

Det helsevitenskapelige fakultet

Pasientopplevelser i akuttmottaket ved Nordlandssykehuset Bodø

En spørreundersøkelse før og etter innføring av overlege og strukturert team-mottak av pasienter i akuttmottak

Marie Jensen Thomassen, MK14

MED-3950: Masteroppgave i Medisin ved UiT Norges Arktiske Universitet, juni 2019

Veileder: Eirik Hugaas Ofstad, førsteamanuensis ved ISM

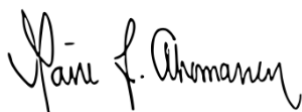
Forord

Hensikten med denne oppgaven var å innhente kunnskap om hvordan pasienter opplever opphold i akuttmottaket ved Nordlandssykehuset Bodø. Sekundært ønsket vi å se på om pasientopplevelsene endret seg etter konkret tiltak med innføring av lege-i-front (LIF), forsterket sykepleierbemanning og strukturert team-mottak av pasientene. Oppgaven er en del av et internt kvalitetssikringsprosjekt, og kunnskapen skal benyttes til å gjøre forbedringer av hvordan akuttmottaket organiseres, drives og fremstår ovenfor sykehusets brukere.

I jakten på spennende tematikk til min masteroppgave kontaktet jeg Eirik Hugaas Ofstad i august 2017 med spørsmål om han hadde noen interessante prosjekter på gang. Han presenterte da denne oppgaven, og vi ble raskt enige om et samarbeid for å dra prosjektet i videre retning. I planleggingsfasen av prosjektet hentet vi mye inspirasjon fra en allerede eksisterende brukerundersøkelse som har vært gjennomført i danske akuttmottak de siste årene.

Denne masteroppgaven er en retrospektiv studie, hvor datamaterialet baserer seg på analyser av spørreskjemaer sendt ut til alle pasienter som hadde kontakt med/ble innlagt via akuttmottaket ved NLSH Bodø i april og mai 2017, samt april og mai 2018. I forkant av datainnsamlingen ble det innhentet godkjenning fra personvernombudet. Spørreskjemaet ble utarbeidet juni 2017, og første runde med datainnsamling ble gjort sommer/høst samme år. Andre runde med innhenting av spørreskjemaer ble gjennomført sommeren 2018. Utforming av prosjektbeskrivelse, behandling av datamateriell, analyser og redegjøring av resultater er utført av undertegnede, med god bistand og korrektur fra veileder.

Jeg vil uttrykke en spesielt stor takk til min veileder Eirik Hugaas Ofstad for hans kompetanse, engasjement og tilgjengelighet gjennom hele arbeidsprosessen. Videre vil jeg takke merkantilt personell fra akuttmottaket som har hjulpet meg med plotting av resultater fra spørreskjemaer over i Excel. Til slutt vil jeg rette en stor takk til alle pasienter som har delt av sine erfaringer.



Bodø 31.05.2019

Marie Jensen Thomassen

Innholdsfortegnelse

Forord.....	I
Sammendrag.....	IV
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2 Organisering av akuttmottak i nasjonalt perspektiv.....	2
1.3 Bakgrunn for prosjektet lege-i-front (LIF) ved NLSH Bodø	3
1.4 Prosjekt lege-i-front (LIF)	3
1.5 Organisering av akuttmottaket ved NLSH Bodø	4
1.6 Prosjekt "Et vennlig sykehus"	5
1.7 Pasienttilfredshet.....	6
1.8 Formål	7
2 Materiale og metode	8
2.1 Gjennomføring av oppgaven	8
2.2 Etikk og samtykke	9
2.3 Spørreskjemaets oppbygning og innhold	9
2.4 Variabler.....	10
2.5 Studiepopulasjonen	10
2.5.1 Inklusjonskriterier.....	10
2.5.2 Endringer gjort ved registrering av data fra spørreskjema til Excel	10
2.6 Utsendelse og innhenting av spørreskjemaer	11
2.7 Statistisk metode.....	11
3 Resultater	12
3.1 Respondentenes karakteristika	12
3.2 Samlet tilfredshet etter opphold i akuttmottaket.....	13
3.3 Mottakelse og ventetider	13
3.3.1 Kommentarer fra spørreskjemaets fritekstfelt knyttet til mottakelse og ventetid.....	14
3.4 Sammenheng mellom ventetid og tilfredshet	15
3.5 Informasjonsflyt og personalets fremtoning.....	15
3.5.1 Kommentarer i spørreskjemaets fritekstfelt om personalets fremtoning.....	16
3.6 Praktiske forhold og smertelindring.....	17
3.7 Utvikling av pasientenes opplevelser fra 2017 til 2018	17
3.8 Forskjellige grupperes besvarelser	17

4	Diskusjon	19
4.1	Oppsummering av hovedfunn	19
4.2	Tolkning av funnene	20
4.3	Vurdering av den metodiske tilnærmingen	23
4.4	Sterke sider ved oppgaven	24
4.5	Svake sider med oppgaven	24
4.6	Mulige implikasjoner av funnene	25
5	Konklusjon	28
6	Referanser	29
7	Tabeller	32
8	Vedlegg	40
	Vedlegg 1: Følg brev	40
	Vedlegg 2: Spørreskjema	39
	Vedlegg 3: Veilederkontrakt	45
	Vedlegg 4: Sammendrag av kunnskapsartikler	47

Sammendrag

Bakgrunn:

Etter hva vi kjenner til har det aldri før vært gjennomført en systematisk studie i Norge som undersøker pasientopplevelser i møte med akuttmottak. Formålet med denne oppgaven var å øke kunnskapen om hvordan pasienter opplever opphold i akuttmottaket ved NLSH Bodø. Videre ville vi se om pasientopplevelsene endret seg etter innføring av ansvarlig overlege i akuttmottak (LIF) og strukturert team-mottak av pasientene.

Materiale og metode:

Datamaterialet baserte seg på analyser av spørreskjema sendt ut til alle pasienter som hadde kontakt med/ble innlagt via akuttmottaket ved NLSH Bodø i april og mai 2017, samt april og mai 2018. Kvantitative analyser ble gjennomført ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS25. Fritekstfeltene som er inkludert i spørreskjemaet har gitt nyttig kvalitativ tilleggsinformasjon rundt sider av pasientenes opplevelser som ikke fanges opp av tallgraderingen.

Resultater:

Studien inkluderte totalt 725 respondenter, henholdsvis 386 i 2017 og 339 i 2018. Måling av total tilfredshet viste gjennomsnittskår på 4,3 (i skalaen 1-5) i begge studieperiodene. På spørsmålene som omhandlet hvor raskt pasienten ble tilsett av sykepleier og lege var det en signifikant reduksjon i opplevd ventetid fra 2017 til 2018. Gjennomsnittlig opplevd ventetid for tilsyn av sykepleier viste en nedgang fra 16,5 min til 12,0 min ($p=0,018$). Tid-til-lege viste en reduksjon i gjennomsnittlig opplevd ventetid fra 49,7min til 32,4 min ($p<0,001$). Det var ingen signifikant endring i opplevd total oppholdstid i akuttmottaket. De spørsmålene pasientene svarte mest negativt på omhandlet informasjon om ventetiden, utviklingen av ventetiden, samt personalets evne til å la pasienten delta i beslutninger.

Konklusjon:

Majoriteten av pasientene var svært tilfredse og følte seg trygge under sitt opphold i akuttmottaket. Det kan ikke konkluderes med at legeledet team-triage fører til økt pasienttilfredshet. Studien bekrefter tidligere litteratur som sier at det foreligger en vesentlig kompleksitet i vurderingen av faktorer som påvirker pasienttilfredshet i møte med helsevesenet.

Nomenklatur og forkortelser

LIF – ”Lege i front”. Erfaren lege som er tilstede i akuttmottaket alle hverdager kl.09-16.

Lege som inngår i prosjektet skal ha minimum 3 års erfaring fra generell indremedisin.

LIS 1 – Lege i spesialisering del 1 (turnuslege). Ny spesialitetsforskrift trådte i kraft 1.september 2017. Ny spesialistutdanning består av tre deler, første del er lege i spesialisering del 1. Det som tidligere ble kalt turnustjenesten er altså nå avviklet og erstattet av LIS1. I denne oppgaven er imidlertid både LIS1 og turnuslege brukt som benevning.

LIS 2 – Lege i spesialisering del 2.

TTT – Tid-til-triage.

TTD – Tid-til-lege.

NLSH – Nordlandssykehuset.

SPSS – ”Statistical Package for the Social Sciences”.

Triage- Triage er fransk og betyr sortering. Triage er en prosess for å bestemme prioritering i behandling av pasienter basert på hvor alvorlig deres medisinske tilstand er. Dette skal gjøre pasientbehandlingen mer effektiv når ressursene er for utilstrekkelige til at alle kan bli behandlet med en gang.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

Hvordan legerressurser bør benyttes best mulig er et tema av evig aktualitet, og de siste årene har behovet for mer og bedre kompetanse i akuttmottakene vært debattert både nasjonalt og internasjonalt. Å ha økt faglig kompetanse på tilstedeværende leger i mottaket ved Nordlandssykehuset (NLSH) Bodø har vært et ønske og gjenstand for diskusjon i flere år (1). Akuttmottaket er inngangsporten til sykehuset, og førsteinntrykket ved ankomst er ofte med på å forme den totale opplevelsen av pasientens sykehusopphold. Pasienttilfredshet er en viktig kvalitetsfaktor på sykehusets tjeneste, og tilfredsheten ved mottakelse påvirkes av mange faktorer, eksempelvis oppfatning av ventetid og mellommenneskelige forhold mellom behandler og pasient (2). Et kompetent mottakelsesteam er essensielt for riktig og effektiv utredning, diagnostikk, og behandling av pasienter (3). Leger som jobber i akuttmottak står ovenfor en høy tetthet av kliniske beslutninger. Han/hun må identifisere et adekvat sett av diagnostiske og terapeutiske prioriteringer for hver pasient i et begrenset tidsrom og ofte med begrenset informasjon (4). Fram til startskuddet av dette prosjektet har det ved NLSH Bodø på lik linje med mange av landets akuttmottak vært sykepleiere og mer eller mindre uerfarne turnusleger (LIS1) som har møtt pasientene først (5). På grunn av perioder med høyt antall pasienter i mottaket samtidig, underdimensjonerte akuttmottak og legebemanning som tradisjonelt sett har bestått av de minst erfarne legene på sykehuset, har man til stadighet hørt historier om lang ventetid og ikke sjelden om lege/sykepleierfeil og pasientskade (6). Riksrevisjonen gjennomførte i 2006 en undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten i Norge. Rapporten fra undersøkelsen hevder at mangel på erfaring og beslutningskompetanse blant nyutdannede leger truer pasientsikkerheten, og det stilles spørsmålsteget om mangel på kompetanse i front kan være en årsaksforklaring til lang ventetid og opphopning av pasienter i sykehusets korridorer (7). Statens helsetilsyn utførte videre i 2007 et tilsyn ved 27 av landets 54 akuttmottak. NLSH Bodø var ikke inkludert i tilsynet, men det er naturlig å påstå at resultatene her samsvarer med det som har vært virkeligheten også i Bodø. Rapporten utgitt av Statens helsetilsyn i 2008 underbygger riksrevisjonens resultater, og det ble på nytt rettet kraftig kritikk mot organiseringen og ledelsen av norske akuttmottak (8).

Etter tilsynsrapporten i 2008 har det skjedd organisatoriske endringer ved mange av landets akuttmottak, men det er fremdeles signaler om at pasienter opplever unødig lang ventetid, utilstrekkelig overvåkning i mottaket, og mangel på tilsyn av relevant spesialitet (9).

Helsedirektoratet ytret i 2014 gjennom sin rapport "Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak" at det bør legges til rette for registrering av pasienterfaringer ved alle akuttmottak (9). Dette vil gi pasient og pårørende anledning til å formidle sine refleksjoner, samt at det gir ledelsen gode indikatorer for hva som dominerer i pasientenes opplevelse i møte med sykehuset. Pasienttilfredshet fortjener økt oppmerksomhet, ikke bare fordi det er et iboende verdig mål, men også fordi en opplevelse av å bli tatt godt hånd om bidrar i positiv retning for å bedre utfallet av pasientens kliniske tilstand (10, 11).

Til tross for at det i senere tid har blitt publisert flere studier internasjonalt som undersøker pasienttilfredshet, mangler det konsekvente konklusjoner om hva som er avgjørende faktorer for å oppnå mest mulig fornøyde pasienter i møte med helsevesenet (12). Noen studier antyder at ventetid er den avgjørende faktor i bestemmelsen total tilfredshet (13), mens andre hevder personalets tekniske ferdigheter, pasientens tilstand ved ankomst og mengden informasjon gitt til en pasient om hans/hennes tilstand er viktigst i bestemmelsen av tilfredshet (14).

1.2 Organisering av akuttmottak i nasjonalt perspektiv

Gjennom tilsynssaker og medieoppslag har det blitt fokusert på at pasienter ofte venter unødig på undersøkelse og behandling, at pasientene kan bli kasteballer i systemet, samt at det mangler en tydelig organisering og faglig ledelse i arbeidet i akuttmottak (9). Fagmiljøet har lenge ønsket økt kompetanse i akuttmottakene (15), men det har vært diskusjon og uenighet om hvordan det praktisk skal løses.

Døgnskuttinuerlig legebemannning i norske akuttmottak har tradisjonelt bestått av de minst erfarne legene (turnusleger og LIS2). Det har blitt sagt at mangel på erfaring og beslutningskompetanse hos uerfarne leger kan føre til flere innleggelser og forsinket avklaring av pasienters tilstand (7). De siste årene har det vært økt oppmerksomhet omkring pasientsikkerhet når det gjelder håndteringen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp (16). Øyeblikkelig hjelp er en samlebetegnelse for pasienter som kommer til sykehuset på kort varsel, og har behov for medisinsk hjelp og behandling innen ett døgn etter at de har kontaktet helsetjenesten første gang (8). Pasientgruppen som oppsøker akuttmottak utgjør over

halvparten av innleggelsene i norske sykehus (16), og opphopning i akuttmottak kan true pasientsikkerhet, senke behandlingskvalitet og øke antall medisinske feil (17).

Parallelt med utvikling av en ny spesialitet innen akuttmedisin (18), har det blitt ansatt et økt antall erfarne leger med fast tilhørighet i norske akuttmottak. Det er gjort få studier nasjonalt som undersøker effekten av fremskutt legekompentanse, og etter hva vi kjenner til ingen studier som undersøker pasientenes opplevelser og tilfredshet i møte med akuttmottak i Norge.

1.3 Bakgrunn for prosjektet lege-i-front (LIF) ved NLSH Bodø

Det ble i januar 2017 satt sammen en arbeidsgruppe ved NLSH Bodø som sparket fart på prosessen med å realisere prosjektet ”Lege-i-front” (LIF). Arbeidsgruppen ledet av Eirik Hugaas Ofstad utarbeidet i mai 2017 en rapport som beskrev en tydelig plan på hvordan implementering av økt faglig kompetanse i akuttmottaket skulle gjennomføres, og hvilke ressurser som var nødvendige for at ordningen skulle være av best mulig kvalitet (1). I prosessen med utarbeidelse av rapporten var medlemmer av arbeidsgruppen på ulike studiebesøk hos andre sykehus som allerede hadde innført overlege i akuttmottak, dette for å hente tips om hvordan de anvendte team-triage som var tilpasset tilstedeværende overlegekompetanse i akuttmottaket. Sommeren 2016 ble det gjennomført et pilotprosjekt ved NLSH Bodø, som innebar en prøveperiode med medisinsk overlege i akuttmottaket hver dag i en tidsavhengig periode (6 uker). Resultater fra pilotprosjektet, samt systematisk og godt arbeid av arbeidsgruppen LIF førte til at ledelsen ved NLSH Bodø vedtok at det fra mars 2018 skulle være overlege fysisk tilstede i akuttmottaket når pasienttrykket er størst.

1.4 Prosjekt lege-i-front (LIF)

Implementering av lege-i-front ved NLSH Bodø tar mål av seg å heve kvaliteten på diagnostikk og behandling, øke pasientflyten i akuttmottaket, fremme supervisjon av yngre leger og være en investering som skal gi klinikkene i sykehuset muligheter til bedre og mer effektiv pasientbehandling for pasienter innlagt via akuttmottaket (1).

I dag er lege-i-front tilstede hverdager mellom kl. 09.00 og 16.00, men det er også utarbeidet en plan som skisserer hvordan sykehuset skal sikre nødvendig kompetanse i akuttmottaket også etter kl.16.00 hverdager, samt helger. Anbefalingene i rapporten utarbeidet av arbeidsgrupper LIF inneholder tydelige ansvarsavklaringer, både mellom fagområder og mellom aktører i akuttmottaket (særlig LIF/LIS2/turnuslege). LIF skal være med i team-

triage av alle pasienter. LIF skal i tillegg ha en tett dialog med koordinator for å optimalisere pasientforløp og flyt i mottaket, og ha en aktiv rolle i supervisjon av sykehusets turnusleger og LIS2 på medisinsk avdeling.

I Helsedirektoratets rapport ”Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak” utgitt i 2014 blir det lagt vekt på at kompetanse i front skal sikre at alle pasienter som ankommer akuttmottaket skal bli vurdert av en erfaren lege. Kompetanse i front skal imidlertid ikke være til hinder for at leger under praksisperioder i akuttmottak (LIS1/turnusleger og LIS2) skal ha tett pasientkontakt og bruke aktiviteten i akuttmottaket som en viktig læringsarena (9).

1.5 Organisering av akuttmottaket ved NLSH Bodø

Akuttmottaket ved NLSH Bodø har i dag en kapasitet på inntil tolv sengeplasser. Overleger har tidligere ikke hatt tilstedeværende funksjon i mottaket, med unntak av ved hjertestans- eller traumealarm (1). Pasientene i akuttmottaket har fram til mars 2018 da prosjektet ble iverksatt blitt tatt i mot av turnusleger (LIS1) som har hatt støtte av leger i spesialisering (LIS2) fra medisinsk og kirurgisk/ortopedisk fagområder. Både LIS1/turnusleger og LIS2 ved disse avdelingene har vært, og er fremdeles døgnkontinuerlig tilstede. I tillegg har NLSH vaktgående lege fra nevrologisk, gynekologisk, revmatologisk, pediatrik, øye- og øre-nese-hals avdeling, hvor de fem sistnevnte spesialitetene ser majoriteten av sine akuttpasienter på egne avdelinger/poliklinikker utenfor akuttmottaket (5).

