

Medikaliserat och resultatstyrt vårdarbete
på akutmottagning
– en studie med utgångspunkt i
medarbetares och chefers perspektiv

Henrik Andersson

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien
vid Göteborgs universitet



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Göteborg 2014

Medikaliserat och resultatstyrt vårdarbete på akutmottagning – en studie med utgångspunkt i medarbetares och chefers perspektiv

© Henrik Andersson 2014

henrik.andersson1@live.se

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted, in any form or by any means, without written permission.

ISBN 978-91-628-9114-5 (tryckt)

ISBN 978-91-628-9115-2 (e-pub)

E- publicerad: <http://hdl.handle.net/2077/36907>

Printed by Ineko, Sweden 2014

Medicalized and Result-driven Healthcare Work in the Emergency Department - a Study Based on Practitioners' and Managers' Perspectives

Henrik Andersson

Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy at the University of Gothenburg, Sweden.

ABSTRACT

AIM: The overall aim of this thesis is to obtain an understanding of Emergency Healthcare Work (EHW) at the Emergency Department (ED), including the competencies required by EHW, and based on practitioners' and managers' perspectives.

Methods: In study I, a quantitative method was employed. A questionnaire was sent to all Swedish EDs and data was analysed using descriptive statistics and content analysis. In studies II-IV, qualitative methods were used. In study II, participant observations and individual and group interviews were conducted. In studies III-IV individual and group interviews were conducted. In studies II-IV, data was analysed using qualitative content analysis.

Results: According to head nurses, basic nursing education does not lead to sufficient competence for working at an ED and thus supplementary formal education is needed. A minority of head nurses perceive that they are completely responsible for creating preconditions for competence development (study I). The EHW is characterized by rapid, brief and standardized encounters with limited scope for providing individualized care. Practitioners strive to be adaptable by structuring EHW and they cooperate to achieve a good workflow (study II). Management is characterized by a command and control approach. Managers experience EHW as lifesaving work and they experience difficulties in meeting the expectations of their staff (study III). There is also tension between professional groups in EDs as well as hierarchical boundaries that influence the possibilities to develop competencies in EHW. The focus on competence in EHW is on account of the emergency and lifesaving nature of its actions. Purely medical competencies are valued and caring competencies are subsequently downgraded. A medical competence approach consolidates the current view of competencies necessary in everyday work in EDs (study IV).

Conclusions: EHW and the competencies required by EHW are defined from a purely medicalized and result-driven viewpoint. Patients' medical needs are given greater importance than their caring needs. Medicalized and result-driven EHW makes it difficult to provide individualized care. This difficulty is a hindrance to the implementation of a holistic view in EHW.

Keywords: Emergency healthcare, Everyday work, Competencies, Emergency Department, Practitioners, Management, Content analysis.

ISBN 978-91-628-9114-5

Gothenburg 2014

ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen baseras på följande delarbeten:

- I Andersson, H. & Nilsson, K. (2009). Questioning Nursing Competences in Emergency Health Care. *Journal of Emergency Nursing*. 35, 305-311.
- II Andersson, H., Jakobsson, E., Furåker, C. & Nilsson, K. (2012). The everyday work at a Swedish emergency department - The practitioners' perspective. *International Emergency Nursing*. 20, 58-68.
- III Andersson, H., Wireklint Sundström, B., Nilsson, K. & Jakobsson Ung, E. (2014). Management of everyday work in Emergency Departments – An exploratory study with Swedish Manager. *International Emergency Nursing*. 22, 190-196.
- IV Andersson, H., Wireklint Sundström, B., Nilsson, K. & Jakobsson Ung, E. (2014). Competencies in Swedish emergency departments - The practitioners' and managers' perspective. *International Emergency Nursing*. 22, 81-87.

Tillstånd för publicering har inhämtats från respektive tidskrift.

INNEHÅLL

FÖRORD.....	8
INTRODUKTION.....	9
Uppdraget för en akutmottagning.....	9
Avgränsning av vårdarbete.....	10
BAKGRUND.....	12
Vårdarbete på akutmottagning.....	12
Akutmottagning och patienttillströmning.....	12
Akutmottagning- En professionell hierarkisk vårdorganisation.....	13
Ledning på akutmottagning.....	14
Samarbete på akutmottagning.....	16
Vårdmöten på akutmottagning.....	17
Kompetens i relation till vårdarbete.....	18
Individuell och kollektiv kompetens.....	19
Kontextuell kompetens.....	20
TIDIGARE FORSKNING.....	21
Patientflöden och överbelastning.....	21
Bedömning av patienter.....	23
Patienter med icke-brådskande tillstånd.....	24
Kompetenser för vårdarbete.....	25
TEORETISK RAM.....	29
SAMMANFATTNING AV FORSKNINGSPROBLEMET.....	35
AVHANDLINGENS SYFTE.....	36
METOD.....	37
Design.....	37
Urval och deltagare.....	39

Datainsamlingsmetoder	40
Enkät	40
Deltagande observationer	41
Intervjuer i grupp och individuellt	42
Dataanalys	44
Beskrivande statistik	44
Kvantitativ innehållsanalys.....	44
Kvalitativ innehållsanalys.....	45
Teoristyrd analys av det sammanlagda resultatet.....	47
Forskningsetiska överväganden	47
RESULTAT	50
Delstudie I.....	50
Delstudie II.....	51
Delstudie III	51
Delstudie IV.....	52
Det sammanlagda resultatet med stöd av systemtänkande	53
Ett medikaliserat vårdarbete	53
Ett resultatstyrt vårdarbete.....	55
DISKUSSION	57
Metoddiskussion.....	57
Resultatdiskussion.....	64
Medikaliserat perspektiv på vårdarbetet.....	64
Oförutsägbarhet och högt tempo i vårdarbetet.....	66
Standardisering och individualisering i vårdarbetet.....	67
Samarbete i vårdarbetet.....	69
Styra och förbättra resultaten.....	70
Kompetens att möta patienters vårdbehov.....	72

Förutsättningar att utveckla nödvändig kompetens.....	73
Vårdarbetets utmaningar	75
Avhandlingens kunskapsbidrag	77
Slutsatser och klinisk betydelse	79
Fortsatt forskning.....	81
SUMMARY IN ENGLISH.....	82
TACK.....	86
REFERENSER	88

FÖRORD

För 26 år sedan började jag som nyexaminerad sjuksköterska på en akutmottagning, en vårdverksamhet som jag sedan har tjänstgjort i under två decennier. Forskningsidén till den här avhandlingen bygger på ett intresse för vårdpedagogiska frågeställningar, främst hur organisation och vårdkultur påverkar arbetsförhållanden och yrkeskompetens. Forskningsidén bygger också på mina erfarenheter av vårdarbete från olika akutmottagningar och tar sin utgångspunkt i att allt fler patienter söker sig till Sveriges akutmottagningar. Mitt forskningsintresse och förvärvade erfarenheter grundlägger betydelsen av att undersöka hur en akutmottagning leds och styrs samt hur medarbetare och chefer genomför akutmottagningens uppdrag. Jag har som sjuksköterska i olika arbetssituationer på akutmottagningar fått uppleva att relationen mellan medarbetare och patienter är betydelsefull för att lindra patienters lidande. På samma gång har jag upplevt vårdarbetet som komplext i betydelsen att helheten är svåröverskådlig speciellt när det är många patienter som söker sjukvård samtidigt. Jag tror att ett holistiskt perspektiv på vårdarbete på akutmottagning är möjligt. Ett sådant perspektiv kräver dock att förändrade sätt att tänka och handla i vårdmötet med patienter eftersträvas. Därför behövs ny kunskap om vårdarbete på akutmottagning. Jag önskar med min avhandling bidra med sådan kunskap, som i sin tur kan bidra till att vårdarbete på akutmottagning utvecklas.

INTRODUKTION

Denna avhandling handlar om vårdarbete på akutmottagning med avgränsning till vårdarbetet som gäller patienter med brådskande och icke-brådskande tillstånd. Att fokus är på dessa två patientgrupper har två orsaker. Den första är att dessa grupper upptar den mesta tiden av det vardagliga arbetet på en akutmottagning. Den andra är att vårdarbete för dessa grupper endast i mindre utsträckning tidigare varit i fokus. Det vårdarbete som är inriktat mot livshotande tillstånd är också viktigt att studera, vilket också skett i tidigare studier (Burney *et al.*, 2012; Cheung *et al.*, 2014; Conroy *et al.*, 2014).

Med akutmottagning avses en sjukhusbunden enhet som tar emot patienter i varierande åldrar med sjukdomar eller skador, som tillhör olika medicinska specialiteter såsom internmedicin, kirurgi och ortopedi (Socialstyrelsen, 2013).

Avhandlingen har ett medarbetar- och chefsperspektiv och ett systemtänkande används för att skapa förståelse för vårdarbetet. Gruppen medarbetare används i denna avhandling som ett samlingsbegrepp och avser undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Det är dessa yrkesgrupper som i vårdmöten med patienter genomför vårdarbetet. Till gruppen chefer hör verksamhetschefer, vårdenhetschefer (första linjens chef), biträdande vårdenhetschefer och verksamhetsutvecklare, vilka utgör ledningen på en akutmottagning.

UPPDRAGET FÖR EN AKUTMOTTAGNING

Det finns inga nationella styrdokument som reglerar vårdarbete specifikt på akutmottagning. Däremot regleras vårdarbetet på en akutmottagning exempelvis i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982) där det anges att en akutmottagning ska tillhandahålla god, säker och kostnadseffektiv sjukvård. Detta innefattar bedömning, diagnos och behandling, vilket ska ges med värdighet och respekt för patientens integritet och självbestämmande. Därtill ska sjukvård ges inom acceptabel tid i förhållande till patienters individuella behov (SFS, 1982; Socialstyrelsen, 2011a).

Vårdarbete på akutmottagning organiseras utifrån olika specialiteter exempelvis internmedicin, kirurgi, ortopedi, där patienter fördelas till respektive specialitet med hänsyn till vilken sjukdom eller skada de lider av. Det innebär att vårdarbetet huvudsakligen är en medicinsk ordnad verksamhet (Walsh & Kent, 2001; Socialstyrelsen, 2011b). Förståelsen för vårdarbete är betydelsefullt utifrån att allt fler patienter söker sig till Sveriges akutmottagningar (Säfwenberg, 2008; Socialstyrelsen, 2013) samtidigt som akutmottagningarna brottas med problem såsom långa väntetider och periodvis överbelastning (Socialstyrelsen, 2013).

Med holistiskt perspektiv avses i denna avhandling en hållning hos medarbetare och chefer som fokuserar på helheten vad det gäller genomförandet av vårdarbete (Capra, 1996). Patienters tillstånd och vårdbehov är relaterat till den totala livssituationen och förmåga att både hantera hälsa och ohälsa (McCormack & McCance, 2010). Att förstå patienters tillstånd och vårdbehov, vilket inkluderar fysiska, psykiska och sociala behov, är betydelsefullt. Denna hållning och förståelse innebär att patienter inte kan betraktas utifrån ingående delar (McEvoy & Duffy, 2008) och reduceras till enbart en uppsättning symptom eller tecken (Mead & Bower, 2000).

AVGRÄNSNING AV VÅRDARBETE

Med vårdarbete menas i denna avhandling ett vardagligt genomförande av akutmottagningens uppdrag, något som sker hela tiden och dag efter dag. Patienters tillstånd påverkar omhändertagandet på en akutmottagning, vilket gör det problematiskt att beskriva vårdarbete. Vårdarbete på akutmottagning innebär att patienter med olika allvarighetstillstånd tas om hand. För att beskriva innehållet av vårdarbete på akutmottagning görs ett försök att bestämma vad som är ett akut tillstånd och vad som inte är det. Ett akut tillstånd kan beskrivas som ett plötsligt eller snabbt uppkommet vårdbehov orsakat av sjukdom eller skada och som kräver omedelbara åtgärder inom timmar eller högst upp till ett dygn (Socialstyrelsen, 1994). Tolkningen av vad som är ett akut tillstånd utgår främst från medarbetares bedömning av vad

det är och inte från vad patienter upplever som ett akut tillstånd. Patienter med akuta tillstånd kan omhändertas på olika vårdnivåer, där akutmottagning är en nivå och vårdcentral en annan. Vad som uppfattas akut på olika vårdnivåer skiljer sig åt liksom förväntningar om hur snabbt olika akuta tillstånd ska kunna tas omhand. I denna avhandling avgränsas dock vårdarbete till att omfatta omhändertagande av patienter med brådskande och icke-brådskande tillstånd. Ett brådskande tillstånd är ett tillstånd som kräver omedelbara insatser, men som inte är livshotande. Icke brådskande tillstånd är tillstånd som inte är livshotande och som inte kräver omedelbara insatser (Enander *et al.*, 2007). Livshotande tillstånd är exempelvis skador som har orsakats av kraftigt våld (Lennquist, 2007) och sådana tillstånd är inte i fokus i denna avhandling.

Att ta hand om patienter med livshotande tillstånd ses som inledningsvis nämnts, som en viktig arbetsuppgift för en akutmottagning. Samtidigt sker omhändertagandet av sådana tillstånd i mindre omfattning jämfört med brådskande och icke-brådskande tillstånd. Det finns inget nationellt register, men studier pekar på att andelen patienter med livshotande tillstånd utgör mellan 3-13 procent av alla bedömda tillstånd på akutmottagning (Widgren *et al.*, 2008; Widgren & Jourak, 2011; Jönsson & Fridlund, 2013). Detta innebär att avhandlingens avgränsning inte ska ses som ett sätt att väja undan för verkligheten. Avgränsningen är gjord för att möjliggöra en förståelse för det vårdarbete som är vanligast förekommande på en akutmottagning.

BAKGRUND

VÅRDARBETE PÅ AKUTMOTTAGNING

För att beskriva vårdarbete på akutmottagning redogörs för akutmottagningens kontext. Därefter ges en beskrivning av hur en akutmottagning organisatoriskt är uppbyggd och hur den leds. Vidare ges en skildring av samarbete och vårdmöten på akutmottagning. Slutligen beskrivs medarbetare och deras kompetens för att genomföra vårdarbete.

AKUTMOTTAGNING OCH PATIENTTILLSTRÖMNING

Antalet akutmottagningar har succesivt minskat i Sverige under de senaste decennierna (Säfwenbergs, 2008; Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010; Socialstyrelsen, 2013). I Sverige fanns 70 akutmottagningar 2013 (Socialstyrelsen, 2013) och deras upptagningsområde varierade mellan 50 000 till 750 000 invånare per akutmottagning (Socialstyrelsen, 2011b).

Till en akutmottagning kommer utan tidsbeställning patienter i alla åldrar med olika upplevda symtom eller uppvisade tecken på sjukdom eller skada varför de också har varierande behov av sjukvård (Wellstood, 2005; Yim *et al.*, 2009; Backman, 2010b, 2010c; Samaras *et al.*, 2010; Land & Meredith, 2013). Det är främst olika smärttillstånd exempelvis huvudvärk, bröstsmärta och buksmärta, eller skador såsom extremitetstrauma och sårskador som gör att patienter söker sjukvård på en akutmottagning. Patienter söker en akutmottagning för att de upplever sin situation som akut och allvarig. Det finns en uppfattning hos patienter om att de inte kan få tid någon annanstans, en del tror att vårdcentralen ändå kommer att remittera till en akutmottagning och andra upplever att de inte kan vänta längre på elektiv vård (Land & Meredith, 2013).

Antalet patienter som söker sjukvård vid Sveriges akutmottagningar har ökat från 1,8 miljoner besök år 2006 (Säfwenbergs, 2008) till 2,5 miljoner besök 2010 och under första halvåret år 2013 var antalet be-

sök 2,4 miljoner (Socialstyrelsen, 2013). Besöksvolymen är dock en uppskattning då det inte finns något nationellt register över patientbesök på akutmottagning, vilket kan påverka tillförlitligheten i statistiken (Socialstyrelsen, 2013). Ungefär en tredjedel av alla besök är skaderelaterade (Socialstyrelsen, 2009) och omkring 30 procent av alla besök leder till inläggning på sjukhus (Socialstyrelsen, 2011b). Ökningen av antalet patienter i kombination med långa väntetider innebär ökade medicinska risker och mortalitet för patienter som kommer till en akutmottagning (Guttmann *et al.*, 2011; Socialstyrelsen, 2011b).

AKUTMOTTAGNING- EN PROFESSIONELL HIERARKISK VÅRDORGANISATION

En akutmottagning kan liksom sjukhuset i sin helhet beskrivas som en professionell vårdorganisation som styrs av politiska beslut. Organisationsuppbyggnaden innebär att vårdens professionella i hög grad själva styr sitt vårdarbete, vilket påverkar chefers möjlighet att ha inflytande över hur de professionella utför sina respektive yrken (Mintzberg, 1993).

Två parallella hierarkier, en administrativ hierarki och en professionell hierarki kännetecknar sjukvårdsorganisationer, som exempelvis ett sjukhus. Den administrativa hierarkin är indelad efter ansvar och befogenheter för beslutsfattande kopplat till planering, organisering och uppföljning. Den professionella hierarkin är indelad efter yrkesgruppernas kompetenser, vilken påverkar medarbetares förutsättningar till kontroll och inflytande över arbetsinnehåll (Hallin & Siverbo, 2003).

Ytterst ansvarig inom den administrativa hierarkin är sjukhuschefen följd av områdes/divisionschefer, verksamhetschefer och lägst i hierarkin finns vårdenhetschefer och sektionschefer. I denna avhandling har kategorin verksamhetsutvecklare inkluderats i gruppen chefer trots att de inte linjärt följer den hierarkiska administrativa ordningen. Valet att även inkludera dem beror på att de har inflytande över och utgör stöd för såväl verksamhetschefer som vårdenhetschefer i deras styrning och ledning av vårdarbetet på akutmottagningar.

Inom den professionella hierarkin uppfattas vanligen läkaren stå högst i rang, undersköterskan lägst och däremellan återfinns sjuksköterskan (Lindgren, 1992; Daiski, 2004). Den efterfrågade kompetensen är inriktad på medicinska kunskaper och färdigheter (Nyström, 2003; Chu & Hsu, 2011). Det finns således risk för att det uppstår maktkamper och konflikter inom den professionella hierarkin. Specifika aspekter på maktkamp och konflikt mellan den administrativa och professionella hierarkin är vem som har kostnads- respektive kvalitetskontroll över arbetet (Kuhlmann *et al.*, 2013). Maktkamp och konflikter kan bidra till olika syn på vårdarbete, vilket i sin tur kan påverka synen på hur till exempel en akutmottagning kan och bör ledas (von Knorring *et al.*, 2010).

LEDNING PÅ AKUTMOTTAGNING

Chefer på akutmottagning är liksom chefer i många andra verksamheter ansvariga för att planera, organisera, leda och kontrollera arbetet (Yukl, 2013). Deras ledarskap har således central betydelse för hur verksamheten bedrivs och arbetet genomförs (Finkelman, 2006). På en akutmottagning kan det också finnas ledare utan chefsansvar (Yukl, 2013), till exempel verksamhetsutvecklare. Det finns också formella och informella ledare. Formella ledare har formella maktbefogenheter, till exempel en chef eller en utsedd medarbetare som leder vårdarbete, medan den informella använder andra sätt att utöva makt och inflytande (Downey *et al.*, 2011). En undersköterska kan till exempel genom sin erfarenhet utöva inflytande över vårdaktiviteter som ligger inom läkarens uppgiftsområde. Det kan särskilt förekomma i samarbetet mellan en erfaren och en oerfaren medarbetare.

Chefer kan använda olika sätt att leda vårdarbete på akutmottagning. Litteraturen gör en distinktion mellan transaktionellt och transformativt ledarskap då sättet att leda skiljer sig åt (Burns, 1978; Bass, 1985). Transaktionellt ledarskap innebär att chefer skapar överenskommelser och klargör mål och förväntningar genom regler och rutiner samt ger erkännande och belöning när mål uppnås. De som använder transaktionellt ledarskap eftersträvar att skapa balans i utbytet mellan chefer

och medarbetare. För medarbetare innebär det att de behöver acceptera och agera i relation till gjorda överenskommelser. Transformativt ledarskap inbegriper å andra sidan att vara visionär, inspirerande och motiverande, att ge intellektuell stimulans och samtidigt ta individuella hänsyn. Det innebär att chefer som använder transformativt ledarskap strävar efter att medarbetare bygger upp en personlig och social identifikation med de mål som ska uppnås i kombination med samtidig betoning på individuellt ansvar. Chefer som tillämpar transformativt ledarskap inger förtroende, skapar gemenskap och samarbetar genom att kommunicera mål och inspirerar till förbättringar av uppnådda resultat (Bass *et al.*, 2003; Johansson *et al.*, 2007). Å andra sidan anger Bass (1998) att chefer inte uteslutande använder en av dessa former av ledarskap utan anpassar sig till kontext. Hos chefer finns det dock oftast en predominant individuell hållning.

De olika ledarskapsstilarna måste ses utifrån en komplex helhet. Vårdarbete på akutmottagning består av interaktioner mellan medarbetare och chefer, vilket kräver relationellt ledarskap (Brower *et al.*, 2000; Nilsson, 2003; Van Vactor, 2011). Interaktionen mellan chefer och medarbetare sker till exempel genom ledning och kontroll (Seddon, 2010) eller genom diskussion (Hewison, 2004). Kommunikation och samarbete blir en viktig aspekt i den relationella ledningen av vårdarbete på akutmottagning (Creswick *et al.*, 2009). Förmågan att leda fordrar flexibilitet eftersom olika arbetssituationer kräver olika ledarskapsstilar (Grimm, 2010). Det innebär att chefer på en akutmottagning även behöver ha förmåga att sätta mål samt klargöra rutiner och regler liksom att göra överenskommelser med medarbetare. Vid livshotande situationer kan en mer auktoritär ledarstil vara befogad, men det är inte sådana situationer denna avhandling handlar om.

Chefer och ledare organiserar ofta vårdarbete på akutmottagning i någon form av team. Det kan vara ett arbetsteam som ansvarar för de arbetsuppgifter som ska utföras av medarbetare från olika yrkesgrupper. I ett integrativt team är avsikten att resultatet ska bli bättre genom ett gemensamt arbete jämfört med om det utförts individuellt av teamme-

dlemmarna (Sebrant, 2005). I den här avhandlingen används begreppet team liktydigt med ett arbetsteam.

SAMARBETE PÅ AKUTMOTTAGNING

För att beskriva hur samordning av vårdarbete på akutmottagning i förekommande team kan ske används Mintzbergs (1993) beskrivning av olika koordineringsmekanismer. Den minst komplexa koordineringsmekanismen kallar Mintzberg (1993) anpassning. När en grupp medarbetare gemensamt anpassar sig till varandra i ett team fördelas arbetsuppgifterna inom teamet och arbetet följs upp genom informell kommunikation. Ett exempel på detta är inom specialiteter där det som regel enbart finns en läkare tillgänglig. Här utgörs teamet av en undersköterska och en sjuksköterska som tillsammans med läkaren diskuterar vilka vårdaktiviteter som ska utföras och av vem, till exempel gipsbehandling vid frakturer. En annan koordineringsmekanism bygger på att en särskilt utsedd person ansvarar för att koordinera och ha tillsyn över teamets arbete (Mintzberg, 1993). Detta sker vid specialiteter där det finns flera läkare tillgängliga. Här består teamet utöver läkare av ett flertal undersköterskor och sjuksköterskor. Teamet koordineras som regel av en sjuksköterska. Koordinatorns ansvar är bland annat att planera arbetet, fördela arbetsuppgifter till medarbetare inom teamet, men också för att övervaka det arbete som utförs (Yoder-Wise, 2003; Huber, 2006). Ytterligare ett sätt att koordinera arbetet är att skapa standardisering av arbetsprocesserna. Det kan göras genom att noga beskriva innehållet i en arbetsprocess, till exempel hur triagearbete ska genomföras, det vill säga den första bedömningen som genomförs vid patientens ankomst till akutmottagning. Det kan också göras genom att tydliggöra vilka resultat som ska uppnås (Mintzberg, 1993) såsom att väntetiden till läkarbedömning ska minskas med ett antal tidsenheter.

Det samarbete som sker i teamen kan beskrivas som sekventiellt, parallellt eller synkront (Berlin & Carlström, 2008). Det sekventiella samarbetet innebär att vårdarbetet sker etappvis där den enskilda medarbetaren väntar på sin tur för att utföra tilldelade arbetsuppgif-

ter. Ett exempel kan vara att undersköterskan visar in en patient på undersökningsrummet, hjälper patienten att ta på sig en patientskjorta och lägga sig på en undersökningsbänk. Därefter kommer sjuksköterskan in och tar blodprover för att följas av läkarens undersökning. Vid det parallella samarbetet genomför den enskilda medarbetaren sina tilldelade arbetsuppgifter, runt patienten, samtidigt som andra medarbetare utför sina. Detta sker exempelvis vid triage där undersköterskan kopplar upp patienten på monitoreringsutrustningen och kontrollerar vitala tecken såsom blodtryck, puls, etc. samtidigt som sjuksköterskan intervjuar och bedömer patienters tillstånd. Det synkrona samarbetet anses vara ett samverkansideal och innebär att den enskilda medarbetaren utför sina tilldelade arbetsuppgifter men samtidigt hjälper andra medarbetare med arbetsuppgifter som är gemensamma för teamet (Berlin & Carlström, 2008). Ett sådant samarbete kan ske i samband med att infusionslösning ska ges och prover tas på en patient som är svår att sticka. Den ena sjuksköterskan sätter en perifer venkateter (PVK) och fixerar den manuellt i rätt läge. Den andra sjuksköterskan assisterar med provrör, ordnar med infusionslösningen och droppaggregatet samt tar fram fixeringsutrustning för PVK. När proverna är tagna kopplar den första sjuksköterskan infusionen till patienten och den andra sjuksköterskan fixerar PVK. Det finns dock barriärer som påverkar förutsättningarna för att arbeta i team. Exempel på sådana barriärer kan vara teamets storlek, brist på kunskap, instabilitet i teamet, otydliga uppdrag eller frånvaro av gemensamma mål (Kalisch & Begeny, 2005). Det medför att det finns en risk för att teamarbetet utvecklas ofullständigt (Sebrant, 2005).

