



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Personers erfarenheter av akutsjukvård på akutmottagningen

En litteraturstudie

Författare: Viktor Karlsson Daniel Persson

Handledare: Karina Terp

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Personers erfarenheter av akutsjukvård på akutmottagningen

## En litteraturstudie

Författare: Viktor Karlsson Daniel Persson

Handledare: Karina Terp

Kandidatuppsats

Hösten 2015

### Abstrakt

Många personer uppsöker en akutmottagning varje år. Syftet med litteraturstudien var att beskriva personers erfarenhet av akutsjukvård på akutmottagningen. I litteraturstudien användes fem kvalitativa artiklar, fem kvantitativa och en med båda metoderna. Kategorierna bemötande, miljö och behandling identifierades. I resultatet framkom det att flera patienter upplevde brister i bemötande där de inte blev sedda eller behandlade med respekt och där vårdpersonalen inte visade intresse för patientens situation. Miljön på akutmottagningen ansågs ha flera brister där miljön inte var anpassad för barn eller äldre och integriteten hotades när patienternas information riskerades att spridas. Väntetiden varierade och många av patienterna upplevde en lång väntan utan att veta varför de väntade. Patientens delaktighet togs inte alltid hänsyn till och smärtbehandlingen fungerade inte optimalt.

### Nyckelord

Patienter, erfarenhet, akutsjukvård, akutmottagning, litteraturstudie

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	2
Introduktion.....	3
Problemområde .....	3
Bakgrund .....	4
Akutsjukvård .....	4
Akutsjuksköterskans uppgifter.....	4
Akutmottagningen .....	5
Lagar, författningar och riktlinjer.....	5
Teoretisk referensram .....	6
Syfte .....	7
Metod .....	7
Urval .....	7
Datainsamling.....	8
Data analys .....	10
Forskningsetiska avvägningar .....	10
Resultat .....	11
Bemötande .....	11
Empati .....	11
Bli sedd.....	11
Vårdrelation .....	12
Kommunikation.....	13
Information .....	13
Miljö .....	15
Omgivning .....	15
Integritet .....	15
Väntetid .....	16
Behandling .....	17
Delaktighet .....	17
Smärta.....	17
Diskussion .....	18
Diskussion av vald metod.....	18
Diskussion av framtaget resultat .....	19
Slutsats och kliniska implikationer.....	22
Författarnas arbetsfördelning .....	22
Referenser.....	24

# Introduktion

## Problemområde

Mer än 2,5 miljoner patienter besöker en akutmottagning i Sverige varje år (Socialstyrelsen, 2013). Det finns flera faktorer som påverkar hur tillfredsställda patienterna är med akutsjukvården. Sun, Adams, Orav, Rucker, Brennan och Burstin (2000) menar att dessa faktorer bl.a. är bristande information om väntetider och hur länge det tar innan patienterna kan återgå till normala aktiviteter, dålig förklaring av testresultat, svårt att nå anhöriga och otydlighet kring sjukdomsorsak. För att säkerställa och bibehålla vårdkvalitén på en vårdavdelning krävs det kunskaper om hur patienterna upplever vården (Koziol-McLain, Price, Weiss, Quinn & Honigman, 2000). Patienterna betonar vikten av att bli visade respekt och empati, samtidigt beskriver många patienter känslor av att bli övergivna, utsatta, sårbara och ignorerade (Gordon, Sheppard & Anaf, 2010). Shankar, Bhatia och Schuur (2014) uppger att akutmottagningarna inte är optimalt anpassade för äldre patienter vilket påverkar deras upplevelse av vården. Omgivningen, integriteten, väntetiden och kommunikation är potentiella förbättringsområden (ibid.). Omvårdnadsforskning lyfter fram patientens och deras närståendes erfarenheter vid ohälsa och sjukdom, samt undersöker nya metoder och omvårdnadsåtgärder för bästa effekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). År 2010 befann sig en patient i genomsnitt i 2 timmar och 28 minuter på akutmottagning, denna tid ökade med ytterligare 18 minuter till 2013. Tiden innan patienterna får träffa en läkare varierade kraftigt 2013 mellan 20 minuter upp till en timme och 53 minuter (Socialstyrelsen, 2013). Patienter är inte alltid nöjda med den vård som ges på akutmottagningen och ytterligare en faktor som påverkar patienternas erfarenheter är tiden innan patienten får träffa läkaren (Goldwag, Berg, Yuval och Benbassat, 2002; Sprivulis, Da Silva, Jacobs, Frazer & Jelinek, 2006; Taylor & Bengner, 2004). Denna problematik gör det intressant att sammanställa tidigare forskning för att analysera personers erfarenheter av akutsjukvård på akutmottagningen.

## Bakgrund

### *Akutsjukvård*

Akutsjukvård avser den vård och omvårdnad som ges till patienter under de första 24 timmarna på akutmottagningen eller akutvårdsavdelning (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Prehospitalt arbete ingår också i termen akutsjukvård. Akutsjukvård innefattar organisering och prioritering av vårdinsatser utifrån patienters tillstånd. Det innebär att med begränsad tid och bakgrundsinformation kunna tillämpa breda kunskaper om olika diagnoser (Socialstyrelsen, 2008).

### *Akutsjuksköterskans uppgifter*

Akutsjuksköterskan spelar en viktig roll på akutmottagningen genom att identifiera allvarliga och livshotande tillstånd (McCarthy, Cornally, O'Mahoney, White, & Weathers, 2012). En akutsjuksköterska är en sjuksköterska med specialistutbildning inom akutsjukvård. Akutsjuksköterskan förväntas ha förmågan att kunna genomföra och koordinera vårdinsatser utifrån patientens omvårdnadsbehov, tillstånd och tillgängliga resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Akutsjuksköterskan har en bred kompetens och ska kunna utföra många olika typer av uppdrag (McCarthy et al., 2012). Detta ställer krav på omfattande kompetens med fördjupade kunskaper inom omvårdnad, biomedicin, etik, pedagogik, vetenskaplig metod, ledarskap och hälsa utifrån ett specifikt akutsjukvårdsperspektiv (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). De vanligaste uppgifterna som förekommer är EKG-monitorering, andningsassistans, administrera analgetika, använda Glasgow Coma Scale, mäta puls och syremättnad (McCarthy et al., 2012). Akutsjuksköterskan förväntas även kunna ge avancerad omvårdnad på ett professionellt sätt, oavsett allvarlighetsgrad, som är baserad på evidens och bästa praxis (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor med inriktning på akutsjukvård går att läsa:

*”Akutsjuksköterskans arbete ska präglas av ett etiskt och personcentrerat förhållningssätt där patienten ses som en unik individ med individuella behov. Akutsjukvården ska sträva efter att bevara patientens och närståendes integritet och värdighet, utan att den medicinska säkerheten äventyras.”* (Svensk sjuksköterskeförening, 2010, s 5).

