

# **SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV SITT ARBETE PÅ AKUTMOTTAGNING**

<b>FÖRFATTARE</b>	Peter Liff
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/Omvårdnad-Eget arbete
	VT 2009
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Kristina Andersson
<b>EXAMINATOR</b>	Åsa Axelsson

Titel (Svensk):	Sjuksköterskors upplevelser av sitt arbete på akutmottagning
Titel (Engelsk):	Nurses perceptions of work at emergency service, hospital
Arbetets art:	Eget arbete fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/OM2240/Omvårdnad-Eget arbete
Arbetes omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25
Författare:	Peter Liff
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Åsa Axelsson

---

### **SAMMANFATTNING**

Akutmottagningarna i Sverige går mot en utökad roll från slussningsenheter till diagnostiserande och behandlande enheter, vilket ställer krav på mer specialiserade sjuksköterskor. Det är ofta överfullt på akutmottagningar med långa väntetider och missnöjda patienter som följd. Studiens resultat kan relateras till ett etiskt perspektiv och till Erikssons omvårdnadsteori om den lidande människan. Patienten kommer till sjukhuset för att få en lindring av sitt sjukdomslidande och förväntar sig att vara välkommen, vara respekterad och att få vård, men kan uppleva ett bemötande som tillför ett nytt lidande. Detta är inte bara i sig problematiskt utan leder till att patienten inte kan leva ut sitt lidande och därmed inte heller gå in i det tredje skedet och försonas med sitt lidande. Syftet med studien var att ta reda på hur sjuksköterskan upplevde sitt arbete på en akutmottagning och förutsättningarna för att kunna ge patienter på akutmottagningar en god omvårdnad. Studien grundades på en litteraturstudie av tio vetenskapliga artiklar internationellt publicerade mellan 1992 och 2007. Analysen visade att sjuksköterskorna tyckte arbetet på en akutmottagning kunde vara stimulerande då de upplevde att de kunde göra nytta och att de kunde använda sin spetskompetens. De tyckte också att det var en krävande situation där förutsättningarna för deras omvårdnadsinsatser inte alltid var de bästa. De ansåg att de hade brister i utbildning och träning för de svåra situationer som kunde uppkomma på en akutmottagning. Det kunde också krävas mer stöd från kolleger, arbetsledning och från verksamhetsledningen när det gällde t ex att se till att det fanns tillräckligt med sängplatser. Även lokaler och utrustning kunde vara bristfälliga, t. ex när det gällde säkerhetsarrangemang. Arbetet på en akutmottagning handlade förutom att lindra sjukdomslidande om att förebygga vårdlidande. Många av de situationer som sjuksköterskorna hade rapporterat om i artiklarna kunde tolkas som att de skapat vårdlidande. För att kunna förebygga vårdlidande krävdes det att arbetet skedde utifrån ett vårdetiskt förhållningssätt. Det krävdes goda arbetsförutsättningar och en organisatorisk miljö som gav gott stöd från kollegor och arbetsledning.

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<b>1. INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>2. BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>2.1. ORGANISATIONEN PÅ EN AKUTMOTTAGNING</b>	<b>1</b>
2.1.1. Patientgrupper som söker akut	2
2.1.2. Bedömning av patienter	2
2.1.3. Organisation och arbetssätt – ett exempel	3
<b>2.2. RIKTLINJER OCH VÄGLEDANDE PRINCIPER</b>	<b>4</b>
2.2.1. Kompetenskrav	4
2.2.2. Det etiska perspektivet	5
<b>2.3. OMVÅRDNADSTEORI</b>	<b>5</b>
2.3.1. Lidande	5
<b>3. SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>4. METOD</b>	<b>8</b>
<b>4.1. DATAINSAMLING</b>	<b>8</b>
<b>4.2. DATAANALYS</b>	<b>10</b>
<b>5. RESULTAT</b>	<b>11</b>
<b>5.1. STIMULERANDE OMVÅRDNADSSITUATIONER</b>	<b>11</b>
5.1.1. Upplevelsen av att kunna göra nytta	11
5.1.2. Att kunna använda sin spetskompetens	11
<b>5.2. KRÄVANDE OMVÅRDNADSSITUATIONER</b>	<b>12</b>
5.2.1. Patientens situation	12
5.2.2. Patientens agerande	13
5.2.3. Anhörigas agerande	13
<b>5.3. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR GOD OMVÅRDNAD</b>	<b>14</b>
5.3.1 Sjuksköterskans egna förberedelser	14
5.3.2. Stöd från arbetskamrater och närmaste chef	15
5.3.3. Stöd från organisationen	15
5.3.4. Lokal och utrustning	16
<b>6. DISKUSSION</b>	<b>17</b>
<b>6.1. METODDISKUSSION</b>	<b>17</b>
6.1.1. Arbetets gång	17
6.1.2. Artikelbeskrivningar	17
<b>6.2. RESULTATDISKUSSION</b>	<b>18</b>
6.2.1. Anknnytning till teori och andra resultat	18
6.2.2. Praktiska implikationer	21
6.2.3. Konklusion	22
6.2.4. Förslag till fortsatt forskning	22
<b>7. REFERENSLISTA</b>	<b>23</b>
<b>BILAGA: ARTIKELÖVERSIKT</b>	

# 1. INLEDNING

Akutsjukvården får en allt ökande betydelse inom den svenska sjukvården. Under åren 1970 till 2003 minskade antalet slutenvårdsplatser från 120 000 till 27 000, vilket motsvarar en minskning med 80 %. Antalet patientbesök på akutmottagningarna visar däremot på en stadig ökning. Under de senaste åren har ökningstakten varit 6 % per år (Säfwenberg 2008). Antalet akutmottagningar har minskat sedan 1970, men de har i gengäld blivit större för att klara ökningen av patientbesöken. Vid akutmottagningarna görs en alltmer grundlig utredning, diagnostisering och behandling av patienterna för att de i så stor utsträckning som möjligt ska kunna åka hem direkt utan att bli inlagda på sjukhus eller så att de direkt kommer till rätt vårdavdelning. Akutmottagningarna har på det sättet bidragit till effektivare genomströmning av patienter genom sjukhusen (Säfwenberg 2008). För att klara denna utökade roll från slussningsenhet till en diagnostisk och behandlande enhet har behovet av fast stationerad, akutspecialiserad personal ökat på akutmottagningarna. Fortfarande är det vanligt att läkare från andra avdelningar inkallas att tjänstgöra på akutmottagningen. Men på de större akutmottagningarna, som t ex på Sahlgrenska universitetssjukhuset, är det vanligt att dessa utgör en egen avdelning med sin egen personal. Akutmottagningarnas nya roll inom universitetssjukhusen pekar mot ett stort behov av specialiserade sjuksköterskor. Förutsättningarna för en god sjuksköterskeinsats verkar vara särskilt svåra där, eftersom många patienter kommer in med mycket allvarliga skador, de kan vara i chock eller uppträda aggressivt. Det är ont om tid att göra bedömningar och andra insatser och det kan vara svårt att få tillgång till sängplatser för de patienter som behöver skrivas in på sjukhuset. Det är ofta överfullt på akutmottagningar med långa väntetider och missnöjda patienter som följd, ett problem som verkar förbli olöst över åren (Wennström 2000, Hedbäck 2002, Öhlén 2008). Mot denna bakgrund kan det vara intressant att studera hur sjuksköterskan upplever situationen med patientmöten på akutmottagningen och förutsättningarna för att kunna bedriva god omvårdnad.

## 2. BAKGRUND

### 2.1. ORGANISATIONEN PÅ EN AKUTMOTTAGNING

Det är inte ovanligt att patienter lämnar akutmottagningar innan de träffat någon läkare. Den vanligaste orsaken till det anges i en studie vara långa väntetider och otillräcklig information om förlängda väntetider (Fry 2003). Hela situationen på en akutmottagning kan verka stressig. Detta väcker frågan om det är möjligt att på en sådan arbetsplats leva upp till de omvårdnadsideal som beskrivs i omvårdnadsteorin. Johansson & Tellin (2008) har gjort en studie av hur patienter upplever mötet med vårdpersonal på en akutmottagning grundad på en litteraturstudie. Bland de positiva patientupplevelsorna var att de blev snabbt och effektivt omhändertagna, att de fick ett empatiskt bemötande och information om vad som skulle hända. Bland de negativa upplevelsorna var att de tyckte sjuksköterskorna verkade stressade och inte hann ge dem uppmärksamhet, vilket gjorde att de kände sig betydelselösa. Deras studie ser på frågan om mötet mellan patient och vårdare från patienternas perspektiv. Ett viktigt resultat var att *”ett bra möte mellan patient och sjuksköterska uppstår då sjuksköterskan har förmåga att växla mellan att tillgodose patientens*

*medicinska och psykosociala behov*” (Tellin & Johansson 2008, i sammanfattningen). Det kan vara intressant att försöka förstå patienternas reaktioner utifrån sjuksköterskors erfarenheter av arbetet på en akutmottagning.

Sedan 2007 är akutmedicin en egen specialitet i Sverige och redan ett år senare finns 162 platser för specialistutbildning för läkare (Säfwenberg 2008). Men det finns i dag i Sverige inte någon specialistutbildning inom akutsjukvård för sjuksköterskor. Erfarenheter från andra länder med sådana specialistutbildade sjuksköterskor är att de intar en roll mellan läkaren och den vanliga sjuksköterskan och kan göra lite mer komplicerade egna utredningar och behandlingsinsatser än de icke-specialiserade sjuksköterskorna kan utföra (Kelleher Keane et al. 2008).

### **2.1.1. Patientgrupper som söker akut**

De sökande patienterna kan indelas i tre kategorier; de som remitterats (15 %), de spontant sökande (30 %) och de som kommer in med ambulans (55 %). Siffrorna inom parentes anger den fördelning som gäller för Sahlgrenska universitetssjukhuset/Sahlgrenska (Johansson 2009). De flesta patienter som söker till akutmottagningar i Sverige är äldre med hjärt-kärlproblem, men en annan stor grupp är yngre som skadat sig i olyckor, misshandlats eller försökt begå självmord (Johansson 2009) och kan ses som en grov uppskattning av hur stora de olika strömmarna av patienter till en akutmottagning är. Nyström (2003) refererar flera studier som visar att bakomliggande motiv till att söka till en akutmottagning är upplevelser av akut vårdbehov, svårt att få läkartid någon annanstans, bostad i akutmottagningens närhet, råd från vänner, hög ålder och ensamhet. Nyström (2003) hänvisar till studier som visar att äldre personer söker oftare än yngre, att äldre vanligen söker för akuta och allvarliga problem och sällan i onödan.

### **2.1.2. Bedömning av patienter**

Den första uppgiften för sjuksköterskan på en akutmottagning är att ta emot patienterna och göra en bedömning av patienternas tillstånd för att kunna göra någon slags sortering och prioritering av hur snabbt de skall bli mottagna. Den första kontakten innebär också en form av inskrivningsprocedur där man tar patientens namn, personnummer och patienten får uppge sina symtom och dessa uppgifter läggs in i ett journal underlag och oftast är det en sjuksköterska som utför dessa uppgifter. När patienten kommer in med ambulans är dessa uppgifter redan tagna och lämnas av ambulanssjuksköterskan till sjuksköterskan på akuten (Widfeldt & Örtenwall 2005). Göransson (2006) har studerat hur triagering går till på Sveriges samtliga akutmottagningar anslutna till sjukhus (79 stycken). Triagering innebär att sortera patienterna efter hur pass allvarligt tillstånd de olika patienterna befinner sig i, för att kunna bestämma vem som först skall undersökas av läkare. Den bild som framträder är att flera varierande metoder används på landets akutmottagningar. Nästan hälften av sjukhusen har inte någon triageskala alls när de skall prioritera sina patienter. Den minst utvecklade metoden för sortering innebär att en läkarsekreterare och en undersköterska tar emot patienten, skriver ner anteckningar som sedan en sjuksköterska gör sina bedömningar ifrån. En mer utvecklad form är när sjuksköterskorna gör en erfarenhetsbaserade bedömning, som baserar sig på de intryck de får av patienten när han/hon kommer gående in på akutmottagningen och genom att göra en anatomisk undersökning. För de sjukhus som använder sig av en triageskala är det inte någon gemensam skala som tillämpas utan de är olika

avseende antal steg och tidsintervallet för respektive steg. Göransson (2006) framför att det är brist på tillförlitliga triageskalor som är baserade på vetenskapligt underlag. Det är även så att sjuksköterskor som använder samma triageskala uppvisar en tydlig variation i triagegraderingen. Göransson visade att träffsäkerheten var låg, i genomsnitt gjordes bara rätt bedömning i 58 % av fallen och följaktligen fel bedömning i 42 % av fallen. Göransson fann ingen förklaring till varför felbedömningen var så pass stor. Det fanns inget samband mellan sjuksköterskans ålder eller yrkeserfarenhet. Det gick inte heller att visa att sjukhusets storlek eller erfarenheten av att arbeta inom akutsjukvård skulle ha någon betydelse (Göransson 2006). Men nu försöker man på många akutmottagningar göra en mer objektiv bedömning genom att bland annat undersöka blodtryck, puls, temp, andningsfrekvens och saturation. Ett sätt att göra triage är enligt den s.k. Manchester-modellen. Då delas patienterna in i fem grupper, grupp 1 röd omedelbart, grupp 2 orange mycket brådskande, grupp 3 gul brådskande, grupp 4 grön standard och grupp 5 blå icke-akut. Bedömningen görs genom att man följer olika flödesschema där man börjar titta efter livshotande tecken. Finns inga livshotande tecken fortsätter man i flödesschemat tills man hittar något tecken som passar in på indikationerna kopplade till någon av färgerna (Widfeldt & Örtenwall 2005). På Sahlgrenskas akutmottagning, som är en av landets största med 48 000 besök (2007), har man infört en standardiserad bedömningsprocedur, så att alla patienter ska bedömas efter samma kriterier oavsett när på dygnet patienten kommer och oavsett vilken personal som gör bedömningen. De två viktigaste parametrarna för att bestämma prioriteringsnivå enligt denna metod är andningsfrekvens och vakenhetsgrad (Widgren et al. 2008). Sjuksköterskornas skicklighet i att utföra den viktiga prioriteringen av patienterna verkar handla om att både kunna utnyttja sin samlade erfarenhet och att hålla sig till objektiva fakta. Intuition verkar vara nödvändigt men inte tillräckligt. I en studie från England 2007 påvisas också att sjuksköterskorna på en akutmottagning gör en bedömning av hur snabbt patienterna måste omhändertas baserat på hur synbart de verkar vara påverkade av sjukdomen vid första anblicken och hur stressade patienterna verkar vara (bleka, svettiga). Denna bedömning görs innan den mer systematiska triageringen börjar och kan leda till att man redan här skiljer ut vilka som behöver förtur för ett direkt omhändertagande. Studien visar att sjuksköterskan använder sig av både stor erfarenhet för att göra denna bedömning och då också tar hänsyn till hur pass allvarligt patienten upplever sin situation och att de grundar sin bedömning på en mer systematisk triagemetod där man grundar sin bedömning på mer fysiologiska parametrar (Edwards 2007).

### **2.1.3. Organisation och arbetssätt – ett exempel**

Akutmottagningen på Sahlgrenskas akut- och olycksfallsmottagning (AKOM) är organiserad som ett eget verksamhetsområde med egen budget och egen personal. På motsvarande sätt är ambulanssjukvården och intensivvården organiserade i var sitt verksamhetsområde. Det finns olika samverkansgrupper mellan dessa tre enheter angående gemensamma verksamhetsfrågor. Bemanningen på akutmottagningen består dagtid av sju sjuksköterskor, fem undersköterskor och ca fyra medicinläkare och en till två kirurger. På kvällen är det oftast en sjuksköterska och en undersköterska till medan det efter kl. 18 bara är två medicinläkare och en kirurgläkare resten av dygnet. På helgerna är det två medicinläkare och en kirurg dygnet om. Natttid är det sex sjuksköterskor och tre undersköterskor och på helgerna är det sex sjuksköterskor och fem undersköterskor på förmiddagen men det

kommer en sjuksköterska till på eftermiddagen. Sedan kan konsultläkare vid behov tillkallas, t ex specialister på lungmedicin, cardiologi och neurologi. Det är således att det genomgående är fler sjuksköterskor än undersköterskor, vilket inte oftast är fallet på en vårdavdelning. Bemanningen speglar att tillströmningen är ganska låg nattetid och på morgonen, två till fyra patienter i timman men efter kl. 11 kan tillströmningen ligga på tio patienter eller fler i timman. Några stora patientgrupper är traumapatienter, medicinpatienter med hjärtbesvär, stroke, samt kirurgpatienter med urinvägsbesvär, buksmärtor och sårskador. En stor andel av patienter är över 80 år (ca 20 %) sett över en hel vecka, men på helgerna ökar de yngre patienter i andel då de kommer in för misshandel och drogförgiftningar. En sjuksköterska på akutmottagningen medverkar i den första bedömningen av patienten enligt ett triageringssystem, som bygger på objektiva fysiologiska parametrar. En sjuksköterska på en akutmottagning utför utrednings- och behandlingsinsatser som att sätta PVK (perifer venkateter), tar prover, gör omläggningar och assisterar vid ingrepp av kirurgisk art likväl som medicinsk. Det kan handla om att lägga ortopediska ortoser, gips och att prova ut kryckor. En sjuksköterska på ett akutintag måste ha mycket breda kunskaper om både medicin- och kirurgipatienter. Det handlar om allt från multitrauma, hjärtstopp till näsblödningar och kanske bara att lyssna på någon som har behov av att prata. I uppgifterna ingår också att ha mycket kontakter med anhöriga, boende, hemsjukvård och hemtjänst. Alla patienter rapporteras till avdelningar för inläggning av sjuksköterska. Vidare ingår mycket arbetsledande uppgifter men även basal omvårdnad som på en vårdavdelning och administration av läkemedel (Personlig kommunikation med Ann Martinius Kvalitetschef, leg sjuksköterska, Akut- och Olycksfallsmottagningen, Sahlgrenska Sjukhuset 2009-02-17).

## **2.2. RIKTLINJER OCH VÄGLEDANDE PRINCIPER**

### **2.2.1. Kompetenskrav**

I februari 2005 gav socialstyrelsen ut den nu gällande kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska, som innehåller rekommendationer om yrkeskunnande, kompetens och förhållningssätt. Syftet är att denna ”*kompetensbeskrivning ska tydliggöra sjuksköterskans profession och yrkesutövning och därmed bidra till att patienten får en god och säker vård*” (SOSFS 2005:105-1 sid. 9).

Kompetensbeskrivningen ska gälla generellt för alla legitimerade sjuksköterskor och tar därför inte upp detaljerade arbetsuppgifter. Det innebär att specifika krav för sjuksköterskor inom akutsjukvård inte tas upp. Ett flertal kompetenser kan tänkas ha särskilt stor betydelse för en akutsjuksköterska. I anvisningarna tas upp att sjuksköterskan självständigt ska kunna observera, bedöma, värdera och dokumentera patientens anamnes, status och mål. Vidare ska sjuksköterskan kunna genomföra omvårdnadsdiagnostik och omvårdnadsordinationer för att på så sätt kunna utvärdera omvårdnaden och kunna åtgärda de förändringar som uppstår i patientens fysiska och psykiska tillstånd. För det krävs att sjuksköterskan först blir medveten om patientens lidande för att därefter lindra det så gott det går. Det är viktigt att vara respektfull, lyhörd och empatisk vid kommunikation med patienter, närstående och personal. Sjuksköterskan ska vägleda och stödja patienter och närstående för att på så sätt få dem att bli delaktiga i behandlingen och se till att den information som lämnats har förståtts och uppfattats korrekt av berörda parter. Det är viktigt att kunna tillgodose

patiens välbefinnande och säkerhet vid undersökningar och behandlingar genom att vara noggrann. Sjuksköterskan ska kunna hantera situationer med hot och våld och kunna tillämpa katastrofmedicinska principer när allvarlig olycka har inträffat, samt ha förmåga att skapa en god vårdmiljö (SOSFS 2005:105-1).

### **2.2.2. Det etiska perspektivet**

Ett etiskt perspektiv innebär att man sätter patientens upplevelser och situation i fokus. Det är patientens livsvärld som är utgångspunkten innebär också att sjuksköterskan ska ta i beaktande patientens och anhörigas kunskaper och erfarenheter (SOSFS 2005:105-1). Därför ska sjuksköterskan förmedla informationen om vård och behandling på ett sådant sätt att varje enskild individ kan ta till sig det och på sätt få möjlighet till att ge samtycke (ICN 2007). Sjuksköterskan skall respektera mänskliga rättigheter och patientens och dennes familjs värderingar (SOSFS 2005:105-1, ICN 2007). Sjuksköterskan ska också verka för gott samarbete med övriga personal, ta till vara andras och egen kompetens. Samtidigt som de bör vara medvetna om de motsättningarna som kan uppstå mellan olika yrkesgrupper (ICN 2007). En central ståndpunkt i ett etiskt perspektiv är att: *”Visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet”* (SOSFS 2005:105-1 sid. 10). Det kan antas att det vid mötet med patienten på en akutmottagning kan vara särskilt svårt att leva upp till det vårdetiska förhållningssättet. Patienterna kan vara så svårt sjuka att de kan ha svårt att ta ställning till lämpliga vårdinsatser och deras tillstånd kan vara under snabb försämring så beslut måste fattas snabbt. Mötet med patienten är sannolikt också korta då trycket från fler patienter är stort. Ändå ska det vårdetiska förhållningssättet tillämpas.

## **2.3. OMVÅRDNADSTEORI**

Det är tänkbart att ett möte med vårdare på en akutmottagning kan leda till ett vårdlidande. Det kan vara intressant att relatera de uppfattningar sjuksköterskor har om sin arbetssituation med vad Eriksson (1994) anger som faktorer som kan vålla ett vårdlidande. Därför utgör hennes teori om lidande den teoretiska referensramen för min studie.

### **2.3.1. Lidande**

Eriksson har utvecklat en teori om lidande (1993, 1994), som kan användas för att förstå hur patienterna påverkas av de omvårdnadsinsatser de får då de kommer till en akutmottagning. Patienterna har ofta smärta som ett av flera symptom. Lidande och smärta kan vid första anblicken vara väldigt likartat, men det har inte samma betydelse utan är två olika begrepp. Enligt Eriksson kan ett lidande nämligen upplevas utan att man känner en smärta och smärta kan förekomma utan att man upplever ett lidande. Att lida betyder att våndas, pinas, att utstå och att kämpa. Lidandet kan alltså ses som en kamp och beroende på livssituationen väljer man antingen att kämpa eller ge upp. I det djupaste lidandet kan livskraften gå förlorad och människan känna livsleda. Eriksson uttrycker det som att lidandet ytterst är ett döende. Det är också möjligt att människan kan försona sig med lidandet genom att försona sig med rådande situation. Då kan människan uppleva en mening med lidandet och lidandet kan t.o.m. förvandlas till lust när nya möjligheter i livet kan visa sig. Försoning förutsätter ett accepterande av att vissa omständigheter inte kan ändras och att det



därför är inställningen till omständigheterna som måste ändras. Men en sådan insikt kan bara vinnas om människan genomgår lidandet. Ett förnekande kan inte leda till försoning (Eriksson 1994).

Lidande kan ses som ett uttryck för att människan inte kan tillgodose sina mest grundläggande behov, som hon försöker tillgodose så länge som möjligt. Det kan ofta vara andra människor som förhindrar denna behovstillfredsställelse och orsakar lidandet. Ensamhet, kärlekslöshet, att inte vara välkommen, att inte bli tagen på allvar är faktorer som kan skapa lidande. Det kan ses som människans rätt att få hjälp av någon i närheten utan att hon måste be om det när hon inte längre kan tillgodose sina behov själv. Att uppleva att man i sådana situationer inte syns och därmed bli tvungen att be om hjälp, att inte uppleva fullvärdighet som människa, är att uppleva ett lidande. Eriksson (1994) menar att lidandet kan ses som ett drama i tre akter. ”1. *Bekräftandet av lidandet*. 2. *Själva lidandet, d.v.s. tid och rum att lida ut*. 3. *Försoningen, d.v.s. vägen fram till en ny enhet*.” (Eriksson 1994 sid. 54). Det viktiga är att förstå att en bekräftelse av en människas lidande förmedlar att jag ser personen, vilket innebär en tröst för den lidande att någon ser det. Beröring, en blick ett litet ord är exempel på saker som skapar bekräftelse. Bekräftar jag inte den lidande människan riskerar lidandet att öka. Men med detta synsätt är det ändå viktigt att människan får genomgå samtliga skeden, att få lida ut, vilket kräver både tid och rum, att få vara ensam och ändå känna gemenskap. Lidandet behöver gå in i den tredje fasen eftersom det är då som en försoning kan ske så att människan kan gå vidare med det onda inbäddat i en ny helhet. Det är möjligt genom medlidande, dvs. att lida med, lindra den andres lidande. På det sättet minskas risken för att lidandet föder en känsla av hopplöshet och förtvivlan, som kan förhindra att det tredje skedet nås. Medlidande förhindrar således inte att den lidande genomlider alla tre faserna men underlättar vägen fram till det tredje stadiet där en försoning kan ske så att den lidande kan gå vidare (Eriksson 1994).

Erikssons teori om lidande innebär att om människan kommer in i ett lidande är det möjligt att komma stärkt ur lidandet om människan får lida ut genom lidandets tre faser, men lidandet behöver lindras så att det görs uthärdligt. Människan söker alltid lindra lidandet och lidandet kan lindras. Men det är i själva verket enligt Eriksson så att hälsa och lidande hänger samman, så att hälsa innebär ett lidande som är uthärdligt. För att genomgå ett lidande och växa genom det krävs det mod att kämpa mot yttre tvång som sjukdom som kan kuva människans frihet. Men en förutsättning för att växa genom lidande ” .. är att människan får bekräftelse på sitt lidande.” (Eriksson 1994, s. 79). Detta är en central uppgift i vårdandet av den sjukdomslidande (Eriksson 1994).

Lidande finns i tre former, enligt Eriksson (1993, 1994), livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Det lidande som är relaterat till att leva, att vara människa är livslidande. Sjukdomslidande uppstår i samband med kroppslig smärta orsakad av sjukdom. En sådan smärta kan helt och hållet ta över all uppmärksamhet och bli outhärdlig och bör därför lindras med de metoder som står till buds. Om den starka kroppsliga smärtan inte lindras kan den leda till både själslig och andlig död. Kroppslig smärta kan orsakas av själva sjukdomen och även av behandlingen. Men sjukdomen och behandlingen kan också orsaka en känsla av skam eller skuld och förnedring som kan orsaka själslig och andlig smärta. Känslan av skam kommer

inifrån, medan skuld känslan kan härledas till sjukdomen på det sättet att man känner till att man själv orsakat sjukdomen genom dåligt leverne. Människan kan alltså redan av sig själv uppleva sig som förminskad och sämre än vad hon tänkt sig på grund av bägge dessa känslor. Till detta kan komma känsla av förnedring som kommer utifrån genom upplevelser relaterat till andra. Det kan skapas av vårdpersonal som har en fördömande attityd eller det sociala sammanhanget. Detta lidande läggs till sjukdomslidandet och är en följd av att patienten känner sig förnedrad vid behandlingen och kallas vårdlidande. Eriksson (1993, 1994) delar in vårdlidandet i fyra delar efter vad som orsakat det; kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. Kränkningar kan enligt Eriksson ske genom nonchalans och genom att inte se patienten. Bara genom att köa, vänta och behöva fråga sig fram kan patienten uppleva sig som nonchalerad. Vårdarna kan vara omedvetna om de orsakat ett vårdlidande till följd av brist på reflexion. Men att nonchalera patienten kan också vara ett medvetet sätt att straffa patienten. Fördömelse kan handla om att uttrycka vilka patienter som hör hemma eller inte hör hemma på mottagningen. Tvingande vårdhandlingar är att utöva makt. Att inte ge patienten hjälp t ex vid svårigheter att förflytta sig är att undanhålla vård. Det är när patienten upplever sig utsatt för dessa beteenden som patienten känner sig förnedrad och sin värdighet kränkt. Att förhindra vårdlidande handlar om att förhindra alla dessa former av kränkningar. Det gäller även kränkningar som anhöriga kan känna. Enligt Eriksson (1994) blir den kränkta anhöriga lidande och därmed oförmögen att lida med patienten, vilket kan ge upphov till skuld känslor och skam hos den anhörige som då kan bli förtvivlad och aggressiv.

Den första akten i det lidandets drama Eriksson (1993, 1994) talar om, bekräftandet, får inte sitt förväntade förlopp om patienten kränks. Patienten kommer till sjukhuset för att få en lindring av sitt sjukdomslidande och förväntar sig att vara välkommen, vara respekterad och att få vård, men kan uppleva ett bemötande som tillför ett nytt lidande. Detta är inte bara i sig problematiskt utan leder till att patienten inte kan leva ut sitt lidande och därmed inte heller gå in i det tredje skedet och försonas med sitt lidande. Vårdaren som är motspelaren i dramat som ska lindra sjukdomslidandet tillför då ett onödigt lidande, vårdlidandet, och förhindrar dessutom att patienten försonas med sitt sjukdomslidande (Dahlberg 2002)

### **3. SYFTE**

Syftet med studien är att ta reda på hur sjuksköterskan upplever sitt arbete på en akutmottagning och förutsättningarna för att kunna ge patienter på akutmottagningar en god omvårdnad.

Frågeställningar: Vilka situationer ser sjuksköterskor som de svåraste för att utföra en god omvårdnadsinsats? Vilka patientgrupper upplevs som svårast att möta? Vad i situationen försvårar sjuksköterskans omvårdnadsinsats?

## 4. METOD

### 4.1. DATAINSAMLING

Data till uppsatsen är hämtat från empiriska resultat i vetenskapliga artiklar om sjuksköterskors upplevelser av akutmottagningen som arbetsplats. Artiklarna har sökts i databaserna PubMed och Cinahl. I sökningarna i PubMed har begränsningen gjorts att endast få fram de med abstract och i Cinahl har begränsningen varit Peer Reviewed och Research Article. Dessa begränsningar har gällt vid varje sökning och de flesta sökningar har varit tidsbegränsade till de tio eller fem senaste åren. I en första sökomgång användes orden: *nurse, skills, attitudes, clinical, practice, job, satisfaction, nursing, emergency, intensive, care, role, encounter, experience, trauma och acute*. Dessa sökningar gav en artikel som används som empiriskt underlag. Utöver denna hittades en litteraturöversikt. En manuell sökning gjordes från referenslistan i litteraturöversikten och sex artiklar identifierades som möjliga. De granskades, men ingen av dem har använts. I denna första omgång identifierades ett fåtal artiklar som verkligen redovisar sjuksköterskans upplevelse av arbetet på en akutmottagning. De som verkade intressanta men som ändå valdes bort behandlar patienters upplevelse, sjuksköterskans roll eller vad utbildare av sjuksköterskor anser att dessa behöver bli bättre på. I en andra sökomgång användes sökorden: *Emergency, workplace, perception, nursing, attitudes*. Dessa sökningar gav sju artiklar. En manuell sökning gav ytterligare två artiklar (Bryne 1997 från referenslistan från Sowney 2006 och Helps 1997 från referenslistan från Ross-Adjie 2007). Krav som varit för att artiklarna skall godkännas är att det är sjuksköterskan själv som uttalar sig om situationen och sina upplevelser. De skall beskriva rätt typ av verksamhet alltså arbetet på akutmottagningar. Tre artiklar är äldre än tio år, men har ändå tagits med. De behandlar orsaker till stress och verkar fortfarande ha ett relevant innehåll sett utifrån hur arbetsmiljön beskrivs i andra artiklar. Samtliga artiklar som är med i det slutliga urvalet har kvalitetsgranskats enligt mallar från Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet (Institutionen för vårdvetenskap och hälsa 2008). I urvalet ingår fem stycken artiklar som bygger på en kvalitativ metod och fem stycken som bygger på kvantitativ metod. Artikelsökning presenteras nedan i tabell 1

Tabell 1

Datum För sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade	Använda artiklar
17/1	PubMed	nurse skills attitudes clinical practice	abstracts, English, Swedish publicerade de 5 senaste åren	429		

17/1	PubMed	nurse skills attitudes job satisfaction clinical practice	abstracts, English, Swedish publicerade de 5 senaste åren	16	1	
18/1	PubMed	nursing emergency intensive care	Abstracts Publicerade de 10 senaste åren	308		
18/1	PubMed	Nursing emergency intensive care role	Abstracts Publicerade de 10 senaste åren	67	litteratur översikt Kluwer 2008	
20/1	PubMed	Emergency nurse encounter	Abstracts Publicerade de 10 senaste åren	25	2	Sowney & Barr 2006,
20/1	Cinahl	Emergency nurse encounter	Peer Reviewed Research Article Publicerade de 10 senaste åren	13	3	
21/1	PubMed	Emergency experience nurse	Abstracts Publicerade de 10 senaste åren	393		
21/1	PubMed	Emergency experience nurse encounter	Abstracts Publicerade de 10 senaste åren	6	2	Sowney & Barr 2006,
21/1	PubMed	Trauma experience nurse encounter	Abstracts Publicerade de 10 senaste åren	3		
21/1	PubMed	acute care experience nurse	Abstracts Publicerade de 10 senaste åren	410		
21/1	PubMed	acute care experience encounter nurse	Abstracts Publicerade de 10 senaste åren	8	4	Sowney & Barr 2006,

28/1	Cinahl	Emergency workplace perception*	Peer Reviewed Research Article	13	Alla 13	Ross-Adjie 2007 Ryan 2006 Catlette 2005 Landy 2005
31/1	PubMed	Emergency workplace perception*	Abstracts	22	13 av dessa samma som ovan övriga 9 ej aktuella	
2/2	PubMed	emergency workplace stress nursing	Abstract	11	Alla 11	Hawley 1992
8/2	Cinahl	Emergency nurse experience nursing	Peer Reviewed Research Article Publicerade de 10 senaste åren	10	Alla 10	Cone 2002 Chung 2005

#### 4.2. DATAANALYS

Från de tio artiklar som slutligen valdes har resultatdelen från respektive artikel plockats ut och sammanförts till ett textdokument. Texten har sedan bearbetats med hjälp av induktiv analys. Det innebär att i texten söka efter mönster i sjuksköterskornas svar. Texten lästes därför först flera gånger i sin helhet, sedan lästes varje mening eller sammanhängande meningar för att kodas. Koderna var som etiketter för innehållet i korta sammanhängande textavsnitt. Kodningen gav nio subkategorier. Två subkategorier handlade om vad som var stimulerande med arbetet och fördes samman till en kategori. Tre subkategorier beskrev olika aspekter av svårigheter i arbetsuppgiften och fördes samman till en andra kategori. Fyra subkategorier handlade om förutsättningarna för att utföra arbetsuppgifterna och fördes samman till en tredje kategori. Slutligen fördes dessa tre kategorier samman under ett tema (Granheim & Lundman 2004). På det sättet framträder ett mönster i svaren från sjuksköterskorna som ger svaret på de frågor jag formulerat som uppsatsens syfte att besvara.

## 5. RESULTAT

Sjuksköterskornas uppfattningar om sin arbetssituation på akutmottagningen har delats in i nedanstående kategorier och subkategorier. Sammanlagt nio subkategorier bygger upp tre kategorier som tillsammans ger temat Svårt och utmanande att vara sjuksköterska på en akutmottagning (Se tabell 2).

### Svårt och utmanande att vara sjuksköterska på en akutmottagning

#### *Stimulerande omvårdnadssituationer*

- Upplevelse av att kunna göra nytta
- Kunna använda sin spetskompetens

#### *Krävande omvårdnadssituationer*

- Sjuksköterskans situation
- Patientens agerande
- Anhörigas agerande

#### *Förutsättningar för god omvårdnad*

- Sjuksköterskans egna förberedelser
- Stöd från arbetskamrater och närmaste chef
- Stöd från organisationen
- Lokal och utrustning

Tabell 2 Subkategorier, kategorier och tema från analysen av sjuksköterskornas svar.

Tema	Svårt och utmanande att vara sjuksköterska på en akutmottagning								
Kategorier	stimulerande omvårdnadssituationer		Krävande omvårdnadssituationer			Förutsättningar för god omvårdnad			
Subkategorier	Upplevelse av att kunna göra nytta	Kunna använda sin spetskompetens	Sjuksköterskans situation	Patientens agerande	Anhörigas agerande	Sjuksköterskans egna förberedelser	Stöd från arbetskamrater och närmaste chef	Stöd från organisationen	Lokal och utrustning

### 5.1. STIMULERANDE OMVÅRDNADSSITUATIONER

#### 5.1.1. Upplevelsen av att kunna göra nytta

I en studie från Storbritannien framfördes att sjuksköterskorna verkligen kände sig behövda av trauma- och hjärtinfarktpatienter. Det var dessa kategorier av patienter med störst behov som gav en känslomässig dimension åt arbetet, vilket de tyckte var tillfredsställande och gav en belönande känsla av att vara till nytta (Byrne & Heyman 1997). Att kunna rädda liv och att få se patienter bli bättre var överlägset de mest vanligt angivna källorna till tillfredsställelse. Ytterligare en vanlig orsak till tillfredsställelse var att patienten sa tack (Helps 1997).

#### 5.1.2. Att kunna använda sin spetskompetens

En studie från Hong Kong (Chung 2005) visade att alla sjuksköterskor som ingick i

studien och som arbetade som triagesjuksköterskor var positiva till detta och tyckte att detta gav självständighet och tillfredsställelse. Från en studerad akutmottagning i Storbritannien (Byrne & Heyman 1997) redovisades att många av sjuksköterskorna där hade sökt sig till akutmottagningar för den spänning det innebar med stora olycksfall, även om de flesta patienter hade mindre skador. Men när det väl hände något stort så bidrog det till att hålla intresset uppe. Traumapatienter med stora behov gav också ett tillfälle för sjuksköterskorna att praktisera tekniska förmågor.

## **5.2. KRÄVANDE OMVÅRDADSSITUATIONER**

### **5.2.1. Sjuksköterskans situation**

Sjuksköterskan upplevde kommunikationssvårigheter när de mötte patienter med förståndshandikapp, kände en rädsla för att de inte skulle förstå patienten som då kan känna sig förolämpad. Ett annat problem var att symtom som patienten hade från förståndshandikapp kunde förväxlas med det som patienten i nuläget sökte för, vilket skapade en rädsla för att man skulle ha missat något viktigt eller att man istället för att vara på den säkra sidan drog igång överdrivet omfattande utredningar. Dessa patienter hade som regel med sig en anhörig eller personlig assistent och denna tredje person spelade en roll i situationen för sjuksköterskan för att få fram information eftersom det kunde vara svårt att få fram den direkt från patienten själv (Sowney & Barr 2006). Kontakten med psykiatriska patienter skapade också en stark känsla av sårbarhet hos sjuksköterskorna, De upplevde osäkerhet inför omvårdnadssituationen med dessa patienter. Dessa patienter kunde vara oberäkneliga och snabbt börja sparka, bita, spotta och börja slå med föremål. En annan svår grupp var de som var öppet suicidbenägna (Catlette 2005). En australiensisk studie visade att de sjuksköterskor som hade kortare erfarenhet än ett år rankade högakuta patienter som mer stressande än vad de sjuksköterskor gjorde som arbetat längre. Men när det däremot gällde stora olycksfall med många inblandade, död och sexuell våld mot barn hade inte erfarenheten någon betydelse för hur man påverkades (Ross-Adjie et al. 2007). I en kanadensisk studie framförde sjuksköterskorna att allvarliga olyckor, döende och död kunde orsaka stress. Patienter som ständigt återkommer till akuten var också en faktor som skapade stress. Kommunikationsproblem med patienter och anhöriga där de kunde vara upprörda, hysteriska, oförskämda eller alkohol och drogpåverkade var andra källor till stress (Hawley 1992). Vid sidan om patienter med stora behov var erfarenheter av våld en av arbetets stora svårigheter. I en studie från Irland framfördes av sjuksköterskorna som deltog att det var patienterna som var den vanligaste orsaken till det våld som de utsattes för. Sjuksköterskorna fick också upplevelser av våld då det kom in patienter som hade försökt begå självmord (Ryan & Maguire 2006). I den australiensiska studien (Ross-Adjie et al. 2007) såg sjuksköterskorna som sin främsta uppgift att ta hand om verkligt akuta fall. Men de var också medvetna om att många som kommer till en akutmottagning var väldigt oroliga. Nästan alla respondenter sa att samtliga patienter kände sig oroliga i någon utsträckning. Det var tydligt så att de med de svåraste skadorna faktiskt också var de mest oroliga. Sjuksköterskorna menade att de ofta fick gå på vad som brukar gälla för en patientkategori då de inte hade tid att göra individuella bedömningar. Detta kunde leda till att någon patients oro underskattades eller inte kunde tas om hand när det krävdes att konkreta uppgifter utfördes. Men när det var relativt lugnt på akutmottagningen kunde sjuksköterskan se efter sina patienter. Sjuksköterskan kände ofta att de under tidspress skulle slutföra en uppgift

för att kunna börja med nästa. Även när de höll på med att ge omvårdnad till en patient kunde de ofta bli avbrutna. Att ta hand om många uppgifter samtidigt gjorde det svårt att också ta hand om patienternas oro. Det enda sättet att hantera situationer med för mycket att göra var att koncentrera sig på fysisk omvårdnad (Bucknallt & Thomas 1997). Sjuksköterskorna var medvetna om att de var ansvariga för att deras triagebeslut var korrekta, men de kände sig ibland osäkra på sina beslut. Särskilt osäkra blev de när de stötte på en patient som hade symtom som passade in på två kategorier samtidigt som de visste att det skulle komma att bli långa väntetider. De uppgraderade då patienten för att inte riskera att patienten skulle försämrans under väntetiden. Avbrott och tidspress var andra faktorer som påverkade deras beslutsfattande (Chung 2005). För att hantera perioder med för hög arbetsbelastning tillämpade många av de sjuksköterskor som ingick i en brittisk studie strategin att dyka upp en kort stund hos patienterna för att förvissa sig om att inget nytt allvarligt problem uppstått. De ansåg att en sådan strategi var ändamålsenlig om det handlade om att ge fysisk omvårdnad, men det var ingen bra strategi för att dämpa oro. Besked som att ropa om det var något verkade inte lugnande på patienterna. Men att dyka upp då och då sände signalen att sjuksköterskorna var upptagna men att patienterna inte var bortglömda. Det var också, enligt resultaten från denna studie viktigt att se till att arbetet på akutmottagningen flöt smidigt. Sjuksköterskorna beskrev hur de utförde en mängd uppgifter som inte var sjuksköterskeuppgifter egentligen för att se till att arbetet flöt smidigt. Att ha ett bra flyt sågs som en förutsättning för att få tid över för att kunna prata med patienterna. Det uppfattades som en viktig uppgift att ge patienterna psykologiskt stöd, men ändå viktigare att de kunde pressa igenom patienterna snabbt (Bucknallt & Thomas 1997).

### **5.2.2. Patientens agerande**

Både i den australiensiska (Ross-Adjie et al. 2007) och den kanadensiska studien (Hawley 1992) framkom att sjuksköterskor upplevde konflikter med patienter och våld från patienter som en svårighet i arbetet. I den irländska studien påvisades att patienter var den grupp som stod för det mesta av alla kategorier av våld och aggression utom verbala icke-hotande aggression som främst de anhöriga stod för. Kvinnliga och manliga sjuksköterskor mötte i stort sett våld och aggression i samma utsträckning. De yngre och de med kortare tid i tjänst rapporterade i första hand om våld och aggression från patienter medan äldre och de med längre tid i tjänst mötte särskilt mildt våld från flera kategorier inklusive från anhöriga (Ryan & Maguire 2006). En uppfattning var att det var svårt att se till sina egna säkerhetsintressen när man skulle se till säkerheten för patienter och anhöriga. Det var svårt att förhindra att de som inte fick komma in ändå trängde sig in. Det fanns en rädsla för gängvåld. Eftersom det hela tiden pågick aktivitet på en akutmottagning var det svårt att ha kontroll (Catlette 2005). Från studien i Hong Kong framkom att sjuksköterskorna ansåg att den viktigaste informationen inför triagebeslutet var den information som patienten gav, men det kunde hända att patienten gav felaktig information vilket då kunde leda till att prioritet blev felaktig (Chung 2005).

### **5.2.3. Anhörigas agerande**

Anhöriga kunde vara både till hjälp och till besvär. Ledsagaren till den förståndshandikappade gav ofta stor del av omvårdnaden, medan sjuksköterskan hjälpte ledsagaren. Ledsagaren var alltså till stor hjälp för sjuksköterskan (Sowney & Barr 2006). Men i en irländsk studie framförde sjuksköterskorna att visserligen var



patienterna den främsta källan till olika typer av våld och aggressioner, men när det gällde verbala icke-hotande aggressioner var det främst anhöriga som stod för det (Ryan & Maguire 2006). Sjuksköterskorna ansåg det svårt att se till sin egen säkerhet utan sätta patienterna och de anhöriga först. Familjemedlemmar som var verbalt aggressiva och upprörda skapade då sårbarhet hos sjuksköterskorna (Catlette 2005).

### **5.3. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR GOD OMVÅRDNAD**

#### **5.3.1 Sjuksköterskans egna förberedelser**

I en studie från Nordirland (Sowney & Barr 2006) framförde sjuksköterskor att de inte under sin grundutbildning hade fått lära och träna sig i att hantera patienter med förståndshandikapp. De tyckte även att de haft små möjligheter att få gå någon vidareutbildning för att lära sig klara av dessa situationer. Och ändå tyckte sjuksköterskorna att de förväntades klara av att sköta de akut sjuka förståndshandikappade. De sjuksköterskor som under praktikperioder varit tillsammans med förståndshandikappade var mer säkra i dessa situationer och ansåg sig vara mer kompetenta och kunna kommunicera lättare med denna grupp än de som tidigare inte haft någon erfarenhet av denna grupp. Genom en avsaknad av grundläggande förståelse om förståndshandikappet fick sjuksköterskan svårt att klara sin omvårdnadsroll utan att kommunicera genom den anhörige eller den personlige assistenten som var med patienten för att klara av situationen. Men genom att man pratade genom assistenten på detta sätt blev risken stor att patienten därmed tappade rätten att själv bestämma över sin kropp.

Även i en Kanadensisk studie framfördes att avsaknaden av fortlöpande utbildningar begränsade möjligheten till professionell utveckling (Hawley 1992). Sjuksköterskorna kände att våldssituationer var något som var extra svårt att hantera då de inte hade fått lära sig under utbildningen hur de skulle hantera våld och aggressiva personer. Det var svårt att veta hur man skulle säga till dem som uppträder aggressivt. De hade inte heller fått någon möjlighet att gå någon sådan utbildning genom den akutavdelning som de arbetade på, där man lär sig hantera våldet utifrån en verklig situation (Catlette 2005).

Erfarenhet ansågs vara mycket viktigt för att kunna arbeta som triagesjuksköterska (Cone & Murray 2002). Sjuksköterskorna ansåg i denna studie att man inte skulle börja som ny på en akutmottagning med triagering utan man borde ha arbetat minst ett år innan man började med att göra triagebedömningar. Det var även viktigt med god kommunikationsförmåga, ha förmåga att prioritera, ha tålmod, medkänsla och kunna lyssna. Man behövde även ha breda baskunskaper för att kunna avgöra när man skulle och inte skulle agera och kunna fatta snabba beslut. Angående kommunikationen gällde det att kunna avgöra vilken information som var ovidkommande och att ha förmåga att ställa de rätta frågorna så att man verkligen fick veta det som var viktigt för att kunna göra bedömningen. Det var även viktigt att man hade tillit till övriga arbetskamrater och att man klarade av att diskutera olika uppfattningar med läkare och chefssjuksköterskan. Dessa synpunkter framfördes i en amerikansk undersökning (Cone & Murray 2002), där respondenterna i studien sa att mycket av beslutsfattandet hade med magkänsla att göra och det därför efteråt inte gick att förklara varför beslutet blev korrekt. Vidare framfördes från respondenterna att om man inte kände sig säker och komfortabel med rollen som triagesjuksköterska

borde man inte heller arbeta med detta med tanke på vilket ansvar det var inför patienterna att göra dessa bedömningar. Det har även framförts att uppdaterad medicinsk kunskap är viktigt för att kunna tolka symtom och tecken hos patienten (Chung 2005).

### **5.3.2. Stöd från arbetskamrater och närmaste chef**

I studien från Storbritannien framförde sjuksköterskorna att för mycket att göra och relationen med andra i personalgruppen var frekventa källor till irritation och stress. I denna studie kom relationen till kolleger på andra plats som källa till stress (Helps 1997). Rollkonflikter och kommunikationsproblem var något som skapade stress. Läkarbrist, oerfarna läkare, svårigheter att få tag i läkarna eller kommunicera med dem och läkare som inte vill ta råd av erfarna akutsjuksköterskor var faktorer som skapade stress hos sjuksköterskorna (Hawley 1992). I undersökningen från USA framfördes att det var viktigt att få stöd från kolleger och ledning och få en konstruktiv feedback i en trygg atmosfär (Cone & Murray 2002). I en annan undersökning upplevde medarbetarna också att de kunde fungera som stöd åt varandra. De tyckte att det var viktigt att prata med kolleger för att undvika negativa kontakter och för att förhindra våldincidenter. De upplevde också att man måste kunna ha distans till arbetet och se med humor på svåra situationer. På fritiden ville de kunna ventilera och dela upplevelser med sina arbetskamrater. Respondenterna var medvetna om att det förekom våldssituationer men de pratade sällan om det. De uttryckte att de var tacksamma för att inget allvarligt hade hänt men de var medvetna om att säkerheten inte var tillräcklig för att förhindra att något hände i framtiden. De kände otrygghet i detta avseende (Catlette 2005).

Sjuksköterskor uppgav att de mött ifrågasättande från kollegor och läkare när de fattat sina triagebeslut vilket varit frustrerande. De sjuksköterskor som varit oerfarna med att fatta triagebeslut tappade förtroendet för sin egen beslutsförmåga på grund av att de blivit ifrågasatta. Men de sjuksköterskor som hade mer erfarenhet hade ett större självförtroende och var säkrare i sina beslut. När en patient var i gränslandet mellan två nivåer och väntetiden såg ut att bli längre än vad den först var kunde man gradera upp patienten för att minska dennes väntetid (Chung 2005). Även om patienterna var den främsta aggressionskällan så upplevde sjuksköterskorna att även medarbetare i den egna personalgruppen, särskilt de med lång tjänstgöringstid, kunde uppträda aggressivt mot sina kolleger. Det handlade i första hand om verbal aggression (Ryan & Maguire 2006).

### **5.3.3. Stöd från organisationen**

Studien från Nordirland (Sowney & Barr 2006) visade också att sjuksköterskorna kände sig sårbara för kritik då de behandlade förståndshandikappade. Sjuksköterskorna uttryckte en rädsla för att de skulle behandla de förståndshandikappade annorlunda och därmed bli kritiserade på grund av att de såg annorlunda på de förståndshandikappade. Personalen på akutmottagningen tyckte inte att de fick sjukhusledningens stöd efter en stressig situation. De framförde också en avsaknad av att få möjlighet att delta i debriefing (Ross-Adjie et al. 2007).

Hög arbetsbelastning och samtidig brist på sjuksköterskor var något som skapade stress. Även det att man som sjuksköterska tvingades göra uppgifter som egentligen inte var sjuksköterskeuppgifter på grund av att ingen annan gjorde dem skapade

också stress. Det var ett problem att det var brist på sängplatser på de olika avdelningarna som patienterna skulle vidare till, så patienterna tvingades vara kvar på akuten i väntan på att en säng skulle bli ledig (Hawley 1992). Undersökningen från Storbritannien visade att den vanligaste källan till stress upplevdes vara för låg bemanning. En tredjedel av sjuksköterskorna uppgav att de upplevde känslomässig utmattning och en känsla av otillräcklighet, de tyckte inte att de lyckades prestera tillräckligt. Man pekade på ett antal arbetsmiljöbrister som behövde åtgärdas: låg personaltäthet och felaktig sammansättning av olika kompetenser, avsaknad av professionell debriefing, stresshantering och brist på stöd från seniora medarbetare som kan stödja yngre genom att de uppmärksammade deras stress (Helps 1997). En stor andel av sköterskorna upplevde arbetet så stressigt att arbetsituationen påverkat deras hälsa negativt. Ca en tredjedel av respondenterna, oberoende av befattningsnivå, kön och tjänstetid, visade symptom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Helps 1997).

Säkerhetsåtgärderna ansågs vara otillräckliga, ej tillförlitliga vad gällde att identifiera vapen och det fanns en avsaknad av polisbevakning. Det fanns en tacksamhet för att det inte hänt något ännu, men sjuksköterskorna menade att ledningen inte tog problemet på allvar utan de trodde att först måste något allvarligt inträffa innan det skulle bli någon ändring (Catlette 2005). Sjuksköterskor på en akutmottagning upplevde risken för våld som större än vad sjuksköterskor på en medicin avdelning eller en intensivvårdsavdelning gjorde trots att det faktiska antalet rapporterade incidenter inte var fler på akuten gentemot de andra avdelningarna (Landy 2005).

Det ansågs vara viktigt att ha uppställda kriterier när man skulle göra triagebedömningar, att det fanns en mall som man kunde använda sig av när man skulle fatta beslut (Cone & Murray 2002). De riktlinjer som fanns för triagebesluten sågs mest som referenspunkter och triagebesluten baserades även på subjektiva data, sjuksköterskan kände när något inte var bra med patienten. De menade att riktlinjerna inte passade in på alla situationer och den information som riktlinjerna gav var svår att passa in på den verkliga situationen vilket gjorde det svårt att följa riktlinjerna. Därför var det mest de oerfarna som följde riktlinjerna (Chung 2005).

#### **5.3.4. Lokal och utrustning**

I några studier framkom kritiska synpunkter på lokalen för akutmottagningen. I den Kanadensiska studien framfördes att det var brist på hjälpmedel och utrustning och rumslösningen på avdelningen var bristfällig (Hawley 1992). Den brittiska studien visar att sjuksköterskorna ofta blev irriterade på grund miljömässiga orsaker så som till exempel temperatur och belysning (Helps 1997). I en annan studie upplevde sjuksköterskorna genomgående att det var otillräcklig säkerhet och att det var för lätt att komma in med vapen. Sjuksköterskorna menade att de blev ansvariga för övervakningen vilket blev en extra börda till de redan ansträngda sjuksköterskorna. De var även överens om att det behövdes vakter som skötte bevakningen för att skapa en känsla av säkerhet (Catlette 2005).

## **6. DISKUSSION**

### **6.1. METODDISKUSSION**

#### **6.1.1. Arbetets gång**

Sökningarna i den första omgången visade att det finns ett forskningsområde som handlade om specialistkompetenta akutsjuksköterskors roll i länder där denna specialitet nyligen inrättats. Dessa artiklar tar endast marginellt upp sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av sitt arbete. Det var ofta utbildare och andra personalgrupper som uttalade sig om sjuksköterskorna i den nya rollen. Två andra relativt stora områden handlade om stress respektive våld och aggressioner, men de var mer generellt hållna och uttalade sig i första hand inte om förhållandena på akutmottagningar. Det var först i andra sökomgången då jag använde sökorden emergency, workplace, perception, nursing, attitudes som jag fick resultat som beskrev vad sjuksköterskor upplevde av stress, våld och aggression i sitt arbete på akuten. I denna omgång kom det även fram artiklar som visade på triagesjuksköterskors uppfattningar om sitt arbete. Det sökningarna visade var att det fanns ett mycket begränsat antal artiklar som klarade både kravet på att det skulle vara sjuksköterskor själva som skulle uttala sig om sina erfarenheter och att de samtidigt skulle arbeta på en akutmottagning. Detta gjorde att jag inte strikt kunde hålla mig till en tio års begränsning utan jag har också tagit med tre relevanta artiklar från 90-talet, äldre än tio år. De tio artiklarna var publicerade från 1992 till 2007, varav 6 stycken var nyare än 5 år. De artiklar jag fick fram var enbart från engelskspråkiga områden och alltså inte en enda från Skandinavien. Helhetsintrycket är att den forskningsfråga jag ställt inte är särskilt väl belyst och att det verkar saknas internationellt publicerad kunskap om hur akutsjuksköterskor i Skandinavien upplever sitt arbete.

#### **6.1.2. Artikelbeskrivningar**

För två av de kvalitativa artiklarna användes fokusgrupper som huvudsaklig datainsamlingsmetod; den från Nordirland (Sowney & Barr 2006) och en från USA (Cone & Murray 2002). För de övriga tre kvalitativa artiklarna användes intervjuer; den från Hong Kong (Chung 2005), en av dem från Storbritannien (Byrne & Heyman 1997) och en av dem från USA (Catlette 2005). För samtliga kvalitativa artiklar användes bandinspelning, transkribering och en induktiv metod för att analysera texterna. I samtliga studier har också resultaten och dess trovärdighet diskuterats, liksom studiernas brister. Resultaten har även klinisk relevans då de pekar på konkreta behov av åtgärder och ibland också vilka åtgärder som bör vidtas. Detta är studiernas starka sidor. Däremot diskuteras inte i artiklarna vilka sjuksköterskor som ingår i populationen eller vilka förutsättningar som gäller för populationens arbete. Detta försämrar möjligheterna att överföra resultaten från studierna till andra miljöer. Därutöver är urvalsmetoden av sjuksköterskor i flera studier inte heller diskuterad eller så har ett s.k. bekvämlighetsurval använts. Det kan innebära att inte alla åsikter är representerade i urvalet och att det inte är möjligt att säga att det inte finns några fler mönster av uppfattningar i populationen än vad som framkommit i studien. Detta är studiernas svagaste sidor.

Av de fem kvantitativa artiklarna kommer en från Australien (Ross-Adjie et al. 2007), en från Kanada (Hawley 1992), en från Irland (Ryan & Maguire 2006) och två från Storbritannien (Landy 2005) och (Helps 1997). Alla dessa artiklar är beskrivande och har använt enkäter som enda eller främsta mätmetod. De har också alla använt sig av beräkningar av frekvens, medelvärde och standardavvikelse som statistiska metoder. I två av studierna analyseras samband mellan bakgrundsvariabler och upplevelse av stressvariabler (Ross-Adjie m.fl. 2007) respektive upplevelse av våld/aggression (Ryan & Maguire 2006) där signifikanta skillnader konstaterades. I den första påvisades skillnader mellan upplevelser av stress beroende på antal år i tjänst och i den andra en skillnad mellan mäns och kvinnors upplevelser av våld/aggression. I en tredje studie upptäcktes signifikanta skillnader mellan upplevelsen av stress i tre jämförda vårdmiljöer, varav en var en akutmottagning (Landy 2005). Mönstret för de kvantitativa artiklarna liknar det för de kvalitativa. Frågeställningarna är tydligt beskrivna, i flera fall används validerade enkäter, metodens för- och nackdelar diskuteras och resultaten har klinisk relevans. Men population och urvalsmetod av enheter är inte beskriven, bortfallsanalyser görs inte och urvalet är inte gjort så att det är representativt, utom då det i något fall var en totalundersökning.

En likhet till mellan de kvalitativa och de kvantitativa studierna är att de inte har ett utvecklat teoretiskt perspektiv eller någon annan teoretisk referensram än tidigare empiriska forskningsresultat. Studierna blir på det sättet inte teoriutvecklande.

Artiklarna ger rika beskrivningar av hur det förhåller sig där studien görs. Men beskrivningarna har begränsad överförbarhet på grund av nämnda svagheter med avsaknad av beskrivningar av population, urvalsmetoder och att urvalen kan vara icke-representativa. De leder inte heller till teorier som skulle kunna användas i andra studier, t ex i Skandinaviska vårdmiljöer.

## **6.2. RESULTATDISKUSSION**

### **6.2.1. Anknytning till teori och andra resultat**

Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskan upplever sitt arbete och förutsättningarna för att kunna ge patienter på akutmottagningar en god omvårdnad. Resultatet kan sammanfattas som att sjuksköterskorna på en akutmottagning upplever arbetet som både stimulerande och svårt. Enligt Helps (1997) är det stimulerande då det ger möjlighet att verkligen kunna göra nytta för patienter med stora behov av en vårdinsats. Och enligt Byrne & Heyman (1997) för att det ger möjlighet att använda sin spetskompetens. Resultatet från denna studie baserat på studier från sex olika länder kan jämföras med resultatet från en studie gjord av Nyström (2003). Hon har studerat hur sjuksköterskor på en stor akutmottagning (50000 besök/år) på ett svenskt sjukhus upplever sin arbetssituation. Bland de viktigaste resultaten är att de intervjuade uppskattade arbetet för att det gav möjlighet att utföra medicinskt kvalificerade arbetsuppgifter och att det var omväxlande. Det är en av de viktigaste likheterna i resultaten att det i båda studierna påvisas att det är medicinskt kvalificerade arbetsuppgifter som lockar och skapar stimulans.

Svårigheterna finns främst i uppgiftens natur. Patienterna befinner sig i en svår situation, i chock, döende. En frågeställning rör vilka situationer som sjuksköterskor

ser som de svåraste för att utföra en god omvårdnadsinsats. Resultatet visar att situationer med våld och aggressioner upplevs som svåra att hantera för sjuksköterskorna. Det kan vara personer som tar sig in på akuten. Sjuksköterskan ser här inte i första hand till sin egen säkerhet utan till de övriga patienterna (Catlette 2005). Som sjuksköterska är man omvårdnadsansvarig för patienterna vilket innebär att sjuksköterskorna känner ett ansvar inför att patienterna inte skall utsättas för någon fara och därmed försöka se till att den våldsamma som kommit in inte orsakar någon skada på patienterna. Det kan också vara patienter som söker för ett somatiskt symptom men som inte heller mår speciellt bra psykiskt och som kommer in alkohol- eller drogpåverkade (Catlette 2005). Problemet här blir att sjuksköterskan måste dels se till att denna patientgrupp inte orsakar skada hos andra patienter samtidigt som denna patientgrupp är svåra att möta i sig själva. Det är verkligen en utmaning för sjuksköterskan att ta sig an denna grupp. Men dessutom kan patienter och deras anhöriga uppvisa ett beteende som gör uppgiften ändå svårare, som att vara aggressiva och t. o. m. våldsamma. (Ryan & Mguire 2006, Catlette 2005) Aggressioner kan orsakas av att patienter och även anhöriga. När den anhörige blir kränkt upplever den ett lidande och blir därmed oförmögen att lida med patienten och känner därmed skuld för att inte kunna hjälpa sin anhörige vilket i sin tur leder till irritation och aggression (Eriksson 1994). Ytterligare en grupp som förknippas med våld är de patienter som har gjort självmordförsök eller är suicidbenägna (Catlette 2005). Den viktigaste skillnaden jämfört med Nyströms (2003) studie är att våldssituationer påtalas som ett mer påtagligt problem i de studerade artiklarna.

I mitt resultat framkommer stressproblem till följd av patienternas akuta situation samt att patienter och anhöriga uppvisar ett aggressivt beteende (Hawley 1992). Upplevelser av att riskera att göra fel i triagearbetet skapar också stress (Chung 2005). Även återkommande patienter kan skapa stress (Hawley 1992). Det kan tolkas som att sjuksköterskorna inte anser att patienten uppfyller kriterier för att få vara där och deras reaktion kan då ses som en fördömlelse som skapar vårdlidande (Eriksson 1994). En ytterligare orsak till stress är när sjuksköterskan får ta på sig och utföra de arbetsuppgifter som ingen annan gör, de blir ansvariga för att allt flyter och blir som en sista utpost (Hawley 1992). Sjuksköterskorna får arbeta under stark tidspress och blir ofta avbrutna i sina omvårdnadsinsatser (Bucknallt & Thomas 1997), vilket kan tänkas leda till att den patient som behandlas inte längre uppfattas som viktigast. Det kan uppfattas som nonchalans och orsaka ett vårdlidande (Eriksson 1994). Men strategin att då och då titta till patienterna (Bucknallt & Thomas 1997) kan däremot bekräfta patienterna och leda till ett minskat vårdlidande.

I Nyströms (2003) studie handlar problemen om relationer till arbetskamrater och brister i stödet från organisationen. I hennes studie kom det fram att det fanns två inriktningar i synen på patienter. En att det var viktigt att se till hela människan och inte bara till symptom och diagnos och den andra att det var mest intressant att utföra det medicinskt inriktade arbetet. Det kan jämföras med mitt resultat där det framkommer att de mer erfarna triagesjuksköterskorna gärna ser utanför de mallar och riktlinjer som finns och gör en mer helhetsbaserad bedömning i sitt triagearbete (Chung 2005). Om man som sjuksköterska bara tittar på objektiva data, t ex blodtryck, puls, andning och inte tar hänsyn till patientens berättelse bekräftas inte patienten, vilket kan leda till att patienten känner sig kränkt. De kan då också uppleva sig ha hamnat i en för låg prioritetsgrupp och därmed inte känna sig tagna på

allvar och inte delaktig i beslutet. Detta kan vara exempel på att patienten upplever maktutövning och utebliven vård vilket skapar ett vårdlidande (Eriksson 1994).

En annan frågeställning rör vilka patientgrupper som upplevs som svårast att möta. Förutom nämnda grupper förknippade med aggression och våld är patienter som är svåra att kommunicera med problematiska. Det framkommer tydligt i resultatet att förståndshandikappade är en grupp som sjuksköterskan upplever som svåra att möta. Kommunikationen är ett stort problem, sjuksköterskan känner sig osäker om patienten förstått det som sagts och en rädsla för att inte förstå det som patienten säger. Om sjuksköterskan för över för mycket av samtalet till den personliga assistenten som är med patienten finns risken att patienten då blir kränkt och patientens autonomi och integritet påverkas och att patienten inte längre tillåts bestämma över sin egen kropp (Sowney & Barr). De rapporterade svårigheterna i kommunikationen med denna patientgrupp visar på svårigheter att leva upp till ett etiskt förhållningssätt. Det blir svårt att förstå patientens livsvärld när man pratar genom en tredje part, som kanske gör egna tolkningar och svarar utan att stämma av det med patienten först. Detta omöjliggör delaktighet för patienten att bestämma över behandlingsinsatserna. Och det är på det sättet som sjuksköterskan visar brist på respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet (SOSFS 2005:105-1 ). Genom detta sätt att kommunicera som skapar en kränkning av patienten bekräftas inte patientens sjukdomslidande. Patienten åsamkas ett vårdlidande och förhindras att lida ut sitt sjukdomslidande. En förklaring till problemet är att det tar extra lång tid att kommunicera med dessa patienter. Men kanske den viktigaste förklaringen är att man upplever en rädsla inför det man inte förstår. För att bli av med osäkerheten krävs att man får praktisk träning under överinseende av en erfaren sjuksköterska i att ge omvårdnad till denna grupp.

En tredje frågeställning rör vad i situationen som försvårar sjuksköterskans omvårdnadsinsats. En situation som sjuksköterskorna ser som besvärlig är bristen på sängplatser på de avdelningar som det är tänkt att patienterna skall skickas till vilket leder till att patienterna tvingas vara kvar på akuten (Hawley 1992). Ur omvårdnadssynpunkt uppfattas det inte som acceptabelt att låta patienterna ligga kvar i korridoren på akuten. Detta att patienterna tvingas ligga kvar och behöva vänta på att få komma vidare kan göra att de känner sig förnedrade och nonchalerade vilket skapar ett vårdlidande. En försvårande faktor är också om atmosfären på akutmottagningen inte är bra, med konflikter inom personalgruppen och avsaknad av kollegialt stöd (Helps 1997, Haweley 1992, Cone & Murray 2002). I Nyströms (2003) studie framförs också att det förekommer konflikter med kollegor och att varje vårdlag hade ett eget förhållningssätt i så hög grad att det var svårt att vikariera i varandras vårdlag. Vilja och förmåga att verka för gott samarbete med övriga personal och att ta till vara andras och egen kompetens är också en del av ett etiskt förhållningssätt (ICN 2007). Det är anmärkningsvärt tydligt både i Nyströms (2003) studie och i de internationella studierna att det finns mycket problem i relationen mellan kollegor.

Andra brister i förutsättningarna som framförs i artiklarna handlar om att sjuksköterskans egna förberedelser är otillräckliga och om att stödet från arbetskamrater och chefer är för dåligt, samt att stödet från organisationen (bemanning, rutiner) är otillräckligt och att lokaler och utrustning inte är

ändamålsenliga (Sowney & Barr 2006, Hawley 1992, Catlette 2005). Sjuksköterskorna i min studie verkar vara mer självkritiska till sina egna förutsättningar och de utbildningar de fått än de i Nyströms studie.

Skillnaderna mellan resultaten från artiklarna och Nyströms (2003) studie skulle kunna ha metodmässiga förklaringar. I Nyströms studie har hon ställt frågan till respondenterna hur de upplever sin arbetsituation. Vilket är samma fråga som jag ställt till artiklarna, men i det grundmaterial som mina artiklar har utgjort har frågan inte ställts på samma sätt till de respondenter som deltagit i dessa studier. I flera studier handlade frågorna om stressorer, förekomsten av våld och aggression, men samtidigt ansåg respondenterna att detta verkligen var viktiga frågor och speglar verkligen problemet som förekom. Detta kan då tyda på att det kan finnas kulturella skillnader på det sättet att på svenska akutmottagningar är problemet med våld och aggression från patienter och anhöriga inte lika stort problem som min studie visar. Brister i förutsättningar som påvisas i min studie avser otillräcklig utbildning för att kunna bemöta alla de olika patientgrupper som kommer till en akutmottagning, till exempel förståndshandikappade (Sowney & Barr 2006). Även avsaknad av utbildning och erfarenhet för att handskas med våldssituationer är en brist i förutsättningarna (Catlette 2005). För triagesjuksköterskan anses erfarenheten av att ha arbetat på en akutmottagning vara viktig. Det är viktigt att ha erfarenhet av många akuta patientfall för att kunna göra korrekta bedömningar och då är även kommunikationsförmågan betydelsefull (Cone & Murray 2002, Chung 2005). Även om detta inte framkommer enligt Nyströms studie kan man anta att detta i stora drag är relevanta krav på sjuksköterskor på akutmottagningar i Sverige. Det innebär att Socialstyrelsens kompetensanvisningar (SOSFS 2005:105-1 ) som rör att sjuksköterskan självständigt ska kunna observera, bedöma, värdera och dokumentera patientens anamnes, status och mål blir särskilt viktiga när det gäller arbete på en akutmottagning. Sådan kompetens kan förvärfvas med arbete på en akutmottagning. När det gäller kommunikationsförmågan sägs i anvisningarna att det är viktigt att vara lyhörd och empatisk vid kommunikationen med patienten och anhöriga så att de förstår den information som lämnas till dem och så att sjuksköterskan förstår patientens behov. Det gäller att få patienten delaktig i behandlingen. Det förefaller som att kommunikationen med patienten är en av de svåraste delarna av omvårdnaden på en akutmottagning. I anvisningarna sägs också att sjuksköterskor ska kunna hantera situationer med hot och våld. I de utländska studierna är det i hög grad relevant för arbete på en akutmottagning, och gäller förmodligen också för svenska akutmottagningar men i något lägre grad. Men det verkar inte som sådan kompetens förvärfvas på arbetsplatsen. För det krävs nog särskilda träningstillfällen för att kunna göra det på ett professionellt sätt.

### **6.2.2. Praktiska implikationer**

Socialstyrelsens allmänna kompetenskrav för legitimerad sjuksköterska stämmer väldigt väl in på de krav som min studie visar att man bör ställa på sjuksköterskor på akutmottagning. Det finns ett tillägg som dock skulle kunna göras i kompetenskraven. Där anges att det är viktigt att vara respektfull, lyhörd och empatisk vid kommunikation med patienter, närstående och *personal*. Men när det gäller att ge stöd då nämns inte *personal*, men min studie visar att på en akutmottagning är det viktigt att vara uppmärksam på stressymtom hos arbetskamrater och kunna ge psykologiskt stöd till varandra i form av till exempel



debriefingsamtal efter påfrestande situationer (Ross-Adjie et al. 2007). De etiska kraven som socialstyrelsen ställer upp skall gälla för all verksamhet även för akut sjuka patienter. Men med tanke på de brister i de organisatoriska förutsättningarna som både min och Nyströms (2003) studie visar på kan det tala för att det inte är helt realistiskt att förvänta sig att akutmottagningar skall leva upp till dessa krav. Förutsättningarna, som tillgänglighet på sängplatser, bemanningens storlek och struktur, lokaler och utrustning med mera, skulle istället behöva vara idealiska. Synpunkten som kommer fram på att sjuksköterskorna inte har tillräcklig utbildning vad gäller att kunna ge omvårdnad till förståndshandikappade patienter föranleder frågor om behov av ändringar och kompletteringar av sjuksköterskeutbildningen. Det finns även andra svåra grupper till exempel asylsökande (Procter 2004), missbrukare och psykiskt instabila som kräver speciella förmågor från sjuksköterskan som kan vara svåra att förvärva enbart genom teoretiska studier. Men däremot skulle det i rollspelets form vara till nytta att träna möten med sådana patientgrupper.

Inom vårdlaget kan det vara bra att diskutera och reflektera över vad som kan skapa vårdlidande och vad man kan göra för att minska detta. Det kan handla om ganska enkla åtgärder för att förbättra patienternas komfort under de långa väntetiderna som till exempel erbjuda patienter och anhöriga kaffe och smörgåsar.

### **6.2.3. Konklusion**

Arbetet på en akutmottagning handlar förutom att lindra sjukdomslidande om att förebygga vårdlidande. Många av de situationer som sjuksköterskorna rapporterat om i artiklarna kan tolkas som att de skapat vårdlidande. Aggressioner från anhöriga, återkommande avbrott i behandlingsinsatser, väntan på vårdplatser, irritation över att samma patienter återkommer, att sjuksköterskan pratar med anhörig istället för patienten och att patientens berättelse inget betyder jämfört med objektiva data vid triageringsbeslut är exempel på detta. Härigenom kan patienterna känna sig kränkta. De får inte sitt sjukdomslidande bekräftat. De förhindras att lida ut och åsamkas ett vårdlidande. För att kunna förebygga vårdlidande krävs det att arbetet sker utifrån ett vårdetiskt förhållningssätt. Det innebär att man sätter patientens upplevelser och situation i fokus. Det är patientens livsvärld som är utgångspunkten och sjuksköterskan skall beakta patienten och anhörigas kunskaper och erfarenheter så att patientens autonomi och integritet bevaras och att patientens värdighet respekteras. För att detta i sin tur skall vara möjligt krävs det goda arbetsförutsättningar, kunskap i omvårdnad, insikt i vad som kan orsaka vårdlidande och ett reflekterande förhållningssätt. Bland de viktigaste förutsättningarna är att skapa en bra arbetsledning.

### **6.2.4. Förslag till fortsatt forskning**

Ett flertal studier är gjorda över hur patienter upplever ett besök på en akutmottagning och studier har gjorts som visar hur förutsättningarna för arbetet påverkar sjuksköterskorna. Det verkar saknas studier som visar hur förutsättningarna påverkar patienternas upplevelser. Studier skulle kunna påvisa vilka förutsättningar som är mest relevanta att förändra för att förbättra patientupplevelsen. Eventuellt är det samma faktorer som mest påverkar sjuksköterskornas upplevelse, men inte nödvändigtvis.

## 7. REFERENSLISTA

- Byrne, G. & Heyman, R. (1997). Understanding nurses' communication with patients in accident & emergency departments using a symbolic interactionist perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 26, 93-100.
- Catlette, M. (2005). A Descriptive Study of the perceptions of Workplace Violence and Safety Strategies of Nurses Working in Level I Trauma Centers. *Journal of Emergency Nursing*. 31(5), 519-525.
- Chung, J. (2005). An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. *Accident and Emergency Nursing*. 13, 206-213.
- Cone, K. & Murray R. (2002). Characteristics, Insights, Decision making, and Preparation of ED Triage Nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 28, 401-406.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*. 22(1), 4-8.
- Eriksson, K. (1993). Lidandets idé. I Eriksson, K. (red). *Möten med lidanden*. Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Edwards, B. (2007). Walking in – Initial visualisation and assessment at triage. *Accident and Emergency Nursing*. 15(2), 73-78.
- Fry, M, Thompson, J & Chan, A. (2003). Patients Regularly Leave Emergency Departments Before Medical Assessment: A study of did not wait patients, medical profile and outcome characteristics. *Australian Emergency Nursing Journal*. 6(2), 21-26.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112.
- Göransson, K. (2006). Registered nurse-led emergency department triage: organisation, allocation of acuity ratings and triage decision making. Örebro universitet, Hälsovetenskapliga institutionen.
- Hawley, MP. (1992). Sources of stress for emergency nurses in four urban Canadian emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*. 18(3), 211-216.
- Hedbäck, S. (2002). Samarbete över gränser på ny typ av akutmottagning i Lund. *Läkartidningen*. 99, 3808.
- Helps, S. (1997). Experiences of stress in Accident and Emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*. 5, 48-53.