VÅRDMÖTEN PÅ AKUTMOTTAGNING

Genom vårdmöten kan medarbetare skapa förutsättningar för att stödja och stärka patienters hälsa (Ranheim & Dahlberg, 2012), men också för att lindra deras lidande och värna om deras värdighet (Söderlund, 2012). Flera studier visar dock att vårdmöten på akutmottagning utmärks av att de är korta och fragmenterade (Nyström, 2003; Nyström *et al.*, 2003; Frank, 2010; Elmqvist, 2011). Medarbetare möter således många nya patienter vars tillstånd snabbt kan förändras

(Nyström, 2002; Larsson Kihlgren *et al.*, 2005). I strävan att bemästra arbetsituationen finns det en risk att medarbetare inte uppmärksammar enskilda patienters behov, vilket gör att sådana vårdmöten riskerar att bli icke-vårdande (Nyström, 2003; Olofsson *et al.*, 2012; Parke *et al.*, 2013).

Korta och ibland bristfälliga vårdmöten på en akutmottagning kan ses i ljuset av att antalet medarbetare inte alltid räcker till för att ta hand om alla patienter på en akutmottagning och att långa vistelsetider uppstår tämligen ofta (Parke *et al.*, 2013, Socialstyrelsen, 2013). Det kan som tidigare nämnts bero på att fler patienter söker sjukvård till följd av upplevd ohälsa eller att det är fler patienter med komplexa sjukdomstillstånd som söker sjukvård (Derlet & Richards, 2000). Oavsett vad det kan bero på är detta problematiskt eftersom det innebär en risk att vårdkvalitet och patientsäkerhet äventyras (Institute of Medicine, 2006; Collis, 2010), vilket kan leda till att behandlingsåtgärder fördröjs (Shull *et al.*, 2004; Fee *et al.*, 2007, Hwang *et al.*, 2008), att åtgärder inte blir utförda (Liu *et al.*, 2009) eller att fel åtgärder utförs (Kulstad *et al.*, 2010).

Vårdmöten påverkas också av hur vårdarbete på akutmottagning organiseras för att patienters vårdbehov, upplevelse av sin situation och delaktighet i vården ska kunna uppmärksammas och tillfredsställas. Strukturerad tillsyn kan, enligt Meade *et al.* (2010), bidra till att ge förutsättning för ett individualiserat vårdmöte. Medarbetares förmåga att tillgodose patienters fysiska behov, visa engagemang för deras situation och göra dem delaktiga i den sjukvård som bedrivs är inte i första hand en fråga om att avsätta mer tid. Det handlar i stället om medarbetares förhållningssätt till patienterna (Frank *et al.*, 2009; Mikesell, 2013).

KOMPETENS I RELATION TILL VÅRDARBETE

För att beskriva kompetens i vårdarbete ges först en beskrivning av individuell och kollektiv kompetens följt av kontextuell kompetens.

INDIVIDUELL OCH KOLLEKTIV KOMPETENS

Kompetens är en väsentlig aspekt i utövandet av ett yrke (Ellström, 1997). Samtidigt är kompetens ett svårtolkat och diffust begrepp där betydelsen kan variera mellan olika professioner (Furåker & Nilsson, 2013). Kunskap är dock en central komponent av kompetens (Ellström, 1997). Den kan beskrivas som att veta, att ha insikt, att kunna hantera olika händelser samt kunna förstå konsekvenserna av handlandet (Granberg, 2009). Den hjälper individen att identifiera och åtgärda problem (Säljö, 2000) och kan utvecklas utifrån individens erfarenheter (Kolb, 1984), men också genom social och kulturell interaktion med omgivningen (Säljö, 2000).

Individuell kompetens kan beskrivas som individens förmåga att utföra en arbetsuppgift på ett framgångsrikt sätt (Ellström, 1997) och att hantera en situation så att kvalitet och standards vidmakthålls. Kompetens innebär vidare att integrera och använda både teoretiska och praktiska kunskaper (Eraut, 1998). Individens attityd och förhållningsätt till en arbetsuppgift, till exempel att skapa vårdmöten, är också centralt, vilket påverkas av motivation, känslor och engagemang för arbetet. Genomförandet av en arbetsuppgift influeras dels av individens personlighet såsom självuppfattning och självförtroende, dels av sociala faktorer till exempel förmåga att samarbeta, leda och kommunicera med andra i sin omgivning (Ellström, 1997).

En individs formella kompetens uppnås genom formell utbildning medan faktisk kompetens är den reella kompetens individen har och slutligen är utnyttjad kompetens den kompetens som används. Efterfrågad kompetens uppstår när det finns krav på föreskriven kompetens eller kompetens som exempelvis chefer efterfrågar. Den kompetens som arbetet kräver är kompetens som är nödvändig för att kunna utföra en arbetsuppgift (Ellström, 1992). För akutmottagning kan efterfrågad kompetens exempelvis vid nyanställning av en sjuksköterska handla om ett formellt krav på sjuksköterskeexamen, men också önskemål om tidigare yrkeserfarenhet av akutmottagningsarbete.

Kollektiv kompetens består av både den enskilde individens förmåga och individernas, det vill säga kollektivets gemensamma förmåga att genom samarbete utföra en arbetsuppgift (Hansson, 2011). På akutmottagning innebär det att undersköterskor, sjuksköterskor och läkare interagerar med varandra, delar med sig av sina kunskaper och lär av varandra i samband med att olika arbetsuppgifter genomförs och utvecklar på så sätt ett kollektivt kunnande.

KONTEXTUELL KOMPETENS

Vad som anses vara nödvändig kompetens i vårdarbete på akutmottagning påverkas av till exempel yrkesorganisationer, lärosäten och myndigheter (Eraut, 1998), men också av uppfattningar om vad som är användbar kompetens (Johansson, 1996). Lokala uppfattningar om kompetensbehov påverkas bland annat av de yrkesgrupper som har inflytande över vårdarbetet till exempel läkare (Eraut, 1998). Det finns nationella kompetensbeskrivningar som konkretiserar nödvändig kompetens för sjuksköterskors och läkares yrkesutövning på akutmottagning (Socialstyrelsen, 2008; Riksföreningen för Akutsjuksköterskor, 2010), men inte för undersköterskor. Det finns således inte nationella och formella kompetenskrav för samtliga yrkesgrupper på akutmottagning.

Kompetens måste ses i sin specifika kontext där beslut och aktivitet utförs (Defloor *et al.*, 2006). På akutmottagning är det verksamhetschefen som är ansvarig för att medarbetare har nödvändig kompetens (Socialstyrelsen, 2011a), ett ansvar som kan delegeras till exempelvis till en vårdenhetschef (Socialstyrelsen, 1997b). Det innebär att det inte finns någon formell skyldighet att se till att medarbetare har de kompetenser som anges i nationella kompetensbeskrivningarna. Följaktligen skiljer sig bedömningen mellan olika akutmottagningar beträffande vad som är nödvändig kompetens. I förlängningen kan det påverka förutsättningarna att leva upp till lagstiftningens intention avseende vård på lika villkor för hela befolkningen (SFS, 1982).

TIDIGARE FORSKNING

Studier av vårdarbete på akutmottagning som ingår i denna sammanställning belyser patientflöden och överbelastning, bedömning av patienter, patienter med icke-brådskande tillstånd och kompetenser för vårdarbete. De studier som granskats är begränsade till höginkomstländer till exempel USA, Kanada, Australien och Sverige. Studierna är genomförda mellan 2001 och 2013.

Kohort- och tvärsnittsstudier, intervju- och deltagande observationsstudier samt systematiska litteraturöversikter är exempel på studier som presenteras.

PATIENTFLÖDEN OCH ÖVERBELASTNING

Att patientflödet påverkar hur en akutmottagning kan genomföra sitt uppdrag framgår av en amerikansk studie (Asaro *et al.*, 2007). Det framkommer att genomströmningen är beroende av inflödet (antalet patientbesök) och utflödet till exempel tillgängliga vårdplatser. En systematisk litteraturöversikt bestående av huvudsakligen amerikanska artiklar, påvisar att överbelastning ökar risken för att given sjukvård blir otillräcklig, vilket i sin tur ökar risken för morbiditet och mortalitet (Collis, 2010). Den totala vistelsetiden på akutmottagning och vårdplatsbeläggning på sjukhuset är nyckelfaktorer som påverkar uppkomst av överbelastning (Ospina *et al.*, 2007). Även om resultaten speglar nordamerikanska förhållanden kan resultaten anses vara överförbara och giltiga även utifrån ett svenskt perspektiv. Obalans i patientflöden påverkar patientsäkerheten även i Sverige (Socialstyrelsen, 2013).

En amerikansk studie påvisar att ambulanssjukvården också påverkar patientflödet på en akutmottagning. När ambulanssjukvården får bedöma behov av vårdnivå och transportera icke-brådskande patienter till lämplig vårdnivå, till exempel till en vårdcentral, minskar inflödet av patienter till akutmottagning (Schaefer *et al.*, 2002). Huruvida fynden är giltiga för svenska förhållanden är oklart. I en svensk studie framkommer det dock att för den enskilda patienten är det av bety-

delse att komma till rätt vårdnivå (Vicente, 2013), men vilken betydelse det har för patientflödet på akutmottagning är oklart. Ambulanssjukvården kan också genom omdirigering och överföring påverka inflödet av patienter till akutmottagning. Omdirigering innebär att ambulanser transporterar patienter till andra akutmottagningar (Carter & Grierson, 2007) och överföring att patienter transporteras från ett sjukhus till ett annat. Överföring ökar utflödet när det råder brist på vårdplatser (Nacht *et al.*, 2013). Betydelsen av omdirigering och överföring kan dock ifrågasättas. I en kanadensisk studie framkommer det att omdirigering av patienter med bröstsmärta leder till betydande förseningar av adekvat vård och behandling (Schull *et al.*, 2003). En annan kanadensisk studie påvisar att överföring medför att patienter som tvingas vänta innan de blir överförda har ökad risk att missa tilldelning av ordinerade läkemedel (Stolte *et al.*, 2006). Detta innebär att betydelsen av ambulanssjukvårdens möjligheter att bidra till ett patientsäkert patientflöde på akutmottagning ännu saknar evidens.

Hantering av patientflöden genom att dela upp patienterna efter allvarlighetsgrad med avseende på patienters tillstånd har bland annat studerats i en australiensisk studie. Uppdelningen innebär att högprioriterade patienter, det vill säga de med livshotande eller brådskande tillstånd, alltid har snabbare tillgång till läkare än patienter med icke-brådskande tillstånd. Resultat från denna studie påvisar att ett sådant uppdelat patientflöde förkortar väntetiden för alla patienter (Ieraci *et al.*, 2008). En farhåga är att patienter med icke-brådskande tillstånd får ett mer skyndsamt omhändertagande än patienter med allvarligare tillstånd. Samtidigt framkommer det i andra australiensiska studier att uppdelade patientflöde inte har några negativa effekter såsom förlängd väntetid för patienter med tillstånd som kräver omedelbara insatser (O'Brien *et al.*, 2006; Kwa & Blake, 2008). Studierna påvisar att uppdelade patientflöden ger förkortade väntetider och snabbare läkarbedömning för samtliga patienter. Även om det i dessa studier framkommer att uppdelat patientflöde är värdefullt måste studierna tolkas med viss försiktighet eftersom patientflöden påverkas av faktorer utanför en akutmottagning, till exempel tillgång till vårdplatser och röntgendiagnostik. Följaktligen måste patientflödena ses i ett större per-

spektiv där hela sjukhuset inkluderas för att möjliggöra verkningsfulla patientflöden på akutmottagningen.

BEDÖMNING AV PATIENTER

Triage, den första bedömningen som genomförs vid patientens ankomst till en akutmottagning, har visat sig betydelsefull för att avgöra hur snabbt patienten behöver bli bedömd av läkare (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010). Att triagering inte alltid förefaller ske i enlighet med det som förväntas, framkommer i en svensk studie av sjuksköterskors noggrannhet och samstämmighet att bedöma patienters tillstånd utifrån patientscenarioer. Ungefär 60 procent av bedömningarna var korrekta (Göransson *et al.*, 2005). Motsvarande resultat framkom i en svensk journalstudie som dessutom visade att det är skillnader i dokumenterad bedömning av patienters tillstånd mellan olika sjukhus (Jönsson & Fridlund, 2013). Användandet av triageskalor som bedömningsstöd, till exempel "Rapid Emergency Triage and Treatment System" (RETTS), är ett sätt att identifiera patienters medicinska behov (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010). Det finns dock en risk med en alltför överdriven tilltro till standardiserade bedömningsstöd som enbart beaktar objektiva mätbara parametrar. En svensk studie visar att viktiga framgångsfaktorer för att under begränsad tid bedöma allvarlighetsgraden i patienters kliniska symtom och tecken, samt för att avgöra patienters behov av sjukvård är kunskap, erfarenhet och förmåga att fatta beslut (Andersson *et al.*, 2006).

I en kanadensisk studie framkom att väntetid på mer än sex timmar ökar risken för dödsfall jämfört med korta väntetider, det vill säga mindre än en timme (Guttmann *et al.*, 2011). Värdet av studien kan diskuteras i ljuset av ekonomiska överväganden och tillgång till läkare men studien belyser att arbetsbelastning och väntan på läkarbedömning har inverkan på patienters tillstånd. Samtidigt är det få svenska akutmottagningar som klarar målsättningen att 90 procent av alla patienter ska bedömas av läkare inom en timma (Socialstyrelsen, 2013).

PATIENTER MED ICKE-BRÅDSKANDE TILLSTÅND

Andelen patienter som söker akutmottagning för besvär eller problem som är icke-brådskande har bland annat studerats i en italiensk studie. Andelen patienter med icke-brådskande tillstånd uppgick till 20 procent (Bianco *et al.*, 2003). I en taiwanesisk studie påvisades att så många som 50 procent bedömdes ha ett icke-brådskande tillstånd (Tsai *et al.*, 2010). Skillnader i resultat kan bero på att definitionen av icke-brådskande tillstånd varierar, från frånvaro av plötsligt uppkomna eller pågående symtom, (Lega & Mengion, 2008) till att patienten kan röra sig och ha stabila vitala parametrar (Lee *et al.*, 2003). Distinktionen akut – icke akuta tillstånd har problematiserats genom försök att beskriva vad den icke-brådskande patienten egentligen söker för. Resultat från en svensk studie visar att en betydande andel av de patienter som söker akutmottagning med icke-brådskande tillstånd lider av kroniska sjukdomar, medicinerar och kontrolleras regelbundet av läkare, men att de ändå känner oro och är besvärade av sina symtom (Backman *et al.*, 2008).

Utifrån att fler patienter söker sig till en akutmottagning har problematiken med "okynneskonsumtion" av sjukvård aktualiserats. Frågan har varit om patienter med icke-brådskande problem ska erbjudas sjukvård på akutmottagning eller inte. I en svensk studie framkommer det att patienter med icke-brådskande tillstånd ses som "onödiga" patienter på en akutmottagning (Elmqvist *et al.*, 2011). En annan svensk studie påvisas att synen på huruvida patienter med icke-brådskande tillstånd är "lämpliga" patienter för en akutmottagning mer handlar om den enskilde medarbetarens kompetens. Erfarna läkare tenderar att bedöma icke-brådskande patienter på akutmottagning som "lämpliga" patienter oftare jämfört med mindre erfarna läkare (Backman *et al.*, 2010a). Mot diskussion om "okynneskonsumtion" ska studier av patienters uppfattning och erfarenhet ställas. En brittisk studie visar att patienter försöker ta sig an sina symtom och tecken med egenvård (Porteous *et al.*, 2006), och data från brittiska och amerikanska studier visar dels att patienter tar kontakt med exempelvis vårdcentral (Knowles *et al.*, 2011) och dels att de försöker undvika att åka till

akutmottagning eftersom vistelsen där tar tid och kan upplevas som obekvämt (Davis, 2012).

Problematiken med icke-brådskande tillstånd måste även belysas utifrån studier som för vissa patientgrupper påvisar effekter av fördröjning till sjukvård. Det finns således patienter som borde komma skyndsamt till akutmottagning men som inte gör det. I en litteraturöversikt framkommer att patienter med hjärtinfarkt och stroke inte söker sjukvård i tid och att det påverkar patienters hälsotillstånd (Herlitz *et al.*, 2010). Studier visar att det finns fördröjningseffekter. I en taiwanesisk studie bestående av patienter med akut stroke (Chang *et al.*, 2004) och en litteraturstudie gällande patienter med sepsis (Herlitz *et al.*, 2012) framkom att det finns en fördröjning i tid mellan symtomdebut och beslutet att ringa sjukvården något som kan påverka tillståndet negativt. En förklaring till fördröjningar framkom i en studie av patienter med misstänkt akut hjärtinfarkt. Patienters subjektiva känsla av sina symtom förminskas och förklaras som om att de inte är så allvarliga. Detta är en viktig faktor för att kontakter inte tas till exempel med larmcentralen eller med ambulanssjukvården i tid (Johansson *et al.*, 2004).

KOMPETENSER FÖR VÅRDARBETE

En amerikansk studie visar att medarbetare behöver medicinsk kompetens för att tillgodose patienters behov av sjukvård. Kunskaper att generera differentialdiagnoser, förebygga vårdskador och upprätta vårdplaner framkommer som betydelsefulla (Hogan *et al.*, 2010). Samtidigt framkommer det i en irländsk studie att medarbetare också behöver omvårdnadskompetens, det vill säga förmåga och kunskap att utföra både fysiska och emotionella vårdhandlingar. Kunskaper att utföra helhetsbedömningar av patienters hälsa, att använda etiska principer för vägledning vid beslutsfattande och att stödja patienters copingstrategier är exempel på kompetenser som lyfts fram (McCarthy *et al.*, 2013).

Det räcker inte enbart med kunskaper, medarbetare behöver också olika färdigheter, vilket framkom i en kanadensisk studie. Den visar att nödvändiga färdigheter för att genomföra olika procedurer innefattar till exempel utförandet av incision och dränering av abscesser samt frakturbehandling (Farion & Morrison, 2001).

En amerikansk studie visar att medarbetare även behöver kommunikativ kompetens för att möta patienters behov. Det påvisas att medarbetare uppfattar att patienter har behov av information om undersökningar och behandlingar. Resultaten visar dessutom att kommunikation är ett redskap för att visa medkänsla, engagemang och respekt för patienterna (Pytel, 2009), vilket är betydelsefullt till exempel i bedömningen av patienters vårdbehov. Samtidigt är medarbetares kommunikativa kompetens inte oproblematiserad. Resultat från en annan amerikansk studie visar att patienter och medarbetare uppfattar besök på akutmottagning olika, till exempel orsaken till att väntetider uppstår (Downey *et al.*, 2013). Ett exempel på detta är när en patient blir kvar på en akutmottagning i väntan på lediga vårdplatser på sjukhuset. Utiifrån läkarens perspektiv är patienten färdig eftersom läkaren bedömt att patienten har ett vårdbehov som behöver åtgärdas. För koordinatören är patienten inte färdig eftersom det kan ta ytterligare flera timmar innan det finns en ledig vårdplats till patienten (Reeder *et al.*, 2003). Problematiken kan antas vara aktuell även på svenska akutmottagningar. Det finns en risk att medarbetare på en akutmottagning har olika uppfattningar om arbetssituationen i relation till patienter och deras vårdbehov, vilket kan leda till att de inte får korrekt information eller att de misstolkar det som medarbetare säger.

Kommunikativ kompetens påverkar också förutsättningarna för samarbete mellan medarbetare enligt en australiensisk studie. Det påvisas att medarbetare främst umgås och interagerar med kollegor inom den egna yrkesgruppen exempelvis när arbetsrelaterade problem ska lösas. Ett undantag från detta är när problemen är av medicinsk karaktär, då vänder man sig till de seniora läkarna (Creswick *et al.*, 2009).

Förmågan att kunna informera och utbilda patienter om deras tillstånd har bland annat en amerikansk studie undersökt. Det framkommer att enkla informativa insatser såsom videobaserad information ger en förbättrad kunskap om riskfaktorer gällande kranskärlssjukdom jämfört med patienter som inte fick ta del av sådan information. Ett problem i sammanhanget är att informationen behöver upprepas över tid eftersom delar av given information på akutmottagning glöms bort (Williams *et al.*, 2007). Således kan värdet av muntlig information på akutmottagning ifrågasättas såvida inte informationen kompletteras med exempelvis skriftlig information. Betydelsen av att förmedla kunskap som utgår från patienters kunskapsbehov har undersökts i en australiensisk studie. Det framkommer att patientcentrerad utbildning ger patienter bättre kontroll över sin sjukdom. Dessutom ger patientcentrerad utbildning ett minskat antal återbesök till akutmottagning i jämförelse med standardutbildning (Smith *et al.*, 2008).

Att ledarskap har betydelse för genomförandet av vårdarbetet visar en amerikansk studie. Det framkommer att personalomsättningen bland sjuksköterskor på akutmottagning är lägre när chefer utövar ett transformativt ledarskap än vid ett icke- transformativt ledarskap. Resultatet påvisar också att ledarskapsstil inte påverkar patienttillfredsställelsen (Raup, 2008). En taiwanesisk studie visar att både ett uppgifts- och personalorienterat ledarskap har positiv påverkan på sjuksköterskors arbetstillfredsställelse. Däremot kan motsvarande påverkan inte påvisas hos läkarna, vilket kan bero på att de har större autonomi i sitt arbete jämfört med sjuksköterskor (Lin *et al.*, 2011). En amerikansk studie har undersökt förutsättningarna för att utveckla ledarskap på akutmottagning. Det framkom att lärandet av ledarskap sker oplanerat och ofta är grundat på egna misstag, vilket medför att lärandet blir ofullständigt. Detta ger ett snävt perspektiv på vad ledarskap innebär exempelvis i arbetet tillsammans med andra yrkesgrupper och för hur arbetet på en akutmottagning fungerar (Goldman *et al.*, 2011).

Sammanfattningsvis kan konstateras att både nationell och internationell forskning beskriver olika aspekter av och perspektiv på vårdarbete på akutmottagning. Trots detta saknas det studier av den kom-

plexitet som finns i vårdarbete, vilket bidrar till att forskningsresultaten ger en förenklad och fragmenterad bild av vårdarbete på akutmottagning.

TEORETISK RAM

Vårdarbete på akutmottagning kan beskrivas, analyseras och förstås som system där olika funktioner, till exempel triage, koordinering av arbetet och yrkesgrupper ses som delsystem i systemet. I denna avhandling används systemtänkande som teoretisk ram för att förstå de mönster, relationer och processer som finns i vårdarbete på en akutmottagning (Capra, 2005). Med ett systemtänkande betraktas världen som helheter där existensen bygger på cirkularitet, vilket innebär att allt hänger ihop och rör sig tillsammans (Harrison, 2005).

Vårdarbete på akutmottagning ses som en helhet som existerar via sina delar (Jackson, 2003). Inom detta system finns medarbetare och chefer, men även patienter som alla är sammankopplade och interagerar med varandra, vilka tillsammans påverkar systemets beteende (Senge, 1995; Stacey, 1996; Meadows, 2008). Det är en mängd olika arbetsuppgifter som ska utföras samtidigt och med ett varierat antal patienter. Det förutsätter att olika yrkesgrupper samarbetar för att kunna tillhandahålla sjukvård, inom rimlig tid och på ett patientsäkert sätt, till dem som söker vård på akutmottagning.

Vårdarbete på akutmottagning har en omgivande miljö som till exempel består av samhället, andra sjukvårdsorganisationer och det enskilda sjukhuset som utöver akutmottagning bland annat består av röntgen, vårdavdelningar, laboratorium och operation. Den omgivande miljön inbegriper även patienter som väntar på sjukvård, närstående, skattebetalare, politiker och samverkanspartners såsom högskolor och universitet. Kännetecknande för den miljö som omger vårdarbetet är dess instabilitet, oförutsägbarhet och förändring (Stacey, 1996). Det innebär till exempel att chefer på akutmottagning förutsätts kunna se vårdarbetets samtliga delar, förstå innehållet av omgivningens krav och anpassa vårdarbetet till nya och oväntade förhållanden (Senge, 1995). Den föränderliga miljön innebär också att vårdarbetet för medarbetare och chefer på en akutmottagning hela tiden befinner sig i två verkligheter, en som håller på att avslutas och en som växer fram (Porter-O'Grady & Malloch, 2011). Detta kan exemplifieras med för-

bättringsarbete inom triage. I vårdarbetet på akutmottagning har patienters tillstånd alltid bedömts. Detta vårdarbete har inte alltid utförts av medarbetare med tillräcklig kompetens och bedömningsstöden som medarbetare använt har saknat vetenskapligt underlag (Göransson, 2006). För att tillgodose den omgivande miljöns krav på patientsäkerhet förändras triagearbetet genom att införa nya rutiner och bedömningsstöd, vilket sker succesivt då medarbetare utbildas i detta nya arbetssätt. Det gör att några kommer att påbörja ett nytt arbetssätt medan andra väntar på att få lära sig.