Vidare måste akutsjuksköterskan vara väl insatt i vårdprocesser och flöden för att patienter

och närstående ska kunna omhändertas och erhålla vård på rätt nivå (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

### *Akutmottagningen*

Akutmottagningen är en enhet med en hög omsättning av patienter med olika sjukdomar och tillstånd som i olika grad behöver akut vård (Wikström, 2012) och vars tillstånd kan förändras snabbt (Andersson, Jacobsson, Furåker & Nilsson, 2012). För den utomstående kan akutmottagningen ofta uppfattas som kaotisk (Gordon et al., 2010). Wikström (2012) skriver att personalen träffar ett stort antal patienter under en kort period. På akutmottagningen arbetar sjuksköterskor och undersköterskor samt administrativ personal, såsom läkarsekreterare. Läkarna på akutmottagningen har oftast vissa arbetspass eller jourer förlagda på akutmottagningen vid sidan om sitt ordinarie avdelnings- eller mottagningsarbete. De sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningen är grund- eller specialistutbildade. Akutmottagningen fungerar som en central punkt i sjukvården och samverkar med vårdcentraler, mottagningar och avdelningar på sjukhuset, laboratorium, andra sjukhus, SOS Alarm och ambulanspersonal. De flesta patienter som läggs in på sjukhus har direkt eller indirekt gått via akutmottagningen (ibid.). Patienter med olika typer av sjukdomar och skador kommer till akutmottagningen (Andersson et al., 2012). Hur allvarliga patienternas tillstånd är varierar från livshotande tillstånd till åkommor som inte försämras genom att vänta några timmar. Sorteringen av patienter är en central funktion på akutmottagningen. Eftersom det uppstår väntetid på de flesta akutmottagningar under stora delar av dygnet för att patienterna ska bli bedömda, behövs någon form av kösystem. Triage är ett system för sådana bedömningar, där väntetiden till bedömning baseras på den enskilda patientens medicinska angelägenhetsgrad (Burström, Starrin, Engström & Thulesius, 2013; Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010). På akutmottagningen tar erfarna sjuksköterskor (i vissa fall även läkare) emot patienterna för att göra en första sortering för att brådskande tillstånd ska tas omhand omedelbart. Utöver brådskandehetsgrad sorteras också patienterna vilken klinik de ska till. Många patienter med mindre åkommor kan få rätt hjälp av en sjuksköterska och behöver därmed inte träffa en läkare. För att rätt patienten ska få rätt hjälp är sorteringen och den första prioriteringen oerhört viktig (Wikström, 2012).

### *Lagar, författningar och riktlinjer*

Följande lagtexter är relevanta utifrån arbetets syfte och problemformulering. I 7§ kap 1 i patientlagen (SFS 2014:821) finns det angivet att "Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet" och 2§ kap 2 beskriver att "Patienten ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd". I 1§ kap 5 SFS 2014:821 framgår det att "Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten" samt i 2§ kap 5 i SFS 2014:821 att "En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar". I 1§ kap 6 beskrivs att "Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt".

### *Teoretisk referensram*

Enligt Jacobsson, Palm, Willman & Nordström (2010) utgår omvårdnad från ett existentiellt filosofiskt synsätt med en humanistisk grundsyn, där människan ses som en del i ett sammanhang och som aktiv och skapande. Ett grundläggande antagande inom omvårdnadsdisciplinen är att omvårdnad sker på personnivå. Förståelsen av vad en människa är spelar en viktig roll för frågan om vad hälsa och omvårdnad är, då den förståelsen ligger som en grund för våra värderingar. Människan betraktas inom omvårdnadsvetenskapen som en fri individ som har förmågan att förstå, ta ansvar och göra val, både som en generell och unik varelse. Människan ska bemötas individuellt och utifrån sina unika förutsättningar. Människan blir patient först när hon får yrkesmässig vård (ibid.). Författarna hade som avsikt att se förbi patientperspektivet och se personen istället för en patient. Personcentrerad vård kan praktiskt ses som en process som bejakar människans möjligheter och livskraft även om personen är svårt sjuk. Processen består av tre delar: patientens berättelse, ett partnerskap mellan personal och patient samt säkerhetsställandet att den gemensamt planerade vården genomförs enligt överenskommelser. Relationen mellan vårdare och patient byggs upp av vården som respekt och patientens autonomi. Genom att lyssna på patienterna kan resurser och möjligheter identifieras (Ekman, 2014). Målet med omvårdnad är att främja patientens hälsa, förebygga ohälsa samt lindra lidande och verka för ett värdigt och fridfullt avslut på livet (International Council of Nursing, 2012). Omvårdnaden ska beakta kulturell bakgrund, kön, ålder och sociala villkor. Målsättningen är också att i omvårdnadsrelationen balansera maktförhållandet för att patienter och närstående ska vara delaktiga, känna trygghet och

uppleva respekt i mötet med vården (Jacobsson et al., 2010). Många sjuksköterskor upplever en hög arbetsbelastning och önskar mer tid till patienterna för att kunna ge en fullvärdig personcentrerad vård (Blank, Tobin, Jaouen, Smithline, Tierney & Visintainer, 2014). Författarna vill därför belysa patienternas erfarenhet av vården på akutmottagningen. Genom att utgå från patienternas erfarenheter kan säkerheten och vårdkvalitén på akutmottagningen bibehållas eller förbättras (Koziol-McLain et al., 2000).

## **Syfte**

Syftet med den här litteraturstudien var att beskriva personers erfarenhet av akutsjukvård på akutmottagningen.

## **Metod**

Litteraturstudien genomfördes genom att söka efter vetenskapliga artiklar som berörde syftet. En litteraturstudie kan inspirera till nya idéer och bidra med grunden till fortsatta studier i ett ämne (Polit & Beck, 2014). Det fanns mycket forskning kring ämnet sedan tidigare vilket gjorde att en litteraturstudie ansågs vara en bra metod att använda till studien. Litteraturstudie är en bra metod för att få en översikt över tidigare forskning. Vetenskapliga artiklar är artiklar som uppfyller särskilda krav, såsom att de ska redovisa ny kunskap, vara möjliga att granska och de ska även vara analyserade på ett vetenskapligt sätt. Artiklarna skrivs ofta på engelska för att få så stor spridning som möjligt (Friberg, 2012).

## **Urval**

Inklusionskriterierna var att artiklarna var skrivna på engelska och inte äldre än femton år. Exklusionskriterierna var review-artiklar, artiklar som bygger på vårdpersonalens upplevelse av akutmottagningen, artiklar som inte var tillgängliga, artiklar som undersökte barns erfarenheter och artiklar som tog upp specifika sjukdomstillstånd.

