



EXAMENSARBETE

HT 2016

Sektionen för hälsa och samhälle  
Omvårdnad 15Hp

# **I sjuksköterskans händer: om patienttillfredsställelse på svenska akutmottagningar**

Författare

Camilla Hindorf

Malin Tillgren

Handledare

Lena Bjerström

Examinator

Lars Axelsson

# I sjuksköterskans händer

## Om patienttillfredsställelse på svenska akutmottagningar

Författare: Camilla Hindorf och Malin Tillgren

Handledare: Lena Bjerström

Litteraturstudie

Datum 161122

### Sammanfattning

**Bakgrund:** Trycket på svenska akutmottagningar har ökat de senaste åren med fler sökande och längre väntetider. Patienter som söker vård kan uppleva en bristande tillfredsställelse. För att uppnå god patienttillfredsställelse är en avgörande faktor förhållandet mellan sjuksköterskan och personen som får vård. Patienttillfredsställelse beskrivs som ett resultat av interaktionen mellan förväntningen på omvårdnaden och upplevelsen av omvårdnaden som erhållits. Omvårdnad innebär bland annat att bry sig om, engagera sig och vara öppen för andra för att kunna förstå deras situation. **Syfte:** Att belysa patienttillfredsställelse på svenska akutmottagningar ur ett omvårdnadsperspektiv. **Metod:** Litteraturstudie baserad på kvalitativa och kvantitativa artiklar. **Resultat:** Studiens resultat visar att få information, bli delaktig, känna trygghet och uppleva förtroendefulla relationer ökar patienttillfredsställelsen och att sjuksköterskan har en betydande roll i patienternas upplevelse. Det visar även att patienterna upplever en oviss väntan och att vara i beroendeställning till sjuksköterskan. **Slutsats:** För att öka patienttillfredsställelsen kan införandet av personcentrerad vård och KASAM göra skillnad. Även omvårdnadshandledning och reflektion kan öka medvetenheten hos sjuksköterskan där patienten är en unik person med unika upplevelser.

Nyckelord: Patienttillfredsställelse, omvårdnad, Sverige, akutmottagningar

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
Design .....	6
Urval.....	6
Undersökningens genomförande .....	6
Analys .....	7
Förförståelse.....	8
Etiska överväganden .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
Oviss väntan.....	9
Behov av information .....	11
I beroendeställning.....	11
Förtroendefulla relationer .....	12
Känna trygghet.....	13
Bli delaktig.....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>15</b>
Metoddiskussion .....	15
Resultatdiskussion.....	16
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>21</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>22</b>

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Röda korsets granskningsmall

Bilaga 3 Artikelöversikt

## BAKGRUND

Patienter som söker vård på en akutmottagning kan uppleva en bristande tillfredsställelse och även en frustration, personalen får höra kommenterar som: Jag har ont och det händer ingenting! När är det min tur? Varför fick de träffa läkare före mig? Finns det inget kösystem här? (Wikström, 2012).

Patienttillfredsställelse beskrivs som ett resultat av interaktionen mellan förväntningen på omvårdnaden och upplevelsen av omvårdnaden som erhållits. För att uppnå god patienttillfredsställelse är en avgörande faktor förhållandet mellan sjuksköterskan och personen som får vård. Interaktion uppstår genom gott samarbete, ärlighet, förståelse, respekt och tillit, vilket kan uppnås om sjuksköterskan har en helhetssyn på omvårdnaden genom att hen lyssnar, är lugn och visar empati (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002).

Det är viktigt att bemöta alla som söker hjälp med respekt och det finns många anledningar till att söka vård. Den gemensamma faktorn är någon form av ohälsa, obehag eller smärta som patienterna förväntar sig att få hjälp med (Wikström, 2012). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården (2 §). För att snabbt identifiera de patienter som är i behov av omedelbar akutsjukvård används triagering, ett sätt att sortera och prioritera de sjuka så att de som är i störst behov får hjälp först (Göransson, Eldh & Jansson, 2008). Beroende på vilken prioritering patienterna får kan den rekommenderade tiden till läkarbedömning variera från omedelbart till en väntan på uppemot tre timmar (Göransson, Ehrenberg & Ehnfors, 2005). Mottagningen delas ofta in i olika kliniker till exempel medicin, kirurgi och ortopedi och beroende på vilka besvär den sökande har tilldelas patienterna en kliniktilhörighet vilket också påverkar vistelsetiden (Wikström, 2012).

Under 2015 var det uppskattningsvis 2,5 miljoner patientbesök på svenska akutmottagningar vilket är en ökning med 4,2 procent från 2013. Medianvistelsetiden

har ökat med 31 minuter från 2010-2015 och uppgick 2015 till 2 timmar och 59 minuter och väntetiden för andelen patienter som får sin första läkarundersökning inom en timme varierade mellan 32 och 78 procent (Socialstyrelsen, 2015).

Både HSL (SFS 1982:763), 2 §, och Patientlagen (SFS 2014:821), 1 kap. 6 §, säger att hälso- och sjukvården ska ge hela befolkningen god hälsa och vård på lika villkor. Patientlagen (SFS 2014:821), 1 kap. 1 §, säger vidare att hälso- och sjukvårdsverksamheter ska stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Dilemman kan uppstå när sjuksköterskan dels snabbt måste ge omvårdnad till flera patienter och dels se till den enskilde patientens behov (Elmqvist, 2011).

Omvårdnad innebär bland annat att bry sig om, engagera sig och vara öppen för andra för att kunna förstå deras situation. I kommunikationen är bekräftelsen särskilt viktig för att patienterna inte ska känna sig okunniga och bortgjorda. Omvårdnad är ett förhållningssätt som rör relationen mellan människor (Norberg, Engström & Nilsson, 1994). Idag bygger omvårdnad på de sex kärnkompetenserna, personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård och förbättringskunskap (Edberg et al., 2013). Personcentrerad vård är en modell som utgår från ett etiskt förhållningssätt där den unika personen sätts i centrum och är en viktig aktör kring sin vård. Personcentrerad vård bygger på tre delar - patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen. Patientberättelsen är den sjuka personens egen berättelse om hans sjukdom, symtom och hur detta påverkar hans liv. Delad information, delat samtal och delat beslutsfattande inom ramen för delaktighet ger partnerskapet. Dokumentationen ska innehålla patientens erfarenheter, preferenser, tro och värden samt den hälsoplan som överenskommit. Huvudintentionen är att uppmuntra och stärka patienten till att aktivt ta del i och hitta lösningar till problemen. Patienten betraktas som en person, en medmänniska och expert på sin upplevelse och vardag (Ekman et al., 2014).

Patienter har olika förmåga att hantera sin sjukdom och smärta och den påverkan den har på hälsan. Enligt Antonovsky (1987) hänger det samman med hur stark KASAM (Känsla Av SAManhang) personen har. KASAM utgår från ett salutogent synsätt och

innefattar begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Ett starkt KASAM innebär att personen har lättare att finna ändamålsenliga copingstrategier för händelsen och därmed bevara sin hälsa än de med svagt KASAM. Sjuksköterskans roll blir att stötta patienterna utifrån hens förutsättningar och ur omvårdnadsperspektivet se till att patienterna får en känsla av sammanhang (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014).

I en artikel som beskriver upplevelser av omvårdnad på akutmottagningar i Storbritannien, Sverige och USA framkom att patienter som fått bekräftelse och uppmärksamhet av sjuksköterskan oftast upplevde en hög grad av tillfredsställelse (Johansson et al., 2002). Författarna ville belysa om detta även gällde enbart på svenska akutmottagningar och vilka faktorer som kunde ha påverkan på patienternas tillfredsställelse av omvårdnaden.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa patienttillfredsställelse på svenska akutmottagningar ur ett omvårdnadsperspektiv.

## **METOD**

### *Design*

Studien gjordes som en allmän litteraturstudie för att beskriva kunskapsläget (Forsberg & Wengström, 2008) och visa vilka olika aspekter som fanns inom området (Polit & Beck, 2014). En allmän litteraturstudie görs med samma noggrannhet och trovärdighet som den litteratur som granskas (Olsson & Sörensen, 2011).

### *Urval*

De inklusionskriterier som användes var patientupplevelser av omvårdnad på svenska somatiska akutmottagningar samt vara skrivna på danska, engelska, norska eller svenska. Exklusionskriterier var pediatrika patienter under 18 år samt artiklar äldre än tio år.

