



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Sjuksköterskans lindrande av lidande för den äldre patienten med ospecifika symtom på akutmottagning

- Möjligheter och hinder

Författare: Pernilla Jönsson

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Hösten 2015

Sjuksköterskans lindrande av lidande för den äldre patienten med ospecifika symtom på akutmottagning

- Möjligheter och hinder

Författare: Pernilla Jönsson

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Hösten 2015

Abstrakt

Tidigare forskning har visat att dagens akutsjukvård inte är anpassad för den äldre patienten, då äldre patienter ofta uppvisar diffusa och svårdefinierbara symtom, dessutom innebär det oftast ett lidande att söka vård eller att vara patient. Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors möjligheter och hinder för lindrande av lidande för den äldre patienten med ospecifika symtom på akutmottagning. Åtta semistrukturerade intervjuer genomfördes under september 2015 på en akutmottagning i sydvästra Sverige. Intervjuerna analyserades med induktiv innehållsanalys enligt Burnards steganalys. Analysen resulterade i *tre kategorier* med tillhörande underkategorier *Perspektiv på vården*; Ospecifika symtom, strategier och prioritering, *Professionellt förhållningssätt*; Yrkesrollen och anhöriga samt *Organisatoriska förutsättningar*; den egna arbetsplatsen och brist på helhet i vårdkedjan. Resultatet påvisar att akutmottagningen behöver förändra omhändertagande av de äldre patienterna med ospecifika behov för att bättre kunna lindra deras lidande.

Nyckelord

Emergency department, Older patients, Allevation suffering, Frail elderly

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Äldre patienten	6
Akutsjukvård	6
Ospecifika symtom	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Instrument	9
Datainsamling	9
Analys av data	10
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	12
Perspektiv på vården	12
Ospecifika symtom	12
Strategier	13
Prioritering	14
Professionellt förhållningssätt	15
Yrkesrollen	16
Anhöriga	17
Organisatoriska förutsättningar	17
Den egna arbetsplatsen	17
Brist på helhet i vårdkedjan	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Konklusion och implikationer	25
Referenser	26
Bilaga 1 (1)	32
Intervjugudie	32

Introduktion

Problemområde

Idag är ungefär 20 % av Sveriges befolkning 65 år eller äldre (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2013). Andelen äldre kommer att öka inom de närmsta åren och år 2030 beräknas cirka var fjärde person i landet vara 65 år eller äldre. Även medellivslängden har ökat i Sverige, år 2013 var den förväntade medellivslängden för kvinnor 83.7 år och för män 80.1 år (Statistiska centralbyrån, 2014). Risken att drabbas av kroniska sjukdomar såsom demens, hjärtsvikt, kärlkramp med mera ökar hos den äldre befolkningen (Marengoni, Winblad, Karp & Fratiglioni, 2008). Dessa sjukdomar leder även till funktionsnedsättningar och minskad kapacitet att klara av ytterligare sjukdom.

Utnyttjandet av hälso- och sjukvård ökar med stigande ålder (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Samaras, Chevalley, Samaras & Gold, 2010). I en svensk studie framkom att 15 % av patienterna över 65 år hade haft tre sjukhusinläggningar eller fler och att dessa stod för hela 35 % av de totala sjukhusinläggningarna (Condelius, Edberg, Jakobsson & Hallberg, 2008). Komplexiteten kring äldres symtom vid akut sjukdom försvårar omhändertagandet på akutmottagningar (SBU, 2013). Dels på grund av att symtomen är svårdefinierbara (Samaras et al., 2010), men även då vården på akutmottagningar utgår från medicinska tillstånd och inte de individuella behov som den äldre patienten uppvisar (Elmqvist & Frank, 2012; Hallberg & Kristensson, 2004). Den medicinska fokuseringen innebär också att den egentliga betydelsen av patient som den lidande eller någon som uthärdar något glöms bort (Elmqvist, 2011), trots att lindrande av lidande är en del av sjuksköterskans ansvarsområde (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Modeller har prövats i olika delar av Sverige för att förbättra vården på akutmottagningen för den äldre patienten, men trots detta är akutsjukvården inte anpassad för denna målgrupp (SBU, 2013). Dagens akutsjukvård innebär ibland långa väntetider, speciellt för den äldre patienten (Aminzadeh & Dalziel, 2002; SBU, 2013) och även bristande omvårdnad då belastningen på akutmottagningen är stor (SBU, 2013). Att vara beroende av andra vid exempelvis sjukdom och en förminskning av autonomin kan leda till ökat lidande, vidare

anses sjuksköterskans förståelse för patientens situation vara av betydelse för att göra sårbarheten, som del i beroendet, till en naturlig del (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Behoven för den äldre patienten varierar och därför behövs fler studier om specifika grupper av äldre som söker på akutmottagning (Latham & Ackroyd-Stolarz, 2014; Nydén, Petersson & Nyström, 2003). Att omvårdnaden för den äldre patienten är otillräcklig har tidigare visats, vilket har förklarats av att sjuksköterskan på akutmottagningen prioriterar äldres behov av omsorg lägst, då resurser istället behöver fokuseras till livsuppehållande vård (Taylor, Rush & Robinson, 2015). Däremot har inga studier identifierats med fokus på sjuksköterskans syn på de äldre patienterna med ospecifika symtom.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) ska hälso- och sjukvården ge god vård med respekt och värdighet för människan. Alla patienter ska snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd när man söker vård, om det inte är uppenbart obehövligt. De människor som har störst behov av hälso- och sjukvård ska även ges företräde till vården. Den humanistiska grundsyn som Svensk sjuksköterskeförening (2014) menar omvårdnad utgår från bygger på syn där människan är aktiv och skapande samt del i ett sammanhang. Lidande ses som upplevelsen av något ont och ofrånkomligt som människan möter i livet i olika plan och är även en del av vårdandet (Arman & Rehnsfeldt, 2006). En viss nivå av lidande ses hos de flesta patienter som behöver vård (Fagerström, Eriksson & Bergbom Engberg, 1998). Lidande kan påverka personers upplevelse av ohälsa, liknande sjukdom, skada eller smärta (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Ett lidandeförlopp kan både vara dramatiskt och plötsligt eller vara en långsam process, gemensamt är att det ses som livsavgörande (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Den inledande fasen i lidandet karakteriseras av att bli helt avstängd. I Rehnsfeldts lidandeteori kallas fasen för livsförståelsemörker, vilket innebär en känsla av att det som inträffat är omöjligt att uthärda och orsakar ett outhärdligt lidande. Genom ett mänskligt möte kan en vändpunkt infinna sig som förutsättning för att kämpa mot lidandet genom bekräftelse av den lidande människans värld (Rehnsfeldt & Eriksson, 2004). Kampen mot lidandet är en förutsättning för att finna nya möjligheter och att få ljus i livsförståelsemörkret (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Människans övergång från ett blockerat

lidande till ett öppet lidande, vilket Rehnsfeldt i sin teori kallar vägskaal, kan ske då den lidande människan får inre kraft genom att få ge ord på det som hänt eller hotat. Ett av de grundläggande ansvarsområdena som sjuksköterskan har är att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Äldre patienten

Med åldern ökar risken för sjukdom och funktionsnedsättning, som kan medföra stora konsekvenser för livskvaliteten och hälsan (Rennemark, 2004). Vidare kan åldersförändringar leda till ökad känslighet och minskad motståndskraft mot sjukdomar (Bravell & Eriksson, 2013), vilket kan innebära stora utmaningar i vården av den äldre patienten genom svårighet att skilja på normalt åldrande och sjukdom (Bravell & Eriksson, 2013; Samaras et al., 2010; SBU, 2013). Komplexiteten i de problem som äldre patienter uppvisar kräver enligt Nairn, Whotton, Marshal, Roberts och Swann (2004) ett holistiskt synsätt för effektiv vård.