Litteratursökningen genomfördes genom att söka efter vetenskapliga artiklar i Pubmed (sökmotor för Medline) och CINAHL som är inriktade på hälso- och sjukvård. Pubmed användes då det är världens största medicinska referensdatabas och CINAHL för att den



täcker området hälso- och vårdvetenskap (Backman, 2008). Sökord som användes var “patient”, “experience”, “satisfaction”, “emergency care”, “emergency department”, “perspective”, “nursing”, “pain” och “pain management”. Sökorden kombinerades för att hitta relevanta artiklar utifrån studiens syfte. Sekundärsökning användes vid behov. Sekundärsökning innebär att granska referenslistor på de artiklar som passar bra in i syftet för att finna ytterligare artiklar från samma författare eller med liknande syfte (Friberg, 2012).

## Datainsamling

Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) granskningsmallar. Artiklarna graderades utifrån hur trovärdiga och hur hög kvalitet de hade. Mallarna behandlar bl.a. om syftet är väldefinierat, urvalet relevant, datainsamlingen tydlig, om analysen är tydligt beskriven samt om resultatet är logiskt och begripligt. Utifrån kvalitetsbedömningen gjordes ett urval av de mest lämpliga artiklarna. Efter kvalitetsgranskningen valdes totalt elva artiklar; fem kvalitativa, fem kvantitativa och en som använde både kvantitativ och kvalitativ metod. Totalt granskades 23 vetenskapliga artiklar utifrån granskningsmallarna. De elva artiklarna valdes då de ansågs vara av hög kvalitet. Svaren i granskningsmallarna omräknades till procent och studierna ansågs vara av hög kvalitet om svaren på frågorna i granskningsprotokollet översteg 75 %. De exkluderade artiklarna valdes bort pga. tydliga metodologiska svagheter, för få deltagare eller för att resultatet inte var av signifikant värde. Datainsamlingen skedde under november till december 2015.

Tabell 1. Sökschema i Pubmed.

<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Lästa abstrakt</b>	<b>Lästa fulltext</b>	<b>Valda artiklar</b>
Patient experience AND emergency department	4764	0	0	0
Patient satisfaction AND emergency care	2641	0	0	0

Patient experience AND patient satisfaction AND emergency care AND emergency department	257	36	10	3
Patient experience AND perspective AND emergency care	114	3	3	1
Patient experience AND pain management AND emergency department	192	7	3	0
Patient satisfaction AND emergency care AND pain	495	3	1	1

Tabell 2. Sökschema i CINAHL.

<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Lästa abstrakt</b>	<b>Lästa fulltext</b>	<b>Valda artiklar</b>
Patient experience AND emergency department	1237	0	0	0
Patient satisfaction AND emergency care	1611	0	0	0
Patient experience AND patient satisfaction AND emergency care	248	9	3	2
Patient experience AND perspective AND emergency care	128	5	0	0
Patient satisfaction AND Emergency care AND pain	229	8	2	0

Patient experience AND pain AND emergency department	170	7	2	0
--	-----	---	---	---

Författarna började med att göra sökningar enligt ovanstående sökschema. På grund av brist på artiklar som passade syftet och som ansågs vara av hög kvalitet, gjordes sekundärsökningar som resulterade i ytterligare fyra artiklar.

## Data analys

För att analysera innehållet i de valda artiklarna valde författarna att använda en metod som Friberg (2012) beskriver. Den innebär att författarna individuellt läste de utvalda artiklarna flera gånger för att förstå innehåll och sammanhang i texten. Texterna sammanfattades på en sida för att säkerhetsställa att all relevant fakta uppfattades. Därefter gjordes en granskning för att finna likheter och skillnader i artiklarnas resultat innehåll. Likheter och skillnader färgmarkerades och sorterades för att sedan skapa kategorier och subkategorier relevanta för studiens syfte. Efter analysprocessen hade tre kategorier och tio subkategorier identifierats.

## Forskningsetiska avvägningar

Kraven på de artiklar som inkluderades i litteraturstudien var att de skulle vara godkända av en etisk kommitté eller att forskarna tydligt hade reflekterat kring etiken i sina studier. Deltagarna i de studierna som ingår måste också ha gett sitt informerade samtycke till att delta, samt haft möjligheten att när som helst dra sig ur studien utan några konsekvenser. Omvårdnadsforskningsetiska principer beskrivs bland annat av ICN:s etiska kod. Det står att de grundläggande etiska principerna är principen om att göra gott, principen om autonomi, principen om att inte skada samt principen om rättvisa (International Council of Nursing, 2012). De etiska principerna grundas i FN:s mänskliga rättigheter och i Declaration of Helsinki. Flera etiska riktlinjer vid omvårdnadsforskning beskrivs, bland annat att forskaren har ansvar för deltagarnas integritet, om kunskapen kan hämtas på andra sätt och att forskaren ska bedöma projektets samhälleliga betydelse. Forskaren ska även följa riktlinjer i form av lagar, konventioner och etiska riktlinjer samt de fyra viktigaste aspekterna vilka är: informationskravet till patienterna, krav på samtycke, krav på konfidentialitet och krav på deltagarnas säkerhet (World Medical Association, 2013).

## Resultat

Syftet med denna studie var att beskriva personers erfarenheter av akutsjukvården på akutmottagningar. De kategorier som har identifierats är bemötande, miljö och behandling. Utöver kategorierna identifierades tio subkategorier.

Kategorier	Subkategorier
Bemötande	Empati Bli sedd Vårdrelation Kommunikation Information
Miljö	Omgivning Integritet Väntetid
Behandling	Delaktighet Smärta

### Bemötande

#### *Empati*

Muntlin, Gunningberg och Carlsson (2006) har gjort en enkätstudie med 200 patienter. Tjugosex procent av patienterna uppgav att sjuksköterskorna inte visade intresse för patienternas livssituation och 17 % ansåg även att varken sjuksköterskor eller läkare visade empati när patienterna mådde dåligt. Olthuis, Prins, Smits, van de Pas, Bierens och Baart (2014) följde 55 patienter på en akutmottagning från ankomst till utskrivning och har därefter valt ut och analyserat 16 av patienternas besök. En källa till oro hos patienterna var att behöva övertyga vårdgivarna om sanningshalten i deras upplevda problem.

