

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÄRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2019:43

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda mångbesökande patienter på akutmottagning

Louise Hafsten
Annelie Raidla Lund



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Sjuksköterskors upplevelser av att vårda mångbesökande patienter på akutmottagning
Nurses experiences of caring for frequent users in the emergency department

Författare: Louise Hafsten, Annelie Raidla Lund

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Fristående kurs

Handledare: Annika Billhult Karlsson

Examinator: Åsa Larsson

Sammanfattning

En akutmottagning är upprättad för att ta hand om patienter med akut sjukdom eller skada. Arbetet på akutmottagning är varierande och innebär korta möten med många patienter vilket ställer höga krav på sjuksköterskan. En liten grupp av mångbesökande patienter står för en stor del av besöken till akutmottagningen. En mångbesökare definieras som en patient med fyra eller fler akutvårdsbesök under en 12-månadersperiod. Det finns en hel del forskning kring mångbesökande patienter men upplevelser av vårdandet av dem är mindre beforskat. Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda mångbesökande patienter på en akutmottagning. Studien planerades och genomfördes med kvalitativ ansats på en akutmottagning i västra Sverige. Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med åtta sjuksköterskor. För dataanalys användes induktiv kvalitativ innehållsanalys. I analysen identifierades tre kategorier samt nio underkategorier som beskrev sjuksköterskors upplevelser av att vårda mångbesökande patienter. Kategorierna var emotionell balansgång, professionell komplexitet och frustration. Underkategorierna var följande: gott bemötande, sämre bemötande, neutralt bemötande, empati, arbetsgruppens betydelse, rädsla för felbedömning, förutfattade meningar, organisatorisk frustration samt patientbunden frustration. Kategorierna representerar både positiva och negativa upplevelser i vårdandet av mångbesökande patienter. Resultatet visar att sjuksköterskorna upplever mångbesökande patienter som en komplex patientgrupp där det behövs mer kunskap och rutiner kring omhändertagandet.

Nyckelord: *Mångbesökare, akutmottagning, sjuksköterskans upplevelser, intervjuer*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Akutsjukvård	1
Beslutsstöd	2
Sjuksköterskan på akutmottagning	2
Det vårdande mötet	3
Mångbesökare	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
Ansats	4
Urval	5
Förförståelse	5
Datainsamling	6
Dataanalys	6
Etiska överväganden	7
RESULTAT	8
Emotionell balansgång	8
Gott bemötande	8
Sämre bemötande	9
Neutralt bemötande	10
Empati	10
Professionell komplexitet	11
Arbetsgruppens betydelse	11
Rädsla för felbedömning	11
Förutfattade meningar	12
Frustration	13
Organisatorisk frustration	13
Patientbunden frustration	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Slutsats	18
Kliniska implikationer	18
REFERENSER	19

INNEHÅLLSFÖRTECKNING, FORTS.

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3

INLEDNING

Mångbesökande patienter till akutmottagningen är en liten patientgrupp som tillsammans står för en stor del av akutvårdsbesöken. Intresset för de mångbesökande patienterna väcktes då en av författarna sedan många år arbetar som sjuksköterska på akutmottagning. Under de åren har det visat sig att patientgruppen är komplex och att det saknas strukturerade samordnade resurser i samhället. Patienterna blir därför ofta remitterade mellan olika instanser. Farhågor fanns om att mångbesökande patienter kan skapa en känsla av misstro och uppgivenhet hos sjuksköterskan. Många av de patienter som söker ofta ingår i en socialt utsatt grupp med hög samsjuklighet vilket ytterligare försvårar bedömningen av dem.

BAKGRUND

Akutsjukvård

En akutmottagnings uppdrag syftar till att ta hand om patienter med akut sjukdom eller skada. Det finns idag ingen riktigt klar definition av vad det innebär att vara akut sjuk men det beskrivs ofta som ett tillstånd som uppstår snabbt och plötsligt (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh 2011). Akutmottagningen ska tillhandahålla snabb och effektiv vård i rätt tid till rätt patient. Sjuksköterskor och läkare arbetar därför tillsammans i team för att ge vård av hög kvalitet (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh 2011).

Sveriges befolkning blir allt större och lever allt längre (SCB 2019, s 1). Varje år besöker ca 1,3 miljoner människor en akutmottagning i Sverige, detta motsvarar var sjätte vuxen människa. Dålig tillgänglighet inom primärvården leder till att fler patienter söker sig till akutmottagningarna istället. Vidare blir många patienter kvar på akutmottagningen länge då det saknas vårdplatser inom slutenvården. Detta i sin tur beror delvis på bristande samordning inom kommunen. Dessa brister i vård- och omsorgssystemet blir kännbara på akutmottagningen och leder till ökad belastning som i sin tur leder till en stressig arbetsmiljö (SKL 2018, ss. 7- 13). Då trycket ökar generellt på akutmottagningarna i Sverige innebär det ofta längre väntan på läkare och mindre tid med varje patient vilket minskar möjligheterna för ordentlig kartläggning av patientsituationen (SKL 2013, s. 10).

Enligt Roemers lag går utbud och efterfrågan hand i hand. När sjukvården byggs ut för att klara det ökade söktrycket ändrar också befolkningen sitt beteende och söker till akutmottagningen för allt enklare besvär (Berlin & Carlström 2013). Det är svårt att garantera patienters säkerhet när arbetsbördan är hög på akutmottagningen (Källberg, Ehrenberg, Florin, Östergren & Göransson 2017).

Att som patient besöka akutmottagningen kan vara väldigt frustrerande. Gemensamt för dem är dock att de upplever någon form av smärta, obehag eller ohälsa. För många kan tillståndet upplevas vara det värsta de upplevt trots att inga medicinska hållpunkter finns (Wikström 2018, ss. 15-22).

Beslutsstöd

Patienter som söker akutmottagning träffar initialt en sjuksköterska som gör en första bedömning. Det är nödvändigt att på något sätt prioritera allvarlighetsgraden av de vårdsökande. På akutmottagningarna i västra Sverige används RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) som beslutsstöd för prioritering av patienter. Prioriteringarna bygger bland annat på patientens vitalparametrar, såsom puls, blodtryck, syresättning och andningsfrekvens. RETTS innefattar fem nivåer: röd, orange, gul, grön och blå. När en patient prioriteras som röd innebär det att livet är hotat och omedelbart omhändertagande krävs. Att få orange prioritet innebär ett potentiellt livshot och bör bedömas skyndsamt. Patienter prioriterade som gula behöver vård inom rimlig tid men prioriteras inte som livshotade. En patient med grön prioritet kan vänta utan medicinsk risk och en patient, prioriterad blå bör tas om hand på annan vårdnivå om det finns att tillgå (Widgren 2012, ss. 22-31).

Att vara längst fram i ledet där första bedömningen görs kan skapa en osäkerhet hos sjuksköterskan. De är dels rädda för att missa något allvarligt tillstånd och dels vill de undvika kritik av kollegor och läkare för att de släppt igenom eller överprioriterat någon patient. Triagearbetet beskrivs även som stressande då sjuksköterskorna upplever att de har begränsad tid för varje patient. De försöker vidare undvika att ställa frågor som de vet kräver långa svar då tid saknas för djupare samtal (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh 2011). En stressig arbetsmiljö på akutmottagningen har negativ påverkan på sjuksköterskan. Många sökande patienter, däribland fler svårt sjuka patienter, innebär att de är tvungna att prioritera i vårdarbetet vilket leder till att de känner en otillräcklighet (Källberg et al. 2017).

Sjuksköterskan på akutmottagning

Arbetet på en akutmottagning är varierande och innebär korta möten med många patienter på en dag vilket ställer höga krav på sjuksköterskan, både vad det gäller kunskap och beslutsfattande. Ingen dag liknar den andra och det är svårt att förutsäga hur det aktuella arbetspasset kommer att se ut. Vid hög belastning behöver sjuksköterskan prioritera i vården och ha en överblick och kontroll på alla patienter som vistas på akutmottagningen. Möjlighet att sitta ner hos en patient för att samtala och därmed skapa en relation finns därför sällan.