Multisjuklighet används för att beskriva tillstånd med flera sjukdomar samtidigt (Socialstyrelsen, 2009). Dock finns ingen enhetlig definition av begreppet som lämpar sig för olika syften inom forskning och kliniskt arbete. Samband har identifierats mellan ålder, multisjuklighet och funktionsnedsättning (SBU, 2013). Hög ålder, många sjukdomar och flera funktionsnedsättningar ökar risken att tillhöra gruppen sköra äldre. Denna grupp benämns ibland även frailty. Frailty är ett begrepp som kan beskriva ökad risk för negativa händelser till exempel sjukhusinläggning, vara i behov av institutionsboende eller ökad dödlighet. Personer med olika hälsoproblem kopplade till behov av sjukvård och omsorg, vilket även kan innebära behov av insatser från flera vårdgivare, anses ha komplexa hälsoproblem (Äldrecentrum, 2014). Vid komplexa hälsoproblem ska det finnas svåra eller multipla problem inom två av de tre områden: sjukdomar/symtom, nedsatt rörelseförmåga eller nedsatt kognition/kommunikationsförmåga.

Akutsjukvård

Enligt Riksföreningen för Akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2010) innebär akutsjukvård den vård och omvårdnad som ges patienten de första 24 timmarna på akutmottagning eller akutvårdsenhet. Akutmottagningen är avsedd för patienter med akut sjukdom eller skada (Elmqvist & Frank, 2012) och patienter kommer till akutmottagningen då de uppfattar sina hälsoproblem som akuta (Nyström, Nydén & Petersson, 2003). Vid ankomst

till akutmottagningen görs en inledande bedömning och prioritering av patientens medicinska tillstånd (Elmqvist & Frank, 2012). Sjuksköterskors arbetssätt på akutmottagning liknas ibland vid industrins rullandebandet princip (Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003; Nyström, Nydén et al., 2003). Sjuksköterskorna är uppdelade och har ansvar för olika delar i arbetet till exempel en sjuksköterska triagerar och en annan tar blodprover. För patienten kan denna fragmentering upplevas jobbig då det är svårt att förstå helheten i sin situation. Ibland är mängden patienter på en akutmottagning stort, vilket leder till tidspress för vårdarna som kan skapa ett avstånd i mötet med patienten och dennes anhöriga (Elmqvist & Frank, 2012; Nyström, Nydén et al., 2003). I studier från Sverige beskrev sjuksköterskor mest praktiska åtgärder när de skulle förklara vårdandet på akutmottagning (Nyström, 2002; Nyström, Dahlberg et al., 2003). Däremot framhölls inte patientens psykologiska eller existentiella behov (Nydén et al., 2003; Nyström, Dahlberg et al., 2003).

Dagens akutsjukvård är i många fall inte anpassad för att möta den äldre patienten (Aminzadeh & Dalziel, 2002; SBU, 2013). På akutmottagningen drabbas många äldre av långa väntetider, då de diffusa symtomen kan leda till lägre prioritet (SBU, 2013). För över 20 år sedan beskrev Sanders (1992) behov av speciell akutsjukvård för äldre patienter, på liknande sätt som barn har egen specialitet inom akutsjukvård. Äldre patienter har unika fysiologiska, medicinska och sociala behov (SBU, 2013). Behov som äldre patienter på akutmottagning beskrev betydelsefulla i studien av Nydén et al. (2003) var bland annat att få något att äta och dricka, smärtlindring, hjälp till toaletten eller att få hjälp då deras tillstånd plötsligt förändrades och blev sämre. Patienterna upplevde även en trygghet att vara på akutmottagningen och hade stor tilltro att överlämna vårdandet till professionell vårdpersonal. Nydén et al. menar även att de fysiologiska behoven ibland även var ett uttryck för de äldre patienterna att få uppmärksamhet från vårdpersonal och ett uttryck för patientens behov av trygghet. Behov av tillgivenhet och tillhörighet var starkt förknippad med patientens behov av självkänsla. För att upprätthålla patientens värdighet behövdes vänlighet och ett respektfullt mottagande från vårdpersonalen (ibid).

Ospecifika symtom

Ibland kan det vara svårt att identifiera och definiera äldre personers symtom (Samaras et al., 2010). Diffusa symtom kan leda till lägre prioritet på akutmottagning (SBU, 2013). Prioriteringen patienten har utgår från den medicinska bedömning som sjuksköterskan i

triagen gjort (Andersson, Omberg & Svedlund, 2006). Bedömningen påverkas av sjuksköterskans kunskap inom området, men även erfarenhet och intuition. Intuitionen visades även vara av stor betydelse då patienten uppvisade diffusa medicinska symtom och där vitalparametrar inte visade något onormalt. Bedömningen sker ofta även under begränsad tid, vilket kräver goda färdigheter hos sjuksköterskan. I en svensk studie visades att patienter som söker akutmottagning och blir prioriterade till nivå fyra på en skala med fyra nivåer, där nivå ett är omedelbart omhändertagande och nivå fyra anses mindre vårdkrävande, var de vanligaste symtomen från mag- och tarmsystemet, muskuloskeletala systemet och någon form av trauma (Backman, Blomqvist, Lagerlund, Carlsson-Holm & Adami, 2008). I en studie gjord av Vicente et al. (2012) undersöktes äldre patienter i ambulans med allmänna och ospecifika symtom. De behov som identifierats hos de äldre patienterna som uppvisade allmänt påverkat hälsotillstånd kunde kategoriseras i två grupper; oförmåga att hantera det vardagliga livet och oförmåga att orientera sig i tid och rum. Gemensamt för dessa identifieras en progressiv svaghet och ökat beroende som lett till oförmåga till ett kontrollerat och fungerande liv.

Syfte

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors möjligheter och hinder för lindrande av lidande hos äldre patienter med ospecifika symtom på akutmottagning.

Metod

Studien har utförts kvalitativt med induktiv ansats vilket innebär ett förutsättningslöst förhållningssätt för att möta situationen med nya perspektiv och med strävan till helhetsförståelse av situationen (Olsson & Sörensen, 2011). Databesamling skedde genom intervjuer med sjuksköterskor på akutmottagning, för att ge förståelse för deltagarnas upplevelser kring området och för att ge deltagarna möjlighet att berätta och uttrycka sig med egna ord (Danielson, 2012).

Urval

Sjuksköterskor på en akutmottagning i sydvästra Sverige tillfrågades om deltagande i studien under sommaren 2015 via mail, vilket resulterade i sex intresserade informanter. Resterande

tillfrågades personligen under de dagar då intervjuerna ägde rum. Det var eftersträvansvärt med ett strategiskt urval för att få variation i den upplevelse deltagarna hade inom området (Henricson & Billhult, 2012), men det uppnåddes inte då det var svårt att få intresserade informanter att ställa upp. Inklusionskriterierna för studien var att sjuksköterskorna skulle vara verksamma på akutmottagning. För att delta i studien skulle sjuksköterskan även vårdat den äldre patienten under hela dess vårdtid på akutmottagning, från den initiala bedömningen till slutet av vårdtiden. Totalt var det elva intresserade informanter, men tre uppfyllde inte inklusionskriterierna. De sjuksköterskor som inte uppfyllde inklusionskriterierna triagerade inte patienter som kom till akutmottagningen. Intervjuerna utfördes under en veckas tid i början av september 2015. Totalt deltog åtta informanter i åldern 30-60 år. Sju informanter var kvinnor och en informant var man. Erfarenhet av arbete som sjuksköterska på akutmottagning varierade från 5 år till 24 år. Tre av sjuksköterskorna som intervjuades arbetade i arbetsgrupp för förbättring kring omhändertagandet av äldre patienterna på akutmottagningen.