#### *Bli sedd*

Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad och Wimo (2004) genomförde en intervjustudie med 20 deltagare där risken för att bli lämnad ensam och övergiven skrämde många patienter. De uppgav en rädsla för att bli bortglömda i sjukhuskorridoren, inte kunna larma personalen och risken att falla ur sängen. Nyström, Dahlberg och Carlsson (2003) genomförde en intervjustudie med elva patienter för att utforska och beskriva icke-vårdande möten på akutmottagningen. De patienter som klassades som icke-akuta vid triageringen och återkommande besökare upplevde att deras symtom blev undervärderade och att de upplevdes som en belastning för en redan överarbetad sjuksköterska. Andra patienter förklarade att chansen att bli uppmärksammas snarare berodde på vilken personal som arbetade och vilken omvårdningskompetens de hade än vilken akutmottagning de gick till (ibid.). Att inte bli tagen på allvar var en anledning patienterna nämner som ett orosmoment och bekymmer. Patienterna strävade också efter att bli igenkända och för att bli behandlade med respekt och värdighet (Olthuis et al., 2014). McCarthy et al. (2013) undersökte i sin enkätstudie med 226 patienter om hur kommunikationen upplevdes på akutmottagningen. Sjuttiosex procent ansåg att de fick prata utan att de blev avbrutna, 75,2 % ansåg att vårdpersonalen förklarade tillräckligt bra för att de skulle förstå och 74,3 % att de blev behandlade med respekt (ibid.). Omvårdningen upplevdes väldigt olika, inte olika beroende på hur omvårdningen sköttes utan i bemötandet mellan sjuksköterskorna och patienterna. En sjuksköterska som var tålmodig och visade vänlighet uppfattades som duktig (Kihlgren et al., 2004). Lite eller ingen uppmärksamhet riktades mot patienternas psykosociala och existentiella behov. Det var mer fokus på de fysiska behoven (Nyström et al., 2003).

### *Vårdrelation*

Patienterna upplevde att de måste skapa en god relation till vårdpersonalen för att ses som bra patienter och undvika risken att bli illa behandlade. De undvek därför att framföra sina klagomål. Patienterna kände sig också oförmögna att lyfta klagomål i ljuset av bristen på vårdpersonalen och sjuksköterskornas stressiga arbetsförhållande (Nyström et al., 2003). Äldre patienter undvek att ställa frågor för att undvika att störa vårdpersonalen. Patienter skyllde hellre dålig vård på personer som de inte träffar personligen, t.ex. politiker och högre chefer. Genom att skapa en god relation minskade risken att bli sedd som ett objekt snarare än en person (Kihlgren et al., 2004).

## *Kommunikation*

Stuart, Parker och Rogers (2003) genomförde semi-strukturerade intervjuer med tio grupper bestående av patienter som representerade ett brett spektrum av samhällsgrupper.

Kommunikation ansågs vara väldigt viktigt och deltagarna beskrev vikten av att bli informerade om hur akutmottagningen fungerar. Det var viktigt att bli informerad om hur triageprocessen fungerar, patientbedömningar, behandling och deras prognos. De grupper som inte pratade språket efterfrågade större kulturell förståelse från personalen. Kommunikationen med personalen och att få information angående sjukvårdsprocessen uppgavs vara ett stort problem för personer från andra länder och med andra kulturer. De efterfrågade bättre kunskap hos personalen angående olika kulturer, bättre användning av tolkar och mer information på andra språk som kan ge dem en bättre förståelse av sjukhusystemet. Ett känsligt ämne var när barn eller ungdomar användes som tolkar för föräldrar eller farföräldrar, speciellt vid känsliga besvär eller ärenden som var olämpliga inom deras kultur (ibid.).

Patienterna betonade vikten av att vårdpersonalen ska vara lyhörd och uppmärksam på patienters kroppsspråk (Olthuis et al., 2014). Patienterna upplevde att när akutmottagningen var uppdelad i olika specialistområden medförde det att patienten fick träffa flera olika läkare som undersökte samma ställe på patienterna och ställde samma frågor. Bristen på journaler från primärvården eller hemsjukvården ledde till att samma frågor ställdes flera gånger till patienterna vilket resulterade i irritation (Kihlgren et al., 2004). Patienterna upplevde det nödvändigt att ta med en anhörig till akutmottagningen för att ha någon att prata med och som kunde hjälpa till att förstå vårdpersonalen. När patienten hade någon att prata med minskade ångesten och väntetiden blev mer uthärdlig. Anhöriga tog också rollen som patientens advokat och ställde frågor till personalen vilket gjorde det lättare för patienten att förstå och skapade en känsla av att patienten kunde klara av sin sjukdom (Nyström et al., 2003).

## *Information*

Vid ankomst till akutmottagningen beskrev patienterna en oro över att inte veta vad som hände med dem och vilka möjliga behandlingar som kunde bli aktuella (Olthuis et al., 2014). Considine et al. (2010) genomförde en intervjustudie med 30 äldre patienter om deras upplevelse. De beskrev också en stor förvirring om hur akutmottagningen fungerade och hade uppskattat information om hur processen på mottagningen fungerar (Considine et al., 2010; Kihlgren et al., 2004; Stuart et al., 2003). Patienterna önskade frekventa kontakter med

personalen för att få information om vad som händer samt information om prover, diagnoser, sitt tillstånd, behandling och information om hur undersökningar går till och hur det kommer att kännas efteråt. Behovet av information ökade i relation med väntetiden och patienterna upplevde att de negativa konsekvenserna som osäkerhet och ångest minskade med tillförsel av information (Considine et al., 2010). Medicinskt språk användes ofta vilket resulterade i att patienter och anhöriga inte förstod vad vårdpersonalen berättade. Patienterna förstod inte mycket av informationen som vårdpersonalen gav om olika procedurer enligt sina riktlinjer. Trots detta förlitade sig patienterna på personalens expertis. Ångesten minskade hos patienterna när de visste vad som hände och vad som var planerat (Kihlgren et al., 2004). En femtedel av patienterna uppgav att de inte fick någon användbar information om hur de skulle sköta sin egenvård på akutmottagningen eller vid hemkomst. De fick heller ingen information om vilken läkare som var ansvarig för dem. Arton procent av patienterna uppgav att de inte fick information om vilken behandling de skulle få eller hur den fungerade (Muntlin et al., 2006). Göransson och von Rosen (2010) genomförde en enkätstudie med 146 deltagare för att undersöka patienternas erfarenheter av triageprocessen. De fann i sitt resultat att 76,1 % av patienterna efterfrågade mer information om deras tillstånd hos triagesjuksköterskan. Av dessa patienter ansåg 56,5 % att deras svar var relevant eller delvis relevant. Av dessa ville 68,1 % av patienterna ha ytterligare information och 90,3 % ansåg att de fick tydlig eller relativt tydlig information.

Patienterna efterfrågade skriven information på flera olika språk för att minska känslan av isolering. Patienterna efterfrågade också information på skyltar, affischer och skärmar samt utskrivna broschyrer om hur akutmottagningens system fungerar (ibid.). Patienterna önskade mer information om arbetet på akutmottagningen då en stor del av befolkningen är obekanta med akutmottagningens system (Kihlgren et al., 2004; Stuart et al., 2003). Äldre människor och dess anhöriga upplevde ibland att vårdpersonalen använde ett medicinskt språk som är svårt att förstå. En del patienter var adekvata när de anlände till akutmottagningen och blev mer förvirrade på grund av dålig information och lång väntetid. De patienterna som redan var förvirrade blev ännu mer förvirrade vilket resulterade i att patienterna inte ville samarbeta när de blev undersökta. De signalerade också tecken på smärta och rädsla vilket gjorde personalen osäker vilket medförde att miljön på akutmottagningen blev ännu mer stressig (Kihlgren et al., 2004).