De fleste pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp ved sykehusene mottas i akuttmottaket (7). Det er internasjonalt utviklet flere systemer for vurdering av alvorlighet og hastegrad ved ulike medisinske tilstander (9). NLSH Bodø benytter Rapid Emergency triage and Treatment System (RETTTS) til å sortere pasientene etter medisinsk hastegrad, og alle pasienter som ankommer akuttmottaket blir triagert. Hensikten med trigesystem er å oppdage pasienter med alvorlig sykdom så tidlig som mulig. I tillegg ønsker man å sikre at pasientene ikke må vente lenger på første legetilsyn enn det som er akseptabelt ut fra pasientsikkerhetsperspektivet (19). Triage er fransk og betyr sortering (16), ved bruk av begrepet triage i denne oppgaven mener vi ”hastegradsvurdering”/”prioritering”.

Fra mars 2018 iverksatte NLSH Bodø ordningen med lege-i-front (LIF). Det har fra da vært en erfaren lege som er teamleder i akuttmottaket. I et ”team-triage”-system tas samtlige pasienter som ankommer akuttmottaket i mot av erfaren lege og sykepleier. Klinikktilhørighet

avklares så hurtig som mulig, og nødvendig diagnostikk igangsettes. Hastegradfastsettelsen i RETTS bygger på to ting,- vitalparametre (frie luftveier, respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, puls, blodtrykk og bevissthetsnivå), og algoritmer for ulike kontaktårsaker, kalt ESS (Emergency Symptoms and Signs) (19).

1.6 Prosjekt ”Et vennlig sykehus”

Folkehelseinstituttet har de siste årene gjennomført årlige undersøkelser som omhandler pasienterfaringer ved døgnopphold på norske somatiske sykehus, og rapporten fra 2016 viste at NLSH Bodø lå rett under landsgjennomsnittet på samtlige punkter. Sykehusledelsen måtte erkjenne at det var forbedringspotensialer innenfor blant annet områdene standard, informasjon, involvering, kommunikasjon og kultur, utskrivning og informasjon om hvordan pasienten skal forholde seg til egen situasjon etter utskrivelsen (20).

NLSH har i sitt forbedringsarbeid utarbeidet og gjennomført prosjektet ”Et vennlig sykehus”. Dette prosjektet har jobbet med å iverksette nye rutiner og standard for ”beste praksis” med utgangspunkt i resultater fra PasOpp-undersøkelsene 2013 og 2014. Målet med prosjektet ”Et vennlig sykehus” er at alle pasienter skal oppleve at de ble sett, hørt, forstått og involvert i egen behandling. Man ønsker at pasienten opplever et sykehus som er preget av en vennlighetskultur i alle deler, i tråd med kjerneverdiene kvalitet, trygghet og respekt (21).

Konkrete tiltak som ble satt i verk ved NLSH Bodø i forbindelse med prosjektet ”Et vennlig sykehus” var velkomstsamtale på sengepost, bedre mattilbud og estetikk, utreisesamtale, gjennomgang av enhetsvise brukerundersøkelser og fadderordning for nyansatte med tydelige opplæringsplaner (21). Overordnet var målet med prosjektet å øke pasienttilfredsheten ved alle sykehusets avdelinger.

Prosjekt ”Et vennlig sykehus” var altså rettet mot sykehusets sengeposter, og ingen direkte tiltak har fram til nå vært gjort mot akuttmottaket. Med bakgrunn i det gode arbeidet som var blitt iverksatt og gjennomført ved sykehusets avdelinger, oppstod et bra tidspunkt for gjennomføring av vårt prosjekt. Ved å identifisere pasientstemmen i akuttmottaket kan vi i sykehusets forbedringsarbeid opprette konkrete ”vennlighetstiltak” også ved sykehusets akuttmottak. Prosjekt ”Et vennlig sykehus” har blitt et meget godt eksempel på hvordan ansatte på alle nivåer virkelig har tatt tak i fellesskap, og løftet NLSH (22).

1.7 Pasienttilfredshet

Fokus på pasientopplevelser er i økende grad integrert og vektlagt i arbeidet med å forbedre helsetjenestens tilbud (23), og brukerundersøkelser utgjør en viktig del av dette arbeidet. Pasienttilfredshet er en god indikator på hvordan pasienten blir ivaretatt under et sykehusopphold (24). Ved å spørre og følge opp pasienters tilbakemeldinger blir sykehusene bedre rustet til å gjennomføre forbedringer innen områder som er viktige for pasientene. Pasienttilfredshet har dessuten også vært forbundet med bedre oppfølging av medisinsk behandling og behandlingsresultat (10, 11).

Hvor tilfreds en pasient er avhenger av mange faktorer, og påvirkes blant annet av forventninger, psykososiale forhold, oppholdstid på sykehuset, språkbarrierer, medisinsk tilstand og behandling (25). Behandlingsresultatene bedres når pasientene opplever at de er aktivt med i behandlingen, blir oppfordret til å stille spørsmål og føler seg emosjonelt støttet (11). Som helsepersonell handler det om evnen til å lytte og interessere seg for pasienten, snakke med pasienten på et språk som han/hun forstår, og opptre slik at pasienten føler seg sett og hørt (26). Mange møter med helsevesenet skjer når mennesker er på sitt mest sårbare. Pasienter som er i kontakt med/innlagt i akuttmottaket kan ha en opplevelse av tap av kontroll, det er derfor viktig at helsepersonell evner å møte pasienten ”der hun/han befinner seg” emosjonelt, samtidig som man gir god faglig oppfølging. God kommunikasjon tidlig i forløpet når pasienten ankommer sykehusets akuttmottak kan styrke pasientens og pårørendes trygghet i en vanskelig situasjon og dermed øke pasienttilfredsheten ved at pasienten blir behandlet på en oppmerksom og vennlig måte (21).

En undersøkelse gjennomført av forbrukerrådet i 2015 viste at en av tre har hatt negativt møte med helsevesenet i løpet av de siste fem årene. Først og fremst var det dårlig kommunikasjon og lange ventetider som tronet øverst på årsaklisten (26). Ventetid oppstår på flere trinn i pasientforløpet og kan skape utrygghet. Å få ned ventetiden er en viktig oppgave for norsk helsevesen. Det er naturlig å tenke at økt kompetanse og erfaring hos leger som jobber ved sykehusets inngangsport vil effektivisere akuttmottakets drift og ha positiv innvirkning på ventetider, og da påvirke den totale pasienttilfredsheten på en gunstig måte.

1.8 Formål

Formålet med denne oppgaven er å øke kunnskapen om hvordan pasienter opplever opphold i akuttmottaket ved NLSH Bodø. Videre vil vi se på om pasientopplevelsene endrer seg etter innføring av ansvarlig overlege i akuttmottak, forsterket sykepleierbemanning og strukturert team-mottak av pasientene. Kunnskapen skal benyttes til å gjøre forbedringer av hvordan akuttmottaket organiseres, drives og fremstår ovenfor sykehusets brukere.

Prosjektet vårt skal gi svar på følgende:

- Hvordan er pasienters tilfredshet ved opphold i akuttmottaket ved NLSH Bodø?
- Vil pasientopplevelsene ved akuttmottaket ved NLSH Bodø endre seg etter konkret tiltak med innføring av lege-i-front (LIF) og strukturert team-mottak av pasientene?

Med tanke på anbefalingen fra Helsedirektoratet i 2014 og NLSHs ønske om kontinuerlig forbedring av sin helsetjeneste, samt de varierte funnene i dagens litteratur knyttet til pasienttilfredshet, fant vi det interessant å utføre en brukerundersøkelse av pasienter som har vært i kontakt med akuttmottaket ved NLSH Bodø. Prehospital klinikk, medisinsk klinikk og prosjektet ”Et vennlig sykehus” besluttet våren 2017 å samarbeide. Det ble da utarbeidet et spørreskjema som skulle sendes ut til alle pasienter som var i kontakt med akuttmottaket ved NLSH Bodø april-mai 2017, samt i samme tidsperiode i 2018. Vi ønsket å se på tilfredshet isolert i 2017 og 2018, og videre sammenlikne utfallene disse to årene for å se eventuelle effektmål etter innføring av lege-i-front (LIF) og strukturert team-mottak. Måling av pasienters erfaring gir oss verdifull informasjon om kvaliteten på tjenestene sett i brukernes øyne, og bidrar i så måte til å bringe pasientenes perspektiv inn i arbeide med å utvikle akuttmottakets tjeneste ved NLSH Bodø.

2 Materiale og metode

Dette er en retrospektiv studie. Datamaterialet baserer seg på analyser av spørreskjema sendt ut til alle pasienter som hadde kontakt med/ble innlagt via akuttmottaket ved NLSH Bodø i april og mai 2017, samt april og mai 2018. Vi har altså sammenliknet resultater fra brukerundersøkelse før og etter konkret tiltak med innføring av lege-i-front (LIF) og strukturert team-mottak av pasientene. I forkant av datainnsamlingen ble det innhentet godkjenning fra personvernombudet. Alle data er anonymisert (med unntak av alder og kjønn), og svar på spørreskjemaer har blitt systematisk logget i regneark i Excel av merkantilt personell i akuttmottaket. Regnearket ble utarbeidet i samarbeid med veileder høsten 2017. Det var poengtert at utfylling av spørreskjemaet var frivillig, men vi oppfordret pasientene til å svare da det gir oss verdifull informasjon om kvaliteten på tjenesten sett i brukernes øyne. Det ble sendt ut følgebrev sammen med spørreskjemaet som informerte om prosjektet (vedlegg 1).

2.1 Gjennomføring av oppgaven

I forbindelse med vårt prosjekt ble Folkehelseinstituttet kontaktet i juni 2017 for å søke råd om eventuelle tidligere brukerundersøkelser som har vært gjort i akuttmottak. Min veileder ble da tipset om nasjonale undersøkelser fra akuttmottak som har vært gjennomført i Danmark, Storbritannia og USA. Danmark har de siste årene gjennomført en landsdekkende undersøkelse hvor de har sett på pasientopplevelser i akuttmottaket (27). Vi vurderte spørreskjemaet fra Danmark, fant det overførbart, oversatte det til norsk og la til ett spørsmål ("ble du behandlet på en måte som gjorde at du følte deg trygg"). Første runde med datainnsamling ble gjennomført sommeren 2017. Svarene på spørreskjemaene ble systematisk plottet inn i regneark i Excel av merkantilt personell i akuttmottaket. Vi valgte å avvente arbeidet med statistiske analyser til vi hadde resultater fra begge studieperiodene. Oktober 2017 ble utfyllende prosjektbeskrivelse ferdigstilt. Prosjektet ble deretter lagt til side en tid til fordel for medisinstudiet, men ble gjenopptatt sensommeren 2018 da vi hentet inn svar på spørreskjema fra den andre studieperioden. Da alle respondentenes svar var loggført, begynte prosessen med å tolke datamateriale, samt videre arbeid med selve oppgaven. Det har vært løpende god kommunikasjon og samarbeid med veileder gjennom hele prosessen.

2.2 Etikk og samtykke

Godkjenninger personvern: Prosjektet er en del av akuttmottakets kvalitets- og tjenesteutviklingsarbeid, og er godkjent av Personvernombudet ved NLSH Bodø. I vurderingen av søknaden finner vi at personopplysningene vil være regulert av § 7-26 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter Helsepersonelloven § 26, j.fr Personopplysningsloven og Helseregisterloven § 33 fjerde ledd. Fordi studien ikke direkte påvirker pasientens helse eller behandling, er det etter Helseforskningsloven ikke nødvendig med godkjenning fra Regional Etisk Komitè (REK).

2.3 Spørreskjemaets oppbygning og innhold

Spørreskjemaet var på 4 sider og inneholdt 25 spørsmål. Av disse var 23 lukkede spørsmål, mens 2 spørsmål var åpne kommentarfelt. Spørsmålene har blitt besvart i en fempunkts Likert-skala gående fra ”i svært stor grad” til ”i svært liten grad”. Til hvert spørsmål med denne graderingen var det også videre en mulighet for å sette kryss for ”ikke relevant for meg” eller ”vet ikke”. Kun to spørsmål var av typen som besvares med ”ja” eller ”nei”.

I de to kommentarfeltene hadde respondentene mulighet til å utdype i fritekst dersom det var noe ekstra å bemerke ved mottakelsen og opplevelsen av ventetiden, samt om det var kommentarer til ting personalet i akuttmottaket gjorde spesielt bra/dårlig.

Fritekstkommentarene ga nyttig kvalitativ tilleggsinformasjon rundt sider av pasientenes opplevelser av akuttmottaket som ikke fanges opp av tallgraderingen.

Spørreskjemaet inneholder 4 hovedkategorier som videre utarter seg i flere spørsmål knyttet til hver av kategoriene:

- Mottakelse og informasjon om ventetid i akuttmottaket
- Personalet og informasjon under ditt besøk i akuttmottaket
- Praktiske forhold og smertelindring under ditt besøk i akuttmottaket
- Ditt samlede inntrykk av ditt opphold i akuttmottaket

Spørreskjemaet kartla også kjønn, alder og spørsmål om hvordan pasienten kom seg til akuttmottaket (liggende i ambulansse, gående/for egen hjelp eller annet).

2.4 Variabler

Spørreskjemaet inneholder variabler som omfatter både kategoriske og kontinuerlige data. Viser til vedlegg 2 for oversikt over de ulike variablene som inngår i undersøkelsen.

2.5 Studiepopulasjonen

I resultatene skiller vi mellom to studiepopulasjoner:

- Pasienter som var i kontakt med akuttmottaket april-mai 2017 og som har respondert på spørreundersøkelse.
- Pasienter som var i kontakt med akuttmottaket april-mai 2018 og som har respondert på spørreundersøkelse.

2.5.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for å være med i studien var pasienter som hadde kontakt med/ble innlagt via akuttmottaket NLSH i april og mai 2017, og samme tidsperiode i 2018. Det ble ikke satt noen eksklusjonskriterier. Resultatene involverer derfor begge kjønn og har ikke noen begrensninger i forhold til pasientens alder. Det skal imidlertid nevnes at de fleste problemstillinger som gjelder barn henvises direkte til barneavdelingen uten å gå gjennom akuttmottaket. Unntakene er dersom barnet er så dårlig at man vurderer direkte innleggelse på intensivavdelingen. Barn med spørsmål om kirurgiske problemstillinger, øre-nese-hals og øye vil også ha inngangsport gjennom akuttmottaket, da dette er felt som ikke skal vurderes og behandles av pediaterne.

2.5.2 Endringer gjort ved registrering av data fra spørreskjema til Excel

Ved gjennomgang av svar på spørreskjemaene, i forbindelse med plotting til regneark i Excel, fremkom det noen svar knyttet til tidsaspektet som var vanskelig å forstå. Jeg kontaktet da min veileder og sammen gikk vi gjennom de aktuelle spørreskjemaene. Vi diskuterte hvordan vi skulle håndtere svar knyttet til beregnet oppholdstid som var langt over det som faktisk var reelt. Da disse svarene var av svært høy karakter ville de naturlig nok påvirke gjennomsnittverdiene våre unaturlig mye, og gi et feil bilde av hva som er hverdagen i akuttmottaket. Etter forslag fra veileder lagde vi derfor regler som skulle brukes konsekvent ved plotting av data fra spørreskjema over i regneark:

- Alle som svarte opplevd ventetid (spm. 7) i akuttmottaket over 12 timer ble slettet (regnet som ”manglende data”). Ved gjennomgang av reelle tall hadde ingen pasienter liggetid over 10 timer.
- Dersom en pasient hadde svart over 60 timer på spørsmål 7, ble det oppfattet som minutter og ikke timer. Videre ble det regnet om til timer. Respondentene ble i spørsmål 5 og 6 bedt om å svare i minutter, mens spørsmål 7 skulle svares med timer som benevning. Det er naturlig at noen hadde misforstått dette og svart konsekvent med benevning minutter på alle tre spørsmålene knyttet til tidsvurdering.
- Regelen ble da at alle svar på spørsmål 7 i tidsintervallet 12 og 60 ble slettet.

Alle pasienter som har svart 0= ”ikke relevant for meg”, og 9= ”vet ikke” har blitt satt som ”manglende data” ved gjennomføring av statistiske analyser i SPSS.

2.6 Utsendelse og innhenting av spørreskjemaer

Pasientene som er inkludert i studien har fått tilsendt spørreskjema per brev, med ferdigfrankert returkonvolutt som skulle sendes tilbake til sykehuset etter besvarelse av spørreskjemaet. Sammen med spørreskjemaet var det vedlagt følgebrev hvor det ble informert om prosjektet og hva resultatene skal brukes til (vedlegg 1). Vi vurderte mulighetene for elektronisk innsamling av data, men dette ble ansett som krevende å gjennomføre (høy forventet gjennomsnittsalder og generell erfaring med nettbrett eller hjemmesidebasert spørreundersøkelse blant eldre). I håp om å få flere respondenter med i undersøkelsen gikk vi også ut i lokalavisen og informerte om prosjektet og oppfordret aktuelle kandidater til å svare.

2.7 Statistisk metode

Statistiske analyser ble gjort ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS25. Vi har gjennomført deskriptiv analyse med frekvenstabeller (prosentandeler), gjennomsnitt, median, standardavvik, minimum- og maksimumsverdier. Videre har vi brukt t-outvalgs t-tester (uavhengig) for å undersøke om det var forskjell mellom de to pasientgruppene, henholdsvis 2017 og 2018. Det er også gjort korrelasjon- og regresjonsanalyser for å synliggjøre hvordan faktorer som påvirker den totale pasienttilfredsheten. Signifikansnivå ble satt til $p < 0,05$.

Fritekstkommentarene (spm. 12 og 25, vedlegg 2) som er inkludert i spørreskjemaet har gitt mulighet til nyttig kvalitativ tilleggsinformasjon rundt sider av pasientenes opplevelser av akuttmottaket som ikke fanges opp av tallgraderingen.

3 Resultater

3.1 Respondentenes karakteristika

Som tabell 1 viser ble det sendt ut totalt 1580 spørreskjemaer i 2017, og man fikk samme år 386 svar i retur. Dette utgjør en svarprosent på 24%. I 2018 ble det sendt ut 1563 konvolutter til pasienter som hadde vært i kontakt med akuttmottaket i aktuell periode, og vi fikk da 339 svar i retur. Dette utgjør en respons på 22%. Tabell 1 tar også for seg totalt antall pasienter i akuttmottaket, antall duplikater, antall mors, antall med ukjent/ufullstendig NPR, samt pasienter med ufullstendig registrert adresse. Det ble også notert ned antall konvolutter som kom i retur fra posten uåpnet. På tross av grundig loggføring av personalet i akuttmottaket, fremkommer det en viss diskrepans.