Instrument

Intervjuguide användes som stöd under intervjuerna, vilket stramade upp intervjun men var ändå flexibel för det som kom upp i intervjun (Danielson, 2012). Frågor fokuserade på sjuksköterskans lindrande av lidande för den äldre patienten med ospecifika symtom på akutmottagning, se även *bilaga 1*. Inledningsfrågan var vad tänker du på när jag säger ”äldre patienter med ospecifika symtom”? Huvudfrågan fokuserade på lindrande av lidande för patienten med vidare fördjupning i de strategier och möjligheter samt hinder som sjuksköterskan upplevde.

Datainsamling

Informanterna informerades både muntligt och skriftligt om studiens syfte och utformning av intervjun inför datainsamlingen. Skriftligt genom informationsbrev och muntligt i anslutning till intervjun. Informanter som visat intresse för deltagande via mail fick informationsbrev skickat till sin arbetsplats. De personligt tillfrågande informanterna fick informationsbrevet i anslutning till intervjun. Ett skriftligt och muntligt samtycke lämnades av alla informanter. Först utfördes en pilotstudie för att testa intervjuguiden, denna valdes att exkluderas från studien då huvudfrågan blev otydlig och framhövdes inte tillräckligt i intervjun. Därefter utfördes semistrukturerade intervjuer under en vecka i början av september på akutmottagning

i sydvästra Sverige. Av betydelse var att som intervjuare vara medveten om att resultatet inte är oberoende, vilket innebär att intervjuaren måste vara flexibel och möta de eventuella förändringar som kan ske under datainsamlingen (Henricson & Billhult, 2012). I intervjuerna ställdes följdfrågor som härledde till det som framkom under intervjuerna, därav var frågorna inte exakt samma i alla intervjuer. Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant i nära anslutning efter genomförd intervju, då dokumenterades även de observationer som gjordes under intervjuerna till exempel långa tystnader och kroppsspråk.

Analys av data

Enligt Danielson (2012) är innehållsanalys lämplig metod att analysera data då fokus är erfarenheter och upplevelser. Vidare var det en stor mängd textmaterial av de intervjuer som gjordes, vilket medför att innehållsanalys lämpar sig som metod (ibid). Analys av intervjuerna gjordes induktivt enligt Burnard (1991) analysmetod i 14 steg. Analysen startades med genomläsning av varje intervju där en kort anteckningar skrevs efteråt angående ämnet som framkom i intervjun (Steg 1). Därefter i steg två genomlästes alla intervjuerna och noteringar utfördes i samband med genomläsningen, vilket gjorde att man blev mer insatt i materialet och fick en uppfattning av informanternas erfarenhet. I det tredje steget lästes materialet igen igen för att sedan kunna göra en så kallad öppen kodning, det vill säga en kondensering av transkriptatet som beskriver innehållet utan utfyllnadstext. Analysen fortsatte sedan i en gruppering av den öppna kodningen i två etapper (steg 4 och 5), vilket resulterade i huvudkategorier och underkategorier. Steg sex innefattar granskning av utomstående. Transkriptatet av intervjuerna lästes igenom ytterligare så att kategorierna överensstämde med innehållet (Steg 7). Det åttonde steget innebar en uppdelning av transkriptatet i förhållande till kategorier som tidigare framkommit, vilket gjordes med hjälp av färgkodning. Dessa enheter som sorterats i kategorier grupperades efter likheter (steg 9 och 10). I steg elva sker återkoppling till informanterna angående överensstämmelse av kategorier. I tolfte steget i analysen bedömdes grupperingarna efter dess sammanhang från ursprungsmaterialet. Därefter började resultatet skrivas utefter de grupperingar som gjorts under varje kategori (steg 13). Det sista steget innefattade ett beslut om hur resultatet ska anknyta till litteratur. I studien valdes att resultatet skulle skrivas separat, därefter anknytning till litteratur i efterföljande rubrik. I analysen togs avsteg från steg sex och elva, istället utfördes diskussion med handledare under analysen.

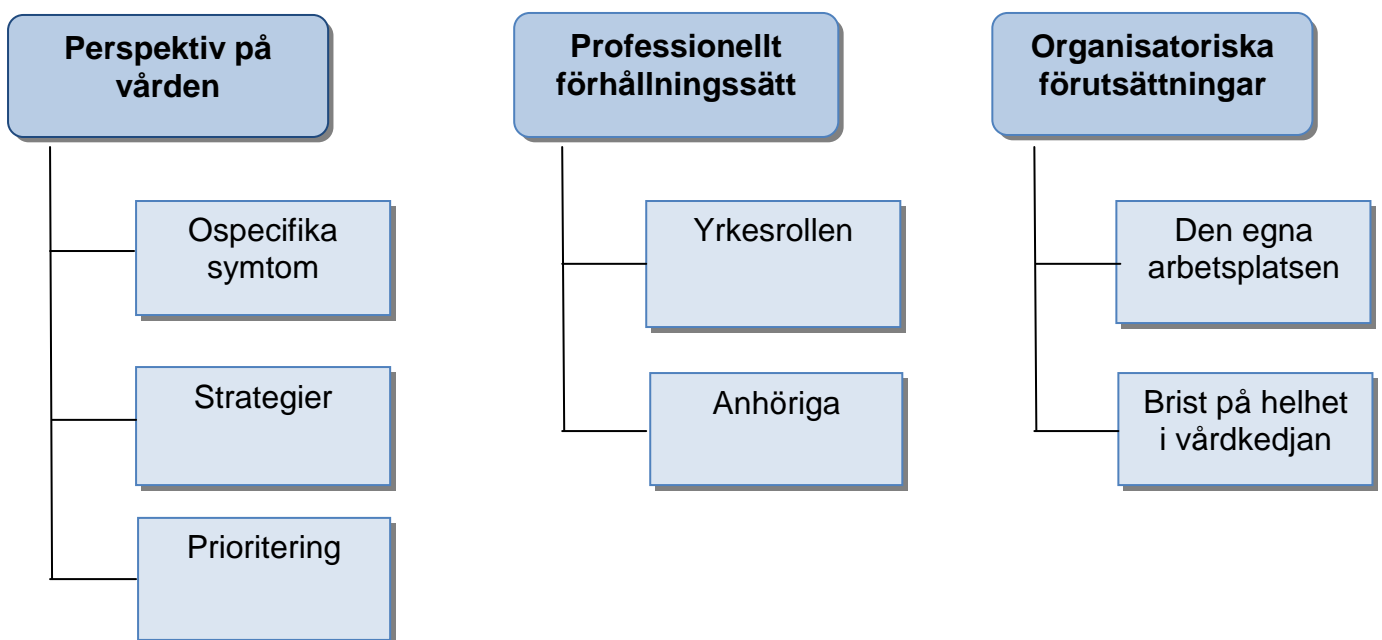
Av betydelse är även medvetenhet kring den förförståelse som intervjuaren har (Lundman & Graneheim, 2012). Författaren till studien som även var den person som intervjuade jobbar själv på akutmottagning inom samma Region, men har inte tidigare varit på den arbetsplats som intervjuerna utfördes. Författaren till studien har även ett fördjupat intresse kring äldre patienter på akutmottagning och arbetar i en nystartad lokal arbetsgrupp för att förbättra omhändertagande för de äldre patienterna på akutmottagningen.