## **Miljö**

### *Omgivning*

Akutmottagningens miljö kritiserades av olika anledningar (Kihlgren et al., 2004). Patienterna beskrev ett behov av miljöer anpassade för barn och ungdomar för att göra det trevligare att vänta, speciellt för barn som inte är sjuka och väntar tillsammans med vuxna. De uppgav ett behov av att skapa ett väntrum som är välkomnande och ger patienterna en känsla av trygghet. Väntrummet beskrevs som en obekväm plats att vänta i under en längre tid och var speciellt skrämmande för äldre människor (Stuart et al., 2003). Organisationen på akutmottagningen skapade känslor av misstro, speciellt hos dem som hade lite erfarenhet av akutmottagningen sedan tidigare. Vissa patienter upplevde att de kände sig vilsna i det stora och anonyma sjukhuset. Undersökningsrummen beskrevs som avskilda och isolerade med vita väggar och stark belysning där patienterna kunde bli liggandes i flera timmar i väntan på läkare eller provsvar. Många klagomål riktades också mot sängarna och britsarna som ansågs vara hårda och obekväma. Vissa patienter rapporterade att britsarna orsakade ryggsmärta som inte uppmärksammades under besöket. Äldre människor som ankom till akutmottagningen kalla och hungriga, efterfrågade något att äta och filtar för att hålla värmen (Kihlgren et al., 2004). Patienter som inte blev triagerade vid sin ankomst till akutmottagningen och som fick vänta en längre tid, ansåg det viktigt för deras välmående att ha tillgång till mat och dryck under deras besök. En tredjedel av patienterna ansåg att omgivningen på akutmottagningen betraktades som mycket dåligt eftersom patienterna saknade tillgång till telefon, garderob att låsa in värdesaker och kläder i och att omgivningen inte var trevlig att vistas i. En femtedel av patienterna ansåg också att det saknades tidskrifter att läsa medan de väntade (Muntlin et al., 2006). Ett stort problem för många patienter och deras anhöriga var att de upplevde att de inte kunde lämna undersökningsrummet för att dricka eller gå på toaletten eftersom de var rädda för att inte vara på rummet när läkaren kommer och då riskera att inte få viktig information (Kihlgren et al., 2004).

### *Integritet*

McCarthy et al. (2013) skriver i resultatet att 54,0 % av patienterna uppger att de blir mottagna på akutmottagningen på ett sätt som gör att de inte känner sig bekväma. En annan studie beskrev patienter som föredrog att ligga i korridoren för att undvika att ligga ensamma



i ett rum en längre tid. Patienterna uppgav att i korridoren kan de se andra människor och kan alltid kalla på en sjuksköterska om de undrar något (Nyström et al., 2003). Lin & Lin (2011) genomförde en enkätstudie där 313 patienter svarade på frågor om sin erfarenhet av integritet. Sjuttiofem procent av patienterna ansåg att integritet var väldigt viktig för deras vård, 21 % av patienterna uppgav att de undanhöll information för vårdpersonalen av rädsla för att informationen inte skulle behandlas korrekt och 19 % uppgav att de var motvilliga till att bli fysiskt undersökta för att deras kroppar riskerade att bli olämpligt exponerade (ibid.). Att klä av sig vid en undersökning är något patienterna oroar sig för på akutmottagningen (Olthuis et al., 2014). Viktiga faktorer förknippade med patienternas perception av integritet var att personlig information oavsiktligen spreds till andra patienter eller de ofrivilligt hörde personalen prata om andra patienter. Avgörande faktorer för hur integriteten upplevs är ålder, behandlingsområde och vårdtid. Äldre personer och de som stannar länge tenderar till att ha sämre upplevelse av integritet (Lin & Lin, 2011). Göransson & von Rosen (2010) fann i sitt resultat att 74,8 % av de tillfrågade patienterna ansåg att integriteten i väntrummet var bra eller väldigt bra.

### *Väntetid*

Väntan är en stor faktor som påverkar patientens erfarenhet av akutmottagningen (Considine et al., 2010; Muntlin et al., 2006). Kihlgren et al. (2004) skriver i sitt resultat att väntetiden på akutmottagningen var i genomsnitt fyra timmar vilket ansågs vara det största problemet för patienterna. Provsvar och väntan på läkarna var det som tog längst tid. Oerfarna läkare tog också längre tid på sig eftersom de ofta var tvungna att rådfråga mer erfarna läkare eller specialistläkare. Läkarens utlåtande var avgörande för om patienten kunde skrivas ut eller inte. Patienterna informerades inte alltid om varför väntetiden var så lång. När väntetiden var lång ökade patienternas behov av att bli sedda, involverade och lyssnade på. Det ökade också känslor av irritation, nervositet och agitation. Det var inte den faktiska väntetiden utan upplevelsen av väntetiden som påverkade erfarenheten av att vänta (Considine et al., 2010). I studien gjord av Muntlin et al. (2006) ansåg hälften av patienterna att väntetiden var lång eller mycket lång och en tredjedel visste inte varför de behövde vänta. Göransson och von Rosen (2010) fann i sitt resultat att en majoritet av patienterna (56,1 %) uppgav att väntetiden till triageringen var något eller mycket lång. Endast 30,9 % av patienterna fick en uppskattad väntetid till läkaren och 22,4 % fick information om att väntetiden berodde på deras prioriteringskategori (ibid.). En lång väntetid beskrevs som onödig och ledde till känslor av

obehag, nervositet, förvirring och misstro. Dessa känslor förvärrades när det inte fanns sjuksköterskor i närheten. Äldre personer kunde uppleva väntetiden extra besvärlig eftersom de kan ha svårigheter att gå på toaletten, röra sig och äta själva (Kihlgren et al., 2004). Längre väntetider var uttröttande för äldre människor och för vissa påverkade detta deras förmåga att svara på frågor och vara delaktiga i sin vård samt ledde till obehag, förvirring, ångest och desorientering (Considine et al., 2010).

## **Behandling**

### *Delaktighet*

Patienterna ansåg att det var väldigt viktigt att de fick vara delaktiga och besluta om sin vård och när den ska avslutas (Kihlgren et al., 2004). Richardson, Casey och Hider (2007) undersökte hur 13 äldre patienters erfarenheter på akutmottagningen såg ut genom att använda både intervjuer och enkäter. Äldre personer tenderade att ta en passiv roll i deras vård vilket resulterade i att de inte förstod eller deltog i beslut som rörde deras egen vård, de beskrev att de släpper sin kontroll och förlitar sig på sjukhusystemet. McCarthy et al. (2013) fann i sitt resultat att det patienter var minst nöjda med var att de inte blev uppmuntrade att ställa frågor (50,0 % nöjda), involverade i behandlingen (54,9 % nöjda) och att vårdpersonalen inte visade intresse för patienternas tankar om sin hälsa (58,9 % nöjda). Däremot uppgav 68,6 % att de diskuterade nästa steg i vården och om det fanns en uppföljning (ibid.). Vissa personer kände att anhöriga hade en viktig roll för att ge trygghet och att de därmed ska inkluderas i informations och beslutsprocessen (Kihlgren et al., 2004).