Sjuksköterskans primära ansvarsområden är att främja hälsa, återställa hälsa, förebygga sjukdom samt lindra lidande. Omvårdnaden skall också ges med respekt oavsett kön, ålder, bakgrund och etnicitet (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Hälsa är ett centralt begrepp inom vårdvetenskap och fokus ligger på vad hälsa innebär för individen. Upplevelsen av hälsa är mångdimensionellt och en subjektiv upplevelse. Att se hälsa ur ett livsvärldsperspektiv innebär att se patientens aktuella livssituation då hälsa har en djupare innebörd än frånvaro av sjukdom (Ekebergh 2015, ss. 28-29). Dahlberg och Segersten (2010, s. 49) menar att hälsa är ett tillstånd som omfattar hela människan och innebär en känsla av att ha jämnvikt i livet i form av inre balans. Hälsa är därför inte något som är konstant vilket är viktigt att ha med sig i rollen som sjuksköterska.

Det vårdande mötet

Att möta en patient i ett vårdande sammanhang handlar inte bara om biologi och kemi. Det är också viktigt att vara uppmärksam på personens unika känslor och tankar för att kunna förstå den vårdsökandes livsvärld. För att förstå en patient krävs varsamhet och stor skicklighet av sjuksköterskan. Möten med patienter i vården innefattar både språkliga, känslomässiga och kroppsliga uttryck där varje situation är unik. Det krävs därför anpassat förhållningsätt i varje vårdssituation, där olika kompetenser kan behövas. (Svenaeus 2003, ss. 89-90). För att kunna utveckla ett förhållningssätt anpassat till patientens behov behöver sjuksköterskan reflektera över mötet med patienten. Med en bättre utvecklad självmedvetenhet är det lättare att inta en livsvärdsorienterad etisk hållning där öppenhet, lyhörddhet och följsamhet står i centrum. Att placera människor i grupper där en medicinsk diagnos står i centrum går emot förståelsen av den levda kroppen. Sjuksköterskan måste försöka förstå patienter de möter. Genom att vara öppen och följsam för det som visar sig är det lättare att förstå patientens livsvärld. Patienten har rätt att bli behandlad med värdighet genom att bemötas, bekräftas och behandlas som en unik individ (Ekebergh 2015, ss. 16-23). Allt som har med det dagliga livet att göra påverkar patienten. Det går därför inte att separera detta i vårdandet som syftar till att främja hälsa och välbefinnande hos patienten (Dahlberg & Segersten 2010, ss. 220-221).

Mångbesökare

En vanlig nationell definition av en mångbesökare till akutmottagningen är en patient med fyra eller fler akutvårdsbesök under en 12-månadersperiod (Socialstyrelsen 2017, s. 62; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017, s. 42). En liten grupp av mångbesökande patienter står för en stor del av besöken till akutmottagningar världen över. Detta genererar i höga vårdkostnader och ökad belastning. Det är också troligt att dessa patienter inte får optimal vård i akutmottagningens regi (Reinius et al. 2013). Denna grupp patienter tenderar också att vara sjukare, ha en större social problematik och högre dödlighet jämfört med andra patienter (Kumar & Klein 2012; Hansagi, Olsson, Hussain & Öhlén 2008). Bodenmann et al. (2015) beskriver att mångbesökande patienters subjektiva upplevelser av välbefinnande är lägre än hos övriga patienter.

En studie visade att mångbesökande patienter tenderar att byta och besöka primärvårdsläkare oftare än andra patienter vilket ytterligare försvårar deras vård. I samma studie uppgav en majoritet av patienterna att de endast kunde få rätt hjälp på akutmottagningen. En övervägande del av de mångbesökande patienterna led av psykisk ohälsa (Birmingham et al. 2017). Detta stämmer väl överens med resultatet från Raidla, Dårro, Carlson & Carlström (2018) där patienter med åtta eller fler akutvårdsbesök under en 12-månadersperiod granskats. Resultatet visade att 74 procent av patienterna led av psykisk ohälsa och/eller missbruksproblematik. Vidare stod 82 procent av mångbesökarna i arbetsför ålder utanför arbetsmarknaden. Den vanligaste sökorsaken var bröst- och buksmärta. Akutmottagningar är bra på att ta hand om svårt sjuka patienter men rutiner saknas för att ta hand om de med mer komplexa besvär (Raidla, Dårro, Carlson & Carlström 2018). Då akutmottagningarna sällan har fasta läkare är risken stor att patienten får träffa olika läkare vid varje besök, vilket ytterligare försvårar handläggandet. Mångbesökande patienter som intervjuats beskrev själva stark oro och

medgav att de hade en tendens att tolka besvären de led av som värre än de var. Ett negativt sökmönster kan leda till frustration hos sjuksköterskor då besvären inte bedöms vara så akuta att akutsjukvård behövs (Hansagi et al. 2008). Eriksson, Gellerstedt, Hillerås och Craftman (2017) menar att akutmottagningar är dåligt rustade för patienter med långa vistelsetider. Sjuksköterskor beskrev i samma studie svårigheter med att finna tid för patienters grundläggande behov såsom nutrition, personlig hygien och mobilisering.

Hälsan påverkas negativt av en mängd olika faktorer såsom livsstil, levnadsvanor och sociala förhållanden. Arbetslöshet och ekonomiska bekymmer är vardag för många människor och kan leda till både sjukdom och psykisk ohälsa. Det är inte ovanligt att dessa personer söker sig till akutmottagningarna för besvär som varken kan eller bör lösas med den vård och behandling som kan tillhandahållas inom akutsjukvården (Socialdepartementet 1996).

PROBLEMFORMULERING

Sökande till akutmottagningarna ökar och studier visar att antalet mångbesökare ökar i samma utsträckning. Upplevelsen är att många patienter söker akutsjukvård för åkommor som hade kunnat tas om hand på annan vårdnivå för att uppnå en bättre kontinuitet. Fenomenet skapar även trängsel och längre väntetider på akutmottagningarna vilket kan äventyra säkerheten för patienterna. Sjuksköterskan på akutmottagningen har sällan tid att sitta ner och lyssna på patienten då det kontinuerligt kommer nya patienter och nya arbetsuppgifter som ska utföras. Efter strukturerade sökningar framkom artiklar som beskrev mångbesökande patienters perspektiv och besvär. Det fanns dock få studier som beskrev sjuksköterskans upplevelser gällande vårdande av mångbesökande patienter inom akutsjukvård. Det är därför viktigt att studera fenomenet för att bidra till kunskapsutvecklingen inom området.

SYFTE

Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda mångbesökande patienter på akutmottagning.

METOD

Ansats

Utifrån studiens syfte, att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda mångbesökande patienter, valdes kvalitativ ansats med induktiv innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2007). Metoden lämpar sig väl för studien då innehållsanalys ofta används för att analysera upplevelser inom vårdvetenskapen. Innehållsanalys har en lång historia som analysmetod inom kvalitativ forskning i det vårdvetenskapliga området. Innehållsanalys används för att analysera skriftlig, verbal eller visuell kommunikation samt dokument. Analysen används för att skapa mening av materialet i

sin kontext för att generera ny kunskap, nya insikter och för att presentera kunskap kring fenomenet som studeras. Syftet är att kondensera materialet och samtidigt ge en bred beskrivning av fenomenet genom att skapa kategorier som beskriver det (Elo och Kyngäs 2007).

Som datainsamlingsmetod användes verbal kommunikation i form av intervjuer. Fokus var att fånga nyanserade beskrivningar av fenomenet (Kvale & Brinkmann 2014, s. 47). Genom att informanterna fick beskriva vårdande möten i sitt arbete med mångbesökande patienter på akutmottagningen fick intervjuarna fram den grundläggande upplevelsen.