Forskningsetiska avvägningar

Det grundläggande individskyddskravet är del av de forskningsetiska avvägningarna som gjorts i studien (Vetenskapsrådet, u.å). Informationskravet är del i individskyddskrav, vilket innebar att undersökningsdeltagarna blev informerade om deras uppgift i studien och vilka villkor som gällde. Dessa villkor var att deltagandet var frivilligt och att de när som helst hade möjlighet att avbryta sin medverkan. Information gavs även till informanterna att uppgifter som samlats in enbart kommer att användas för studiens syfte. Ett annat av de fyra krav som ingår i individskyddskravet är samtyckeskravet, vilket beaktades i studien genom muntligt och skriftligt samtycke samt möjlighet för informanterna att bestämma i vilken utsträckning medverkan skedde utan påverkan av yttre faktorer. De två andra delarna inom individskyddskravet som beaktades i studien var konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Konfidentialitetskravet innebar att de uppgifter som inhämtades är avidentifierade och att materialet är oåtkomligt för utomstående. Vidare har de uppgifter som samlats in används enbart för forskningssyftet och inte till annat, vilket innefattades av nyttjandekravet. Studien har granskats av vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN, vid Lunds Universitet. VEN hade inga invändningar till att studien skulle utföras.

Resultat

Analysen av intervjuerna resulterade i tre kategorier med tillhörande underkategorier: Sjuksköterskans utmaningar, professionellt förhållningssätt och organisatoriska förutsättningar.



Figur 1: Översikt av kategorier och underkategorier

Perspektiv på vården

Os specifika symtom

Äldre patienter med os specifika symtom beskrevs i intervjuerna som en vanlig akutpatient som blir vanligare och vanligare då folk lever längre. Begrepp som sjuksköterskorna använde för att beskriva patientgruppen var bland annat multisjuka och nedsatt allmäntillstånd.

Sjuksköterskorna beskrev även att de inte riktigt visste vad det var med de äldre patienterna med ospecifika symtom direkt, utan man fick hålla på och nysta lite. Det kan vara allt från allvarlig sjukdom till en försämring i deras allmäntillstånd rent generellt för att dem är äldre. Vidare framkom i intervjuerna att de äldre patienterna med ospecifika symtom var oerhört vårdkrävande och tar tid.

"Jag tänker på de här människorna som har mycket diagnoser egentligen, men när de kommer är det inget av dem som är själva sökorsaken". (Intervju 1)

"Det är svårt att sätta fingret på det. Så det kan vara svårt att göra en riktig bedömning och få till en bra omvårdnad, när man inte riktigt vet". (Intervju 3)

De äldre patienterna på akutmottagning ansåg sjuksköterskorna oftast var de som var i störst behov av omvårdnad. Svårigheter som upplevdes av sjuksköterskor kunde vara patienter med kognitiv svikt eller patienter som inte kan göra sig hörda eller uttrycka sina behov. Mötet med dessa patienter upplevdes jobbigt och sjuksköterskorna kunde känna sig tröstlösa. Sjuksköterskorna beskrev även att det var en grupp patienter som inte gnäller utan man var tacksam för det lilla man fick, vilket relaterades till att patienten inte orkar eller inte ställer krav.

Strategier

Den omvårdnad som sjuksköterskorna gjorde sågs enligt sjuksköterskorna som likt med vad andra kollegor gjorde. Det innefattade bland annat en överblick över patienterna, framförallt för att veta vem patienterna är men även att ha en uppfattning av patienten innan eventuell förändring i patientens tillstånd. Åtgärder för att lindra lidande beskrev sjuksköterskorna kunde vara till exempel att tillgodose patientens behov genom mat och dryckesintag, hjälp till toaletten eller byte av blöja, smärtlindring, ge vätska intravenöst relaterat till dehydrering, medicindelning och se till att de ligger bra.

"Det finns mycket smågrejer mer omvårdnadsmässigt. Det är inte alltid så mycket medicinskt". (Intervju 4)

Andra strategier som sjuksköterskorna beskrev var att hålla undersköterskorna ajour, följa upp smärtlindring och återkoppla till patienten samt klä av patienten för att undersöka hud och eventuella andra skador. Strategier som att ge information, stanna upp och bekräfta framkom även i intervjuerna för att lindra lidande.

"Att bekräfta deras upplevelse och sen då kan det vara att man flyttar lite på kudden, ibland kan det vara att de behöver en filt. Ibland kan de vilja ha ett glas vatten och lite smärtlindring. Ibland kan det vara att de hamnar långt bak i kön och de är på ett rum att man tar ut dem i båset så de ser lite folk i rörelse".

(Intervju 8)

Sjuksköterskorna menade att det ibland var de små sakerna som gjorde att patienterna kände sig ompysslade och att det var just omtanken och omvårdnaden som man såg som svårt i sitt arbete.

"Det kräver ju en viss tid med omvårdnad som är självklar att de ska få. Men om man har jobbat på en akutmottagning så vet man att vissa stunder på dygnet så räcker man inte till. Det är tråkigt". (Intervju 7)

Prioritering

Återkommande i intervjuerna var den prioritering som de äldre patienterna med ospecifika symtom fick på akutmottagningen. Prioriteringen beskrevs ofta som låg och att de fick vänta på läkare länge, speciellt då det var mycket patienter på akutmottagningen. I intervjuerna framkom även att det ofta var de äldre som kom i kläm och fick vänta och ibland för att de just inte har något speciellt man kunde ta på.

"Det går ju inte att lägga dem först i kön för de är inte mest sjuka, fast de i grunden är det". (Intervju 1)

Informanterna beskrev väntan för de äldre patienterna med ospecifika symtom i olika sammanhang. Ibland gick det smidigt och allt fungerade bra, men ofta för de äldre patienterna med ospecifika symtom blev totaltiden på akutmottagningen flera timmar vilket

sjuksköterskorna ansåg kunde skapa ett lidande. Väntan kunde även leda till att patienterna blev förvirrade eller att deras symtom förstärktes.

"Självklart märker man ju om att väntan på akuten blir inte tröttsam om man ligger gott, inte har ont, inte är törstig, inte hungrig, man kanske kan somna ett par timmar mens man väntar. Då blir det inte så tröttsamt att vara här om man får både en förklaring och hjälp...Men det ska inte vara så att man blir sjukare medan man ligger på akuten". (Intervju 6)

Sjuksköterskorna tyckte att det ibland kunde vara svårt att hinna med den goda omvårdnaden som man skulle önska, vilket relaterades till det arbetssätt och olika funktioner som sjuksköterskan hade i sitt arbete.

"Jag skulle inte säga att det är ett problem i mötet dagligen, men det är inte att patientgruppen i sig är ett problem utan arbetssättet kring patienterna kunde varit bättre". (Intervju 7)

Sjuksköterskorna berättade i intervjuerna om en rutin som var framtagen på arbetsplatsen som hjälp i arbetet med den äldre patienten. Den innefattar bland annat patienters basala behov såsom nutrition, elimination, hudinspektion och tillsyn. De observationer och åtgärder kring områdena som utfördes dokumenteras på ett separat omvårdnadspapper, för att sedan överförs till pappersjournalen som medföljde patienten vidare till exempelvis avdelning. Omvårdnadspapprets syfte var ett komplement till pappersjournalen, då pappersjournalen även delades med andra yrkeskategorier och var inte alltid tillgänglig. Uppfattningen bland sjuksköterskorna var att denna rutin användes mycket lite av kollegorna. Vissa sjuksköterskor tyckte denna rutin underlättade arbetet, speciellt de dagar då det var högt inflöde. Det blev som en kommunikationskanal mellan vårdpersonalen. Andra sjuksköterskor ansåg sig inte bli hjälpta av rutinen i sitt arbete med patienterna.