### *Smärta*

Olthuis et al. (2014) fann i sitt resultat att uthärdandet av smärta var bland det vanligaste problemet för patienter på akutmottagningen. De beskrev också att smärtan inte enbart var fysisk utan även psykisk när de såg andra patienter eller anhöriga ha ont (ibid.). Patienterna beskrev en oro för att inte få smärtstillande inom rimlig tid och därför lida av onödiga smärtor. Yngre personer berättade oftare om sin smärta och behov av smärtlindring än vad äldre gjorde (Kihlgren et al., 2004). Muntlin et al. (2006) fann i sitt resultat att många patienter på akutmottagningen upplevde att de inte fick adekvat smärtlindring. Dale och Bjørnsen (2015) har genom att inhämta data från sjuksköterskor och läkares anteckningar

undersökt i vilken grad 764 patienter på en akutmottagning blev tillfrågade och behandlade för sin smärta. Totalt blev 77 % av patienterna tillfrågade om de var smärtpåverkade. Av de patienter som blev tillfrågade om smärtan uppgav 58 % att de hade smärta och av dessa hade 66,5 % mer än mild smärta (VAS högre än 3). Endast 14,2 % fick någon smärtlindring (ibid.).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Författarna valde att göra en litteraturstudie för att besvara studiens syfte. Enligt Friberg (2012) är en litteraturstudie en bra metod för att få en översikt över tidigare forskning. En fördel med en litteraturstudie kan vara att information kan hämtas från flera olika sjukhus och på så vis ges en bredare bild över hur patienterna erfar akutsjukvården på olika sjukhus och länder.

Författarna valde att inte använda MeSH-termer. Kristensson (2014) skriver att genom att använda fritext ökar sökningens känslighet och kan generera fler artiklar. Författarna började sökningen med sökorden "patient", "experience" och "emergency department" eller "emergency care". Sökorden valdes eftersom de ansågs vara relevanta utifrån syftet. Efter första sökningen valde författarna att lägga till sökordet "satisfaction" för att ytterligare begränsa sökningen. En majoritet av artiklarna sorterades bort utifrån sin titel eftersom de var irrelevanta utifrån syftet eller om artiklarna endast berörde patienters erfarenheter av en specifik sjukdom. Utifrån sökorden valdes sex artiklar efter kvalitetsgranskningen. Författarna använde sig av granskningsmallarna av Willman et al. (2011) för att granska kvalitén i artiklarna. Initialt var tanken att främst inkludera kvalitativa artiklar som inte var äldre än tio år för att basera litteraturstudien på den nyaste forskningen. Enligt Kristensson (2014) föredras kvalitativ forskning för att beskriva människors upplevelse, tankar och erfarenheter. Endast ett begränsat antal artiklar valdes utifrån inklusionskriterierna och ansågs hålla hög kvalitet. Författarna valde att utöka sökningen till högst 15 år gamla artiklar för att inhämta ytterligare forskning som var relevant till studiens syfte. Eftersom endast ett begränsat antal kvalitativa artiklar hittades, valdes även kvantitativa artiklar. Därefter genomfördes en sekundärsökning som genererade ytterligare fyra artiklar. När likheter och skillnader i artiklarnas resultat identifierades fann författarna att flera av artiklarna nämner smärta som en

av patienternas upplevelse. Då ingen av artiklarna beskrev området tillräckligt klart, valde författarna att söka efter ytterligare en artikel för att få en bredare kunskap om erfarenheten kring smärta på akutmottagningen.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Ett fynd i resultatet är att det framkommer att patienter upplever en oro över att bli övergivna på akutmottagningen och försöker därför skapa en god relation med vårdpersonalen för att uppfattas som bra patienter. Ekman (2014) menar att genom att lyssna på patienternas berättelse kan resurser och möjligheter identifieras. Relationen mellan vårdare och patient bör byggas på respekt och autonomi. För att skapa en bra relation mellan patient och sjuksköterska krävs det att sjuksköterskan tar sig tid att sitta ner hos patienten. Tiden som sjuksköterskorna sitter ner indikerar att patienten är viktigt och patienten status uppehålls (Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007). Författarna anser att det är viktigt att upprätthålla en personcentrerad vård och lyfta fram patienten i beslut och i vårdrelationen, något som brister i den stressiga miljön på akutmottagningen. Målsättningen kring att balansera maktförhållandet och få patienter att känna sig trygga i mötet med vården brister när bemötandet saknar respekt och empati. Dahlen, Westin och Adolfsson (2012) skriver att när en person blir en patient förlorar de en del av sin personliga integritet och en person som vanligtvis är stark kan vara väldigt sårbar som patient. Sårbarheten ökar när patienten prioriteras som icke-akut och upplevs som en börda för personalen. Blank et al. (2014) skriver att sjuksköterskor upplever en hög arbetsbelastning och önskar mer tid till patienterna för att kunna ge en fullgod personcentrerad vård. Författarna anser att en sjuksköterska som är stressad kan ha svårt att hinna med att ge god omvårdnad till patienter som prioriteras som icke-akuta. Samtidigt bör inte stress eller tidsbrist vara ett hinder för att ge personcentrerad vård i mötet med patienten. Jacobsson et al. (2010) skriver att omvårdnaden ska beakta kulturell bakgrund och sociala villkor, vilket brister när patienter från andra kulturer och språk efterfrågar bättre kunskap hos personalen samt bättre användning av tolkar (Stuart et al., 2003). Bristen på kunskap om andra kulturer styrks av Almutairi (2015) och Hart och Mareno (2014). Sjuksköterskor anser att det är svårt att lära sig och bibehålla kunskap om de olika preferenserna inom andra kulturer eftersom det förekommer många olika varianter som dessutom överlappar varandra (Almutairi, 2015; Stuart et al., 2003). Det är även svårt för tolkarna att översätta korrekt eftersom de stora språken talas i många olika dialekter. Brist på resurser, tid, ekonomi och brist på personer som kan besvara frågorna om olika kulturer

beskrivs som de största barriärerna för att uppnå kunskap om andra kulturer. Det kan även vara svårt för sjuksköterskor att ta hänsyn till vissa kulturer i det akuta skedet (Stuart et al., 2003).