Utifrån systemtänkande finns det en systemgräns som skiljer vårdarbete på akutmottagning från den omgivande miljön, men det finns även gränser mellan olika delsystem i systemet (Edgren, 2008). Systemgränserna är öppna och genomsläppliga för information. Med information avses här något som tolkas, förstås och som kan kommuniceras, företrädesvis genom tal och skrift (Luhmann, 1995). Vårdarbete på akutmottagning är sammankopplad och interagerar inom systemet och mellan systemet och dess omgivande miljö (Capra, 1996; Stacey, 1996). Svagt utvecklade relationer till exempel mellan delsystem leder till suboptimering (Seddon, 2010). Detta innebär att varje delsystem utvecklar den egna funktionen oberoende av andra delsystem. En konsekvens är att detta leder till en obalans där systemet som helhet presterar sämre. Genom interaktion och icke-interaktion kan vårdarbetet på akutmottagning bygga upp respektive bryta ned systemets delar. Det innebär att vårdarbete på en akutmottagning konstruerar sig självt, vilket sker genom att systemet tolkar sin omgivande miljö samt reglerar och förhåller sig till omgivningen genom sina egna normer och värderingar (Luhmann, 1995).

Systemets beteende påverkas av olika flöden som informationsflöden eller fysiska flöden till exempel patientflöden. Ett flöde sprids inom och mellan de kopplingar som finns i systemet. Det förändras över tid; det kan öka, minska, ge framgång eller motgång (Meadows, 2008). Inflödet av information kommer från den omgivande miljön och består till exempel av politiska krav som kan handla om att patienter som inte behöver akutmottagningens resurser slussas till andra vårdinstanser. Det

kan också vara nya vetenskapliga rön, teknikutveckling och allmän opinion. Inflödet av patienter består av patienter som kommer till en akutmottagning (Asplin *et al.*, 2003). Informationsflödet inom vårdarbetets delsystem sker via interaktion mellan medarbetare, chefer och patienter. Härigenom kan dominerande intressen eller förväntningar antingen hindra eller stödja det dagliga arbetet, vilket påverkar medarbetare och chefer (Senge, 1995) till exempel vad det gäller arbetsfördelning, yrkesutövning eller samordning av tillgängliga resurser. Patientflödet genom en akutmottagning sker via de processer i vilka patienter bedöms, diagnostiseras och behandlas (Vega & McGuire, 2007) och där beslut tas om patienten ska läggas in på sjukhuset eller skrivas ut från akutmottagning (Rotstein *et al.*, 2002; Naughton *et al.*, 2011). Utflödet är resultatet av det som systemet producerar, vilket kan ses och mätas, till exempel längd på väntetider eller hur stor överbelastning det är vid ett begränsat patientutflöde (Asplin *et al.*, 2003).

Vårdarbete på akutmottagning förändras och utvecklas genom feedback (Senge, 1995). Detta innebär att ett systems förmåga att identifiera förändringsbehov och systemets mekanismer för att återföra information är centralt. Feedbackprocessen består av ett cirkulärt flöde av information som konstituerar och påverkar systemets beteende (Morgan, 2006). Det finns två huvudsakliga former av feedback: förstärkande och balanserande feedback (Senge, 1995). Förstärkande feedback fås genom ett inflöde av information, ett flöde som förändrar systemet och skapar ett förändringsinriktat beteende. Förändringen kan antingen förstärka ett beteende som uppfattas som önskvärt, vilket leder till progression eller förstärka ett oönskat beteende som istället leder till regression. Ett förändringsinriktat beteende då systemet öppnar upp för inflöde kan exemplifieras med följande: Långa väntetider på en akutmottagning uppfattas som ett problem av sjukhusledningen. Genom att förändra grundförutsättningarna och ge sjuksköterskor rätt att lägga in patienter med identifierade inläggningsbehov, en befogenhet sjuksköterskor traditionsenligt inte har, kan väntetiden för enskilda patienter reduceras (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Balanserande feedback fås genom att minska inflödet av information, vilket stabiliserar systemet. Genom att minska informationsflödet kan

systemet hålla sig inom en bestämd ram, vilket ger ett målorienterat beteende (Capra, 1996; Stacey, 1996). Ett målorienterat beteende kan exemplifieras med följande: Att korta vistelsetiden för patienter på akutmottagning är ett uttalat och tydligt mål. Genom att frigöra en senior läkare som blir tillgänglig för stöd och rådgivning till mindre erfarna läkare kan antalet patienter som färdigbehandlas på akutmottagning öka (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).

Feedbackprocessen regleras genom att information om systemets beteende samlas in, jämförs och återförs till systemets inflöde (Stacey, 1996). En förutsättning för att reglera systemet är att det måste finnas något att jämföra med, såsom skillnaden mellan det faktiska tillståndet hos systemet och det önskade tillståndet (Morgan, 1982; Bartscht, 2013). Jämförelsen påverkas av individuella och gemensamma tanke modeller (Stacey, 1996). Tankemodeller består av tankar och idéer som styr våra uppfattningar om omvärlden, den verklighet vi lever i och hur vi handlar (Senge, 1995).

Feedbackprocesser kan också beskrivas på andra sätt än som förstärkande och balanserande feedback exempelvis i samband med lärande och förändring. Lärande är nödvändigt för att förstå och handla i olika situationer och sammanhang (Ellström & Hultman, 2004). Lärande sker genom korrigerande av avvikelser mellan vad individen avser att göra och vad som faktiskt sker. Korrigeringar sker genom feedbackprocesser i form av singel-loop och double-loop lärande. Singel-loop lärande innebär att individen ändrar sitt beteende och löser problem inom givna kunskapsramar. Går individen däremot utanför de dominerande kunskapsramarna och förändrar sitt handlande i grunden nås ett double-loop lärande (Argyris, 1993). I vårdarbete på akutmottagning kan singel-loop lärande exemplifieras med triage. En sjuksköterska lär sig rutinmässigt att bedöma patienters medicinska tillstånd utifrån ett givet beslutstöd för triage. Genom att lära sig använda beslutstödet kan sjuksköterskan väga samman olika symtom och tecken samt korrigera eventuella avvikelser i sin bedömning av patienters tillstånd.

I vårdarbete på akutmottagning kan ett double-loop lärande ske genom gemensam reflektion. Medarbetare samlas från olika yrkesgrupper, vilket möjliggör utveckling av ett gemensamt lärande. Genom att reflektera tillsammans över vardagliga situationer kan medarbetare närma sig sin egen vardag och skapa förståelse kring hur de tänker och varför de agerar som de gör (Schön, 1987; Revans, 2011). Detta kan illustreras med följande exempel: I vårdarbete på en akutmottagning utförs triage genom att en sjuksköterska utifrån ett beslutstöd bedömer patienters tillstånd. Först därefter sker en bedömning av läkare vars uppgift är att ställa en medicinsk diagnos. Genom reflektion kan triagearbetet problematiseras och brister identifieras. Därmed kan reflektion utgöra grund för förändring av arbetssättet.

Förändring är nödvändigt för att skapa något annat än det rådande, exempelvis byte av arbetssätt eller perspektiv på vårdarbetet. Detta kan skildras som förändring av första eller andra ordningen. Förändring av första ordningen innebär en förbättring av något befintligt men det förändrar inte själva systemet (Watzlawick *et al.*, 2011). En förändring av första ordningen kan exemplifieras med följande: I vårdarbete på en akutmottagning har medarbetarna under en tid använt "Manchester Triage System" (MTS) som beslutstöd för triagering av patienter. Efter en tid och med påtryckningar från den omgivande miljön förändras sättet att triagera och MTS ersätts med "Medical Emergency Triage and Treatment System" (METTS) som är ett till innehållet nyare triagesystem.

En förändring av andra ordningen förändrar systemet genom att ett nytt sätt att se på tillvaron uppstår och som i sin tur leder till nya sätt att agera (Watzlawick *et al.*, 2011). En förändring av andra ordningen kan exemplifieras med följande: I vårdarbetet på en akutmottagning brottas man med långa väntetider, klagomål från patienter och ett antal incidenter där patienter har glömts bort. För att råda bot på detta beslutas att förändra rådande arbetssätt. Väntetid ska bli vårdande tid, vilket sker genom att införa strukturerad tillsyn. Med förändringen skapas ett nytt sätt att regelbundet möta patienters fysiska, psykiska

och sociala behov under deras vistelse på akutmottagning (Meade *et al.*, 2010).

Förståelse för helheten kan inte fås genom reduktion. Ur ett reduktionistiskt perspektiv skulle vårdarbete på en akutmottagning förstås genom att dela upp det i mindre delar för att sedan undersöka varje del för sig. Det går inte heller att dra slutsatser som gäller för linjära samband, det vill säga att det som sker i vårdarbetet på en akutmottagning har en identifierbar orsak som ger en identifierbar effekt (Capra, 1996). Påståenden som att minskade väntetider på akutmottagning leder till bättre vårdkvalitet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013) blir därför problematiska eftersom en rad andra mer eller mindre kända variabler också påverkar utfallet. Väntetider säger bara något om att sjukvård ges inom acceptabel tidsram. Det säger inget om att sjukvård till exempel ges med respekt och värdighet för patienten. Om väntetid blir "vårdande tid" så kanske väntetid till och med blir något värdefullt för de patienter som visats på en akutmottagning. Systemtänkande är en hjälp för att förstå vårdarbete på en akutmottagning som en helhet, något som är betydelsefullt för att ge kunskap om vad systemet som helhet åstadkommer (Meadows, 2008). Enligt Capra (1996) är det dock omöjligt att till fullo förstå komplexa system. Det innebär att det är nödvändigt med en ödmjuk och realistisk förväntan på vad som är möjligt att förstå och beskriva av vårdarbete på akutmottagning med utgångspunkt från systemtänkande.

SAMMANFATTNING AV FORSKNINGSPROBLEMET

En akutmottagning har till uppdrag att tillhandahålla sjukvård till patienter som söker för subjektivt upplevda symtom och objektivt uppvissade tecken på sjukdom eller skada. Uppdraget genomförs genom medarbetares vårdarbete, ett arbete som är både komplext och krävfullt. Patienters olika behov och ökad efterfrågan på sjukvård samt medarbetares ansvar för att under alla omständigheter skapa goda vårdmöten med patienter avspeglar vårdarbetets problematik och nödvändig kompetens. Dessutom har medarbetare ett ansvar att tillhandahålla god, säker och kostnadseffektiv sjukvård till de patienter som söker vård på en akutmottagning. Chefer har ett ansvar för att utforma och leda ett sådant vårdarbete, men också ett ansvar för att resurser används så att medarbetares yrkesutövning möjliggörs; exempelvis att bevara och utveckla nödvändig kompetens. För att kunna utveckla vårdarbetet på akutmottagning behövs ytterligare kunskap som beskriver vårdarbetet och dess innehåll. Både medarbetares och chefers perspektiv behövs för att åstadkomma ett holistiskt perspektiv på vårdarbete. Det är också betydelsefullt att studera på vilket sätt vårdarbetets innehåll och genomförande av akutmottagningens uppdrag påverkas. Den efterfrågade kunskapen förväntas stimulera och bidra till en vårdutveckling som kan stödja framtida vårdarbete på akutmottagning.

AVHANDLINGENS SYFTE

Det övergripande syftet med avhandlingen är att med utgångspunkt i medarbetares och chefers perspektiv beskriva och förstå vårdarbete på akutmottagning och den kompetens vårdarbetet kräver.

Specifika syften för respektive delstudie var att:

- | | |
|---------------|--|
| Delstudie I | Beskriva första linjens chefers uppfattningar om sjuksköterskors kompetensbehov samt deras ansvar för att skapa förutsättningar för sjuksköterskors kompetensutveckling på akutmottagning. |
| Delstudie II | Undersöka undersköterskors, sjuksköterskors och läkares vårdarbete och deras vård och behandling av patienter med brådskande och icke brådskande tillstånd på svenska akutmottagningar. |
| Delstudie III | Undersöka chefers erfarenheter av att leda vårdarbete på svenska akutmottagningar. |
| Delstudie IV | Undersöka vilka slags kompetenser medarbetare och chefer beskriver som nödvändig för medarbetares genomförande av sitt vårdarbete på akutmottagningar. |

METOD

För att beskriva forskningsprocessen ges en inledande beskrivning av avhandlingens design och hur studiernas deltagare och akutmottagningar valts. Därpå redogörs för datainsamling och analys och till sist forskningsetiska överväganden.

DESIGN

Avhandlingen består av fyra delstudier (I-IV). Delstudierna är designade för att undersöka vad vårdarbete på akutmottagning består av, behov och användning av kompetens och hur ledarskap samt organisatoriska förhållanden påverkar utformningen av vårdarbete. I delstudie I användes en beskrivande design medan en utforskande design användes i delstudierna II-IV. I tabell 1 ges en översikt över design, deltagare, datainsamlingsmetoder och metoder för tillämpade analyser.

Olika datainsamlingsmetoder har använts, såsom enkät (delstudie I), deltagande observationer (delstudie II) och olika former av intervjuer (delstudie II-IV) för att få underlag till att förstå olika perspektiv av vårdarbete (Adami, 2005; Williamson, 2005). För ytterligare information se tabell 1.

För att förstå de mönster, relationer och processer som finns i vårdarbete på en akutmottagning används ett systemtänkande (Capra, 2005). Därför har delstudiernas resultat inom ramen för kappan och inom delstudierna III och IV specifikt undersökts utifrån ett sådant perspektiv.

Tabell 1. Översikt över avhandlingens delstudier

Delstudie	Design	Delta- gare (n=)	Datainsamlings metoder	Analys metoder
I	Beskrivande	VEC (58)	Enkät	Deskriptiv statistik Kvantitativ innehållsanalys
II	Utforskande	USK (10) SSK (10) LÄK (8)	Deltagande observation	Kvalitativ innehållsanalys
		USK (13) SSK (14) LÄK (2)	Gruppintervju*	
		LÄK (2)	Individuell intervju*	
III	Utforskande	VC (2) VEC (3) B-VEC (1) VU (1)	Individuell intervju*	Kvalitativ Innehållsanalys, tolkande utifrån systemtänkande
IV	Utforskande	USK (13) SSK (14) LÄK (2)	Gruppintervju*	Kvalitativ Innehållsanalys, tolkande utifrån systemtänkande
		LÄK (2)	Individuell intervju*	
		VC (2) VEC (3) B-VEC (1) VU (1)	Individuell intervju*	

USK- undersköterskor, SSK- sjuksköterskor, LÄK- Läkare, VEC- Vårdenhetschef (första linjens chef), B-VEC- Biträdande vårdenhetschef, VU- Verksamhetsutvecklare, VC- Verksamhetschef. *Samma population deltar i delstudiernas olika intervjuer.

URVAL OCH DELTAGARE

Till delstudie I inbjöds vårdenhetschefer på alla sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige som utförde medicinsk eller kirurgisk sjukvård att delta (n=79). Av de 58 akutmottagningar som valde att delta fanns det stora skillnader. Antalet patientbesök per år varierade mellan 10 000 och 95 000. Det genomsnittliga antalet var 34 160 per år. Antalet undersköterskor och sjuksköterskor som arbetade på respektive akutmottagningar varierade från 12 till nästan 200. I genomsnitt var antalet undersköterskor 24,64 och antalet sjuksköterskor var 35,85.

Delstudierna II-IV genomfördes vid två akutmottagningar i västra Sverige. Valet av akutmottagning var baserad på kända skillnader i kapacitet och förekomst av akutläkare. De viktigaste skillnaderna mellan de två akutmottagningarna var antalet patientbesök per år (43,000 vs 29,000), antalet vårdplatser på sjukhusen (360 vs 200) och läkarbemanning. På den ena akutmottagningen fanns det speciella akutläkare anställda på dagtid medan det på den andra akutmottagningen fanns en bemanning med läkare som var anställda vid andra kliniker. Gemensamt för akutmottagningarna var att patienter kunde komma både dag och natt för vård och behandling av internmedicinska, kirurgiska eller ortopediska sjukdomar och skador. För bedömning och prioritering användes ett beslutstöd för triage som utgår från både MTS och METTS på båda mottagningarna.

Till delstudie I tillfrågades vårdenhetschefer vid Sveriges samtliga sjukhusbundna akutmottagning om deltagande utifrån följande inklusionskriterier: 1) första linjens chef på akutmottagning, 2) mottagningen tillhandahöll internmedicinsk och/eller kirurgisk sjukvård, och 3) samtycke till att dela med sig av sina uppfattningar om sjuksköterskors kompetensbehov och ansvar att skapa förutsättningar för kompetensutveckling. Till delstudie II och IV inbjöds medarbetare och till delstudie III och IV chefer på ovan angivna akutmottagningar, att delta. Inklusionskriterier för medarbetare var: 1) tillhörde någon av de tre yrkesgrupperna (undersköterskor, sjuksköterskor eller läkare) och 2) samtycke till att dela med sig av sina erfarenheter av vårdarbete. In-

klusionskriterier för chefer var 1) tillhörde gruppen chefer och 2) ville dela med sig av sina erfarenheter av vårdarbete.

I delstudie I (enkätstudien) deltog 58 vårdenhetschefer. I observationerna deltog 28 medarbetare (delstudie II). I gruppintervjuer med medarbetare (delstudie II och IV) deltog 29 medarbetare. Gruppintervjuerna utökades med 2 individuella intervjuer eftersom läkarnas representation i gruppintervjuerna bedömdes vara för låg. I chefsintervjuerna (delstudie III och IV) deltog 7 chefer. Det var samma population i de olika intervjuerna.

Övervägande andel av vårdenhetscheferna i delstudie I var kvinnor och flertalet var över 50 år. Merparten hade arbetat fem år som chef på akutmottagning. I delstudie II och IV var undersköterskor och sjuksköterskor övervägande kvinnor medan läkargruppen dominerades av män. Genomsnittsåldern för undersköterskorna var inte fullt 46 år. För sjuksköterskorna och läkare var genomsnittsåldern drygt 36 respektive 31 år. Även medarbetares erfarenhet av att arbeta på akutmottagning varierade. Undersköterskorna hade i allmänhet arbetat mer än fem år medan sjuksköterskor och läkare hade mindre än fem års erfarenhet av arbete på akutmottagning. Flertalet chefer i delstudie III och IV var kvinnor och de var i genomsnitt 47 år. Merparten av dem hade arbetat mindre än fem år som chef på akutmottagning (se tabell 1).

DATAINSAMLINGSMETODER

Data i denna avhandling har samlats in genom enkät, observationer och intervjuer.

ENKÄT

I delstudie I designades och användes en postenkät för datainsamling (Polit & Beck, 2004). Enkäten utvecklades från teorier om kompetens och kompetensutveckling. Enkäten bestod av 24 frågor som handlade om behov av formell kompetens, ansvar för kompetensutveckling samt identifikation, beslut om och utvärdering av kompetensutvecklingsinsatser. Svartalternativen var företrädesvis "ja", "nej" och "vet ej". Det

fanns också frågor med valbara svar från alternativlista såsom "Det gör överordnade chefer", "Det gör jag och mina överordnade tillsammans", "Det gör jag själv", "Det gör jag och sjuksköterskan tillsammans", "Det gör sjuksköterskan" eller skattningsskalor med fyra punkter utan neutral mittpunkt med ändpunkterna "Instämmer helt"(1), "Instämmer delvis"(2), "Tar delvis avstånd"(3) och "Tar helt avstånd"(4). Frånvaro av neutral mittpunkt syftade till att förmå vårdenhetscheferna att välja ståndpunkt för antingen en positiv (svarsalternativ 1 och 2) eller negativ uppfattning (3 och 4). Frågan om vilken kompetens vårdenhetschefer ansåg att sjuksköterskan behöver var formulerad som en öppen fråga.

Enkätens innehållsvaliditet granskades av sex erfarna sjuksköterskor utifrån ett bedömningsformulär. Relevansen för hela enkäten bedömdes med Content Validity Index for Scales (S-CVI) och de enskilda frågorna bedömdes med Content Validity Index for Items (I-CVI) (Polit & Beck, 2006). Därtill bedömdes enkätens tydlighet utifrån formulering, avgränsning och användbarhet (Grant & Davis, 1997). Relevansgrad för S-CVI respektive I-CVI var 0,94 (Polit & Beck, 2006), trots detta justerades sju frågor och en omformulerades helt. Ett exempel på omformulering var frågan "Har Du uttalat/formulerat mål för sjuksköterskors kompetensutveckling?" som innan revidering var formulerad som "Har Ni utarbetat en kompetensstege på er akutmottagning?".

Enkäterna skickades ut i januari 2007, efter två påminnelser hade 73,4 procent (n=58) av vårdenhetscheferna besvarat enkäten (Polit & Beck, 2004). Det externa bortfallet uppgick till 26,6 procent (n=21). Det interna bortfallet förorsakades främst av att fler svar än det efterfrågade angavs i frågor med alternativlista. En fråga som handlade om hur sjuksköterskors inhämtade kunskaper tillvaratas uteslöts då bortfallet uppgick till 37,9 procent (n=22).

DELTAGANDE OBSERVATIONER

Syftet i delstudie II var att undersöka medarbetarens vårdarbete. För att komma dem nära och förstå vad deras vårdarbete bestod av användes

deltagande observationer (Russell Bernad, 2006). Deltagande observation gjorde det möjligt att delta i dagliga aktiviteter, interaktioner och händelser (Jorgensen, 1989; DeWalt & DeWalt, 2002). Det handlade både om deltagande, det vill säga att vara närvarande i vårdarbetet, och att observera, det vill säga att se och höra vad som hände. Fokus i de deltagande observationerna var på vad vårdarbete bestod av, vad medarbetare gjorde och vad de talade om när de utförde sitt vårdarbete.

Observationerna pågick under 116 timmar under totalt 28 dag- och kvällsskift. Varje observationssession, vilket innefattade ett antal observationer varade i ungefär fyra timmar och ägde rum under en period av 24 veckor på våren och hösten 2009. Observationerna gjordes genom att författaren till denna avhandling följde en medarbetare i taget med ambitionen att distrahera dem så lite som möjligt i deras arbete. Detta innebar att observationerna genomfördes på ett lämpligt avstånd och inga frågor ställdes under själva observationen. Däremot ställdes förtydligande frågor efter genomförd observation. Händelser, medverkanden, tid och plats dokumenterades kontinuerligt i form av beskrivande fältanteckningar. Dessa sammanställdes och renskrevs i anslutning till observationerna. Reflektioner kring innehållet i observationerna och samtal som skedde utanför observationerna dokumenterades som minnesanteckningar. Dessa informella arbetsdokument var betydelsefulla för vidare reflektion över vad som hade observerats.

INTERVJUER I GRUPP OCH INDIVIDUELLT

För att få en djupare förståelse för vårdarbete kompletterades de deltagande observationerna med intervjuer (Russell Bernad, 2006). Intervjuerna skedde i form av ett samtal (Kvale, 2007) för att fånga medarbetares och chefers beskrivningar av sina erfarenheter av vårdarbete, samarbete och kompetens.

Intervjuerna föregicks av muntlig information om att vårdarbete i den aktuella studien avsåg medarbetarnas omhändertagande av patienter med brådsakande och icke-brådsakande tillstånd. Intervjuerna genom-

fördes antingen i grupp eller individuellt (Polit & Beck, 2004; Kvale, 2007). Den första intervjuomgången bestod av medarbetare (delstudie II och IV) och den andra av chefer (delstudie III och IV). Intervjuerna genomfördes under samma period som de deltagande observationerna, det vill säga våren och hösten 2009. Intervjuerna ägde rum på respektive akutmottagning, antingen i ett konferensrum eller motsvarande, eller på chefers arbetsrum. Det var inga problem att hitta en plats att sitta ostört. Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades ordagrant.

I delstudie II genomfördes intervjuerna med medarbetare både i grupp och individuellt. Intervjufrågorna var formulerade utifrån följande forskningsfrågor: Vad består vårdarbete och samarbete på akutmottagning av? Vad för likheter och skillnader finns det i medarbetares arbetsinnehåll och funktion? Vilka möjligheter och hinder finns det för utvecklingen av vårdarbete och samarbete på akutmottagning? Totalt genomfördes sju gruppintervjuer med 29 medarbetare och dessa omfattade sammanlagt åtta timmar (intervall 44-87 minuter). Det fanns en brist på läkare i gruppintervjuerna, varför dessa kompletterades med två individuella intervjuer för att också få variationer i läkarnas beskrivningar av vårdarbete. Dessa omfattade sammanlagt 1,5 timmar (intervall 31-41 minuter). Frågorna i de individuella intervjuerna var samma som i gruppintervjuerna.

I delstudie III genomfördes individuella intervjuer med chefer. Intervjufrågorna var formulerade utifrån följande forskningsfrågor: Vad kännetecknar vårdarbete och samarbete på akutmottagning? Vad kännetecknar ledning och styrning av vårdarbete och samarbete på akutmottagning? Vilka möjligheter och hinder finns det i utvecklingen av vårdarbete och samarbete på akutmottagning? Totalt genomfördes sju individuella intervjuer och dessa omfattade sammanlagt 8,5 timmar (intervall 47-93 minuter).

I delstudie IV deltog samma medarbetare (se intervjuer, delstudie II) och chefer (se intervjuer, delstudie III). Datainsamlingen i denna delstudie bestod av de delar av intervjuerna som relaterade till föl-

jande forskningsfrågor: Vilka kompetenser behövs för vårdarbete på akutmottagning? Hur tillvaratas existerande kompetenser? Vad för kompetenser behöver stärkas?

DATAANALYS

För analys av insamlad data användes beskrivande statistik, kvantitativ och kvalitativ innehållsanalys. För ytterligare information om dataanalys se tabell 1. Utöver det som framgår i tabell 1 genomfördes också en teoretisk analys av det sammanlagda resultatet.

BESKRIVANDE STATISTIK

I delstudie I omvandlades enkätens slutna frågor till kvantitativ data som bearbetades med dataprogrammet "Statistical software Packages for Social Science" (SPSS, version 14.0). Bearbetad data presenterades med beskrivande statistik i form av absoluta (antal) och relativa (procent) frekvenser samt spridningsmått (min och max).