Professionellt förhållningssätt

Andra kategorin innefattar betydelsen av sjuksköterskans professionella förhållningssätt för att lindra lidande för den äldre patienten med ospecifika symtom. Under intervjuerna uttrycktes svårigheter att prata om vad man egentligen gör på arbetet. Sjuksköterskorna

menade att det saknas gemensam reflektion, ofta är det något de själv tänker eller får en känsla av.

Yrkesrollen

I intervjuerna framkom sjuksköterskornas uppfattning av deras yrkesroll på akutmottagningen i olika sammanhang. Sjuksköterskorna beskrev att det var olika vad sjuksköterskor tyckte var viktigt att göra på arbetet. Sjuksköterskor beskrev att anledningen att de jobbar på akutmottagningen var för att det ska vara spännande, utvecklande och att det händer akuta saker. Vissa sjuksköterskor ansåg att de inte jobbar på akutmottagningen för att vårda äldre patienter med ospecifika symtom för det var inte lika roligt som att ta hand om till exempel ett larm. Även om det inte var något man pratade om på arbetsplatsen nämnde sjuksköterskor det som en känsla som upplevdes bland kollegorna. Det fanns ett allmänt ointresse att vårda dessa patienter och det var inget som var kul att till exempel byta blöja och då blev det inte gjort. Lathet var även ett begrepp som sjuksköterskorna nämnde, vilket kunde bero på att belastningen stundtals var hög och när det väl blev lugnt prioriteras annat istället för exempelvis extra tillsyn av patienterna.

"När trycket är som det är så tror jag det känns så dumt att de kommer in, när man bedömer att det här skulle vi kunna behandla jättelätt hemma för det finns ju sjuksköterskor på boendena eller kopplade till, så man tycker det är en onödig inläggning eller ett onödigt akutbesök. Det kan nog lägga ribban för hur den fortsatta vården här på akuten också blir". (Intervju 2)

Sjuksköterskorna menade att det är mycket medicinskt som går före omvårdnaden, då det kan handla om liv eller död, trots att omvårdnad är vår profession. Vidare framkom under intervjuerna att omvårdnad var något som kom i andra hand. Sjuksköterskorna menade att det fokuserades mer på teknik. Sjuksköterskorna menade även att vårddet för de äldre patienterna inte var något som prioriteras på chefsnivå.

Anhöriga

Anhörigas betydelse för sjuksköterskorna framkom i intervjuerna. Sjuksköterskorna trodde att anhöriga ofta hade stor betydelse. Anhörigas betydelse beskrevs av några sjuksköterskor som att de kunde hjälpa patienten att föra deras talan, men framförallt vara närvarande och sällskap. Vissa sjuksköterskor menade även att de kunde hjälpa till att ge till exempel mat och dryck.

"Man har rätt i alla lägen att vara anhörig. Självklart kan man sitta och vara tillgänglig och komma med information och vara stöd, att bara vara hos patienten. Men man kan inte ställa krav på att de ska ta över vårt arbete".

(Intervju 6)

Däremot framförde vissa sjuksköterskor en frustration över att anhöriga inte hjälpte till och köpte fika eller hjälpte sin anhörig till toaletten under vårdtiden på akutmottagningen. Sjuksköterskorna menade att det lätt glömdes bort under besöket på akutmottagningen, vilket gjorde att belastningen på sjuksköterskorna blev extra stor.

Organisatoriska förutsättningar

Den egna arbetsplatsen

Faktorer som sjuksköterskorna inte själva kunde påverka upplevdes jobbiga. Det kunde vara relaterat till lokaler, personal eller organisatoriska strukturer på akutmottagningen.

"Tid och resurser, en sådan enkel sak som smörgås. Då måste du gå till en annan avdelning för att hämta smörgås". (Intervju 8)

Förändringsmöjligheter som framkom i intervjuerna var behov av någon som hade till uppgift att göra den omvårdnad som ofta blev eftersatt.

"Egentligen skulle vi haft en människa varje pass som var någon slags köksa som gick runt och kollade att de hade allt det här". (Intervju 5)

En annan faktor som sjuksköterskorna beskrev var en ökad belastning. Tidigare kunde det vara patientfritt på nätterna, men det är det aldrig numera enligt sjuksköterskorna. Även minskning av vårdplatser på sjukhuset påverkade sjuksköterskorna på akutmottagningen, vilket ledde till att patienterna väntade på att få komma vidare. En önskan som sjuksköterskorna uttryckte var att patienterna skulle tas omhand oavsett klinik och att det skulle funnits en klinikoberoende tillhörighet för den äldre patienten. Det skulle kunna vara ett eget team som tog hand om dessa patienter på akutmottagningen, vilket skulle innebära att denna grupp får mer tillsyn och extra stöttning. Det skulle även kunna innebära en mer helhetssyn av patienten. Patienter som kommer in med ospecifik anledning är svår att registrera i specifik sökorsak och ibland slutar det med något annat som upptäcks för det kan dölja sig mycket hos den äldre patienten med ospecifika symtom.

Brist på helhet i vårdkedjan

"Jag känner väl egentligen att det är hela vägen som det blir fel ibland, från boendet hemma eller från boendet där de bor på något äldreboende, gruppboende eller servicehem". (Intervju 3)

Sjuksköterskorna beskrev de äldre patienterna som att ingen hade tid för dem, varken på akutmottagning, vårdcentral, mottagningar eller i kommunen. Många patienter hade inte ens behövt komma till akutmottagningen. Sjuksköterskorna menade att det borde finnas bättre kontroll och kontinuerlig uppföljning i hemmet och också bättre möjligheter att få behandling med vätska eller antibiotika för exempelvis en lunginflammation i hemmet. Mer vård i hemmet skulle kunna minska patienternas lidande då patienten inte behövde transporteras eller vänta på akutmottagningen i flera timmar. Förslag som framkom av sjuksköterskorna i intervjuerna var att det kunde funnits någon form av grupp som var mer mobil. Då skulle man kunna åka hem till patienten och göra en bedömning och kanske åtgärda problem i hemmet, vilket skulle kunna leda till minskade inläggningar och akutbesök.

"Jag tror att det på något sätt ändå om man fått mer hjälp och andra rutiner innan de ens kommer hit, att det hade varit det allra bästa. Att de inte behöver komma till akuten överhuvudtaget. Det hade varit det bästa, för deras skull".
(Intervju 3)

Dessutom framkom det i intervjuerna att det skulle tas mer beslut om patientens vårdplan redan på äldreboendet eller i hemmet. På så sätt var både patient och anhöriga införstådda med den vård som gavs och var möjlig att ge utifrån patientens förutsättningar.