Tabell 2 presenterer demografisk oversikt over respondentene i 2017 og 2018. Det var i begge studieperiodene flest menn som hadde besvart undersøkelsen. I 2017 var 56% (n=215) av de som besvarte menn og 44% (n=169) kvinner. I neste studieperiode var 53% (n=177) av respondentene menn og 47% (n=157) var kvinner.

Ser vi på aldersgjennomsnittet blant respondentene var det i 2017 59 år, mens det i 2018 var 61 år. Aldersspennet i 2017 var fra 1-95 år, og tilsvarende i 2018 1-97 år (tabell 2). Videre delte vi inn i intervallene 0-17 år, 18-59 år og 60+, for å se nærmere på respondentenes alderskarakteristika. Tabell 3 viser en markant skjevfordeling i andel respondenter i de ulike gruppene, hvor majoriteten av pasientene som har svart på undersøkelsen er i gruppen 60+.

Tabell 2 viser også hvordan pasientene som responderte ankom akuttmottaket. Begge årene ble flest transportert liggende i ambulanse. I 2017 utgjorde denne gruppen 40% (n=152), mens det i 2018 var 46% (n=152). Følgende kom 34% (n=127) gående til undersøkelse i 2017, samme gruppe utgjorde 39% (n=127) i 2018. Resterende respondenter har krysset av for ”annet”.

Vi har også kartlagt hvor pasientene som responderte reiste etter undersøkelse/behandling i akuttmottaket. Tabell 2 presenterer at 56% (n=207) av pasientene i 2017 ble innlagt, 40% (n=147) ble sendt hjem, og 4% (n=16) er registrert med ”annet”. I 2018 var det noe høyere innleggelsesprosent blant respondentene da 66% (n=218) ble innlagt, 29% (n=94) ble sendt hjem og 5% (n=16) er registrert med ”annet”.

3.2 Samlet tilfredshet etter opphold i akuttmottaket

Tabell 4 viser en oversikt over alle spørsmålene med gjennomsnittsvar i de to studieperiodene. For total tilfredshet var det en gjennomsnittscore på 4,3 (i skalaen 1-5) både i 2017 og i 2018. Det var altså ingen endring i pasientenes totale tilfredshet i de to studieperiodene. På spørsmålet om pasientene følte seg trygge under oppholdet i akuttmottaket var det heller ingen endring fra 2017 til 2018 (gjennomsnittsverdi på 4,4 begge årene). Respondentene var altså i stor grad tilfredse og følte seg trygge under sitt opphold i akuttmottaket.

Tabell 5 og 6 viser oversikt over alle spørsmålene i undersøkelsen henholdsvis i 2017 og 2018, samt hvor mange som har svart på de ulike alternativene. I 2017 var 56% (n=193) av de som var i kontakt med akuttmottaket i svært stor grad tilfreds, og 28% (n=96) var i stor grad tilfreds. Videre ser vi at 7% (n=25) av pasientene i noen grad tilfreds, 3% (n=10) svarte at de i liten grad tilfreds, og 6% (n=20) var i svært liten grad tilfreds. Tilsvarende i 2018 var 54% (n=175) i svært stor grad fornøyd med sitt opphold i akuttmottaket, og 33% (n=109) var i stor grad fornøyd. 7% (n=22) var i noen grad tilfreds, 4% (n=13) var i liten grad tilfreds og 2% (n=7) var i svært liten grad tilfreds.

3.3 Mottakelse og ventetider

På spørsmålene som omhandler hvor raskt pasienten ble tilsett av sykepleier og lege var det til dels store forskjeller i besvarelsene fra 2017 til 2018. Tabell 7 viser at median-verdien for opplevd tilsyn av sykepleier var 10 minutter i 2017 og 5 minutter i 2018. Ser vi på gjennomsnittsverdier var det en nedgang på 4,5 minutter (16,5 min til 12 min) fra pasienten ankom akuttmottaket til han/hun ble tatt i mot av en sykepleier i de to studieperiodene. Denne endringen er statistisk signifikant ($p=0,018$).

Tabell 7 viser også en markant nedgang i tiden pasienten anslo å måtte vente før han/hun ble tilsett av lege. Median-verdien i 2017 var 30 min, og i 2018 var den 15 min. Gjennomsnittstid viser en forbedring på 17,3 minutter (49,7 min til 32,4 min), denne endringen er statistisk signifikant ($p\text{-verdi}<0,001$). Det var ingen endring i total oppholdstid i akuttmottaket de to årene. Det var heller ingen endring i gjennomsnittsverdi på spørsmålet om ventetiden var akseptabel i de to studieperiodene.

Tabell 8 presenterer reelle ventetider i 2017 og 2018. Faktisk gjennomsnittlig liggetid i akuttmottaket var 3 timer i 2017 og 2,8 timer i 2018. Reell total liggetid var altså lavere enn

hva respondentene i spørreundersøkelsen har angitt som opplevd ventetid begge årene. Det samme var tid til lege, hvor opplevd ventetid var lengre enn reell ventetid. Ser vi på tid til sykepleier var det imidlertid motsatt. Reell ventetid til sykepleier var lengre enn hva respondentene har oppgitt som opplevd ventetid (tabell 7 og 8).

Vi har gjennomført korrelasjonsanalyse for å se på forholdet mellom spørsmål 4 som kartlegger om pasienten følte seg velkommen ved ankomst og spørsmål 24 som omhandler total tilfredshet. Resultatet viser at følelsen av å være velkommen ved ankomst til akuttmottaket var sterkt positivt relatert til tilfredshet ($p < 0,001$, $r = 0,573$).

3.3.1 Kommentarer fra spørreskjemaets fritekstfelt knyttet til mottakelse og ventetid

Spørsmål 12 i spørreskjemaet var et fritekstfelt hvor pasientene kunne skrive dersom han/hun hadde kommentarer til mottakelsen, opplevelsen av ventetiden, og/eller forslag til forbedringer. Respondentene har fokusert på ulike ting her, men det kom tydelig frem at det var ytterpunktene med de som var mest fornøyde og de som var minst fornøyde som hadde tatt seg tid til å besvare denne delen av undersøkelsen. Totalt sett så man noe overvekt av positive tilbakemeldinger i fritekstfeltet, mange beskrev altså en stor tilfredshet med sin mottakelse. Blant disse var det flere som kommenterte at de ble raskt tatt hånd om og undersøkt, og at det var lite venting i deres behandlingsforløp. Det ble også vektlagt fra flere pasienter i denne gruppen at de hadde følt seg trygge, tross den vanskelige situasjon de befant seg i. Selv om mange av de positive besvarelsene var knyttet til rask og effektivt behandlingsforløp, var det imidlertid noen pasienter som hadde svart positivt i kommentarfeltet tross lang ventetid. De aktuelle pasientene kommenterte at de ikke hadde opplevd ventetiden som problematisk ettersom at de ble informert om årsak til ventetiden og de fikk estimert tidsperspektiv for videre forløp. Mange pasienter fastslo altså at de var fornøyde tross ventetid ettersom de ble godt ivaretatt hele perioden, og mange poengterte at det var naturlig at de måtte vente da deres tilstand var mindre alvorlig/akutt enn andre som var i mottaket ved samme tidspunkt. Personalet ble gjentatte ganger beskrevet som imøtekommende, blide og hyggelige.

På tross av mange positive kommentarer var det også en del tilbakemeldinger i fritekstfeltet knyttet til mottakelse og venting som var av negativ karakter. Mange av de som var minst tilfredse vektla dette med lang ventetid, lite/ingen informasjon om ventetiden, samt dårlig info om videre forløp. Blant de som hadde negative opplevelser ved mottakelsen var det også flere

som beskrev at han/hun ikke fikk nødvendig smertelindring, evt. at det tok lang tid før smertelindring ble gitt som videre forlenget opplevelsen av ventetid. Gjentakende spørsmål fra ulike helsepersonell til samme pasient fremkom også som en negativ faktor. En pasient påpekte i sin besvarelse at hun synes sykepleier var for krass i stemmebruken, og at vennligheten var av mindre karakter enn hun hadde ønsket. Ett par pasienter beskrev at de ikke ble lyttet til av personalet på ønsket måte, og med det satt igjen med en følelse av å ikke bli tatt på alvor. Andre tok opp utfordringer knyttet til fasiliteter i akuttmottaket som plassmangel, harde stoler i venteseone, for lite personalet tilstede og mangel på tilbud om mat/drikke. En av besvarelsene beskrev også et tilfelle der legen bestemte en høyere dose av medisiner enn det pasienten selv var komfortabel med. Fritekstbesvarelsene samsvarer godt med de kvantitative dataene studien presenterer.

3.4 Sammenheng mellom ventetid og tilfredshet

Vi har gjennomført regresjonsanalyse av datamaterialet for å se på sammenhengen mellom ventetider og total tilfredshet ved opphold i akuttmottaket. Tabell 9 viser en sterk signifikant sammenheng mellom tiden det tar fra pasienten blir tatt i mot av sykepleier og hva pasienten svarer på spørsmål 24 om total tilfredshet ($p < 0,001$, $t = -5,025$). Ventetiden pasienten opplever før tilsyn av lege er også signifikant negativt relatert til total tilfredshet ($p < 0,001$, $t = 6,536$). Justert R^2 er 0,237, så vi kan ut i fra denne forklaringsmodellen si at 23,7% av den totale tilfredsheten skyldes de uavhengige variablene tid til sykepleier, tid til lege og total oppholdstid. Tabell 9 viser også at det ikke er signifikant sammenheng mellom hvor lenge pasienten tror han/hun oppholdt seg i akuttmottaket og total tilfredshet.

3.5 Informasjonsflyt og personalets fremtoning

Områdene man skårer dårligst på i undersøkelsen er spørsmålene som tar for seg informasjonsflyt. Tabell 4 viser svakere gjennomsnittsskårer på tema knyttet til informasjon om når pasienten kunne forvente å bli undersøkt, informasjon om årsak til ventetiden og utviklingen av ventetiden. Man skårer også svakere på spørsmålet som omhandler om personalet ga pasienten mulighet til å delta i beslutninger.

Vi har gjennomført regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom spørsmål som omfatter informasjonsflyt og total tilfredshet hos pasienten (spm.24). Tabell 10 viser at det er statistisk signifikant sammenheng mellom den uavhengig variabelen ”ble du ved mottakelse informert om når du kunne forvente å bli undersøkt”, og avhengig variabel ”total tilfredshet”

($p < 0,001$, $t = 4,523$). Det er også signifikant sammenheng mellom den uavhengige variabelen ”ble du tilstrekkelig informert om utviklingen av ventetiden fra du ankom til du ble undersøkt”, og ”total tilfredshet” ($p < 0,001$, $t = 5,006$). Det er ikke signifikant sammenheng mellom det at pasienten ble informert om årsak til ventetiden og total tilfredshet. Justert R^2 for modellen er 0,292. Se tabell 10.

Tabell 11 viser at det er en sterk statistisk signifikant sammenheng mellom spørsmål 13 ”lyttet personalet til din beskrivelse av din tilstand/sykdom/skade” og total tilfredshet ($p < 0,001$, $t = 8,200$). Det er også signifikant sammenheng mellom spørsmål 16 ”ble du løpende informert om hva som skulle skje videre” og total tilfredshet ($p < 0,001$, $t = 6,666$). Resultatene viste imidlertid at det ikke er statistisk signifikant sammenheng mellom spørsmål 14, 15 og 17 knyttet opp mot spørsmål 24, se tabell 11.

3.5.1 Kommentarer i spørreskjemaets fritekstfelt om personalets fremtoning

Spørsmål 25 i undersøkelsen var et åpent kommentarfelt hvor pasientene hadde mulighet til å påpeke dersom personalet i akuttmottaket gjorde noe spesielt bra og/eller dersom det var ting personalet kunne gjort bedre. På samme vis som ved spørsmål 12 kom det fram mange positive beskrivelser og skryt fra pasientene som har besvart dette spørsmålet. ”Snille, hjelpsomme og forståelsesfulle” var adjektiver som gikk igjen hos flere pasientene som beskrev personalet i positiv karakter. En pasient skrev; ”personalet var der hele tiden og viste god omsorg og omtanke, noe som gjorde at jeg følte meg trygg. En lege tok rundt meg og trøstet meg da jeg hadde det vondt”. En annen kommenterte: ”Legen var meget god og imøtekommende og viste stor evne til å lytte”. Det var også eksempler på at pasientene skrøt av personalets gode samhandling og ansvarsfordeling. En gjenganger blant fornøyde pasienter var opplevelsen av at personalet viste god omsorg og at respondentene følte seg trygge og ivaretatt. Flere påpekte at de synes det var positivt at personalet var smilende og i godt humør. Mange har også ytret at de opplevde personalet som profesjonelle og faglig dyktige. En pasient skrev; ”fantastisk god pleie/info/tilstedeværelse av personalet. Følte jeg var midtpunktet”. En annen pasient kommenterte; ”personalet fikk meg til å føle at jeg var kommet på rett plass til rett tid”. Mange har benyttet fritekstfeltet til å takke personalet og helsevesenet for hjelpen.

Tross mange positive kommentarer var det også en del som var kritiske i tilbakemeldingen, og flere har gitt gode tips til mulig forbedring. Mange trakk fram dette med lang ventetid og dårlig informasjonsflyt. En skrev: ”for lite informasjon om når legen kommer og videre

undersøkelser. Det var kun turnuslege tilstede, det skapte utrygghet”. En annen skrev: ”det var litt vanskelig å forstå noe av det de snakket om. Jeg synes det er viktig å forklare hva ting betyr, spesielt til barn”. Flere tipset om viktigheten av å snakke rett til pasienten og ikke over hodet på dem. Det var mange eksempler på pasienter som svarte i ordlyd: ”Se og hør pasienten. Se oss som et helt menneske”. En kommenterte viktigheten av at personalet presenterer seg: ”når de ansatte kommer for å prate med/informere pasient, må de gjerne presentere seg og fortelle hvilken avdeling de kommer fra og hvilken rolle de har. Ikke gå ut fra at pasienten vet hvem du er”. Mange skrev også at de hadde ønsket oftere tilsyn av personalet i venteperioden.

3.6 Praktiske forhold og smertelindring

Tabell 4 viser at omlag halvparten av pasientene fikk tilbud om mat og drikke, og man ser en liten nedgang fra 2017 til 2018. I forhold til smertelindring viser samme tabell at 74,7% (n=162) i 2017 og 78,9%(n=224) i 2018 fikk dekt sitt behov for smertelindring under opphold i akuttmottaket.

Spørsmål 21 i spørreskjemaet kartla om pasienten fikk informasjon om symptomer han/hun bør være oppmerksom på dersom han/hun ble sendt hjem fra akuttmottaket. Sammenliknet med andre spørsmål skårer man svakt her begge år med et gjennomsnitt på 3,6 (skala 1-5) i 2017 og tilsvarende 3,7 i 2018. Undersøkelsen så også på om pasienten ble informert om hvor han/hun kunne henvende seg med spørsmål etter opphold i akuttmottaket. Her oppnådde man gjennomsnittskår på 3,6 i 2017 og 3,7 i 2018.

3.7 Utvikling av pasientenes opplevelser fra 2017 til 2018

Det var en positiv utvikling i resultatene fra 2017 til 2018 på 11 av 19 spørsmål, man oppnådde samme verdi på 5 av 19 spørsmål, og følgende reduksjon i gjennomsnittsverdi på 3 av 19 spørsmål. Det skal poengteres at det kun er tid til sykepleier og tid til lege som viser en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittskår på besvare spørsmål fra 2017 til 2018. De resterende endringene var minimale, og utenfor 5%-signifikansnivå.

3.8 Forskjellige grupperes besvarelser

Vi har undersøkt om det var en forskjell på hvor fornøyde menn og kvinner var med sitt opphold i akuttmottaket. Tabell 12 presenterer resultater fra regresjonsanalyse hvor total tilfredshet er satt som avhengig variabel og kjønn er satt som uavhengig variabel. Resultatene

viser at dersom man ser isolert på kjønn og spørsmål 24 som kartlegger total tilfredshet er det statistisk signifikant forskjell på hva menn og kvinner har svart. Menn har svart mer positivt på spm. 24 enn kvinner ($p=0,016$, $t=-2,421$). Forklaringsmodellen er imidlertid svak ettersom justert R^2 er 0,007.

Tabell 13 viser at dersom vi kontrollerer kjønn og total tilfredshet med variabler knyttet til ventetid, fremkom det ikke lenger en statistisk signifikant sammenheng mellom menn og kvinners totale tilfredshet.

Videre har vi sett på om det var sammenheng mellom pasientens alder og hvor fornøyd han/hun var. Tabell 14 fremstiller resultater fra regresjonsanalyse som viser at de i aldersgruppen 60+ som har svart mest positivt på spørsmålet som kartlegger total tilfredshet etter opphold i akuttmottaket. I midtsjiktet havnet de i alderen 0-17 år, og minst tilfreds var de som representerte alderen 18-59 år. Aldersgruppen 60+ var signifikant mer tilfredse enn de i aldersgruppen 18-59 år ettersom p-verdien var under 5%-signifikansnivå og t-verdi var $>+/- 1,96$ ($p=0,011$, $t=2,548$).

Vi har også undersøkt om det var sammenheng mellom alder og ventetid. Tabell 15 viser at de i aldersgruppen 60+ hadde lengre total oppholdstid i akuttmottaket, sammenliknet med de i aldersgruppen 18-59 år, denne forskjellen er statistisk signifikant ($p=0,004$, $t=2,888$).

Respondentene i alderen 60+ oppholdt seg 1,15 timer lengre i akuttmottaket enn de i gruppen 18-59 år. Ser man på den yngste aldersgruppen oppga de kortere total oppholdstid, men denne forskjellen er ikke signifikant på 5%-nivå.