Urval

Studien genomfördes på en akutmottagning i västra Sverige. Sjuksköterskorna som arbetade på akutmottagningen var en blandad grupp som hade olika lång arbetslivserfarenhet, varierande ålder och kön. Inklusionskriterierna var att sjuksköterskorna skulle ha erfarenhet av att möta mångbesökande patienter och vara legitimerade sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor med minst ett års arbetslivserfarenhet inom akutsjukvård. Verksamhetschef kontaktades, informerades och gav sitt tillstånd till att studien genomfördes på enheten, bilaga 1. Sjuksköterskorna på enheten tillfrågades om deltagande och alla tillfrågade tackade ja till att medverka i studien. För att få så varierande och breda utsagor om fenomenet som möjligt gjordes ett strategiskt urval där sjuksköterskorna selekterades med variation gällande arbetslivserfarenhet, ålder och könsfördelning. Åtta sjuksköterskor, fyra män och fyra kvinnor, informerades muntligt och skriftligt, gav sitt samtycke samt intervjuades. Sjuksköterskorna var mellan 25-44 år (medelvärde 35,1 år, median 36 år). Samtliga var legitimerade sjuksköterskor och ingen av dem hade någon specialistsjuksköterskeutbildning. Total anställningstid på aktuell akutmottagning var mellan 1-10 år (medelvärde 4,3 år, median 5,5 år) och hade varit legitimerade sjuksköterskor mellan 2-10 år (medelvärde 6,8 år, median 8,5 år).

Förförståelse

För att medvetandegöra förförståelsen som alla människor har genom tidigare levda erfarenheter skrev båda författarna ner sin egen förförståelse efter bakgrundsinsamlingen men innan datainsamlingen startade. Mellan intervjuerna diskuterades hur förförståelsen eventuellt påverkat intervjusituationen för att medvetandegöra dess inverkan. Under intervjusituationen försökte intervjuaren att hålla sig öppen för nya upplevelser, nya infallsvinklar och om möjligt åsidosätta sin egen förförståelse om fenomenet. Genom att ställa öppna frågor som gav deltagaren möjlighet att svara fritt försökte intervjuaren distansera sig från sina egna tankar och sträva efter ett öppet förhållningssätt. Efter intervjuerna diskuterade författarna samt handledaren metodologin kring intervjun och på så sätt utvecklades intervjutekniken under studiens gång. Även under analysen var författarna medvetna om sin förförståelse och diskuterade den sinsemellan.

Enligt Kvale och Brinkmann (2014, s.48) bör intervjuarna vara öppna för nya och oväntade riktningar under intervjun. Det är informantens berättelse som bestämmer hur

intervjuns innehåll utformas och det är viktigt att intervjuaren är mottaglig för olika teman under intervjun. Intervjuaren bör också vara kritiskt mot sin egen förståelse och egna tankar som kan uppenbaras under intervjun. Intervjuaren skall styra informanten in på fenomenet utan att påverka åsikterna.

Datainsamling

Intervju är ett samtal mellan två eller flera deltagare som syftar till att samla in kunskap om ett i förväg bestämt ämne eller fenomen. Den semistrukturerade intervjun används för att få beskrivningar av informantens livsvärld som kan användas till att skildra fenomenet som undersöks (Kvale & Brinkmann 2014, s. 19).

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide, bilaga 2. Intervjuguiden bestod av fyra frågor som berörde bemötandet av mångbesökande patienter, vårdandet av mångbesökande patienter och sjuksköterskornas tankar och känslor kring mångbesökande patienter. Intervjuguiden skapades gemensamt av författarna och handledaren genom diskussion kring vilka öppna frågor som kunde ge information som svarade mot syftet. Innan intervjuerna genomfördes läste författarna igenom sin egen nedskrivna förståelse med strävan om att främja öppenhet under intervjun. Enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 85) är det intervjuarens färdigheter som avgör kvalitén på innehållet i det insamlade materialet. Det är därför viktigt med kunskap inom ämnet för att kunna följa upp de svar som informanterna ger och genom detta nå en djupare förståelse. Intervjuerna ägde rum på akutmottagningen i ett avskilt rum. Informanten blev avlöst från sitt ordinarie arbete för att ha möjlighet att sitta i lugn och ro. Intervjuerna tog mellan 10-20 minuter och spelades in med hjälp av röstinspelning på mobiltelefon. Röstinspelningarna lyssnades sedan av och transkriberades ordagrant. Texten utgjorde underlaget för dataanalysen.

Dataanalys

För dataanalys användes induktiv kvalitativ innehålls analys enligt Elo & Kyngäs (2007). Den induktiva ansatsen rör sig från det specifika till det generella, den stora helheten, kring fenomenet. Innan analysen påbörjades lästes den nedskrivna förståelsen igenom för att medvetandegöra den med avsikt att sträva efter att bibehålla öppenheten under analysen. Analysen innehöll tre steg; öppen kodning, skapandet av kategorier samt abstraktion. De transkriberade intervjuerna lästes igenom flera gånger av båda författarna var för sig för att lära känna materialet och få en förståelse för helheten. Därefter kodade författarna enskilt intervjuerna med öppen kodning. Koderna skrevs i marginalen och det fanns inga begränsningar i hur många koder som kunde användas, utan syftet var att verkligen begripa innehållet i materialet. Författarna bearbetade sedan koderna tillsammans och nådde konsensus. Koderna jämfördes med varandra, inom sin egen underkategori och med innehållet i de andra underkategorierna. Efter noggrann abstraktion skapades underkategorier och kategorier. Kategorierna beskrev hur sjuksköterskorna på olika sätt upplevde vårdandet av mångbesökande patienter (Elo och Kyngäs 2007). Exempel på analysprocessen visas i tabell 1, sidan 7.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Informant	Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Nummer 1	”Ja men ibland kan jag nog lägga lite extra tid å snacka lite. Då upplever jag ändå det känns att det blir bra i slutänden för dem, eller bättre i slutändan i alla fall.”	Lägga lite extra tid på att prata	Gott bemötande	Emotionell balansgång
Nummer 7	”Alltså det blir ju så att personen blir känd liksom, både bland läkare och sköterskor och undersköterskor, så.. Det positiva i det hela är väl ändå att; Aaa men förra gången gjorde vi såhär. Och det blev väldigt bra. Eller att man delar erfarenheter lite såhär.”	Delade erfarenheter inom arbetsgruppen	Arbetsgruppens betydelse	Professionell komplexitet
Nummer 5	”Och det finns ju personer man träffar också i triagen som också är här väldigt ofta för, liksom åkommer som inte är akuta. Och som inte liksom söker sin vårdcentral eller söker rätt instans. Och då kan man bli lite trött på att vi skall ta det ansvaret.... Att samhället inte tar sitt ansvar och ger information...”	Samhället inte tar sitt ansvar	Organisatorisk frustration	Frustration

Etiska överväganden

Studien utfördes enligt Vetenskapsrådets (2002) fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att deltagarna har rätt till information om studiens syfte, hur och varför intervjun ska genomföras genom en deltagarinformation som skrivs på ett sådant sätt att deltagaren förstår allt innehåll. Samtyckeskravet innebär att skriftlig information ges om att det är frivilligt att delta samt att de berörda har möjlighet att avbryta sin medverkan utan påföljd, bilaga 3. Konfidentialitetskravet innebär att alla personuppgifter hanteras med försiktighet och förvaras på ett sådant sätt att inga obehöriga får tillgång till dessa. I uppsatsen är alla resultat avkodade. När examensarbetet är godkänt kommer inspelningarna av intervjuerna att raderas. Slutligen kommer uppgifterna endast användas i vetenskapligt syfte enligt nyttjandekravet. Det är viktigt att deltagaren får möjlighet att läsa informationen i lugn och ro och ges möjlighet att ställa frågor och får adekvata svar på dessa för att överväga sitt deltagande i studien. Tillstånd gavs från verksamhetschef för att genomföra studien på akutmottagningen.

Examensarbetet har inte etikprövats. Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor anges det att examinationsarbeten på avancerad nivå inom ramen för högskoleverksamhet inte behöver etikprövas (SFS 2003:460).

RESULTAT

I analysen identifierades tre kategorier samt nio underkategorier som beskrev sjuksköterskors upplevelser av att vårda mångbesökande patienter. Kategorierna var emotionell balansgång, professionell komplexitet och frustration. Underkategorierna var följande: gott bemötande, sämre bemötande, neutralt bemötande, empati, arbetsgruppens betydelse, rädsla för felbedömning, förutfattade meningar, organisatorisk frustration samt patientbunden frustration. Underkategorierna och kategorierna presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Översikt över underkategorier och kategorier.