"Det är väl ofta så att om de kommer från sitt boende så har de sin trygghet där och det är det jag som sjuksköterska, att vårdpersonalen på boende inte tar hänsyn till. Det känns inte som att de förstår att det är deras plats och deras trygghet här på jorden, det är där dem bor. Så kommer dem till ett okänt ställe bara för att personalen upplever att de har det jobbigare, men försök ta reda på istället vad det är för fel och åtgärda på plats istället". (Intervju 2)

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa möjligheter och hinder kring sjuksköterskans lindrande av lidande hos äldre patienter med ospecifika symtom på akutmottagning. Studien utfördes med kvalitativ ansats genom intervjuer med sjuksköterskor på akutmottagning. Totalt genomfördes åtta intervjuer. Transkribering av intervjuerna utfördes parallellt med tiden då intervjuerna utfördes. Innehållet i intervjuerna upplevdes uppnå mättnadspunkt efter de inkluderande intervjuerna (Malterud, 2014). Ingen ny kunskap tillfördes i de sista intervjuerna och flera likheter och skillnader hade identifierats i befintligt material. För att få ytterligare informanter hade antingen inklusionskriterierna behövt ändras eller annan akutmottagning inkluderats, då det inte fanns fler intresserade informanter på befintlig akutmottagning. Efter reflektion kring dessa alternativ beslutades att mättnad uppnåtts och förändring i urvalet inte skulle leda till mer betydelsefullt material. Relaterat till svårigheten att få intresserade informanter kunde inte ett strategiskt urval ske. Några av informanterna hade ett extra stort intresse kring den

äldre patienten på akutmottagning och deltog även i arbetsgrupp som arbetade med förbättringsarbete för just den äldre patienten på akutmottagning. Urvalet i studien kan därför lett till att resultatet blivit speglat av erfarenheter med åsikter och ökat kunskapsläge dessa informanter hade i förhållande till övriga sjuksköterskor inom verksamheten. Informanterna som deltog i studien representerade olika ålderskategorier och hade olika erfarenhet av arbete på akutmottagning, vilket kan ha stärkt resultatet då flera dimensioner av uppfattning kring ämnet kunde inbegripas.

Intervjuerna var semistrukturerade och följdfrågor användes för fördjupning i det som framkom under intervjuerna, vilket ses som en styrka i studien då informanterna lättare kunde förmedla deras syn på området utan att bli styrda. Transkribering av intervjuerna utfördes av samma person som intervjuade, vilket anses positivt för studiens tillförlitlighet (Malterud, 2014). Personen som intervjuade kom ihåg moment och gjorde överföringen mellan muntligt samtal och text lättare, vilket även kan ha betydelse för innebörden i texten. Analysen genomfördes med innehållsanalys enligt Burnard (1991). Avsteg från två av stegen gjordes i studien, steg sex och elva, istället utfördes diskussion med handledaren. Då det inte fanns någon utomstående som granskade teman och kategorier mot den data som insamlats kan detta påverkat utgången i analysen (Malterud, 2014).

En studiens resultat kan inte ses som oberoende av forskaren då det under intervjuerna skapas ett samspel, vilket medför att forskaren är medskapare av texten (Lundman & Graneheim, 2012). Forskarens förförståelse kan även påverka studiens resultat. Förförståelsen anses givit föreliggande studie ökad möjlighet till fördjupning och öppenhet för ny kunskap. Förförståelsen kan även ha bidragit till att intervjuerna fångade en djupare förståelse eftersom informanterna inte behövde förklara alla detaljer ingående vilket skapade samspel mellan informant och intervjuare i intervjuerna.

Begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet kan användas för att beskriva olika variationer av trovärdighet mellan resultatet och den tolkning av material som utförts (Graneheim & Lundman, 2004). Giltigheten beskriver hur sanna resultatet är (Lundman & Graneheim, 2012). Resultatet i föreliggande studie belyser sjuksköterskornas syn i området, men de teman och kategorier som framkom under analysen validerades inte av utomstående, vilket kan minska studiens giltighet. Dock menar Sandelowski (1998) att en upplevelse alltid är beroende av subjektiva tolkningar och en granskande bedömning behöver därför inte stärka

studiens giltighet. En studiens giltighet kan även påverkats av urvalet (Lundman & Graneheim, 2012). I föreliggande studien blev urvalet inte strategiskt relaterat till få intresserade informanter, vilket kan ha lett till en brist i beskrivning av variationer inom området. För att stärka giltigheten i studien har citat valts att inkluderas i resultatet (Elo & Kyngäs, 2007; Graneheim & Lundman, 2004). Under hela forskningsprocessen har studiens tillförlitlighet beaktats. Intervjuerna utfördes av samma person, vilket stärker studien då intervjuerna har karakteriserats av samma upplägg (Lundman & Graneheim, 2012). Trovärdighet för studien påverkas även av resultatets överförbarhet. För att underlätta bedömning av överförbarhet i föreliggande studie har noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling och analys utförts.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna beskrev den äldre patienten med ospecifika symtom på olika sätt, men en gemensam uppfattning var att patienten hade diffusa symtom som var svåra att förklara. Patienterna var även mycket vårdkrävande och var av stort behov av omvårdnad. Sjuksköterskorna beskrev även att patientkategorin erhöll låg prioritering, vilket kunde göra väntan på läkare extra lång. Resultatet kan således tolkas som att det finns ett samband mellan ospecifika symtom och lång vårdtid på akutmottagningen. Prioriteringen utgick från den medicinska bedömning som sjuksköterskan gjorde i triagen när patienten kom till akutmottagningen (Andersson et al., 2006) och inte utefter det omvårdnadsbehov som patienten hade (Nyström, 2002). Den medicinska prioriteringen kan därför påverka patientens lidande när omvårdnadsbehovet är stort som för de äldre patienterna med ospecifika symtom. Sjuksköterskorna i föreliggande studie menade att det var mycket medicinskt som skulle göras först, för det kunde vara livsavgörande för patienten eller ansågs mer roligt för personalen. I studien av Nyström, Nydén et al. (2003) beskriver patienterna att det verkar som om sjuksköterskor ser omsorg mindre stimulerande än medicinska uppgifter. Vidare beskrev sjuksköterskorna i föreliggande studie att mer fokus var på teknik än på den goda omvårdnaden som istället kom i skymundan. Det fokus sjuksköterskor på akutmottagning har för mer teknik har tidigare observerats (Kihlgren Nilsson, Skovdahl, Palmblad & Wimo, 2004; Nairn et al., 2004) och enligt Nairn et al. (2004) kan det leda till hinder för en effektiv vård.

I intervjuerna berättar sjuksköterskorna att de upplevde att den äldre patienten med ospecifika symtom ofta kom i kläm. Orsaken till denna upplevelse framkom inte tydligt, men visst samband till väntan på akutmottagningen och svårighet kring de diffusa symtom patienten uppvisade kunde utrönas. Väntetiden är ett återkommande problem som lyfts vid diskussioner om vården på akutmottagningar (Kihlgren et al., 2004; Nydén et al., 2004; Stuart et al., 2003; Watson et al., 1999). Väntetiden kan bero på olika orsaker bland annat väntan på provsvar, röntgen eller då mindre erfarna läkare behöver konsultera med mer erfarna läkare eller specialister (Kihlgren et al., 2004; Watson et al., 1999). Enligt Kihlgren et al. (2004) hade sjuksköterskor svårt att veta vad de ska säga till de äldre patienterna som fick vänta länge, medan i flera studier menade patienter att det var just information under väntetiden som är av betydelse (Kihlgren et al., 2004; Nydén et al., 2003; Stuart, Parker & Rogers, 2003; Watson, Marshall & Forsbinder, 1999). Information som patienterna ansågs betydelsefull kunde vara exempelvis hur allvarligt deras tillstånd var (Watson et al., 1999), orsaken till den långa väntetiden (Kihlgren et al., 2004), deras plats i kön (Nydén et al., 2003) och uppdatering av resultat på undersökningar och behandlingar (Stuart et al., 2003). Det var även av betydelse för patienterna att sjuksköterskorna använde ett språk som var lätt att förstå (Watson et al., 1999). När väntetiden var lång och informationen bristfällig kunde patienterna uppleva en känsla av otrygghet (Nydén et al., 2003).