Utöver detta användes One-way ANOVA och Pearson's Chi-tvåtest för att undersöka vilken betydelse kön, åldersfördelning, erfarenhet som vårdenhetschef och antal patienter per år spelade för vilket svarsalternativ vårdenhetscheferna valde (Daly & Bourke, 2000; Polit & Beck, 2004). Signifikantnivå som användes var $p < 0.05$.

KVANTITATIV INNEHÅLLSANALYS

I delstudie I användes kvantitativ innehållsanalys för frågan om vilken formell kompetens sjuksköterskor behöver. Analysvalet grundade sig på en önskan att ta reda på hur ofta olika innehållsliga kategorier förekom i svaren. Analysprocessen inleddes med att de skriftliga svaren på den öppna frågan i enkäten (analysenhet) lästes upprepade gånger. Därefter identifierades de textnära meningsbärande enheterna som kodades, jämfördes och reducerades för att slutligen grupperas i kategorier och där antalet utsagor inom respektive kategori kvantifierades (Krippendorff, 2003).

KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS

Delstudierna II-IV har analyserats med olika former av kvalitativ innehållsanalys. Enligt Patton (2002) är alla kvalitativa studier unika, vilket innebär att analysprocessen blir unik för varje enskild studie. Genom att granska, beskriva och tolka variationer i textens innehåll blir innehållsanalys något mer än bara att läsa vad som finns i texten (Patton, 2002).

I delstudie II användes en manifest (textnära) innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2008). Delstudierna III-IV analyserades med en latent (tolkning av textens budskap) innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Gemensamt för analysen av delstudierna II-IV var att fältanteckningar och de transkriberade intervjutexterna (analysenhet) lästes inledningsvis upprepade gånger i syfte att skapa förtroget och helhetsförståelse för innehållet i materialet relaterat till vårdarbete på akut-mottagning från medarbetares och chefers perspektiv.

Analysen av delstudie II var indelad i två faser. I den första fasen identifierades meningsbärande enheter, det vill säga ord, meningar eller delar av ett stycke, i fältanteckningarna. Varje meningsbärande enhet fick en kod som motsvarade dess innehåll och sedan jämfördes avseende likheter och skillnader samt grupperades i underkategorier. Därefter grupperades underkategorierkategorierna i fyra kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). I den andra fasen fungerade dessa kategorier som ett raster vid läsning av intervjutexterna (Crabtree & Miller, 1999). Det innebar att de meningsbärande enheter som identifierades, kodades och grupperades utifrån sitt innehåll i sju andra underkategorier (Elo & Kyngäs, 2008). Slutligen formades två huvudkategorier vars giltighet granskades mot innehållet i underkategorierna för att bedöma om dessa var konsekventa.

Analysprocessen av delstudierna III och IV var delvis annorlunda. Delstudie III inleddes med att identifiera textnära meningsbärande en-

heter som sedan kondenserades och kodades. Koderna jämfördes därefter utifrån skillnader och likheter och grupperades i tre underteman (Graneheim & Lundman, 2004). Undertemanen tolkades sedan ytterligare en gång och då utifrån ett systemtänkande (Capra, 1996) för att till slut forma ett huvudtema. Framväxten av huvudtemat skedde i två faser. I den första fasen lästes undertemana utifrån en kritisk hållning där systemtänkande användes för att identifiera underliggande innebörder inom varje undertema. Identifikationen utgick från följande frågor: Vad för system och delsystem påverkar chefers hanterande av vårdarbete på akutmottagning? Hur interagerar chefer inom och mellan system och dess omgivande miljö? I fas två granskades giltigheten av tolkningen mot innehållet i undertemanen för att bedöma om tolkningen var konsekvent. Detta ledde till i en tolkning som möjliggjorde en förståelse för helheten och hur den påverkar vårdarbetets innehåll och genomförande på akutmottagning.

Även i delstudie IV inleddes analysen med att identifiera textnära meningsbärande enheter, tolkning av textens budskap och kodning. Koderna jämfördes sedan utifrån skillnader och likheter och grupperas i två underteman (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter tolkades undertemanen ytterligare en gång och denna gång utifrån ett systemtänkande (Capra, 1996) för att slutligen forma ett huvudtema. Huvudtemana växte fram på samma sätt som i delstudie III. Identifikationen utgick däremot från följande frågor: Vad för feedbackprocesser påverkar medarbetare och chefers uppfattning om vad som är nödvändig kompetens? Hur påverkar systemgränser medarbetare och chefers uppfattning om vad som är nödvändig kompetens? Giltigheten i tolkningarna granskades därefter mot innehållet i undertemana för att bedöma om tolkningen var konsekvent. Detta ledde till i en tolkning som möjliggjorde en förståelse för den kompetens som uppfattades som nödvändig för vårdarbete på akutmottagning.

TEORISTYRD ANALYS AV DET SAMMANLAGDA RESULTATET

För att fördjupa förståelsen för vårdarbete på akutmottagning som helhet presenteras i slutet av resultatdelen en teoristyrd analys (Crabtree & Miller, 1999). Denna analys tog sin utgångspunkt från avhandlingens teoretiska ram till skillnad från delstudierna III och IV vars huvudsakliga fokus var på feedbackprocesser och relationer. Den teoretiska ram som finns i avhandlingen fungerade både som ett raster vid läsningen av delstudiernas resultat och som kodmanual. Den teoristyrda analysen var uppdelad i tre steg: I det första steget lästes resultatet från delstudierna ett flertal gånger utifrån ett systemtänkande för att få en helhetsuppfattning om resultatets innehåll. Fokus för textläsning och tolkning var att finna olika aspekter av vårdarbete på akutmottagning och den kompetens som vårdarbete kräver. I steg två användes en kodmanual för att identifiera, sortera och sammanfoga olika delar av resultatet. Viss anpassning av kodmanualen till den kontext som studerades gjordes, vilket synliggörs i den sjunde koden. Följande koder användes: 1) omgivande miljö, 2) inflöde, 3) funktioner, 4) informations- och patientflöde genom akutmottagning, 5) utflöde, 6) feedbackprocess, 7) individuella och gemensamma tankemodeller, 8) system, 9) delsystem, 10) systemgränser och 11) självkonstruktion. I det tredje och sista steget abstraherades och grupperades koderna som sedan samlades i två teman.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

För delstudie I behövdes ingen etikprövning när studien genomfördes eftersom den skedde inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå (SFS, 2003). Regionala etikprövningsnämnden har däremot prövat och godkänt delstudierna II-IV (Dnr 639-08). För samtliga delstudier har *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (Vetenskapsrådet, 1990) följts.

Att få fram ny kunskap om vårdarbete på akutmottagning är viktigt för att möjliggöra utveckling av betydelsefull kunskap för framtida vård-sökande på akutmottagning. Samtidigt behöver forskningens kunskapsstillskott bedömas i förhållande till eventuella negativa conse-

kvenser för deltagare i studierna. Att bli observerad kan upplevas som att bli kontrollerad. Intervjuer kan upplevas som utelämnande då det kan avslöja egna svagheter och tillkortakommanden. Det har varit viktigt att försöka minimera dessa upplevelser genom tydlig information om studiens syfte och skapandet av en tillåtande atmosfär under datainsamlandet. En medarbetare valde att avbryta sitt deltagande under en observation. Inga medarbetare eller chefer har tagit kontakt för ytterligare samtal efter genomförd datainsamling. Medarbetare och chefer har getts möjlighet att berätta om sina erfarenheter av vårdarbete på akutmottagning, vilket kan ha möjliggjort reflektion över den egna yrkesutövningen. Nyttan av att skapa ny kunskap om vårdarbete på akutmottagning och den kompetens vårdarbetet kräver bedömdes därför vara större än risken för upplevelse av obehag.

För delstudie II-IV gav verksamhetschefen för berörd akutmottagning skriftligt tillstånd till att studien genomfördes. Undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och chefer har fått information om studien i anslutning till arbetsplatsträff ett par veckor innan studien genomfördes. Samtliga har informerats och getts betänketid innan observationer (medarbetare) och intervjuer (medarbetare och chefer) genomfördes. Informationen, som både var muntlig och skriftlig, omfattade studiens syfte, metoder för datainsamling och konsekvenser av deltagandet liksom att deltagandet var frivilligt och att medarbetare och chefer när som helst kunde avbryta sin medverkan. Medarbetares och chefers samtycke att delta har dokumenterats skriftligt. Samtyckeskravet för delstudie I ansågs vara uppfyllt i och med att enkäten returnerades ifylld.

Datainsamlingen har inte skett på forskarens arbetsplats, undantaget är delstudie I eftersom chefen för den akutmottagning jag då arbetade på också ingick i studien. Detta är betydelsefullt eftersom det inte har funnits några yrkesmässiga relationer till de som deltagit i studierna. Det har reducerat risken att de känt sig tvungna att medverka genom påtryckning eller utnyttjande av beroendeförhållanden. Alla medarbetare och chefer har avidentifierats så att inga enskilda personer ska kunna identifieras. Data har kodats så att kopplingar mellan data och

enskilda personer inte ska kunna göras. All insamlad data har förvarats oåtkomligt för obehöriga. Medarbetare och chefer har informerats om att endast involverade forskare har tillgång till observationerna och intervjuerna samt att materialet är avidentifierat. All data som har samlats in har endast använts för studien. Det innebär att data inte har använts i kommersiellt syfte.

Fokus för de deltagande observationerna var medarbetare och deras vårdarbete. Samtidigt var patienter en del av den observerade situationen. Patienter som befinner sig på akutmottagning kan uppleva sig sårbara och utlämnade. Därför fanns det en risk att de skulle kunna uppleva det obekvämt med en observatör närvarande i vårdmötet. Alla patienter informerades därför både muntligt och skriftligt. Alla patienter informerades om möjligheten att när som helst utan närmare förklaring säga nej till att observation genomfördes i samband med deras vård, vilket ingen gjorde. Muntligt samtycke inhämtades. De patienter som fanns med under observationerna var positiva till att dessa genomfördes.

RESULTAT

En sammanfattning av avhandlingens delstudier presenteras i detta avsnitt som avslutas med en analys av det sammanlagda resultatet utifrån ett systemtänkande.

DELSTUDIE I

I den första delstudien gjordes en avgränsad undersökning av kompetensbehov och möjligheter till kompetensutveckling för sjuksköterskor på akutmottagning sett utifrån vårdenhetschefers perspektiv.

Vårdenhetschefer anser att sjuksköterskeutbildning är otillräcklig för att arbeta på akutmottagning. De anser vidare att sjuksköterskor behöver mer formell kompetens exempelvis genom en specialistsjuksköterskeutbildning inom akutsjukvård.

Utöver vad sjuksköterskeutbildningen erbjuder, anser vårdenhetschefer att det finns olika kompetenser som är nödvändiga för att arbeta på en akutmottagning. Det som lyfts fram är att kunna genomföra medicinska bedömningar och vårda patienter som drabbats av plötsligt insjuknade eller skada. Ett annat kompetensområde som framhålls är att utveckla vårdrelationer till patienter och närstående. Slutligen är kompetens för att organisera ovanliga händelser till exempel katastrofsituationer önskvärd.

Det är verksamhetschefen och vårdenhetschefen som är ansvariga för vilken kompetens sjuksköterskor behöver för att arbeta på akutmottagning. Vårdenhetschefen identifierar kompetensbehov tillsammans med den enskilda sjuksköterskan. Det finns mål med kompetensutveckling och rutiner för att identifiera utbildningsbehov. Däremot är det bara hälften av vårdenhetscheferna som uppger sig ha ekonomiska eller personella förutsättningar att tillgodose sjuksköterskors utbildningsbehov. Ett fåtal akutmottagningar har rutiner för att utvärdera genomförda utbildningsinsatser. En minoritet av vårdenhetscheferna anser att de har ett fullständigt ansvar för att skapa förutsättningar för sjuksköterskors kompetensutveckling.

DELSTUDIE II

I den andra delstudien undersöktes undersköterskors, sjuksköterskors och läkares vårdarbete.

Det framkom att vårdarbete på akutmottagning kännetecknas av ett mekaniskt synsätt på mötet med patienterna. Medarbetare försöker snabbt skapa förtroendeingivande vårdmöten genom att involvera patienter och närstående i vårdprocessen. Detta sker exempelvis genom att läkaren diskuterar provsvar med patienten. Samtidigt är det svårt att skapa förtroendeingivande vårdmöten eftersom det finns begränsat med tid. Vårdmötena övergår snabbt till bedömning av patienters tillstånd och genomförande av olika vårdaktiviteter såsom undersökningar och behandlingar. Vårdarbete ses som ett standardiserat arbete. Standardiseringen påverkar vad medarbetare gör med patienten utifrån dennes symtom och tecken. Det finns svårigheter att tillhandahålla ett individualiserat omhändertagande som tillgodoser patienters behov av omvårdnad.

För att möta förändringar i arbetsbelastningen antar medarbetare ett adaptivt synsätt till sitt vårdarbete. De organiserar de materiella och personella resurser som finns tillgängliga för att skapa ett arbetsflöde. Det är koordinatorn som leder och prioriterar vilka åtgärder som ska ske och när, likaså organiserar de resurserna utifrån arbetsbelastning. Medarbetare planerar, diskuterar och hjälper varandra men samarbetet sker i huvudsak parallellt. Det finns inte några tydliga gränser mellan vem som hjälper vem men på samma gång är det arbetsituationen och yrkestillhörighet som avgör vad för slags hjälp som ges.

DELSTUDIE III

Chefers erfarenhet av vårdarbete och av att leda detsamma var fokus i den tredje delstudien.

Det framkom att cheferna anser att akutmottagningens uppdrag främst handlar om patienter med akuta och livshotande tillstånd. Ett uttryck för detta är att chefer tillmäter patienters omvårdnadsbehov lägre be-

tydelse än medicinska behov. Det framkom också att chefer styr med ett begränsat mandat. Deras fokus är främst att förbättra effektiviteten såsom att utnyttja de resurser som finns, förbättra patientflödet och att hålla budget. De anger att det är obalans mellan tillgängliga finansiella resurser och uppdraget att tillhandahålla sjukvård utifrån patienters behov. Samtidigt är chefers möjlighet att påverka uppdraget för akutmottagning begränsat genom att de själva är detaljstyrda från sjukhusledning och genom politiska beslut.

Chefers tillgänglighet för medarbetare påverkar deras förmåga att leda vårdarbete på akutmottagning. Chefers administrativa uppgifter begränsar deras möjlighet att vara tillgängliga för medarbetare. Därtill begränsas deras möjlighet att leda arbetet av att medarbetare har olika organisatoriska tillhörigheter. Undersköterskor och sjuksköterskor är anställda på en akutmottagning, medan läkarna mestadels är anställda på andra kliniker/verksamheter. Detta påverkar medarbetares möjlighet att vara uppdaterade med aktuella procedurer och arbetsmetoder på akutmottagning liksom deras förutsättningar att lära känna varandra. Det finns också hierarkiska systemgränser mellan medarbetare med tydlig arbetsuppdelning där ingen vill vara den andres assistent. Chefer är lojala och följsamma till det rådande managementsystemet. Detta påverkar deras handlingsfrihet och förmåga att utveckla vårdarbete på akutmottagning.

DELSTUDIE IV

I delstudie fyra undersöktes vilka kompetenser som medarbetare och chefer uppfattar som nödvändiga för att bedriva vårdarbete på akutmottagning.

De beskriver att nödvändig kompetens är inriktad mot akuta och livräddande åtgärder där patienters symtom och tecken är centralt. Omvårdnadskompetens på akutmottagning är främst inriktad mot förmågan att identifiera patienters basala behov såsom nutrition, elimination och att ge patienter information. Det finns en polarisering i synen på kompetensutveckling. Medicinsk kompetensutveckling beskrivs

ske på bekostnad av utveckling av omvårdnadskompetens samtidigt som andra chefer beskriver att utvecklingen av medicinsk kompetens är alltför knapp. Patienter med icke-brådskande tillstånd ses som ett hinder att upprätthålla kompetens för akuta och livräddande tillstånd.

Den kompetensutveckling som erbjuds stämmer mer överens med läkares och sjuksköterskors yrkesutövning än vad det gör för undersköterskor. Undersköterskor beskriver att deras kompetens är underutnyttjad. Ekonomin är det som begränsar möjligheten att erbjuda kompetensutveckling och det leder till behov av prioriteringar. Undersköterskor beskriver att de inte får samma möjligheter till kompetensutveckling som sjuksköterskor, vilket i sin tur leder till spänningar mellan yrkesgrupperna.

Det förefaller som att det finns en befäst syn att nödvändig kompetens i huvudsak är medicinsk, vilket i sin tur konstituerar vårdarbete på akutmottagning. Det finns oklara arbetsuppgifter och gränsdragningar mellan yrkesgrupperna något som den ensidiga betoningen på medicinsk kompetens bidrar till.

DET SAMMANLAGDA RESULTATET MED STÖD AV SYSTEMTÄNKANDE

I avhandlingens femte och slutliga resultatdel redovisas medarbetares och chefers perspektiv på vårdarbete på akutmottagning och den kompetens vårdarbetet kräver. Resultatet presenteras med följande två teman: Ett medikaliserat vårdarbete och ett resultatstyrt vårdarbete.

ETT MEDIKALISERAT VÅRDARBETE

I centrum för vårdarbetet finns patienter med olika sjukdomar och skador vars symtomatologi varierar men där fokus är på det akuta (delstudie III-IV). Akutfokuseringen är en *gemensam tankemodell* som dominerar och bidrar till en uppdelning mellan det som uppfattas som akut och det som inte anses vara det (delstudie IV). Fokuseringen på det akuta styr medarbetare och chefers hållning till och genomförandet av vårdarbete (delstudie IV). Denna form av medikalisering innebär att

vårdarbete präglas av att upptäcka och åtgärda akuta och livshotande tillstånd.

Vårdarbete på en akutmottagning är uppbyggd kring *patientflöden* och processer (delstudie II). Vårdarbete som *system* påverkas av antalet patienter som kommer till (inflöde), vistas på och lämnar (utflöde) en akutmottagning (delstudie II-III). Det är runt olika funktionella *delsystem* såsom triage, patientbedömning av läkare och behandling som vårdarbete på en akutmottagning är organiserad (delstudie II). Varje *funktion* består av olika vårdaktiviteter, vilka genomförs av en eller flera yrkesgrupper (delstudie II). Eftersom patientflödet varierar över tid är vårdarbetet oförutsägbart och föränderligt (delstudie III). För att skapa stabilitet och att alltid vara beredd på att möta det akuta är högt tempo viktigt (delstudie II). Högt tempo innebär att tiden och utrymmet för vårdmötena begränsas (delstudie II) så att medarbetare inte ska bli upptagna av enskilda patienter som inte bedöms som akuta (delstudie III). Kravet på att hålla högt tempo begränsar också möjligheterna till reflektion (delstudie IV). Detta påverkar det individuella och kollektiva lärandet och de tankemodeller som existerar, vilket också har inflytande på förutsättningarna att förändra det vårdarbete som sker på en akutmottagning.

En akutfokuserad hållning förstärker genom *feedbackprocesserna* betydelsen av medicinsk kompetens eftersom den uppfattas som viktig för att genomföra akuta och livräddande vårdaktiviteter (delstudie I, IV). Detta påverkar även inställningen till vad som räknas som nödvändig kompetens. Genom att förstärka en särskild kompetens, förstärks uppfattningen att det finns kompetenser som inte är lika betydelsefulla på en akutmottagning exempelvis omvårdnadskompetens (delstudie IV). Detta påverkar både medarbetares förmåga att tillgoda andra vårdbehov hos patienter än de som uppfattas som akuta (delstudie III) och deras förståelse för vårdarbete (delstudie IV), vilket sammantaget styr medarbetarnas beteende i deras genomförande av vårdarbete på akutmottagning.

ETT RESULTATSTYRT VÅRDARBETE

Vårdarbete på akutmottagning befinner sig i ett öppet förhållande till och är i ständig interaktion med den *omgivande miljön* (delstudie II-III). Det är sjukhusledningen som utifrån politiska beslut styr vad som ska genomföras och uppnås i vårdarbete på en akutmottagning (delstudie III). Det finns en förväntan att chefer på akutmottagning ska genomföra, utvärdera och leva upp till vad som beslutas, vilket genom feedbackprocesserna ger en målinriktad hållning (delstudie III). Målsättningen att hålla tilldelad budget medför exempelvis att önskvärd personalbemanning inte alltid upprätthålls (delstudie III). Det får betydelse för medarbetares arbetssituation och förmåga att tillgodose patienters behov av sjukvård (delstudie III).

I vårdarbetet på akutmottagning finns det medarbetare från olika yrkesgrupper med olika kompetenser, vilket gör att de dagliga relationerna mellan yrkesgrupperna får en tvärprofessionell prägel (delstudie II, IV). Detta påverkar i sin tur förutsättningarna att nå resultat i förhållande till insatta resurser exempelvis att arbeta patientsäkert i förhållande till bemanningsstruktur (delstudie III). Det finns mer eller mindre tydliga *systemgränser* mellan medarbetare från olika yrkesgrupper (delstudie II) och mellan medarbetare och chefer (delstudie III). Genomsläppligheten av *informationsflödet* över dessa systemgränser är beroende av situation. Det innebär att situationen påverkar den gemensamma planeringen och diskussionen om hur vårdarbete ska genomföras och resultat uppnås (delstudie II). När genomsläppligheten är låg uppstår en känsla av utestängande exempelvis när en yrkesgrupp hindras från att vara med vid rapportering av patienter (delstudie II).

Det är inte enbart *systemgränser* som påverkar relationen mellan yrkesgrupperna. Organisatorisk tillhörighet inverkar också på relationerna. Alla läkare som tjänstgör på akutmottagning tillhör inte organisatoriskt en akutmottagning (delstudie II). Att vara "gäst" påverkar förutsättningarna att hålla sig uppdaterad och att vara följsam till de rutiner som finns på akutmottagning (delstudie II-III). Organisatorisk tillhö-

righet kan stödja eller hindra möjligheterna till vardagligt samarbete (delstudie II-III). Detta påverkar i sin tur förutsättningarna till gemensam reflektion och förändring av vårdarbete på akutmottagning så att önskvärda resultat vad det gäller exempelvis patientflöden kan uppnås.

I vårdarbete uttrycks *systemgränser* som hierarkier. Yrkesgrupperna ges olika status och inflytande, vilket påverkar de resultat en akutmottagning uppvisar (delstudie II-III). Det förväntas bland annat att läkare ska ta ansvar och fatta skyndsamma medicinska beslut, något som uppfattas viktigt för genomförandet av vårdarbete (delstudie III-IV). Dessa förhållanden ger läkarna en betydelsefull position på en akutmottagning. *Systemgränser* medför spänningar som kan leda till konflikter i vårdarbete. Ett exempel på spänningar gäller kompetensutveckling, där yrkesgruppstillhörighet påverkar förutsättningarna för kompetensutveckling (delstudie IV). Ett annat exempel är när en yrkesgrupp upplever att deras kompetens inte utnyttjas (delstudie IV).

De resurser som tillförs vårdarbetet på en akutmottagning uppfattas begränsade (delstudie I, III). Detta påverkar bland annat den kompetensutveckling som medarbetare erbjuds (delstudie I, IV). Lärosätena uppfattas inte heller erbjuda utbildning som motsvarar de krav vårdarbete på en akutmottagning, vilket främst gäller sjuksköterskeutbildningen (delstudie I, IV). Detta beror till exempel på att lärosätena inte enbart fokuserar på det akuta (delstudie IV). Det är inte alla resultat i vårdarbetet som utvärderas. Rutiner för uppföljning av utbildningsinsatser saknas (delstudie I). Detta påverkar möjligheterna att avgöra om genomförda utbildningssatsningar leder till en hållning som förändrar och utvecklar vårdarbete eller om ekonomiska resurser används på ett kostnadseffektivt sätt.

Sammanfattningsvis visar analysen att det är ett medikaliserat och resultatstyrt vårdarbete som beskrivs av medarbetare och chefer på en akutmottagning. Det är genom *självkonstruktion* som en akutfokuserad och målinriktad hållning skapas. Hållningen förefaller att begränsa förutsättningarna till en holistisk syn vad det gäller utformning och genomförande av vårdarbete på akutmottagning.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Systemtänkandet som utgör den teoretiska referensramen har varit till hjälp för att identifiera mönster, relationer och processer ur ett helhetsperspektiv så långt det låter sig göras (Capra, 2005), både i delstudierna III-IV och inom ramen för kappan. Därigenom har förståelse och kunskap om vårdarbete på akutmottagning och den kompetens vårdarbetet kräver kunnat genereras. Ambitionen att beskriva helheter kan uppfattas som retorisk och problematisk eftersom livshotande tillstånd har uteslutits. En begränsning med systemtänkande är dock att det inte kan erbjuda en fullständig och definitiv förståelse och kunskap eftersom helheten är för komplex för att låta sig fullständigt beskrivas (Capra, 1996).

Urval och deltagare har betydelse då det påverkar delstudiernas och därmed avhandlingens giltighet (Polit & Beck, 2012). Alla vårdenhetschefer vid alla akutmottagningar i Sverige erbjöds att delta i delstudie I. Beslutet att inkludera alla grundade sig dels på att det saknades nationell kunskap om de förhållanden som syftet avsåg att besvara, dels på en ambition att reducera risken för urvalsbias. Resultatet bygger på ett urval som var avgränsat i tid (år 2007) och rum (Sverige) där majoriteten av alla vårdenhetschefer (73,4 %) deltog. I delstudie II och IV deltog tillräckligt många undersköterskor och sjuksköterskor. Bedömningen grundar sig på att intervjuerna gav rika och varierade beskrivningar samt pågick tills att inga nya eller betydelsefulla beskrivningar kom fram (Polit & Beck, 2012). Däremot var det få läkare som deltog, vilket kan ha påverkat möjligheterna att få variationsrik data ur deras perspektiv (Patton, 2002). En förklaring till detta är svårigheterna att avsätta tid för medverkan i forskning, ett problem som även finns beskrivet i andra studier (Sellors *et al.*, 2002; Fulda *et al.*, 2011). Alternativt kan fel rekryteringsmetod ha använts.