4 Diskusjon

4.1 Oppsummering av hovedfunn

Hovedfunn:

- Majoriteten av pasientene som deltok i undersøkelsen var tilfredse og følte seg trygge under sitt opphold i akuttmottaket. 56% av de som var i kontakt med akuttmottaket i 2017 var i svært stor grad tilfreds, og 28% var i stor grad tilfreds. Tilsvarende viser resultatene i 2018 at 54% i svært stor grad var fornøyd med sitt opphold i akuttmottaket, og 33% var i stor grad fornøyd. For total tilfredshet var det en gjennomsnittscore på 4,3 (i skalaen 1-5) i begge studieperiodene.
- Det var jevnt over svært små forskjeller knyttet til gjennomsnittsverdier på de enkelte variablene da vi sammenliknet 2017 og 2018.
- Det var resultatene knyttet til ventetid sykepleier og ventetid lege som viste statistisk signifikant forskjell i de to studieperiodene.
- Følelsen av å være velkommen ved ankomst til akuttmottaket var sterkt positivt relatert til total tilfredshet.
- Ventetid til undersøkelse sykepleier og ventetid til tilsyn av lege var sterkt signifikant negativt relatert til total tilfredshet. Det var imidlertid ikke signifikant sammenheng mellom total oppholdstid og tilfredshet.
- Informasjon under mottakelse om når pasienten kunne forvente å bli undersøkt spilte i stor grad inn på total tilfredshet. På samme måte anga pasientene viktigheten av å få informasjon om utviklingen av ventetiden, som også var signifikant knyttet til total tilfredshet. Informasjon om årsaken til ventetiden anga pasientene som mindre viktig. Det kom imidlertid fram i fritekstfeltene at det er et ønske om forbedring også på det området.
- Det var signifikant sammenheng mellom personalets evne til å lytte til pasientens beskrivelse av tilstand/sykdom/skade og total tilfredshet.
- Pasientene trakk også fram viktigheten av å få løpende informasjon om hva som skal skje videre.
- De spørsmålene pasientene både i 2017 og 2018 har svart mest negativt på omhandlet informasjon om ventetid, årsaken til ventetiden, utvikling av ventetid, samt personalets evne til å la pasienten delta i beslutninger.

4.2 Tolkning av funnene

Etter hva vi kjenner til har det aldri vært gjennomført en systematisk studie i Norge som undersøker pasientopplevelser i møte med akuttmottak. Aktualiteten av å måle pasienttilfredshet knyttet til akuttmedisin blir stadig større, ettersom mange akuttmottak opplever pasienttilstrømning som ofte overskriver deres kapasitet (28), og det er naturlig å anta at økt pasienttrykk og begrenset kapasitet påvirker tilfredshet i negativ retning. Ulike faktorer og individuelle erfaringer er med på å forme oppfatningen av kvalitet (29). Mange pasienter har en forventning om øyeblikkelig behandling for deres symptomer når de ankommer akuttmottaket. Dersom pasientens forventninger om ivaretagelse ikke blir møtt vil tilfredsheten parallelt synke (13). Totalopplevelsen korrelerer altså med bekreftelse eller avkreftelse av forventninger (30).

Resultatene fra vår studie samsvarte i stor grad med funnene som er gjort ved den landsdekkende undersøkelsen av pasientopplevelser i danske akuttmottak (31). Majoriteten av respondentene var svært fornøyde med opphold i akuttmottaket, og de følte seg i stor grad trygge. Selv om den totale tilfredsheten var høy, fremkom det områder i spørreundersøkelsen hvor det var rom for forbedring. Pasientstemmen fra både Bodø og Danmark belyste et ønske om bedre informasjon og kommunikasjon fra personalet. Her var det spesielt et ønske om forbedring knyttet til informasjon om når pasienten kunne forvente å bli undersøkt, informasjon og utvikling av ventetid, samt personalets evne til å involvere pasienten når beslutninger om utredning og behandling skulle tas. Det har blitt sagt at legen både skal være faglig dyktig, men også skal "se" pasienten som et helt menneske, og skape trygghet og ro i en vanskelig situasjon. Kommunikasjon og informasjon har blitt pekt på som sentrale temaer i tidligere litteratur om pasienttilfredshet. Samlet støtter tidligere forskning synspunktet om at god kommunikasjon og informasjonsflyt blir høyt verdsatt av pasienter (32). Personalet i akuttmottaket har ofte kort tid til å etablere kontakt med pasient og pårørende, samt skaffe et helhetlig bilde av situasjonen. Å være oppmerksom tilstede, lytte aktivt og kommunisere klart og tydelig er derfor viktige forutsetninger for diagnostikk (33). Resultatene fra undersøkelsen synliggjorde blant annet en sterk signifikant sammenheng mellom evnen personalet hadde til å lytte til pasientens skade/sykdom og hva vedkommende svarte på spørsmålet om total tilfredshet. I akuttmottaket hvor tempoet er høyt kan det være utfordrende for helsepersonell å mestre kommunikasjonens mange spektrere. Edvin Schei har i boken "Lytt-legerolle og kommunikasjon" sagt de kloke ordene; "*å ha god tid er ikke det samme som å ha mye tid*"

(34). For pasienten handler det om en følelse av at legen er tilstede i øyeblikket, er fult konsentrert på den aktuelle situasjonen og utstråler en ro. Ved å gi pasienten tid til å fortelle, oppsøke øyekontakt og være bekræftende, vil pasienten få en følelse av at legen er tilstede for han/henne. For å skape tillit i den innledende fasen bør det fokuseres på å oppnå en åpen situasjon, lese følelser hos pasienten, være empatisk, samt være tilstede i øyeblikket (33). Videre vil god informasjon fra helsepersonell i akuttmottaket bidra med å dempe en eventuelle engstelse, ettersom tilstrekkelig informasjon øker oversikten og forståelsen av den sårbare situasjonen pasienten befinner seg i (35).

Ventetid har i tidligere studier blitt ansett som en annen nøkkelkomponent med sterk påvirkningskraft på pasienttilfredshet i akuttmottaket (36). Lang ventetid kan føre til økt frustrasjon hos pasient og pårørende, og en følelse av mangel på kontroll kan inntreffe (14). Resultatene fra vårt studie viste signifikante effektmål fra 2017 til 2018 i form av redusert ventetid fra ankomst til undersøkelse av sykepleier, samt tilsyn av lege. Likevel så man ingen endring i total tilfredshet, og heller ingen signifikant forbedring i spørsmålet som tok for seg om ventetiden var akseptabel i de to studieperiodene.

Ventetiden har to forskjellige dimensjoner: faktisk (målt) ventetid og oppfattet (subjektiv) ventetid (14). Flere studier har vist at pasientens opplevelse av ventetid korrelerer sterkt med tilfredshet, men at faktisk ventetid spiller en mindre rolle enn opplevd ventetid (10, 12). Det er sagt at ukjent tid føles lengre enn kjent tid, og at angst og usikkerhet forlenger opplevelsen av ventetid. Dette illustrerer den viktige betydningen av gode informasjons- og kommunikasjonsferdigheter og dens påvirkningskraft på opplevelsen av ventetid (32). En studie gjennomført i et svensk akuttmottak synliggjorde hvordan total tilfredshet påvirkes av god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient i ventetiden. Det ble konkludert med at man bør ha økt fokus på å hjelpe pasienten med å forstå alvorlighetsgraden av egen medisinsk tilstand i form av triagekategori, og dens videre implikasjoner for omsorg i akuttmottaket (2). Ved at pasienten får informasjon om egen sykdom-/skadesituasjon kan en eventuell ventetid i akuttmottaket i større grad aksepteres, og frykt/engstelse reduseres.

Resultatene våre viste at reell liggetid i akuttmottaket var lavere enn hva respondentene anga som opplevd ventetid. Det samme gjelder tid til undersøkelse/vurdering av lege, hvor opplevd ventetid var lenger enn reell ventetid. En hypotese man kan fremme er at respondentens opplevde ventetid i akuttmottaket muligens vil være lavere dersom personalet i større grad lykkes med god kommunikasjon og informasjon i ventetiden, og noe som igjen vil kunne føre

til at pasienten i større grad angir ventetiden som akseptabel.

Sett i lys av undersøkelsens noe lavere gjennomsnittsskårer på variablene som omhandlet informasjon om når pasienten kunne forvente å bli undersøkt, informasjon om årsak- og utvikling av ventetiden, samt pasientens mulighet til å delta i beslutninger er det forbedringspotensialer innenfor områder som spiller inn på pasientens opplevelse av ventetid og videre totale tilfredshet.

Da vi så på forskjellige gruppers besvarelse, fremkom det i resultatdelen at de eldste pasientene (aldersgruppen 60+) svarte mest positivt på spørsmålet som kartla total tilfredshet etter opphold i akuttmottaket. De eldre pasientene var signifikant mer tilfredse enn de yngste pasientene. Paradoksalt nok var det slik at de eldste pasientene også var de som anga lengst total oppholdstid i akuttmottaket. Det er vanskelig å forklare dette, men det kan ha en sammenheng med at totalopplevelsen ofte korrelerer med bekreftelse eller avkreftelse av forventninger (30). De eldste pasientene har ofte mer erfaring med sykehusbesøk, og kan med stor sannsynlighet ha referanser på at ventetid er en naturlig del av veien inn til sykehusets avdelinger.

En litteraturstudie som undersøkte pasienterfaringer i akuttmottaket identifiserte seks kjernetemaer som påvirker den totale pasientopplevelsen: Ventetid, kommunikasjon, kulturelle aspekt ved behandling, smerte, miljø og vanskeligheten med å få tak i pasientens erfaringer (37). Som nevnt tidligere i oppgaven mangler det konsekvente konklusjoner om hva som er avgjørende påvirkende faktor på tilfredshet (12). Pasientopplevelser formes av et komplekst bilde, og funnene i vår studie samsvarer således med tidligere resultater som konstaterer at pasienttilfredshet styres av multifaktorielle komponenter. Opplevd ventetid spilte en viktig rolle, men det var også viktig med personalets mellommenneskelige interaksjoner og pasientens følelse av ivaretagelse i ventetiden. En tidligere studie har vist at dersom pasienten ble møtt av sykepleier/lege tidlig og fikk en forståelse av videre forløp, reduserte det pasientens oppfatning av ventetid, selv om den totale tiden for samspillet var uendret (36). Det er påpekt at god informasjon og forklaring på ventetiden, samt utviklingen av ventetiden, fører til at pasientene svarer i høyere skala på spørsmål om tilfredshet (38).

Det mangler gode kontrollerte studier for å sammenligne kvalitet på behandling gitt av erfarne spesialister sammenliknet med leger som er under utdanning (39). Det er imidlertid gjort studier som ikke er kontrollerte som har vist gode effekter av overlegeledelse i akuttenheter

(4). Tidligere litteratur har fremstilt at legeledet team-triage virker fordelaktig, både uttrykt i form av effektivitet og som kvalitetsindikator (40). Studier har også ytret at innføring av legeledet triageteam synes å bedre pasienttilfredsheten (13, 41). Vår undersøkelse viste imidlertid minimale forskjeller før og etter innføring av lege-i-front (LIF) og strukturert team-mottak av pasientene. Det skal nevnes at undersøkelsen fra 2017 leverte gode resultater, og at utgangspunktet for store positive endringer i neste studieperiode derfor var lite.

Resultatene fra studien vår baserte seg som kjent på svar gitt i en fempunkts Likert-skala med minimums- og maksimumsverdier, henholdsvis ”gulv” eller ”tak”. Gulv- og takeffekten er tilstede dersom 15% av deltakerne får laveste eller høyeste skår i et utvalg bestående av minst 50 pasienter (42). Uansett hvor tilfreds man var med sitt opphold i akuttmottaket, var det ikke mulig å oppnå mer enn 5 på skalaen for total tilfredshet. En stor andel av utvalget svarte i skalaen 4 og 5 som var undersøkelsens maksimumsverdier, studiet bygger altså på et design som er lite egnet for å differensiere mellom de med høyest skår i utvalget. Det var tilstedeværelse av ”takeffekt” i vår studie, det kompliserte muligheten med å måle en eventuell positiv effekt fra 2017 til 2018 (jf. innføringen av LIF). En stor andel av studiedeltagerne nådde måle metodens maksimumsverdi (”taket”) allerede i første studieperiode, det har påvirket de statistiske analysene. Skulle man unngått en slik takeffekt, burde vi muligens valgt et annet studiedesign. Generelt er det gjort få randomiserte kontrollerte studier på pasienttilfredshet. Det er vanskelig å fange opp alle nyanser av opplevelsen tilfredshet, dette gjør det utfordrende å sette pasienttilfredshet som kvalitetsindikator i forbedringsarbeid. Dagens forskning av pasienttilfredshet baserer seg i stor grad på gjennomføring av tverrsnittstudier, som er et studiedesign av lav metodisk kvalitet.

4.3 Vurdering av den metodiske tilnærmingen

Man kan stille seg spørsmål om hvilken metode som er best egnet for å måle pasienttilfredshet. Vi besluttet at kvantitativ metode var godt egnet til vårt prosjekt, da det gir mulighet til å stille samme spørsmål til et forholdsvis stort utvalg personer, og ved å benytte spørreundersøkelse har vi oppnådd en strukturert datainnsamling. Spørreskjemaet vårt inneholder mange lukkede spørsmål, som gav et godt utgangspunkt for å sammenlikne resultater fra respondentenes opplevelser ved akuttmottaket i 2017 og 2018. Vi åpnet imidlertid også for noen kvalitative analyser ettersom de åpne kommentarfeltene i

spørreskjemaet ga nyttig tilleggsinformasjon rundt sider av pasientenes opplevelser i akuttmottaket.

Et annet moment som er verdt å påpeke knyttet til metodisk tilnærming er validering av spørreskjemaet. Riktig oversettelse av spørreskjema er en viktig del av forskningsarbeidet. Man kan være kritisk og spørre seg om skjemaet er oversatt fra dansk til norsk etter anbefalte retningslinjer eller justert for å passe inn i et nytt miljø.

4.4 Sterke sider ved oppgaven

Vi anser det som en styrke at det er gjort liknende undersøkelse i Danmark, ettersom det har gitt oss mulighet til å hente ut et allerede gjennomarbeidet og godt spørreskjema til vårt prosjekt. En annen styrke er at spørreskjemaet inneholder syv svaralternativer, pasientene kunne altså nyansere svarene sine, noe som var fordelaktig da svar knyttet til pasientopplevelser sjelden er entydig. Det bør også trekkes fram som en fordel at det var to fritekstfelt i en ellers kvantitativ analyse, da fritekstbesvarelsene har gitt et utdypende innblikk i gevinster og potensielle utfordringer/forbedringer.

Dersom man ser på pasientpopulasjonene er det relativt likt antall, lik kjønnsfordeling og aldersfordeling i de to studieperiodene. Det er også godt samsvar i antall svar som har blitt ekskludert i de to periodene.

Selv har jeg vært i 5.årspraksis ved NLSH Bodø 2018/2019, jeg har derfor fått observere organiseringen av akuttmottaket Bodø på nært hold og møtt mange pasienter ved sykehusets ”inngangsport”. På den måten har jeg fått erfare funksjonen til LIF, og har snakket med både personalet og pasienter som har gitt et bredere innblikk i deres erfaringer. Dette har vært fordelaktig i forhold til arbeidet med masteroppgaven, da det har gitt en bredere forståelse for den aktuelle problemstillingen.

4.5 Svake sider med oppgaven

Studien vår har noen klare begrensninger og det er flere svakheter som bør belyses. En av svakhetene er undersøkelsens lave svarprosent. Kvaliteten på statistiske analyser påvirkes direkte av graden av manglende data (43). Naturlig nok vil det være slik at jo flere som er inkludert i studien, jo sterkere vil resultatet være gjeldende. I den amerikanske læreboken ”Approaches to Social Research” sies det at en responsrate under 70% kan føre til en stor fare for skjevhet i utvalget og resultater som er mindre pålitelige (44). En mulig skjevhet i utvalget

avhenger imidlertid av om fraværet er systemisk eller tilfeldig. Hvis frafallet i hovedsak er tilfeldig, vil resultatene fortsatt være representativt for befolkningen, tross svarprosent under ønsket nivå. Som nevnt tidligere i oppgaven har vi i vår undersøkelse en respons på 24% i 2017, og 22% i 2018. Sammenlikner man med den liknende undersøkelsen som har blitt gjennomført i Danmark, ser man der en responsrate de siste årene på over 40% ved utsendelse av spørreskjemaer per post. Det fremkommer i tabell 1 at ikke alle pasientene som var i kontakt med akuttmottaket ved NLSH Bodø i aktuell periode mottok spørreskjemaet. Brevene ble sendt ut på sommeren hvor mange er bortreist, det har nok også påvirket den lave svarprosenten i vår undersøkelse. Det er notert ned antall duplikater, antall mors, antall med ukjent/ufullstendig NPR, samt pasienter med ufullstendig registrert adresse. Det er også notert ned antall konvolutter som kom i retur fra posten uåpnet. På tross av grundig loggføring av personalet i akuttmottaket, fremkommer det en viss diskrepans i denne optellingen. Det er en svakhet at vi i innsamlingsprosessen ikke har lyktes med å få flere aktuelle deltakere til å svare på spørreskjemaet. Den lave responsen krever derfor forsiktighet ved generalisering av resultatene.

En annen ting som bør nevnes er tidsperioden fra pasienten var i kontakt med akuttmottaket til spørreskjemaene ble sendt ut. Det er flere pasienter som i fritekstfeltet har kommentert at det tok for lang tid fra de var på sykehuset, til de mottok skjema i postkassen. På den måten er det mulighet for opplevelsene har blitt vanskeligere å huske. Ideelt burde spørreskjemaene vært tilgjengelig for svar relativt kort tid etter besøk i akuttmottaket. Det kan også diskuteres om man ville oppnådd bedre respons dersom spørreskjemaene ble mottatt digitalt, med eller uten telefonoppfølging etter at spørreskjemaet var mottatt.

Det fremkom i metoddelen at lege-i-front (LIF) er tilstede alle ukedager i tidsrommet 09-16. En stor svakhet med spørreskjemaet var at det ikke er tydeliggjort når på døgnet pasienten var i kontakt med akuttmottaket. I vår studie hvor vi skulle sammenlikne 2017 og 2018 for å se på eventuelle effekter av LIF og strukturert team-mottak av pasienter burde vi kunne identifisert pasienter som var tilstede i tidsrommet samtidig som LIF.

4.6 Mulige implikasjoner av funnene

Undersøkelsen bidrar med å kartlegge og bringe pasientens perspektiv inn i arbeide med å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet i akuttmottak. Det har blitt identifisert viktige og nyttige poenger innenfor faktorer som påvirker pasientopplevelser i møte med sykehuset, men studien vår har mange begrensninger og lav svarprosent, det bør derfor følges opp med

ytterligere forskning for å kunne konkludere med større sikkerhet. Målsetningen med innføring av tiltaket er at legeledet teamtriage skal effektivisere akuttmottaket drift, bedre ventetider og videre øke pasienttilfredsheten. Effekten av dette tilsynelatende enkle forholdet var likevel ikke så enkelt å kartlegge/undersøke. Ethvert forsøk på å isolere et aspekt av omsorg for deretter ekstrapolere et forhold med tilfredshet, er fulle av metodiske vanskeligheter.