Underkategorier	Kategorier
Gott bemötande	Emotionell balansgång
Sämre bemötande	
Neutralt bemötande	
Empati	
Arbetsgruppens betydelse	Professionell komplexitet
Rädsla för felbedömning	
Förutfattade meningar	
Organisatorisk frustration	Frustration
Patientbunden frustration	

Emotionell balansgång

Under kategorin emotionell balansgång beskrev sjuksköterskorna att det blev olika sorters bemötande beroende på olika faktorer. Ibland blev det ett gott bemötande, ibland blev det sämre. Sjuksköterskorna beskrev också att de lärde känna patienterna och att de ibland gav ”det lilla extra” till någon mångbesökande patient. En del sjuksköterskor försökte förhålla sig neutrala gentemot mångbesökande patienter. Sjuksköterskorna beskrev också att de kände empati. De berättade om hur de tycker synd om patienterna.

Gott bemötande

Sjuksköterskorna upplevde att en del mångbesökande patienter fick ett respektfullt, vänligt och bra bemötande. Att patienterna fick ett gott bemötande. Oavsett vilka känslor sjuksköterskorna upplevde inombords så valde de att inte visa dem för patienten. Sjuksköterskorna uttryckte att de hoppades att mångbesökande patienter fick

ett gott bemötande, att sjuksköterskorna kunde visa upp ett professionellt yttre, trots att de upplevde delade känslor inom sig själva. De beskrev hur de ansträngde sig för att dölja sina inre känslor och för att ge mångbesökande patienter ett bra, vänligt och respektfullt bemötande. Sjuksköterskorna beskrev vidare hur de fick en relation till vissa av de mångbesökande patienterna. De lärde känna patienterna men också att patienterna lärde känna akuten och specifika sjuksköterskor.

”Ja, alltså, om man träffar en patient som söker ofta så, man är ju ändå ganska, ganska lugn. Man känner personen och ibland så känner personen till en själv också.” (IP 3)

Sjuksköterskorna uppgav att de kände till vad de återkommande patienterna hade runtomkring sig. Relationen gav sjuksköterskan ett lugn och en trygghet när de vårdade de mångbesökande patienterna. En annan sjuksköterska beskrev hur hen hoppades att relationen med patienten gjorde sjuksköterskans medicinska bedömning säkrare. Sjuksköterskorna berättade om hur de gav mångbesökande patienter ”det lilla extra”. De strävade efter att patienterna skulle få god uppföljande vård efter besöket på akutmottagningen. Sjuksköterskorna såg att patientgruppen behövde vård, men inte akutsjukvård, och försökte göra sitt bästa för att ordna det.

”.... Att man i alla fall kanske engagera sig lite i att man, ehh, som jag vet att vi gjort med vissa patienter så att dom söker mindre, så att de söker på rätt ställe och för den, rätt typ av hjälp, för att någon typ av hjälp behöver dom.” (IP 2)

Sjuksköterskorna berättade om hur de valde att ha ett ordentligt samtal med patienten för att få dem att förstå problemet med att söka för ofta. De försökte ändra beteendemönstret hos patienterna genom att samtala och upprätta en plan. Sjuksköterskorna kontaktade andra yrkeskategorier så som kurator, akutläkare, vårdcentral, psykiatri eller omsorgscoordinator. Ibland fungerade det men oftast inte. När en mångbesökande patient plötsligt försvann undrade sjuksköterskorna över vad som hänt patienten.

”Sen plötsligt är ju den här patienten borta. Så vissa fungerar det ju faktiskt för och då kan man bli sådär; undra vad det är som har hänt? Undra hur det gick? Vad var det som gjorde att det vände? Eller är den på ett annat sjukhus och söker vård nu?” (IP 7)

Sämre bemötande

Sjuksköterskorna beskrev att det fanns tillfällen då mångbesökande patienter inte bemöttes lika bra som andra patienter. Den negativa känslan personalen kände kanske ändå märktes för patienten.

”Jag vet inte, ibland så kanske det går ut över en person fast man egentligen inte, fast det egentligen inte är den's fel så att säga.” (IP 5)

Sjuksköterskorna beskrev att mångbesökande patienter kunde bli specialbehandlade till det negativa. De uttryckte att patienterna blev nonchalant bemötta och att negativa känslor som sjuksköterskorna kände kunde uttryckas utan att sjuksköterskorna sa dem i ord. De beskrev också att patientgruppen påverkade personalens tålamod till det sämre.

Neutralt bemötande

Flera sjuksköterskor beskrev att de försökte förhålla sig neutrala i bemötandet av mångbesökande patienter. De uppgav vidare att de inte la ner kropp och själ i den här patientgruppen. De valde hellre att lägga energin på andra patienter. De försökte hålla ett neutralt bemötande för att inte uppmuntra patienten till att söka akutmottagningen för ofta.

”Ehm, rätt så neutralt faktiskt, till mångsökare brukar jag hålla mig rätt så neutral. Ehm, varken tycka bu eller bä, eller vara, försöka göra något extravagant, eller göra något sämre utan bara helt vanligt.” (IP 8)

Sjuksköterskorna beskrev patientgruppen som komplex där de inte ville bidra till patienternas många besök. De beskrev vidare att de gav patienterna adekvat vård men inget extra. De försökte att inte visa sina inre negativa känslor och valde därför att hålla sig neutrala i bemötandet av patienten. Sjuksköterskorna beskrev att när de bemötte och vårdade patientgruppen väckte det inte några speciella känslor inom dem. Det beskrevs också hur det neutrala bemötandet hade kommit utav en resignation. Sjuksköterskan hade tidigare gjort mer för de här patienterna, men insåg nu, efter flera års erfarenhet, att patientgruppen kommer finnas i alla tider och valde därför ett neutralt förhållningssätt till mångbesökande patienter.

Empati

Vårdandet av mångbesökande patienter väckte många känslor hos sjuksköterskorna. De tyckte synd om patienterna. Sjuksköterskorna kände att besöket på akuten var den enda sociala kontakten den här patienten fick. Sjuksköterskorna beskrev hur de gång på gång bemötte mångbesökande patienter på patienternas nivå med en önskan om att göra gott.

”Nä då blir jag verkligen inte arg. Då är det mer ”a, där kommer hon igen” och då får man liksom sitta och prata med den patienten och ge den lite, det enda hon behöver är lite lugn och trygghet och det vet man liksom.” (IP 5)

Trots att patienterna sökte vård ofta strävade sjuksköterskorna efter att möta patienterna på deras nivå och med empati. Sjuksköterskorna upplevde att de mångbesökande patienterna sökte närhet, bekräftelse och trygghet i form av samtal med sjukvården. Sjuksköterskorna funderade kring varför just de här personerna kände sig tvungna att komma till akuten ofta. De beskrev vidare att det var synd att patienterna inte kunde få hjälp med sina underliggande problem.

Professionell komplexitet

Sjuksköterskorna beskrev hur de, inom arbetsgruppen, bearbetade sina upplevelser kring hur det var att vårda mångbesökande patienter. Dessa samtal inom arbetsgruppen hade både positiv och negativ inverkan på sjuksköterskorna. De upplevde att mångbesökande patienter skapade slitningar i deras roll som sjuksköterskor vilket resulterade i en rädsla för felbedömning. När en patient sökte gång på gång gällande samma problematik kände sig sjuksköterskan tillslut osäker i sin yrkesroll. Sjuksköterskorna uttryckte en oro för att någon patient en dag skulle inkomma med akut sjukdom och att det då skulle förbises. Sjuksköterskorna beskrev också förutfattade meningar som både en fördel och nackdel i vårdandet av patienterna.