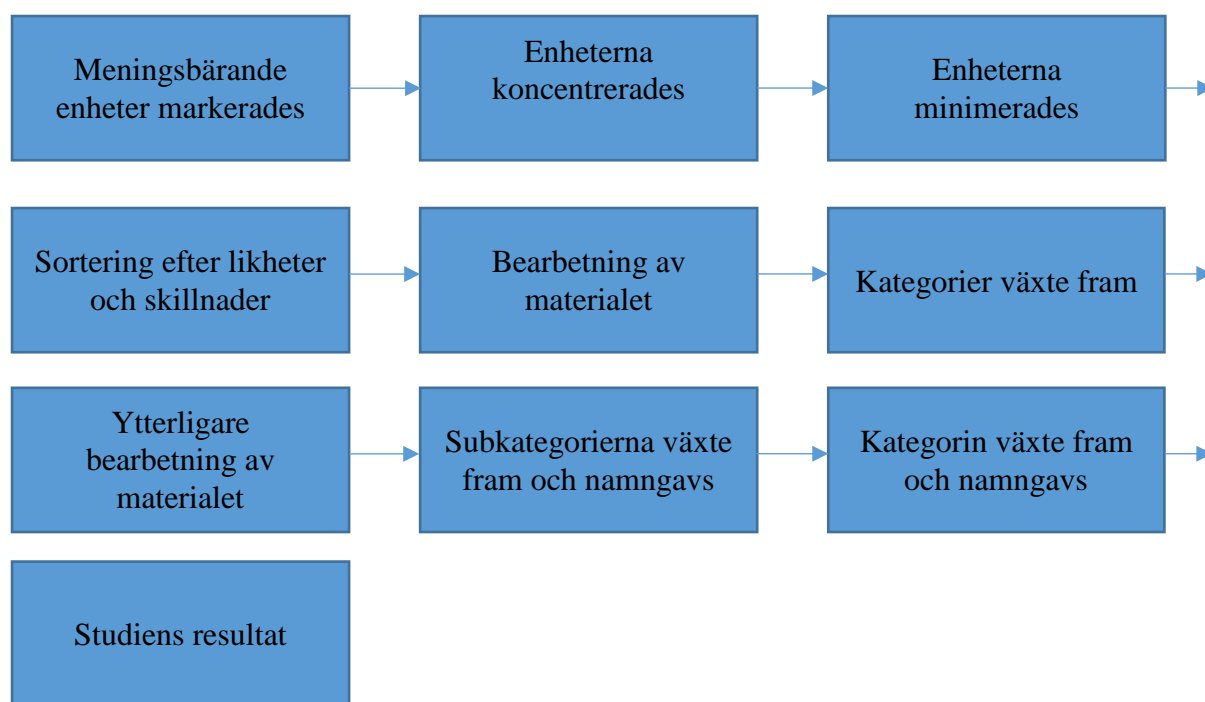
### *Undersökningens genomförande*

Artikelsökningar genomfördes vid upprepade tillfälle (bilaga 1). Utöver sökning i MedSök, som innehåller databaserna CINAHL complete, MEDLINE complete, PsycINFO och Sciencedirect gjordes sökningar i Pubmed samt manuella sökningar. I både Medsök och Pubmed användes MESH-termerna; *patient satisfaction* och *emergency department* samt

sökordet *Sweden*. De booleska operatorerna AND och NOT samt trunkering tillämpades (Polit & Beck, 2014). Begränsningar i form av omvårdnad och Peer review användes. Peer review innebar att artiklarna var granskade akademiskt av särskilt sakkunniga (Olsson & Sörensen, 2011). De artiklar vars titlar och abstracts som tycktes passa till denna studies syfte beställdes/skrevs ut, detta urval gjordes av författarna tillsammans. Artiklarna lästes var och en för sig för att få en känsla för innehållet och sedan fördes diskussioner om resultatdelen svarade till syftet och skulle användas. Därefter kvalitetsgranskades materialet av författarna tillsammans (Rosén, 2012). Kvalitativa artiklar granskades utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet medan de kvantitativa granskades utifrån reliabilitet, validitet och överförbarhet (Wallengren & Henricson, 2012). Röda korsets granskningsmall användes som stöd för att bedöma kvalitén och användbarheten (2005) (bilaga 2). Genom granskningen framkom om de relevanta frågeställningarna i mallen besvarades och huruvida artikeln svarade mot syftet. De artiklar som svarade mot syftet fördes in i artikelöversikten (bilaga 3). Utvalda artiklar lästes igenom flera gånger för att få en känsla för innehållet samt markerades med \* i referenslistan.

### *Analys*

Författarna inspirerades av innehållsanalys, det vill säga utgick från innehållet i texten (Danielson, 2012). Artiklarna lästes var för sig och meningsbärande enheter som belyste patientens tillfredsställelse med omvårdnaden markerades. Därefter genomfördes allt analysarbetet av båda författarna gemensamt. De meningsbärande enheterna koncentrerades, minimerades och sorterades (Olsson & Sörensen, 2011) utifrån likheter och skillnader (Polit & Beck, 2014). Sortering och bearbetning har skett i flera steg för att hitta de mest passande kategorierna och benämningen av dessa har vuxit fram genom analysen av texten. Genom analys och reflektion växte slutligen resultatet fram med subkategorier och kategori (Danielson, 2012) (figur 1).



Figur 1. Beskrivning av författarnas analysarbete som förde fram till resultatet.

### ***Förförståelse***

Förförståelse är vad författarna tror sig veta om ämnet genom utbildning, klinisk erfarenhet och livserfarenhet som kan påverka analysen och därmed resultatet (Olsson & Sörensen, 2011). Den förförståelse som fanns om patienttillfredsställelsen av omvårdnad på svenska akutmottagningar var att väntetiderna var för långa, att patienterna kände sig negligerade, att patienterna inte visste vad som skulle hända eller inom vilken tidsram tex läkaren skulle komma, när undersökningen blev samt att omvårdnaden inte gavs på lika villkor. Författarna har analyserat materialet till studien med öppet sinne och en medvetenhet om att förförståelsen kunde påverka resultatet, dock lades förförståelsen åt sidan under arbetets gång.

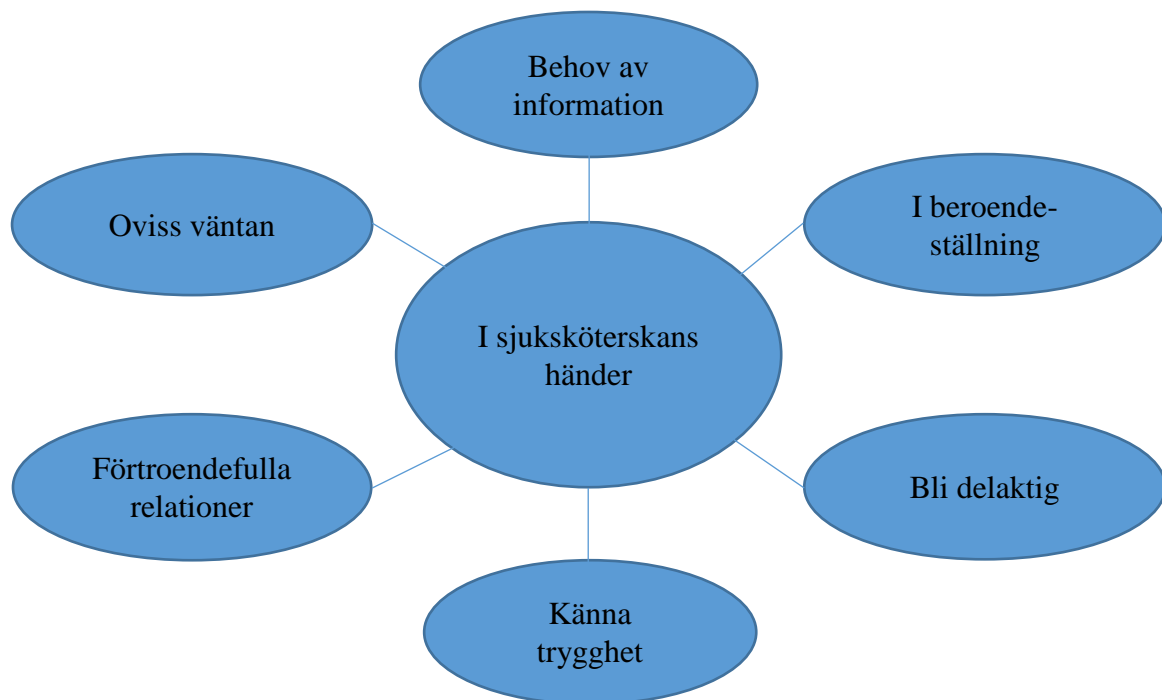
### ***Etiska överväganden***

För att godkännas vid en etisk prövning måste forskningen utföras med respekt för deltagarnas människovärde. I den etiska prövningen beaktas människors grundläggande friheter samt integritet, konfidentialitet och anonymitet (Olsson & Sörensen, 2011). De etiska överväganden som togs hänsyn till var att artiklarna som användes skulle vara godkända av en etisk kommitté eller på annat sätt beskrev hur de gjort sina etiska överväganden (Kjellström, 2012).



## RESULTAT

Studiens resultat baserades på sex kvalitativa och fyra kvantitativa artiklar. I de kvalitativa studierna ingick 84 patienter och i de kvantitativa 983 patienter. Resultatet är indelat i sex subkategorier *oviss väntan, behov av information, i beroendeställning, förtroendefulla relationer, känna trygghet* och *bli delaktig* och kategorin *i sjuksköterskans händer* (figur 2).



Figur 2. Subkategorier: *oviss väntan, behov av information, i beroendeställning, förtroendefulla relationer, känna trygghet* och *bli delaktig* och kategorin: *i sjuksköterskans händer*.

I subkategorierna framkom att sjuksköterskan hade en påverkan på upplevelsen av patienttillfredsställelsen, detta både i positiv och i negativ bemärkelse. Samtliga subkategorier hade som gemensam nämnare att patienterna upplevde sig vara i sjuksköterskans händer.

### *Oviss väntan*

I subkategorin *oviss väntan* beskrivs patienternas upplevelse av väntetiden detta baseras på artiklar av Dahlen, Westin & Adolfsson (2012); Ekwall (2013); Elmqvist, Fridlund & Ekebergh (2011); Franzén, Björnstig, Jansson, Stenlund & Brulin (2006); Göransson & von Rosen (2009); Muntlin, Gunningberg & Carlsson (2006); Möller, Fridlund & Göransson (2010); Olofsson, Carlström & Bäck-Pettersson (2012) och Wiman, Wikblad & Idvall (2007).