For fremtidig forskning i denne befolkningsgruppen bør en annen metode for datainnsamling vurderes for å øke antall deltagende respondenter. Elektronisk besvarelse på nettbrett under innleggelse, nettbasert spørreskjema tilsendt via telefon eller e-post etter utskrivelse og telefonoppfølgingsintervjuer er eksempel på tiltak som kan gi bedre responsrate. Selv om vår studie har en del begrensninger kan erfaringene danne grunnlag for oppfølgingsstudier med bedre design og større utvalg. Det vil i fremtiden være behov for mer forskning som undersøker både kvalitativ og kvantitativ tilnærming av pasienters opplevelser med helsevesenet.

Vi håper studien vår inspirerer og motiverer til å gjennomføre forbedringstiltak for å optimalisere tilbudet for pasientgruppen som ankommer sykehuset gjennom akuttmottaket. Tross gode resultater er det rom for forbedring innenfor flere områder. Man kan ikke lene seg tilbake og si seg fornøyd med dagens tjeneste, det må kontinuerlig jobbes for å utvikle helsetilbud og ivareta pasienter på best mulig måte. Våre resultater tyder på at akuttmottaket ved NLSH Bodø i stor grad har pasienter som er fornøyde med opplevelsen, det er derfor ikke de store tiltakene som skal til for å bedre pasientopplevelsene ytterligere.

Avslutningsvis i denne oppgaven er det på bakgrunn av studiens resultater naturlig å komme med forslag til konkrete tiltak som kan iverksettes for å øke pasienttilfredsheten i møte med akuttmottaket ved NLSH Bodø. Det er påvist at tilfredshet øker i takt med reduksjon av ventetid. I tillegg er det bevist at gode kommunikasjonsferdigheter blant personalet og god ivaretagelse i ventetiden øker pasientens opplevelse av tilfredshet. Som ledd i NLSHs forbedringsarbeid kan man vurdere å opprette ”Prosjekt vennlighet” også i akuttmottaket. Det er allerede gjennomført en strålende jobb ved sykehusets sengeposter gjennom prosjektet ”Et vennlig sykehus”, og man kan med fordel utarbeide en modell tilpasset akuttmottaket. Kommunikasjonskurs for alle ansatte i akuttmottaket kan være et av tiltakene ved en eventuelt innføring av ”prosjekt vennlighet”. Undersøkelsen vår har belyst temaer som konkret kan brukes i arbeidet med økt fokus og bevissthet på hva pasienten trenger og ønsker.

Parallelt med økt fokus på bedring av kommunikasjon- og informasjonsflyt, bør det kontinuerlig jobbes med effektivisering for å redusere liggetiden/ventetiden. Undersøkelsen har vist at økt pasienttilfredshet korrelerer med reduksjon i liggetid, samt reduksjon i tiden til triage (TTT) og tid til tilsyn av lege (TTD). Det ble nylig vedtatt at det fra januar 2020 skal opprettes en sengestue med plass til 6 pasienter i observasjonsposten, her vil pasienter som er ”ferdige” i akuttmottaket kunne bli forflyttet i påvente av neste utredning/-behandlingslinje. Ventetid oppstår i flere trinn i pasientforløpet og det er forbedringspotensial knyttet til å effektivisere det som skjer også etter at pasienten er klargjort/avklart i akuttmottaket. Her bør samarbeidet med andre sentrale samarbeidsavdelinger, eksempelvis røntgen-avdelingen, optimaliseres ytterligere, slik at man effektiviserer forløpet i større grad enn det som er tilfellet ved dagens tjeneste. Videre bør man også jobbe med enda bedre kommunikasjon med fagområdene kirurgi og ortopedi, for å få tatt tidligere diagnostiske og behandlingsmessige beslutninger over LIS1-nivå.

5 Konklusjon

I samsvar med teoretisk bakgrunn for studien er det bekreftet at det foreligger en vesentlig kompleksitet i vurderingen av faktorer som påvirker pasienttilfredshet i møte med helsevesenet. Resultatene fra denne studien har bevist at majoriteten av respondentene som var i kontakt med akuttmottaket Bodø i stor grad var tilfredse og følte seg trygge. Den samlede tilfredsheten holder seg stabil de to studieperiodene, og det er generelt små forskjeller ved sammenlikning av de ulike variablene i 2017 og 2018. Funnene i denne undersøkelsen tilsier at legeledet team-triage ikke fører til økt pasienttilfredshet. Det kan likevel være slik at denne type tiltak har effekt på pasienttilfredshet, da studiet har svakheter som gjør at det er vanskelig å konkludere med stor sikkerhet.

Svarene på spørreskjemaene har gitt oss verdifull informasjon om kvaliteten på tjenesten ved akuttmottaket Bodø. Det foreligger ingen entydig og enkel oppskrift på hvordan man kan oppnå mest mulige fornøyde pasienter ved sykehusets inngangsport. Hver pasient har sin unike historie og bakgrunn, og tilfredsheten styres blant annet av forventninger, psykososiale forhold og medisinsk tilstand. God kommunikasjon og informasjon, samt reduksjon i ventetider er komponenter som har blitt trukket fram som viktige i arbeidet med å optimalisere måten man ivaretar pasienten. Studien vår har mange begrensninger og lav svarprosent, det bør derfor følges opp med ytterligere forskning før man kan konkludere med større sikkerhet. Selv om resultatene fra studien viste at den totale tilfredsheten var høy, er det forbedringspotensialer innenfor flere områder. Vi håper studiens funn kan brukes som hjelp til å iverksette konkrete tiltak for å optimalisere akuttmottakets tjeneste ytterligere.

6 Referanser

1. Ofstad EH. Rapport fra arbeidsgruppen «Lege-i-front». Upublisert material: Nordlandssykehuset Bodø; 2017.
2. Ekwall A. Acuity and Anxiety From the Patient's Perspective in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 2011;39(6).
3. Munkvold MA, Røkkum MM, Malvik LB, Rugsveen TMS, Wangberg H, Jahr SH, et al. Kompetanse i front : Overlege i akuttmottaket på Gjøvik sykehus 2011 [21.08.2018]. Available from: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/29923/KLoKxoppgavexK-15xH06.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Rapport: Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St.Olavs hospital. Delprosjekt 4 «Overlegeledelse i front». [18.04.19]. Available from: <https://ekstranett.helse-midt.no/1010/Sakspapirer/Relevant dokument til sak 30-16 - Mandat 1 Akuttpasienten - Overlegeledelse i front.pdf>.
5. Ostad EH, Malvik LB RM, Munkvold MA, Jahr SH, Berge ST, TS R. Effekter av økt legefaglig kompetanse i akuttmottak. Upublisert materiale. 2017.
6. Vieth TL, Rhodes KV. The effect of crowding on access and quality in an academic ED. *American Journal of Emergency Medicine*. 2006;24(7):787-94.
7. Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen; 2006. Contract No.: Dokument nr.3:9 (2005-2006), 2006.
8. «Mens vi venter...»- forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oslo: Statens helsetilsyn, 2008 [21.08.18]. Available from: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf
9. Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak: Helsedirektoratet; 2014 [21.08.16]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/789/Faglige-og-organisatoriske-kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak-IS-2236.pdf>.
10. Boudreaux ED, Amp, Apos, Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *Journal of Emergency Medicine*. 2004;26(1):13-26.
11. Sørli T, Busund R, Sexton HC, Sørli D. Pasienttilfredshet etter opphold i kirurgisk avdeling. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2005;125(6):756-9.
12. Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV, McCabe B. Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: The role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *American Journal of Emergency Medicine*. 2000;18(4):394-400.
13. Roper ML. "I Want To See The Doctor": Meeting Patients' Expectations in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 2010;36(6):562-7.
14. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 1996;28(6):657-65.
15. Frisvold OJ. Akuttmedisinsk breddespesialitet - det haster! *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2012;132(14):1595-.

16. Engebretsen S, Røise O, Ribu L. Triage in Norwegian emergency departments. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2013;133(3):285.
17. Stead LG, Jain A, Decker WW. Emergency department over-crowding: a global perspective. 2009;2:133-4.
18. Utredning av en eventuell ny spesialitet i akuttmedisin- et interregionalt prosjekt. Helse Nord; Bodø, 2008.
19. Rapid Emergency Triage and Treatment System (REETS). [23.08.2018]. Available from: <https://www.nakos.no/course/index.php?categoryid=132>
20. Holmboe O, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Nordlandssykehuset Bodø. PasOpp-rapport 2016: 177. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016.
21. Remnes E. Prosjektplan «Et vennlig sykehus». Upublisert material, Nordlandssykehuset Bodø. 2017.
22. Sluttrapport «Et vennlig sykehus». Nordlandssykehuset for fremtiden. Upublisert material, Nordlandssykehuset Bodø. 2019.
23. Rahmqvist M, Bara A-C. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. International Journal for Quality in Health Care. 2010;22(2):86-92.
24. Abrahamsen Grøndahl V, Wilde Larsson B, Karlsson I, Hall-Lord M-L. Patients' experiences of care quality and satisfaction during hospital stay: a qualitative study. European Journal For Person Centered Healthcare. 2013;1(1):185-92.
25. Abbasi S, Farsi D, Bahrani M, Davari S, Pishbin E, Kianmehr N, et al. Emergency medicine specialty may improve patient satisfaction. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2014;28:61.
26. Forbrukerrådets pasientundersøkelse- en kvalitativ studie av pasientopplevelser Desember 2016 [26.03.19]. Available from: <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2016/12/pasientundersokelse-web.pdf>.
27. Faktarapport LUP Akutmodtagelse blandt akut ambulante patienter. Den Landsdækkende Undersøkelse af Patientoppevelser, 2016. [26.03.19]. Available from: https://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUPakut/2016/lup_akutmodtagelse_2016_faktarapport_lang_version.pdf
28. Boudreaux E, Friedman J, Chansky ME, Baumann BM. Emergency department patient satisfaction: Examining the role of acuity and throughput times. Ann Emerg Med. 2003;42(4):S59-S.
29. Larsson G, Wilde-Larsson B. Quality of care and patient satisfaction: A new theoretical and methodological approach. International Journal Of Health Care Quality Assurance. 2010;23(2):228-47.
30. Cassidy-Smith TN, Baumann BM, Boudreaux ED. The disconfirmation paradigm: Throughput times and emergency department patient satisfaction. Journal of Emergency Medicine. 2007;32(1):7-13.
31. LUP Akutmodtagelse. Den Landsdækkende Undersøkelse af Patientoppevelser i Akutmodtagelser - akut ambulandte patienter. 2017. [18.05.19]. Available from: <https://patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/national-rapport-lup-akutmodtagelse-2017.pdf>
32. Nairn S, Whotton E, Marshal C, Roberts M, Swann G. The patient experience in emergency departments: a review of the literature. Accident & Emergency Nursing. 2004;12(3):159-65.
33. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner- personorientering, samhandling, etikk. 3.utgave ed: Gyldendal akademisk; 2017.

34. Schei E. Lytt : legerolle og kommunikasjon. Christensen I, editor. Bergen: Fagbokforl.; 2015.
35. Moesmand AM, Kjøllesdal A. Å være akutt kritisk syk- om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov: Universitetsforlaget Oslo 1998; 1998.
36. Soremekun OA, Takayesu JK, Bohan SJ. Framework for Analyzing Wait Times and Other Factors that Impact Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Journal of Emergency Medicine*. 2011;41(6):686-92.
37. Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*. 2010;18(2):80-8.
38. Toma G, Triner W, McNutt L-A. Patient Satisfaction as a Function of Emergency Department Previsit Expectations. *Annals of Emergency Medicine*. 2009;54(3):360-7.e6.
39. Pannick S, Beveridge I, Wachter RM, Sevdalis N. Improving the quality and safety of care on the medical ward: A review and synthesis of the evidence base. *European Journal of Internal Medicine*. 2014;25(10):874-87.
40. Burstrom L, Nordberg M, Ornung G, Castren M, Wiklund T, Engstrom M, et al. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20(1).
41. Burström L, Engström M-L, Castrén M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Uppsala Journal of Medical Sciences*. 2016;121(1):38-44.
42. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van Der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007;60(1):34-42.
43. Dong Y, Peng C-Y. Principled missing data methods for researchers. *SpringerPlus*. 2013;2(1):1-17.
44. Young A, Young A, Temple B, Temple B. *Approaches to Social Research: The Case of Deaf Studies*: Oxford University Press; 2014.

7 Tabeller

Tabell 1: Oversikt over studiepopulasjonen 2017 og 2018. Det fremkommer en viss diskrepans.

	2017			2018		
	April	Mai	Totalt	April	Mai	Totalt
Totalt antall pasienter i mottak	985	1044	2029	924	985	1909
Antall duplikater	75	101	176	72	85	157
Antall mors	33	40	73	33	34	67
Antall ukjent/ufullstendig NPR	18	25	43	10	19	29
Antall ufullstendig adresse	4	6	10	3	0	3
Antall konvolutter sendt ut	769	880	1649	798	822	1620
Antall konvolutter i retur fra posten uåpnet			69			57
Antall konvolutter og ikke returnert uåpnet			1580			1563
Spørreskjema besvart og returnert			386			339
Svarprosent			24			22
Diskrepans (antall pas-fracfall og retur-antall utsendt)			78			33

Tabell 2: Demografisk oversikt over respondentene 2017 og 2018. Manglende data inkluderer alle pasientene som ikke har svart, samt de som har svar alternativ 0="ikke relevant for meg", og 9="vet ikke".

	2017	2018
Antall konvolutter sendt ut (og ikke	1580	1563
Svar spørreskjema (respondenter)	386	339
Svarprosent	24%	22%
KJØNN		
Menn	215 (56%)	177 (53%)
Kvinner	169 (44%)	157 (47%)
Manglende data	2	11
ALDER		
Alder, gj.snitt	59	61
Aldersspenn	1-95 år	1-97 år
Type ankomst til akuttmottaket		
Liggende	152 (40%)	Liggende 152 (46%)
Gående	127 (34%)	Gående 127 (39%)
Annet	100 (26%)	Annet 48 (15%)
Totalt	379 (100%)	Totalt 327 (100%)
Manglende data	7	Manglende data 12
Etter undersøkelse/behandling i akuttmottaket		
Innlagt	207 (56%)	Innlagt 218 (66%)
Sendt hjem	147 (40%)	Sendt hjem 94 (29%)
Annet	16 (4%)	Annet 16 (5%)
Totalt	370 (100%)	Totalt 328 (100%)
Manglende data	16	Manglende data 11

Tabell 3: Oversikt over aldersfordelingen til respondentene. Manglende data inkluderer de som ikke har svart på spørsmålet om alder.

Aldersintervaller 2017		Aldersintervaller 2018	
0-17 år	30 (8%)	0-17 år	21 (6%)
18-59 år	127 (33%)	18-59 år	104 (32%)
60 +	225 (59%)	60 +	203 (62%)
Totalt	384 (100%)	Totalt	384 (100%)
Manglende data	2	Manglende data	11
Totalt	386	Totalt	339

Tabell 4: Oversikt over alle spørsmål med gjennomsnittssvar i 2017 og 2018. Uparet to-utvalgs t-test gjennomført for å sammenlikne de to år.

Resultater spørreskjema 2017 og 2018				
	Gjennomsnittsverdier			P-verdi
	2017	2018		
4. Følte du deg velkommen da du ankom akuttmottaket?	4,2	4,2	→	0,488
5. Hvor lenge måtte du vente før du ble tatt imot av en sykepleier? (min)	16,5 min	12,0 min	↓	0,018*
6. Hvor lenge måtte du vente før du ble tilsett av lege? (min)	49,7 min	32,4 min	↓	<0,001*
7. Hvor lenge tror du at oppholdt deg i akuttmottaket til sammen? (timer)	4,1 timer	4,0 timer	↓	0,788
8. Var ventetiden, fra du ankom til du ble undersøkt, akseptabel?	3,9	4,0	↗	0,209
9. Ble du informert om når du kunne forvente å bli undersøkt?	3,3	3,5	↗	0,135
10. Ble du informert om årsaken til ventetiden?	3,0	2,9	↓	0,811
11. Ble du tilstrekkelig informert om utviklingen av ventetiden?	3,0	3,1	↗	0,276
13. Lyttet personalet til din beskrivelse av din tilstand/sykdom/skade?	4,4	4,4	→	0,974
14. Var den muntlige informasjonen du fikk forståelig?	4,0	4,4	↗	0,651
15. Fikk du svar på de spørsmål du stilte?	4,3	4,2	↓	0,587
16. Ble du løpende informert om hva som skulle skje videre?	3,8	3,9	↗	0,597
17. Ga personalet deg mulighet til å delta i beslutninger?	3,5	3,5	→	0,815
18. Fikk du tilbud om mat og drikke?	Ja= 51,9% (151)	Ja= 45,6% (136)	↓	
19. Fikk du dekket ditt behov for smertelindring?	Ja= 74,7% (162)	Ja= 78,9% (224)	↗	
21. Hvis du ble sendt hjem, ble du informert om symptomer du måtte være oppmerksom på etter ditt opphold i akuttmottaket?	3,6	3,7	↗	0,792
22. Hvis du ble sendt hjem, ble du informert om hvor du kunne henvende deg med spørsmål om sykdom/skade etter ditt opphold i akuttmottaket?	3,6	3,7	↗	0,468
23. Ble du behandlet på en måte som gjorde at du følte deg	4,4	4,4	→	0,544
24. Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?	4,3	4,3	→	0,423

* Signifikante variabler (signifikansnivå satt til $p < 0,05$).

Tabell 5: Oversikt over spørsmål og svar på spørreskjema 2017. Manglende data inkluderer alle pasientene som ikke har svart, samt de som har svar alternativ 0="ikke relevant for meg", og 9="vet ikke".