Arbetsgruppens betydelse

Inom arbetsgruppen utbytte sjuksköterskorna erfarenheter i en positiv anda, för att bemötandet av patienten skulle bli bra. Sjuksköterskorna skämtade om situationerna som uppstod kring de mångbesökande patienterna. En del av samtalen kollegor emellan fungerade som en bearbetning av händelser i samband med patientmötet. Sjuksköterskorna beskrev att de påverkades av hur deras arbetskamrater pratade om de mångbesökande patienterna. De kunde känna sig negativt påverkade när kollegorna pressade dem att bemöta och vårda en mångbesökande patient på ett visst sätt. Kollegorna kunde till exempel förorda beslut de tyckte att sjuksköterskan skulle ta gällande en patient vilket kändes obekvämt.

”Lite obekvämt då att vara den som tar in patienten. Just för att jag kan missa någonting och att man också kanske lite grann påverkad av vad kollegorna säger. Okej, en hänvisning, okej, men då ska den hänvisas. Men det är svårt är det.” (IP 4)

En del sjuksköterskor upplevde det positivt att de kunde lära av sina arbetskamraters tidigare erfarenheter. Det kändes bra att prata med sina kollegor om det var relevant information som behövde delas inom arbetsgruppen. Arbetsgruppens betydelse var viktig för att få ge uttryck för de känslor sjuksköterskorna kunde uppleva i vårdandet. Sjuksköterskorna kände att det var problematiskt med patientsekretessen inom arbetsgruppen då det pratades öppet om patienterna. Ett annat problem som också identifierades var att det kunde bildas rykten av det som ventilerats inom arbetsgruppen, vilket inte var önskvärt. Arbetsgruppens betydelse var stor men också komplex. I citatet nedan beskriver en sjuksköterska:

”..... för man behöver ju ventileras och sådär för det är ju absolut problematiskt, för det sätter ju stämningsbilder i kollegors hjärnor som inte har träffat dom här patienterna. Det är ju bara hörsägen, vissa patienter då.” (IP 8)

Rädsla för felbedömning

Sjuksköterskorna berättade återkommande om en rädsla för felbedömning. De kände en osäkerhet kring vården av mångbesökande patienter. Patienterna ropade ”vargen

kommer” gång på gång. Sjuksköterskorna upplevde därmed risken som stor att missa ett allvarligt sjukdomsfall hos patientgruppen.

”Jag tvivlar på mig själv som sjuksköterska, för att jag inte riktigt, jag vet inte om jag kommer att missa någonting om patienten söker för det här gång på gång så är ju risken jättemycket högre att patienten kommer att bli jättesjuk en vacker dag och inte kommer tas på allvar.” (IP 4)

Sjuksköterskorna beskrev att de ofta samtalade med kollegor om oron över att någon i patientgruppen skulle drabbas av akut sjukdom. De kände en osäkerhet och rädsla för att missa något viktigt. De upplevde vidare att mångbesökande patienter inte förstod risken de utsatte sig själva för när de sökte ofta. Sjuksköterskorna beskrev hur de övervägde att frångå det prioriteringsystem som finns på akutmottagningen (RETTS). De berättade om att det kändes överflödigt att utföra alla undersökningar på patienterna. Sjuksköterskorna var medvetna om att det kunde bli farligt för patienterna och öka risken för att ett akut tillstånd missades om RETTS frångåtts.

Förutfattade meningar

Förutfattade meningar visade sig i flertalet av intervjuerna. Sjuksköterskorna beskrev att redan när de kände igen en mångbesökarens namn visste de vad patienten skulle söka för och hur de skulle handlägga den vårdsökande. De ansåg sig även veta hur utfallet av besöket skulle bli. De beskrev ett slentrianmässigt vårdande där en mångbesökare, av den anledningen, var en ganska enkel patient.

”Om man har tagit en patient fem gånger på en månad och den söker för samma sak dom fyra första gångerna då har jag ju nästan, då har jag ju redan bestämt i huvudet att den kommer att söka för samma igen.” (IP 2)

Sjuksköterskorna upplevde att personalgruppen hade förutfattade meningar om mångbesökande patienter. De beskrev att patienterna inte togs på lika stort allvar när de sökte vård. Sjuksköterskorna hade upplevelser av att de mångbesökande patienterna var enkla att handlägga. De behövde därför inte lägga särskilt mycket energi i mötet med dem. Sjuksköterskorna hade redan innan mötet bestämde sig för att det inte var något akut tillstånd patienten led av. Sjuksköterskorna beskrev vidare hur bemötandet förändrades över tid beroende på hur många gånger de träffat patienten. De beskrev att de lärt sig hur de skall bemöta och vårda olika mångbesökande patienter. De använde olika strategier beroende på vilken patient de mötte. Strategierna kunde bestå av att vara neutral, samtala, vara omtänksam eller ge omvårdnad. Ibland kunde sjuksköterskan ge något läkemedel för syns skull.

” Det blir ju liksom att man någon gång ger henne någon allergimedicin. Nästan bara lite för syns skull. För hennes skull, för att det dämpar henne lite.” (IP 1)

Till sist beskrev sjuksköterskorna en nyfikenhet som uppstod ur de förutfattade meningarna.

”Är du här nu igen? Vad är det den här gången? Undrar vad hon söker för denna gången?” (IP 7)

Frustration

I samtliga intervjuer återkom en känsla av frustration hos sjuksköterskorna. De beskrev en organisatorisk frustration som riktade sig till alla delar inom den sociala välfärden och där de kände att mångbesökande patienter föll mellan stolarna och skyfflades runt. De beskrev också en patientbunden frustration som var mer riktad direkt gentemot patienterna. Mångbesökande patienter upplevdes som en komplex patientgrupp som var svår att hjälpa.

Organisatorisk frustration

Den organisatoriska frustrationen riktades mot samhället i stort, där sjuksköterskorna kände att det saknades skyddsnät för patienterna. Vårdcentraler, andra verksamheter och mottagningar på sjukhuset avsa sig ansvaret och remitterade de här patienterna vidare.

”Nämen alltså, man önskar ju på något sätt att man hade haft en bättre fungerande organisation utanför akutsjukvården så att dom inte, så dom slapp komma hit så ofta.” (IP 6)

Sjuksköterskorna upplevde att andra enheter inom vården inte tog sitt ansvar för patientgruppen och att de hänvisades vidare inom vården. Sjuksköterskorna upplevde samhällets skyddsnät som undermåligt för de mångbesökande patienterna. Den egna organisationens uppbyggnad skapade också frustration. Inom den egna organisationen var det arbetsmiljön i form av arbetsbelastningen, stress och resurser som medverkade till upplevd frustration.

Patientbunden frustration

Sjuksköterskorna upplevde att vårdandet av mångbesökande patienter kändes som ett tids- och resursslöseri. Sjuksköterskorna beskrev många negativa känslor i samband med mötet med patienterna. Det var en komplex patientgrupp som var svår att hjälpa. Sjuksköterskorna kunde känna både uppgivenhet och ambivalens. De beskrev att de valt sjuksköterskeyrket då de hade en önskan om att göra gott, det upplevdes dock som svårt att hjälpa mångbesökande patienter.

”Alltså jag tycker det är mycket frustration i alla dem här mångsökarna. Det känns som om man lägger mycket tid och energi. Och man lyckas inte liksom lösa problemet. Så frustration är väl det starkaste.” (IP 7)

Patientbunden frustration uppstod när sjuksköterskorna upplevde att mångbesökande patienter inte tog emot hjälpen sjuksköterskorna gav dem. Sjuksköterskorna la ner mycket tid och energi i vårdandet och bemötandet av patientgruppen och upplevde att gruppen var krävande, svår och komplex vilket skapade frustration. Sjuksköterskorna beskrev vidare hur frustration upplevdes samtidigt som andra känslor så som empati och

förståelse. Utöver frustration upplevde sjuksköterskorna andra negativa känslor i mötet med mångbesökande patienter. De känslor som dominerade var uppgivenhet och ilska.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien var baserad på åtta intervjuer med sjuksköterskor på en större akutmottagning i västra Sverige. För att få ett resultat med så stor bredd som möjligt gjordes ett strategiskt urval med hälften kvinnor och hälften män. De var också i olika ålder och hade varierande anställningstid. Trots detta var författarna medvetna om att det är svårt att generalisera då de åtta sjuksköterskorna var från samma arbetsplats vilket innebär liten geografisk spridning. Tanken var från början att försöka intervjua sjuksköterskor från två olika akutmottagningar men av praktiska skäl gick det inte att genomföra. En större spridning på informanterna beträffande ålder och anställningstid hade varit önskvärd, detta var dock inte genomförbart då det saknades äldre sjuksköterskor med längre erfarenhet på aktuell akutmottagning. En annan aspekt värd att beakta var att en av författarna var anställd på samma arbetsplats där intervjuerna genomfördes. Farhågor fanns om att informanterna eventuellt inte vågade säga det de verkligen tyckte och kände av den anledningen. Upplevelsen var ändå att en bred beskrivning av fenomenet framkom. Sjuksköterskorna höll sig professionella i sina uttalanden om patienterna. Det var därför oklart om intervjuerna kunde nå deras innersta känslor. Författarna har funderat över ifall resultatet hade blivit annorlunda om intervjuerna skett på akutmottagningar där ingen av dem arbetade.

