvikna över distriktsläkares bemötande, att de inte lyssnade, det gavs ingen hjälp utan bara värktabletter (Masso et al., 2007; Guttman, 2003).

My health problem was too serious or complex to see a GP or medical centre, including after-hour (Masso et al., 2007, s.337)

I studier framkom att det var viktigt att få en bekräftelse på att besvären inte var farliga eller skulle förvärras (Guttman, 2003; Koziol-McLain et al., 2000; Olsson & Hansagi, 2001). En patient vars vän dött i cancer, funderade över om hans smärta som hade funnits de sista 5 månaderna i olika delar av kroppen kanske berodde på samma sak (Olsson & Hansagi, 2001). Föräldrar ville inte chansa utan bestämde sig för att söka hjälp med att få veta vad som drabbat deras barn (Guttman, 2003). Patienter beskrev i en studie att de kom till akutmottagningen för att få ett officiellt samtycke till vissa aktiviteter. Det kunde vara föräldrar som ville veta om deras barn var friska nog för utflykten nästa dag eller någon som hade planerat att resa kommande dag och ville få en bekräftelse att allt var bra innan resan (Guttman, 2003). Patienter beskrev att de fått råd av närstående att vända sig till akutmottagningen (Coleman et al., 2001; Koziol-McLain et al., 2000). Andra hade hänvisats till akutmottagningen av primärvården, distriktsläkare och distriktssköterskor (Howard et al., 2005; Lo & McKechnie, 2007; Guttman, 2003; Koziol-McLain et al., 2000). Ibland beroende på att vårdcentralen hade fullt och kunde inte ta emot någon fler och deras bästa råd var då att åka till akutmottagningen (Koziol-McLain et al., 2000).

I called my doctor about my nose and they said that they were booked up, to go to the ER and they would call ahead (Howard et al., 2005, s.431).

Patienter uppfattade sina besvär som så akuta att de var i behov av vård direkt (Nystrom, Nydén & Petersson, 2003; Masso et al., 2007; Coleman et al., 2001; Guttman, 2003). De var rädda eller bekymrade och kände behov av att träffa en läkare därför sökte de hjälp på akutmottagningen (Guttman, 2003). När besvären var akuta kunde de inte vänta på distriktsläkare (Masso et al., 2007, Howard et al., 2005). Patienter sökte på akutmottagningen när de inte kunde hanterade sin situation. De hade tappat kontrollen eller inte såg någon möjlighet till förbättring (Koziol-McLain et al., 2000; Olsson & Hansagi, 2001; Kihlgren et al., 2004).

Ibland kunde deras besvär innebära en känsla av överhängande livsfara. Panik och lidande var andra orsaker till att de sökte på akutmottagningen. Någon patient var nära att ge upp och hade funderat på självmord (Olsson & Hansagi, 2001). En patient beskrev att han lidit nio månader och försökt att stå ut men nu hade han ingen annanstans att vända sig (Koziol-McLain et al., 2000). Andra patienter var mer bekymrade över sin sociala situation än den medicinska (Kihlgren et al., 2004; Olsson & Hansagi, 2001). Smärta och andra obehag var vanligt förekommande orsaker till att sökte vård, detta beskrevs av patienter i flera studier (Nyström et al., 2003; Guttman, 2003; Lo & McKechnie, 2007; Kihlgren et al., 2004; Olsson & Hansagi, 2001). De kom för att bli av med smärtan, för att få sova och få hjälp med att hantera smärtan (Guttman, 2003; Koziol-McLain et al., 2000).

Well, I've been suffering with this toothache for 9 months. And I've been trying to tough it out and tough it out and I had nowhere to turn to (Koziol-McLain et al., 2000, s.558).

Väntan kan accepteras men kan också förstärka oron beroende på bristande information.

Upplevd väntetid på akuten hörde samman med patienters förväntningar och det var i vissa fall accepterat att de fick vänta (Nyström et al., 2003, Wellstooda, Wilsona & Eylesa, 2005; Cross, Goodacre, O'Cathain & Arnold, 2005). När sjuksköterskan bedömde dem som icke akuta och satte dem ensamma i väntrummet att vänta på läkaren så måste de ha tillit till sjuksköterskans bedömning, annars skulle rädslan ta överhand. De litade på besluten och prioriteringsprocessen (Cross et al., 2005). Patienter beskrev att det alltid var lång väntetid men det var självklart att vänta om andra hade större behov av hjälp (Nyström et al., 2003; Cross et al., 2005; Nydén, Pettersson & Nyström, 2003).

Patienter uttryckte vad de tyckte skulle prioriteras. Oavsett hur allvarliga besvären var så borde barn få högre prioritet så att de inte behövde vänta, de förstod inte situationen och kunde inte förklara hur de mådde. Däremot borde äldre inte ges någon förtur inte heller de som själv medverkat till sin sjukdom eller skada som skador relaterade till rökning, drogmissbruk och idrottsskador. Patienter som var påverkade av alkohol var inte någons favorit. Det var acceptabelt att de skulle skickas ut utan behandling eller att de skulle omhändertas direkt för att reducera risken för problem (Cross et al., 2005)

If other patients need more help, of course I stand aside. If someone has a heart trouble he must be taken care of before me.