I delstudie I samlades data in med hjälp av en icke tidigare använd enkät. Detta berodde på att inga tidigare validerade enkäter som motsva-

rade studiens frågeställningar kunde identifieras. För att bedöma om enkäten gav information om det som avsågs i syftet testades enkätens innehållsvaliditet med hjälp av en expertgrupp. Att granska enkätens relevans och giltighet på detta sätt anses vara en tillförlitlig metod (Grant & Davis, 1997). Antalet experter är viktigt i bedömningen av enkätens innehållsvaliditet (Lynn, 1986; Polit *et al.*, 2007; Polit & Beck, 2012). Expertgruppen bestod av sex erfarna sjuksköterskor. Två var kliniskt aktiva sjuksköterskor på akutmottagning, en arbetade som vårdutvecklare vid en akutklinik och två hade cheftjänster, också de på akutmottagning. Den sista experten arbetade med vårdforskning, dock inte med inriktning mot akutmottagning utan ortopedi. Ett problem med att använda många experter är att det kan uppstå oenighet i bedömningarna, vilket försvårar utformandet av en enkät. Samtidigt pekar värdena för S-CVI och I-CVI på få oenigheter i experternas bedömningar, vilket gör att innehållsvaliditeten i enkäten uppnår en acceptabel nivå (Polit & Beck, 2006, 2012). Experternas erfarenhet av vårdarbete på akutmottagning ansågs också viktigt för deras bedömning av enkätens innehållsvaliditet (Grant & Davis, 1997). En expert saknade denna erfarenhet, vilket kan uppfattas som en brist. Samtidigt hade aktuell expert erfarenheter av kvantitativa forskningsmetoder, något som de övriga experterna saknade. Därför bedömdes det som angeläget att inkludera experter med andra erfarenheter i gruppen än enbart erfarenhet av vårdarbete på akutmottagning. För att ytterligare stärka enkätens stabilitet och tillförlitlighet hade det dock varit lämpligt att genomföra en pilotstudie med ett test-retest av enkäten (Hulley *et al.*, 2007).

Deltagande observationer användes i delstudie II. En styrka med detta är att observatören genom sin närvaro får omedelbar tillgång till det som sker (Malterud, 2009). Det är också en styrka att observationerna kan generera data som inte framkommer i intervjuer (Dahlberg *et al.*, 2008) till exempel handlingar (Patton, 2002; Corbin & Strauss, 2008). Samtidigt finns det svagheter med att samla in data genom observationer. En svaghet är att observationen kan påverka det naturliga beteendet hos de som observeras (Patton, 2002), ett problem som också beskrivs i andra studier (Gruber *et al.*, 2003; Eckmanns *et al.*, 2006;

Kohli *et al.*, 2009; Guerrero *et al.*, 2013). Att observationerna har påverkat beteendet i aktuell delstudie uttrycktes genom att några deltagare gav uttryck för att de upplevde sig var kontrollerade. Detta hantades genom att erbjuda varje deltagare tillfälle att läsa de fältanteckningar som gjordes, en möjlighet som ingen utnyttjade. Att uppleva sig kontrollerad kan ha påverkat datainsamlingen. En annan svaghet är att forskaren kan bli inblandad och engagerad i det som observeras (Angrosino, 2007), vilket kan ge etiska problem. Inblandning och engagemang i det som observerades skedde vid ett tillfälle. Till den aktuella akutmottagningen kom en patient som hade varit med om en trafikolycka. När det initiala omhändertagandet var genomfört blev patienten lämnad ensam under en tid. Då patienten var ledsen och bedrövd förflyttades min roll som observatör till sjuksköterskerollen i syfte att ge tröst. När medarbetarna kom tillbaka till patienten förflyttades rollen åter till den observerande forskaren. Händelsen belyser ett problem mellan att vara både sjuksköterska och forskare i samband med datainsamling i den aktuella kontexten. Att situationen hanterades på detta sätt grundade sig på ett yrkesetiskt ställningstagande där sjuksköterskan har ett ansvar att lindra patienters lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Detta föregicks dock av en bedömning att inblandningen inte skulle skada någon eller påverka datainsamlingen negativt. Öppenhet inför det som observeras är viktigt eftersom datainsamling i deltagande observationer sker genom personlig närvaro där observatören är ett verktyg för datainsamlingen (Malterud, 2009). Observationerna genomfördes i en tempofylld miljö där en mängd interaktioner inträffade mellan olika medarbetare och mellan medarbetare och patienter. Att genomföra observationer under sådana förhållanden är en utmaning eftersom det kan finnas svårigheter att fånga all tillgänglig data (Charmaz, 2006). Risken är att delar av det som sagts och gjorts i vårdarbetet inte blev observerat.

För att fånga deltagarnas perspektiv av vårdarbete på akutmottagning och den kompetens vårdarbetet kräver användes olika intervjuformer (delstudie II-IV). Att använda både individuella intervjuer och gruppintervjuer tillsammans antogs bidra med utökad förståelse (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Det fanns en ambition att deltagarna i inter-

vjuerna skulle ge personliga beskrivningar beträffande sina erfarenheter av vårdarbete och vad som uppfattas som nödvändig kompetens. Denna ambition infriades i samtliga intervjuer med undantag av en gruppintervju. I den aktuella gruppintervjun deltog bland annat två undersköterskor, var av en var mycket tongivande och gav många personliga beskrivningar medan den andre var tystlåten och gav få beskrivningar. Orsaken till att intervjusituationen blev sådan går det bara att spekulera i. Det kan möjligen förklaras av att de hade olika personligheter eller erfarenheter (Polit & Beck, 2012). Att intervjuerna berörde och väckte känslor blev tydligt då det framkom olika spänningar och konflikter mellan och/eller inom olika yrkesgrupper. Till exempel fanns det en frustration över att vissa yrkesgrupper gavs större möjligheter till kompetensutveckling än andra, vilket upplevdes orättvist. För att förhindra att enstaka deltagare skulle dominera intervjuerna var det emellanåt nödvändigt att styra intervjun så att alla gavs möjlighet att komma till tals.

De undersköterskor som deltog i intervjuerna hade lång yrkeserfarenhet. I intervjuerna framkom bitterhet över att undersköterskor som yrkesgrupp har "fråntagits" arbetsuppgifter i vårdarbetet till exempel att sätta urinkateter. Liknande beskrivningar framkommer även i andra studier. I en studie uttrycktes detta som upplevelse av att få en svagare position i sjukvårdsorganisationen (Hertting *et al.*, 2005). I en annan studie upplever undersköterskor begränsningar att fullt ut använda sin kompetens (From *et al.*, 2013). Undersköterskors beskrivningar av sin yrkesutövning bör ses i ljuset av de lagar och förordningar som reglerar deras yrkesutövning (SFS, 1982; Socialstyrelsen, 1997a, 2000), vilket medfört att deras arbetsinnehåll har förändrats med tiden (Byström, 2013). Risken är dock att denna bitterhet kan ha påverkat undersköterskors beskrivningar av vårdarbete och den kompetens vårdarbetet kräver. De läkare som deltog i intervjuerna hade kort yrkeserfarenhet, vilket kan ha bidragit till att bara delar av läkarens arbete på akutmottagning och perspektiv på nödvändig kompetens framkom. I en studie av Backman *et al.* (2010a) framkommer att läkare med kort yrkeserfarenhet i högre grad ser patienter med icke-brådskande tillstånd som "olämpliga" patienter jämfört med läkare

som har längre yrkeserfarenhet. Enligt Backman (2010a) riskerar detta perspektiv att påverka vårdmötet mellan patienter och läkare negativt. Därför är det önskvärt att fler läkare med längre yrkeserfarenhet hade deltagit i intervjuerna för att få en mer heltäckande bild av vårdarbete och vad som är nödvändig kompetens.

Slutligen skedde intervjuerna i en specifik social situation där det kan vara svårt att tala om brister och svagheter i det egna yrkesutövandet. Risker är att deltagarna har valt att utelämna vissa delar av sina erfarenheter (Kvale & Bringsmann, 2009). Samtidigt är det viktigt att framhålla att det som framkom i intervjuerna är unikt och det är inte säkert att det som sagts skulle ha framförts i andra situationer till exempel vid en arbetsplatsträff eller under informella samtal i kafferummet. Det betyder att intervjuerna trots sina ofullständigheter har bidragit till nya insikter om vårdarbete och den kompetens vårdarbetet kräver.

För att beskriva och förstå innehållet i vårdarbetet som utförs och den kompetens som vårdarbetet kräver ansågs innehållsanalys vara en lämplig metod att använda (delstudierna II-IV). Valet av analysmetod grundar sig på att innehållsanalys kan användas på olika sätt (Elo & Kyngäs, 2008), från textnära och beskrivande till en tolkande analysnivå (Hsieh & Shannon, 2005) och för både språkliga och observerbara data (Sandelowski, 2000; Graneheim & Lundman, 2004) med fokus på innehåll (Patton, 2002) eller kontextuell mening (Hsieh & Shannon, 2005). Däremot saknar analysmetoden en tydlig avgränsning beträffande dess användningsområde (Hsieh & Shannon, 2005) och kan därför uppfattas obestämd och/eller yttlig (Elo & Kyngäs, 2008). För att möjliggöra tydlighet och djup genomfördes analyserna på olika sätt. I delstudie II användes manifest innehållsanalys. En problematik med textnära analyser är risken att all karaktäristiska inte identifieras, vilket kan ge ofullständiga beskrivningar (Hsieh & Shannon, 2005; Morse, 2008). För att beskrivningarna skulle bli så fullständiga som möjligt gick författarna tillsammans igenom analyserna där subkategorier, kategorier och huvudkategorier identifierades och diskuterades. För delstudierna III och IV användes latent innehållsanalys. Tolkande analyser förutsätter en rörelse mellan olika abstraktionsnivåer bortom det

textnära. En ofullständig rörelse kan medföra att analysen av det som står mellan raderna inte fullbordas (Sandelowski, 2000). För att kunna känna igen helheten och dess delar i analysen samt fånga det latenta innehållet granskades och diskuterades analysprocessens olika abstraktionsnivåer kritiskt mellan författarna.

Trovärdighet är ett viktigt kriterium för att bedöma studiernas kvalitet (Lincoln & Guba, 1985). I delstudierna ges beskrivningar av forskningsprocessens olika delar, vilket gör det möjligt för läsaren att granska och bedöma dess genomförande. En ambition har genom hela forskningsprocessen varit att framställa deltagarnas perspektiv på ett nyanserat sätt. Detta är angeläget för att läsaren ska ges förutsättningar att bedöma i vilken grad resultat kan överföras till andra kontext än där delstudierna genomfördes (Lincoln & Guba, 1985), till exempel andra akutmottagningar. Resultaten bör rimligtvis vara överförbara till andra akutmottagningar där motsvarande förutsättningar finns. Samtidigt kan det finnas invändningar som talar emot en sådan överförbarhet. I delstudie II-IV ingår två akutmottagningar, vilket begränsar urvalet och antalet deltagare. Ett inklusionskriterium var viljan att dela sina erfarenheter av vårdarbete och syn på nödvändig kompetens. Detta innebär att deltagarna kan ha idealiserat eller propagerat för en viss ståndpunkt, vilket medför risk att en mer positiv eller negativ bild framstår än vad som egentligen är fallet. Med ett annat urval är det möjligt att resultaten hade blivit annorlunda. Samtidigt är det inte en objektiv sanning som presenteras i resultaten utan dessa skildrar deltagarnas beskrivningar. Ytterst är det dock läsaren som har att bedöma resultatens överförbarhet (Lincoln & Guba, 1985).

De metoder som använts vid datainsamling och analys är etablerade och tillförlitliga (Patton, 2002; Marshall & Rossman, 2006; Polit & Beck, 2012). I de olika delstudierna finns det noggranna beskrivningar för hur datainsamling skett och hur dataanalyserna genomförts samt citat som styrker resultaten. Avhandlingsarbetet har granskats fortlöpande på olika sätt. Jag har under avhandlingsarbetet utvecklat en självmedvetenhet och självkritisk hållning vad det gäller granskning av min egen och andras forskning. Det har också funnits handledare med full

insyn i forskningsprocessen, från de första idéerna kring de olika delstudierna till färdigställda manus. Avhandlingsarbetet har också granskats av andra doktorander och forskare vid olika seminarier. Därtill är samtliga artiklar publicerade i internationella vetenskapliga referee-granskade tidskrifter.

Det finns en förförståelse hos mig för vårdarbete på akutmottagning och den kompetens vårdarbetet kräver, vilket möjligen kan ha betydelse för trovärdigheten. Förförståelsen har funnits både under datainsamlingen och tolknings- och analysprocessen. Att bortse från förförståelsen kan vara problematiskt eftersom den grundas till exempel på tidigare erfarenheter (Larsson, 2005) och yrkesmässiga perspektiv (Malterud, 2009). Förförståelsen kan också vara till nytta i forskningsprocessen (Malterud, 2009). Förförståelsen har varit till hjälp, inte minst under datainsamlingen. I de deltagande observationerna underlättade den fokusering på handlingar i och perspektiv på vårdarbetet. Den har även varit till hjälp under intervjuerna genom att förståelse för de situationer och sammanhang som deltagarna berättade om underlättades. Förförståelse kan samtidigt vara en begränsning genom att tidigare kunskaper och erfarenheter kan ge förutfattade meningar och förhindra öppenhet och ny förståelse (Dahlberg *et al.*, 2008). Att delta i ett socialt sammanhang kan påverka förmågan att ge neutrala beskrivningar (Larsson, 2005). Det finns följaktligen en risk att förförståelsen kan ha påverkat datainsamlingen i fråga om vad som observerats, nedtecknats i fältanteckningarna, vilka följdfrågor som ställdes i intervjuerna och hur data sedan har tolkats och analyserats. Problematiken med förförståelses för- respektive nackdelar kan exemplifieras med triagearbetet. Min erfarenhet av att arbeta på akutmottagning har inneburit att jag själv genomfört triagearbete åtskilliga gånger. Detta har varit till hjälp för att förstå varför exempelvis sjuksköterskor ställer vissa frågor till patienter eller utför särskilda vårdaktiviteter i samband med triage. Detta innebär också att jag har en bild av hur detta arbete bör genomföras. Därmed finns det en risk att förförståelsen kan ha påverkat tolkningen och analysen av triagearbetet. För att minimera risken har min förförståelse medvetandegjorts och hanterats genom reflekterande minnesanteckningar och gemensam kritisk reflektion

tillsammans med handledarna. Dessa reflektioner har skett före, under och efter datainsamling, men också under tolknings- och analysprocessen.

RESULTATDISKUSSION

Den här avhandlingen har syftat till att beskriva och förstå vårdarbete på akutmottagning och den kompetens vårdarbetet kräver. Resultaten visar att vårdarbete på akutmottagning avseende vård av patienter med brådskande och icke brådskande tillstånd präglas av ett medikaliserat och resultatstyrt vårdarbete. Vårdmötet mellan medarbetare och patienter sker snabbt, standardiserat och under kort tid. Ytterst syftar vårdarbetet till att upprätthålla och säkra patienters vitala funktioner i väntan på läkarens beslut. Samtidigt uppfattas möjligheterna att tillgodose individualiserad vård som begränsad. För medarbetare innebär vårdarbetet krav på förmåga till anpassning och samarbete liksom organisationsförmåga. Chefer upplever sig vara otillräckliga när de ska leda vårdarbetet och de ser inte alltid sitt fulla ansvar vad det gäller exempelvis medarbetarnas kompetensutveckling. Samtidigt begränsas deras mandat att styra vårdarbetet av de system som omger vårdarbetet. Resultaten visar också att det behövs mer formell utbildning för att arbeta på en akutmottagning. Det finns en befäst syn på nödvändig kompetens. Den utgår från ett medicinskt perspektiv där det akuta- och livräddande vårdarbetet står i centrum, en syn som konstituerar vårdarbetet. Samtidigt påverkas förutsättningarna att utveckla nödvändig kompetens av hierarkiska spänningar mellan olika yrkesgrupper och av de ekonomiska resurser som står akutmottagningen till buds.

MEDIKALISERAT PERSPEKTIV PÅ VÅRDARBETET

I denna avhandling förefaller det som att vårdarbetet på en akutmottagning är grundat på ett medicinskt perspektiv där företrädesvis patienters medicinska vårdbehov tillgodoses (delstudie II,IV). Resultaten pekar också på att patienters omvårdnadsbehov tillmäts lägre betydelse än deras medicinska vårdbehov (delstudie II,IV). Liknande beskrivningar har framkommit i andra studier (Nyström, 2003; Elmqvist

et al., 2012). En konsekvens av ett medicinskt perspektiv är att det medicinska styr och villkorar vilka vårdbehov som bedöms vara lämpliga för vårdarbetet och vilka som inte är det. Fokuseringen på det medicinska försvårar möjligheten till ett holistiskt perspektiv på vårdarbetet. Därmed är risken att de processer som finns i vårdarbetet inte beaktar patienters hela livssituation.

Resultaten pekar på att medarbetares och chefers gemensamma tanke modeller ger en medikalisering av vårdarbetet. Medikalisering innebär att patienters upplevelser och känslor avgränsas, beskrivs och benämns i medicinska termer (Conrad, 2007). För att hantera patienters olika vårdbehov reduceras deras existens till olika medicinska problem, vilket bland annat uttrycks som olika symtom på sjukdom eller skada. Ett medikaliserat vårdarbete betyder att det vårdvetenskapliga perspektivet som till exempel betonar patienters livsvärld, lidande och välbefinnande (Eriksson 2000, 2007; Todres *et al.*, 2007; Dahlberg *et al.*, 2009) har fått lämna plats för ett medicinskt perspektiv. Förskjutningen av perspektiv medför att vårdvetenskapens avtryck på vårdarbetet saknas. Nyström (2003) har i sin forskning visat att nästan inga vårdvetenskapliga diskussioner fördes på akutmottagning för ett decennium sedan. Frågan är om det förs några idag. Om så, vad är det som diskuteras och hur påverkar dessa diskussioner vårdarbetet? Att den vårdvetenskapliga utvecklingen börjar visa både bredd och variation i forskningen (Eriksson *et al.*, 2014) är inte tillräckligt, kunskapen måste också tränga in där vårdarbetet bedrivs. Medikaliseringen riskerar att leda till en polarisering mellan olika kunskaper (delstudie IV). En sådan polarisering försvårar också möjligheterna att skapa ett holistiskt perspektiv på det vårdarbete som sker på akutmottagning. För att patienter ska få sina vårdbehov tillgodosedda behövs både ett vårdvetenskapligt och medicinskt perspektiv (Dahlberg & Segersten, 2010). Därför är det viktigt att medicinska, existentiella och etiska frågeställningar och dilemman beaktas i de bedömningar och åtgärder som görs för att tillgodose patienters olika vårdbehov på en akutmottagning.

OFÖRUTSÄGBARHET OCH HÖGT TEMPO I VÅRDARBETET

Vårdarbetet är oförutsägbart och det sker ständiga förändringar i vårdarbetets olika funktionella delsystem (delstudie III). Medarbetare vet sällan eller aldrig vad nästa patient som kommer till en akutmottagning har för vårdbehov. För att hantera denna ovisshet finns det beredskap att möta patienters vårdbehov (delstudie II) där de patienter som bedöms som svårast sjuka/skadade är de som först ges vård (delstudie III). Liknande fynd har framkommit i andra studier (Nugus *et al.*, 2011; Person *et al.*, 2013). Samtidigt visar annan forskning att detta innebär att de patienter som måste vänta riskerar att få sina vårdbehov bristfälligt tillgodosedda till exempel genom att vårdåtgärder fördröjs, uteblir eller att fel åtgärder genomförs (Shull *et al.*, 2004; Fee *et al.*, 2007; Hwang *et al.*, 2008; Liu *et al.*, 2009; Kulstad *et al.*, 2010). Detta kan påverka förutsättningarna att tillhandahålla sjukvård som tillgodoser patienters vårdbehov (Elmqvist, 2011). Oförutsägbarheten gör det viktigt att det finns utarbetade processer som kontinuerligt fångar upp patienters vårdbehov under deras vistelse på akutmottagningen exempelvis genom regelbunden tillsyn.

Vårdarbetet sker snabbt och under kort tid, vilket innebär att medarbetare ständigt är beredda att möta nya patienter (delstudie II). Annan forskning (Nyström, 2003; Nyström *et al.*, 2003; Nugus & Braithwaite, 2010) visar också på betydelsen att upptäcka patienter med allvarliga tillstånd (delstudie IV). Därför är det nödvändigt att patienter blir skyndsamt bedömda vid sin ankomst till akutmottagning. Det snabba vårdmötet innebär att informationsutbytet blir kortvarigt. Utifrån resultatet förefaller det som att medarbetare är angelägna om att skapa kommunikativa vårdmöten med de patienter som kommer till akutmottagning, även om de inte alltid lyckas med detta (delstudie II). Utifrån tidigare forskning är ett ofullständigt kommunikativt vårdmöte riskfyllt. Enligt Elmqvist *et al.* (2012) medför tidspress i vårdmötet en risk att samtalet mellan medarbetare och patienter blir mekaniskt. Ofullständig kommunikation begränsar dessutom medarbetares möjligheter att bekräfta och uppmärksamma patienter samt ge relevant information om vad som händer omkring dem (Frank *et al.*, 2009).

Samtidigt kan inte bristfälliga kommunikativa vårdmöten enbart förklaras med tidspress. Det är också en fråga om medarbetares inställning till de patienter som söker vård och behandling på akutmottagning (Frank *et al.*, 2009; Mikesell, 2013). Därför är det angeläget att medarbetares kommunikativa kompetens uppmärksammas och ges utrymme i vårdarbetet oavsett vilket allvarlighetsstillstånd patienter har. Det innebär till exempel att utveckla processer som medger ett reducerat vårdtempo i vårdarbetet och där patienter ges utrymme.

STANDARDISERING OCH INDIVIDUALISERING I VÅRDARBETET

Det vårdarbete som sker på en akutmottagning är företrädesvis standardiserat (delstudie II). Resultaten pekar på att medarbetares vårdarbete styrs av fastställda protokoll som främst utgår från patienters sjukdom/skada och reglerar de medicinska arbetsprocesser som finns på akutmottagning (delstudie II-III). Att standardisering är angeläget framkommer i flera studier (Lindley-Jones & Finlayson, 2000; Cheung, 2002; Retezar *et al.*, 2011), vars resultat visar att diagnostik och behandling kan sättas in tidigare i vårdförloppet om arbetsprocesserna är standardiserad. Det betyder att standardisering är ett sätt att både samordna (Mintzberg, 1993) och säkerställa (Dhingra *et al.*, 2010) det arbete som sker på akutmottagning. Å andra sidan menar Wolf och Carlström (2014) att standardisering kan leda till att arbetet anpassas till stela och mekaniska arbetsprocesser som omöjliggör att subjektiva värden uppmärksammas. Wolf och Carlström lyfter också fram att frånvaro av standardisering medför problem då handlingar som formas för enskilda händelser kan leda till kortsiktighet och osäkerhet i fråga om vad som ska utföras. Detta innebär att avsaknad av standardisering kan leda till att patienter bland annat inte får relevant information under tiden de vistas på akutmottagning.

Resultaten i denna avhandling pekar på att det finns svårigheter att tillhandahålla individualiserad vård och att tillgodose patienters basala behov (delstudie II). Nyström (2003) och Frank *et al.* (2009) stödjer dessa resultat och de menar att fokus i vårdmötet främst är på patienters sjukdom/skada, snarare än på patienter som individer. Risken

med detta är att patienter reduceras till ett symtom eller en sjukdom där endast medicinska vårdbehov uppmärksammas. Risken kan exemplifieras med triagearbete som används för att tidigt bedöma patienters medicinska tillstånd och avgöra tillståndens allvarlighetsgrad (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010). Å andra sidan visar en studie av Olofsson *et al.* (2012) att patienter ges uppmärksamhet under den tid triage genomförs men att uppmärksamheten, intresset och respekten för den enskilde patienten sjunker efter det att bedömningen är genomförd. Detta gäller särskilt de patienter som bedöms ha ett icke-brådskande tillstånd. Att relationen och därmed informationsutbyte mellan patienter och medarbetare sjunker eller inte prioriteras inverkar negativt på förståelsen för patienters sjukdom. Detta leder till konsekvenser till exempel avseende vad och hur medarbetare diskuterar, planerar, genomför patienters sjukvård samt hur patienter görs delaktiga i denna sjukvård (Ekman *et al.*, 2011). Detta bidrar till att patienters särskilda vårdbehov inte uppmärksammas, vilket i sin tur medför risk att vårdmöten på akutmottagning blir icke-vårdande. Problematiken finns även beskriven av Nyström (2003), Olofsson *et al.* (2012) och Parke *et al.* (2013). Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är det betydelsefullt att medarbetare stärker och stödjer patienters hälsa liksom lindrar deras lidande (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). För att göra detta på ett öppet och följsamt sätt behöver medarbetare få tillgång till och förståelse för den enskilde patientens livsvärld (Dahlberg *et al.*, 2009). För att möjliggöra individualiserad vård som tillgodoser patienters vårdbehov kan standardiserad tillsyn användas (Halm, 2009; Meade *et al.*, 2010). Det finns dock en risk att förledas och tro att strukturerad tillsyn automatiskt leder till att patienter sätts i centrum. Därför är det viktigt att strukturerad tillsyn mäts, redovisas och följs upp så att arbetssättet verkligen leder till en mer individualiserad vård (Baker, 2012).