	I svært stor grad (5)	I stor grad (4)	I noen grad (3)	I liten grad (2)	I svært liten grad (1)	Antall som har svart	Manglende data
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	n
4. Følte du deg velkommen da du ankom til akuttmottaket?	41,3% (155)	42,4% (159)	10,9% (41)	4,5% (17)	0,9% (3)	100% (375)	11
8. Var lengden av ventetiden akseptabel?	33,4% (118)	39,9% (141)	14,4% (51)	5,4% (19)	6,9% (24)	100% (353)	33
9. Ble du informert om når du kunne forvente å bli undersøkt?	20,0% (64)	30,9% (99)	20,9% (67)	14,4% (46)	13,8% (44)	100% (320)	66
10. Ble du ved mottakelse informert om årsaken til ventetiden?	16,5% (44)	24,4% (65)	18,8% (50)	17,7% (47)	22,6% (60)	100% (266)	120
11. Ble du tilstrekkelig informert om utviklingen av ventetiden?	12,7% (36)	29,3% (83)	21,2% (60)	14,9% (42)	21,9% (62)	100% (283)	103
13. Lyttet personalet til din beskrivelse av din tilstand/sykdom/skade?	53,6% (193)	36,1% (130)	6,5% (23)	1,9% (7)	1,9% (7)	100% (360)	26
14. Var den muntlige informasjonen du fikk forståelig?	53,9% (195)	35,4% (128)	8,3% (30)	1,9% (7)	0,5% (2)	100% (362)	24
15. Fikk du svar på de spørsmål du stilte?	50,6% (170)	32,4% (109)	11,6% (39)	3,0% (10)	2,4% (8)	100% (336)	50
16. Ble du løpende informert om hva som skulle skje videre?	35,2% (121)	34,0% (117)	15,7% (54)	8,1% (28)	7,0% (24)	100% (344)	42
17. Ga personalet deg mulighet til å delta i beslutninger?	27,1% (72)	33,1% (88)	15,8% (42)	12,8% (34)	11,2% (30)	100% (266)	120
18. Fikk du tilbud om mat/drikke?	Ja= 51,9% (151) Nei= 48,1% (140)					100% (291)	95
19. Fikk du dekket behov for smertelindring?	Ja= 74,7% (162) Nei = 25,3% (55)					100% (217)	169
21. Hvis du ble sendt hjem, ble du informert om symptomer du måtte være oppmerksom på etter ditt opphold i akuttmottaket?	33,5% (54)	29,2% (47)	15,5% (25)	9,3% (15)	12,5% (20)	100% (161)	225
22. Hvis du ble sendt hjem, ble du informert om hvor du kunne henvende deg med spørsmål om sykdom/skade etter ditt opphold i akuttmottaket?	35,2% (58)	23,0% (38)	21,2% (35)	7,3% (12)	13,3% (22)	100% (165)	221
23. Ble du behandlet på en måte som gjorde at du følte deg trygg?	58,6% (201)	30,3% (104)	5,5% (19)	2,3% (8)	3,3% (11)	100% (343)	43
24. Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?	56,1% (193)	27,9% (96)	7,3% (25)	2,9% (10)	5,8% (20)	100% (344)	42

Tabell 6: Oversikt over spørsmål og svar på spørreskjema 2018. Manglende data inkluderer alle pasientene som ikke har svart, samt de som har svar alternativ 0="ikke relevant for meg", og 9="vet ikke".

	I svært stor grad (5)	I stor grad (4)	I noen grad (3)	I liten grad (2)	I svært liten grad (1)	Antall som har svart	Manglende data
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	n
4. Følte du deg velkommen da du ankom til akuttmottaket?	42,5% (136)	44,4% (142)	8,7% (28)	2,8% (9)	1,6% (5)	100% (320)	19
8. Var lengden av ventetiden akseptabel?	34,9% (104)	39,9% (119)	17,8% (53)	4,0% (12)	3,4% (10)	100% (298)	41
9. Ble du ved mottakelse informert om når du kunne forvente å bli undersøkt?	23,9% (63)	31,8% (84)	20,4% (54)	12,9% (34)	11,0% (29)	100% (264)	75
10. Ble du informert om årsaken til ventetiden?	16,0% (32)	23,5% (47)	19,0% (38)	19,5% (39)	22,0% (44)	100% (200)	139
11. Ble du tilstrekkelig informert om utviklingen av ventetiden?	14,6% (32)	31,1% (68)	23,2% (51)	11,9% (26)	19,2% (42)	100% (219)	120
13. Lyttet personalet til din beskrivelse av din tilstand/sykdom/skade?	53,3% (161)	35,4% (107)	8,3% (25)	2,0% (6)	1,0% (3)	100% (302)	37
14. Var den muntlige informasjonen du fikk forståelig?	50,5% (155)	40,1% (123)	7,1% (22)	1,6% (5)	0,7% (2)	100% (307)	32
15. Fikk du svar på de spørsmål du stilte?	43,0% (119)	40,1% (111)	13,7% (38)	1,8% (5)	1,4% (4)	100% (277)	62
16. Ble du løpende informert om hva som skulle skje videre?	35,9% (111)	33,3% (103)	18,8% (58)	6,5% (20)	5,5% (17)	100% (309)	30
17. Ga personalet deg mulighet til å delta i beslutninger?	27,6% (67)	28,8% (70)	19,3% (47)	13,2% (32)	11,1% (27)	100% (243)	96
18. Fikk du tilbud om mat/drikke?	Ja= 45,6 % (136)					100% (298)	41
	Nei= 54,4% (162)						
19. Fikk du dekket behov for smertelindring?	Ja= 78,9% (224)					100% (284)	55
	Nei = 21,1% (60)						
21. Hvis du ble sendt hjem, ble du informert om symptomer du måtte være oppmerksom på etter ditt opphold i akuttmottaket?	32,0% (39)	31,1% (38)	17,3% (21)	9,8% (12)	9,8% (12)	100% (122)	217
22. Hvis du ble sendt hjem, ble du informert om hvor du kunne henvende deg med spørsmål om sykdom/skade etter ditt opphold i akuttmottaket?	33,6% (38)	35,4% (40)	11,5% (13)	7,1% (8)	12,4% (14)	100% (113)	226
23. Ble du behandlet på en måte som gjorde at du følte deg trygg?	60,0% (195)	28,9% (94)	7,1% (23)	2,8% (9)	1,2% (4)	100% (325)	14
24. Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?	53,7% (175)	33,4% (109)	6,8% (22)	4,0% (13)	2,1% (7)	100% (326)	13

Tabell 7: Oversikt over ulike tidsaspekter knyttet til tid sykepleier, tid lege og opplevelse av total oppholdstid.

Gjennomsnittsberegner								
	2017				2018			
	Gj.snitt	Median	Min	Maks	Gj.snitt	Median	Min	Maks
5. Hvor lenge måtte du vente før du ble tatt imot	16,5	10,0	1,0	250,0	12,0	5,0	1,0	120,0
6. Hvor lenge måtte du vente før du ble tilsett av	49,7	30,0	1,0	720,0	32,4	15,0	1,0	360,0
7. Hvor lenge tror du at oppholdt deg i	4,1 t	3,0	0,5	30,0	4,0	2,0	0,4	27,0

Tabell 8: Oversikt over reell ventetid i 2017 og 2018.

	2017		2018	
	April	Mai	April	Mai
Faktisk gjennomsnittlig liggetid	179 min		165 min	
Faktisk TTT registrert i gjennomsnitt	20,8 min	20,3 min	17,2 min	18,4 min
Faktisk TTD registrert i gjennomsnitt	28,3 min	34,8 min	26,3 min	27,0 min

Tabell 9: Resultater fra regresjonsanalyse som undersøker sammenhengen mellom ventetid og tilfredshet. Avhengig variabel spm.24 "Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?".

Oppsummering					
R	R ²	Justert R ²	Standardfeil		
0,486	0,237	0,231	0,876		
Koeffisienter					
	Ustandarisert koeffisient B	Koeffisient Std. error	Standarisert koeffisient	t-verdi	Sig.
5. Hvor lenge måtte du vente før du ble tatt i mot av sykepleier?	-0,011	0,002	-0,243	-5,025	<0,001*
6. Hvor lenge tror du at du måtte vente før du ble tilsett av lege for	-0,006	0,001	-0,319	-6,536	<0,001*
7. Hvor lenge tror du at du oppholdt deg i akuttmottaket	0,007	0,009	0,034	0,819	0,413

* Signifikante variabler

Tabell 10: Sammenhengen mellom informasjon angående ventetid og total tilfredshet. Avhengig variabel spm.24 "Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?".

Oppsummering					
R	R ²	Justert R ²	Standardfeil		
0,540	0,292	0,287	0,954		
Koeffisienter					
	Ustandarisert koeffisient B	Koeffisient Std. error	Standarisert koeffisient	t-verdi	Sig.
9. Ble du ved mottakelse informert om når du kunne forvente å bli	0,239	0,053	0,282	4,523	<0,001*
10. Ble du informert om årsaken til ventetiden?	-0,026	0,053	-0,032	-0,492	0,623
11. Ble du tilstrekkelig informert om utviklingen av ventetiden?	0,272	0,054	0,332	5,006	<0,001*

*Signifikante variabler

Tabell 11: Sammenheng mellom personalets kommunikasjonsferdigheter, ventetid og total tilfredshet. Avhengig variabel spm.24 "Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?".

Oppsummering					
R	R ²	Justert R ²	Standardfeil		
0,760	0,578	0,573	0,696		
Koeffisienter					
	Ustandarisert koeffisient B	Koeffisient Std. error	Standarisert koeffisient	t-verdi	Sig.
13. Lyttet personalet til din beskrivelse av din	0,478	0,058	0,372	8,200	<0,001*
14. Var den muntlige informasjonen du fikk av	0,089	0,063	0,065	1,407	0,160
15. Fikk du svar på de spørsmål du stilte personalet i akuttmottaket?	0,103	0,060	0,091	1,716	0,087
16. Ble du løpende informert om hva som skulle skje videre?	0,291	0,044	0,327	6,666	<0,001*
17. Fikk du mulighet til å delta i beslutninger om din behandling?	0,028	0,037	0,034	0,761	0,447

*Signifikante variabler.

Tabell 12: Resultater fra regresjonsanalyse hvor sammenhengen mellom kjønn og tilfredshet har blitt undersøkt. Avhengig variabel spm. 24: "Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?". Uavhengig variabel er kjønn.

Oppsummering					
R	R ²	Justert R ²		Standardfeil	
0,093	0,009	0,007		1,011	
Koeffisienter					
	Ustandarisert koeffisient B	Koeffisient standardfeil	Standarisert koeffisient B	t-verdi	Sig.
Kjønn (kvinner)	-0,190	0,079	-0,093	-2,421	0,016*

*Signifikant variabel.

Tabell 13: Resultater fra regresjonsanalyse hvor vi har sett på forskjell mellom kjønn og tilfredshet, kontrollert med variabler knyttet til ventetid. Avhengig variabel spm.24 "Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?".

Oppsummering					
R	R ²	Justert R ²		Standardfeil	
0,489	0,239	0,232		0,874	
Koeffisienter					
	Ustandarisert koeffisient B	Koeffisient Std. error	Standarisert koeffisient	t-verdi	Sig.
5. Hvor lenge måtte du vente før du ble tatt i mot av sykepleier?	-0,011	0,002	-0,232	-4,783	<0,001*
6. Hvor lenge tror du at du måtte vente før du ble tilsett av lege for	-0,006	0,001	-0,324	-6,569	<0,001*
7. Hvor lenge tror du at du oppholdt deg i akuttmottaket	0,007	0,009	0,033	0,787	0,432
Kjønn	-0,093	0,085	-0,046	-1,096	0,274

*Signifikante variabler.

Tabell 14: Resultater fra regresjonsanalyse hvor sammenhengen mellom alder og tilfredshet har blitt undersøkt. Avhengig variabel: Spm.24 "Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?" Uavhengige variabler: Alder → aldersgruppene 0-17 år og 60+ år sett opp mot aldersgruppen 18-59 år.

Oppsummering					
R	R ²	Juster R ²		Standardfeil	
0,099	0,010	0,007		1,009	
Koeffisienter					
	Ustandarisert koeffisient B	Koeffisient Standardfeil	Standarisert Koeffisient Beta	t-verdi	Sig.
0-17 år	0,170	0,160	0,044	1,066	0,287
60 +	0,212	0,083	0,104	2,548	0,011*

*Signifikant variabel.

Tabell 15: Resultater fra regresjonsanalyse hvor sammenhengen mellom alder og ventetid har blitt undersøkt. Avhengig variabel: Spm.7 "Hvor lenge tror du at du oppholdt deg i akuttmottaket til sammen?". Uavhengige variabler: Alder → aldersgruppene 0-17 år og 60+ år sett opp mot aldersgruppen 18-59 år.

Oppsummering					
R	R ²	Justert R ²		Standardfeil	
0,137	0,019	0,016		4,68243	
Koeffisienter					
	Ustandarisert koeffisient B	Koeffisient standardfeil	Standarisert Koeffisient Beta	t-verdi	Sig.
0-17 år	-0,664	0,743	-0,037	-0,893	0,372
60+	1,146	0,397	-0,121	2,888	0,004*

*Signifikant variabel.

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Følgebrev



Hvilke erfaringer hadde du i akuttmottaket på Nordlandssykehuset Bodø?

Ettersom du i vår har hatt kontakt med akuttmottaket Nordlandssykehuset Bodø spør vi deg med dette om du vil besvare vedlagte spørreskjema.

De 25 spørsmålene handler om hvilke erfaringer du hadde ved akuttmottaket. Svarene vil gi oss verdifull informasjon om kvaliteten på tjenestene, sett med brukernes øyne.

Det er helt frivillig å svare.

Dersom du velger å svare på denne undersøkelsen ber vi om at du bruker vedlagte returkonvolutt til å sende inn skjemaet. Svarfrist 1. September 2017.

Undersøkelsen er helt anonym. Det vil ikke være mulig å spore hvem som har svart, og resultatene vil svarene vil bli brukt på to måter:

1. internt, for å forbedre kvaliteten på våre tjenester og
2. som et ledd i et forskningsprosjekt hvor vi kommer til å gjenta undersøkelsen i 2018 og undersøke om det har skjedd noen endringer fra 2017 til 2018.

Data vil bli presentert for andre enheter i Nordlandssykehuset og publisert i vitenskapelige tidsskrift, men kun som statistikk og oversikter. Det vil ikke bli sendt ut noen form for oppfølgingskjema i ettertid.

Dersom du har spørsmål som gjelder din behandling eller helsetilstand, eller har behov for å ta kontakt for å gi direkte tilbakemeldinger, bør du ta kontakt med sykehuset per telefon, brev eller epost på vanlig måte.

Spørsmål om dette spørreskjemaet kan rettes til enhetsleder? på tlf 75 53 43 ?? eller epost: hane.marit.brenden@nordlandssykehuset.no

Ved å svare samtykker du til at dine svar kan brukes som beskrevet over.

Vedlegg 2: Spørreskjema



SPØRRESKJEMA OM DITT BESØK I AKUTTMOTTAKET, NORDLANDSSYKEHUSET BODØ

1. Kjønn? Kvinne Mann
-
2. Alder? År
-
3. Hvordan kom du til akuttmottaket?
Liggende (i ambulanse) Gående/før egen hjelp Annet

Din mottakelse og informasjon om ventetid i akuttmottaket							
	Ikke relevant for meg	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke
4. Følte du deg velkommen da du <u>ankom</u> til akuttmottaket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hvor lenge måtte du vente før du ble tatt imot av en sykepleier?	<input type="text"/> Minutter						
6. Hvor lenge tror du at du måtte vente før du ble tilsett av lege første gang?	<input type="text"/> Minutter						

Akuttmottakets adresse



7. Hvor lenge tror du at du oppholdt deg i akuttmottaket til sammen? Timer

	Ikke relevant for meg	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke
8. Var lengden av ventetiden, fra du ankom til du ble undersøkt, akseptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ble du ved mottakelse informert om <u>når du kunne forvente</u> å bli undersøkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ble du informert om <u>årsaken</u> til ventetiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ble du tilstrekkelig informert om <u>utviklingen</u> i ventetiden, fra du ankom, til du ble undersøkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Skriv i fritekstfeltet om du har kommentarer til mottakelsen, din opplevelse av ventetiden og/eller forslag til forbedringer:							

Akuttmottakets adresse



Personalet og informasjon under ditt besøk i akuttmottaket							
	Ikke relevant for meg	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke
13. Lyttet personalet til din beskrivelse av din tilstand/sykdom/skade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Var den muntlige informasjonen du fikk av personalet i akuttmottaket forståelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Fikk du svar på de spørsmål du stilte personalet i akuttmottaket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ble du løpende informert om hva som skulle skje videre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ga personalet deg mulighet til å delta i beslutninger om din undersøkelse/behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktiske forhold og smertelindring under ditt besøk i akuttmottaket							
18. Fikk du tilbud om mat og drikke?	Ikke relevant for meg <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>		Nei <input type="checkbox"/>		
19. Fikk du dekket dit behov for smertelindring mens du var i akuttmottaket?	Ikke relevant for meg <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>		Nei <input type="checkbox"/>		
20. Hvor dro du etter oppholdet i akuttmottaket?	Innlagt <input type="checkbox"/>		Sendt hjem <input type="checkbox"/>		Annet <input type="checkbox"/>		

Akuttmottakets adresse



	Ikke relevant for meg	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke
21. Hvis du ble sendt hjem, ble du informert om hvilke symptomer du måtte være oppmerksom på etter ditt opphold i akuttmottaket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hvis du ble sendt hjem, ble du informert om hvor du kunne henvende deg med spørsmål om sykdom/skade etter ditt opphold i akuttmottaket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ditt samlede inntrykk av ditt opphold i akuttmottaket							
23. Ble du behandlet på en måte som gjorde at du følte deg trygg mens du var i akuttmottaket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Er du alt i alt tilfreds med ditt opphold i akuttmottaket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Skriv i fritekstfeltet om du har kommentarer til ting personalet i akuttmottaket gjorde spesielt bra og/eller hvis du synes at det er ting personalet i akuttmottaket kan gjøre bedre:							

Akuttmottakets adresse

Vedlegg 3: Veilederkontrakt



Vedlegg 1: VEILEDNINGSKONTRAKT FOR MASTEROPPGAVE MEDISIN VED DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET

Kontrakten leveres Seksjon for utdanningstjenester, Det helsevitenskapelige fakultet.

1 STUDENTENS PERSONALIA

Etternavn: JENSEN THOMASSEN
Fornavn: MARIE
Fødselsnummer (11 siffer): 050791 27851
Studieadresse: Hjalmar Johansensgate 115
Postnummer/-sted: 9007 Tromsø
Telefon: 4817 2651

2 AVTALEPERIODE

Avtalen gjelder fra 1.9.17 til 1.9.19

3 VEILEDNING

Angi hovedveileder og biveileder(e). En av veilederne må være fast vitenskapelig ansatt ved Det helsevitenskapelige fakultet. Hvis veileder planlegger å ha forskningstermin i kontraktperioden, skal studenten informeres om dette når prosjektbeskrivelsen utarbeides. Veileder er i samarbeid med enheten ansvarlig for å sikre studenten veiledning i hele kontraktperioden.