I'm sure that I would receive the same attention if I suffered from heart disease (Nydén et al., 2003, s.271)

Väntetid var det patienter klagade mest på (Wellstooda et al., 2005; Olsson & Hansagi, 2001). Känslor av tillit eller misstroende var mer framträdande ju längre de väntade. När väntetiden blev lång ökade behovet av att kunna lita på personalen, att någon lyssnade och att kunna känna sig omhändertagen (Kihlgren et al., 2004). De verkade alltid vänta på något, först att träffa läkaren, sedan vänta i timmar på röntgen och efter det så var de tillbaka i väntrummet för ännu en lång väntan (Wellstooda et al., 2005). Många som väntade beskrev att de låg och väntade i timmar utan att få något att äta (Nydén et al., 2003; Kihlgren et al., 2004).

Well, the wait for one thing. I have been there with my wife and it has been awful. She had to wait seven hours and we had three doctors because they changed shifts twice so it was pretty awful. We just waited around and she was not gravely ill so every time someone came in that was more important than her, we were put off again further (Wellstooda et al., 2005, s.2368)

Att bli lämnad ensam i ett undersökningsrum för att vänta på läkaren beskrevs som hemskt och de kände sig rädda (Nyström et al., 2003, Nydén et al., 2003; Kihlgren et al., 2004). Det var en nödvändighet att ha en släkting med sig annars skulle de få vänta ensam flera timmar (Nyström et al., 2003). En patient sa att när min fru levde kunde hon fråga sköterskorna om de glömt bort mig (Nydén et al., 2003). Utan närstående med sig var det värre att vänta på ett rum än i korridoren (Nyström et al., 2003; Nydén et al., 2003). De patienter som väntade i väntrummet beskrev det som en hemsk upplevelse, att sitta på stolar med avsaknad av enskildhet (Nystrom et al., 2003). De kände sig övergivna och önskade att någon frågade hur de mådde (Kihlgren et al., 2004). Då de lämnades till sina egna tankar kom oron och rädslan inför livet och döden (Kihlgren et al., 2004; Olsson & Hansagi, 2001), och de var rädda att bli bortglömda (Kihlgren et al., 2004).

Being left in a room makes me feel lonely. If you don't bring a next of kin it is much worse to be kept waiting in a room than in the corridor. People are running around in the corridor and you can always call for a nurse if you want to ask about something. If my wife doesn't accompany me to the ECU, I just lie there, gazing at the ceiling (Nyström et al., 2003, s.24)

I flera studier framkom att patienter med icke akuta besvär var omedvetna om hur akutmottagningen fungerade (Cross et al., 2005; Nystrom et al., 2003). De uttryckte önskemål efter skriftlig information om hur man prioriterar olika sjukdomar, skador och om orsaker till

väntan. I väntrummet såg de inte ambulanser som kom in med sjuka människor och de fick ingen information om hur detta påverkade väntetiden. Ibland verkade det som att ingen fick hjälp och de undrade varför de som väntat kortare tid fick komma före (Wellstooda et al., 2005; Cross et al., 2005). Patienter beskrev att de funderade över vad som hände bakom stängda dörrar och över sjuksköterskornas arbetsuppgifter (Nyström et al., 2003; Cross et al., 2005). Patienter fick inte tillräcklig information (Nyström et al., 2003; Kihlgren et al., 2004; Olsson & Hansagi, 2001).

Några patienter förklarade att orsaker till varför de sökte med icke akuta besvär berodde på missuppfattningar om var de skulle söka vård och att det fanns olika ställen för olika besvär (Lo & McKechnie, 2007; Cross et al., 2005). De uttryckte önskemål om mer generella direktiv och bättre information om att de borde ha sökt på vårdcentralen istället för akutmottagningen (Cross et al., 2005). Patienter uttryckte att önskemål om att få vara delaktig vid beslut rörande att bli inlagd eller hemskickad från sjukhuset var extremt viktigt. De var medvetna om att läkarens beslut var direkt avgörande för om de skulle lämna akutmottagningen eller om det var nödvändigt med flera undersökningar. Men det var inte alla som visste vilken läkare som var ansvarig för vården eller när läkaren skulle komma (Kihlgren et al., 2004). De vågade inte lämna rummet för att gå på toaletten eller ringa ifall de skulle missa någon information och något tillfälle att ställa egna frågor (Kihlgren et al., 2004; Olsson & Hansagi, 2001).

They could explain a bit more. Even if you are sick it is important to be able to understand what is going on (Nydén et al., 2003, s.277)

Vilja bli respekterad och inte vara till besvär

Patienter i studier beskrev att de kom till akutmottagningen, väl medvetna om att deras bedömning av vad som var akut skiljde sig från akutmottagningens personal (Olsson & Hansagi, 2001; Nyström et al., 2003; Cross et al., 2005). När sjuksköterskor tog emot och gjorde sin bedömning gjordes detta på rutin eller genom att visa synbar stress och brist på intresse (Kihlgren et al., 2004). De var medvetna om att de inte sökte på rätt vårdinrättning därför undvek de att konfrontera sjuksköterskor med sin missbelåtenhet (Nyström et al., 2003). Patienter ville inte bli betraktade som att de sökte utan anledning (Nyström et al., 2003; Cross et al., 2005; Olsson & Hansagi, 2001). De ville bli respekterade och accepterade som riktiga patienter (Nydén et al., 2003; Kihlgren et al., 2004). Att bli betraktad som ett

objekt och inte som en individ upplevdes som kränkande. Vissa av sjuksköterskorna beskrevs som att de gled omkring och tog ingen notis om dem (Nyström et al., 2003).