Kvale och Brinkmann (2014, s. 52) beskriver att det finns risk för att intervjun blir en manipulativ dialog där intervjuaren har tolkningsmonopol. Augustinsson (2017, ss. 21-22) menar att vi enbart ser det vi är redo att se. De antagande och ansatser som författaren fokuserar på är det som visar sig medan andra aspekter förblir dolda och kan påverka tolkningen av resultatet. Innan intervjuerna genomfördes skrev därför författarna ner sin egen förförståelse gällande frågeställningen. Dokumentet lästes igenom innan varje intervju för att sträva efter en så neutral hållning som möjligt. Båda författarna fick anstränga sig i intervjusituationen för att hålla tillbaka sin förförståelse och inte ställa ledande frågor. De diskuterade och reflekterade även över svårigheter gällande den egna förförståelsen efter intervjuerna.

Författarna formulerade vidare en intervjuguide med fyra fasta öppna frågor. Dessa kompletterades under intervjun med öppna följdfrågor såsom: Hur tänkte du då? Vad kände du då? Följdfrågorna varierade beroende på vad som framkom under intervjun. Författarna var eniga om att det krävs träning för en god intervjuteknik och medgav att de sista intervjuerna därför blev mer innehållsrika än de första. För en van intervjuare hade det varit lättare att följa upp de svar som informanterna gav och ställa rätt följdfrågor vid rätt tidpunkt. När författarna diskuterat intervjuguiden efter genomförda intervjuer är de båda eniga om att frågorna hade kunnat förbättras för att fånga fler upplevelser från informanterna. En medvetenhet finns om att informanterna eventuellt styr svaren mot det de tror att intervjuaren vill höra (Kvale & Brinkmann 2014, s. 53).

För att genomföra intervjuerna på bästa sätt eftersträvades en lugn miljö för att minimera stress där intervjun kunde ske ostört. Informanterna blev avlösta från sitt arbete och kunde därmed intervjuas i lugn och ro. Alla intervjuerna skedde på förmiddagarna då det var lugnare på akutmottagningen. Vidare valde författarna att genomföra intervjuerna ensamma med informanten för att minimera känslan av maktasymmetri. Kvale och Brinkmann (2014, ss. 51-52) menar att det alltid förekommer ett visst maktövertag vid kvalitativa forskningsintervjuer då det inte är ett vanligt vardagligt samtal som genomförs. Det är intervjuaren som bestämmer ämnet och styr intervjun vilket försätter informanterna i ett underläge. För att minimera maktövertag fick informanterna både skriftlig och muntlig information om aktuellt ämne. De fick också tid på sig innan intervjun att förbereda sig mentalt.

Intervjuerna transkriberades ordagrant av den författare som utfört den. Även sukar och ljud skrevs med. Dessa tolkades dock inte in i resultatet då författarna valde att analysera enbart det manifesta innehållet. Enligt Elo och Kyngäs (2007) måste författaren bestämma sig för om analysen enbart ska innefatta det som verkligen sägs med ord eller om den ska innefatta även det latent innehåll. Det finns dock farhågor om svårigheter med att tolka det som inte sägs rätt ut och att det lätt blir författarens egen tydning av materialet.

Under analysprocessens första del lästes hela materialet igenom enskilt och flera gånger av båda författarna. Enligt Polit och Beck (2004, s. 571) är det viktigt att verkligen begripa materialet för att möjliggöra en förståelse för den transkriberade texten. Därefter kodades materialet gemensamt av båda författarna med hjälp av färgmarkeringar och stödord i marginalen, därmed skapades en mängd olika koder att arbeta vidare med. Detta beskrivs av Elo och Kyngäs (2007) som menar att denna fas syftar till att skapa så många koder som är nödvändigt för att kunna beskriva innehållet på ett bra sätt. I nästa steg bearbetades materialet gemensamt av båda författarna. Materialet diskuterades fram och tillbaka för att komma fram till en gemensamma kategorier och underkategorier. Några av kategorierna visade sig snabbt, andra tog tid att identifiera. Då författarna dessutom var från olika verksamheter tolkades betydelsen av det som visade sig ibland olika. Detta diskuterades flera gånger under analysarbetet med de meningsbärande enheterna. I en strävan om ett så trovärdigt och sanningsenligt material som möjligt intog författarna en neutral hållning till det som framkom.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda mångbesökande patienter på akutmottagning. Analysen resulterade i tre kategorier: emotionell balansgång, professionell komplexitet och frustration.

I studien framkom olika sorters bemötande som sjuksköterskorna använde sig av när de vårdade mångbesökande patienter. En studie av Malone (1996) visade på att sjuksköterskor använde starkt nedvärderande termer så som lägre stående människor, missbrukare av systemet, djur och mardrömmar när de beskrev mångbesökande patienter. Så starka ord uttryckets inte i denna studie. När sjuksköterskorna beskrev bemötande höll de överlag en god ton och var försiktiga i sina uttalanden. Trots att de

ibland upplevde att mångbesökande patienter fick ett sämre bemötande så uttryckte de sig inte alls nedvärderande likt sjuksköterskorna i studien av (Malone 1996). Skillnaderna som visade sig i resultaten, studierna emellan, skulle kunna vara sprungna ur kulturella skillnader då de var utförda på olika kontinenter och i länder med olika sjukvårdssystem. Det skulle också kunna bero på en utveckling av sjuksköterskeyrket under de senaste decennierna (Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström & Rehnsfeldt 2015). Båda författarna blev positivt överraskade över den professionella hållning informanterna hade gentemot patientgruppen då den inte överensstämde med deras tidigare förståelse.

I resultatet beskrev sjuksköterskorna att de utvecklat en relation till en del av patienterna. De lärde känna dem och hade kunskap om deras livsvärld. Resultatet samstämde med Malone (1996) som beskrev att mångbesökande patienter blev som en familjemedlem vilket skapade ett engagemang hos sjuksköterskan. Det visade sig även i den här studien där sjuksköterskorna berättade om att de gav vissa mångbesökare lite extra god vård då de tyckte synd om dem.

I studien framkom att sjuksköterskorna upplevde en rädsla för felbedömning då patienterna sökte ofta. De beskrev vidare känslan av en ökad risk för att missa något allvarligt tillstånd vid hög arbetsbelastning på akutmottagningen. I likhet med Källberg et al. (2017) bidrar en hög arbetsbelastning till ökad risk för felbedömningar. I resultatet beskrev sjuksköterskorna hur de samtalande inom arbetsgruppen kring mångbesökande patienter och situationer som uppstod i vården av dem. Sjuksköterskorna beskrev samtalen, både i en positiv, men också i en negativ anda. Samtalen kunde vara bra för att utbyta erfarenheter, men ibland kunde det kännas oetiskt. Enligt ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor (2012) bör sjuksköterskan verka för ett etiskt förhållningssätt i organisations- och vårdkulturen. Sjuksköterskan har även ansvar för att skapa gott samarbete och respekt mellan arbetskamrater. De ska också stödja och vägleda kollegor att utveckla högre etisk medvetenhet. För att leva upp till de etiska riktlinjerna är det viktigt att arbetsgruppen har ett öppet klimat där sjuksköterskorna vågar säga ifrån när diskussioner känns oetiska.