Veileders navn og kontoradresse: ERIK ØFSTAD, med. afd., Nordlandssykehuset
Biveileders navn og kontoradresse: 8092
Biveileders navn og kontoradresse: BOOP
Veileder skal ha forskningstermin i perioden: NEI

Veilederen skal:

- gi råd om formulering og avgrensning av tema og problemstilling
- drøfte og vurdere hypoteser og metoder
- gi hjelp til orientering i faglitteratur og datagrunnlag (bibliotek, arkiv, etc.)

- drøfte opplegg og gjennomføring av fremstillingen (disposisjon, språklig form, dokumentasjon etc.)
- holde seg orientert om progresjonen i masterstudentens arbeid, og vurdere den i forhold til prosjektplanen, drøfte resultater og tolkningen av disse
- gi studenten veiledning i forskningsetiske spørsmål knyttet til forskningsprosjektet

Studenten forplikter seg til å legge fram rapporter eller utkast til deler av oppgaven for veileder, samt i sitt arbeid å etterleve forskningsetiske prinsipper som gjelder for fagområdet.

Begge parter har krav på jevnlig kontakt og orientering under arbeidets gang.

4 MASTEROPPGAVEN

Tittel: PASIENTOPPLEVELSER I AKUTTMOFFAK

5 RESSURSBRUK

Enhet prosjektet skal utføres ved: ISM auid. Boda (allmenmed. forskn. enhet)

Samarbeidspartnere av teknisk eller vitenskapelig art: NEI

6 ENDRINGER/BRUDD PÅ KONTRAKTEN

Alle endringer i veiledningskontrakten underveis i studiet (endring av prosjekt, veileder, forlengelse av kontraktperiode og lignende) skal informeres om til Seksjon for forskningstjenester ved Det helsevitenskapelige fakultet.

Brudd på kontrakten skal behandles av Konfliktrådet ved det Helsevitenskapelige fakultet.

7 UNDERSKRIFTER

Undertegnede er kjent med ovenstående retningslinjer som legges til grunn for samarbeidet i den faglige veiledning. Det er både veileders og studentens ansvar at planen blir fulgt, både innholds- og framdriftsmessig.

Sted/dato: 3000 18/10-17 Underskrift: 

Veileder:

Biveileder:

(Biveileder):

Student: 

Vedlegg 4: Sammendrag av kunnskapsartikler

Referanse: Burström L, Engström M-L, Castrén M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. Upsala Journal of Medical Sciences. 2016;121(1):38-44.		GRADE historisk kohorte																																															
		Dokumentasjonsnivå	II																																														
		Anbefaling	B																																														
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon																																														
Formålet med denne studien var å undersøke effektivitets- og kvalitetseffekter før og etter innføring av legeledet team-triage i et svensk akuttmottak.	<p>Studiedesign: Historisk kohorte (retrospektiv analyse).</p> <p>Inklusjonskriterier: Alle pasienter som var i kontakt med akuttmottaket i aktuelle studieperiodene (2008 og 2012). Ingen nevnte eksklusjonskriterier.</p> <p>Datagrunnlag: Datagrunnlaget baserer seg på tallmateriale hentet fra sykehusets elektroniske databaser og dødsregister for pasienter som var i kontakt med akuttmottak på et sykehus i Sverige. Det var 53 000 besøkende i akuttmottaket 2008, og 61 000 besøkende i akuttmottaket i 2012.</p> <p>Datainnsamling: Det ble samlet inn data fra sykehusets elektroniske databaser, som inneholdt datamateriell fra alle innleggelses i aktuelle perioder. Det ble også hentet ut data fra nasjonalt dødsregister. Studien inkluderte 20 073 pasienter i 2008, og 23 765 pasienter i 2012.</p> <p>Metode: Sykepleierledet team-triage i 2008, legeledet team-triage i 2012. Sammenlikning av effektivitet og kvalitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tid fra ankomst til undersøkelse - Total liggetid i akuttmottaket - Prosentandel pasienter for forlot før tilsyn/vurdering av lege - Antall uplanlagte returer - Mortalitetsrate <p>Statistiske metoder: Kvantitative analyser gjennomført ved bruk av SPSS. (T-tester, kji-kvadrat-testet og regresjonsanalyser).</p>	<p>Denne studien gjennomført ved et mellomstort svensk akuttmottak viste at effektiviteten og kvaliteten på behandlingen ble vesentlig bedre etter omorganisering fra sykepleier-ledet team-triage til lege-ledet team-triage.</p> <p>Tiden fra ankomst (pasientregistrering i akuttmottaket) til legeundersøkelse gikk ned fra 80 minutter til 33 minutter, og lengden på oppholdet (totalt) ble redusert fra 219 minutter til 185 minutter fra henholdsvis 2008 til 2012. Se tabell for utfallsvariablene: prosentandel pasienter som forlot uten å bli tilsett av lege, uplanlagt rekontakt, og dødelighet 2008 til 2012. OR (oddsratio-forholdet) for pasienter som forlot før han/hun ble tilsett/gjennomført behandlingstiltak var 0,62 (95% konfidensintervall 0,54-0,72). Det tilsvarende resultatet for uplanlagte returer var 0,36 (0,32-0,40), dødelighet/mortalitet innen 7 og 30 dager var henholdsvis 0,72 (0,59-0,88) og 0,84 (0,73-0,97). Det var signifikant lavere tid fra innkomst til behandling fra første til andre studieperiode ($p < 0,001$).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Nurse triage, 2008</th> <th colspan="2">Physician triage, 2012</th> <th rowspan="2">P value</th> </tr> <tr> <th>n</th> <th>%</th> <th>n</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Left before treatment completed</td> <td>444</td> <td>2.2</td> <td>360</td> <td>1.5</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Unscheduled return within 24 h</td> <td>1,112</td> <td>5.5</td> <td>499</td> <td>2.1</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Unscheduled return within 72 h</td> <td>1,654</td> <td>8.2</td> <td>762</td> <td>3.2</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Mortality within 7 days after first visit</td> <td>195</td> <td>1.0</td> <td>133</td> <td>0.6</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Mortality within 30 days after first visit</td> <td>415</td> <td>2.0</td> <td>367</td> <td>1.5</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Admitted patients</td> <td>7,498</td> <td>37.0</td> <td>7,605</td> <td>32.0</td> <td><0.001</td> </tr> </tbody> </table>		Nurse triage, 2008		Physician triage, 2012		P value	n	%	n	%	Left before treatment completed	444	2.2	360	1.5	<0.001	Unscheduled return within 24 h	1,112	5.5	499	2.1	<0.001	Unscheduled return within 72 h	1,654	8.2	762	3.2	<0.001	Mortality within 7 days after first visit	195	1.0	133	0.6	<0.001	Mortality within 30 days after first visit	415	2.0	367	1.5	<0.001	Admitted patients	7,498	37.0	7,605	32.0	<0.001	<p>Sjekkliste</p> <ul style="list-style-type: none"> - Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ja. - Er gruppene inkludert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? Ja - Var studien prospektiv? Nei. - Ble eksposisjonen målt likt og pålitelig i de to gruppene? Ja - Ble mange nok personer fulgt opp i andre runde? Ja - Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive/ og eller negative utfall? Ja. - Er det utført frafallsanalyser? Nei. <p>Styrker: Denne studien har analysert data fra to hele år. Det har blitt sammenliknet to triagemodeller i samme akuttmottak. Bortsett fra de ulike triagemodellene var det ingen store forskjeller i arbeidsmodellen eller andre faktorer som kunne påvirke sammenlikningene. Studien inkluderte et stort antall pasienter.</p> <p>Svakheter: Triage-modellen er bare en del av utredningsforløpet som skjer i akuttmottaket. I et akuttmottak er tiltakene komplekse, og de kan innebære mange problemer som kan påvirke pasienten.</p>
	Nurse triage, 2008			Physician triage, 2012		P value																																											
	n	%	n	%																																													
Left before treatment completed	444	2.2	360	1.5	<0.001																																												
Unscheduled return within 24 h	1,112	5.5	499	2.1	<0.001																																												
Unscheduled return within 72 h	1,654	8.2	762	3.2	<0.001																																												
Mortality within 7 days after first visit	195	1.0	133	0.6	<0.001																																												
Mortality within 30 days after first visit	415	2.0	367	1.5	<0.001																																												
Admitted patients	7,498	37.0	7,605	32.0	<0.001																																												
Konklusjon																																																	
Legeledet team-triage forbedret effektivitet og kvaliteten på tjenesten i akuttmottaket.																																																	
Land																																																	
Sverige																																																	
År for data innsamling																																																	
2008 og 2012.																																																	

Referanse: Toma G, Triner W, McNutt L-A. Patient Satisfaction as a Function of Emergency Department Previsit Expectations. Annals of Emergency Medicine. 2009;54(3):360-7.e6.			GRADE tverrsnittstudie
			Dokumentasjonsnivå III
			Anbefaling C
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon
Formålet med denne studien var å se på viktigheten/effekten av å møte pasientens innledende forventninger til diagnostiske og terapeutiske tiltak, og dens videre implikasjon på pasienttilfredshet hos pasienter som er i kontakt med akuttmottaket. Videre søkte studien svar i hvilke faktorer som er styrende i bestemmelsen av pasienttilfredshet.	<p>Studiedesign: Tverrsnittstudie.</p> <p>Metode: Spørreundersøkelse.</p> <p>For hvert pasientbesøk ble det samlet inn data i 3 faser: Pasientens forventninger ved ankomst til akuttmottaket, inntrykk umiddelbart etter mottakelse, og retrospektiv vurdering. Ved ankomst til akuttmottaket ble det undersøkt hvilke spesifikke forventninger pasienten hadde i forhold til tiltak/diagnostikk/behandling. Før utskrivelse eller overflytting til en annen avdeling ble det undersøkt om forventningene til medisinsk undersøkelse/behandling var møtt, samt gradering personalets mellommenneskelige ferdigheter, oppfattet ventetid og generelle tilfredshet.</p> <p>Inklusjonskriterier</p> <p>Studiepopulasjonen bestod av pasienter som var i kontakt med akuttmottaket i perioden juni-september 2006. Dersom pasienten ikke kunne gi de nødvendige dataene (barn, kognitiv svekket, språkbarriere) ble pårørende spurt om å besvare.</p> <p>Eksklusjonskriterier</p> <p>Pasienter innlagt i fengsel ble ekskludert, de kritisk syke eller skadde, de som ikke kunne kommunisere effektivt grunnet språkproblematikk og de som selv valgte å ikke delta (undersøkelsen var frivillig).</p> <p>Datagrunnlaget</p> <p>Studien er gjennomført ved et universitetssykehus i delstaten Albany (New York). Akuttmottaket har årlig 65000 pasientbesøk.</p> <p>Statistiske analyser:</p> <p>Analysen ble gjennomført ved hjelp av SAS database versjon 9.0.</p>	<p>Denne studien viser at selv om pasienter ofte presenterer seg i akuttmottaket med forhåndsdefinerte diagnostiske eller terapeutiske forventninger til omsorg, er effekten av å oppfylle disse forventningene ikke forbundet med den generelle pasienttilfredsheten. Personalets mellommenneskelige- og kommunikasjonsferdigheter spilte i stor grad inn på total tilfredshet. Forklaring på ventetiden, informasjon om medisinsk tilstand, og estimert behandlingsforløp var viktige faktorer som spilte inn på tilfredshet. Tilfredsheten økte ved reduksjon i ventetid.</p> <p>987 pasienter ble presentert under registreringsperioden (343 datainnsamlingstimer), 821 (83%) møtte inklusjonskriteriene, og komplette data ble samlet inn på 504 (61%) pasientmøter.</p> <p>25% hadde ingen forventninger til diagnostiske eller terapeutiske tiltak, 24% hadde en enkelt rapportert forventning, og 47% hadde flere intervensjonsforventninger. Blant respondentene svarte 50% at de var "veldig fornøyd" med sitt opphold i akuttmottaket, 41% var fornøyd", 4% var "hverken fornøyd eller misfornøyd", 3% var "misfornøyd", 2% var "veldig misfornøyd".</p> <p>Det ble ikke funnet sammenheng mellom å ha terapeutisk intervensjon og pasienttilfredshet.</p> <p>Resultatene viste et veldig sterkt forhold mellom hva pasienten hadde svart angående personalets medmenneskelige ferdigheter og total tilfredshet i akuttmottaket. Andre faktorer knyttet til høy pasienttilfredshet var tilstrekkelig forklaring på ventetid, informasjon om videre forløp, og oppfatningen av total oppholdstid.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er problemstillingen klart definert? Ja - Var befolkningen (populasjonen) klart definert? Ja - Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja - Er svarprosenten høy nok? Ja - Var frafall gjort rede for? Ja. - Var datainnsamling standardisert? Ja - Var det i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja <p>Svakhet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ettersom man utelot pasienter som ble ansett for å være for syke til å delta, kan ikke funnene være gyldig for gruppen med de mest kritiske/skadde. På samme måte ble pasienter med manglende evne til å uttrykke seg manglende. - Tverrsnittstudie. - Frivillig deltagelse. <p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tydelige inklusjon- og eksklusjonskriterier. - Frafall er gjort godt rede for. - Standardisert datamateriale - Stor prosentandel av pasientene møtte inklusjonskriteriene.
Konklusjon	Resultatene fra denne studien tydeliggjorde viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter og mellommenneskelige forhold i møte med pasienter i akuttmottaket. God allianse mellom helsepersonell og pasienten bedrer pasientens totale tilfredshet. Det var ikke sterk korrelasjon knyttet til om legen overgikk det som var forventningen om diagnostiske og terapeutiske tiltak når pasienten ankom akuttmottaket.		
Land	USA (New York)		
År for data innsamling	2006.		