Patienterna såg det som en positiv överraskning att snabbt bli omhändertagna när de kom till akutmottagningen (Elmqvist et al., 2011; Muntlin et al., 2006; Wiman et al., 2007) vilket byggde en förväntan att hela besöket skulle fortgå i samma tempo (Olofsson et al., 2012). Väntetiden till triagen där en första bedömning gjordes upplevdes olika, en del tyckte att den var kort andra lång (Göransson & von Rosen, 2009; Möller et al., 2010; Olofsson et al., 2012). Det var självklart att de som var akut sjuka skulle få hjälp först (Möller et al., 2010). Däremot var väntan till första läkarkontakt, undersökningar och undersökningsresultat otillfredsställande lång, de kände besvikelse och förvåning (Möller et al., 2010; Olofsson et al., 2012; Muntlin et al., 2006). Endast ett fåtal patienter fick veta att väntetiden var beroende av vilken triagenivå som erhöles (Göransson & von Rosen, 2009). En del patienter uppfattade det positivt att inte på förhand veta att väntan kunde bli lång på grund av att de fått en låg prioritering (Möller et al., 2010). Kontrasten blev därför stor från en initialt effektiv vård till en oändlig väntan (Olofsson et al., 2012).

Muntlin et al. (2006) visade att 34 % kände en ovisshet eftersom de inte visste vad de väntade på, varför de väntade eller hur länge de skulle vänta. ” Why is it that nobody is coming to talk to me... to check on me? Why is there no explanation about the reason I am sitting here all alone and waiting?” (Dahlen et al., 2012, s. 6). Patienten satt isolerad i ett undersökningsrum och varje ljud utanför dörren gav hopp om att någon var på väg och det var hens tur. Av rädsla för att bli bortglömda vågade de inte lämna rummet och en isolerande tidlös väntan i ingenmansland infann sig vilken de försökte förstå meningen med (Dahlen et al., 2012; Elmqvist et al., 2011; Möller et al., 2010). Patienterna och sjuksköterskan kunde ha olika förväntningar på besöket, detta kunde skapa en osäkerhet kring de oskrivna regler som fanns och därmed försämrades möjligheten för patienterna att förbereda sig på vad som skulle ske härnäst (Elmqvist et al., 2011; Olofsson et al., 2012; Wiman et al., 2007). Vidare kände patienter som fått besök av sjuksköterskan under tiden de väntade sig mer tillfredsställda med besöket (Ekwall, 2013), de fick bekräftelse och väntan kändes mer meningsfull (Elmqvist et al., 2011; Möller et al., 2010). Slutligen visade Franzén et al. (2006) att en kort väntetid gav högre patienttillfredsställelse än en lång, precis som att de med allvarliga skador var mer nöjda än de med lindriga.

### *Behov av information*

Denna subkategori handlar om patienternas behov av information vilket behandlas i Ekwall (2013); Elmqvist et al. (2011); Frank et al. (2008); Göransson & von Rosen (2009); Muntlin et al. (2006); Möller et al. (2010); Olofsson et al. (2012) och Wiman et al. (2007).

Välinformerade patienter kände att de hade kontroll över situationen och hanterade förändringar, både positiva och negativa, lättare. På samma sätt ledde brist på information till en känsla av att inte ha kontroll (Elmqvist et al., 2011; Frank et al., 2008; Möller et al., 2010; Olofsson et al., 2012). För att patienterna skulle känna sig delaktiga och omhändertagna var det viktigt att få information som var tydlig och tillräcklig och att möjlighet gavs att ställa kompletterande frågor. Då infann sig en känsla av kontroll och nöjdhet eftersom hen förstod sammanhangen på akutmottagningen (Elmqvist et al., 2011; Göransson & von Rosen, 2009; Muntlin et al., 2006; Olofsson et al., 2012; Wiman et al., 2007). Slutligen visade Ekwall (2013) att det inte förekom några skillnader ur genusperspektiv gällande given information.

### *I beroendeställning*

Att vara i beroendeställning beskrivs av Dahlen et al. (2012); Elmqvist et al. (2011); Frank et al. (2008); Göransson & von Rosen (2009); Muntlin et al. (2006); Möller et al. (2010); Olofsson et al. (2012); Westin & Adolfsson (2012) och Wiman et al. (2007).

Beroende på tidigare erfarenheter hade några patienter låga förväntningar och anpassade sig till situationen då de var i beroendeställning gentemot personalen (Frank et al., 2008). Några upplevde sig som en börda och till besvär eftersom de var beroende av sjuksköterskans omvårdnad, till exempel för att få smärtlindring, mat och dryck eller egenvårdsråd inför hemgång vilket gav en känsla av hjälplöshet och osäkerhet (Dahlen et al., 2012; Muntlin et al., 2006; Olofsson et al., 2012).

En del hade ett ursäktande beteende eller låtsades vara nöjda med vården trots att de egentligen var missnöjda (Wiman et al., 2007; Elmqvist et al., 2011), andra utvecklade en lojalitet gentemot den pressade sjuksköterskan och tillkännagav därför inte sina behov (Elmqvist et al., 2011). En tredje grupp var rädda för att bli ifrågasatta och undvek därför att klaga på vården de fått (Möller et al., 2010).

Många patienter kände sig maktlösa och i en utsatt position där de undrade hur de skulle kunna få uppmärksamhet från sjuksköterskan eftersom de flesta upplevde sig vara beroende av hens kunskap och vilja att hjälpa (Dahlen et al., 2012; Westin & Adolfsson, 2012). Dock fanns det tillfällen när sjuksköterskan förstod att patienterna var i beroendeställning till dem och uppmärksammade patienternas behov och erbjöd hjälp, dessutom fick de som bad om hjälp detta (Frank et al., 2008; Göransson & von Rosen, 2009).

### *Förtroendefulla relationer*

Utvecklingen av förtroendefulla relationer tas upp av Dahlen et al. (2012); Elmqvist et al. (2011); Frank et al. (2008); Göransson & von Rosen (2009); Muntlin et al. (2006); Möller et al. (2010); Olofsson et al. (2012) och Wiman et al. (2007).

Det var viktigt att sjuksköterskan presenterade sig och bjöd in till en dialog samt var personlig, ärligt närvarande, empatisk, ställde relevanta frågor och hade en positiv attityd för att patienterna skulle känna sig bekväma, nöjda och att förtroendefulla relationer skulle uppstå (Dahlen et al., 2012; Elmqvist et al., 2011; Muntlin et al., 2006; Möller et al., 2010; Olofsson et al., 2012; Wiman et al., 2007). "When the first providers are close and confirm the patient, the encounter is filled with meaning and the patient feels secure being seen as a person." (Elmqvist et al., 2011, s.2613). En bidragande orsak till att ömsesidig respekt kunde uppstå var sjuksköterskans förmåga att lyssna, bekräfta och ta hänsyn till patienternas oro och frågor eftersom detta gjorde att de kände sig värdefulla och viktiga. Majoriteten fick förtroende för sjuksköterskan och upplevde hen som kompetent, effektiv och skicklig, de flesta kände att de kunde prata om sin oro kring sitt tillstånd och många var imponerade av den omtanke de möttes av (Dahlen et al., 2012; Göransson & von Rosen, 2009; Muntlin et al., 2006; Möller et al., 2010; Olofsson et al., 2012). Tilläggas kan att den stora majoriteten upplevde att de blivit bemötta med respekt och hänsyn under sitt besök på akutmottagningen (Frank et al., 2008; Göransson & von Rosen, 2009; Muntlin et al., 2006).

Patienterna uppfattade det förtroendeingivande att kommunikationen initialt hölls på en formell nivå kring vad som skulle hända och om hur deras fysiska status var. Kontinuitet i mötena mellan patienterna och sjuksköterskan gjorde att kommunikationen utvecklades till att vara mer fri och avslappnad och slutligen även skämtsamt vilket ytterligare stärkte den förtroendefulla relationen. För att behålla relationen behövdes upprepade bra möten där

patienterna kände sig sedda (Dahlen et al., 2012; Möller et al., 2010; Wiman et al., 2007). I de fall patienterna blev uppmärksammade av sjuksköterskan gavs en känsla av att ha en förtroendefull relation, vilket gav energi (Dahlen et al., 2012; Elmqvist et al., 2011).

Däremot uppfattade inte alla patienter att det skapats en relation vid det första mötet (Elmqvist et al., 2011). Det fanns patienter som hade svårigheter i att kommunicera sina symtom och besvär tydligt, en del kände sig misstrodda vilket gjorde att de inte kände sig respektfullt behandlade. Ytterligare andra patienter hade upplevelsen av att vara negligerade då de ställde frågor, medan några inte vågade fråga då de var rädda att störa (Dahlen et al., 2012; Olofsson et al., 2012).

Att inte känna sig välkomna på akutmottagningen på grund av att det redan var många där och att de kanske borde ha sökt primärvård istället var känslan för en del patienter. De som blivit hänvisade från annan vårdenhet trodde att de skulle vara väntade av sjuksköterskan, vilket de inte var (Möller et al., 2010), ytterligare andra kände sig osynliga tills de hade registrerat sig (Elmqvist et al., 2011). När patienterna upplevde sjuksköterskan som ouppmärksam och likgiltig resulterade det i en känsla av att känna sig nonchalant behandlade, osynliga, negligerade och ignorerade (Dahlen et al., 2012; Olofsson et al., 2012). Tilläggas kan att de patienter som var pålästa kring sina besvär kunde uppfatta en avvisande attityd från sjuksköterskan och detta upplevdes inte förtroendefullt (Frank et al., 2008; Göransson & von Rosen, 2009; Olofsson et al., 2012). Ett sätt att hantera sitt missnöje var att påkalla uppmärksamhet genom ett otrevligt och ibland även aggressivt beteende samt att efter besöket skriftligt anmäla vården (Elmqvist et al., 2011; Frank et al., 2008).