En viktig detalj i upplevelsen av att bli väl omhändertagen var att de gavs möjlighet att förklara varför de kommit till akutmottagningen (Nyström et al., 2003; Kihlgren et al., 2004; Cross et al., 2005). Patienter beskrev att när de kom till akutmottagningen och blev mottagna av en sjuksköterska som kom ihåg att hon pratat med honom i telefonen så upplevdes detta positivt (Nydén et al., 2003). Tillfredsställelse med vården minskade när personalen nedvärderade deras symtom (Olsson & Hansagi, 2001; Nydén et al., 2003). Det var viktigt att bli trodd. Flera patienter beskrev att sjuksköterskorna var tveksamma, när de beskrev sina problem och de insåg att sjuksköterskorna inte riktigt trodde på deras skäl att besöka akutmottagningen (Nydén et al., 2003; Nystrom et al., 2003).

They seemed to think that there is nothing wrong with me. They seemed to think that I just came to the ECU for no reason at all. I have heard them say as much (Nydén et al., 2003, s.272)

Önskan att få mer uppmärksamhet var ständigt återkommande (Nyström et al., 2003; Nydén et al., 2003; Kihlgren et al., 2004). Möjligheten till uppmärksamhet varierade, beroende av vilken sjuksköterska som arbetade. Några sjuksköterskor tog sig tid att undersöka patienters behov men många gjorde det inte (Nyström et al., 2003). Det var inte trevligt att bli omhändertagen av någon som inte riktigt brydde sig (Nydén et al., 2003; Wellstoda et al., 2005). När patienter uttryckte sin besvikelse över nonchalant personal togs detta bara upp med närstående. De undvek att konfrontera sjuksköterskor direkt med sitt missnöje, utan valde att vända sin kritik från sjuksköterskorna. Patienter beskrev att det inte var rättvist att klaga på sjuksköterskorna och var angelägna om att betona att de inte brukade klaga. Att uttrycka besvikelse och samtidigt behålla sin ambition att ha en bra relation till sjuksköterskor var ofta svår att kombinera. Det var enklare att behålla den personliga integriteten och stoltheten under de långa timmarna av väntan på akuten om de hade en bra relation med sjuksköterskorna och blev behandlad på ett vänligt sätt av dem. De upplevde att det ibland kunde vara svårt att hitta en balans för att behålla den personliga integriteten. Att vara en ”bra” patient var en strategi som nyttjades för att behålla den personliga integriteten och stoltheten (Nyström et al., 2003).

I wish it were possible to give me more attention. But I am not the only patient in this ECU. If you think about it, it makes sense (Nyström et al., 2003, s.25).

Sjuksköterskornas stressiga arbetsmiljö inverkade negativt på patienternas förväntningar på vården, de gav en känsla av att de la ytterligare börda på sjuksköterskorna (Nyström et al., 2003). I flera studier framkom att patienter försökte hitta på ursäkter för bristen på omvårdnad och sökte andra vägar för att uttrycka sina känslor och inte konfrontera sjuksköterskorna. Den enklaste vägen var att skylla på någon de inte träffade t.ex. chefer eller politiker (Nyström et al., 2003; Nydén et al., 2003; Kihlgren et al., 2004; Masso et al., 2007). De uttryckte att det var chefernas fel att personalen inte hade tid, upplevelsen var att personalen sprang omkring och hade mycket att göra (Kihlgren et al., 2003). Patienter frågade ibland efter filter och kuddar men det var inte vanligt då de inte ville besvära. De blev trötta och led av smärta men de framförde bara klagomålen till sina anhöriga, inte till personalen (Kihlgren et al., 2004). Patienter var medvetna om att det var lite personal på akutmottagningen och tyckte därför att de inte kunde förvänta sig att bli omhändertagen av sjuksköterskor (Nydén et al., 2003).

It's the big guys' fault that staffs don't have time for me, as you can see everyone's running around and they have a lot of work to do (Kihlgren et al., 2004, s.172)

När patienter var rädda, var det av stor vikt att kunna lita på den medicinska kompetensen (Nyström et al., 2003; Kihlgren et al., 2004). Skillnaden låg inte i vad de egentligen gjorde, istället var det deras attityd som var det viktiga, att de visade tålmod och vänlighet (Nyström et al., 2003; Nydén et al., 2003). Flera patienter förklarade att personalens medicinska kunskaper, ett vänligt bemötande och en positiv attityd förstärkte känsla av tillit (Kihlgren et al., 2004). Några patienter upplevde samspelet med sjuksköterskorna som positivt och beskrev att de var uppmärksamma och omtänksamma (Nydén et al., 2003; Kihlgren et al., 2004). I flera studier beskrev patienter att de kändes tryggt att personal alltid fanns i korridoren så att de alltid kunde säga till en sjuksköterska vid behov (Nydén et al., 2003; Nyström et al., 2003; Kihlgren et al., 2004). Patienter berättade att så länge han hade ringklockan liggande på bröstet så behövde han inte vara bekymrad över att få hjälp om det var nödvändigt (Nydén et al., 2003).

I just want to say that I feel secure after having arrived at the ECU. I know that I will get help. If they can't do it, no one can (Nyström et al., 2003, s.24).

Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva icke akuta patienters upplevelse av akutmottagning. Analysen resulterade i tre kategorier; att akutmottagningen var det snabbaste och bästa sättet att få hjälp med sitt lidande, väntan kan accepteras men kan också förstärka oron beroende på bristande information och att vilja bli respekterad och inte vara till besvär.