I intervjuerna i föreliggande studie beskrev sjuksköterskor att väntan skulle kunna vara en positiv upplevelse hos patienterna bara de fick sina behov uppfyllda. Tidigare forskning har beskrivit de behov äldre patienter upplever under vistelse på akutmottagning (Berglund, Westin, Svanström & Johansson Sundler, 2012; Fagerström et al., 1998; Nydén et al., 2003). När sjuksköterskor var uppmärksamma på de varierande behov som de äldre patienterna uppvisade skapades en positiv interaktion mellan sjuksköterskan och patienten (Kihlgren et al., 2004). Däremot menar Nydén et al. (2003) att vissa sjuksköterskor ger liten eller ingen uppmärksamhet till de äldre patienterna med icke-brådskande hälsoproblem, vilket i så fall skulle kunna leda till brister under väntetiden. Det kan även leda till ökat lidande när patienten känner sig illa behandlad, misstrodd eller inte få sin röst hörd (Berglund et al., 2012). Denna upplevelse kan även öka patientens sårbarhet och öka patientens känsla av maktlöshet.

Sjuksköterskorna som intervjuades beskrev olika strategier för att lindra lidande för den äldre patienten med ospecifika symtom. Det kunde vara till exempel att tillgodose basala behov av mat, dryck och hjälp till toaletten, men även att stanna upp och ge bekräftelse. Att vara patient

innebär oftast någon form av lidande (Fagerström et al., 1998). Enligt Rehnsfeldt och Eriksson (2004) är ett mänskligt möte med bekräftelse för den lidande människans värld en möjlighet till vändpunkt och förutsättning för att kämpa mot lidandet. Om inte patientens upplevelse beaktas på allvar av sjuksköterskan kan det leda till att patienten lider i tysthet (Berglund et al., 2012). I föreliggande studie förklarade sjuksköterskorna att omtanken var något som man såg som svårt i arbetet, men att det ibland var de små sakerna som gjorde att patienterna kände sig ompysslade. I studien av Arman och Rehnsfeldt (2007) framkom att ideal vård inte enbart var att ge adekvat behandling utan även att göra det lilla extra. Med det lilla extra menades bland annat att gå utanför rutinerna och våga göra mer genom att vara uppmärksam på individuella och holistiska aspekter av vården. Viljan att ge det lilla extra kunde upplevas som mänskligt och något utöver sin yrkesroll som sjuksköterska. Att patienten blev sedd som unik människa av sjuksköterskan innebar för patienten en upplevelse av tillhörighet av att vara människa utan sjukdom och sårbarhet. Patienterna upplevde sig som person och inte diagnos eller objekt (Arman & Rehnsfeldt, 2007; Berglund et al., 2012; Nyström, Nydén et al., 2003; Watson et al., 1999). Sjuksköterskans medvetna förståelse för patientens unika behov kommer inifrån och är förankrade i sjuksköterskans etiska livsförståelse (Arman & Rehnsfeldt, 2007).

Sjuksköterskorna förklarade sin syn på anhöriga och dess betydelse för vården av patienten. Sjuksköterskorna menade att anhöriga kunde vara till stöd för patienten både praktiskt, socialt och kognitivt. Anhörigas betydelse framkom även i studien av Nyström, Nydén et al. (2003). I studien beskrev patienter som prioriterats som icke-brådskande ett behov att ha med sig en anhörig vid besök på akutmottagningen. Patienterna relaterade besök på akutmottagning till lång väntan, vilket ledde till att de helst hade anhörig med sig för att slippa vänta ensamma. Nyström, Nydén et al. (2003) menade även att strukturen på akutmottagning ledde till att anhöriga tvingades att övervaka patientens medicinska tillstånd. Vilket ansvar anhöriga hade i vården fanns det delade meningar om bland sjuksköterskorna som intervjuades i föreliggande studie. Sjuksköterskorna berättade även att de upplevde att just de äldre patienterna inte ville göra sig till besvär eller klaga. Sjuksköterskornas upplevelse kan relateras till studien gjord av Nyström, Nydén et al. (2003) där patienterna förklarade att de inte ville vara till besvär. De menade även att de visste att det fanns andra patienter som behövde sjuksköterskornas uppmärksamhet, istället för dem själva.

Organisatoriska faktorer som sjuksköterskorna framhävde påverkade deras lindrande av lidande för den äldre patienten med ospecifika symtom var både strukturer på akutmottagningen och strukturer i vårdkedjan. Sjuksköterskorna i föreliggande studie menade att det är strukturen på akutmottagningen som är ett problem, inte patienten. Vården på akutmottagningen är fragmenterad vilket innebär att sjuksköterskorna är uppdelade till att utföra olika uppgifter (Berglund et al., 2012; Nyström, Dahlberg et al., 2003). Denna uppdelning gjorde det svårt för patienter att uppfatta vilken sjuksköterska som hade ansvar för deras vård och vem de kunde fråga. Ovissheten om strukturen på akutmottagning menade Stuart et al. (2003) kan leda till negativ upplevelse av vården på akutmottagningen. Strukturen på akutmottagning leder även till brist i helhetssyn på patienten (Nyström, 2002). Trots de organisatoriska hinder som sjuksköterskorna upplevde i föreliggande studie framkom flera strategier och förbättringsmöjligheter, exempelvis behov av klinikoberoende tillhörighet för patienterna på akutmottagningen. Sjuksköterskorna i föreliggande studie menade att när patienterna kommer till akutmottagningen behövs sökorsak registreras till specifik klinik, vilket kan vara svårt att göra hos de äldre patienterna med ospecifika symtom. Kihlgren et al. (2004) menade att uppdelning i olika kliniker och specialiteter kan leda till att äldre patienter träffar olika läkare. Organisationen på akutmottagningen innebär att patientens vård följer de strukturer som finns inom organisationen och att vården inte är utformad efter det individuella behov som patienten uppvisar (Ekman et al., 2011).

Personcentrerad vård innebär en vård som utgår från de individuella förutsättningarna och baseras på vem personen är (Ekman et al., 2011). Personcentrerad vård beaktar personens situation, historia, familj och närstående samt individuella styrkor och svagheter.

Personcentrerad vård grundas i betydelsen att se personen bakom patienten, en person med egen vilja, känslor och behov samt att göra personen aktiv i sin vård och behandling.

Införandet av personcentrerad vård är inget som är enkelt (Ekman et al., 2011), speciellt inte på akutmottagning relaterat till den höga belastning som det idag är (SBU, 2013). Den korta vårdtid som även karakteriseras på akutmottagning (Frank, 2012) kan leda till ytterligare svårigheter i mötet med den äldre patienten (SBU, 2013). Relaterat till dessa svårigheter skulle personcentrerad vård vara en möjlighet för sjuksköterskor att underlätta vården för den äldre patienten med ospecifika symtom då lidande anses enligt Berglund et al. (2012) öka när vården inte utgår från ett holistiskt eller personcentrerat perspektiv.