Resultatet visade att sjuksköterskans agerande förändrades då de träffat samma patient vid upprepade tillfällen. De beskrev vidare att första gången de vårdade en mångbesökande patient var det lättare att ge dem likvärdig vård. När samma patient återkom frekvent hade de skapat förutfattade meningar gentemot patienten och gav en mer slentrianmässig vård. Även det här resultatet samstämmer med Malone (1996) där sjuksköterskorna beskrev att nya sjuksköterskor ofta mötte mångbesökande patienter mer professionellt och då beaktade patientens alla behov. Allt eftersom tiden gick ändrade sjuksköterskorna sin attityd gentemot patientgruppen till det negativa.

För att motverka förutfattade meningar och slentrianmässigt vårdande är det viktigt att arbeta personcentrerat. Inom personcentrerad vård är det patientens livsberättelse som utgör grunden för vården. Patienten är den som lever med sin ohälsa och sina symptom dagligen och är därmed expert på sin sjukdom (Ekman et al. 2011). Det biomedicinska synsättet, som tillämpas när patienter prioriteras på akutmottagning, är baserat på diagnoser, symptom och vitalparametrar och fokuserar på att behandla sjukdom (Widgren 2012, ss. 57-131). Många av de som söker ofta har ingen akut sjukdom men lider av ohälsa i någon form. Att använda personcentrerad vård i mötet med en patient

kan hjälpa till att förflytta fokus från sjukdom till personens upplevda ohälsa (Ekman et al. 2011). Genom personcentrerad vård kan sjuksköterskan bättre förstå patientens livsvärld.

I en studie av Pines et al. (2011) beskrev sjuksköterskorna en organisatorisk frustration där samhällets skyddsnet brast, vilket ledde till att patientgruppen hamnade på akuten. Detta ledde till frustration hos både patienter och sjukvårdspersonal. Resultatet samstämmer med den här studien som visade att sjuksköterskorna upplevde en organisatorisk frustration där de berättade om ett bristande skyddsnet i samhället. De beskrev vidare att patientgruppen inte togs omhand på andra vårdenheter och därför sökte akutsjukvård. Problemet med organisatorisk frustration verkar inte vara nyuppkommet då det beskrevs i en studie redan för 23 år sedan (Malone 1996). Fenomenet organisatorisk frustration återfanns även i en nyare studie som berörde moralisk stress hos sjuksköterskor. De beskrev samhällsstrukturen som ett stort organisatoriskt problem som tvingade många patienter att söka akutmottagning. De här känslorna framkallades särskilt av mångbesökande patienter med icke akuta besvär (Wolf et al. 2016).

I de båda underkategorierna organisatorisk- och patientbunden frustration berättade sjuksköterskorna om att de lagt ner mycket tid och resurser i vårdandet av de mångbesökande patienterna. De beskrev också att arbetsbelastning, stress och resurser inom den egna organisationen bidrog till upplevd frustration. Eriksson, Gellerstedt, Hillerås och Craftman (2017) beskrev att en stökig och stressig arbetsmiljö påverkade både personal och patienter negativt. På en överfull akutmottagning prioriterades de medicinska interventionerna och patienter med låg prioritet fick vänta längre vilket bidrog till en ökad arbetsbelastning för sjuksköterskorna. Ökad arbetsbelastning gjorde att sjuksköterskorna fick en känsla av att ha glömt viktiga arbetsuppgifter vilket bidrog till att de kände skuld, skam och missnöje. Det som dominerade i föreliggande studie var känslor av frustration och rädsla för att missa något allvarlig. Känslor som skuld och skam uttrycktes inte av informanterna.

Mångbesökande patienter bidrog till en högre arbetsbelastning på akutmottagningen då det var en komplex patientgrupp som tog tid och resurser. I studien av Eriksson, Gellerstedt, Hillerås och Craftman (2017) beskrev informanterna att ökad arbetsbelastning ledde till negativa känslor hos sjuksköterskorna. Det överensstämmer med resultatet i denna studie som visade att ökad stress ledde till bland annat frustration hos sjuksköterskorna. De uppgav vidare att vid låg arbetsbelastning var det lättare att möta patientgruppen med ett större tålamod och ge lite extra tid.

Mycket finns skrivet om mångbesökare runt om i världen, dock har fokus i dessa studier ofta varit på patienten eller dess karaktärsdrag. Endast ett fåtal studier gällande sjuksköterskors upplevelser av mångbesökande patienter har identifierats. En av studierna var från Malone (1996) och genomförd i USA. Trots att den är 23 år gammal samstämmer resultaten till stor del med föreliggande studie vilket visar på att problemet inte är nytillkommet inom akutsjukvården.

Mångbesökarna påverkade sjuksköterskornas arbetsmiljö negativt då de var en komplex patientgrupp med både somatisk och psykisk ohälsa. För att främja en hållbar utvecklig

för sjuksköterskan inom akutsjukvården behöver frågan gällande mångbesökande patienter lyftas. Det är en relativt liten grupp människor som besöker akutmottagningen ofta och upptar en stor del av sjuksköterskornas arbetstid. Resultatet pekar mot att samhället och sjukvården brister i sitt omhändertagande av denna patientgrupp. De hänvisas mellan kommun, primärvård och akutsjukvård och ingen tar det samlade ansvaret. Akutsjukvård är en kostsam vård och det är samhället och dess medborgare som betalar för den. Det hade varit mer kostnadseffektivt att vårda vissa av de mångbesökande patienterna på annan vårdnivå och därmed frambringa kontinuitet för patientgruppen. En tredjedel av mångbesökarna i akutsjukvården är också mångbesökare inom primärvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017, s. 42) vilket gör patientgruppen och arbetsmängden de skapar till ett än mer aktuellt ämne.

Slutsats

Studien visade att mångbesökande patienter berörde sjuksköterskorna mycket i deras arbete på akutmottagning. Patientgruppen skapade många motstridiga känslor hos sjuksköterskorna och inom arbetsgruppen. De upplevde också att mångbesökande patienter upptog mycket tid och resurser i en redan hårt belastad organisation, vilket skapade frustration. Sjuksköterskorna kände ofta en osäkerhet när de mötte patienter som sökte vård ofta. De medgav vidare att det ofta hände att mångbesökande patienter inte togs på allvar vilket skapade en rädsla för att missa något viktigt.

Forskningen som belyste sjuksköterskors upplevelser av mångbesökande patienter var tämligen begränsad. Den forskning som identifierades samstämde dock i stort med denna studie. Det pekar mot att utvecklingen inte påverkat patientgruppens situation nämnvärt under de senaste 20 åren. Mer forskning inom ämnet behövs för att skapa möjligheter att förbättra kunskapen hos sjuksköterskorna och vården för de mångbesökande patienterna.

Kliniska implikationer

Flera av sjuksköterskorna efterfrågade mer kunskap kring omhändertagandet av mångbesökande patienter. En slutsats är att det saknas riktlinjer för hur denna patientgrupp ska omhändertas. Det är viktigt att lyfta brister och kunskapsluckor inom området för att göra det möjligt att arbeta vidare med handlingsplaner och utbildning inom området och genom detta skapa en tryggare och mer kostnadseffektiv vård för patienten.

Genom att komplettera den medicinska inriktningen på akutmottagningarna med ett mer personcentrerat arbetssätt kan det bidra till en mer hållbar arbetsmiljö för sjuksköterskorna och ett bättre omhändertagande för patienterna. Vidare forskning behövs som fokuserar på personcentrerad vård i mötet med mångbesökande patienter inom akutsjukvård.

REFERENSER

Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P. & Rehnsfeldt, A. (2015). The Nordic Tradition of Caring Science: The works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly*, 28(4), ss. 288-296.

Augustsson, S. (2017). Vetenskapsteori och vetenskapsfilosofi. I Nilsen Höglund, B. & Granskär, M. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur: Lund, ss. 19-32.