### *Känna trygghet*

Denna subkategori beskriver hur patienterna kunde uppnå känslan av trygghet. Detta beskrivs av Ekwall (2011); Elmqvist et al. (2011); Frank et al. (2008); Muntlin et al. (2006) och Wiman et al. (2007).

Trygghet kunde uppnås om sjuksköterskan var empatisk och förstående vilket till exempel visade sig i form av oro för patienterna, uppmuntrade till delaktighet samt kontaktade anhöriga (Wiman et al., 2007). De patienter som haft en anhörig med sig som kunnat ge stöd och påkalla uppmärksamhet upplevde en stor trygghet (Frank et al., 2008; Muntlin et al.,

2006). Patienter som kände trygghet under sitt besök var dessutom mindre oroliga efter utskrivning (Ekwall, 2006). ”I felt calm and secure as soon as I entered the emergency room and established contact with the staff... I felt that I was in good hands.” (Dahlen et al., 2012, s. 7). Vetskapen om att de skulle få en bra medicinsk behandling av professionell personal gjorde att patienterna kände sig trygga, flertalet var tacksamma för den grundliga undersökning de erhölet. Många upplevde sig trygga när de fysiska procedurerna lyckades direkt till exempel att få en perifer venkateter. Patienterna upplevde att de inte blivit dömda eller tvivlade på trots att de själva kunde känna skam och skuld då det visade sig att de inte var skadade (Elmqvist et al., 2011; Frank et al., 2008; Muntlin et al., 2006; Wiman et al., 2007).

### *Bli delaktig*

Den sista subkategorin handlar om hur patienterna blir delaktiga i sin vård vilket Dahlen et al. (2012); Elmqvist et al. (2011); Frank et al. (2008); Muntlin et al. (2006); Olofsson et al. (2012) och Wiman et al. (2007) tar upp i sina studier.

För att patienterna skulle få möjlighet att bli delaktiga var det viktigt att sjuksköterskan bekräftade hens tankar, känslor samt efterfrågade patientens livssituation och inte enbart såg till den fysiska kroppen. För att känna sig delaktiga i de många fysiska procedurer som utfördes var det viktigt med rätt information och korrekt hantering så att patienterna kände att de behöll kontrollen över sin kropp. Att inte vara involverad i sin vård gjorde att patienterna kände sig respektlöst behandlade och bortglömda (Elmqvist et al., 2011; Frank et al., 2008; Muntlin et al., 2006). ”... the patient suddenly finds him/herself as an outsider to his/her body, unable to participate in the given care.” (Elmqvist et al., 2011, s. 2612). Dessutom infann sig en känsla av att inte vara delaktig när patienterna uppfattade att de inte fått den vård de ansåg sig ha rätt till. Att inte veta vad som dokumenterats i journalen ledde till att de kände sig oviktiga och överkörda (Dahlen et al., 2012; Elmqvist et al., 2011; Olofsson et al., 2012; Wiman et al., 2007). Känslan av att vara övergivna, missnöjda och ibland arga kunde uppstå när patienterna inte var delaktiga utan blev lämnade att själva lösa praktiska saker (Wiman et al., 2007).

## DISKUSSION

### *Metoddiskussion*

Syftet var att belysa patienttillfredsställelsen på svenska akutmottagningar ur ett omvårdnadsperspektiv. Författarna valde svenska akutmottagningar för att kunna applicera studiens resultat i den kliniska vardagen.

Trovärdigheten belyser huruvida det valda fenomenet blivit studerat genom att se om metoden gjort att studien svarat på syftet. Vidare diskuteras om sökningen efter relevanta artiklar gått rätt tillväga. Slutligen belyser den hur eventuell kvalitetsgranskning av artiklarna och dataanalysen genomförts (Henricson, 2012). Sökningar har gjorts efter artiklar skrivna på danska, engelska, norska eller svenska då det är de språk författarna behärskar. Då engelska inte är författarnas modersmål kan det finnas risk för brister i översättningen. Författarna har gjort upprepade sökningar i flera olika databaser, som inte enbart varit inriktade mot omvårdnad utan även mot beteendevetenskap, för att hitta relevanta artiklar. MESH-termerna och sökorden har utgått från syftet och de booleska operatorerna AND och NOT samt trunkering har använts för att få så stor träffsäkerhet som möjligt och därför inte missa någon artikel som svarade mot syftet. Den booleska operatör OR har inte använts då författarna inte sökt efter motsatsförhållanden (Polit & Beck, 2014). Redan från början fick författarna en indikation på att de MESH-termer, sökord och booleska operatorer som användes passade till syftet och gav relevanta träffar varpå författarna valde att fortsätta att använda dessa. Vid sökningar i databaserna inkluderades enbart artiklar granskade enligt peer review detta ger en garanti att artiklarna håller en vetenskaplig nivå (Olsson & Sörensen, 2011). Som komplement har manuella sökningar gjorts och den artikel som använts har i efterhand kontrollerats att den var peer review. Författarna har valt artiklar som utgår från en svensk akutmottagnings olika delar såsom triage, traumorum samt tagit med lågt prioriterade patienter för att visa ett resultat från akutmottagningens alla delar. Resultatet kan ha påverkats av att flera artiklar specifikt belyser upplevelsen av patienttillfredsställelsen i triagen. Författarna har granskat artiklarna med hjälp av Röda korsets granskningsmall (2005) för ytterligare kvalitetskontroll. I enlighet med Henricson (2012) har författarna granskat kvalitativa artiklar efter begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet samt de kvantitativa artiklarna efter begreppen reliabilitet, validitet och överförbarhet. Initialt var intentionen att enbart använda kvalitativa artiklar men då författarna fann kvantitativa artiklar

som svarade mot syftet användes även dessa för att öka bredden i resultatet. Analysen inleddes av att de ingående artiklarnas resultat lästes av författarna var för sig för att sedan diskuteras gemensamt och komma till konsensus om de meningsbärande enheterna. Som ett led i kvalitetsgranskningen har resultatet granskats av kurskamrater och handledare vid upprepade tillfällen under arbetets gång, vilket enligt Henricson stärker trovärdigheten (2012). En styrka är att kategorierna svarar mot syftet. Det finns risk att författarna på grund av ovana att göra en litteraturstudie har missat någon meningsbärande enhet i de kvalitativa artiklarna eller missuppfattat någon uppgift i de kvantitativa artiklarna (Willman & Stoltz, 2012).

Pålitlighet innebär att granska om det är möjligt att göra om samma studie med hjälp av beskrivet urval, sökord, datainsamling och dataanalys. Pålitligheten påverkas även av kvalitén i de ingående artiklarna och deras mätinstrument. Slutligen påverkar förförståelsen pålitligheten (Henricson, 2012). Författarna anser att metoden är väl beskriven och därmed kan upprepas. Kvalitén i de ingående artiklarna är hög eftersom författarna aktivt sökt efter artiklar som är granskade enligt peer review och som är etiskt granskade. Samtliga artiklar har viktats lika i resultatet oavsett vilken ansats de haft. De kvalitativa artiklarna har mellan fyra och 23 informanter eftersom de har en fenomenologisk ansats medan de kvantitativa artiklarna har mellan 146 och 565 informanter. En styrka är att författarna har lagt sin förförståelse åt sidan och fått med resultat som inte stämte med deras förförståelse.

Överförbarheten utgår från trovärdigheten och pålitligheten och bedömer om det är möjligt att föra över resultatet till andra situationer eller kontext (Henricson, 2012). De ingående artiklarna har haft en stor bredd när det gäller urval och inte gjort någon skillnad på kön, ålder, kultur eller kliniktilhörighet samt utförts på både universitetssjukhus och mindre sjukhus vilket ökar möjligheten för överförbarhet inom olika kontexter. Det finns artiklar med i resultatet som i sitt urval utesluter psykiskt sjuka eller gravida samt enbart har med svensktalande patienter vilket därför begränsar överförbarheten.

### *Resultatdiskussion*

Författarna anser att det finns tre centrala fynd i studien. Dessa är att patienterna upplevde delaktighet om de fick information från sjuksköterskan och därmed kunde väntan bli mindre oviss, för att patienterna skulle känna att det uppstod trygga och förtroendefulla relationer var sjuksköterskans agerande avgörande samt att patienterna upplevde sig vara i



beroendeställning till sjuksköterskan. Dessa fynd kommer att diskuteras enligt Henricsons (2012) upplägg mot andra studier, teorier, andra kontexter, omvårdnad och författarnas reflektioner.

Patienterna upplevde delaktighet om de fick information från sjuksköterskan och därmed kunde väntan bli mindre oviss. Resultatet visade att patienter som fått tydlig och tillräcklig information av sjuksköterskan hanterade förändringar lättare och kände sig delaktiga, de fick förståelse för sammanhanget och därmed infann sig en känsla av kontroll. Resultatet visar även att väntan kändes mer meningsfull för de patienter som fick besök av sjuksköterskan under tiden de väntade. Därtill visar resultatet att brist på information gav en känsla av att inte ha kontroll och gav en känsla av att inte vara delaktig.