Konklusion och implikationer

Studien belyser olika aspekter kring sjuksköterskans lindrande av lidande för äldre patienter med ospecifika symtom på akutmottagning. Studien lyfter både möjligheter och hinder kring sjuksköterskors lindrande av lidande för patienten. Resultatet visade att sjuksköterskor har möjlighet att göra vissa omvårdnadsåtgärder för den äldre patienten med ospecifika symtom såsom ge mat och dryck, hjälp till toaletten, smärtlindring med mera. Även information och bekräftelse var åtgärder som värdesattes. Slutsats som författaren av denna studie drar är att det finns flertalet hinder som påverkar sjuksköterskornas lindrande av lidande för den äldre patienten med ospecifika symtom såsom sjuksköterskans inställning till patientkategorin och organisatoriska strukturer.

Slutsats som författaren till denna studie därför tar är att det finns många idéer och förslag på förbättring hos sjuksköterskorna som vårdar patienterna, därför skulle det behövas fler liknande studier på andra akutmottagningar för att lyfta sjuksköterskornas kunskap och deras förslag på förbättringar i omhändertagandet av patienten. Vidare skulle det behövas observationsstudier för att belysa den vård som ges och inte hur den upplevs av sjuksköterskor. Resultatet av studien kan användas för att förbättra omhändertagandet av de äldre patienterna, där omvårdnadsbehovet ofta är stort men inte prioriteras av sjuksköterskan. Strukturer i omhändertagandet av patientkategorin behöver förändras för att skapa en helhetssyn på patienten utifrån individuella behov och förutsättningar.

Referenser

Aminzadeh, F., & Dalziel, W. B. (2002). Older Adult in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *Annals of Emergency Medicine*, 39(3), 238-247. doi:10.1067/mem.2002.121523

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(3), 136-145.

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande: Etik i vårdandet*. Stockholm: Liber.

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2007). The “Little Extra” that Alleviates Suffering. *Nursing Ethics*, 14(3), 372-386. doi: 10.1177/0969733007075877

Backman, A-S., Blomqvist, P., Lagerlund, M., Carlsson-Holm, E., & Adami, J. (2008). Characteristics of non-urgent patients: Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(3), 181-187. doi: 10.1080/02813430802095838

Berglund, M., Westin L., Svanström, R., & Johansson Sundler, A. (2012). Suffering caused by care – Patients´experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative studies in Helath and Well-being*, 27(7), 1-9. doi: 10.3402/qhw.v7i0.18688

Bravell, M. E., & Ericsson, I. (2013). Geriatrik och psykogeriatrrik. I M.E. Bravell (Red.), *Äldre och åldrande: Grundbok i gerontologi* (s. 221-260). Malmö: Gleerups.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466.

Condelius, A., Edberg, A-K., Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2008). Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(1), 41-55. doi:10.1016/j.archger.2007.02.005

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-176). Lund: Studentlitteratur.

Elmqvist, C. (2011). *Akut omhändertagande: i mötet mellan patient, närstående och olika professioner på skadeplats och akutmottagning*. (Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap). Från <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:432398/FULLTEXT01>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E.,...Sunnerhagen, K.S. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Elmqvist, C., & Frank, C. (2012). Att vara patient på akutmottagningen. I S. Almerud Österberg & L. Nordgren (Red.), *Akut vård: Ur ett patientperspektiv*. (s. 51-64). Lund: Studentlitteratur.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advances Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Fagerström, L., Eriksson, K., & Bergbom Engberg, I. (1998). The patient's perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 978-987.

Frank, C. (2012). *Tillfället gör delaktighet: Patientens och vårdarens erfarenheter av patientdelaktighet på akutmottagning. En deskriptiv, metodutvecklande och utvärderande studie*. (Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap). Från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:346253/FULLTEXT02.pdf>

- Graneheim, U.M., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hallberg, I., R., & Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: A review of recent case management studies. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6B), 112-120. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01054.x
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 129-138). Lund: Studentlitteratur.
- Kihlgren, A.L., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 169-173. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00266.x
- Latham, L. P., & Ackroyd-Stolarz, S. (2014). Emergency Department Utilization by Older Adults: a Descriptive Study. *Canadian Geriatrics Journal*, 17(4), 118-125. doi: 10.5770/cgj.17.108
- Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A., & Fratiglioni, L. (2008). Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Elderly Population in Sweden. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1198-1200. doi: 10.2105/AJPH.2007.121137
- Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency departments: A review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 12(3), 159-165. doi: 10.1016/j.aen.2004.04.001

Nydén, K., Petersson, 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(2), 268-274. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00737.x

Nyström, M. (2002). Inadequate Nursing Care in an Emergency Care Unit in Sweden. *Journal of Holistic Nursing*, 20(4), 403-417. doi: 10.1177/089801002237595

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(7), 761-769. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00053-1

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(1), 22-26. doi: 10.1016/S0965-2302(02)00135-2

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

Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 264-272. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00281.x

Rennemark, M. (2004). Stress, coping och känsla av sammanhang under åldrandet. I B. Hagberg & M. Rennemark (Red.), *Den åldrande människans psykologi* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Riksföreningen för Akutsjuksköterskor, & Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Hämtad 25 april, 2015, från Svensk sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompbeskr_akutweb.pdf

Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D., & Gold, G. (2010). Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, 56(3), 261-269. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.04.015

Sandelowski, M. (1998). Focus on Qualitative Methods: The Call to Experts in Qualitative Research. *Research in Nursing & Health*, 21(5), 467-471.

Sanders, A.B. (1992). Care of the Elderly in Emergency Departments: Conclusions and Recommendations. *Annals of Emergency Medicine* 21(7): 830-834.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 19 November, 2015, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009* (2009-126-71). Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, nr 221). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Statistiska centralbyrån. (2014). *Medellivslängd 2013: Mäns medellivslängd för första gången över 80 år* (Nr 2014:16). Stockholm: Statistiska centralbyrån. Från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Mans-medellivslangd-for-forsta-gangen-over-80-ar/

Stuart P.J., Parker, S., & Rogers, M. (2003). Giving a voice to the community: A qualitative study of consumer expectations for the emergency department. *Emergency Medicine*, 15(4), 369-375. doi: 10.1046/j.1442-2026.2003.00476.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Omvårdnad och god vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard_april_2014.pdf

Taylor, B. J., Rush, K. L., & Robinson, C. A. (2015). Nurses' experience of caring for the older adult in the emergency department: A focused ethnography. *International Emergency Nursing*, 23(2), 185-189. doi: 10.1016/j.ienj.2014.11.003

Vetenskapsrådet. (u.å). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskap*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vicente, V., Ekebergh, M., Castren, M., Sjöstrand, F., Svensson, L., & Wireklint Sundström, B. (2012). Differentiating frailty in older people using the Swedish ambulance service: A retrospective audit. *International Emergency Nursing*, 20(4), 228-235. doi: 10.1016/j.ienj.2011.09.005

Watson, W.T., Marshall, E.S., & Fosbinder, D. (1999). Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 25(2), 88-92.

Äldrecentrum. (2014). *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre: Äldrecentrums slutrapport* (Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2014:6). Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Intervjugudie

Inledningsfråga

- Vad tänker du på när jag säger ”äldre patienter med ospecifika symtom”?
- Hur är vårdandet för dessa patienter i dag?

Huvudfråga

- Kan du berätta för mig vad du gör för att lindra lidande hos äldre patienter med ospecifika symtom?

Fördjupningsfrågor

- Hur skulle du vilja att vårdandet skulle vara för dessa patienter?
- Vilka möjligheter ser du för dessa patienter?
- Vilka hinder ser du för dessa patienter?

Följdfrågor

- Kan du berätta mer?
- Kan du ge exempel?
- Har du någon situation som du kan berätta om?
- Du nämnde, vad menar du?