Berlin, J. & Carlström, E. (2013). Trender som utmanar traditioner. En hälso- och sjukvård i metamorfos. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 16(2), ss. 3-23.

Birmingham, L.E., Cochran, T., Frey, J.A., Stiffler, K.A. & Wilber, S.T. (2017). Emergency department use and barriers to wellness: a survey of emergency department frequent users. *BMC Emergency Medicine* 17(16), ss.1-8.
doi: 10.1186/s1273-017-0126-5

Bodenmann, P., Baggio, S., Iglesias, K., Althaus, F., Velonake, V-S., Stucki, S., Ansermet, C., Paroz, S., Trueb, L., Hugli, O., Griffin, J.L. & Daepfen, J-B. (2015). Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 14(146), ss. 1-10.
doi: 10.1186/s12939-015-0277-5

Dahlberg, K. & Segersten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och Praxis*. Natur & Kultur: Stockholm.

Ekebergh, M. (2015). Hälsa – ett livsvärldsperspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 27-37.

Ekebergh, M. (2015). Vårdvetenskap som kunskap och perspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 16-23.

Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2011). Trapped between doing and being: First provider's experience of "front line" work. *International Emergency Nursing*, 20(3), ss. 113-119.
doi: 10.1016/j.ienj.2011.07.007

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P. & Craftman, Å. (2017). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 2018(27), ss. 1061-1067.
doi: 10.1111/jocn.14143

Hansagi, H., Olsson, M., Hussain, A. & Öhlén, G. (2008). Is information sharing between the emergency department and primary care useful to the care of frequent emergency department users? *European Journal of Emergency Medicine*, 15(1), ss. 34-39.

Kumar, G.S. & Klein, R. (2012). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: A systematic review. *The Journal of Emergency Medicine*. 44(3), ss. 717-729.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Källberg, A.S., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J. & Göransson, K.E. Physicians and nurses perceptions of patient safety risks in the emergency department. *International Emergency Nursing*. 33(2017), ss. 14-19.
doi.org/10.1016/j.ienj.2017.01.002

Malone, R. E. (1996). Almost "like family": Emergency nurses and "frequent flyers". *The Journal of Emergency Nursing*, 22(3), ss. 176-183.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *En primär angelägenhet: Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Stockholm: TMG Sthlm. <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/2017-3-en-primar-angelagenhet-web.pdf>

Pines, J.M., Asplin, B.R., Kaji, A.H., Lowe, R.A., Magid, D.J., Raven, M., Weber, E.W. & Yealy, D.M. (2011). Frequent Users of Emergency Department Services: Gaps in Knowledge and a Proposed Research Agenda. *Academic Emergency Medicine*, 18(6), ss. 64-69.
doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01086.x

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Raidla, A., Dárro, K., Carlson, T. & Carlström, E. (2018). Characterising double frequent users in an emergency department. *Journal of Hospital Administration*, 7(3), ss. 35-39.
doi: 10.5430/jha.v7n3p35

Reinius, P., Johansson, M., Fjellner, A., Werr, J., Öhlén, G. & Edgren, G., (2013). A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. *European Journal of Emergency Medicine*, 20(5), ss. 327-334.

SCB (2019). Sveriges framtida befolkning 2019-2070.
https://www.scb.se/contentassets/24496c5905454373b2910229c29001ec/be0401_2019i70_sm_be18sm1901.pdf

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

Socialdepartementet (1996). *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. (Regeringens proposition 1996/97:60). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen (2017). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2018). *En akut bild av Sverige: Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning*. Stockholm: SKL.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2013). *Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser*. Stockholm: SKL.

Svenaesus, F. (2003). *Sjukdomens mening*. Stockholm: Natur och Kultur.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer*. Elanders Gotab: Vetenskapsrådet
https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Bilaga 1

Godkännande av verksamhetschef för datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som skriver vårt examensarbete vid Högskolan i Borås. Vår magisteruppsats har som syfte att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bemöta och vårda mångsökande patienter på akutmottagning. Vi önskar genom detta arbete kunna få större förståelse och kunskap kring sjuksköterskors olika upplevelser kring fenomenet för att kunna bemöta och vårda på bästa sätt.

I examensarbetet krävs att vi intervjuar sex till tio sjuksköterskor som tjänstgör på akutmottagning eller ÖNH-mottagning på XXX. Sjuksköterskorna vi önskar intervjua ska ha erfarenhet av att möta mångbesökande patienter och gärna varierande ålder, erfarenhet och arbetslängd.

För att kunna genomföra detta önskar vi er tillåtelse till detta. Sjuksköterskan kommer att få skriftlig information om studien och vid intervjutillfället muntlig information om de önskar delta. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transkriberas ordagrant. All insamlad data behandlas konfidentiellt och kommer i studien att presenteras på så sätt att ingen information kan knytas till enskilda individer. Deltagandet i studien är helt frivilligt och alla deltagare kan när helst de önskar välja att avsluta sitt deltagande utan att uppge orsak.

I examensarbetet kommer vi att samla in information från informanterna. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dem som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning. Uppgifterna kan dock vara att betrakta som allmänna handlingar som kan komma att lämnas ut i det fall någon begär det i enlighet med offentlighetsprincipen.

Det datamaterial som samlats in, (bakgrundsinformation och intervjuer), kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt.

Behandlingen av uppgifter sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig.

Om du har frågor eller synpunkter kring hur högskolan behandlar personuppgifter kan du kontakta vårt dataskyddsombud direkt via e-post, dataskydd@hb.se. Du har också alltid rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Examensarbetet utförs under handledning av Annika Billhult Karlsson Universitetslektor vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på e-mail: XXX

Med vänliga hälsningar

Louise Hafsten

Tel: XXX

Mail: XXX

Annelie Raidla Lund

Tel: XXX

Mail: XXX

Bilaga 2

Intervjuguide

Om du tänker på ett tillfälle när du pratade i telefon med eller vårdade en patient som söker vård ofta, hur vill du beskriva det?

Vad tänker du gällande patienter som söker vård ofta?

Vad väcker dessa patienter för känslor hos dig?

Hur upplever du att patienter som söker vård ofta bemöts?

Stödfrågor:

Hur kände du då?

Vad tänkte du då?

Vilka känslor väckte det i dig?

Kan du berätta mer om det.....

Bilaga 3

Information angående ett examensarbete om sjuksköterskors upplevelser av att bemöta och vårda mångbesökande patienter på akutmottagning.

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete. Vi är två sjuksköterskor som skriver vårt examensarbete på magisternivå vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Syftet med examensarbetet är att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att bemöta och vårda mångbesökande patienter på akutmottagning. Vi vill öka kunskapen kring fenomenet för att skapa en medvetenhet kring hur dessa patienter bemöts och vårdas.

Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Vi frågar Dig om Du frivilligt vill bli intervjuad om Din upplevelse. Intervjuerna kommer göras utav två studenter. Vi kommer gemensamt fram till tid och plats för intervjun som kommer ta ca 30-60 minuter. Intervjun kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen, utöver intervjuvarna, kan få tillgång till det. I resultatet aidentifieras dina personuppgifter.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt arbete. För att delta behöver du lämna ditt muntliga samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren.

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning. Uppgifterna kan dock vara att betrakta som allmänna handlingar som kan komma att lämnas ut i det fall någon begär det i enlighet med offentlighetsprincipen.

Det datamaterial som samlats in, (bakgrundsinformation och intervjuer), kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 16-18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare i dessa fall.

Om du har frågor eller synpunkter kring hur högskolan behandlar dina personuppgifter kan du kontakta vårt dataskyddsombud direkt via e-post, dataskydd@hb.se. Du har också alltid rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Ansvariga för examensarbetet

Examensarbetet utförs under handledning av Annika Billhult Karlsson, Universitetslektor vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på e-mail: XXX.

Studenter är Louise Hafsten, tel. XXX alt mail XXX och Annelie Raidla Lund, tel. XXX alt mail XXX.

Samtycke om deltagande**Fylls i av handledaren**

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

Datum och handledares namnteckning

✂-----

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet "Sjuksköterskors upplevelser av att bemöta och vårda mångbesökande patienter på akutmottagning" och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum