

**”DEN SOM VÄNTAR MED NÅGOT ONT VÄNTAR  
ALLTID FÖR LÄNGE...”**

**- Patientens upplevelse av bemötandet  
på akutmottagningen**

**“THOSE WHO WAIT WITH PAIN ALWAYS  
WAIT TOO LONG...”**

**- Patient´s experience of treatment at  
emergency department**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå 15 Högskolepoäng  
Hösttermin 2010

Lisa Josefsson  
Oscar Perdsjö

## **SAMMANFATTNING**

Titel:	Den som väntar med något ont väntar alltid för länge...
Författare:	Josefsson, Lisa; Perdsjö, Oscar
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Hammarlund, Kina
Examinator:	Björk, Maria
Sidor:	21
Nyckelord:	Bemötande, Akutmottagning, Patient, Information

---

För den utsatta patienten kan det första mötet med sjukvården ske på akutmottagningen. Det är av största vikt hur sjuksköterskan bemöter patienten i detta skede. Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att känna trygghet och göra sitt bästa för att motverka lidande. I denna litteraturstudie är 14 vetenskapliga artiklar granskade, med syfte att belysa patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande på en akutmottagning. Resultatet visar, delvis, att patienterna är nöjda med bemötandet från sjuksköterskan på akutmottagningen samt att patienten kände sig trygg i detta möte. Resultatet visar samtidigt att sjuksköterskan bör sätta större fokus på en bra kommunikation och tydlig information. Det är av stor vikt att sjuksköterskan lär känna patienten som en unik person, tar sig tid att sätta sig in i dennes livsvärld samt att hon är lyhörd till patientens problem. Förhoppningsvis kan resultatet av denna studie öka den professionella sjuksköterskans kompetens och samtidigt hjälpa henne förmedla hopp till den utsatta patientens livsvärld.

## **ABSTRACT**

Title: Those who wait with pain always wait too long...

Author: Josefsson, Lisa; Perdsjö, Oscar

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Hammarlund, Kina

Examiner: Björk, Maria

Pages: 21

Keywords: Encounter, Emergency Department, Patient, Information

---

For the vulnerable patient, the first encounter with the healthcare system can be at the emergency department. It is, here, crucial how the nurse meet the patient. The nurse shall help the patient to feel safe and the nurse shall do her best to avoid any sort of suffering. In this study, 14 researches are reviewed, aiming to elucidate the patient experience of the encounter with the nurse, at the emergency department. The findings show that the patients partly are pleased with the encounter at the emergency department and that they felt comfortable in and with the care. However, it also shows that it is needed for the nurse to focus on a good communication and properly information. It is also ginormously significant that the nurse knows the patient as the unique person he or she is, take time to see into the unique patient lifeworld and listen to patient troubles. Hopefully the result of this study can help the professional nurse to increase her skill and bring hope into the vulnerable patient lifeworld.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
Att vara patient på akutmottagningen .....	1
Bemötande .....	2
Kommunikation och information.....	2
Den vårdande relationen .....	3
Ett onödigt vårdlidande.....	3
Tid.....	4
Hopp.....	4
PROBLEMFÖRMULERING .....	5
SYFTE .....	5
METOD .....	5
Urval och datainsamling .....	5
Analys .....	6
Etiska överväganden .....	6
RESULTAT .....	8
Kommunikation, ovärderlig för patienten .....	8
Att upplevas som ointressant och övergiven .....	9
I trygga händer .....	10
Väntan som orsak till vårdlidande .....	10
Sammanfattning av resultat .....	11
DISKUSSION.....	13
Metoddiskussion .....	13
Resultatdiskussion .....	14
Avslutande reflektioner.....	16
REFERENSLISTA .....	18

## BILAGOR

I Artikelöversikt

II Sökvägar

# INLEDNING

För flertalet patienter som upplever lidande, hjälplöshet och sjukdom är det ofta på akutmottagningen den första kontakten med sjuksköterskan sker (Nyström, 2003). I mötet mellan sjuksköterska och patient ingår ett bemötande, vilket kan nyanseras utefter sjuksköterskans profession. Bemötandet, i omvårdnad, kan vara komplext och innehålla allt ifrån en lugnande hand till varierande kommunikation.

Trots att flera patienter är positiva till den omvårdnad som utförs på en akutmottagning är det tyvärr vanligt med klagomål (Nyström, 2003). Missnöjen handlar bland annat om långa väntetider, patientens känsla av att inte bli tagen på allvar samt otrevligt bemötande (a.a.). Sjuksköterskans bemötande har en avgörande roll i mötet med patienten. Patienter på akutmottagningen anser att det är av stor vikt i hur sjuksköterskan uppträder och kommunicerar i sitt bemötande (Watt, Wertzler & Brannan, 2004).

Det är sjuksköterskans ansvar att göra sitt yttersta för att patienten ska känna sig trygg, respekterad och finna mening i livslidandet som kan förekomma mitt i traumat. Patientens livsvärld, unika lidande och upplevelser i en traumatisk situation bör alltid vara sjuksköterskans utgångspunkt i genomförandet av omvårdnad. Denna litteraturstudie ska belysa närmare hur patienterna upplever bemötandet på en akutmottagning.

# BAKGRUND

## Att vara patient på akutmottagningen

Till en akutmottagning söker människor med en mängd olika besvär och symtom (Wikström, 2006). Det finns patienter som endast är i behov av egenvårdsråd utav sjuksköterskan, patienter med symtom som exempelvis yrsel, näsblödning eller oro. Andra patienter behöver omedelbar hjälp för att dennes liv ska räddas (a.a.). Det kan då handla om livshotande skador där patienten kan vara svårt sårad, uppleva andnöd och/eller bröstsmärtor (Axelsson, 1997; Wikström, 2006). Det är av största vikt att sjuksköterskan bemöter varje patient med samma respekt och värdighet (Wikström, 2006). Triage innebär att den sjuksköterska som först träffar patienten väljer ut och prioriterar patienten (Göransson, Eldh & Jansson, 2008; Wikström, 2006). För att patienten ska få bästa möjliga vård, utifrån dennes behov, är det av stor vikt att patienten placeras inom rätt klinik (Wikström, 2006). Kliniken kan exempelvis vara medicin, kirurgi eller ortopedi. Prioritering sker utifrån hur allvarligt sjuk eller skadad patienten är (a.a.).

Miljön på akutmottagningen kan upplevas som kaotisk och extremt hektisk för patienten, men även för den arbetande sjuksköterskan (Kilcoyne & Dowling, 2007; Wikström, 2006). Kontrasterna kan vara stora, en patient kan uppleva otillfredsställdhet över långa väntetider, samtidigt som ett barn avlider i ett rum intill (Wikström, 2006). Dagligen tar sjuksköterskan emot ett stort antal patienter under ett kort och intensivt skede, där livsavgörande insatser ofta står på agendan (a.a.). Patientens omvårdnadsbehov kan vara besvärliga att tillgodose och möta på akutmottagningen (Nyström, 2003). Joyce Travelbee är en omvårdnadsteoretiker som förespråkar vikten av att sjuksköterskan lär känna patientens egen upplevelse av den situation som har uppstått (Travelbee, 1971). I sin

omvårdnadsteori belyser Travelbee att varje människa är en unik och oersättlig person (a.a.). Av den anledningen är det centralt att sjuksköterskan arbetar aktivt för att omvårdnaden skall bli optimal för den unika patienten (Nyström, 2003).

På flera akutmottagningar finns en bristande helhetssyn samt saknad av specifika omvårdnadsåtgärder så som ett trevligt bemötande, visad tolerans, tydlig information samt en strävan efter en god vårdrelation (Nyström, 2003). En god omvårdnad på en akutmottagning ska kännetecknas av det etiska patientperspektivet. Det innebär att sjuksköterskan ska bemöta patienten med respekt, förmedla trygghet samt värna om patientens personliga integritet (Axelsson, 1997; Nyström, 2003). Det är av vikt att patienten ses som den främsta experten på sig själv, sin livssituation, sitt välbefinnande och sitt eventuella lidande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Det är viktigt att sjuksköterskan ser till hela patienten, oavsett hur allvarliga åkommor patienten har (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002). Den unika patienten upplever samma behov av omvårdnad oavsett lidande. För den professionella sjuksköterskan ska detta vara essentiellt. På detta sätt minskar man risken för att patienten känner sig åsidosatt på grund av icke allvarliga symtom (a.a.). Stressiga förhållanden, kan leda till att fokus hamnar på att endast behandla patientens synliga skador (Wikström, 2006). Genom att anamma en helhetssyn på patienten kan sjuksköterskan lättare hjälpa patienten (Dahlberg et al., 2003).

## **Bemötande**

Ett möte kännetecknas av det samspel som uppstår och berör människor emellan (Hansson-Pourtaheri, 2001). Dessa samspel styrs av människans unika reaktioner som sker utifrån erfarenheter av situationer, tolkningar samt förväntningar. Enligt National Encyklopedins Ordbok (1995) definieras bemötande med att personen i fråga betar sig på ett specifikt sätt (a.a.). Bemötande kan liknas med en skapande process, en kreativ problemlösning som främst grundar sig i hur människor betar sig gentemot varandra och hur väl de kommer överens (Weiner Thordarson, 2009).

## **Kommunikation och information**

Enligt Mercer et al. (2008) finns behov av förbättrad kommunikation på akutmottagningen (a.a.). Genom kommunikation kan sjuksköterskan bekanta sig med patienten samt se och möta dennes behov (Eide & Eide, 1997). En viktig kommunikativ utmaning i omvårdnadssammanhang är att ge god och tillräcklig information (a.a.).

En majoritet av de som söker vård bär på stor oro som beror på ovetskap och saknad av kunskap om vad som väntar dem (Wilhelmsson, 2001). Sjuksköterskan kan förebygga oro och rädsla genom att i sin kommunikation tillgodose patienten med korrekt och klar information och därmed främja trygghet (a.a.). Det kan röra sig om information gällande sjukdomen, skadan, behandlingen och känslomässiga reaktioner som kan uppstå (Eide & Eide, 1997).

Enligt Socialstyrelsen (2005) ska det ingå i sjuksköterskans kompetens att uppmärksamma patientens behov av information, informera patienten samt försäkra sig om att patienten har förstått den givna informationen. Ärlighet, trovärdighet samt saklighet är centralt vid informationstillfället (Wilhelmsson, 2001). Att sjuksköterskan ger rak och direkt

information är dessutom av stor vikt i samband med omvårdnad (Verhaeghe, Van Zuuren, Defloor, Duijnste & Grypdonck, 2007).

För att kunna uppnå en god kommunikation krävs grundläggande empati (Eide & Eide, 1997). Empati uppstår, menar Travelbee (1971), inte av någon slump utan är något som kan förekomma i unika situationer och ger en upplevelse av kontakt och närhet. För den professionella sjuksköterskan ställs det krav på att vara lyhörd, behärska kommunikation, ge god omvårdnad, visa omtanke, förståelse och tröst (Holm, 2009). Vidare berättar Wilhelmsson (2001) att en god kommunikation i omvårdnad bland annat förutsätter tid, etik, förnuft samt yrkeskunskap. Missförstånd kan enligt Dahlberg et al. (2003) bli negativt och leda till att förtroendet och den vårdrelation som skapats bryts ner. Därför är sjuksköterskans kommunikation, som bemöter patientens oro, centralt för en väl fungerande vårdrelation (Wiggins, Coker & Hicks, 2009). Travelbee (1971) anser att kommunikation framför allt är ett verktyg för att bygga en mellanmänsklig relation.

### **Den vårdande relationen**

Enligt Travelbee (1971) är omvårdnaden en process mellan sjuksköterska och patient. Land och Suhonen (2009) menar att den individuella omvårdnaden som sjuksköterskan utför är värdefull för patienten och skapar en positiv påverkan för patientens hälsa. Det är i mötet med patienten som sjuksköterskan kan välja att se hela människan och därmed finna rätt utgångspunkt i omvårdnaden samt vad som är av vikt för den unika individen (Roxendal & Wahlberg, 1992). För att det ska kunna bli en optimal omvårdnad är den mellanmänskliga relationen oundviklig i mötet mellan sjuksköterska och patient (Dahlberg et al., 2003; Wikström, 2003). Vårdrelationen ska kännetecknas av sjuksköterskans engagemang för patienten (Dahlberg et al., 2003) där det för sjuksköterskan handlar mer om att vara än att göra (Travelbee, 1971). Patientens önskan och välbefinnande ska komma i första hand och sjuksköterskan ska se till patienten utefter dennes livsvärld (Dahlberg et al., 2003). Dean och Major (2008) poängterar genom sin forskning att humor är en viktig del för att skapa en bra relation mellan sjuksköterska och patient. Vidare menar författarna att humor är en ingrediens i relationen som ger patienten en känsla av välbehag (a.a.). Vårdrelationen får dock inte förväxlas med en vänskapsrelation (Dahlberg et al., 2003; Jahren Kristoffersen & Nortvedt, 2005) och det ligger i sjuksköterskans profession att det mellanmänskliga mötet blir ytterst professionellt (Dahlberg et al., 2003). Detta understryker även Hem och Heggen (2003), när de beskriver en situation där en sjuksköterska fick en allt för nära relation till en patient, vilket resulterade i att sjuksköterskan slutligen drog sig undan.

### **Ett onödigt vårdlidande**

Det är sjuksköterskans ansvar att förebygga vårdlidande genom att skapa en positiv och givande vårdrelation (Dahlberg et al., 2003). Omvårdnadens mål är enligt Travelbee (1971) att hjälpa varje unik individ att bearbeta samt finna mening i de upplevelser som kan innefattas i lidande. Lidande är något naturligt under en människas liv (Dahlberg et al., 2003; Kirkevold, 2000; Travelbee, 1971). Dahlberg (2002) menar att ett vårdlidande exempelvis kan liknas med att patientens lidande blir förnekad. När den unika patienten inte blir hörd eller sedd kränks dennes värdighet varpå patienten får en känsla av vanmakt. Ett dåligt bemötande, som i vissa fall är orsakat av bristfälliga rutiner, kan i sig även



påverka patientens självbild på ett negativt sätt. Dessa rutiner kan i värsta fall medverka till att patienten behandlas som ett objekt och inte som en unik individ med egna behov och förväntningar. Bristen av god omvårdnad kan leda till ett vårdlidande hos patienten som bidrar till att den drabbade patienten upplever både ensamhet och sorg i den redan utsatta situationen (a.a.). Målet med omvårdnaden är att lindra och förebygga lidande och tack vare detta är det fullt möjligt för patienten att uppleva välbefinnande (Dahlberg et al., 2003). Patienter uttrycker ett behov av ett bemötande där de får känna sig levande och bemötta som en unik individ (Dahlberg, 2002). Enligt Kirkevold (2000) är målet dessutom att hjälpa patienten att hantera och uthärda lidande. Lidandet är personligt (a.a.) och dess omfattning och betydelse får aldrig förringas (Dahlberg et al., 2003).

## **Tid**

Tid kan upplevas som en inre tid och genom en yttre tid (Toombs, 1993). Med andra ord subjektivt eller objektivt (Klitzman, 2006; Toombs, 1993). Denna olikhet kan bidra till missuppfattningar i kommunikationen mellan vårdpersonal och patient (a.a.). Den inre tiden är patientens subjektiva uppfattning av tiden, medans den yttre tiden är den världsliga tidslinjen, klockan (Toombs, 1993). En patient som lider av exempelvis fysisk smärta kan erfara en ständig smärta som är oberoende av en tidslinje. Smärtan är i stället en ständig känsla av obekvämlighet. Detta är subjektiv tid, utifrån den enskilda patientens upplevelse. Här kan patienten uppleva att en minut känns som timmar. Patienten behöver dock beskriva sitt lidande för vårdpersonalen i något som Toombs (1993) beskriver som yttre tid, den objektiva tiden. Detta för att vårdpersonalen skall förstå. Det kan dock vara svårt, då patienten upplever lidandet genom sin subjektiva tidsuppfattning (a.a.). Konflikter kan även uppstå, då vårdpersonal ofta har mindre tid än patienten (Klitzman, 2006). Detta är något som vårdpersonalen har en tendens till att glömma och arbetar vidare utefter sin egen tidsuppfattning. Det finns stora skillnader i vad ”länge” och ”snart” kan betyda för vårdpersonal och patient (a.a.). Vårdpersonalen och patienten upplever här med sjukdom, smärta, symptom och väntan i två olika tidsdefinitioner, varpå ett vårdlidande kan uppstå (Toombs, 1993).

## **Hopp**

Travelbee (1971) poängterar att varje individ som lider, och i samband med det förlorar hoppet, riskerar att mista modet och orken i att förbättra sin livssituation.

Förväntningar på det som människan värderar högt tillsammans med en positiv förväntan inför framtiden är något som kan sammanfattas i hopp (Eide & Eide, 1997). Hoppet behöver inte innebära att människan förväntar sig att lidandet ska försvinna, däremot bär hon på en tro om att det finns en mening i lidandet (a.a.). Enligt Verhaeghe et al. (2007) går information och hopp hand i hand. Sjuksköterskan har i sin kommunikation och sitt bemötande med patienten en viktig del i att uppmuntra och styrka detta hopp (Eide & Eide, 1997). För Travelbee (1971) är hoppet nära syftet och målet med omvårdnaden och grundar sig i tilliten till exempelvis en sjuksköterska. Alla har behov av att känna hopp (Verhaeghe et al., 2007). Omvårdnadens kärna handlar om att sjuksköterskan kan, genom ett kärleksfullt bemötande, förmedla tro och hopp till patienten (Wiklund, 2003).

## **PROBLEMFORMULERING**

Sjuksköterskans bemötande gentemot den unika patienten är av största vikt då detta skapar tillit, förtroende, trygghet och hopp i lidandet. Det är essentiellt att sjuksköterskan bemöter patienten med respekt gentemot dennes behov av god kommunikation samt empati. Ett återkommande problem på akutmottagningarna är patienternas missnöje gällande bemötandet i omvårdnaden. För att sjuksköterskan i sin profession ska kunna ge en optimal omvårdnad och förebygga ett eventuellt lidande i samband med bemötandet, är det av största vikt att titta närmare på hur patienten upplever bemötandet på en akutmottagning.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att belysa patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande på en akutmottagning.

## **METOD**

Inledningsvis identifierades problemområdet, varpå studiens syfte utformades. För att nå fram till resultatet i enlighet med syftet har en litteraturstudie genomförts. En litteraturstudie kännetecknas av att tidigare forskning granskas och sammanställs till en aktuell helhet. Målet med denna litteraturstudie var att få en ökad förståelse för ämnet och genom granskandet av vetenskapliga artiklar få en ökad kännedom beträffande problemområdet (Friberg, 2006b).

### **Urval och datainsamling**

Urvalssökningen inleddes med identifiering av sökord. Sökord som användes var exempelvis *emergency*, *patient*, och *encounter*. *AND*, *OR* och trunkering nyttjades. Utifrån dessa ord gjordes den första artikelsökningen. Vetenskapliga artiklar söktes fram via databaserna CINAHL, MEDLINE samt ELIN@Skövde. Vänligen se ”sökvägar”, bilaga II. Antalet artiklar som hittades på CINAHL var nio stycken.

Artiklarnas titel identifierades och jämfördes med studiens syfte för att se om de var av relevans. Därefter kontrollerades artikelns abstrakt för en tydligare bild av dess innehåll och betydelse till studien. De artiklar vars resultat var av intresse för studien skrevs ut och lästes igenom noggrant, totalt ett flertal gånger, med hjälp av Engelsk - Svensk ordbok. Inklusionskriterier innefattade att forskningen var relevant i förhållande till studiens syfte, publicerad mellan åren 2000 och 2010, inkluderade ett patientperspektiv samt att de var etiskt granskade. Forskning exkluderades där deltagarna var under 18 år, där forskning var gjord på annan vårdinrättning än akutmottagningen samt då inklusionskriterierna inte uppfylldes.

Via de vetenskapliga artiklarnas referenslistor valdes ytterligare fem artiklar ut som var relevanta för syftet. Även referenslistor från vårdrelaterad litteratur, avhandlingar samt

tidigare gjorda examensarbeten användes. Slutligen valdes 14 vetenskapliga artiklar ut för studiens resultat. De kvalitetsgranskades i enlighet med Fribergs (2006b) metod.

## Analys

Inledningsvis sattes studiens syfte upp på en vägg i det arbetsrum analysen genomfördes. Detta gav en vägvisare genom hela arbetsprocessen. De utvalda vetenskapliga artiklarna lästes återigen igenom ett flertal gånger för att få en helhet, rekommenderat av Friberg (2006b). Varje läst artikel tilldelades ett nummer och varje identifierat tema i artiklarna markerades med en egen färg. En översikt över artiklarnas innehåll, som var av relevans för studiens syfte, sattes följaktligen upp på väggen. Vänligen se tabell 1. Forskning som tillhörde det aktuella temat plockades ut och sattes in som punktformer i ett nytt dokument. Likheter och skillnader söktes och nya teman skapades, exempelvis; ”Kommunikation, ovärderlig för patienten” och ”I trygga händer”. Utifrån detta sammanställdes studiens resultat, en ny helhet skapades. I detta skede gjordes en jämförelse med originaldata upprepade gånger, så att inte meningsinnehållet förändrades. Resultatet presenterades på ett tydligt och begripligt sätt, med fokus på syftet samt att underlätta för läsaren (Friberg, 2006b).

Tabell 1. En översikt över innehållet i de vetenskapliga artiklarna som användes för studiens syfte i förhållande till utvalda teman.

<b>Temat</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Kommunikation, ovärderlig för patienten	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Att upplevas som ointressant och övergiven	X			X	X	X	X			X				X
I trygga händer	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X		
Väntan som orsak till vårdlidande	X		X		X		X	X		X	X	X		X

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. Coughlan & Corry (2007)      | 8. Franzén et al. (2006)                   |
| 2. Richardson et al. (2007)     | 9. O'Brien & Fothergill-Bourbonnais (2004) |
| 3. Göransson & von Rosen (2009) | 10. Nyström et al. (2003)                  |
| 4. Wiman et al. (2006)          | 11. Larsson Kihlgren et al. (2004)         |
| 5. Muntlin et al. (2005)        | 12. Cross et al. (2004)                    |
| 6. Nga Han Chan & Chau (2004)   | 13. Pytel et al. (2009)                    |
| 7. Nydén et al. (2002)          | 14. Wellstooda et al. (2005)               |

## Etiska överväganden

Enligt F.d. Medicinska Forskningsrådet (2003) är oredlighet inom forskningen inte acceptabelt (a.a.). Det får inte förekomma någon plagiering, fabricering eller falsifiering (F.d. Medicinska Forskningsrådet, 2003; Nyberg, 2000). Därför har det från vår sida tagits hänsyn till detta i presentationen av vår litteraturstudie. För att ytterligare respektera

författarna till de vetenskapliga artiklarna, som används i studien, har vi refererat korrekt enligt APA-manualen.

## RESULTAT

Slutligen framkom fyra teman som nu presenteras i resultatet, dessa är: ”Kommunikation, ovärderlig för patienten”, ”Att upplevas ointressant och övergiven”, ”I trygga händer” samt ”Väntan som orsak till vårdlidande”.

### **Kommunikation, ovärderlig för patienten**

I en undersökning gjord av Wiman, Wikblad och Idvall (2006) upplevde patienterna att sjuksköterskans kommunikation på akutmottagningen var direkt, underhållande samt humoristisk. I ytterligare en studie upplevde en majoritet av patienterna att sjuksköterskans kommunikation var mycket bra (Pytel, M. Fielden, H. Meyer & Albert, 2009). Bemötandet gav patienten en känsla av befrielse och trygghet (Wiman et al., 2006). Det fanns dock de patienter i studien som menade att sjuksköterskan visade dåligt engagemang, vilket resulterade i en avsaknad av kommunikation (a.a.). Nga Han Chan och Chau (2004) understryker problemet med patienternas upplevelse av en begränsad kommunikation från sjuksköterskan orsakad av tidsbrist. Dock visar en undersökning gjord av Göransson och von Rosen (2009) att patienterna på akutmottagningen upplevde hur sjuksköterskan visade lyhördhet och tog deras problem på allvar.

Då sjuksköterskan kommunicerade med en lugn och rogivande ton kände sig patienterna mindre sårbara (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). En klar och tydlig kommunikation där patienten blev tilltalad med namn samt att sjuksköterskan återkom till, för patienten, bekanta termer upplevde patienten som positivt (a.a.). Humoristiska inslag i kommunikationen uppskattades av patienterna även i denna studie och förbättrade samtidigt relationen mellan sjuksköterska och patient vilket patienten värdesatte högt (Nydén, Petersson & Nyström, 2002).

Sjuksköterskans kommunikation med patienten inleddes vanligtvis med en dialog angående vad som fört patienten till akutmottagningen (Wiman et al., 2006). Vidare gavs information rådande patientens kommande behandling (a.a.). Flera studier presenterar att patienter som besökte akutmottagningen upplevde brist i eller avsaknad av information från sjuksköterskan (Coughlan & Corry, 2007; Göransson & von Rosen, 2009; Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2005; Nyström, Nydén & Petersson, 2003; Wellstoda, Wilsona & Eylesa, 2005; Wiman et al., 2006). Bristerna rörde sig om information om vad som kommer att hända under vårdtiden (Coughlan & Corry, 2007; Nyström et al., 2003) samt information angående åkomma, dess konsekvenser, efterföljande vård samt exempelvis hemtransport (Wiman et al., 2006). Patienterna påpekade även en avsaknad av användbar information från sjuksköterskan (Göransson & von Rosen, 2009; Muntlin et al., 2005). Dock var det ett flertal äldre patienter som var mer nöjda än de yngre patienterna vad det gällde informationen som sjuksköterskan gav (Nga Han Chan & Chau, 2004).

Till följd av informationsbristen fanns en känsla av utanförskap och därför en önskan av mer information (Nydén et al., 2002). I en studie gjord av Cross, Goodacre, O'Cathain och Arnold (2004) rekommenderade patienterna att mer information borde vara tillgänglig för de som fanns i väntrummet samt för de som väntade på annan plats på akutmottagningen.

Patienterna ansåg även att akutsjukvården borde ha tillgång till mer resurser och att bättre generell information bör gå ut till allmänheten om hur det fungerar på akutmottagningen (a.a.).

I vissa situationer kände sig patienten objektifierad från sjuksköterskan (Larsson Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad & Wimo, 2004). Den givna informationen upplevdes som svårbegriplig, framförd i oförklarliga medicinska termer. Samma studie beskriver hur patienterna upplevde informationen som svår att uppfatta, i detta fall orsakat av att sjuksköterskans information endast gavs av rutinmässiga skäl (a.a.). Det fanns dock patienter med motsatt erfarenhet, där de upplevde att de hade fått tydlig information från sjuksköterskan gällande kommande ingrepp (Nga Han Chan & Chau, 2004) samt deras fysiska hälsa (Wiman et al., 2006). Några patienter vittnade även om att sjuksköterskan gjorde sitt bästa i att informera patienten, vilket ledde till att denne kände sig trygg (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

### **Att upplevas som ointressant och övergiven**

Ett flertal undersökningar beskriver att patienten upplevde, från sjuksköterskans sida, en attityd av ointresse gentemot patienten och dennes livslidande (Nga Han Chan & Chau, 2004; Nydén et al., 2002; Wiman et al., 2006). Patienters upplevelse kunde dock vara beroende av vilken sjuksköterska som jobbade (Nyström et al., 2003). Sjuksköterskan upplevdes som allt för upptagen för att ta sig tid till att prata med patienten (Nga Han Chan & Chau, 2004; Nyström et al., 2003) och vid upprepade tillfällen beklagade sig sjuksköterskan angående den underbemanning som verkade tynga hennes axlar (Nyström et al., 2003).

Wiman et al. (2006) beskriver hur patienten upplevde sjuksköterskans intresse för patienten som avtagande allt eftersom vårdprocessen fortlöpte. I en omvårdnadssituation som beskrivs av Coughlan och Corry (2007) erfor patienten att sjuksköterskans attityd var bedrövlig och ovärdig. Patienter med icke livshotande skador upplevde hur de blev oviktiga, övergivna och lämnade med frågor utan svar, vilket resulterar i ett vårdlidande med känslor som besvikelse och otillfredsställdhet (Wiman et al., 2006). Muntlin et al. (2005) beskriver hur patienten upplevde att sjuksköterskan inte visade intresse för patienten samt inte erbjöd någon smärtlindring. Nyström et al. (2003) pekar även på hur patienten fick en känsla av att sjuksköterskan inte tog patienten på allvar och att sjuksköterskan visade en attityd av nonchalans gentemot patientens lidande. De upplevde vidare att sjuksköterskan såg på patienten som ett objekt och inte en individ. För att då skydda sin integritet undvek patienten att beklaga sig till sjuksköterskan över sina missnöjen med omvårdnaden (a.a.).

Wellstooda et al. (2005) beskriver hur patienter upplevde att sjuksköterskan hade en kall och avvisande attityd. Nydén et al. (2002) pekar på att äldre patienter uppfattade sjuksköterskan som frånvarande. Coughlan och Corry (2007) visar att patienterna, genom sjuksköterskans negativa beteende, upplevde en frånvaro av avskildhet och värdighet.

## **I trygga händer**

Patienterna i Franzén, Björnstig, Jansson, Stenlund och Brulins (2006) studie upplevde att kvalitén av omvårdnaden var högre än väntad och flera äldre patienter i en undersökning gjord av Richardson, Casey och Hider (2007) upplevde att de inte hade något att klaga på samt att de accepterade omvårdnaden. En stor majoritet av patienterna, i Nga Han Chan och Chau (2004) studie, ansåg att sjuksköterskan visade kompetens i sina arbetsuppgifter och Larsson Kihlgren et al. (2004) styrker att patienten upplevde ett förtroende för sjuksköterskans medicinska expertis. Nyström et al. (2003) menar dock att patienterna fick en känsla av att sjuksköterskan var mer intresserad av de medicinska uppgifterna än av själva omvårdnaden. Patienterna poängterade ändå att de kunde känna sig trygga när de kom till akutmottagningen. De upplevde att om det var någonstans de kunde få hjälp, så var det just på akutmottagningen (a.a.). Sjuksköterskans snabba handlande gjorde att patienterna kände sig vara i trygga händer (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Göransson och von Rosen (2009) pekar på att patienterna i allmänhet var nöjda med mottagandet på akutmottagningen samt den omvårdnad som gavs av sjuksköterskan i samband med triageringen. Detta styrks även av Nga Han Chan och Chau (2004) som nämner att patienterna blev extra nöjda med triageringen då de kände en nära kontakt med sjuksköterskan. Cross et al. (2004) beskriver hur patienterna upplevde att triagesystemet fungerade bra och att de hade ett förtroende för sjuksköterskans användning av detta system. Även patienterna i Nyströms et al. (2003) studie vittnar om denna erfarenhet. De sa även att de förlitade sig på triagesystemet för att inte låta rädslan ta över (a.a.).

Ett flertal patienter upplevde att de blev behandlade med respekt och hänsyn (Göransson & von Rosen, 2009). Att sjuksköterskan fysiskt rörde vid patienten samt visade omsorg om henne/honom upplevde patienten som positivt (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Patienterna upplevde även att sjuksköterskan visade omtanke på en personlig nivå och de kände sig viktiga (Coughlan & Corry, 2007). Larsson Kihlgren et al. (2004) belyser hur patienten upplevde att interaktionen mellan sjuksköterska och patient var positiv när sjuksköterskan var uppmärksam på om patienten var i behov av exempelvis en kudde, ett toalettbesök eller smärtlindring. Patienterna i Muntlins et al. (2005) studie föreslog dock förbättringar med snabbare smärtlindring, att sjuksköterskan blir bättre på interaktion, mer personlig samt visar omvårdnad och empati för patienten.

Patienter upplevde att sjuksköterskan var förtroendeingivande, behandlade patienterna med förtrogenhet och värdighet (Richardson et al., 2007) samt respekterade deras integritet i väntrummet (Göransson & von Rosen, 2009). Patienterna upplevde att sjuksköterskan i allmänhet visade engagemang samt att de markerade en kontinuerlig tillgivenhet, vilket ledde till att patienten kände sig trygg (Wiman et al., 2006).

## **Väntan som orsak till vårdlidande**

Patienter upplevde väntetiderna på akutmottagningen som allt för långa (Göransson & von Rosen, 2009). Enligt Wellstooda et al. (2005) ansåg patienter att omvårdnaden var mer än godtagbar, men väntetiderna helt oacceptabla och en negativ faktor under vårdtiden. Nydén et al. (2002) pekar på att bristen av information gällande patienternas väntetid gjorde dem osäkra. Göransson och von Rosen (2009) beskriver hur bara ett fåtal patienter upplevde att

de fick information angående hur långa väntetiderna var samt vad som orsakade dem. Detta ledde till en övervägande missbelåtenhet hos patienterna (a.a.). Cross et al. (2004) gör detta problem ännu tydligare då författarna pekar på att patienterna bevittnar väntetiderna som mer hyggliga när de var samspelade med information. Patienter beskriver hur de har en önskan om att väntetiderna ska kortas ner samt att kommunikationen på akutmottagningen förbättras (Coughlan & Corry, 2007).

Många äldre patienter upplevde besöket på akutmottagningen som en enda lång väntan (Larsson Kihlgren et al., 2004). På grund av att akutmottagningen kan vara indelad i olika kliniker innebar det att patienterna fick träffa ett flertal personal. Äldre patienter som, vid ankomst till akutmottagningen, inte var desorienterade och vars väntetid blev lång, fick erfara ett oacceptabelt vårdlidande då de hade en tendens att bli förvirrade och rädda på grund av de långa väntetiderna (a.a.). Även Nyström et al. (2003) beskriver hur patienterna upplevde väntetiden som förfärlig och att det var fruktansvärt att bli lämnad ensam i väntrummet. Detta på grund av att ingen sjuksköterska kom för att se hur allt stod till mitt i deras lidande. Ett flertal patienter tog med sig en släkting till akutmottagningen, just av denna anledning och för att de ville ha stöd i att göra sin röst hörd inför sjuksköterskan (a.a.). Patienter som kände rädsla eller oro över att bli övergivna i samband med väntan i ett rum, föredrog att tillbringa väntetiden på en bänk i korridoren (Nydén et al., 2002). Patienter kunde känna en bävan för att i den långa väntan bland annat bli bortglömd, ramla ur sängen, inte kunna kalla på sjuksköterska eller få smärtlindring vid behov (Larsson Kihlgren et al., 2004). Ett flertal äldre patienter upplevde att sängen på akutmottagningen var hård och obekväm, när de fick ligga en längre tid, vilket ibland mynnade ut i ryggsmärtor (a.a.). Patienterna i studier gjorda av Muntlin et al. (2005) samt Nydén et al. (2002) visar att patienter som väntade på akutmottagningen ofta saknade mat och dryck. Coughlan och Corry (2007) samt Larsson Kihlgrens et al. (2004) studie påvisar hur patienterna upplevde det extremt svårt att vila eller sova på grund av exempelvis hög ljudnivå. I en studie av Cross et al. (2004) ansåg dock patienter att långa väntetider var väntade inför besöket på akutmottagningen och patienter ansåg att det var helt rätt att de som främst behövde vård skulle prioriteras först. Det fanns till och med någon patient som blev förvånad över hur snabbt hon fick hjälp (a.a.). Denna positiva upplevelse styrks av Franzén et al. (2006) vars resultat visar att många patienter upplevde att kvalitén av omvårdnaden blev högre när väntetiderna var kortare.

## **Sammanfattning av resultat**

Det finns stora variationer i patientens upplevelse av bemötandet på akutmottagning. Patienter vittnar om negativa upplevelser, så som att sjuksköterskan visade en dålig attityd och nonchalans gentemot patienten. Patienten sågs som ett objekt, utan värdighet och respekt och sjuksköterskan visade ett begränsat engagemang och intresse för patienten. I vissa fall visade sjuksköterskan större intresse för den medicinska behandlingen i förhållande till omvårdnaden av patienten. Bristen av visat engagemang från sjuksköterskan kan kopplas samman med problemet av en bristfällig kommunikation. Avsaknaden av en god kommunikation ledde till en återkommande brist eller avsaknad av information. Begränsad information förstärkte vissa patienters upplevelse av vårdlidande i samband med väntan på akutmottagningen. Patienter upplevde väntetiderna som alltför långa och frambringade ibland känslor som förvirring, rädsla och ensamhet. Patienter, som i samband med väntan önskade vila, fann detta svårt på grund av exempelvis hög ljudnivå.



En majoritet av patienterna som kom till akutmottagningen upplevde dock bemötandet som positivt. När patienterna fick information, i samband med väntan, upplevdes detta bekräftande och omvårdnaden blev bättre när väntetiderna kortades ner. Överlag upplevde patienter att informationen som gavs var tydlig. Dock upplevde de äldre patienterna generellt en större tillfredsställelse angående den givna informationen. Kommunikationen upplevdes god och humor fanns nära till hands i bemötandet. Patienter upplevde att sjuksköterskan visade respekt samt bemötte dem som en unik individ. Denna positiva upplevelse motiverade till att patienterna kände sig vara i trygga händer. Sjuksköterskan visade även engagemang, tillgivenhet samt lyhördhet och patienterna upplevde kvalitén av vården högre än väntat. Sjuksköterskans medicinska expertis var förtroendeingivande, men även ett generellt förtroende fanns gentemot sjuksköterskan. Det fanns patienter utan klagomål som accepterade den givna omvårdnaden. Ett flertal patienter kände sig trygga i mötet med sjuksköterskan och upplevde omsorg. Den mellanmänskliga interaktionen fanns mellan sjuksköterska och patient, som i sin helhet kände sig nöjd med sjuksköterskans bemötande på akutmottagningen.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

För att nå fram till vårt syftes resultat valdes en litteraturstudie. Det finns dock ett antal andra datainsamlingsmetoder som exempelvis intervjuer och observationer, vilket kunde ha använts.

Det har i studiens urval av de vetenskapliga artiklarna framkommit att hälften av studierna har genomförts med en intervjumetod. Resterande artiklar har genomförts i form av frågeformulär innehållandes öppna frågor. Enligt Segesten (2006) är det av största vikt att författarna granskar forskningen kritiskt (a.a.). När detta gjordes upptäcktes variationen av metoder som användes i de vetenskapliga artiklarna. Detta anser vi bidra positivt till studiens syfte. När forskningen grundar sig på frågeformulär kan det finnas anledningen att ifrågasätta de svarandes möjlighet att förklara sina känslor, men med öppna frågor ges de svarande en möjlighet att beskriva sina upplevelser, om än inte så djupt. En majoritet av resultatets artiklar presenterar ett stort antal svaranden, vilket vi anser ökar vår studies reliabilitet, vänligen se bilaga I.

Som författare till denna litteraturstudie bar vi med oss en viss förförståelse, då vi båda har erfarenhet av arbete inom akutsjukvård. Detta medförde en risk av att vi var påverkade, innan studiens början, av patienters negativa upplevelse av bemötandet på en akutmottagning. Vi fick arbeta hårt för att under studiens gång ha en objektiv hållning gentemot studiens syfte och resultat. Patienternas goda erfarenheter av upplevelsen i bemötandet, i tidigare studier, överraskade oss positivt.

Artikelsökningen gjordes, som tidigare nämnts, på tre olika databaser. Efter sökning i samtliga databaser med hjälp av sökord var det dock endast CINAHL som bringade resultat, vänligen se bilaga II. När datainsamlingen samt artikelgranskningen skedde fanns det inledningsvis en brist av hur vi dokumenterade vårt tillvägagångssätt. Enligt Friberg (2006a) är denna typ av dokumentation av stor vikt inför redovisning av sökprocessen (a.a.). Misstaget ledde senare till dubbelt arbete, då artiklarnas syfte, metod och sökvägar behövdes letas fram på nytt. Detta för att tabeller över datainsamlingsmetod samt artikelöversikt skulle presenteras i studien.

Det fanns gott om vetenskapliga artiklar inom ämnet och vid sökning var det inga problem att exempelvis hitta ny forskning publicerad mellan 2000-2010, vilket enligt Östlundh (2006) styrker studiens relevans och därmed dess validitet (Dahlberg, 1997).

Under litteratursökningens gång framkom en allt mer tydlig bild över vilken litteratur som var av relevans och vilken som för studiens syfte var irrelevant (Östlundh, 2006). I analysen har exempelvis viss forskning exkluderats. Patienterna i dessa undersökningar beskrev en tydligt negativ upplevelse av bemötandet på akutmottagningen, där det exempelvis kunde tillbringa flera dagar. Detta är inte aktuellt på svenska akutmottagningar utan visar på eventuella brister inom vissa sjukvårdsorganisationer, internationellt.

Från början valde vi att även inkludera ett tema så kallat ”förstående patienter”, ett tema som så småningom exkluderades då det saknade relevans för studiens syfte. Detta i enlighet med Friberg (2006a) som säger att vissa texter bör exkluderas under kvalitetsbedömningen (a.a.). En av styrkorna med den valda metoden har varit Fribergs (2006b) pedagogik i metodbeskrivning, gällande hur vi skulle utföra litteraturstudien (a.a.). Pedagogiken i att dela upp studiens teman efter färger samt att vi satte upp dem på väggen, vilket gav en översikt, var till stor hjälp i sammanställningen av studien. Ur dessa teman framkom en röd tråd som låg till grund för studiens resultat (Friberg, 2006b). Det har dock under studiens gång uppstått vissa problem med att forma, för studien, klara och relevanta textstycken. Exempelvis återfanns ”information” under andra temarubriker som trygghet, väntetider samt kommunikation.

I vår förförståelse hade vi en aning om att hoppet skulle vara av vikt för patientens upplevelse av ett bra bemötande på akutmottagningen. Detta var emellertid inget som visade sig i vår litteraturstudie, men gick att ana i ett flertal artiklar. Våra inklusionskriterier säger även att de vetenskapliga artiklarna skulle vara etiskt granskade. Vi fann dock att vissa av artiklarna saknade etisk granskning, dock hade författarna presenterat tydliga etiska överväganden, varpå dessa ändå inkluderades i studien.

Måttet på studiens validitet är mätt i hur väl syftet har uppnåtts (Dahlberg, 1997). Vi har under hela studiens gång jobbat med validitet/trovärdighet och reliabilitet/tillförlitlighet, vilket framgår i vårt tillvägagångssätt i metodbeskrivningen. Genom att ett flertal artiklar styrker samma resultat är detta ett mått på vår studies tillförlitlighet, reliabilitet (Dahlberg, 1997), vänligen se tabell 1. Vi har varit noggranna med att endast studera forskning som för vårt syfte har varit av relevans, vänligen se bilaga I. Den ständiga diskussionen under studiens gång, mellan författarna, ökar ytterligare studiens reliabilitet.

## **Resultatdiskussion**

Litteraturstudiens resultat belyser både positiva och negativa sidor av patienters upplevelse av bemötandet på akutmottagning. Det finns patienter som är tacksamma för omvårdnaden och nöjda med bemötandet på akutmottagningen (Göransson & von Rosen, 2009; Nga Han Chan & Chau, 2004). Dock framkommer att det i sjuksköterskeprofessionen, ligger en ständig utmaning i att förbättra bemötandet i mötet med den utsatte patienten, oavsett situation.

Ett mellanmänniskligt möte mellan sjuksköterska och patient innehåller en mängd olika ”ingredienser”. För att den unika patienten ska bli bemött på ett ultimt sätt har sjuksköterskan ett antal ”verktyg” till sin hjälp. Detta kan vara att informera, visa empati, erbjuda något att dricka eller bara lägga en hand på patientens axel. Resultatet pekar dock på att sjuksköterskans fokus stundtals handlar om den medicinska behandlingen istället för ett bra bemötande samt god omvårdnad för och kring patienten (Nyström et al., 2003). Travelbee (1971) säger att sjuksköterskan i sin profession ska ha en mellanmännisklig relation med patienten, för att förebygga lidande och hjälpa patienten att finna hopp och mening (a.a.). Här ligger en stor utmaning i sjuksköterskans kompetens. Att vara duktig på något praktiskt, som att exempelvis sätta en perifer venkateter (PVK) är något som går att lära sig med övning som ger färdighet. Men att exempelvis medvetet inte använda ordet ”PVK” eller ”nål”, vilket kan få patienten att känna förvirring och rädsla, är något som kan

vara svårare att lära sig då detta ligger i bemötandet och förhållningssättet gentemot patienten. Det är av största vikt att sjuksköterskan utgår från patientens livsvård och inte utefter inarbetade rutiner.

Enligt Travelbee (1971) är sjuksköterskeprofessionen ett tjänande med syfte att förändra en utsatt situation (a.a.). Resultatet av studien presenterar en klar attitydskillnad mellan olika sjuksköterskor. Några sjuksköterskor visar en attityd av ointresse i sin profession (Nga Han Chan & Chau, 2004; Nydén et al., 2002; Wiman et al., 2006) och behandlar patienten som ett objekt (Nyström et al., 2003). Fokus hamnar på diagnosen och inte på den unika individen som sökt sig till sjuksköterskan i önskan om hjälp i sitt lidande. Att bli behandlad som ett objekt samt känna sig oviktig och övergiven, orsakat av sjuksköterskans bemötande, är ett vårdlidande som är oacceptabelt. Sjuksköterskans beteende är oförsvarbart. Är då rätt person på rätt plats?

Kommunikationen kan många gånger underskattas. Enligt Dahlberg et al. (2003) ställs det stora krav på en professionell kommunikation från sjuksköterskan. Resultatet visar på vikten av hur en god kommunikation, med ingredienser som humor och tydlighet, ger patienten en känsla av trygghet och lugn (Nydén et al., 2002; Wiman et al., 2006). Detta är av stor vikt att belysa, då patientens möte med sjuksköterskan på akutmottagningen många gånger är patientens första möte med sjukvården (Nyström, 2003). Det finns här mycket som den professionella sjuksköterskan kan göra genom att ha högt i tak, ett leende på läpparna samt att bemöta patienterna på ett sätt som hon själv vill bli bemött. Dahlberg et al. (2003) påpekar vikten av att bekräfta den unika patienten (a.a.). Bekräftelse leder till att patienten kan slappna av i mötet med sjuksköterskan samt finna ork i sitt lidande. Kan vi, genom att uppmuntra till hopp, förebygga ett vårdlidande och samtidigt för stunden lindra lidandet? Hur allvarlig situationen än ter sig är hoppet essentiellt och avgörande (Hanssen, 1997a; Verhaeghe et al., 2006).

Enkelheten i att informera kan många gånger förringas. Resultatet visar att många patienter upplever en avsaknad av information (Coughlan & Corry, 2007; Göransson & von Rosen, 2009; Muntlin et al., 2005; Nyström et al., 2003; Wellstooda et al., 2005; Wiman et al., 2006) bland annat i samband med exempelvis väntan på behandling eller vad det gäller behandlingen i sig. När patienten får information minskar dennes stress (Hanssen 1997a). De minuter som det tar för sjuksköterskan att framföra, för patienten alltid så värdefull information, påverkar dennes subjektiva tidsuppfattning avsevärt (Klitzman, 2006; Toombs, 1993).

Att ge patienten information, oavsett vad det gäller, kan många gånger räcka för att minska patientens lidande. Vissa patienter upplevde att de fick tydlig information från sjuksköterskan (Nga Han Chan & Chau, 2004; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman et al., 2006). Dahlberg et al. (2003) påpekar hur specifika omvårdnadshandlingar kan främja välbefinnandet och enligt Stryhn (2007) så ökar kvalitén på omvårdnaden om sjuksköterskan överväger och bedömer sitt handlande. Det är av största vikt att sjuksköterskan analyserar och tänker igenom sina val i omvårdnaden och undviker slentrianmässigt beteende (Kihlgren et al., 2004). För att kunna möta den unika patienten behöver sjuksköterskan lära känna patienten (Travelbee, 1971). Alldagliga frågor är inte tillräckligt för att sjuksköterskan ska få en bra och tydlig bild över vem patienten egentligen är. Ett brinnande intresse för den unika patienten är av största vikt. Detta

beskriver även Hanssen (1997a) som påpekar vikten av att lyssna till individen för att förstå patientens personliga upplevelse av lidandet.

Dagens informationssamhälle gör att yngre personer är mer vana vid att införskaffa information, vilket gör att de ställer högre krav på den information som sjuksköterskan förmedlar. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) pekar på det faktum att kraven på sjuksköterskan ökar då dagens patientgrupper ser annorlunda ut samt på grund av den ökade tillgängligheten av information. Detta betonas vidare i resultatet där de äldre patienterna generellt är mer nöjda över den information de fått, samtidigt som de har en större tillit till sjuksköterskans kunskaper (Nga Han Chan & Chau, 2004).

Den som väntar på något gott väntar aldrig för länge. Eller heter det ”den som väntar med något ont väntar alltid för länge”? Enligt Travelbee (1971) är desperation i väntan en upplevelse av lidande (a.a.). Väntetiderna kan, enligt resultatet, allt för ofta vara en bidragande orsak till vårdlidande bland patienterna på akutmottagningen. Nationalencyklopedin (1989) definierar ”akut” som ”hastig” eller ”plötslig” (a.a.). Är varje patient som söker till en akutmottagning i behov av just akut sjukvård? Detta är tveksamt enligt Wikström (2006), dock kan det mycket väl vara så att patienten själv upplever sitt lidande akut. Detta lidande skall alltid tas på största allvar och bemötandet skall vara grundat i en respekt för den unika patientens livsuppfattning och upplevelse av lidande (a.a.). Kanske kan en orsak till de långa väntetiderna vara en brist på generell och allmän information som bör nå ut till allmänheten angående var individen ska söka vård (Cross et al., 2004). Kunskapen kan föra patienter till rätt instans och denne kan i själva verket få både ett snabbare och mer precist bemötande.

Varje patient ska få bästa möjliga omvårdnad utifrån dennes unika lidande (Dahlberg et al., 2003; Travelbee, 1971) och ska aldrig behöva acceptera något annat. Resultatet presenterar just patienter som accepterat den vård de har fått (Richardson et al., 2007). Är ”acceptans” tillräckligt bra? Varje patient är unik och i behov av en mellanmännisklig behandling. När det finns värme i den mellanmänniskliga relationen skapas det en trygghet vilket är ett måste för att den vårdande relationen skall utvecklas (Hanssen, 1997b). Hade den legitimerade sjuksköterskan, som patient, accepterat den givna omvårdnaden eller hade hon krävt mer just av den anledningen att hon är insatt i hur sjukvården och omvårdnaden fungerar? Om patienten hade fått information om sina rättigheter, hade hon/han då ”accepterat” den vård hon/han fått? Att acceptera den omvårdnad som är given kan dock vara en *cooping* -strategi från patientens sida. Travelbee (1971) menar att acceptans gör det lättare för patienten att förlåta (a.a.), vilket är av stor vikt för att patienten inte ska känna sig bitter gentemot sjuksköterskan. Glädjande nog kan resultatet presentera ett antal patienter som upplevde tillfredsställelse i det bemötande och den omvårdnad de mottog på akutmottagningen (Coughlan & Corry, 2007; Franzén et al., 2006; Göransson & von Rosen, 2009; Larsson Kihlgren et al., 2004; Nga Han Chan & Chau, 2004; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Richardson et al., 2007; Wiman et al., 2006).

### **Avslutande reflektioner**

Om sjuksköterskans goda bemötande och omvårdnad leder till att patienten känner tillfredsställelse är sjuksköterskan på god väg i ett professionellt bemötande (Socialstyrelsen, 2005). Vi ser fram emot att implementera studiens resultat i omvårdnad

på vår framtida arbetsplats. Enligt Willman et al. (2006) kan implementeringen ske genom en noggrann planering, utvärderingar och återkoppling (a.a.). Förståelsen av vikten i ett professionellt och mellanmänniskt bemötande har gett en viktig grundpelare i vår framtida yrkesroll som professionella sjuksköterskor. Med denna nyvunna kompetens är förhoppningen att kunna sprida studiens resultat vidare, allt för att fördjupa och öka professionella sjuksköterskors kompetens.

Hoppet kan aldrig överlämnas till patienten som en färdig ”produkt”. Sjuksköterskans uppgift är istället att erbjuda patienten de verktyg som hon/han behöver för att uppleva hopp (Travelbee, 1971). Varje möte med en patient är unikt och ett professionellt bemötande från sjuksköterskan är ovärderligt för patientens upplevelse av bemötandet på akutmottagning.

## REFERENSLISTA

Axelsson, M. (1997). *Omvårdnad vid akut sjukdom och skada*. Lund: Studentlitteratur.

Baldursdottir, G., & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung, 31*,67-75.

\*Coughlan, M., & Corry, M. (2007). The experiences of patients and relatives/significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: A qualitative descriptive study. *Accident and Emergency Nursing, 15*, 201–209.

\*Cross, E., Goodacre, S., O’Cathain, A., & Arnold, J. (2004). Rationing in the emergency department: the good, the bad, and the unacceptable. *Emergency Medicine Journal, 22*, 171–176.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare* (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård i Norden, 63*(22), 4-8.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Författarna & Studentlitteratur.

Dean, R., & Major, J. E. (2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 1088–1095.

Eide, H., & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation - Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

F.d. Medicinska Forskningsrådet. (2003). *MFR-rapport 2. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtat från WWW 2010-05 27 [http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk\\_humanforskning\\_13.pdf](http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf).

\*Franzen, C., Björnstig, U., Jansson, L., Stenlund, H., & Brulin, C. (2006). Injured road users’ experiences of care in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 726–734.

Friberg, F. (2006a). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.27-36). Lund: Författarna & Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.105-114). Lund: Författarna & Studentlitteratur.

Göransson, K., Eldh, A-C., & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagningen*. Lund: Författarna & Studentlitteratur.

\*Göransson, K. E., & von Rosen, A. (2009). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 18, 36–40.

Hanssen, I. (1997a). Att vara sjuk och hjälpbehövande. I N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad 2* (s.109-134). Stockholm: Författarna & Liber AB.

Hanssen, I. (1997b). Kommunikation. I N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad 2* (s.61-105). Stockholm: Författarna & Liber AB.

Hansson-Pourtaheri, A-S. (2001). Otrygga möten - psykologiska tankemodeller och strategier. I J. Carlander (Red.), *Trygga och otrygga möten* (s.13-48). Stockholm: Författarna & Förlagshuset Gothia AB.

Hem, M. H., & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 101–108.

Holm, U. (2009). *Det räcker inte med att vara snäll*. Stockholm: Natur & Kultur.

Jahren Kristoffersen, N. & Nortvedt P. (2005) Relationer mellan sjuksköterska och patient. I N., Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad 1* (s.135-183). Stockholm: Liber AB.

Kilcoyne, M., & Dowling, M. (2007). Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (2), 21-27.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Klitzman, R. (2006). “Patient-time”, “doctor-time”, and “institution-time”: Perceptions and definitions of time among doctors who become patients. *Patient Education and Counseling*, 66, 147-155.

Land, L., & Suhonen, R. (2009). Orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualized care. *International Nursing Review*, 56, 131–137.

\*Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 169–176.

Mercer, L. M., Tanabe, P., Pang, P. S., Gisondi, M. A., Courtney, D. M., Engel, K. G., Donlan S. M., Adams, J. G., & Makoul, G. (2008). Patient perspectives on communication with the medical team: Pilot study using the communication assessment tool-team. *Patient Education and Counseling*, 73, 220–223.



\*Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2005). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 1045–1056.

Nationalencyklopedin (1989). Höganäs: Bra Böcker AB

National Encyklopedin Ordbok (1995). Höganäs: Bra Böcker AB

\*Nga Han Chan, J., & Chau, J. (2004). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing, 50*(5), 498–507.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av it och internet*. Lund: Studentlitteratur.

\*Nydén, K., Petersson, M., & Nyström, M. (2002). Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 268–274.

Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.

\*Nyström, M., Nydén, K., & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit - a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing, 11*, 22–26.

\*O'Brien, J-A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients. *Journal of emergency nursing, 30*, 216-224.

\*Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H., & Albert, N. (2009). Nurse-Patient/Visitor communication in the emergency department. *Journal of emergency nursing, 35*, 406-411.

\*Richardson, S., Casey, M., & Hider, P. (2007). Following the patient journey: Older persons' experiences of emergency departments and discharge. *Accident and Emergency Nursing, 15*, 134–140.

Roxendal, G., & Wahlberg, C. (1992). *Vårdandets vardag - Händer i möte*. Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2006). Ännu en metodbok. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.9-16). Lund: Författarna & Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005-105-1)*. Hämtat från WWW 2010-10-06: <http://www.socialstyrelsen.se> .

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Toombs, S. K. (1993). *The meaning of Illness*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: PA: F. A. Davis Company.

Verhaeghe, S. T. L., Van Zuuren, F. J., Defloor, T., Duijnste, M. S. H., & Grypdonck, M. H. F. (2007). How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *Journal of Clinical Nursing*, *16*, 1488–1497.

Watt, D., Wertzler, W., & Brannan, G. (2004). Patient expectations of emergency department care: phase I - a focus group study. *Canada Journal Emergency Medicin*, *7*(1), 12-26.

Weiner Thordarson, K. (2009) *Professionellt bemötande*. Stockholm: SKL Kommentus AB.

\*Wellstooda, K., Wilsona, K., & Eylesa, J. (2005). “Unless you went in with your head under your arm”: Patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine*, *61*, 2363–2373.

Wiggins, M. N., Coker, K., & Hicks, E. K. (2009). Patient perceptions of professionalism: implications for residency education. *Medical Education*, *43*, 28–33.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wikström, B-M. (2003). *Estetik och omvårdnad* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård -Handledning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Wilhelmsson, O. (2001). *Omvårdnad*. Stockholm: Bonniers Utbildning.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad* (2:a uppl.). Lund: Författarna & Studentlitteratur.

\*Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2006). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department - A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *44*, 714–722.

Östlundh, L. (2006) Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.45-70). Lund: Författarna & Studentlitteratur.

\*Artiklar som återfinns i resultatet

## Artikelöversikt

## Bilaga I

Nr	Författare/Årtal/Titel	Syfte	Metod/Urval
1	Coughlan, M., & Corry, M. (2007). <i>The experiences of patients and relatives/significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: A qualitative descriptive study.</i>	Att beskriva patienters och/eller deras anhöriga/andra närståendes upplevelse av att spendera 12 timmar eller mer på akutmottagningen i väntan att bli inlagda på sjukhuset.	Intervjuer. Beskrivande metod. N = 4 (samt 3 anhöriga) (N = patienter)
2	Richardson, S., Casey, M., & Hider, P. (2007) <i>Following the patient journey: Older persons' experiences of emergency departments and discharge.</i>	Att undersöka äldre patienters (80 år eller äldre) upplevelse av att ha fått en sängplats på sjukhuset efter att ha gått via akutmottagningen.	Intervjuer / observationer. N = 82
3	Göransson, K. E., & von Rosen, A. (2009). <i>Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department.</i>	Att identifiera patienters upplevelse av triagering på akutmottagningen.	Frågeformulär /observationer. N = 146
4	Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2006). <i>Trauma patients' encounters with the team in the emergency department - A qualitative study.</i>	Att undersöka traumapatienters upplevelse av mötet med traumateamet på en akutmottagning.	Semistrukturerade intervjuer. N = 23
5	Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2005). <i>Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement.</i>	Att identifiera patienters upplevelse av kvalitén av omvårdanden på akutmottagningen.	Frågeformulär. N = 200
6	Nga Han Chan, J., & Chau, J. (2004). <i>Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong.</i>	Att undersöka patientens tillfredsställelse i relation till triagesjuksköterskans omvårdnad.	Frågeformulär. N = 56

7	Nydén, K., Petersson, M., & Nyström, M. (2002). <i>Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making.</i>	Att analysera äldre patienters basala omvårdnadsbehov i akutsjukvårdsmiljön.	Intervjuer. N = 7
8	Franzén, C., Björnstig, U., Jansson, L., Stenlund, H., & Brulin, C. (2006). <i>Injured road users' experiences of care in the emergency department.</i>	Att beskriva patienters upplevelser av kvalitén av omvårdnaden på en akutmottagning.	Frågeformulär. N = 565
9	O'Brien, J.-A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). <i>The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients.</i>	Att fastställa patienters upplevelse av omhändertagande i samband med trauma på akutmottagningen.	Intervjuer. N = 7
10	Nyström, M., Nydén, K., & Petersson, M. (2003). <i>Being a non-urgent patient in an emergency care unit - a strive to maintain personal integrity.</i>	Att analysera och beskriva patienters upplevelse av att vara en icke-akut patient på en akutmottagning.	Intervjuer. N = 11
11	Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). <i>Older patients awaiting emergency department treatment.</i>	Att beskriva patienters upplevelse av sin egen delaktighet i omvårdnaden på en akutmottagning.	Intervjuer / observationer. N = 20
12	Cross, E., Goodacre, S., O'Cathain, A., & Arnold, J. (2004). <i>Rationing in the emergency department: the good, the bad, and the unacceptable.</i>	Att undersöka icke akuta patienters upplevelse av väntetiderna på en akutmottagning.	Intervjuer. N = 11

13	Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H., & Albert, N. (2009). <i>Nurse-Patient/Visitor communication in the emergency department.</i>	Att beskriva patienters/besökares behov av kommunikation och information på en akutmottagning.	Frågeformulär. N = 53 (samt 70 besökare och 73 ssk:or)
14	Wellstooda, K., Wilsona, K., & Eylesa, J. (2005). <i>'Unless you went in with your head under your arm': Patient perceptions of emergency room visits.</i>	Att undersöka patienters upplevelse av sitt senaste akutmottagningsbesök	Intervjuer. N=37

**Sökvägar****Bilaga II**

<b>Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>	<b>Lästa titlar</b>	<b>Valda artiklar</b>
100824	emergency* AND trauma* AND patient* AND encounter*	72	40	1
	emergency* AND patient* communication*	1377	50	2
100829	patient* AND experience* AND emergency*	2308	50	2
100903	patient* AND emergency department AND experience*	849	50	3
	patient* AND nurse* AND emergency* AND information*	589	40	1

*Samtliga presenterade sökningar är genomförda på CINAHL.*