För att kunna känna en hög grad av patienttillfredsställelse betonade Johansson et al. (2002) att det krävdes att patienterna fick möjlighet till delaktighet och bli involverade i sin vård, dessutom önskade de att få ta eget ansvar. För att få patienterna delaktiga i sin vård och uppleva kontroll var en avgörande faktor information från sjuksköterskan, därtill kom att det var viktigt att informationen var förståelig och kontinuerligt poängterar Johansson et al. (2002) och Pytel, Fielden, Meyer & Albert (2009). Även Pytel et al. (2009) visade att patienterna ansåg det viktigt att få regelbundna uppdateringar om vad som hände och förklaringar till varför det uppstod väntetider. Lika viktigt är att Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad och Wimo (2004) har funnit att patienterna inte alltid blev informerade om varför väntetiden var lång. Detta ökade patienternas behov av uppmärksamhet och när väntetiderna blev oförutsägbart långa ökade dessutom behovet av delaktighet (ibid.). Vidare understryker Schultz, Qvist, Mogensen & Pedersen (2014) och Fröjd, Leo Svenne, Rubertsson, Gunningberg & Wadensten (2011) att känslan av delaktighet minskade när det fanns brister i informationen.

I enlighet med KASAM kan begriplighet uppnås när kunskap förmedlas, när tydlig och upprepad information ges och då det finns en öppen och ärlig kommunikation. Hanterbarhet kan uppstå när patienten upplever sjuksköterskan som ett stöd och en resurs vilket kan ge en känsla av delaktighet och förmedla trygghet. Meningsfullhet kan infinna sig när sjuksköterskan motiverar och uppmuntrar patienten i en positiv anda samt visar en vilja att

vårda (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). Patienternas rätt till information bekräftas i Patientlagen (SFS 2014:821), 3 kap. 1 §, där det står att patienten ska få information bland annat om sitt hälsotillstånd, vård och behandling och vidare säger 5 kap. 1 § att vården så långt det är möjligt ska utföras i samråd med patienterna.

Författarna anser att en viktig uppgift för sjuksköterskan är att ge rätt och tillräcklig information till patienterna så de får möjlighet att känna sig delaktiga och därmed vet vad de väntar på och varför de väntar. Denna uppfattning bekräftas av studiens resultat och stärks ytterligare av Johansson et al. (2002), Kihlgren et al. (2004) och Pytel et al. (2009). På samma sätt stämmer resultatet överens med författarnas förståelse. Vidare anses att sjuksköterskan i sin profession borde agera utifrån KASAM eftersom personer med starkt KASAM har större möjlighet att uppleva delaktighet då känslan av sammanhang bibehålls eller ökar.

Sjuksköterskans ansvar blir att genom information öka begripligheten och genom att vara tillgänglig öka känslan av delaktighet som i sin tur ger en större meningsfullhet. Det finns brister i följsamheten till patientlagen gällande information och delaktighet och detta kan leda till en lägre grad av patienttillfredsställelse. I sjuksköterskans yrkesansvar ingår enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, 6 kap. §1) att hålla sig uppdaterad och arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet och arbetsgivaren har ett ansvar att ge sjuksköterskan möjlighet till detta för att hen i sin tur ska kunna öka patienternas delaktighet.

Sammanfattningsvis anser författarna att den ovissa väntan försvinner när patienterna känner sin informerade och delaktiga och sjuksköterskan har en stor del i denna upplevelse.

För att patienterna skulle känna att det uppstod trygga och förtroendefulla relationer var sjuksköterskans agerande avgörande. Ett centralt fynd var att dessa relationer uppnåddes genom att sjuksköterskan hade en positiv attityd, var närvarande, kände empati och var förstående. Även sjuksköterskans förmåga att agera professionellt var av stor betydelse, till exempel kunde ömsesidig respekt uppstå när hen hade ett aktivt lyssnande, tog hänsyn till patienternas oro samt var bekräftande. Dessutom stärktes den förtroendefulla relationen ytterligare av att sjuksköterskan uppfattades som kompetent och skicklig. Däremot kände sig patienterna otrygga då sjuksköterskan upplevdes som ouppmärksam och likgiltig.

Studier av Johansson et al. (2002) framhöll att en förtroendefull relation som innehöll tillit, empati, respekt, ömsesidig förståelse, samarbete och humor gav en hög grad av patienttillfredsställelse. En förtroendefull relation fick patienterna att känna sig välkomna, viktiga och kapabla framhölls av Piredda, Matarese, Mastroianni, D'Angelo, Hammer och Grazia De Marinis (2015). Sjuksköterskans förmåga att förmedla trygghet och ha ett aktivt lyssnande stärkte enligt Johansson et al. (2002), Mollaoglu & Celik (2016) och Pytel et al. (2009) relationen ytterligare eftersom patienterna då upplevde sig bekräftade. Precis som författarnas resultat bekräftade Johansson et al. (2002) att sjuksköterskans kompetens och förmåga att ge individuell omvårdnad var viktiga faktorer för patienttillfredsställelsen. Dessutom poängterar Mollaoglu & Celik (2016) att otryggheten minskade hos patienterna då de blev behandlade med respekt och upplevde sjuksköterskan som tillgänglig.

I enlighet med personcentrerad vård är patientens berättelse en central del av vården där fokus ligger på det aktiva lyssnandet. Partnerskapet bygger på teamarbete med ömsesidig respekt där patienten är expert på sitt hälsotillstånd och sjuksköterskan bidrar med sin kunskap och erfarenheter (Edberg et al., 2013). I sjuksköterskans etiska koder beskrivs bland annat att hen bör uppträda på ett sätt som stärker yrkets anseende och ökar allmänhetens förtroende (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Författarna anser att en förtroendefull relation är grunden i omvårdnaden. För att relationen patient – sjuksköterska ska kunna utvecklas är sjuksköterskans beteende en avgörande faktor. Professionen förväntas ha ett korrekt uppförande som inbjuder till en relation dock är författarna överraskade över att det i studien inte framkommit något om patienternas del i denna relation. Studiens resultat stämmer överens med både äldre och nyare forskning, de visar att förhållandet i relationen inte har ändrats märkbart. För att en förtroendefull relation ska kunna uppnås är personcentrerad vård ett viktigt redskap där patienterna sätts i centrum och är en i teamet med eget ansvar för sin situation. Redan vid första mötet då patienterna berättar om sin situation är det viktigt att sjuksköterskan har ett aktivt lyssnande och bjuder in till partnerskapet, detta anser författarna inte alltid görs. För att sjuksköterskan ska kunna ha ett aktivt lyssnande krävs kunskap, denna kompetens kan utvecklas till exempel genom omvårdnadshandledning. När man som patient möts av en förtroendeingivande sjuksköterska blir mötet meningsfullt och patienterna vågar berätta om sin situation, fråga om egenvårdsråd

och kan därmed uppleva större patienttillfredsställelse. Författarna anser att det finns en risk när patienter som blivit fel bemötta upplever sig mindre nöjda och därmed söker vård oftare då de upplever att de inte blivit lyssnade på eller tagna på allvar.

Patienterna upplevde sig vara i beroendeställning till sjuksköterskan. Resultatet visade att många upplevde sig beroende av sjuksköterskans vilja att hjälpa till vilket gav en känsla av maktlöshet. Att vara i beroendeställning gav känslan av att vara en börda och till besvär vilket förstärktes då de upplevde att de var tvungna att be om hjälp i allt från litet till stort. Känslan av beroende minskade då sjuksköterskan uppmärksammade patienternas behov.

Delmar (2012) styrker upplevelsen av att vara till besvär, en börda och många fick känslan av att vara fångade och i beroendeställning till sjuksköterskan. Enligt Schultz et al. (2014) fanns det brister i patienttillfredsställelsen på grund av att patienterna var oroade över sin beroendeställning, till sjuksköterskans vilja att hjälpa, de kände sig tvungna att själva vara observanta på att de fått rätt vård. Dessutom upplevde de att det var besvärande att inte känna till rutinerna på enheten, utan behövde fråga om allt. Piredda et al. (2015) visade att patienterna avstod från att be om hjälp när sjuksköterskan upplevdes stressad. Pytel et al. (2009) visade att patienterna upplevde medkänsla och äkta omtanke som viktiga komponenter för att minska känslan av beroende. Fröjd et al. (2011) beskriver att patienterna upplevde att det krävdes förbättringar i den individuella omvårdnaden för att bli sedda och därmed öka patienttillfredsställelsen.

Enligt Kristensson Ugglå (2014) är patienterna i underläge gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen på flera olika sätt såsom organisatoriskt, kunskapsmässigt och existentiellt. Personcentrerad vård utgår från de etiska principerna autonomi, värdighet, integritet och sårbarhet vilket kan ge ett partnerskap utan att patienterna upplever underläge.

Författarna anser att patienternas upplevelse av beroendeställning är direkt kopplat till sjuksköterskans inställning och agerande. Eftersom patienterna upplever sig själva i ett underläge är det avgörande att sjuksköterskan inbjuder till ett partnerskap. För att kunna utveckla ett partnerskap krävs dock att båda parter är delaktiga. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om och förstår det underläge patienterna befinner sig i när de

söker vård för att minimera känslan av beroende. I de etiska koderna beskrivs att omvårdnad ska ges respektfullt till alla människor oberoende av till exempel tro, sexuell läggning och kulturell eller etnisk bakgrund (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Att patienterna upplever sig vara i underläge visar att sjuksköterskan inte lyckats följa de etiska koderna i alla avseenden. Ett sätt att arbeta med etiska frågeställningar kan vara reflektion och spegling i arbetsgruppen.

## **SLUTSATS**

Studiens resultat visar bland annat att få information, bli delaktig, känna trygghet och uppleva förtroendefulla relationer ökar patienttillfredsställelsen och minskar känslan av ovisshet.

Sjuksköterskan har en betydande roll i dessa upplevelser. Detta har uppmärksammats tidigare i flera studier, trots denna evidens om förhållandet patient – sjuksköterska förändras inte sättet som professionen arbetar på, vilket visar på komplexiteten i frågan. Författarna anser att det behövs en förändring i sjukvårdens organisation för att komma till rätta med problematiken, kanske är en del av svaret personcentrerad vård eftersom detta tankesätt ska genomsyra alla relationer även arbetsgivare – arbetstagare.

Personcentrerad vård och KASAM tas upp som viktiga faktorer för att öka patienttillfredsställelsen detta anser författarna att vår profession inte använder tillräckligt i dagens omvårdnad. Författarna ser flera likheter mellan personcentrerad vård och KASAM som till exempel att båda ser till människans resurser och delaktighet. Författarnas uppfattning är att sjukvården har börjat implementera personcentrerad vård men enbart utvalda delar, inte modellen som helhet. Ett annat sätt att öka patienttillfredsställelsen är att införa omvårdnadshandledning och reflektion då dessa metoder kan medvetandegöra sjuksköterskan om hens betydelse för den unika patienten.

Ett framtida forskningsområde kan vara att implementera personcentrerad vård och KASAM för att studera effekterna före och efter införandet av dessa båda förhållningssätt på omvårdnaden.

## REFERENSER

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

\* Dahlen, I., Westin, L. & Adolfsson, A. (2012). Experience of being a low priority during waiting time at an emergency department. *Psychology Research and Behavior Management*, 2012 (5), 1-9. Doi: 10.2147/PRBM.S27790.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.

Delmar, C. (2012). The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing philosophy*, 2012 (13), 236-243. Doi:10.1111/j.1466-769X.2012.00537.x

Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg F., Wallin L., Wijk H. & Öhlén J. (2013). Introduktion. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén J. (Red), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 15-27). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I. (Red.). (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.

\* Ekwall, A. (2013). Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 39 (6), 534-538. Doi: 10.1016/j.jen.2010.10.003.

Elmqvist, C. (2011). *Akut omhändertagande: I mötet mellan patienter, närstående och olika professioner på skadeplats och på akutmottagning* (Doktorsavhandling,

Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap). Från <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:432398/FULLTEXT01.pdf>

\* Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2011). On a hidden game board: The patient's first encounter with emergency care at the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2609-2616. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03929.x.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

\* Frank, C., Asp, M. & Dahlberg, K. (2008). Patient participation in emergency care: A phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing*, 2009 (17), 15-22. Doi: 10.1016/j.ienj.2008.09.003.

\* Franzén, C., Björnstig, U., Jansson, L., Stenlund, H. & Brulin, C. (2006). Injured road users' experiences of care in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 726-734. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01873.x.

Fröjd, C., Leo Svenne, C., Rubertsson, C., Gunningberg, L. & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 2011(19), 226-236. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x.

\* Göransson, E. & von Rosen A. (2009). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 2010 (18), 36-40. Doi: 10.1016/j.ienj.2009.10.001.

Göransson, K. E., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2005). Triage in emergency department: national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1067-1074. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01191.x.

Göransson, K., Eldh, A-C. & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (s.471-479)*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, P., Oléni, M. & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*, 16, 337-344. Doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.0094.x

Kihlgren, A.L., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B. & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scand J Caring Sci*, 18, 169-176. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00266.x

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (s.69-92)*. Lund: Studentlitteratur.

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I Ekman, I. (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik (s. 21-68)*. Stockholm: Liber.

Langius-Eklöf, A. & Sundberg, K. (2014). Känsla av sammanhang. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa (s. 53-78)*. Lund: Studentlitteratur.

Mollaoglu, M. & Celik, P. (2016). Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. *Journal of Clinical Nursing*, 2016(25) 2778-2785. Doi: 10.1111/jocn.13272.

\* Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2006). Patients' perception of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement.



*Journal of Clinical Nursing*, 2006 (15) 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*, 2010(24) 746-754. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x.

Norberg, A., Engström, B. & Nilsson, L. (1994). *God omvårdnad: Grundvärderingar*. Stockholm: Bonnier.

\* Olofsson P., Carlström E.D. & Bäck-Pettersson S. (2012). During and beyond the triage encounter: Chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances. *International Emergency Nursing*, 2012 (20) 207-213. Doi: 10.1016/j.ienj.2012.03.006.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3 uppl. Stockholm: Liber.

Piredda, M., Matarese, M., Mastroianni, C., D'Angelo, D., Hammer, M. & Grazia De Marinis, M. (2015). Adult patients' experiences of nursing care dependence. *Journal of Nursing Scholarship*, 47 (5) 397-406. Doi: 10.1111/jnu.12154.

Polit, D, F. & Beck, C, T. (2014). *Essentials of nursing research, appraising evidence for nursing practice*. 8. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pytel, C., Fielden, N., Meyer, K.H. & Albert, N. (2009). Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 35 (5) 406-411. Doi: 10.1016/j.jen.2008.09.002.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.429-444). Lund: Studentlitteratur.

Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 5 april, 2016, från Röda Korsets Högskola, [http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall\\_granskning.pdf](http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf)

Schultz, H., Qvist, N., Mogensen, C.B & Pedersen, B.D. (2014). Perspectives of patients with acute abdominal pain in an emergency department observation unit and a surgical assessment unit: a prospective comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 2014 (23) 3218-3229. Doi: 10.1111/jocn.12570.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 25 februari, 2016, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763)

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 29 oktober, 2016, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 25 februari, 2016, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Socialstyrelsen. (2015). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening. *ICN:s etiska koder för sjuksköterskor*. Hämtad 23 oktober, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening, [http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.481-496). Lund: Studentlitteratur.

Wikstöm, J. (2012). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., & Stoltz, P. (2012). Metasyntes. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.457-468). Lund: Studentlitteratur.

\* Wiman, E., Wikblad, K. & Idvall, E. (2007). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department – A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 2007 (44), 714-722. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.01.014.

## Bilaga 1

### Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
160210	CINAHL complete MEDLINE complete ScienceDirect PsycINFO	Triage in the emergency department and nursing and Sweden and experience not pediatric	Peer review, omvårdnad, English, år 2005-2016	Abstract, MESH-term	21	Svarade ej till syftet.	3 stycken
160222	CINAHL complete MEDLINE complete ScienceDirect PsycINFO	Patient experience and emergency department and nurse* and Sweden and qualitative not pediatric	Peer review, omvårdnad, English, år 2006-2016	Abstract, MESH-term	18	Svarade ej till syftet.	1 styck
160222	CINAHL complete Science Direct PsycINFO	Patient satisfaction and emergency department and Sweden and qualitative not pediatric	Peer review, omvårdnad, English, år 2006-2016	Abstract, MESH-term	10	Svarade ej till syftet.	1 styck
160309	CINAHL complete Science Direct	Patient satisfaction and emergency department and Sweden not pediatric	Peer review, omvårdnad, English, år 2006-2016	Abstract, MESH-term	42	Svarade ej till syftet.	4 stycken
160322	Pubmed	Patient satisfaction and emergency department and Swed* not pediatrics	Peer review, omvårdnad, år 2006-2016	MESH-term	5	Svarade ej till syftet.	2 stycken, som redan är utvalda
160610	CINAHL complete MEDLINE complete ScienceDirect	Patient satisfaction and emergency department and Sweden not pediatric	Peer review, omvårdnad, Danska, Norska, Svenska år 2006-2016	Abstract, MESH-term	0		

	PsycINFO						
161007	CINAHL complete MEDLINE complete ScienceDirect PsycINFO	Patient satisfaction and emergency department and Sweden not pediatric	Peer review, omvårdnad,Danska, English, Norska, Svenska år 2016	Abstract, MESH- term	2	Svarade ej till syftet.	Inga

## Bilaga 2

### Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

<b>Börja med slutet!</b> <b>1. Konklusion och/eller diskussion.</b> (eng. Conclusion/discussion)	<b>Egna anteckningar</b>
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation.  a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
<b>2. Syfte</b> (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
<b>3. Bakgrund</b> (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	

Detta förstår jag inte:

---

---

---

---

---

4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)	
<p><b>a)</b> Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisk textanalys)?</p> <p><b>b)</b> I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium)?</p> <p><b>c)</b> <u>Urval</u> (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper".</p> <p><b>d)</b> Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)?</p> <p><b>e)</b> Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?</p> <p><b>f)</b> Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?</p> <p><b>g)</b> Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?</p> <p><b>h)</b> Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p> <p><b>i)</b> På vilket sätt <u>analyserades</u> materialet (statistiska metoder, begreppsanalys. viss tolkningsmetod etc)? <b>j)</b> Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?</p> <p><b>k)</b> Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?</p> <p><b>l)</b> Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerstälts?</p> <p><b>m)</b> Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?</p> <p><b>n)</b> Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?</p>	

Detta förstår jag inte:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

<b>5. Resultat</b> (eng. Results, Findings)	
<p>a) Beskriv resultaten av undersökningen.</p> <p>b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.</p> <p>c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?</p>	
<b>6. Diskussion och/eller konklusion</b> (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)	
<p><b>Läs nu diskussion och konklusion igen.</b></p> <p>a) Vilka slutsatser drar forskaren?</p> <p>b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren?</p> <p>c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna.</p> <p>d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p>	
<b>7. Innebörden av studien för den praktiska vården</b> (eng. Clinical implications, Implications for practice)	
<p>a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?</p> <p>b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?</p> <p>c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.</p>	
<b>8. Sammanfattande helhetsbedömning</b>	
<p>a) Syftet: varför har undersökningen gjorts?</p> <p>b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts?</p> <p>c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är?</p> <p>d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?</p>	

Detta förstår jag inte:

---



---



---



---



---



---



---



## Bilaga 3

### Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Dahlen, I., Westin, L., Adolfsson, A.  Sverige  2012	Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department	The purpose of this study was to determine the experience of lower priority patients waiting for treatment in the ED.	Patienter som hade fått vänta mer än 3 timmar på vård, exkluderade var gravida och personer under 18 år.  14 st. deltog.  Narrativa intervjuer gjordes.	Samtliga intervjuer genomfördes av samma person. Platsen varierade, en del intervjuades i hemmet, andra på jobbet ytterligare några genomfördes på akutmottagningen (ej i samband med besöket).  Intervjuerna spelades in och skrevs ut av en sekreterare.  Samtliga författare analyserade materialet.  En fenomenologisk hermeneutisk ansats användes.	Många upplevde att de direkt vid ankomsten landade i en beroendeställning till personalens kunskap och vilja att hjälpa dem. Under de långa väntetiderna kända sig en del bortglömda och upplevde brister i informationen. De upplevde även brist på basal omvårdnad. Många kände sig trots detta trygga med vården de fått	Trovärdigheten är god eftersom man uppnår sitt syfte.  Pålitligheten är god eftersom samtliga intervjuer gjordes av samma person och alla författarna analyserade materialet.  Överförbarheten är god då både trovärdigheten och pålitligheten är god.

<p>Ekvall, A. Sverige 2011</p>	<p>Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department</p>	<p>The aim of this study was to compare the patients' own assessments of their acuity to the triage nurse's assessment, as well as describe patient satisfaction and levels of anxiety.</p>	<p>Minst 18 år Triagekod mer än 1 Kom via väntrummet 72 patienter deltog  Frågeformulär användes.</p>	<p>Patienten fick fylla i en del och sjuksköterskan fyllde i en del.  För att analysera data användes SPSS version 16,0. För att testa den statistiska signifikansen användes <math>\chi^2</math> test och Mann-Whitney U-test. Viktad k analys användes för att jämföra patientens och sjuksköterskans triagering.</p>	<p>Det fanns ett direkt samband mellan patienttillfredsställelse och om patienten fick prata med sjuksköterska under tiden de väntade på läkare.</p>	<p>Reliabiliteten och validiteten var god då frågeformuläret använts tidigare och frågorna gav svar till syftet. Överförbarhet är tveksam pga. det låga antalet deltagare, 72 patienter. Syftet uppnås.  Studien godkändes av den etiska kommittén på Universitetet.</p>
--	--	---	---	---	--	--

<p>Elmqvist, C., Fridlund, B. &amp; Ekebergh, M.</p> <p>Sverige</p> <p>2011</p>	<p>On a hidden game board: the patient's first encounter with emergency care at the emergency department.</p>	<p>Describe and understand the patient's first encounter in emergency care at the emergency department, as experienced by the patient, next of kin and first providers from different professions.</p>	<p>Studerade fyra olika omvårdnadssituationer, där patienten kommit till akuten på olika sätt, hade olika åkommor och erhållit olika triageringsnivåer. 4 patienter deltog.</p> <p>Intervju med öppna frågor.</p>	<p>Chefen för triagen samlade in information och gav deltagarna skriftlig information. De som uppfyllde kriterierna och ville vara med kontaktades av den första författaren via telefon för att få bestämma tidpunkt och plats för intervjun. Intervjuerna genomfördes när patienten inte längre var inskriven på sjukhuset.</p> <p>Innan intervjun började informerades deltagarna om att det var under sekretess och skrev under ett dokument om det. Intervjuerna tog 35-65 minuter och spelades in.</p> <p>De använde en fenomenologisk ansats vid analysen.</p>	<p>Otydliga regler och olika förväntningar hos patienter och personal ledde till en osäkerhet. Patienterna upplevde det som att personalen lånade deras kropp. Patienterna kände sig säkra på att kroppen hanterades korrekt, men saknade möjligheten till delaktighet. De fick inte heller veta vad som skulle hända och saknade information.</p> <p>Patienterna upplevde mötena med personalen som artiga, men med oskrivna regler kring vad som förväntas av dem och vad de kan göra, så patienterna upplevde det som att de "lekte med".</p> <p>Isolerade i en tidlös väntan, så upplevdes det när de fick vänta i det sterila, tysta undersökningsrummet utan vetskap om hur lång väntan kunde tänkas bli.</p> <p>Patienterna försökte förstå meningen med väntan och ville veta vad som skulle hända. Fick en känsla av tomhet när patienten upplever att de tappar kontrollen på sin kropp, tiden och sin frihet.</p>	<p>Trovärdigheten är hög då processen och analysen är väl beskriven. Dock framgår det inte om deltagarna fått kontrollera texten. Pålitlighet är hög då det beskrivs hur intervjuerna genomfördes, vem som utfört intervjuerna och transkriptionen. Författarna tar även upp betydelsen av sin förförståelse. Överförbarheten diskuteras i studien och anses inte vara överförbar pga det låga antalet deltagare. Syftet uppnås.</p> <p>Studien godkändes av en regional etisk kommitté.</p>
---	---	--	---	---	--	--

<p>Frank, C., Asp, M., Dahlberg, K.</p> <p>Sverige</p> <p>2008</p>	<p>Patient participation in emergency care – A Phenomenographic study based on patients' lived experience.</p>	<p>The aim of this study was to describe patients' qualitatively different conceptions of patient participation in the care in an emergency department.</p>	<p>Man valde strategiskt ut patienter utifrån kön, ålder och besöksorsak, samtliga kunde prata något språk som intervjuaren behärskade.</p> <p>9 st. personer ingår i studien.</p> <p>Intervjuerna gjordes i dialog och med öppna frågor.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes av samma person och spelades in.</p> <p>Intervjuerna transkriberades verbatim.</p> <p>En fenomenografisk ansats med epistemologisk bas i en lifeworld theory enligt Ashworth och Lucas</p>	<p>Att bli sedd och respekterad är viktigt, inte bara vid ankomsten till akuten utan över tid vid flera tillfälle. Att få information är ett sätt att bli sedd.</p> <p>Att inte veta, förstå hur verksamheten fungerar gör att man upplever att man inte är involverad i sin vård. Här kan man ta till olika strategier för att uppnå detta.</p> <p>Att ha sin privata svär är svårt, man känner sig respektlöst behandlad, bortglömd och sysslöslös.</p>	<p>Trovärdigheten är god eftersom man uppfyller sitt syfte.</p> <p>Pålitligheten är god när det gäller att samma person utförde intervjuerna, men tveksam när det gäller analysen då det inte framgår av studien.</p> <p>Överförbarhet är tveksam då pålitligheten är tveksam.</p>
--	--	---	---	--	---	--

<p>Franzén, C., Björnstig, U., Jansson, L., Stenlund, H. &amp; Brulin, C.</p> <p>Sverige</p> <p>2006</p>	<p>Injured road users' experiences of care in the emergency department</p>	<p>To describe the patients' perceptions of quality of care (QoC) in an emergency department (ED) and to analyse associations between patients' background characteristics and estimated QoC.</p>	<p>Trafikskadade bilister, cyklar eller gångtrafikanter mellan 18-70 år. Psykiskt sjuka och dementa exkluderades.</p> <p>Totalt ingick: 166 bilister 200 cyklar 199 gångtrafikanter</p> <p>Bortfall: 155 bilister 105 cyklar 95 gångtrafikanter</p> <p>Frågeformulär, en kort version av QPP anpassad för akutmottagning.</p>	<p>Data samlades in mellan april 2003 och oktober 2004. Tre veckor efter olyckan fick de hemskickat en enkät.</p> <p>För att analysera data användes SPSS version 11.0 samt Mann-Whitney's U-test och Kruskal-Wallis test.</p>	<p>De mest allvarligt skadade var mest nöjda med omvårdnaden än de med lindrigare skador. Patienterna var mer nöjda när de fick vänta en kort tid än en lång.</p>	<p>Reliabiliteten och validiteten var god då frågeformuläret har blivit testat av andra och blivit godkänd.</p> <p>Överförbarheten är god då det är en så pass stor grupp inkluderad.</p>
--	--	---	---	--	---	---

<p>Göransson, E. &amp; von Rosen, A.</p> <p>Sverige</p> <p>2009</p>	<p>Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department</p>	<p>To identify patient experience of the triage encounter.</p>	<p>Vuxna (över 18 år) Triagenivå 3-5 Svensktalande Psykiskt friska 146 patienter deltog</p> <p>Frågeformulär som tidigare var testat i en icke-publicerad studie. Frågeformuläret innehöll 23 frågor, tio var ja/nej frågor, 12 var flervalsfrågor mycket bra/bra/mindre bra/dåligt och en öppen (patientens ålder).</p>	<p>En undersköterska, som för tillfället inte arbetade kliniskt på akutmottagningen, inkluderade patienterna efter journalanteckningen i triagen beroende på om de uppfyllde kriterierna. De som valdes ut informerades om studien muntligt när de satt i väntrummet eller i ett undersökningsrum. Undersköterskan delade ut frågeformulären och samlade sedan in dem när de var ifyllda. Om det behövdes hjälpte undersköterskan patienten att fylla i formuläret. Enkäterna fylldes i anonymt. Patienterna fick information om att det var frivilligt att delta och att de när som helst kunde hoppa av studien och att det inte skulle påverka deras vård.</p> <p>De gjorde en deskriptiv analys.</p>	<p>Väntetiderna till triagen var för långa tyckte hälften av deltagarna. Nästan 24 % av deltagarna fick ingen information om sitt medicinska tillstånd. Av de som bad om det upplevdes informationen som adekvat eller ganska adekvat. Nästan alla upplevde triagesjuksköterskan som kompetent och nästan 90 % kände förtroende för hen. Av de som upplevde att de behövde hjälp av personalen fick 95 % det. Nästan alla upplevde att de blev respektfullt behandlade. 90 % tyckte att triageringen varit bra eller mycket bra. 75 % kände att deras integritet respekterades i väntrummet.</p>	<p>Reliabiliteten och validiteten var god då frågeformuläret använts tidigare och frågorna gav svar till syftet. Överförbarhet är hög då det var 146 patienter som deltog, vilket kan ses som ett relevant stickprov. Syftet uppnås.</p> <p>Studien var godkänd av etisk kommitté och av verksamhetschefen för akutmottagningen.</p>
---	---	--	--	--	--	--

<p>Muntlin. Å, Gunningsber g. L, Carlsson. M.</p> <p>Sverige</p> <p>2006</p>	<p>Patient's Perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement</p>	<p>The aims of the study were to identify patient perceptions of quality of care at an emergency department and areas for quality improvement</p>	<p>Inkluderade var patienter som sökte akut sjukvård oavsett klinik (medicin, kirurgi eller ortopedi). Exkluderade var medvetlösa, drog- eller alkoholpåverkade och patienter som kom med stora trauma. Alla tillfrågades tills man hade 200 st som var villiga att vara med i studien.</p> <p>Ett QPP frågeformulär för akutmottagningar användes som enkät.</p>	<p>2 sjuksköterskor ansvarade för insamlingen av data på i förväg bestämda dagar.</p> <p>Datan analyserades med hjälp av KUPPIT dataprogram och resultaten presenterades i enlighet med QPP.</p> <p>Studien är prospektiv, deskriptiv survey design.</p>	<p>Studien visar att det finns ett generellt missnöje med väntetiden, att många inte vet varför eller på vad de väntar på. En del upplevde att de inte fick tillräcklig information om vem som var ansvarig. Många var nöjda att de fick snabb hjälp men upplevde inte att de fick egenvårdsråd. Man upplevde att man blev behandlad med respekt och att patientens egen uppfattning om hälsoproblemet togs i beaktande. Bra att sjuksköterskan var personlig men missnöjda att deras livssituation inte togs i beaktande. Det upplevdes positivt att få ha en anhörig med sig.</p>	<p>Reliabiliteten kan vara lite svag då det hade behövts riktas ytterligare mot akutens verksamhet, frågeformuläret är ett tidigare använt frågeformulär. Validitet är god då resultatet svarar mot syftet. Överförbarhet är god då det är representativt urval.</p>
--	--	---	---	--	---	--

<p>Möller, M., Fridlund, B., Göransson, K.</p> <p>Sverige</p> <p>2010</p>	<p>Patients' conception of the triage encounter at the Emergency Department</p>	<p>The aim of the present study was thus to describe the patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department.</p>	<p>Vuxna personer utan problem att kommunicera på svenska och som triagerades vardagar kl. 09.00-21.00</p> <p>Semistrukturerade intervjuer med fenomenologisk ansats gjordes, ev. följdfrågor ställdes med öppen ansats. 20 patienter deltog.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes av samma person i ett avskilt rum och varade ca 30 min. Intervjun gjordes under pågående besök på akutmottagningen.</p> <p>Intervjuerna transkriberades verbatim och analyserades av samtliga författare.</p> <p>Deskriptiv, kvalitativ design.</p>	<p>Det osäkra mötet: Beskriver rädsla och osäkerhet inför mötet med sjuksköterskan i triagen. Rädslan att bli bortglömd och en känsla av att inte vara välkommen</p> <p>Det mänskliga mötet: Beskriver hur viktigt det är att bli positivt och förstående bemött. Beskriver en känsla av trygghet.</p> <p>Det logistiska mötet: Beskriver hur patienterna upplevt själva triageringen där en del upplevde denna process som onödig och till exempel patienter med remiss blir förvånade över att de inte är väntade. Andra accepterade och insåg nödvändigheten i denna process. Stor del accepterade att de med störst behov fick hjälp först.</p>	<p>Trovärdigheten är god eftersom man har besvarat sitt syfte i resultatet. Pålitlighet är god eftersom samma person gjort samtliga intervjuer och sedan har resultatet analyserats av samtliga författare. Överförbarheten är mindre god eftersom urvalet endast består av 20 personer</p> <p>Enligt svensk forskningsetisk lag behövs ej tillstånd eftersom intervjuerna gjordes efter avslutad behandling och därför inte kunde påverkas i resultatet varken psykiskt eller fysiskt.</p>
---	---	---	---	---	---	---



<p>Olofsson, P., Carlström, E.D. &amp; Bäck-Pettersson, S.</p> <p>Sverige</p> <p>2012</p>	<p>During and beyond the triage encounter: Chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances</p>	<p>The aim of the study was to explore and describe the experiences of a group of chronically ill elderly patients' during their triage encounter and subsequent ED stay.</p>	<p>Svensktalande Äldre än 70 år Minst tre olika sjukdomar Varit på akuten minst 3 ggr de senaste 12 mån. Prio gul el. grön 14 patienter deltog</p> <p>Intervjuer med öppna frågor.</p>	<p>Deltagarna fick brev med information om syftet, instruktioner, att det var frivilligt, sekretess och att de när som kunde lämna studien utan risk för negativa konsekvenser. Intervjuerna genomfördes på akutmottagningen i ett enskilt rum så de inte blev störda. Intervjuerna tog 30-60 minuter och spelades in.</p> <p>Analysen var induktiv och de använde Giorgis deskriptiva fenomenologiska metod.</p>	<p>Under triageringen; Snabb och kompetent omvårdnad ingav förtroende. Ett personligt och ärligt intresse bidrog till en känsla av att vara i centrum för uppmärksamheten. Aktivt lyssnande till patienten skapade en respektfull relation.</p> <p>Efter triageringen; Ouppmärksamhet och likgiltigt beteende gav en känsla av utslutning. Brist på intresse för patienten bidrog till en känsla av att bli negligerad och ignorerad. Att inte bli lyssnad på bidrog till frustration och besvikelse hos patienterna.</p>	<p>Trovärdigheten är hög då processen är väl beskriven. Dock framgår det inte om deltagarna fått kontrollera texten. Pålitlighet är hög då det beskrivs hur intervjuerna genomfördes, vem som utfört intervjuerna och transkriptionen. Dock är inte förståelsen beskriven. Överförbarheten från studiens resultat diskuteras inte direkt, men författarna knyter an till andra studier som visat liknande resultat, vilket gör att det finns en överförbarhet på andra liknande grupper. Syftet uppnås.</p> <p>Studien följde etiska regler utifrån svensk lagstiftning och Helsingfors-deklarationen samt</p>
---	--	---	--	---	---	--

						hade godkännande från etisk kommitté vid universitet.
--	--	--	--	--	--	---

<p>Wiman, E., Wikblad, K. &amp; Idvall, E.</p> <p>Sverige</p> <p>2006</p>	<p>Trauma patients' encounters with the team in the emergency department – A qualitative study.</p>	<p>The aim of this study was to explore trauma patients' conceptions of their encounter with the ED team.</p>	<p>Patienter på ett universitetssjukhus och ett länssjukhus som blivit utsatt för högintensivt våld, men utan livshotande skador. Varit vid fullt medvetande vid omhändertagandet. Varit mindre än 24 timmar på akuten och sedan blivit hemskickad. Svensktalande Över 18 år</p> <p>Totalt 17 + 6 st.</p> <p>Semi-strukturerade intervjuer med fyra teman.</p>	<p>Patienter från universitetssjukhuset identifierades via patientliggaren. 1-3 veckor efter olyckan fick de ett brev hemskickat med information om studien och att det var frivilligt att delta samt att de kunde hoppa av när de vill. De kunde skicka in om de inte ville delta, annars blev de kontaktade via telefon efter 7-10 dagar där det bestämdes när och var intervjun skulle genomföras. Patienter från länssjukhuset identifierades av sjuksköterska och vid redan vid besöket ett likadant informationsbrev. Senare fick även de ett telefonsamtal där det bestämdes när och var intervjun skulle genomföras (om de ville vara med). Intervjuerna skedde 9-35 dagar efter olyckan. De spelades in</p> <p>Studien hade en fenomenologisk ansats.</p>	<p>Tre kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det instrumentala sättet att vara, dvs de akuta handlingarna</li> <li>- Det uppmärksamma sättet att vara, dvs i avvaktan på provsvar mm med mycket omvårdnad</li> <li>- Det oengagerade sättet att vara, dvs lämnades ensam</li> </ul> <p>Patienterna upplevde tre aspekter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veta hur, dvs personalens kunskap</li> <li>- Kommunikation, formel, avledande och humoristisk</li> <li>- Delaktighet, kontinuerlig, ärlig, empatisk och brist på information</li> </ul>	<p>Trovärdigheten är hög då processen och analysen är väl beskriven. Båda medförfattarna verifierade analysen efter den var genomförd och kategorierna diskuterades tills konsensus var nådd. Dock framgår det inte om deltagarna fått kontrollera texten. Pålitlighet är hög då det beskrivs hur intervjuerna genomfördes, vem som utfört intervjuerna och transkriptionen. Författarna tar även upp betydelsen av sin förståelse. Överförbarheten diskuteras i studien och författarna anser inte att det är möjligt, dock stärks deras resultat av andra studier. Syftet uppnås.</p> <p>Författarna har reflekterat kring</p>
---	---	---	--	--	---	--

						studiens värde. Kurator fanns tillgänglig för deltagarna om de önskade. Studien godkändes av den etiska kommittén på Universitetet.
--	--	--	--	--	--	---