Standardisering bidrar således till att stabilisera vårdarbetet genom att minska variationen (Senge, 1995). Samtidigt finns det en risk att när ett system blir allt för strukturerat, börjar systemet att stödja strukturen i stället för att utföra sitt uppdrag (Porter-O'Grady & Malloch, 2011). Detta innebär att det finns en fara att det som är mest lämpligt

att göra i den enskilda situationen och för den enskilde patienten får stå tillbaka för olika protokoll som reglerar hur vårdarbetet ska genomföras. Därför bör styrning av vårdarbetet genom standardisering till exempel med hjälp av protokoll ske med omtanke och med en medvetenhet om de risker som finns med detta.

SAMARBETE I VÅRDARBETET

Resultaten i denna avhandling pekar på att engagemang och gemensamt ansvar för vårdarbetet är viktigt liksom betydelsen att olika yrkesgrupper kompletterar varandra med sina specifika kompetenser (delstudie II-III). Därför förefaller det som att samarbete mellan medarbetare är betydelsefullt och eftersträvansvärt för vårdarbetet, vilket ligger i linje med tidigare forskning (Wensing *et al.*, 2006; Sorbero *et al.*, 2008; Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010; Ajeigbe & McNeese-Smith, 2013). Vårdarbete på akutmottagning medför att medarbetare från olika yrkesgrupper ansvarar för ett skiftande antal patienter och att en mängd arbetsuppgifter utförs under begränsad tid (Gilardi *et al.*, 2014). Detta förutsätter att vårdarbetet koordineras (Wears *et al.*, 2007), vilket ställer krav på samarbete. Samtidigt tyder resultaten på att det finns svårigheter som påverkar samarbetet i vårdarbetet. En svårighet utgörs av att läkares tjänstgöring på akutmottagning är oregelbunden, vilket begränsar relationsskapandet mellan läkare och andra medarbetare (delstudie II). En annan svårighet är att ingen medarbetare vill vara någon annans "assistent" (delstudie III) och att undersköterskor delvis utestängs från samarbetet (delstudie II). Studier av Endacott *et al.* (2011) och Frykman *et al.* (2014) visar att samarbetet mellan yrkesgrupper är beroende av att medarbetarna vill samarbeta, något som inte alltid tycks vara fallet (delstudie II-III). En förklaring till detta är att samarbetet främst sker inom den egna yrkesgruppen (Creswick *et al.*, 2009). Konsekvensen av ett bristfälligt samarbete är att informationsflödet mellan olika yrkesgrupper begränsas. Detta kan i förlängningen påverka sammanhållningen mellan medarbetare då det är informationsutbytet som håller samman systemet (Luhmann, 1995).

Medarbetares delaktighet i att utveckla och ta ansvar för vårdarbetet är viktigt (delstudie III) men är också ett sätt att fördela ansvaret för vårdarbetet. Genom att medarbetare tillåts ta ansvar förändras också chefers uppgift att identifiera problem i vårdarbetet och föreslå lösningar på dessa problem. Enligt Carlström (2009) kan sådana förhållanden medföra att chefer hålls utanför vårdarbetet, vilket innebär risk att ansvarsutkrävandet för chefer reduceras. Detta kan i sin tur ge suboptimering och oönskade konsekvenser såsom konflikter om vem som har kontroll över vårdarbetet. Därför behövs chefer som stödjer och utvecklar samarbetet mellan yrkesgrupper, vilket kan ske genom ett transformativt ledarskap (Dionne *et al.*, 2004; Yukl, 2013), men det behövs också chefer som tar ansvar för det vårdarbete som genomförs på akutmottagning.

STYRA OCH FÖRBÄTTRA RESULTATEN

En akutmottagning har krav på sig att förbättra vården utan att överskrida budget (delstudie III). För att styra vårdarbetet så att förbättringar av resultatet sker uppfattas mätbara mål såsom kortare väntetider till triage, läkarbedömning, diagnostik och behandling som betydelsefulla liksom fokuseringen på processförbättringar (delstudie III). Betydelsen av att nå mätbara mål finns beskrivet i andra studier (Cooke *et al.*, 2002; Holland *et al.*, 2005; Kelly *et al.*, 2007; McCarthy, 2009; Burström *et al.*, 2013). Det är utifrån detta som tillgänglighet, säkerhet, produktivitet och kostnadseffektivitet blir viktiga ingredienser för att hitta nya och effektiva sätt att tillgodose patienters vårdbehov (Poksinska, 2010). Samtidigt finns det en risk att processförbättringar ses som linjära förbättringsprocesser. I strävan att förbättra resultatet i vårdarbetet görs försök att systematiskt identifiera och analysera problem för att därigenom ordna effektivare arbetsprocesser. Detta tycks vara en förklaring till varför Lean fått genomslag i sjukvården (Mazzocato, 2010). Även om studier påvisar att Lean kan bidra till att reducera väntetid till läkarbedömning (Hogan *et al.*, 2012) och förbättra medarbetares arbetstillfredsställelse (Kelly *et al.*, 2007) är det inte säkert att patienttillfredsställelsen blir bättre (Dickson, 2009). Detta betyder att fokuseringen på ständiga förbättringar av det befint-

liga vårdarbetet är otillräckligt, eftersom även förändringar av det rådande systemet är viktigt. Nya sätt att hantera vårdarbetet behövs för att möta patienters fysiska, psykiska och sociala behov under den tid de vårdas på akutmottagning. För att åstadkomma detta är det nödvändigt att förändra de tankar och idéer som styr medarbetares och chefers perspektiv på vårdarbetet (Watzlawick *et al.*, 2011).

Resultaten tyder dock på att det finns förändringströtthet i vårdarbetet (delstudie III), vilket kan påverka resultatet. Att anpassa sig till förändrade förhållanden är viktigt för att möta krav från den omgivande miljön (Senge, 1995). Samtidigt visar studier att upplevelsen av ständiga omorganisationer och ökade krav på arbetet kan skapa känslor av otillräcklighet, pessimism och maktlöshet (Glasberg *et al.*, 2007b), vilket kan påverka medarbetarnas motivation och arbetsresultat negativt (Glasberg *et al.*, 2007a). Förändringströtthet bör ses i ljuset av att det på samma gång tycks finnas en strävan efter anpassning till nya krav och arbetsuppgifter utan att resursförstärkningar sker (delstudie II-III), vilket kan leda till andra problem. Ett exempel är hur krav på att hålla sig inom tilldelad budget ska hanteras i relation till patienters vårdbehov. Det förefaller som att medarbetare och chefer försöker tillhandahålla en effektiv sjukvård utifrån tilldelad budget utan att kvaliteten i vårdarbetet försämras (delstudie II-III). Det finns också en underbemanning i vårdarbetet (delstudie III). Tillgängliga resurser har visat sig påverka kvaliteten som finns i vårdarbetet (Folland *et al.*, 2013). En studie visar att medarbetare som inte är nöjda med sin arbetssituation i större utsträckning överväger att byta arbetsplats (Hairr *et al.*, 2014). Bristande arbetstillfredsställelse medför en risk att erfarna medarbetare slutar arbeta på akutmottagning. Detta kan i sin tur ge problem då tillgång till erfarna medarbetare påverkar hur snabbt patienter tas omhand (Kuntz & Sülz, 2013). Lojalitetskonflikter är ett annat exempel på problemområden. Chefers lojalitet kan vara riktad mot medarbetarna som utför vårdarbetet eller mot de krav som kommer från en högre nivå i den administrativa hierarkin (Blennberger, 2007). Falkenström (2012) visar i sin studie att lojalitet till uppifrån kommande krav kan leda till att chefer väljer att avstå från att tillhandahålla sjukvård som hade kunnat tillhandahållas om det

fanns resurser. Anpassning kan således medföra etiska konflikter då olika intressen står mot varandra (Sandahl *et al.*, 2010). Konsekvensen av dessa konflikter är att medarbetarens förutsättningar att genomföra det uppdrag en akutmottagning har begränsas, vilket påverkar resultatet i vårdarbetet. Därför är konsekvensanalyser och etiska diskussioner kring bedömningar och beslut viktiga för både chefers och medarbetarens handlande (Blennberger, 2007).

KOMPETENS ATT MÖTA PATIENTERS VÅRDBEHOV

En kompetens som lyfts fram för att möta patienters vårdbehov är förmågan att identifiera och åtgärda livshotande tillstånd hos patienter (delstudie IV). En förklaring till att denna företrädevis medicinska kompetens speciellt framhävs kan vara att den uppfattas som betydelsefull för att reducera patienters morbiditet och mortalitet (Church, 2003). En annan förklaring kan vara att genomgången utbildning inte upplevs som tillräckligt förberedande för att möta patienter med livshotande tillstånd (Valdez, 2008). Samtidigt framkommer det i annan forskning att livshotande tillstånd inte är den vanligaste orsaken till varför patienter kommer till en akutmottagning (Widgren *et al.*, 2008; Widgren & Jourak, 2011; Jönsson & Fridlund, 2013). Det är en risk att kompetensutveckling som är inriktad mot icke-livshotande tillstånd inte ges tillräcklig betydelse och uppmärksamhet. En konsekvens av bristande kompetens är risken att patienter får ett ofullständigt omhändertagande (Larsson Kihlgren *et al.*, 2005; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). Detta påverkar patientsäkerhet och vårdkvalitet negativt oavsett vilket tillstånd patienten lider av (Ödegård, 2006; Croskerry *et al.*, 2009). Förmågan att genomföra "medicinska bedömningar" är en annan kompetens som lyfts fram (delstudie I, III). Att bedömningen ska vara medicinsk kan förklaras med att det medicinska perspektiv som finns på vårdarbetet. Samtidigt begränsar detta möjligheterna till förståelse för helheten i vårdarbete om patienters livssituation endast bedöms som en medicinsk företeelse. Det är önskvärt att fokus för vad som är nödvändig kompetens i stället är på de individuella biologiska och existentiella behov som följer av att vara patient (Dahlberg & Segersten, 2010).

Sjuksköterskor upplevs inte ha en grundutbildning som motsvarar vårdarbetets krav (delstudie I) och den utbildning som lärosätena tillhandahåller uppfattas som otillräcklig (delstudie I, IV). Ett sätt att förstå dessa resultat är att utbildningen inte uppfattas som tillräckligt förberedande för att möta vårdarbetets krav (Valdez, 2008). Detta tyder på att samspelet med den omgivande miljön, främst mellan akutmottagning och högskolor/universitet brister vad det gäller samsyn på vad för kompetens vårdarbetet på akutmottagning kräver. Bristande kunskaper kan hämma förmågan att identifiera och åtgärda problem (Säljö, 2000). Kunskapsbrister kan i samband med patientbedömning till exempel leda till fördröjd vård och behandling (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010). Ett annat sätt att förstå resultaten är att det tar tid innan nyutexaminerade sjuksköterskor kan arbeta självständigt (Loiseau *et al.*, 2003). Detta medför att mer erfarna medarbetare behöver avsätta tid för att vägleda och stödja mindre erfarna medarbetare, vilket tar tid från andra arbetsuppgifter och som på kort sikt kan inverka negativt på effektiviteten och därmed resultatet i vårdarbetet. Slutligen kan resultaten förstås utifrån ett ekonomiskt hänsynstagande. Att åtgärda kunskapsbrister kostar pengar för en akutmottagning, vilket kan bli kostsamt i samband med personalomsättningar (Jones, 2005; Roche *et al.*, 2014).

FÖRUTSÄTTNINGAR ATT UTVECKLA NÖDVÄNDIG KOMPETENS

Att bemanna en akutmottagning är inte enbart en fråga om att anställa medarbetare med vissa kompetenser, det handlar också om att behålla och utveckla medarbetares kompetens. I chefers ansvar att planera, organisera och leda arbetet (Bolton, 2003; Yukl, 2013) ingår också ansvaret att säkerställa att medarbetarna har den kompetens vårdarbetet kräver (Socialstyrelsen, 2011a). Resultaten visar att chefer inte ser sitt fulla ansvar att skapa förutsättningar för kompetensutveckling (delstudie I) och det saknas strategier för kompetensutveckling i verksamhetsplaneringen (delstudie III). Kompetensutveckling uppfattas som resurskrävande (delstudie IV) och tillgängliga resurser beskrivs som begränsade (delstudie III-IV). Därtill ges inte alla medarbetare samma möjligheter till att utveckla nödvändig kompetens (delstudie

IV). Dessa fynd stärker inte enbart tidigare forskning som belyst problematiken med att chefer accepterar bristfällighet och otillräcklighet (Falkenström, 2012). Resultaten indikerar också att få chefer lever upp till sitt chefsansvar. Ansvarstagandet bör även ses i relation till att det är få akutmottagningar som har uppföljningsrutiner av genomförd kompetensutveckling (delstudie I). Detta innebär att nyttan av de kompetensutvecklingsinsatser som görs mer eller mindre är okänd för flertalet akutmottagningar. Detta är också ett tecken på att chefers ansvarstagande i perioder brister även vad det gäller uppföljningar. Dessutom bör fynden ses i ljuset av att bristande kompetens påverkar patientsäkerhet och vårdkvalitet (Ödegård, 2006; Croskerry *et al.*, 2009). Vad som är nödvändig kompetens kan antas förändras i takt med att kraven från den omgivande miljön på vårdarbetet förändra sig. Därför är det viktigt att chefer tar sitt ansvar att möta nya krav på kompetens.

Resultaten uttrycker en önskan om en specialistutbildning för sjuksköterskor med inriktning mot vårdarbete på akutmottagning (delstudie I, IV). Det finns dock en osäkerhet huruvida mer utbildning medför ett bättre omhändertagande av de patienter som kommer till en akutmottagning (delstudie IV). Det är möjligt att alla medarbetare behöver fördjupade kunskaper och förståelse för att kunna bedöma, värdera och fatta beslut gällande vårdarbete på akutmottagning. Samtidigt förefaller det som att det finns rutiner för läkares kompetensutveckling och att sjuksköterskor har andra förutsättningar till kompetensutveckling än undersköterskor (delstudie IV). Att som chef kunna skapa förutsättningar för medarbetare att utveckla sin kompetens till exempel delta i en specialistutbildning kan vara ett sätt att rekrytera nya men också behålla gamla medarbetare på en akutmottagning. Detta innebär att motivet för kompetensutveckling inte enbart är ett sätt att säkerställa nödvändig kompetens. Det kan också vara ett verktyg för att stödja personalförsörjningen på akutmottagning. Samtidigt kan detta ses i ljuset av att högskolor/universitet har svårigheter att få ekonomisk bärkraftighet i specialistsjuksköterskeutbildningen. En förklaring till detta är att det kan saknas incitament för sjuksköterskor att genomföra fortsatt utbildning, särskilt om utbildningen inte tillhör ett av arbetsgivarens prioriterade områden (Universitetskanslerämbetet, 2014). Där-

för finns det anledning att ifrågasätta om det finns utrymme för en specialistutbildning som är inriktad mot vårdarbete på akutmottagning. Utifrån resultaten framstår förutsättningar att skapa mer utrymme för utbildning såsom att ge alla medarbetare möjlighet att genomföra utbildning med bibehållen lön som ytterst begränsad.

Medarbetares kompetens utvecklas även i arbetet på akutmottagning efter genomgången formell utbildning. Enligt Byström (2013) påverkas lärandet av medarbetares intresse och vilja att lära men också av hur arbetsplatsen är organiserad. Lärande som sker till exempel på en akutmottagning förutsätter att det finns en reflekterande hållning hos de medarbetare som arbetar där (Dahlberg & Segersten, 2010). Enligt Gustafsson och Fagerberg (2004) men också Ekebergh (2009) bidrar reflektion till att utmana och utvidga medarbetares befintliga kunskaper. Samtidigt finns det begränsade möjligheter till reflektion på en akutmottagning (delstudie IV) och i den mån utrymme finns är reflektionen främst inriktad mot det vardagliga förbättringsarbetet (delstudie III). Begränsade förutsättningar till reflektion hämmar de feedbackprocesser som är grund för lärandet (Argyris, 1993). Därför kan ett begränsat utrymme för reflektion ses som en organisatorisk svaghet. Utan reflektion finns risk att samma förgivet tagna och ineffektiva handlande upprepas gång på gång (Stacey, 2011), vilket riskerar att påverka medarbetares förmåga att genomföra uppdraget för en akutmottagning.

VÅRDARBETETS UTMANINGAR

Medborgares upplevda vårdbehov förväntas öka (Norbäck & Targama, 2009) samtidigt som sjukvårdens resurser sannolikt inte kommer att öka i motsvarande grad (Sveriges Kommuner och Landsting, 2010). Samtidigt lyfts krav i den politiska debatten på bättre tillgänglighet, service och bemötande av patienter som söker sjukvård på en akutmottagning. Det ställs också krav på högre ambitioner när det gäller effektivisering och löften ges om resursförstärkning (Andersson & Holmberg, 2014; Eliasson & Linnarsson, 2014). Att ha ett holistiskt perspektiv och göra det bästa för de patienter som söker vård på en

akutmottagning är viktigt med det får inte stanna vid retorik. Vårdarbetet styrs av politiska och ekonomiska mål men det tycks som det främst är dess ekonomiska resultat som bedöms (Strömberg, 2004). Därför är det nödvändigt att ekonomiska och organisatoriska krav sammanfogas med patienters vårdbehov. Det är också nödvändigt att vårdarbetet kan möta patienters framtida vårdbehov och att vårdarbete på akutmottagning bedöms utifrån ett helhetsperspektiv.

AVHANDLINGENS KUNSKAPSBIDRAG

Avhandlingens kunskapsbidrag utgörs av ökad förståelse för vårdarbete på akutmottagning och den kompetens vårdarbetet kräver. Vårdarbete på akutmottagning är medikaliserat och resultatstyrt. Det är utifrån denna förståelse som vårdarbetet bör utvecklas. Det finns en risk att ett medikaliserat och resultatstyrt vårdarbete bidrar till dehumanisering där patienter bemöts som ett symtom eller en sjukdom och behandlas som en produktionsenhet som skjutsas runt på en akutmottagning. Vårdarbetet bör förstås som en konstruktion i ett socialt system. Det innebär att medarbetare och chefer mer eller mindre medvetet har enats om hur vårdarbete på en akutmottagning ska fungera. I denna enighet finns det spänningar mellan olika yrkesgrupper och mellan medarbetare och chefer. Dessa spänningar kan i förlängingen påverka förutsättningarna att leda vårdarbetet och hindra utvecklandet av vissa funktioner till exempel samarbete. Förståelse av systemet och hur systemet kan förbättras kan underlätta utveckling av vårdarbetet och den kompetens vårdarbetet kräver.

För att kunna förbättra kvalitén på det vårdarbete som utförs samt säkra nödvändig kompetens måste medarbetare och chefer först bli medvetna om de traditioner och perspektiv som existerar på en akutmottagning, vilket avhandlingens resultat kan bidra med. Det kräver dock ledarskap som efterfrågar kunskapen och ledare som vågar att kritisk granska och värdera de strukturer, maktförhållanden och perspektiv som påverkar vårdarbetet och syn på vad för kompetenser vårdarbetet kräver.

Avhandlingens resultat kan även användas i utbildning som underlag för analys och diskussion kring medarbetares och chefers perspektiv på vårdarbetet, till patienters tillstånd och livssituation samt hur vårdandet sker på en akutmottagning. Detta innebär att avhandlingen kan bidra till att belysa sådant som är betydelsefullt för den enskilde patienten även om utgångspunkten för avhandlingen är medarbetares och chefers perspektiv.

Slutligen kan avhandlingen vara ett stöd för enskilda medarbetares och chefers reflektion och kritiska granskning av sitt perspektiv på patienter och närstående samt till andra medarbetare och chefer på akutmottagning.

SLUTSATSER OCH KLINISK BETYDELSE

Denna avhandling belyser medarbetares och chefers perspektiv på vårdarbete och den kompetens vårdarbetet kräver. De slutsatser som dras av genomförda studier och avhandlingens kapp är att:

- Vårdarbetet konstitueras av ett medicinskt perspektiv där livshotande tillstånd är i fokus.
- Vårdarbetet styrs av politiska beslut där fokus är på resultat såsom korta ledtider, effektiva processer och en budget i balans.
- Vårdarbetet sker snabbt, standardiserat och under kort tid med begränsade förutsättningar att tillgodose patienters individuella vårdbehov.
- Vårdarbetet kräver fördjupad kompetens utöver grundutbildningen som exempel till sjuksköterska.
- Hierarkiska spänningar mellan olika yrkesgrupper och ekonomiska resurser påverkar medarbetares förutsättningar att utveckla den kompetens vårdarbetet kräver.
- Medarbetares förutsättningar att skapa förtroendeingivande vårdmöten påverkas av det tempo och perspektiv som finns i och på vårdarbetet.
- Medarbetare förväntas anpassa sig, samarbeta och organisera vårdarbetet för att möta patienters vårdbehov.
- Chefers begränsade mandat att styra vårdarbetet påverkar deras handlingsfrihet och förmåga att utveckla vårdarbetet.
- Chefer ser inte alltid sitt fulla ansvar att ta till vara på och utveckla medarbetares kompetens.

Utifrån de resultat som presenteras i avhandlingen föreslås att följande förutsättningar skapas för att stärka vårdarbete och den kompetensvårdarbetet kräver på akutmottagning:

- Utveckla och implementera en vårdetisk hållning där den enskilde patienten möts och bekräftas som en individ i stället för ett sjukdomstillstånd. Tvärprofessionella reflektionsgrupper med fokus på patienten som individ är ett tillvägagångssätt.
- Utveckla arbetsprocesser som tar hänsyn till patienters individuella vårdbehov och som gör väntetid till vårdande tid. Regelbunden tillsyn är ett exempel på vad som kan ingå i en sådan arbetsprocess.
- Anställa medarbetare som är intresserade av att tjänstgöra och utveckla ett holistiskt perspektiv på vårdarbete på akutmottagning. Ett system med akutläkare och specialistutbildade sjuksköterskor inom akutsjukvård kan vara ett sätt att fånga intresserade medarbetare.
- Tillgodose att alla medarbetare utifrån deras specifika ansvarsområde och befogenheter ges fortlöpande både medicinsk och vårdvetenskaplig kompetensutveckling. Tydliga kompetensutvecklingsstrategier och rutiner behöver utvecklas för att möta patienters biologiska och existentiella vårdbehov.

FORTSATT FORSKNING

Denna avhandling visar att det behövs mer kunskap för att möjliggöra utveckling av vårdarbetet på akutmottagning. Några förslag på fortsatt forskning är:

- Personcentrerad vård: Jämföra personcentrerad vård med standardvård på akutmottagning.
- Patientbedömningar: Undersöka hur medicinska, existentiella och etiska frågeställningar och dilemman hanteras i samband med bedömning av patienter som söker sjukvård på akutmottagning.
- Patientflöden och vårdprocesser för särskilt utsatta patientgrupper: Granska gjorda bedömningar och utförda vårdåtgärder på akutmottagning med avsikt att korta väntetiden till exempel för äldre patienter.

SUMMARY IN ENGLISH

INTRODUCTION

The subject of this thesis is the work involved in providing emergency healthcare including the competencies required for this work in an emergency department (ED). The assignment of an ED is to provide safe emergency healthcare while adopting a caring and cost-effective approach. This includes assessment, diagnosis, treatment and caring, all within an acceptable timeframe in relation to the patients' needs. In this thesis, the work to provide emergency healthcare is termed Emergency Healthcare Work (EHW). This everyday work is ongoing all the time, each and every day, and its directive is to care for patients with both urgent and non-urgent conditions.

Previous research describes various aspects of and perspectives on EHW in an ED such as patient flow, overcrowding, assessment of patients and patients with non-urgent conditions. There is also research describing aspects of competencies for EHW. Despite this, there are no studies of the total complexity in EHW. This means that the results contributed by previous research provide a rather simplified and fragmented picture of EHW in an ED.

This thesis presents the practitioners' and managers' perspectives. The term "practitioners" is used in this thesis as a generic term referring to assistant nurses, nurses and medical doctors. These are the professional groups that encounter patients and carry out EHW. Clinical managers, head nurses, deputy head nurses and healthcare developers belong to the group referred to as "managers", those who represent management in an ED. A system thinking approach is used as a theoretical framework to understand the patterns, relationships, and processes in EHW. According to this thinking, EHW is seen as a whole that exists through its parts. Within this system there are not only practitioners and managers but also patients, all of whom are interconnected and interact with each other. The interconnections and interactions of these groups together influence the functioning of the system.

RATIONALE

An ED is responsible for providing EHW for the patients who attend an ED for subjectively experienced symptoms and/or objectively displayed signs of illness or injury. The ED's assignment is fulfilled by practitioners' EHW, which is both complex and challenging. Patients'

differing needs and increasing demand for healthcare and practitioners' responsibility under all circumstances to create good encounters with patients clearly demonstrate the prevailing patient care problems and the competencies needed to cope with them. In addition, practitioners are responsible for providing good, safe and cost-effective EHW for patients seeking care and treatment at an ED. Managers at an ED are responsible for leading and managing such EHW, and they are also responsible for creating preconditions enabling practitioners to carry out EHW, for example safeguarding and developing the necessary competencies. To develop EHW in the ED, further knowledge is needed, describing EHW and its clinical components. Both practitioners and managers need to include a holistic approach to EHW in their perspectives. It is also important to study the way in which EHW content and implementation influence the ED assignment.

The knowledge acquired is expected to stimulate and contribute to the development of care that can support future EHW in the ED.