Referanse: Boudreaux E, Friedman J, Chansky ME, Baumann BM. Emergency department patient satisfaction: Examining the role of acuity and throughput times. Ann Emerg Med. 2003;42(4):S59-S.		GRADE Tverrsnittstudie																																																																																																																																																																										
		Dokumentasjonsnivå	III																																																																																																																																																																									
		Anbefaling	C																																																																																																																																																																									
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon																																																																																																																																																																									
<p>Formålet med denne studien var å sammenlikne forholdet mellom pasientens triage ved ankomst (hastegraden av medisinsk tilstand), reell ventetid og opplevd ventetid, og den totale tilfredsheten hos pasienter som var i kontakt med akuttmottak.</p>	<p>Studiedesign: Tverrsnittstudie. Før utskrivelse eller overføring til en annen avdeling svarte respondentene på et spørreskjema som vurderte tilfredshet med ulike komponenter ved besøket.</p> <p>Inklusjonskriterier: Alle pasienter som var i kontakt med det aktuelle akuttmottaket i perioden 15.juli-12.august 2002 fikk tilbud om å være med i studien. Pediatriske pasienter ble også inkludert.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Pasienter ble ekskludert dersom de var for syke/skadede til å fullføre spørreskjemaet. Pasienter som var kognitivt svekket eller opplevde endring i mental status ble også ekskludert.</p> <p>Datagrunnlaget: Datamateriale baserer seg på svar på spørreskjema pasienter som var i kontakt med akuttmottaket sykehus i New Jersey i perioden 15.juli-12.august 2002. 18565 (63%) av pasientene i aktuell periode deltok i undersøkelsen.</p> <p>Gjennomsnittsalder var 30 år. 54% var kvinner, og følgende 46% menn. 453 (24%) ble triagert som akutt, 930 (50%) ble triagert som haster, og 481 (26%) ble triagert til mindre alvorlig. 254 (14%) ble innlagt, og 1602 (86%) ble utskrevet.</p>	<p>Oppfattet total ventetid/liggetid korrelerte sterkere med total tilfredshet enn reell ventetid.</p> <p>TABLE 1. Correlations between Throughput Times and Overall Satisfaction Based on Triage Category</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Actual Throughput Times X Overall Satisfaction</th> <th colspan="4">Throughput Time Satisfaction X Overall Satisfaction</th> </tr> <tr> <th>Wait for Registration</th> <th>Wait for Physician Evaluation</th> <th>Total LOS</th> <th>Wait for Triage</th> <th>Wait for Registration</th> <th>Wait for Physician Evaluation</th> <th>Total LOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>All patients</td> <td>-0.04</td> <td>-0.24</td> <td>-0.07</td> <td>0.60</td> <td>0.60</td> <td>0.64</td> <td>0.63</td> </tr> <tr> <td>Emergent</td> <td>0.070</td> <td><0.001</td> <td>0.004</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Urgent</td> <td>-0.01</td> <td>-0.19</td> <td>-0.06</td> <td>0.63</td> <td>0.68</td> <td>0.66</td> <td>0.66</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0.764</td> <td><0.001</td> <td>0.252</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Urgent</td> <td>-0.06</td> <td>-0.25</td> <td>-0.09</td> <td>0.60</td> <td>0.58</td> <td>0.64</td> <td>0.60</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0.067</td> <td><0.001</td> <td>0.008</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Routine</td> <td>-0.04</td> <td>-0.21</td> <td>-0.15</td> <td>0.54</td> <td>0.56</td> <td>0.63</td> <td>0.66</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0.352</td> <td><0.001</td> <td>0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pasientene som var tiragert til akutt tilstand (rød) var signifikant mer fornøyde og hadde kortere liggetid enn pasientene som var triagert som "haster" (gul) og "mindre akutt" (grønn).</p> <p>TABLE 2. Acuity, Perceived Throughput Times, and Overall Satisfaction with the Emergency Department Visit: ANOVA Results</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th>Wait for Triage</th> <th>Wait for Registration</th> <th>Wait for Physician Evaluation</th> <th>Total LOS</th> <th>Overall Satisfaction</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>All patients</td> <td>5.6 (5.5, 5.7)</td> <td>5.5 (5.5, 5.6)</td> <td>5.3 (5.2, 5.3)</td> <td>5.5 (5.4, 5.5)</td> <td>5.9 (5.8, 6.0)</td> </tr> <tr> <td>Emergent</td> <td>5.9 (5.8, 6.0)</td> <td>6.0 (5.9, 6.2)</td> <td>5.7 (5.5, 5.8)</td> <td>5.6 (5.5, 5.8)</td> <td>6.1 (6.0, 6.2)</td> </tr> <tr> <td>Urgent</td> <td>5.5 (5.4, 5.6)</td> <td>5.8 (5.7, 5.9)</td> <td>5.1 (5.0, 5.2)</td> <td>5.3 (5.2, 5.5)</td> <td>5.8 (5.7, 5.9)</td> </tr> <tr> <td>Routine</td> <td>5.6 (5.4, 5.7)</td> <td>5.7 (5.7, 6.0)</td> <td>5.2 (5.0, 5.4)</td> <td>5.5 (5.4, 5.7)</td> <td>5.9 (5.8, 6.0)</td> </tr> <tr> <td>(Degrees of freedom)</td> <td>(2,1853)</td> <td>(2,1840)</td> <td>(2,1846)</td> <td>(2,1653)</td> <td>(2,1838)</td> </tr> <tr> <td>F statistic</td> <td>10</td> <td>13</td> <td>16</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>p-value</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> <td>0.009</td> <td>0.002</td> </tr> <tr> <td>Post hoc cell differences*</td> <td>U,R < E</td> <td>U,R < E</td> <td>U,R < E</td> <td>U < E</td> <td>U < E</td> </tr> </tbody> </table> <p>Cells contain means on the seven-point scale (1 = poor, 4 = average, 7 = excellent) and 95% confidence interval. *Post hoc tests were Tukey's honestly significant difference. ANOVA = analysis of variance; LOS = length of stay; U = urgent; R = routine; E = emergent.</p> <p>TABLE 3. Acuity and Actual Throughput Times: ANOVA Results</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variable</th> <th>Wait for Registration</th> <th>Wait for Physician Evaluation</th> <th>Total LOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>All patients</td> <td>24 (23-25)</td> <td>74 (72-76)</td> <td>228 (222-234)</td> </tr> <tr> <td>Emergent</td> <td>24 (22-26)</td> <td>50 (46-56)</td> <td>291 (270-312)</td> </tr> <tr> <td>Urgent</td> <td>24 (23-25)</td> <td>82 (78-86)</td> <td>215 (204-226)</td> </tr> <tr> <td>Routine</td> <td>25 (23-27)</td> <td>76 (71-81)</td> <td>136 (128-145)</td> </tr> <tr> <td>(Degrees of freedom)</td> <td>(2,1850)</td> <td>(2,1826)</td> <td>(2,1853)</td> </tr> <tr> <td>F statistic</td> <td>1</td> <td>54</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>p-value</td> <td>0.725</td> <td><0.001</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Post hoc cell differences*</td> <td></td> <td>E < U,R</td> <td>R < U < E</td> </tr> </tbody> </table>		Actual Throughput Times X Overall Satisfaction			Throughput Time Satisfaction X Overall Satisfaction				Wait for Registration	Wait for Physician Evaluation	Total LOS	Wait for Triage	Wait for Registration	Wait for Physician Evaluation	Total LOS	All patients	-0.04	-0.24	-0.07	0.60	0.60	0.64	0.63	Emergent	0.070	<0.001	0.004	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	Urgent	-0.01	-0.19	-0.06	0.63	0.68	0.66	0.66		0.764	<0.001	0.252	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	Urgent	-0.06	-0.25	-0.09	0.60	0.58	0.64	0.60		0.067	<0.001	0.008	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	Routine	-0.04	-0.21	-0.15	0.54	0.56	0.63	0.66		0.352	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		Wait for Triage	Wait for Registration	Wait for Physician Evaluation	Total LOS	Overall Satisfaction	All patients	5.6 (5.5, 5.7)	5.5 (5.5, 5.6)	5.3 (5.2, 5.3)	5.5 (5.4, 5.5)	5.9 (5.8, 6.0)	Emergent	5.9 (5.8, 6.0)	6.0 (5.9, 6.2)	5.7 (5.5, 5.8)	5.6 (5.5, 5.8)	6.1 (6.0, 6.2)	Urgent	5.5 (5.4, 5.6)	5.8 (5.7, 5.9)	5.1 (5.0, 5.2)	5.3 (5.2, 5.5)	5.8 (5.7, 5.9)	Routine	5.6 (5.4, 5.7)	5.7 (5.7, 6.0)	5.2 (5.0, 5.4)	5.5 (5.4, 5.7)	5.9 (5.8, 6.0)	(Degrees of freedom)	(2,1853)	(2,1840)	(2,1846)	(2,1653)	(2,1838)	F statistic	10	13	16	5	6	p-value	<0.001	<0.001	<0.001	0.009	0.002	Post hoc cell differences*	U,R < E	U,R < E	U,R < E	U < E	U < E	Variable	Wait for Registration	Wait for Physician Evaluation	Total LOS	All patients	24 (23-25)	74 (72-76)	228 (222-234)	Emergent	24 (22-26)	50 (46-56)	291 (270-312)	Urgent	24 (23-25)	82 (78-86)	215 (204-226)	Routine	25 (23-27)	76 (71-81)	136 (128-145)	(Degrees of freedom)	(2,1850)	(2,1826)	(2,1853)	F statistic	1	54	95	p-value	0.725	<0.001	<0.001	Post hoc cell differences*		E < U,R	R < U < E	<p>Styrke</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er problemstillingen klart definert? Ja. - Var befolkningen (populasjonen) klart definert? Ja. - Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja - Er svarprosenten høy nok? Ja - Var frafall gjort rede for? Ja - Var datainnsamling standardisert? Ja - Var det i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja <p>Svakhet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kort spørreskjema med lett forståelige spørsmål i håp om å oppnå stor svarprosent på undersøkelsen. - Forskningsassistenter tilgjengelig for å intervju pasienter som ikke kunne/ville svare skriftlig. - Tverrsnittstudie - Pasientene som var alvorlig skadd/syke ble ekskludert fra studien og det ble derfor ikke målt pasienttilfredshet blant denne målgruppen.
	Actual Throughput Times X Overall Satisfaction			Throughput Time Satisfaction X Overall Satisfaction																																																																																																																																																																								
	Wait for Registration	Wait for Physician Evaluation	Total LOS	Wait for Triage	Wait for Registration	Wait for Physician Evaluation	Total LOS																																																																																																																																																																					
All patients	-0.04	-0.24	-0.07	0.60	0.60	0.64	0.63																																																																																																																																																																					
Emergent	0.070	<0.001	0.004	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001																																																																																																																																																																					
Urgent	-0.01	-0.19	-0.06	0.63	0.68	0.66	0.66																																																																																																																																																																					
	0.764	<0.001	0.252	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001																																																																																																																																																																					
Urgent	-0.06	-0.25	-0.09	0.60	0.58	0.64	0.60																																																																																																																																																																					
	0.067	<0.001	0.008	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001																																																																																																																																																																					
Routine	-0.04	-0.21	-0.15	0.54	0.56	0.63	0.66																																																																																																																																																																					
	0.352	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001																																																																																																																																																																					
	Wait for Triage	Wait for Registration	Wait for Physician Evaluation	Total LOS	Overall Satisfaction																																																																																																																																																																							
	All patients	5.6 (5.5, 5.7)	5.5 (5.5, 5.6)	5.3 (5.2, 5.3)	5.5 (5.4, 5.5)	5.9 (5.8, 6.0)																																																																																																																																																																						
Emergent	5.9 (5.8, 6.0)	6.0 (5.9, 6.2)	5.7 (5.5, 5.8)	5.6 (5.5, 5.8)	6.1 (6.0, 6.2)																																																																																																																																																																							
Urgent	5.5 (5.4, 5.6)	5.8 (5.7, 5.9)	5.1 (5.0, 5.2)	5.3 (5.2, 5.5)	5.8 (5.7, 5.9)																																																																																																																																																																							
Routine	5.6 (5.4, 5.7)	5.7 (5.7, 6.0)	5.2 (5.0, 5.4)	5.5 (5.4, 5.7)	5.9 (5.8, 6.0)																																																																																																																																																																							
(Degrees of freedom)	(2,1853)	(2,1840)	(2,1846)	(2,1653)	(2,1838)																																																																																																																																																																							
F statistic	10	13	16	5	6																																																																																																																																																																							
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	0.009	0.002																																																																																																																																																																							
Post hoc cell differences*	U,R < E	U,R < E	U,R < E	U < E	U < E																																																																																																																																																																							
Variable	Wait for Registration	Wait for Physician Evaluation	Total LOS																																																																																																																																																																									
	All patients	24 (23-25)	74 (72-76)	228 (222-234)																																																																																																																																																																								
Emergent	24 (22-26)	50 (46-56)	291 (270-312)																																																																																																																																																																									
Urgent	24 (23-25)	82 (78-86)	215 (204-226)																																																																																																																																																																									
Routine	25 (23-27)	76 (71-81)	136 (128-145)																																																																																																																																																																									
(Degrees of freedom)	(2,1850)	(2,1826)	(2,1853)																																																																																																																																																																									
F statistic	1	54	95																																																																																																																																																																									
p-value	0.725	<0.001	<0.001																																																																																																																																																																									
Post hoc cell differences*		E < U,R	R < U < E																																																																																																																																																																									
Konklusjon	<p>Pasienter triagert med akutt hastegrad ser ut til å være mer fornøyde med sitt opphold i akuttmottaket enn pasientene som var triagert med lavere hastegrad (mindre akutte tilstander). Oppfattet ventetid er sterkere forbundet til total tilfredshet enn reell ventetid.</p>																																																																																																																																																																											
Land	New Jersey, USA																																																																																																																																																																											
År for data innsamling	2002																																																																																																																																																																											
Statistiske analyser	<p>Statistiske analyser: Enkle deskriptiv statistikk. Korrelasjonsanalyser, kji-kvadrat tester.</p>																																																																																																																																																																											

Referanse: Ekwall A. Acuity and Anxiety From the Patient's Perspective in the Emergency Department. Journal of Emergency Nursing. 2011;39(6).		GRADE tverrsnittstudie	
		Dokumentasjonsnivå	III
		Anbefaling	C
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon
<p>Formålet med denne studien var å sammenligne pasientens egen vurdering av akutttilstand (triage) med vurderingen helsepersonell gjør ved ankomst til akuttmottak. Videre tar studien mål i å beskrive pasienttilfredshet og nivåer av engstelse hos pasienter som er i kontakt med akuttmottak.</p>	<p>Studiedesign: Tverrsnittstudie.</p> <p>Inklusjonskriterier: Pasienter >18 år med triagekode mer enn 1 (altså ikke behov for øyeblikkelig legehjelp) ble inkludert i studien.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Pasienter som var alvorlig syke eller kognitivt påvirket av deres medisinske tilstand ble ikke inkludert i studien.</p> <p>Datagrunnlag: Datagrunnlaget baserer seg på pasienter som var i kontakt med et akuttmottak i Sverige i aktuell periode. Tilsammen mottok 220 pasienter spørreskjema, og 72 pasienter besvarte undersøkelsen (responsrate 37,7%), hvorav 54% kvinner. Medianalder var 56 år. Situasjoner som førte til at pasienten unnlot å svare var eksempelvis dersom det var vanskeligheter med å forstå spørsmålene (språkutfordringer), eller dersom pasienten ikke hadde ventetid for undersøkelse av lege (akutt tilstand).</p> <p>Metode: Spørreundersøkelse. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om pasientens vurdering av hans/hennes medisinske tilstand og graden av "haster". Pasienttilfredshet ble målt gjennom svaralternativene "ja/fornøyd", "hverken fornøyd eller utilfreds", og "nei/ikke fornøyd". Angst ble målt ved (visual analogue scale of anxiety, VAS-A).</p> <p>Statistiske metoder: SPSS versjon 16 ble brukt for å gjøre statistiske analyser.</p>	<p>Hovedfunn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Majoriteten av respondentene var tilfredse med sitt opphold i akuttmottaket. - Pasientens egen vurdering av hans/hennes tilstand samstemte i liten grad med vurderingen gjort av triagesykepleier. Det forekom en ulik oppfatning av hva som haster. - Pasienttilfredshet var ikke korrelert med triagekategori. - Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient under ventetiden i akuttmottaket er svært viktig, både for pasienttilfredshet og reduksjon av angstnivå. <p>Av respondentene besvarte 32 stk at de var fornøyd, 25 var nøytrale, og 8 var ikke fornøyd med sitt opphold i akuttmottaket. Blant de misfornøyde pasientene hadde ingen blitt informert/kontaktet under ventetiden. Blant de som var nøytral i sin besvarelse hadde 4 snakket med sykepleier eller annet personell under ventetiden. Blant de fornøyde hadde 15 blir ivaretatt med god informasjon og kommunikasjon fra sykepleier eller annet personalet i ventetiden.</p> <p>Gjennomsnittsverdien for engstelse var 42,4 for menn og 47,9 for kvinner ved ankomst akuttmottaket (visual analogue scale of anxiety, VAS-A). Ved utreise var gjennomsnittsverdien for menn 23,0 og for kvinner 27,3. Resultatene viste en signifikant reduksjon i engstelse i blant de tre gruppene ved innleggelse og utskrivelse ($p < 0,001$).</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er problemstillingen klart definert? Ja. - Var populasjonen klart definert? Ja - Er svarprosenten høy nok? Nei. - Var frafallet gjort rede for? Ja. - Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Nei. Den stressende faktoren ved opphold i akuttmottak ble et problem for innsamling av data. Få deltakere. <p>Svakhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den lave responsen krever forsiktighet ved generalisering av resultatene. - Den etiske avgjørelsen om å ekskludere personer som var for bekymret for å kunne svare, kan ha ført til skjeve resultater i vurderingen av angst. (Et annet design er nødvendig for å fange opp denne sårbare gruppens opplevelse). <p>Styrke: Det var ingen forskjell på triagekode eller kjønn ved frafall, det tyder på at det ikke er systemisk utfall.</p> <p>Hva diskuterte forfatteren? Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient i ventetiden i akuttmottaket er svært viktig både for pasienttilfredshet og for å redusere angstnivå. Å hjelpe pasienten med å forstå alvorlighetsgraden av hans eller hennes medisinske tilstand og gi informasjon om triagekategorien og dens implikasjoner for omsorg i akuttmottaket, bør være fokuspunkter i arbeide med å bedre kommunikasjon mellom personalet og pasienten i akuttmottak. Pasienten engstelse reduseres dersom pasienten trygges med god informasjon og kommunikasjon i ventetiden.</p>
Konklusjon	<p>Tilstrekkelig oppfølging av pasienten i ventetiden har stor betydning for den totale tilfredshet. Viktigheten av god kommunikasjon og informasjon vedrørende ventetider. Studien indikerer at pasienttilfredshet kan forbedres ved hjelp av en sykepleieintervensjon med bedre oppfølging i ventetiden i akuttmottaket.</p>		
Land	Sverige		
År data innsamling	2013		

Formål		Materiale og metode	Resultater	Diskusjon
<p>Hensikten med denne kartleggingsstudien var å beskrive organiseringen av triage i norske akuttmottak (triagepersonell, fysiske fasiliteter, opplæring og bruk av mål) og undersøke bruken av triageskalaer og beslutningsstøtte.</p>		<p>Studiedesign: Tverrsnittstudie.</p> <p>Inklusjonskriterier: Alle norske sykehus med akuttfunksjon fikk tilbud om å være med i studien. Det var ikke satt noen eksklusjonskriterier.</p> <p>Datagrunnlag: 45 av 53 forespurte sykehus deltok (80%). 7 universitetssykehus og 38 lokalsykehus.</p>	<p>Hovedfunn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle akuttmottakene anga at pasientene ble hastegradsvurdert/triagert. - Mange akuttmottak brukte egenkomponerte triageskalaer, kun 17 av akuttmottakene brukte internasjonalt anerkjent femgradige triageskalaer. - Det var stor variasjon i organiseringen av triage. - Flere akuttmottak evaluerte ikke mål for triage. Kun halvparten av akuttmottakene hadde retningslinjer for hvilket personell som skulle utføre triage. <p>45 av 56 norske akuttstusykehus (80 %) deltok. Svarprosenten varierte fra 50 i en av helseregionene til 83, 89 og 100 i de øvrige. Angitt volum av øyeblikkelig hjelp-pasienter i akuttmottaket i 2009 varierte fra 810 til 42 000.</p> <p>Alle respondentene rapporterte at øyeblikkelig hjelp-pasienter gjennomgikk hastegradsvurdering/triage på klinisk vurdering av tegn og symptomer. 34 (76 %) anga at de brukte triageskalaer, av disse anvendte 17 (50 %) egenkomponerte skalaer. 21 (68 %) av 31 akuttmottak som hadde mål for triagering, anga at de utførte målevaluering. Henholdsvis 14 og 15 av respondentene anga å ha spesielt utpekt triagepersonell og eget triageområde. 24 akuttmottak krevde intern triageopplæring for sykepleiere og hjelpepleiere. Det var en tendens til at anerkjente femgradige skalaer ble brukt hyppigere i akuttmottak med høye pasientvolumer.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er problemstillingen klart definert? Ja. - Var befolkningen (populasjonen) klart definert? Det er ingen opplysninger om respondentene. Antall sykehus som er inkludert i studien er godt beskrevet. - Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja. 53 offentlige sykehus og 3 private sykehus med akuttfunksjoner ble inkludert. 45 av 56 forespurte sykehus deltok (80%). 7 universitetssykehus og 38 lokalsykehus deltok. - Er svarprosenten høy nok? Ja. - Var frafall gjort rede for? Det var gjort rede for prosentandel frafall i de ulike helseregionene. Det var ikke gjort rede for årsak til frafall. - Var datainnsamling standardisert? Ja - Var det i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja <p>Styrke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den høye svarprosenten indikerer at funnene er representative. - Førsteforfatter utførte telefonintervjuene, det ga mulighet til å oppklare misforståelser eller uklare svar underveis. - Spørreskjema ble sendt ut til respondentene på forhånd slik at de kunne være forberedt når de ble oppringt. <p>Svakhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En begrensning ved studien er at det ikke er noen opplysninger om respondentene. - Oppgitt antall øyeblikkelig hjelp-pasienter i akuttmottaket er basert på respondentenes svar og er derfor også forbundet med usikkerhet.
<p>Konklusjon</p> <p>Studien viser varierende bruk og organisering av triage i norske akuttmottak. Dette kan være uttrykk for manglende retningslinjer fra helsemyndighetene og manglende prioritering av akuttmottaksarbeid.</p>		<p>Metode: Tverrsnittsundersøkelse gjennomført ved norske akuttmottak ved hjelp av spørreskjema og telefonintervju.</p> <p>Det ble benyttet spørreskjema som var utviklet for en liknende svensk studie. Det ble bearbeidet og tilpasset norske forhold. Før gjennomføring ble spørreskjemaet utprøvd på sykepleiere som var kjent med fagområdet, og nødvendige justeringer ble gjort.</p>		
<p>Land</p> <p>Norge</p>		<p>Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av telefonintervju. Spørreskjemaet var sendt ut til respondentene i forkant. Skriftlig registrering ble gjort fortløpende under samtalen.</p>		
<p>År data innsamling</p> <p>2010</p>		<p>Statistiske metoder: Deskriptive analyser ble utført ved bruk av SPSS versjon 17. Svar på åpne kommentarer ble kategorisert etter retningslinjer for kvalitative data.</p>		