Ett annat fynd i resultatet är väntetiden på akutmottagningen som ofta upplevs som väldigt lång. Detta stöds i studierna av (Bridges, Flatley, & Meyer, 2010; Gordon et al., 2010; Shankar et al., 2014) som beskriver långa väntetider och brist på information under väntetiden. Långa väntetider leder till att patienterna känner sig obekväma, nervösa och förvirrade (Shankar et al., 2014). En ökad väntetid leder också till en ökad risk för att patienter lämnar akutmottagningen innan de får träffa en läkare (Hobbs, Kunzman, Tandberg & Sklar, 2000). Patienterna i studien av Kihlgren et al. (2004) beskrev att det var provsvar och väntan på läkaren som tog längst tid och att de inte alltid blev informerade om varför eller hur länge de skulle vänta. I en studie av Cooke, Watt, Wertzler och Quan (2006) ansåg patienterna att det var rimligt att vänta upp till två timmar om tillståndet inte var livshotande, ett provsvar bör presenteras inom två timmar och ett besök bör ta högst fyra timmar.

I en studie gjord av Muntlin et al. (2010) beskrev läkare och sjuksköterskor att en reducerad väntetid troligen hade lett till mindre obehandlad smärta, bättre nutrition och bättre upplevelse av respekt och empati hos patienterna. Personalen på akutmottagningen menade också att många icke-akuta patienter bidrar till den långa väntetiden (ibid.). Författarna anser att detta kan ses som en bidragande orsak till att patienter i studien gjord av Nyström et al. (2003) beskrev att de som klassades som icke-akuta upplevde att deras symtom blev undervärderade och de upplevdes som en belastning för personalen. Detta styrks av Dahlen et al. (2012) där lågprioriterade patienter fick mindre uppmärksamhet av personalen och att patienterna ofta kände sig utelämnade och maktlösa. Det största problemet med väntetiden var inte väntetiden i sig, utan bristen på information om väntetiden och den upplevda väntetiden i förhållande till den förväntade väntetiden. I studien av Kihlgren et al. (2004) efterfrågar patienterna mer information om väntetiden och ju längre väntetid desto större behov av information. Patientlagen (SFS 2014:821) säger att patienter ska få en medicinsk bedömning om sitt tillstånd snarast om det inte är uppenbart obehövt. Det är viktigt att de med störst vårdbehov prioriteras först trots att det ökar väntetiden för de patienter som prioriteras som icke-akuta (Socialstyrelsen, 2013). Lång väntetid är något som ständigt påvisas i media och som författarna också ser brister i. Lång väntetid har varit ett problem under många år och

trots påvisade brister har inga större förbättringar skett (Allen, Barnard, Falk, Higgs & McCracken, 1973; Gordon et al., 2010; Hunter, 2000; Shankar et al., 2014).

Ett tredje fynd i resultatet är att en del patienter inte känner sig delaktiga i sin vård i den omfattning de önskar. De beskriver att de inte uppmanas att ställa frågor, inte känner sig involverade i behandlingen och att de inte förstår de beslut som tas. Författarna anser att detta måste förbättras på de akutmottagningar som har brister på detta område. I ICN:s etiska kod (International Council of Nursing, 2012) står det att sjuksköterskan ska främja autonomi hos patienten och i patientlagen (SFS 2014:821) står det att "Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten". Detta brister när patienten inte är delaktig i sin vård. Patienterna förväntar sig att sjuksköterskan ska ge patienterna optimala förutsättningar för att vara så deltagande som möjligt (Larsson et al., 2007). Vården ska också vara personcentrerad vilket Ekman (2014) beskriver som ett partnerskap mellan sjuksköterska och patient och säkerställandet av att vården utförs på ett gemensamt sätt. För att kunna genomföra personcentrerad vård krävs det att patienten är delaktig i sin vård. Patienterna litar på sjuksköterskorna och därför är det extra viktigt att sjuksköterskan värnar om patienternas rättigheter. Sjuksköterskan ska också ge patienten information på ett sådant sätt och vid ett tillfälle när patienten kan ta emot och tolka informationen (Larsson et al., 2007). Det finns dock studier som visar ett annat resultat. Messina, Vencia, Mecheroni, Dionisi, Baragatti, Nante (2014) fann att över 85 % av patienterna i deras studie fick chansen att ställa frågor och att sjuksköterskan försäkrade sig om att alla frågor blev besvarade. Författarna anser att dessa skillnader är mycket stora och skulle kunna förklaras av att ett mindre lokalt sjukhus gynnas för att personerna som besvarar enkäten inte vill att deras lokala sjukhus ska betraktas som dåligt. Det behövs därför vidare forskning inom området för att undersöka hur skillnaderna mellan sjukhus och länder egentligen ser ut.

Vidare var ett fynd i resultatet att många patienter inte fick adekvat smärtlindring (Dale & Bjørnsen, 2015). Detta stöds också av Motov och Khan (2009). Fry, Bennetts och Huckson (2010) fann däremot att 74,9 % av patienterna med smärta erhöll analgetika. Tiden mellan ankomst till akutmottagningen och smärtlindring varierade mellan 58 minuter upp till 92 minuter. Messina et al. (2014) beskriver att över 80 % av patienterna uppgav att de upplevde att sjuksköterskorna var genuint intresserade över deras smärta, rädsla och ångest. Vidare forskning skulle kunna belysa vad dessa stora skillnader beror på.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Litteraturstudien har belyst personers erfarenhet av akutsjukvård på akutmottagningen. Resultatet i denna studie pekar på att det finns flera brister inom akutmottagningen som skulle kunna förbättras för att öka tryggheten och förbättra patienternas upplevelse av besöket.

Akutmottagningen är en enhet med en hög omsättning av patienter som i olika grad behöver akut vård, vilket ställer krav på personalen på akutmottagningen att kunna identifiera och behandla olika sjukdomar och tillstånd. Personer har ofta dålig kunskap om hur akutmottagningen fungerar. När personer blir patienter på akutmottagningen, blir de samtidigt väldigt sårbara och i behov av information, trygghet och delaktighet. Vårdpersonalen bör ha kunskap om den sårbara position som patienten befinner sig i och det beroende patienten har gentemot vården. Ett personcentrerat förhållningssätt bör genomsyra all vård och omvårdnad. Personalen måste bli bättre på att involvera patienterna i beslut och göra de mer delaktiga i sin egen vård. Det höga trycket på akutmottagningen ökar väntetiden för patienter som prioriteras som icke-akuta. Det är viktigt att hålla patienterna informerade angående deras väntan och hur länge de beräknas vänta för att minska den oro som kan uppstå i samband med väntan. Akutmottagningens miljö beskrivs som stökig och väntrummet beskrivs som en obekväm plats att vänta på under en längre tid. Miljön på akutmottagningen bör vara en välkomnande och trygg plats för de som söker vård, samt vara bättre anpassad för barn, ungdomar och äldre.

Denna litteraturstudie har gett ökad kunskap om patienters erfarenhet av besöket på akutmottagningen. Studien kan bidra till att belysa problemområden samt uppmuntra till vidare forskning. Författarna har fått en större insyn i hur patienter erfar akutsjukvården på akutmottagningen. Mer forskning behövs kring hur patienters erfarenhet av akutmottagningen kan förbättras.

## **Författarnas arbetsfördelning**

I denna litteraturstudie har arbetet fördelats likvärdigt mellan författarna. Artikelsökningen skedde enskilt utifrån förutbestämda sökord. Författarna läste igenom artiklarna enskilt för att sedan diskutera och granska artiklarna tillsammans innan de inkluderades i litteraturstudien.

Kategorier och subkategorier valdes gemensamt. Författarna har träffat handledaren kontinuerligt under arbetets gång.



## Referenser

Artiklar med asterisk (\*) ingår i resultatet

Allen, A. B., Barnard, B. G., Falk, W., Higgs, E. R., & McCracken, J. G. (1973). A study of waiting time in an emergency department. *Canadian Medical Association Journal*, *109*(5):373-76

Almutairi, K. M. (2015). Culture and language differences as a barrier to provision of quality care by the health workforce in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, *36*(4):425-31

Andersson, H., Jacobsson, E., Furåker C., & Nilsson, K. (2012). The everyday work at a Swedish emergency department – The practitioners' perspective. *International Emergency Nursing*, *20*(2):58-68. doi: 10.1016/j.ienj.2011.06.007.

Backman, J., (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Blank, F., Tobin, J., Jaouen, M., Smithline, E., Tierney, H., & Visintainer, P. (2014). A Comparison of Patient and Nurse Expectations Regarding Nursing Care in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, *40*(4):317-22. doi: 10.1016/j.jen.2013.02.010

Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(1):89-107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009

Burström, L., Starrin, B., Engström, M.-L., & Thulesius, H. (2013). Waiting management at the emergency department - a grounded theory study. *BMC Health Services Research*, *13*:95. doi: 10.1186/1472-6963-13-95.

\*Considine, J., Smith, R., Hill, K., Weiland, T., Gannon, J., Behm, C., Wellington, P., & McCarthy S. (2010). Older peoples' experience of accessing emergency care. *Australasian Emergency Nursing Journal*, *13*(3): 61-69. (9p). doi: 10.1016/j.aenj.2010.05.001

Cooke, T., Watt, D., Wertzler W., & Quan, H. (2006). Patient expectations of emergency department care: phase II--a cross-sectional survey. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 8(3):148-57.

\*Dale, J., & Bjørnsen, L. P. (2015). Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(86). doi:10.1186/s13049-015-0166-3

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

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

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Fry, M., Bennetts, S., & Huckson S. (2010). An Australian Audit of ED Pain Management Patterns. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3): 269-74. doi: 10.1016/j.jen.2010.03.007

Goldwag, R., Berg, A., Yuval, D., & Benbassat J. (2002). Predictors of patient dissatisfaction with emergency care. *Israel Medical Association Journal*, 4(8): 603-6.

Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18(2): 80-88. doi: 10.1016/j.ienj.2009.05.004

\*Göransson, K. E., & von Rosen, A. (2010). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 18(1): 36-40. doi: 10.1016/j.ienj.2009.10.001

Hart, P. L., & Mareno, N. (2014). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16):2223-32. doi: 10.1111/jocn.125

Hobbs, D., Kunzman, S. C., Tandberg, D., & Sklar, D. (2000). Hospital factors associated with emergency center patients leaving without being seen. *American Journal of Emergency Medicine*, 18(7):767-72. doi:10.1053/ajem.2000.18075

Hunter, M. (2000). Patients wait longer in emergency units than five years ago. *BMJ*, 323(7319):95300.

International Council of Nursing. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jacobsson, C., Palm, C., Willman, A., & Nordström, T. I. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm : Svensk sjuksköterskeförening. (19 s). ISBN 978-91-85060-16-0

\*Kihlgren, A. L., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, B. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2):169-76. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00266.x

Koziol-McLain, J., Price, D.W., Weiss, B., Quinn, A.A., & Honigman, B. (2000). Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. *Journal of Emergency Nursing*, 26(6):554-63.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

Larsson, I. E., Sahlsten, M. J., Sjöström, B., Lindencrona, C. S., & Plos, K. A. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21(3):313-20.

\*Lin, Y. K., & Lin, C. J. (2011). Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 28(7):604-8. doi: 10.1136/emj.2010.093807

\*McCarthy, D. M., Ellison, E. P., Venkatesh, A. K., Engel, K. G., Cameron, K. A., Makoul, G., & Adams, J. G. (2013). Emergency department team communication with the patient: the patient's perspective. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(2):262-70. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.07.052

McCarthy, G., Cornally, N., O'Mahoney, C., White, G. & Weathers, E. (2012). Emergency nurses: Procedures performed and competence in practice. *International Emergency Nursing*, 21(1), 50-57. doi: 10.1016/j.ienj.2012.01.003

Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi S., Baragatti L., & Nante N. (2014). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Global Journal of Health Science*, 7(4):30-9. doi: 10.5539/gjhs.v7n4p30

Motov, S. M., & Khan A. N. (2009). Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *Journal of Pain Research*, 2:5-11

\*Muntlin, Å., Gunningberg L., & Carlsson M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8):1045-56.

Muntlin, Å., Carlsson, M., & Gunningberg, L. (2010). Barriers to Change Hindering Quality Improvement: The Reality of Emergency Care. *Journal of Emergency Nursing*, 36(4):317-23. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.003.

\*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):761-69. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00053-1

\*Olthuis, G., Prins, C., Smits, M. J., van de Pas, H., Bierens, J., & Baart, A. (2014). Matters of concern: a qualitative study of emergency care from the perspective of patients. *Annals of Emergency Medicine*, 63(3):311-9. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.08.018

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practise* (8e uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

\*Richardson, S., Casey, M., & Hider, P. (2007). Following the patient journey: Older persons' experiences of emergency departments and discharge. *Accident and Emergency Nursing*, 15(3):134-40. doi: 10.1016/j.aen.2007.05.004

SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.

Shankar, K. N., Bhatia, B. K. & Schuur, J. D. (2014). Toward patient-centered care: a systematic review of older adults' views of quality emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 63(5):529-550. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.07.509

Socialstyrelsen. (2008). Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8763/2008-126-2\\_20081263.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8763/2008-126-2_20081263.pdf)

Socialstyrelsen. (2013). Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>

Sprivulis, P. C., Da Silva, J.-A., Jacobs, I. G., Frazer, A. R., & Jelinek, GA. (2006). The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal of Australia*, 184(5):208–12.

Sun, B. C., Adams, J., Orav, E. J., Rucker, D. W., Brennan, T. A., & Burstin H. R. (2000). Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 35(5):426-34.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) Hämtad från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Triage\\_fulltext.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Triage_fulltext.pdf)

\*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): 369-75. doi: 10.1046/j.1442-2026.2003.00476.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). Satsa på omvårdnadsforskning för att förbättra vården. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Taylor, C., & Bengner, J. R., (2004). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21(5):528-32. doi: 10.1136/emj.2002.003723

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. (2., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 15 December, 2015, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>