AIMS

The overall aim of the thesis is to obtain an understanding of EHW and the competencies required by EHW, based on practitioners' and managers' perspectives. Specific aims for each study were:

- | | |
|-----------|---|
| Study I | Describe head nurses' conceptions of emergency nursing competence needs and their responsibility for creating prerequisites of competence development in emergency nursing. |
| Study II | To explore the EHW of the assistant nurses, nurses and medical doctors and their care and treatment of patients with urgent and non-urgent conditions at Swedish EDs. |
| Study III | To explore managers' experiences of managing EHW in Swedish EDs. |
| Study IV | To explore what kind of competencies practitioners and managers describe as necessary for the practitioners to perform their EHW in EDs. |

METHODS

This thesis consists of four studies. Study I uses a descriptive design while an exploratory design has been used in studies II-IV. Different data collection methods have been used, such as questionnaires, participant observation and various forms of interviews. For analysis of the studies, descriptive statistics as well as quantitative and qualitative content analysis were used. Finally, theory-governed analysis was used to obtain the final, combined results.

RESULTS

The results show that EHW in the ED regarding the care and treatment of patients with urgent and non-urgent conditions is characterized by a mechanical approach (Study II). The encounter between practitioners and patients is rapid, brief and standardized (Study II). Ultimately, the purpose of EHW is to maintain and secure the patient's vital functions while waiting for the doctor's decision (Study III). Meanwhile, opportunities to meet individualized care are limited (Study II). For practitioners, EHW makes demands on adaptability and collaboration as well as the organizational skills of the practitioners (Study II). Managers feel dissatisfaction when leading EHW (Study III) and they do not always perceive their full responsibilities, such as for example creating the preconditions for competence development (Study I). At the same time, their mandate to control EHW is limited by the systems that surround an ED (Study III). The results also show the need for more formal education, such as for example specialist education in emergency nursing (Study I). There is a consolidated view on the necessary competencies in the ED (Study IV). This view is based on a medical approach where emergency and lifesaving work is the focus, a view that constitutes the basis of EHW (Study IV). Simultaneously, the conditions for developing the necessary competencies are influenced by hierarchical tensions between different professions and the financial resources available at the ED (Study IV). Theory-governed analysis based on an interpretation grounded on system thinking shows that EHW is highly medicalized and result-driven. This has in turn impact on the preconditions for a holistic approach in terms of the design and implementation of EHW at an ED.

CONCLUSIONS

This thesis has highlighted practitioners' and managers' perspectives of EHW and the competencies required by EHW. The conclusions are: EHW is determined by a purely medical approach where the focus is on

life-threatening conditions. This limits the practitioners' ability to take a holistic view of EHW. EHW is brief, rapid and standardized with limited opportunity to meet patients' individual care needs. EHW requires more formal education. Hierarchical tensions between different occupational groups and limited economic resources influence the practitioners' possibilities for developing the competencies required by EHW. Practitioners are expected to adapt, collaborate and organize EHW to meet changes in workload. Managers have a limited mandate to lead EHW and they do not always perceive their full responsibility for the practitioners' competence development.

TACK

Att skriva en doktorsavhandling är som att resa längs en lång och slingrig flod, vilken är fylld av grynnor som dyker upp här och där. Resan fram till disputation har inte varit rak, jämn och förutsägbar även om tidtabellen antytt detta. Denna avhandling har tagit sin tid att färdigställa och under resans gång har en hel del händelser inträffat både i arbetet och privat. Att förena avhandlingsskrivandet med vardagslivet har därför inte varit enkelt men nu är jag i vart fall framme vid slutdestinationen på denna forskarutbildningsresa.

För finansiering och ekonomiskt stöd till min avhandling vill jag tacka Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap/Akademien för vård, arbetsliv och välfärd. Jag vill också tacka Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa för en givande forskarutbildning.

Under den här resan har jag mött och umgåtts med många personer som jag vill tacka:

Först vill jag tacka min familj. *Eva*, jag är väldigt tacksam för allt stöd du gett för att få vardagen att fungera. Utan din hjälp och din förståelse hade inte avhandlingsarbetet varit möjligt att genomföra. *Emma* och *Calle*, ni har fått mig att komma ihåg och förstå att det finns många betydelsefulla delar här i livet. Hälsa, skola, kärlek, zombies, Sci-Fi eller att bara vara, är också viktigt för att vardagen ska fungera och kännas meningsfull. Jag vill också tacka min mamma *Karin* och pappa *Evald* för ert stöd att klara av tillvaron.

Kerstin Nilsson, Eva Jakobsson Ung, Birgitta Wireklint-Sundberg. Ni har som handledare varit ytterst viktiga för detta avhandlingsarbete. Tack för att ni lagt ner oräkneliga timmar på att läsa och kommentera mina texter. Tack också för att ni ägnat åtskilliga timmar åt att diskutera mina tankar kring innehållet i dessa texter. Ett särskilt tack till dig *Kerstin* för att du velat följa min akademiska resa från magisterstudent tills nu.

Carina Furåker, du var också en viktig handledare i början av detta avhandlingsarbete. Tack för dina värdefulla synpunkter när detta avhandlingsarbete designades. Jag vill också tacka för att du läst, diskuterat och kommit med betydelsefulla synpunkter på en av delstudierna. Ett särskilt tack för att du väckte mitt intresse för vårdpedagogik.

Per Mårin, du var en av få chefer jag mötte i egenskap av sjuksköterska som såg betydelsen av akutmottagningsforskning. Tack för att du gav mig möjlighet att påbörja mina doktorandstudier och att du kämpade för detta så länge det gick.

Ingela Höglund och *Angela Bång* mina närmaste chefer. Tack för att ni har hjälpt och stöttat mig både via samtal och via "TFU fördelningen".

Maria Nyström och *doktorandgruppen* vid Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap/Akademien för vård, arbetsliv och välfärd. Tack för alla de vetenskapliga diskussioner jag har fått tillsammans med er.

Ingegärd Bergbom, *Dick Stockelberg*, *Eric Carlström*, *Anna Kristensson Ekwall*, *Axel Wolf* och *Marie Berg*. Tack för era värdefulla synpunkter i samband med antingen mitt halvtidsseminarium eller slutseminarium.

Lars Edgren och *Hanna Svanström*. Tack för era värdefulla synpunkter vad det gäller systemtänkandet.

Jag vill också tacka *Eva-Karin*, *Marie*, *Liselotte*, *Lars-Eric*, *Kajsa* och *Maria* för ert bidrag i "expertgruppen".

Alla kollegor i arbetslag 3, Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap/Akademien för vård, arbetsliv och välfärd. Tack för alla pedagogiska och vetenskapliga samtal som skett under de år jag fått förmånen att arbeta med er. Ett speciellt tack till *Anders Bremer* för värdefulla kommentarer innan mitt avhandlingsarbete gick till tryck.

Jag vill ge ett särskilt tack till *Annette Erichen Andersson*. Du har varit min doktorandkollega under alla dessa år. Tack för alla intressanta vetenskapliga och icke-vetenskapliga diskussioner vi haft, diskussioner jag hoppas kommer att fortsätta framöver.

Till sist vill jag framföra ett varmt tack till alla medarbetare och chefer från olika akutmottagningar som delat med sig av sitt vårdarbete och låtit mig få ta del av detta.

"Allting verkar omöjligt till dess det är gjort"
Nelson Mandela

REFERENSER

- Adami, M.F. (2005). The use of triangulation for completeness purposes. *Nurse Researcher*. 12, 19-29.
- Ajeigbe, D.O. & McNeese-Smith, D. (2013). Nurse-Physician Teamwork in the Emergency Department. *The Journal of Nursing Administration*. 43, 142-148.
- Andersson, A-K., Omberg, M. & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*. 11, 136-145.
- Andersson, J. & Holmberg, H. (2014). S svek sitt vallöfte om kortade akutköer(*publicerad 11 juli 2014*). *Göteborgsposten*.
- Angrosino, M.V. (2007). *Naturalistic Observation*. Left Coast Press, Walnut Creek.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for action: A guide to overcoming barriers to organizational change*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Asaro, P.V., Lewis, L.M. & Boxerman, S.B. (2007). The Impact of Input and Output Factors on Emergency Department Throughput. *Academic Emergency Medicine*. 14, 235-242.
- Asplin, B.R., Magid, D.J., Rhodes, K.V., Solberg, L.I., Lurie, N. & Camargo, C.A. (2003). A Conceptual Model of Emergency Department Crowding. *Annals of Emergency Medicine*. 42, 173-180.
- Backman, A.S., Blomqvist, P., Lagerlund, M., Carlsson-Holm, E. & Adami, J. (2008). Characteristics of non-urgent patients Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 26, 181-187.
- Backman, A.S., Blomqvist, P., Lagerlund, M. & Adami, J. (2010a). Physician Assessment of Appropriate Healthcare Level Among Nonurgent Patients. *The American Journal of Managed Care*. 16, 361-368.
- Backman, A.S. (2010b). *Emergency care seeking behaviour: in relation to patients' and providers' perceptions and attitudes*. (Akad. Avh.). Department of Medicine, Solna. Karolinska University Hospital, Stockholm.
- Backman, A.S., Blomqvist, P., Svensson, T. & Adami, J. (2010c): Health care utilization following a non-urgent visit in emergency department and primary care. *Internal and Emergency Medicine*. 5, 539-546.

- Baker, S. (2012). Hourly rounding in the emergency department: How to accelerate results. *Journal of Emergency Nursing*. 38, 69-72.
- Bartscht, J. (2013). The cybernetics of authenticity. *Kybernetes*. 42, 528-643.
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press, New York.
- Bass, B.M. (1998). *Transformational leadership: Industrial, Military, and Educational Impact*. Lawrence Erlbaum, New Jersey.
- Bass, B.M., Avolio, B.J., Jung, D.I. & Berson, Y. (2003). Predicting Unit Performance by Assessing Transformational and Transactional Leadership. *Journal of Applied Psychology*. 88, 207-218.
- Berlin, J. & Carlström, E. (2008). The 20-minute team – a critical case study from the emergency room. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 14, 569-576.
- Bianco, A., Pileggi, C. & Angelillo, I.F. (2003). Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. 117, 250-255.
- Blennerberger, E. (2007). *Etik och Ledarskap- Etisk kod för chefer*. Liber, Malmö.
- Bolton, S. (2003). Multiple roles? Nurses as managers in the NHS. *International Journal of Public Sector Management*. 16, 122-130.
- Brower, H., Schoorman, F. & Tan, H. (2000). A model of relational leadership: the integration of trust and leader-member exchange. *Leadership Quarterly*. 11, 227-250.
- Burney, M., Underwood, J., McEvoy, S., Nelson, G., Dzierba, A., Kauari, V. & Chong, D. (2012). Early detection and treatment of severe sepsis in the emergency department: Identifying barriers to implementation of a protocol-based approach. *Journal of Emergency Nursing*. 38, 512-517.
- Burns, J. (1978). *Leadership*. Harper and Row, New York.
- 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.

- Byström, E. (2013). *Ett lärorikt arbete? Möjligheter och hinder för undersköterskor att lära och utvecklas i sjukvårdsarbetet.* (Akad. Avh.). Institutionen för beteendevetenskap och lärande. Linköpings universitet, Linköping.
- Capra, F. (1996). *The web of life: a new scientific understanding of living systems.* Anchor Books, New York.
- Capra, F. (2005). Complexity and Life. *Theory, Culture & Society.* 22, 33-44.
- Carlström, E. (2009). *Vårdchefer- konsten att leda.* Studentlitteratur, Lund.
- Carter, A. & Grierson, R. (2007). The impact of ambulans diversion on EMS resource availability. *Prehospital Emergency Care.* 11, 421-426.
- Chang, K., Tseng, M. & Tan, T. (2004). Prehospital Delay After Acute Stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke.* 35, 700-704.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis.* Sage, London.
- Cheung, WJ., Rosenberg, H. & Vaillancourt, C. (2014). Barriers and Facilitators to Intraosseous Access in Adult Resuscitations When Peripheral Intravenous Access Is Not Achievable. *Academic Emergency Medicine.* 21, 250-256.
- Cheung, W.W.H., Heeney, L., Pound, J.L. (2002). An Advance Triage system. *Accident and Emergency Nursing.* 10, 10-16.
- Chu, W. & Hsu, L. (2011). The Process of Acquiring Practical Knowledge By Emergency Nursing Professionals in Taiwan: A Phenomenological Study. *Journal of Emergency Nursing.* 37, 126-131.
- Church, A. (2003). Critical care and emergency medicine. *Critical Care Clinic.* 19, 271-278.
- Collis, J. (2010). Adverse effects of overcrowding on patient experience and care. *Emergency Nurse.* 18, 34-39.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society.* John Hopkins University Press, Baltimore.
- Conroy, M.J., Weingart, G.S., & Carlson, J.N. (2014). Impact of checklists on peri-intubation care in ED trauma patients. *American Journal of Emergency Medicine.* 32, 541-544.

- Cooke, M.W., Wilson, S. & Pearson, S. (2002). The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. *Emergency Medical Journal*. 19, 28-30.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research* (3rd edition). Sage, Thousand Oaks.
- Crabtree, B.F. & Miller, W.L. (1999). *Doing Qualitative Research* (2nd edition). SAGE Publications, Inc Thousand Oaks.
- Creswick, N., Westbrook, J.I. & Braithwaite, J. (2009). Understanding communication networks in the emergency department. *BMC Health Services Research*. 9:247.
- Croskerry, P., Cosby, K.S., Schenkel, S. & Waers, R.L. (2009). *Patient Safety in Emergency Medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2nd edition). Studentlitteratur, Lund.
- Dahlberg, K. & Segersten, K. (2010). *Hälsa & vårdande I teori och praxis*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Dahlberg, K., Todres, L. & Galvin, K. (2009). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 10, 265-271.
- Daiski, I. (2004). Changing nurses' dis-empowering relationship patterns. *Journal of Advanced Nursing*. 48, 43-50.
- Daly, L.E. & Bourke, G.J. (2000). *Interpretation and Uses of Medical Statistics* (5th edition). Wiley-Blackwell, London.
- Davis, C.P. (2012). Emergency department visits: we are not prepared. *American Journal of Emergency Medicine*. 30, 1364-1370.
- Defloor, T., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Gobert, M., Darras, E. & Grypdonck, M. (2006). The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*. 56, 669-678.
- Derlet, R.W. & Richards, J.R. (2000). Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: Complex Causes and Disturbing Effects. *Annals of Emergency Medicine*. 35, 63-68.

- DeWalt, K.M. & DeWalt, B.R. (2002). *Participant observation: a guide for fieldworkers*. AltaMira Press, Walnut Creek.
- Dhingra, K.R., Elms, A. & Hobgood, C. (2010). Reducing Error in the Emergency Department: A Call for Standardization of the Sign-out Process. *Annals of Emergency Medicine*. 56, 637-642.
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B.F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*. 40, 314-321.
- Dickson, E., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A. & Singh, S. (2009). Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals *Annals of Emergency Medicine*. 54, 504-510.
- Dionne, S., Yammarino, F., Atwater, L. & Spangler, W. (2004). Transformational leadership and team performance. *Journal of Organizational Change Management* 17, 177-193.
- Downey, L., Zun, L.S. & Burke, T. (2013). Patients', nurses' and physicians' perception of delays in emergency department care. *Journal of Hospital Administration*. 2, 25-30.
- Downey, M., Parslow, S. & Smart, M. (2011). The hidden treasure in nursing leadership: informal leaders. *Journal of Nursing Management*. 19, 517-521.
- Eckmanns, T., Bessert, J., Behnke, M., Gastmeier, P. & Rüden, H. (2006). Compliance With Antiseptic Hand Rub Use in Intensive Care Units: The Hawthorne Effect. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 27, 931-934.
- Edgren, L. (2008). The meaning of integrated care: a systems approach. *International Journal of Integrated Care*. 8, e68.
- Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda - med stöd av handledning*. Studentlitteratur, Lund.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10:248.
- Eliasson H & Linnarsson H (2014) Nu lyfter S ambitionerna inom akutsjukvården (publicerad 19 juli 2014). *Göteborgs Posten*.

- Ellström, P-E. (1992). Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv. Norstedts Juridik AB, Stockholm.
- Ellström, P-E. (1997). The many meanings of occupational competence and qualification. *Journal of European Industrial Training*. 21, 266-273.
- Ellström, P-E. & Hultman, G. (2004). *Lärande och förändring i organisationer: Om pedagogik i arbetslivet*. Studentlitteratur, Lund.
- Elmqvist, C. (2011). *AKUT OMHÄNDERTAGANDE – I mötet mellan patienter, närstående och olika professioner på skadeplats och på akutmottagning*. (Akad. Avh.). Institutionen för hälso- och vårdvetenskap. Linnéuniversitetet, Växjö.
- Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2011). On a hidden game board: the patient's first encounter with emergency care at the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 2609-2616.
- Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2012). Trapped between doing and being: First providers' experience of "front line" work. *International Emergency Nursing*. 20, 113-119.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process *Journal of Advanced Nursing*. 62, 107-115.
- Enander, C., Lethvall, S., Letterstål, A. & Öhlén, G. (2007). *Fokusrapport: Triagearbete på akutmottagning*. Stockholms Läns Landsting, Stockholm.
- Endacott, R., Cooper, S., Sheaff, R., Padmore, J. & Blakely, G. (2011). Improving emergency care pathways: an action research approach. *Emergency Medical Journal*. 28, 203-207.
- Eraut, M. (1998). Concepts of competence. *Journal of Interprofessional Care*. 12, 127-139.
- Eriksson, H., Christiansen, M., Engström, A., Holmgren, J. & Salzman-Erikson, M. (2014). Slutord. I Eriksson, H. (red.). *Vårdvetenskap och postmodernitet. En introduktion*. Studentlitteratur, Lund.
- Eriksson, K. (2000). Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*. 15, 61-65.
- Eriksson, K. (2007). The Theory of Caritative Caring: A Vision. *Nursing Science Quarterly*. 20, 201-202.

Falkenström, E. (2012). *Verksamhetschefens etiska kompetens. Om identifiering och hantering av intressekonflikter I hälso- och sjukvården.* (Akad. Avh.). Institutionen för pedagogik och didaktik, Stockholms universitet, Stockholm.

Farion, K. & Morrison, L.J. (2001). Redefining emergency medicine procedures: Canadian competence and frequency survey. *Academic Emergency Medicine.* 8, 731-738.

Fee, C., Weber, E.J., Maak, C.A., & Bacchetti, P. (2007). Effect of emergency department crowding on time to antibiotics in patients admitted with community-acquired pneumonia. *Annals of Emergency Medicine.* 50, 501-509.

Finkelman, A.W. (2006). *Leadership and Management in Nursing.* Pearson, New Jersey.

Folland, S., Goodman, A.C. & Stano, M. (2013). *The Economics of Health and Health Care (7th edition).* Pearson Education Inc, Upper Saddle River.

Frank, C. (2010). *Tillfället gör delaktighet. Patienters och vårdares erfarenheter av patientdelaktighet på akutmottagning. En deskriptiv, metodutvecklande och utvärderande studie.* (Akad. Avh.). Institutionen för hälso- och vårdvetenskap. Linnéuniversitetet, Växjö.

Frank, C., Asp, M. & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care - A phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing.* 17, 15-22.

From, I., Nordström, G., Wilde-Larsson, B. & Johansson, I. (2013). Caregivers in older peoples' care: perception of quality of care, working conditions, competence and personal health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 27, 704-714.

Frykman, M., Hasson, H., Muntlin Athlin, Å. & von Thiele Schwarz, U. (2014). Functions of behavior change interventions when implementing multi-professional teamwork at an emergency department: a comparative case study. *BMC Health Services Research.* 14:218.

Fulda, K., Hahn, K., Young, R., Marshall, J., Moore, B., Espinoza, A., Beltran, N., McFadden, P., Crim, A. & Cardarelli, R. (2011). Recruiting Practice-based Research Network (PBRN) Physicians to Be Research Participants: Lessons Learned From the North Texas (NorTex) Needs Assessment Study. *Journal of the American Board of Family Medicine.* 24, 610-615.

Furåker, C. & Nilsson, A. (2013). Kompetens, kunskap och lärande. I Leksell, J. & Lepp, M. (red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser.* Liber, Stockholm.

- Gilardi, S., Guglielmetti, C. & Pravettoni, G. (2014). Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*. 70, 1299-1309.
- Glasberg, A.L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2007a). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*. 57, 392-403.
- Glasberg, A.L., Norberg, A. & Söderberg, A. (2007b). Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *Journal of Advanced Nursing*. 60, 10-19.
- Goldman, E.F., Plack, M.M., Roche, C.N. & Smith, C.L (2011). Learning Clinical Versus Leadership Competencies in the Emergency Department: Strategies, Challenges, and Supports of Emergency Medicine Residents. *Journal of Graduate Medical Education*. September, 320-325.
- Granberg, O. (2009). *Lära eller läras*. Studentlitteratur, Lund.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112.
- Grant, J.S. & Davis, L.L. (1997). Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. *Research in Nursing & Health*. 20, 269-274.
- Grimm, J.W. (2010). Effective Leadership: Making the difference. *Journal of Emergency Nursing*. 36, 74-77.
- Gruber, T., Sharma, A., Daneschvar, H. & Estfan, B. (2003). The Hawthorne effect in the assessment of pain by house staff. *American Journal of Hospice & Palliative Care*. 20, 231-234.
- Guerrero, D., Carling, P., Jury, .L, Ponnada, S., Nerandzic, M. & Donskey, C. (2013). Beyond the Hawthorne Effect: Reduction of Clostridium difficile Environmental Contamination through Active Intervention to Improve Cleaning Practices. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 34, 524-526.
- Gustafsson, C. & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*. 13, 271-280.
- Guttman, A., Schull, M.J., Vermeulen, M.J. & Stuke, I T.A. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *British Medical Journal*. 2011;342:d2983, 1-8.

Göransson, K. (2006). *Registered nurse-led emergency department triage: organisation, allocation of acuity ratings and triage decision making*. (Akad. Avh.). Hälsovetenskapliga institutionen. Örebro universitet, Örebro.

Göransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B. & Ehnfors, M. (2005). Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 19, 432-438.

Hairr, D.C., Salisbury, H., Johannsson, M. & Redfern-Vance, N. (2014). Nurse Staffing and the Relationship to Job Satisfaction And Retention. *Nursing Economics*. 32, 142-147.

Hallin, B. & Siverbo, S. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur, Lund.

Halm, M.A. (2009). Hourly Rounds: What Does the Evidence Indicate? *American Journal of Critical Care*. 18, 581-584.

Hansson, H. (2011). *Kollektiv kompetens*. Studentlitteratur, Lund.

Harrison, M. (2005). *Diagnosing organizations: methods, models, and processes (3rd edition)*. Sage Publications Inc., Thousand Oaks.

Herlitz, J., Bång, A., Wireklint-Sundström, B., Axelsson, C., Bremer, B., Hagiwara, M., Jonsson, A., Lundberg, L., Suserud, B-O. & Ljungström, L. (2012). Suspicion and treatment of severe sepsis. An overview of the prehospital chain of care. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 20, 42.

Herlitz, J., Wireklint-Sundström, B., Bång, A., Svensson, L. & Blomstrand, C. (2010). Early identification and delay to treatment in myocardial infarction and stroke: differences and similarities. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 18:48.

Hertting, A., Nilsson, K., Theorell, T. & Sätterlund Larsson, U. (2005). Assistant nurses in the Swedish healthcare sector during the 1990s: A hard-hit occupational group with a tough job. *Scandinavian Journal of Public Health*. 33, 107-113.

Hewison, A. (2004). *Management for Nurses and Health Professionals: Theory into practice*. Blackwell Science Ltd, Oxford.

Hogan, B., Rasche, C. & Braun von Reinersdorff, A. (2012). The First View Concept: introduction of industrial flow techniques into emergency medicine organization. *European Journal of Emergency Medicine*. 19, 136-139.

- Hogan, T.M., Losman, E.D., Carpenter, C.R., Sauvigne, K., Irmiter, C., Emanuel, L. & Leipzig, R.M. (2010). Development of Geriatric Competencies for Emergency Medicine Residents Using an Expert Consensus Process. *Academic Emergency Medicine*. 17, 316–324.
- Holland, L.L., Smith, L.L. & Blick, K.E. (2005). Reducing laboratory turnaround time outliers can reduce emergency department patient length of stay. *American Journal of Clinical Pathology*. 124, 672-674.
- Hsieh, H.F. & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis *Qualitative Health Research*. 15, 1277-1288.
- Huber, D. (2006). *Leadership and Nursing Care Management* (3rd edition). Saunders, Philadelphia.
- Hulley, S.B., Cummings, S.R., Browner, W.S., Grady, D.G. & Newman, T.B. (2007). *Designing Clinical Research*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Hwang, U., Richardson, L., Livote, E., Harris, B., Spencer, N. & Morrison, S. (2008). Emergency department crowding and decreased quality of pain care. *Academic Emergency Medicine*. 15, 1248-1255.
- Ieraci, S., Digiusto, E., Sonntag, P., Dann, L. & Fox, D. (2008). Streaming by case complexity: Evaluation of a model for emergency department Fast Track. *Emergency Medicine Australasia*. 20, 241-249.
- Institute of Medicine. (2006). *Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point*. The National Academies Press, Washington, D.C.
- Jackson. M.C. (2003). *System Thinking Creative Holism for Managers*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex.
- Johansson, B. (1996). *Från allmänmänsklig kompetens till omvårdnadskompetens. Rapport nr. 1996:1*. Göteborgs Universitet. Institutionen för vårdlärarutbildning, Göteborg.
- Johansson, G., Pörn, I., Theorell, T. & Gustafsson, B. (2007). A first-line nurse manager's goal-profile. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 149-159.
- Johansson, I., Strömberg, A. & Swahn, E. (2004). Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 33, 291-300.

Jones, C. (2005). The Costs of Nurse Turnover, Part 2 - Application of the Nursing Turnover Cost Calculation Methodology. *The Journal of Nursing Administration*. 35, 41-49.

Jorgensen, D.L. (1989). *Participant observation: a methodology for human studies*. Sage Publications, Thousand Oaks.

Jönsson, K. & Fridlund, B. (2013). A comparison of adherence to correctly documented triage level of critically ill patients between emergency department and the ambulance service nurses. *International Emergency Nursing*. 21, 204-209.