I kategorin akutmottagningen var det snabbaste och bästa sättet att få hjälp med sitt lidande framkom att patienter besökte akutmottagningar därför att det var bra öppettider, den bästa servicen och den mest kompletta vården. Patienter visste vilken service som fanns där och det var viktigt att få den service som passade dem. Det framkom även ett missnöje med primärvårdens kompetens och service. Detta resultat överensstämde med Boushy och Dubinskys studie (1999), som beskrev vilka faktorer som styrde patienters val att söka vård på akutmottagning. De fann att när patienter inte visste vilken service primärvården kunde erbjuda så var akutmottagningen ett bekvämt alternativ, som alltid var öppet och inte krävde någon tidsbokning. Liknande resultat framkom i Rieffe, Oosterveld, Wijkel och Wiefferinks studie (1999) som föreslog att primärvården på ett mer offensivt sätt borde locka över personer genom utbildning, information och en ökad tillgänglighet. Petersen, Burstin, O'Neil, Rav och Brennaanm (1998), menade att frånvaro av en etablerad kontakt inom primärvården var direkt relaterat till om de sökte vård på akutmottagningen för icke akuta besvär.

I denna litteraturstudie beskrev patienter varför de valde att söka vård på akutmottagning och vilka besvär som föranledde detta besök. Patienter uppfattade sina besvär som så akuta att de var i behov av vård direkt. Även i Nyström, Dahlberg och Carlssons studie (2003), som analyserade korta vårdmöten på akutmottagning, lyfte fram att när patienter var bekymrade och uppfattade sina besvär som akuta, var det angeläget att de fick snabb hjälp. Northington, Brice och Zou (2005), skrev att när patienter ville ha hjälp på en gång var akutmottagning ett naturligt val. Baillie (2005), som studerade vårdrelationer på akutmottagning, menade att det var viktigt att sjuksköterskor respekterade patienters känslor och bekräftade dem då patienter upplevde sitt tillstånd som brådskande, kanske till och med livshotande.

I vår litteraturstudie beskrev patienter sitt vårdbehov och lidande. Fagerström, Eriksson och Bergbom (1998), ansåg att vårdbehov var ett tecken på lidande. Patienters vårdbehov kunde tolkas och förstås utifrån deras upplevelse av lidande och hälsa. Att tolka och förstå vårdbehov var en av sjuksköterskors viktigaste uppgifter och krävde att dessa såg hela

människan, inte bara sjukdomen. Little (2002), beskrev att akutmottagning är starten på vården då allt är som mest traumatiskt och fyllt av mänskligt lidande men att det inte fanns några studier som belyste denna erfarenhet och perspektiv av lidande. Vårdmöten på akutmottagningen var korta och oplanerade. Det fanns svårigheter med att göra något åt orsaker till patienters lidande utan koncentrationen låg på att skapa komfort för stunden.

I vår kategori väntan kan accepteras men kan också förstärka oro beroende på bristande information, framkom att det var acceptabelt att vänta om patienter visste vad de väntade på. Detta styrks av Thompson, Yarnold, Williams och Adams (1996), studie av väntetider på akutmottagning som visade att patienters tillfredsställelse var starkare knuten till den förväntade väntetiden än till den faktiska. De flesta som väntade kortare tid än förväntat var väldigt nöjda med sina besök på akutmottagningen. Tillfredsställelse blev lidande till följd av bristande uppmärksamhet från personalen. Även Sun et al. (2000), såg att tillfredställelsen var oberoende av den verklig väntetid och den totala tiden på akutmottagningen.

I denna litteraturstudie beskrev patienter sina upplevelser av prioriteringsprocessen, hur de uppfattade prioriteringen, som utgjorde stommen till deras väntan. Patienter förvandlades till icke akuta efter sjuksköterskors initiala bedömning och prioritering. Bedömning och prioritering var en komplicerad, komplex process och svår att förstå för den oinvigde. Sjuksköterskor gjorde en bedömning, identifierade besvär och planerade vad patienter hade för behov samt tog beslut om fortsatt vård. Den första blicken gjordes innan samtalet och detta första intryck låg till bas för de följande frågorna (Sbaih, 1998). Sjuksköterskor gjorde en holistisk bild av patienten, dennes besvär och hur dessa besvär påverkade patienten i sin situation. Den intuitiva bedömningen utgick ifrån att alla hade en unik historia (Edwards, 2007).

Bedömningen utgick från frågor där sjuksköterskor ville veta vad som var fel och inte normalt. Frågan gällande tiden var avgörande (Sbaih, 1998). Hur länge besvären pågått var bestämmande då långvariga besvär alltid prioriteras ner. En annan avgörande utgångspunkt var smärtan, långvarig smärta hade låg prioritet (Andersson, Omberg & Svedlund, 2006).

Sjuksköterskan frågade, såg, lyssnade och kände. Bedömningen och prioriteringen skedde under en begränsad tid, några minuter (Sbaih, 1998). Prioriteringsnivån reglerade tiden, såg Banerjea och Carter (2006) i sin studie om väntetider på akutmottagning. Det var väldigt liten

del av besöket som gick åt till verklig omvårdnad, från sjuksköterskorna och ännu mindre tid med läkarna, resten av tiden väntade de. Nyström (2002), fann att icke akuta patienter förväntades kunna vänta i flera timmar men behovet av omvårdnad var inte inordnat i prioriteringssystemet.

I resultatet beskrev patienter att det var hemskt att vänta, då kom känslan av ensamhet och att ingen brydde sig. Detta styrks i Muntlin, Gunningberg och Carlssons studie (2006), om patienters upplevelse av omvårdnad på akutmottagning. Patienter upplevde att de inte blev sedda av sjuksköterskor. Karro, Dent och Farish (2005), studerade riskerna med att kränka den personliga integriteten på akutmottagning och fann att lång väntetid ökade denna risk. Eriksson (1994), beskrev att vi i en vårdrelation mötte tre sorters lidande - sjukdomslidande, vårdlidande, och lidandet i livet. Lidandet kunde inte elimineras men det kunde lindras genom att inte kränka värdigheten, inte fördöma, inte missbruka makt utan istället ge den vård som behövdes. I en vårdrelation bör man vara medveten om att lidandet kräver en bekräftelse. Att man har sett och helst förstått.

Akutmottagningens miljö var viktig när patienter väntade länge, andra behov än rent medicinska blev mer framträdande. Miljön var inte vad de förväntade sig och inte anpassad för att vänta länge. Patienter beskrev akutmottagningen som en katastrofzon från en annan värld, med en miljö som var överfylld, smutsig och saknade resurser (Coughlan & Corry, 2007). De ansåg att det behövdes låsbara skåp för kläder och värdesaker och önskade att stolarna borde vara bekvämare. De ville ha tillgång till telefon och tyckte att miljön borde vara trevligare. Patienter tyckte att de fick för lite mat och dryck (Muntlin et al., 2006). Frånvaro av utrymmen för sekretesskyddade samtal hämmar kommunikationen och alla behov kan inte identifieras (Olive, 2003).

I denna litteraturstudie beskrev patienter att de inte visste vad som hände och fick heller ingen information. Detta resultat överensstämde med Muntlin et al., (2006), som visade att mer än en tredjedel av patienter på akutmottagning inte visste varför och vad de väntade på. Sun et al. (2000), såg i sin studie av patienters tillfredsställelse och upplevd väntetid och även viljan att återvända till akutmottagning, byggde på kommunikation och information. I Goodacre och Websters studie (2005) av dem som väntat längst på akutmottagning framkom att det var viktigare att få information om tiden, än det var att vänta. Thompson et al. (1996), fann att

patienter som fick kontinuerlig information om troliga väntetider upplevde högre tillfredsställelse.

Patienter uppfattade att sjuksköterskorna inte hade så stor möjlighet att påverka väntetiden. Dessa fynd tydde på att väntetidens förväntningar och uppfattningar förutsatte bra information och gav uttryck åt att kvalitet på informationen kanske var en mer effektiv strategi än att förkorta väntetiderna. Författarna skrev att den bästa metoden för en innehållsrik information t.ex. skriven instruktion, videofilm eller muntlig information ännu inte var fastställd. Enligt Mayer och Zimmermann (1999), var det svårt att förkorta verklig väntetid, sjuksköterskor måste förklara varför och få patienter att känna sig viktiga, ingen ville känna sig ignorerad och oviktig.

I kategorin vilja bli respekterad och inte vara till besvär framkom att det var viktigt att bli sedd och att inte bli betraktad som att de sökte i onödan. Att bli förnekad, att vara en lidande människa innebär ett vårdlidande (Dahlberg, 2002). Begreppet vård innefattade att lägga märke till andras situationer när det gällde hälsa och välbefinnande. Detta begrepp betonade vikten av lyhördhet och uppmärksamhet. Det framhävde också det unika hos patienter och situationer. Patienter var individer med egna behov, önskningar, trosföreställningar och viljor, inte bara en trasig arm (Kuhse, 1999). Omvårdnad kunde skapas när sjuksköterskan med moraliskt och äkta medvetenhet mötte patienters behov och använde sin kunskap baserad på klinisk kompetens (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002).

Det fanns en förnimmelse av att icke akuta patienter inte alltid betraktades som viktiga och inte alla av dessa patienter erhöll en holistisk omvårdnad, vilket var inkonsekvent med sjuksköterskors filosofi (Olive, 2003). Det fanns sjuksköterskor och läkare som undrade varför vissa patienter brydde sig om att komma till akutmottagningen överhuvudtaget och bakom uttryck som olämpliga, icke akuta besök hittades negativa attityder. Att rädda liv ansågs som den mest stimulerande arbetsuppgiften och i jämförelse med det betraktade sjuksköterskor icke akuta patienters vårdbehov, som mindre stimulerande (Nyström, 2002; Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003).

I den här litteraturstudien återkom önskemål om att få mer uppmärksamhet. Sjuksköterskor hade som mål att tillhandahålla omvårdnad med helhetssyn till icke akuta patienter som kom

till akutmottagning. Det som begränsade detta var den splittrade vården med delat patientansvar då information tappades mellan stolar (Olive, 2003). Rutinerna på akutmottagning kunde liknas med industriell verksamhet, alla sjuksköterskor var stationerade på speciella sektioner och alla hade över var sin funktion. På många akutmottagningar fanns en koordinator som samordnade inkommande information från andra sjuksköterskor, ordinationer från läkare och utgående order som fullgjordes av ledig sjuksköterska. När det inte fanns patientansvariga sjuksköterskor utan många inblandade så blev situationen splittrad för patienter (Nyström, 2002). Då vården var splittrad förstod inte patienter vad som hände och vem som var ansvarig för vad utan betraktade sjuksköterskor som assistenter till läkarna (Nyström et al., 2003).

Raper, Davis och Scott (1999); Sun et al. (2000), fann att patienter med hög prioritet var mest tillfredställda med vården på akutmottagning. De icke akuta var mer missnöjda, då dessa var lågt prioriterade och själva upplevde sina besvär som mer akuta. Desto mer behandling patienter fick på akutmottagning desto mer ökade tillfredställelsen och känslan av att bli omhändertagen. Baldursdottir och Jonsdottir (2002), däremot fann ingen skillnad i tillfredställelsen som var relaterad till triagenivån. Det fyndet skiljde sig från andra studier men visade att oavsett hur allvarliga besvären än var så fanns samma behov av att känna sig omhändertagen.

Även Muntlin et al. (2006), tryckte på att alla patienter hade rätt till en hög kvalitet på omvårdnaden oavsett hur små deras besvär var. Sjukvården idag måste prioritera och det är viktigt att lyssna på patienterna. Nya attityder och arbetsrutiner var behövliga för att ge effektiv vård. Patienter vill bli behandlade som enskilda individer och inte som en grupp.

I vår litteraturstudie beskrev patienter att akutmottagningens stressiga miljö verkade negativt och gav dessa en känsla av att vara en börda. Detta styrks av Coughlan och Corrys studie (2007) av patienter med lång väntetid på akutmottagning. Även dessa uppfattade personal som underbemannad och accepterade sin vård när de såg att sjuksköterskorna inte hann göra det på ett bättre sätt. De var positiva till sjuksköterskornas attityd men vården upplevdes inte optimal. Patienter ville inte klaga, de såg under vilka förhållanden som personalen arbetade och såg att andra patienter var i större behov av hjälp. Baldursdottir och Jonsdottirs studie (2002) av omvårdnad på akutmottagning såg att hög arbetsbelastning och få sjuksköterskor bidrog till en försämrad omvårdnad. Dahlberg (2002), menade att när en lidande patient blev åsidosatt skapade detta vårdlidande. Sørlie, Kihlgren och Kihlgrens studie (2005) av etiska

frågeställningar på akutmottagning lyfte fram, att icke akuta patienter behövde en annan sorts vård än den som kunde ges på en akutmottagning. En lugnare och mer planerad miljö med personal, som på ett bättre sätt hade tid för dessa.

I litteraturstudien beskrevs hur viktiga sjuksköterskors attityd var för upplevelsen av trygghet. Detta stryktes av Thompson et al. studie (1996), sjuksköterskor attityd tillsammans med att patienter fick en känsla av kompetens, professionalism och omvårdnad var viktig. Baldursdottir och Jonsdottir (2002), fann att det viktigaste var sjuksköterskors kliniska kompetens, att de visste vad de gjorde och att patienter fick hjälp med mänskliga behov. Det minst viktiga var att de pratade om livet utanför sjukhuset och känslor. Raper et al. (1999) identifierade vänlighet och teknisk kompetens som uppskattad - utmärkande egenskap för akutmottagningens sjuksköterskor. Studien visade även att patienter upplevde en högre tillfredsställelse med sjuksköterskor med högre utbildning. Det var inte omedelbart urskiljbart och det fanns olika teorier då utbildning kunde öka förmågan till helhetssyn. Det var klart bevisat att högre utbildning gav högre tillfredsställelse och underströk vikten av fortbildning för akutmottagningars sjuksköterskor. Det borde ligga ett intresse i att lyfta fram att utbildning inte bara ger snälla, vänliga och tekniskt kunniga sjuksköterskor utan också sjuksköterskor som fokuserade på omvårdnadens kvalitet. Olive (2003) menade att när sjuksköterskor inte såg patienter behov kunde det bero på oerfarenhet. Nyutbildade sjuksköterskor hade inte förmåga att lyfta blicken för det utsagda behovet.

Metoddiskussion

Vi ville med vår kvalitativa litteraturstudie beskriva och belysa icke akuta patienters upplevelse av akutmottagning. Vårt syfte styrde metoden, kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Denna metod tillhandahöll bra information för att frambringa ett intressant och teoretiskt material med minimal förlust av information från originaldata, förutsatt att den användes på rätt sätt. Eftersom innehållsanalys fokuserar på mänsklig kommunikation var det ett ypperligt instrument att använda. En nackdel var att den är tidskrävande (Downe-Wamboldt, 1992).

Arbetet med analysen gjordes om då vi i första stegen hade för bråttom och såg kategorierna direkt från textenheterna, kanske beroende av vår förförståelse. Vi var medvetna om vår förförståelse och att den styrde vårt intresse. Men med en medvetenhet om att vara objektiv så

ansåg vi att den inte återspeglades i resultatet. Författarna har under arbetets gång medverkat i tre seminarier där utomstående varit delaktiga och gett konstruktiv kritik. Analysen omarbetades ett flertal gånger, utan tolkning och med en kontinuerlig tillbakagång till originaltexterna. Begränsningen av vår litteraturstudie var att syftet var stort och innefattade en väldigt stor patientgrupp och hela processen på akutmottagning. Resultatet visar en bredd istället för en tyngd då vi valde att inte fokuserade på ett fenomen.

Tillförlitlighet i litteraturstudien ligger i att vi i denna studie kontinuerligt återgick till originaltexterna och därmed försökte fånga verkligheten, som de icke akuta patienterna beskrev, på ett trovärdigt sätt. Pålitligheten styrks genom att vi detaljerat har beskrivit vår väg, varit exakta och noggranna i resultatet och genom att vi använt citat i resultatdelen.

Slutsatser

Överfyllda akutmottagningar är ett problem som inte kan lösas av akutmottagningarna själva. Det är ett resultat av en komplex sammansatt situation som är för allvarlig att ignorera och måste långsiktigt ses över. Icke akuta patienters situation och deras behov borde uppmärksammas mer då dessa patienter utgör en betydande del av akutmottagningens alla besök. Vi har själva arbetat många år på akutmottagning och träffat dessa patienter. Det är en utsatt grupp som hela tiden kommer i andra hand efter alla svårt sjuka patienter. Därför tyckte vi att det skulle vara intressant att göra litteraturstudie som lyfter fram dessa patienter. Förändringsarbete måste påbörjas dels på akutmottagningar men även på politikernivå för att få till stånd ett helt annat tänkande, när det gäller vård på akutmottagningar. Så länge det finns en tro att akutmottagningens patienter inte behöver omvårdnad att de bara väntar på läkares undersökning kan utvecklingen på akutmottagning inte gå vidare. Arbete i en miljö, som är fylld av medicinska uppgifter gör det ännu mer betydelsefullt att framhäva vikten av omvårdnad. Vi har med denna litteraturstudie försökt beskriva icke akuta patienters upplevelse av akutmottagning, vad de möter när de vill ha hjälp. Det finns många luckor att fylla gällande omvårdnad på akutmottagning vilket vi tror skulle förbättras genom en nationell specialistutbildning. Nationella riktlinjer kan kanske inte påverka systemet och dess fel, men lyfta vår profession och omvårdnaden för de personer, som dagligen söker akut vård oavsett prioriteringsnivå. Omvårdnadsbehovet är individuellt och det är sjuksköterskornas arbetsuppgift att i bästa möjliga mån kunna identifiera detta vårdbehov. Icke omvårdande möten lämnar oförglömliga minnen hos patienten och det är viktigt att fokus läggs på detta.

Denna litteraturstudie kan förhoppningsvis bidra till ökad förståelse, kunskap och medvetenhet samt väcka nya frågor som kan lyftas fram för att belysa dessa personers upplevelse. Vi hoppas att vårt resultat kommer att vara användbart på akutmottagning där omvårdnaden är en viktig del för patienter vid långa väntetider.

Referenser

Artiklar markerade med asterisk () ingår i resultatskrivningen*

- Andersson, A-K., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors, which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care, 11*, 136-145.
- Baldursdottir, G., & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviours as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart and Lung, 31*, 67-75.
- Baillie, L. (2005). An exploration of nurse - patient relationships in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing, 13*, 9-14.
- Banerjea, K., & Carter, A. (2006). Waiting and interaction times for patients in a developing country accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal, 23*, 286-290.
- Beland, F., Lemay, A., & Boucher, M. (1998). Patterns of visits to hospital-based emergency rooms. *Social science & medicine, 47*, 165- 179.
- Bezzina, A., Smith, P., Cromwell, D., & Eagar, K. (2005). Primary care patients in the emergency department: Who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia, 17*, 472-479.
- Boushy, D., & Dubinsky, I. (1999). Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *The Journal of Emergency Medicine, 17*, 405-412.
- Byrne, M., Murphy, A., Plunkett, P., McGee, H., Murray, A., & Bury, G. (2003). Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Annals of Emergency Medicine, 41*, 309-318.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today, 11*, 461-466.
- Cooper, S., & Endacott, R. (2007). Generic qualitative research: a design for qualitative research in emergency care? *Emergency Medicine Journal, 24*, 816-819.
- *Coleman P, Irons R., & Nicholl J. (2001). Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emergency medicine journal, 18*, 482-487.
- Coughlan, M., & Corry, M. (2007). The experiences of patients and relatives/significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: a qualitative descriptive study. *Accident and Emergency Nursing, 15*, 201-209.
- *Cross, E., Goodacre, S., O'Cathain, A., & Arnold, J. (2005). Rationing in the emergency department: the good, the bad, and the unacceptable. *Emergency medicine journal, 22*, 171-176.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidandet det onödiga lidandet. *Vård i Norden, 22*, 4-8.
- Derlet, R., & Richards, J. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of Emergency Medicine, 35*, 63-68.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care for Women International, 13*, 313-321.
- Edwards, B. (2007). Walking in – initial visualisation and assessment at triage. *Accident and Emergency Nursing, 15*, 73-78
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB

- Fagerström, L., Eriksson, K., & Bergbom, I. (1998). The patients perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 978-987.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Goodacre, S., & Webster, A. (2005). Who waits longest in the emergency department and who leaves without being seen? *Emergency Medicine Journal*, 22, 93-96.
- *Guttman, N. (2003). The many faces of access: reasons for medically no urgent emergency Department Visits. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28, 1089-1120.
- Göransson, K., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005). Triage in emergency departments: national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1067-1074.
- Hansagi, H., Olsson, M., Sjöberg, S., Tomson, Y., & Göransson, S. (2001). Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Annals of Emergency Medicine*, 37, 561-567.
- *Howard, M., Davis, B., Anderson, C., Cherry, D., Koller, P., Shelton, D., & Ky, P. (2005). Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *Journal of Emergency nursing*, 31, 429-435.
- Karro, J., Dent, A., & Farish, S. (2005). Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 17, 117-123.
- *Kihlgren, I., Larsson, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian journal of caring sciences* 18, 169-176.
- *Koziol-McLain, J., Price, D., Weiss, B., & Quinn, A. (2000). Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. *Journal of Emergency nursing* 26, 554-563.
- Kuhse, H. (1999). *Kvinnor, sjuksköterskor och etik*. Falun: Thales
- Little, S. (2002). Vicarious traumatization. *Emergency Nurse*, 10, 27-31.
- *Lo, S., & McKechnie, S. (2007). Perceptions of service quality and sacrifice in patients with minor medical conditions using emergency care. *International Journal of clinical practise*, 61, 596-602.
- Lucas, T., & Sanford, S. (1998). An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Annals of Emergency Medicine* 32, 563-568.
- MacLean, S., Bayley, E., Cole, F., Bernardo, L., Lenaghan, P., & Manton, A. (1999). The lunar project: a description of the population of individuals who seek health care at emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 25, 269-282.
- Malone, R. (1995). Heavy users of emergency services. Social construction of a policy problem. *Social science & medicine*, 40, 469-477.
- *Masso, M., Bezzina, A., Siminski, P., Middleton, R., & Eagar, K. (2007). Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: reasons given by patients and clinicians differ. *Emergency Medicine Australasia*, 19, 333-340.
- Mayer, T., & Zimmermann, P. (1999). ED customer satisfaction survival skills: one hospital's experience. *Journal of emergency nursing*, 25, 187-191.

- 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*, 1045–1056.
- Murphy, A. (1998). Inappropriate attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Family Practise*, *15*, 23-32.
- Nortington, W. Brice, J., & Zou, B. (2005). Use of an emergency department by nonurgent patients. *The American Journal of Emergency Medicine*, *23*, 131-137.
- * Nydén, K., Pettersson, M., & Nyström, M. (2003). Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing* *12*, 68–274.
- Nyström, M. (2002). Inadequate nursing care in an emergency care unit in Sweden: lack of a holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, *20*, 403-417.
- Nyström, M., Dahlberg, K., & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, *40*, 761–769.
- *Nyström, M., Nydén, K., & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit—a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing*, *11*, 22–26.
- Olive, P. (2003). The holistic nursing care of patients with minor injuries attending the A&E department. *Accident and Emergency Nursing*, *11*, 27–32.
- *Olsson, M., & Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emergency medicine journal*, *18*, 430-434.
- Petersen, L., Burstin, E., O'Neil, A., Rav, J., & Brennaam, T. (1998). Nonurgent emergency department visits. *Medical Care*, *36*, 1249-1255.
- Raper, J., Davis, B., & Scott, L. (1999). Patient satisfaction with emergency department triage nursing care: a multicenter study. *Journal of Nursing Care Quality*, *13*, 11–24.
- Rassin, M., Nasie, A., Bechor, Y., Weiss, G., & Silner, D. (2006). The characteristics of self-referrals to ER for non-urgent conditions and comparison of urgency evaluation between patients and nurses. *Accident and Emergency Nursing*, *14*, 20–26.
- Rieffe, C., Oosterveld, R., Wijkkel, D., & Wiefferink C. (1999). Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, *7*, 217-225.
- Sanders, J., (2000). A review of health professional attitudes and patient perceptions on 'inappropriate' accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales. *Journal of Advanced Nursing*, *31*, 1097-1105.
- Sbaih, L. (1998) Initial assessment in the A & E department, b. *Accident and Emergency Nursing*, *6*, 2-6.
- Sbaih, L. (1998) Initial assessment in the A & E department, c. *Accident and Emergency Nursing*, *6*, 70-74.
- Sun, B., Adams, J., Orav, J., Rucker, D., Brennan, T., & Burstin, H.,(2000) Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, *35*, 426-434.
- Sørli, V., Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2005). Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses. *Nursing Ethics*, *12*, 133-142.

Thompson, D., Yarnold, P., Williams, D., & Adams, S. (1996). Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 657-665

*Wellstoda, K., Wilsona, K., & Eylesa, J. (2005). Unless you went in with your head under your arm. Patient perceptions of emergency room visits. *Canada Social Science & Medicine*, 61, 2363-2373.

Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 422-429

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Kvalitetsgranskning av artiklar: protokoll kvalitativ studie

1. Typ av studie

2. Är resultaten i denna studie tillförlitliga?

Finns en tydlig avgränsning, problemformulering och syfte?

Är urvalet av deltagare tydligt beskrivet?

- Inkluderade
- Exkluderade

Är kontext/sammanhang för studien tydligt beskrivet?

Är metoden tydligt beskriven?

- Datainsamling
- Dataanalys

3. Etiskt resonemang

Finns ett etiskt resonemang beskrivet?

4. Vad visar studien för resultat?

Är resultaten logiskt, begripligt och kommunicerbart beskrivna?

Kvalitetsbetyg

Gradera kvalitén

Hög

Medel

Låg

Kommentar:

.....
.....

Kvalitetsgranskning av artiklar: protokoll kvantitativ studie

1. **Typ av studie?**
 2. **Finns tydlig avgränsning/problemformulering/syfte?**
 3. **Bedöm antalet deltagare utifrån frågeställning och metod**
 - Är urvalsförfarande tydligt?
 - Är randomiseringsförfarande tydligt och adekvat?
 - Är kriterier för inkluderade beskrivet?
 - Är kriterier för exkluderade beskrivet?
 - Hur stort är bortfallet?
 4. **Är kontext/sammanhang tydligt beskrivet?**
 5. **Om det är en interventionsstudie, är interventionen tydligt avgränsad?**
 6. **Finns ett relevant etiskt resonemang**
 7. **Är metoden tydlig beskriven och adekvat för frågeställning?**
 - Datainsamling
 - Dataanalys
 8. **Är resultat logiskt, begripligt, kommunicerbart och generaliserbart?**
 - Är resultaten valida?
 - Är resultaten reliabla?
 9. **Kvalitetsbetyg**
- Gradera kvalitén Hög Medel Låg

Kommentar:

.....