Kalisch, B.J. & Begeny, S.M. (2005). Improving nursing unit teamwork. *Journal of Nursing Administration*. 35, 550-556.

Kelly, A-M., Bryant, M., Cox, L. & Jolley, D. (2007). Improving emergency department efficiency by patient streaming to outcomes-based teams. *Australian Health Review*. 31, 16-21.

Knowles, E., O’Cathain, A. & Nicholl, J. (2011). Patients' experiences and views of an emergency and urgent care system. *Health Expectations*. 15, 78-86.

Kohli, E., Ptak, J., Smith, R., Taylor, E., Talbot, E. & Kirkland, K. (2009). Variability in the Hawthorne Effect With Regard to Hand Hygiene Performance in High- and Low- Performing Inpatient Care Units. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 30, 222-225.

Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Prentice Hall, New-Jersey.

Krippendorff, K. (2003). *Content analysis -an introduction to its methodology*. Sage Publications, London.

Kuhlmann, E., Burau, V., Correia, T., Lewandowski, R., Lionis, C., Noordegraaf, M. & Repullo, J. (2013). A manager in the minds of doctors: a comparison of new modes of control in European hospitals. *BMC Health Services Research*. 13, 246.

Kulstad, E.B., Sikka, R., Sweis, R.T., Kelley, K.M. & Rzechula, K.H. (2010). ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *The American Journal of Emergency Medicine*. 28, 304-309.

Kuntz, L. & Sülz, S. (2013). Treatment speed and high load in the Emergency Department—does staff quality matter? *Health Care Management Science*. 16, 366-376.

- Kwa, P. & Blake, D. (2008). Fast track: Has it changed patient care in the emergency department? *Emergency Medicine Australasia*. 20, 10-15.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. SAGE Publications Ltd Thousand Oaks.
- Kvale, S. & Bringsmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* Studentlitteratur, Lund.
- Land, L. & Meredith, N. (2013). An evaluation of the reasons why patients attend a hospital Emergency Department. *International Emergency Nursing*. 21, 35-41.
- Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M. & Sørli, V. (2005). Caring for older patients at an emergency department - emergency nurses reasoning. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 601-608.
- Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*. 25, 16-35.
- Lee, A., Hazlett, C.B., Chow, S., Lau, F-L., Kam, C., Wong, P. & Wong, T.W. (2003). How to minimize inappropriate utilization of Accident and Emergency Departments: improve the validity of classifying the general practice cases amongst the A&E attendees. *Health Policy*. 66, 159-168.
- Lega, F. & Mengion, A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*. 88, 326-338.
- Lennquist, L. (2007). *Traumatologi*. Liber, Stockholm.
- Lin, B., Hsu, C., Juan, C., Lin, C., Lin, H. & Chen, J-C. (2011). The role of leader behaviors in hospital-based emergency departments' unit performance and employee work satisfaction. *Social Science & Medicine*. 72, 238-246.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications Inc., Newbury Park.
- Lindgren, G. (1992). *Doktorer, systrar och flickor*. Carlsson bokförlag, Stockholm.
- Lindley-Jones, M. & Finlayson, B.J. (2000). Triage nurse requested x-rays: are they worthwhile? *Journal of Accident and Emergency Medicine*. 17, 103-107.

- Liu, S.W., Thomas, S.H., Gordon, J.A., Hamedani, A.G. & Weissman, J.S. (2009). A pilot study examining undesirable events among emergency department-Boarded patients awaiting inpatient beds. *Annals of Emergency Medicine*. 54, 381-385.
- Loiseau, D., Kitchen, K. & Edgar, L. (2003). A Comprehensive ED Orientation for New Graduates in the Emergency Department: The 4-year Experience of One Canadian Teaching Hospital. *Journal of Emergency Nursing*. 29, 522-527.
- Luhmann, N. (1995). *Social systems*. Stanford University Press, Stanford.
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 35, 382-385.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur, Lund.
- Marshall, C. & Rossman, G. (2006). *Designing Qualitative Research*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Marynowski-Traczyk, D. & Broadbent, M. (2011). What are the experiences of Emergency Department nurses in caring for clients with a mental illness in the Emergency Department? *Australasian Emergency Nursing Journal*. 14, 172-179.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H. & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*. 19, 376-382.
- McCarthy, G., Cornally, N., O' Mahoney, C., White, G. & Weathers, E. (2013). Emergency nurses: Procedures performed and competence in practice *International Emergency Nursing*. 21, 50-57.
- McCarthy, M., Zeger, S.L., Ding, R., Levin, SR., Desmond, J.S., Lee, J. & Aronsky, D. (2009). Crowding Delays Treatment and Lengthens Emergency Department Length of Stay, Even Among High-Acuity Patients *Annals of Emergency Medicine*. 54, 492-503.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Wiley-Blackwell Oxford.
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*. 8, 412-419.

- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51, 1087-1110.
- Meade, C.M., Kennedy, J. & Kaplan, J. (2010). The Effects of Emergency Department Staff Roundning on Patient Safety and Satisfaction. *The Journal of Emergency Medicine*. 38, 666-674.
- Meadows, D.H. (2008). *Thinking in Systems*. Chelsea Green Publishing, Vermont.
- Mikesell, L. (2013). Medicinal relationships: caring conversation. *Medical Education*. 47, 443-452.
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice - Hall, Dorchester.
- Morgan, G. (1982). Cybernetics and Organization Theory: Epistemology or Technique? *Human Relations*. 35, 521-537.
- Morgan, G. (2006). *Images of organization*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Morse, J.M. (2008). Confusing Categories and Themes. *Qualitative Health Research*. 18, 727-728.
- Nacht, J., Macht, M. & Ginde, A.A. (2013). Interhospital transfers from U.S. Emergency Departments: Implications for resource utilization, patient safety, and regionalization. *Academic Emergency Medicine*. 20, 888-893.
- Naughton, C., Drennan, J., Treacy, P., Fealy, G., Kilkenny, M., Johnson, F. & Butler, M. (2011). How different are older people discharged from emergency departments compared with those admitted to hospital? *European Journal of Emergency Medicine*. 18, 19-24.
- Nilsson, K. (2003). *Mandat - makt - management: en studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras*. (Akad. Avh.). Acta Universitatis Gothoburgensis, Göteborg.
- Norbäck, L-E. & Targama, A. (2009). *Det komplexa sjukhuset. Att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Studentlitteratur, Lund.
- Nugus, P. & Braithwaite, J. (2010). The dynamic interaction of quality and efficiency in the emergency department: Squaring the circle? *Social Science & Medicine*. 70, 511-517.

Nugus, P., Holdgate, A., Fry, M., Forero, R., McCarthy, S. & Braithwaite, J. (2011). Work Pressure and Patient Flow Management in the Emergency Department: Findings From an Ethnographic Study. *Academic Emergency Medicine*. 18, 1045-1052.

Nyström. (2003). *Möten på en akutmottagning. Om effektivitetens vårdkultur*. Studentlitteratur, Lund.

Nyström, M., Dahlberg, K. & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*. 40, 761-769.

Nyström, M., Dahlberg, K. & Carlsson, G. (2002). Inadequate Nursing Care in an Emergency Care Unit in Sweden: Lack of a Holistic Perspective. *Journal of Holistic Nursing*. 20, 403-417.

O'Brien, D., Williams, A., Blondell, K. & Jelinek, G.A. (2006). Impact of streaming "fast track" emergency department patients. *Australian Health Review*. 30, 525-532.

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

Ospina, M.B., Bond, K., Schull, M., Innes, G., Blitz, S. & Rowe, B.H. (2007). Key indicators of overcrowding in Canadian emergency departments: a Delphi study. *The Canadian Journal of Emergency Medicine*. 9, 339-346.

Parke, B., Hunter, K.F., Strain, L.A., Marck, P.B., Waughe, E.H. & McClelland, A.J. (2013). Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: A social ecological study. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 1206-1218.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*, 3. edn. SAGE, London.

Person, J., Spiva, L. & Hart, P. (2013). The culture of an emergency department: An ethnographic study. *International Emergency Nursing*. 21, 222-227.

Poksinska, B. (2010). The Current State of Lean Implementation in Health Care: Literature Review. *Quality Management in Health Care*. 19, 319-329.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research Principles and Methods (7th edition)*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health*. 29, 489-497.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th edition). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Polit, D.F., Beck, C.T. & Owen, S.V. (2007). Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health*. 30, 459-467.

Porteous, T., Ryan, M., Bond, C.M. & Hannaford, P. (2006). Preferences for self-care or professional advice for minor illness: a discrete choice experiment. *British Journal of General Practice*. 57, 911-917.

Porter-O'Grady, T. & Malloch, K. (2011). *Quantum Leadership: Advancing Innovation, Transforming Health Care* (3rd edition). Jones & Bartlett Learning, London.

Pytel, C., Fielden, N., Meyer, K. & Albert, N. (2009). Nurse-patient/visitor communication in emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 35, 406-411.

Ranheim, A. & Dahlberg, K. (2012). Expanded Awareness as a Way to Meet the Challenges in Care that is Economically Driven and Focused on Illness – A Nordic Perspective. *Aporia*. 4, 20-24.

Raup, G.H. (2008). The impact of ED nursemanager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *Journal of Emergency Nursing*. 34, 403-409.

Reeder, T., Burlison, D. & Garrison, H. (2003). The Overcrowded Emergency Department: A Comparison of Staff Perceptions. *Academic Emergency Medicine*. 10, 1059-1064.

Retezar, R., Bessman, E., Ding, R., Zegar, S.L. & McCarthy, M. (2011). The effect of triage diagnostic standing orders on emergency department treatment time. *Annals of Emergency Medicine*. 57, 89-99.e82.

Revans, R. (2011). *ABC of Action Learning*. Gower, Surrey.

Riksföreningen för Akutsjuksköterskor. (2010). Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård. Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm.

Roche, M., Duffield, C., Homer, C., Buchan, J. & Dimitrelis, S. (2014). The rate and cost of nurse turnover in Australia (article in press). *Collegian*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2014.1005.1002>.

Rotstein, Z., Wilf-Miron, R., Lavi, B., Seidman, D.S., Shahaf, P., Shahar, A., Gabay, U. & Noy, S. (2002). Management by Constraints: Considering Patient Volume when Adding Medical Staff to the Emergency Department. *The Israel Medical Association Journal*. 4, 170-173.

Russell Bernad, H. (2006). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches (4th edition)*. AltaMira Press, Lanham.

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

Sandahl, C., Falkenström, E. & von Knorring, M. (2010). *Chef med känsla och förnuft- Om professionalism och etik i ledarskapet*. Natur & Kultur, Stockholm.

Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health*. 23, 334-340.

Schaefer, R.B., Rea, T.D., Plorde, M., Peiguss, K., Goldberg, P. & Murray, J. (2002). An Emergency Medical Service Program of Alternative Destination of Patient Care. *Prehospital Emergency Care*. 6, 309-314.

Schull, M.J., Morrison, L.J., Vermeulen, M. & Redelmeier, D.A. (2003). Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *The Canadian Journal of Emergency Medicine*. 168, 277-283.

Schön, D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. John Wiley & Sons Inc., San Francisco.

Sebrant, U. (2005). Teamarbete och ledarskap. I Nilsson, K. (red.). *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete*. Studentlitteratur, Lund.

Seddon, J. (2010). Bort från styrning och kontroll – omvärdering av Lean service. Studentlitteratur, Lund.

Sellers, J., Cosby, R., Trim, K., Kaczorowski, J., Howard, M., Hardcastle, L., Sellers, C. & Woodward, C. (2002). Recruiting family physicians and patients for a clinical trial: lessons learned. *Family Practice*. 19, 99-104.

Senge, P.M. (1995). *Den femte disciplinen. Den lärande organisationens konst*. Thomson Fakta AB, Stockholm.

SFS. (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen. (senast uppdaterad 2012-12-28)*. Regeringskansliet, Stockholm.

SFS. (2003:460). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor (senast uppdaterad 2008-07-25)*. Regeringskansliet, Stockholm.

Shull, M.J., Vermeulen, M., Slaughter, G., Morrison, L. & Daly, P. (2004). Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Annals of Emergency Medicine*. 44, 577-585.

Smith, S., Mitchel, C. & Bowler, S. (2008). Standard versus patient-centred asthma education in the emergency department: a randomised study. *European Respiratory Journal*. 31, 990-997.

Socialstyrelsen. (1994). *Akut omhändertagande - Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade. MARS Rapport nr. 6/94*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (1997a). Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14). Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (1997b). *Socialstyrelsens allmänna råd; Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:8)*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2000). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1)*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2008). *Tilläggspecialiteter Akutsjukvård*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2009). *Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning Statistik från Injury Database (IDB) Sverige, 2008*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2011a). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2011b). Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2013*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Sorbero, M.E., Farley, D.O., Mattke, S. & Lovejoy, S.L. (2008). *Outcome Measures for Effective Teamwork in Inpatient Care: Final Report*. RAND Corporation, Santa Monica.

Stacey, R.D. (1996). *Complexity and creativity in organizations*. Berrett-Koehler Publisher, San Francisco.

Stacey, R.D. (2011). *Strategic management and organisational dynamics - The challenge of complexity*. Pearson Education Ltd., Essex.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.

Stolte, E., Iwanow, R. & Hall, C. (2006). Capacity-related interfacility patient transports: patients affected, wait times involved and associated morbidity. *The Canadian Journal of Emergency Medicine*. 8, 262-268.

Strömberg, H. (2004). *Sjukvårdens industrialisering: Mellan curing och caring – sjuksköterskearbetets omvandling* (Akad. Avh.). Samhällsvetenskaplig fakultet, Umeå universitet, Umeå.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2010). *Framtidens utmaning- Välfärdens långsiktiga finansiering*. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Akut förbättring: Ett nationellt projekt för bättre patientflöden på akutmottagningar*. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.

Säfwenbergs, U. (2008). Akutläkare är på frammarsch i Sverige. *Läkartidningen*. 105, 205-206.

- Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Prisma, Stockholm.
- Söderlund, M. (2012). Vårdande. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur, Lund.
- Todres, L., Galvin, K. & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 10, 53-63.
- Tsai, JC-H., Liang, Y-W. & Pearson, W.S. (2010). Utilization of Emergency Department in Patients With Non-urgent Medical Problems: Patient Preference and Emergency Department Convenience. *Journal of the Formosan Medical Association*. 109, 533-542.
- Universitetskanslerämbetet. (2014). *Specialistsjuksköterskor och vårdens behov. Rapport 2014:8*. Universitetskanslerämbetet, Stockholm.
- Valdez, A. (2008). Transitioning from novice to competent: What can we learn from the literature about graduate nurses in the emergency setting. *Journal of Emergency Nursing*. 34, 435-440.
- Van Vactor, J. (2011). Collaborative leadership model in management of health care *Journal of Business Research*. 65, 555-561.
- Vega, V. & McGuire, S. (2007). Speeding Up the Emergency Department: The RADIT Emergency Program at St. Joseph Hospital of Orange. *Hospital Topics*. 85, 17-24.
- Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet, Stockholm.
- Vicente, V., Castren, M., Sjöstrand, F. & Wireklint Sundström, B. (2013). Elderly patients' participation in emergency medical service when offered an alternative care pathway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 8: 10.3402/qhw.v8i0.20014.
- von Knorring, M., de Rijk, A. & Alexanderson, K. (2010). Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: a qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare. *BMC Health Services Research* 10:271.
- Walsh, M. & Kent, A. (2001). *Accident and Emergency Nursing (4th edition)*. Butterworth- Heinemann, Bath.

- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (2011). *Change: Principles of problem formulation and problem resolution*. W.W Norton & Company, Inc., New York.
- Wears, R.L., Perry, S.J., Wilson, S., Galliers, J. & Fone, J. (2007). Emergency department status boards: user-evolved artefacts for inter- and intra-group coordination. *Cognition, Technology & Work*. 9, 163-170.
- Wellstood, K., Wilson, K. & Eyles, J. (2005). "Unless you went in with your head under your arm": Patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine*. 61, 2363-2373.
- Wensing, M., Wollersheim, H. & Grol, G. (2006). Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implementation Science*. 1:2.
- Widgren, B., Jourak, M. & Martinius, A. (2008). METTS-A ger underlag för prioritering till rätt vårdnivå. *Läkartidningen*. 105, 201-204.
- Widgren, B. & Jourak, M. (2011). Medical emergency triage and treatment system (METTS): A new protocol in primary triage and secondary decision in emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine*. 40, 623-628.
- Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur, Lund.
- Williams, A., Lindsell, C., Rub, L. & Blomkalns, A. (2007). Emergency Department education improves patient knowledge of coronary artery disease risk factors but not the accuracy of their own risk perception. *Preventive Medicine*. 44, 520-525.
- Williamson, G.R. (2005). Illustrating triangulation in mixed-methods nursing research. *Nurse Researcher*. 12, 7-18.
- Wolf, A. & Carlström, E. (2014). Förutsättningar för omställning till personcentrerad vård- ledarskap, medarbetarskap och organisation. I Ekman, I. (red.). *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Liber, Stockholm.
- Yim, V.W., Graham, C.A. & Rainer, T.H. (2009). A comparison of emergency department utilization by elderly and younger adult patients presenting to three hospitals in Hong Kong. *International journal of Emergency Medicine*. 2, 19-24.
- Yoder-Wise, P.S. (2003). *Leading and managing in nursing (3rd edition)*. Mosby, St. Louis.

Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations (8th edition)*. Pearson, New Jersey.

Ödegård, S. (2006). *Säker Vård – patientskador, rapportering och prevention*. (Akad. Avh.). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.

DOKTORSAVHANDLINGAR FRÅN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA SAHLGRENSKA AKADEMIN VID GÖTEBORGS UNIVERSITET, GÖTEBORG

Doktorsavhandlingar

- Skärsäter, I. (2002). The importance of social support for men and woman, suffering from major depression – a comparative and explorative study.
- Ahlberg, K. (2004). Cancer-Related Fatigue – experience and outcomes.
- Drevenhorn, E. (2006). Counselling patients with hypertension at health centres – a nursing perspective.
- Olsson, L-E. (2006). Patients with acute hip fractures motivation, effectiveness and costs in two different care systems.
- Berg, L. (2006). Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård.
- Knutsson, S. (2006). Barns delaktighet genom besök hos närstående som vårdas på en intensivvårdsavdelning.
- Jakobsson, E. (2007). End-of-life care in a Swedish county – patterns of demographic and social condition, clinical problems and health care use.
- Henoch, I. (2007). Dyspnea Experience and Quality of Life among Persons with Lung Cancer in Palliative Care.
- Sahlsten, M. (2007). Ömsesidighet i förhandling – Sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet.
- Wikström, A-C. (2007). Knowing in Practice – a Tool in the Production of Intensive Care.
- Falk, K. (2007). Fatigue in patients with chronic heart failure – Patient experiences and consequences of fatigue in daily life.
- Jansson, U-B. (2007). Urinary bladder function and acquisition of bladder control in healthy children.
- Lindström, A-C. (2007). "Något som inte längre är" – distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv.
- Jerlock, M. (2007). Patients with unexplained chest pain – Pain experience, stress, coping and health-related quality of life.

- Melin-Johansson, C. (2007). Patients' quality of life – Living with incurable cancer in palliative home care.
- Hedemalm, A. (2007). Immigrants with heart failure – A descriptive study of symptoms, self care, social support, care and treatment.
- Patel, H. (2008). Patients with worsening Chronic Heart Failure – Symptoms and aspects of Care.
- Larsson, I. (2008). Patient och medaktör – Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras.
- Browall, M. (2008). Experience of adjuvant treatment among postmenopausal women with breast cancer - Health-Related Quality of Life, symptom experience, stressful events and coping strategies.
- Kenne Sarenmalm, E. (2008). When Breast Cancer Returns – Women's Experiences of Health, Illness and Adjustment During the Breast Cancer Trajectory.
- Sparud Lundin, C. (2008). Living with diabetes during transition to adult life – Relationships, support of self-management, diabetes control and diabetes care.
- Wickström Ene, K. (2008). Postoperative pain management – predictors, barriers and outcome.
- Wigert, H. (2008). Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård.
- Westin, L. (2008). Encounters in Nursing Homes – Experiences from Nurses, Residents and Relatives.
- Ringdal, M. (2008). Memories and Health Related Quality of Life – in patients with trauma cared for in the Intensive Care Unit.
- Janson Fagring, A. (2009). Unexplained chest pain in men and women – symptom perception and outcome.
- Hedman Ahlström, B. (2009). Major depression and family life – The family's way of living with a long-term illness.
- Johansson, I. (2009). The health care environment on a locked psychiatric ward and its meaning to patients and staff members.
- Abdalrahim, M. (2009). Postoperative Pain Assessment and Management. The Effects of an Educational Program on Jordanian Nurses' Practice, Knowledge, and Attitudes.

Nolbris, M. (2009). Att vara syskon till ett barn eller ungdom med cancersjukdom – Tankar, behov, problem och stöd.

Alsén, P. (2009). Illness perception and fatigue after myocardial infarction.

Olsson, U. (2009). Återhämtning och upplevd livskvalitet efter övre gastrointestinal kirurgi – ett patientperspektiv.

Bisholt, B. (2009). Nyutexaminerade sjuksköterskors yrkessocialisation – Erfarenheter av ett introduktionsprogram.

Lundblad, B. (2009). Skall jag gå, eller är det bättre att jag väntar? – Förutsättningar för barns toalettbesök i skolan.

Fridh, I. (2009). Vårdmiljö, vård och omvårdnad vid livets slut inom intensivvård.

Pennbrant, S. (2009). Äldre patienters, närståendes och läkares erfarenheter av mötet dem emellan. En studie inom sjukhusvård med ett sociokulturellt perspektiv.

Skyvell Nilsson, M. (2010). Nu är det du som är doktor, nu är det du som bestämmer. Studier av yrkeskunnandets utveckling och manifestation hos studenter och läkare.

Pettersson, M. (2010). Livskvalitet och hälsa. Patienters upplevelser i samband med Abdominellt Aorta Aneurysm.

Falk, H. (2010). There is no escape from getting old. Older persons' experiences of environmental change in residential care.

Jansson, I. (2010). Planerad processorienterad omvårdnad – nytta och implementering.

Lindfred, H. (2010). Ungdomars och deras föräldrars erfarenheter av att leva med inflammatorisk tarmsjukdom – fokus på hälsa, självkänsla och egenvård.

Johansson, M. (2010). Life after terminated IVF – experience and quality of life among men and women.

Jangsten, E. (2010). Third stage of labour – studies on management, blood loss and pain in Angola and Sweden.

Dencker, A. (2010). Avvaktande eller aktiv handläggning vid långsam förlossningsprogress hos friska förstföderskor - En studie om riskfaktorer, obstetriskt utfall och förlossningsupplevelse.

Andersson, I. (2010). Health-related quality of life after stem cell transplantation - The first year.

Nilsson, M. (2010). The perceived threat of the risk of graft rejection among organ transplant recipients.

Dahlqvist Jönsson, P. (2010). Living with bipolar disorder – The experiences of the persons affected and their family members, and the outcomes of educational interventions.

Edwall, L. (2011). Rutinbesök hos diabetessjuksköterskan. Vårdmötet och dess innebörd för personer med typ 2 diabetes.

Premberg, Å. (2011). Förstagångsfäders upplevelser av föräldrautbildning, förlossning och första året som far.

Nunstedt, H. (2011). Ett lärande verktyg – Hur patienter med egentlig depression och vårdpersonal erfar och använder portfoliomethoden inom psykiatrisk öppenvård

Flodén, A. (2011). Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive and critical care nurses.

Wennström B. (2011). Experiences, symptoms and signs in 3-11 year-old children undergoing day surgery in the context of perioperative dialogue.

Svenberg K. (2011). Mötet mellan patienten och läkaren. Erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning.

Karlsson, V. (2012). Att vårdas vaken med respirator - patienters och närståendes upplevelser från en intensivvårdsavdelning.

Lagström, A. (2012). Lärlingslärares - en studie om hur vård- och yrkeslärares uppdrag formas i samband med införandet av gymnasial lärlingsutbildning.

Andersson, S. (2012). Med risk för diabetes. Studier av symptom, självskattad hälsa och erfarenheter av att leva med risk för att utveckla typ 2 diabetes.

Wolf, A. (2012). Person-centred care. Possibilities, barriers and effects in hospitalised patients.

Rejnö, Å. (2012). Bråd död när patienten drabbats av stroke. Vårdares och närståendes upplevelser.

Jakobsson, S. (2012). Upplevelse och lindring av fatigue och gastrointestinala symptom – hos patienter som genomgår strålbehandling.

Eriksson, T. (2012). Närståendes besök hos patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning.

Berghammer, M. (2012). Living with a congenital heart disease: Adolescents' and young adults' experiences.

Lundén, M. (2013). Patients' experience of undergoing Vascular Interventional Radiology with focus on PTA and PCI, and nurse radiographers' experience of caring for these patients.

Erichsen Andersson, A. (2013). Patient Safety in the OR - Focus on Infection Control.

Ali, L. (2013). Caring situation and the provision of web-based support for young adults who are family members or close friends to persons with mental illness.

Thi Duong, H. (2013). Development of bladder control in a population that is potty-trained early - A follow-up study in Vietnamese children.

Berglund, H. (2014). Quality in the continuum of care for frail older persons - Structure, process and outcome.

Arvidsdotter, T. (2014). Stressrelaterad psykisk ohälsa; Upplevelser och behandling inom primärvården.

Håland, K. (2014). Violence against women in the childbearing period - Women's and men's experiences.

Alharbi, T. (2014). Implementation of personcentered care - Facilitators and Barriers.

Licentiatavhandlingar

Moene, M. (2006). Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp.

Lindström, I. (2007). Patienters delaktighet – en studie om vård i livets slutskede.