- ICN:S etiska kod för sjuksköterskor. (2007). Stockholm, Svensk sjuksköterskeförening.
- Johansson, A. (2009-02-01). Akuten – var god vänta. *Göteborgs – posten*. Söndag 1/2 2009 sid. 8-12.
- Kelleher Keane, A m.fl. (2008). Advanced nurse practitioners: improving patients' journeys. *Emergency nurse*. 16(6), 30-35.
- Landy, H. (2005). Violence and aggression: How Nurses perceive their own and colleagues' risk. *Emergency Nurse*. 13(7), 12-18.
- Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning-om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.
- Procter, N. (2004). Emergency mental health nursing for refugees and asylum seekers. *Australian Nursing Journal*. 12(6), 1-3.
- Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa. (2008). Riktlinjer examensarbete grundnivå (kandidat) 15 högskolepoäng version 080813. Göteborgs universitet Sahlgrenska akademien Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa.
- Ross-Adjie, GM, Leslie, G & Gillman, L. (2007). Occupational stress in the ED: what matters to nurses? *Australasian Emergency Nursing Journal* 10(3), 117-23.
- Ryan, D. & Maguire, J. (2006). Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments? *Journal of Nursing Management*. 14, 106-115.
- Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2005- 105- 1). om kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm, Socialstyrelsen, 2005.
- Sowney, M & Barr, O. (2006). Caring for adults with intellectual disabilities: perceived challenges for nurses in accident and emergency units. *Journal of Advanced Nursing*. 55(1),36-45.
- Säfwenbergs, N. (2008). Akutläkare är på frammarsch i Sverige. *Läkartidningen*. 105(4), 205-206.
- Tellin, C & Johansson, K. (2008). Patientupplevelser av möten på akutmottagning. C-uppsats Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.
- Wennström, I. (2000). ”En afton på akuten” eller ”Gäst hos verkligheten”. *Läkartidningen*. 97(18), 2234-2235.
- Widfeldt, N & Örtenwall, P. (2005). Triage- metod för bästa möjliga omhändertagande på akutmottagningen. *Läkartidningen*. 102(39), 2751-2753.

Widgren, B, Jourak, M & Martinius, A. (2008). Ny träffsäker triagemetod METS-A ger underlag för prioritering till rätt vårdnivå. *Läkartidningen*. 105(4), 201-204.

Öhlén, G. (2008). Akutsjukvården kan få ett uppsving 2008. Ändrade förutsättningar kan ge bättre vård utan ökade kostnader. *Läkartidningen*. 105(4), 194-195.

## ARTIKELÖVERSIKT

## Artikel 1:

Författare: Sowney, M &amp; Barr, O.

Titel: Caring for adults with intellectual disabilities: perceived challenges for nurses in accident and emergency units

Tidskrift: *Journal of Advanced Nursing*. 55(1), 36-45

År: 2006

Land: Storbritannien (Nordirland)

Syfte: Är att undersöka akutsjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad av personer med förståndshandikapp på en akutmottagning.

Metod: Fyra breda frågor ställdes till 27 stycken akutsjuksköterskor grupperade i fem fokusgrupper.

Urval: Sjuksköterskorna valdes från akutmottagningar på 5 allmänna sjukhus på Nordirland 2004. Vid urvalet av sjukhus togs hänsyn till geografisk placering så att minst ett sjukhus per sjukvårdsområde deltog. Sjuksköterskorna sägs ha blivit rekryterade. Tillvägagångssättet för detta nämns inte.

Antal

referenser: 50

## Artikel 2:

Författare: Ross-Adjie, GM, Leslie, G &amp; Gillman, L.

Titel: Occupational stress in the ED: what matters to nurses?

Tidskrift: *Australasian Emergency Nursing Journal*. 10(3), 117-23

År: 2007

Land: Australien

Syfte: Var att klarlägga vilka stressframkallande händelser som akutsjuksköterskor upplever som mest betydelsefulla och om upplevelsen av stress påverkas av om sjuksköterskorna kommer från storstad, regional eller landsbygds sjukhus samt att diskutera nuvarande debriefing metoder efter stressade situationer.

Metod: En enkätundersökning där sjuksköterskor ombads rangordna stressorer som hade identifierats från litteraturen och de ombads också diskutera sina erfarenheter av debriefing i anslutning till stressframkallande situationer på arbetsplatsen.

Urval: 300 sjuksköterskor från akutmottagningar på storstadssjukhus, regionsjukhus och sjukhus på landsbygd inbjöds att delta. Hur de 300 valdes ut kommenteras inte i artikeln. En kvantitativ analys gjordes på de insamlade enkätsvaren. Stressorer rangordnades och medelvärden beräknades. Analyser gjordes av svaren ställt i relation till de svarandes demografiska variabler.

Antal

referenser: 19

Artikel 3:  
Författare: Hawley, MP  
Titel: Sources of stress for emergency nurses in four urban Canadian emergency departments  
Tidskrift: *Journal of Emergency Nursing*. 18(3), 211-6  
År: 1992  
Land: Kanada  
Syfte: Undersökning av vad som orsakar stress hos akutsjuksköterskor och hur stress orsakarna påverkar deras arbetsinsatser.  
Metod: Sjuksköterskor från akutmottagningar fick besvara en enkät. Tretton stressorer var angivna i enkäten som sjuksköterskorna skulle bedöma hur vanliga de upplevde att de var. De gav en siffra från 1 till 7 och medelvärden för stressorerna kunde beräknas. Dessutom angav sjuksköterskorna vilka andra stressorer de tyckte påverkade dem. De fick sedan ange de tre stressorer som var de mest påverkande. Frekvens och medelvärden beräknades även för dessa svar på de öppna frågorna.  
Urval: Ett urval av 69 sjuksköterskor på 4 sjukhus inbjöds att besvara en enkät. Hur urval av sjukhus och deltagare gjorts kommenteras inte.  
Antal referenser: 25

---

Artikel 4:  
Författare: Ryan, D. & Maguire, J.  
Titel: Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments?  
Tidskrift: *Journal of Nursing Management*. 14, 106-115  
År: 2006  
Land: Irland  
Syfte: Var att kartlägga vilka erfarenheter akutsjuksköterskor har av aggression och vålds händelser som de stött på i sitt arbete.  
Metod: En enkät besvarades där kategorier av aggression och våld presenterades. Respondenterna har angett hur många gånger de under den senaste månaden de har stött på de olika typerna av händelser som presenteras. Källorna till aggression och våldshandlingar skulle också anges, om källan var patienter, anhörig eller kollegor och om det var en eller flera källor. Svaren bearbetades med en kvantitativ analysmetod, så att frekvenser beräknades och svaren relaterades till de svarandes demografiska variabler.  
Urval: Enkäten delades ut till alla sjuksköterskor på två akutmottagningar med 40 sjuksköterskor på varje enhet. Totalt svarade 37 tillfrågade. Hur urval av enheter gjorts kommenteras inte.  
Antal referenser: 31

---

Artikel 5:  
Författare: Catlette, M  
Titel: A Descriptive Study of the perceptions of Workplace Violence and Safety Strategies of Nurses Working in Level I Trauma Centers  
Tidskrift: *Journal of Emergency Nursing*. 31(5), 519-25  
År: 2005  
Land: Anges ej men författaren är verksam i USA  
Syfte: Var att studera fenomenet arbetsplatsrelaterat våld så som sjuksköterskor på traumaenheter upplever det.  
Metod: Att intervjua 8 sjuksköterskor på två traumaenheter. som har upplevelser av våld sammanlagt  
Urval: För deltagande krävdes att sjuksköterskorna var legitimerade, att de arbetade på en akutmottagning och att de hade erfarenhet av att blivit utsatt för våld/aggression, inte nödvändigtvis fysiskt våld.  
Antal referenser: 10

---

Artikel 6:  
Författare: Landy, H.  
Titel: Violence and aggression: How Nurses perceive their own and colleagues' risk  
Tidskrift: *Emergency Nurse*. 13(7), 12-18  
År: 2005  
Land: Storbritannien (ej nämnt i artikeln men Landy är verksam i London)  
Syfte: Att jämföra i vilken utsträckning våld och aggression förekommer i tre olika vårdmiljöer; akutenhet, intensivvårdsenhet och medicinavdelning och jämföra upplevelsen av hur mycket våld som förekommer i de tre vårdmiljöerna.  
Metod: Att skicka ut en enkät till sammanlagt 85 sjuksköterskor. De skulle rapportera om händelser från de senaste 12 månaderna och hur de upplevt dessa..  
Urval: Både legitimerade sjuksköterskor och undersköterskor deltog. Ett s.k bekvämlighetsurval gjordes, alltså inte slumpmässigt urval. De som man får tag på och som vill delta får en enkät att besvara. Enkäter delades ut på de tre utvalda vårdenheterna. Urvalet av enheter kommenteras inte.  
Antal referenser: 14

---

Artikel 7:  
Författare: Cone, K. & Murray R.,  
Titel: Characteristics, Insights, Decision making, and Preparation of ED Triage Nurses  
Tidskrift: *Journal of Emergency Nursing*. 28, 401-6  
År: 2002  
Land: USA  
Syfte: Syftet var att beskriva vad som karaktäriserar akutsjuksköterskor och vilka insikter som är viktiga vid beslutsfattandet vid triagering utifrån akutsjuksköterskor uppfattning.  
Metod: En kvalitativ, deskriptiv studie gjordes utifrån diskussioner i fokusgrupper. Vid mötena med fokusgrupperna ställdes 6 frågor. Diskussionerna spelades in och banden transkriberades. För varje fråga utkristalliserades svaren efter flera olika teman.  
Urval: Två akutmottagningar kontaktades. Med ledningens godkännande skickades ett inbjudningmaterial ut på avdelningarna. Först återkom 16 preliminärt intresserade med frågor om upplägget, varav 10 till slut valde att delta. Ett krav var att de skulle ha arbetat på en akutmottagning minst 5 år och tala engelska flytande. Två fokusgrupper bildades med dessa 10 deltagare. Inga kommentarer om valet av akutmottagningar.

Antal  
referenser: 23

---

Artikel 8:  
Författare: Chung, J.  
Titel: An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong  
Tidskrift: *Accident and Emergency Nursing*. 13, 206-213  
År: 2005  
Land: Kina (Hong Kong)  
Syfte: Undersöka akutsjuksköterskors erfarenheter av beslutsfattande vid triagering och hur miljön vid triagering påverkar beslutsfattandet.  
Metod: En kvalitativ, deskriptiv ansats har använts med öppna, ostrukturerade intervjuer. De intervjuade har fått berätta sina historier. Intervjuerna bandades, transkriberades och avsnitt i de utskrivna texterna kodades och grupperades i kategorier. Resultatet i artikeln redovisas i tre huvudteman med flera underteman i varje.  
Urval: 7 erfarna akutmottagningssjuksköterskor har intervjuats. Urvalsprincipen var strategisk så att sjuksköterskor med stor erfarenhet av triagering valdes. Antalet bestämdes utifrån att när en ny intervju inte ger någon tillkommande ny information är antalet tillräckligt.

Antal  
referenser: 52

---



Artikel 9:  
Författare: Helps, S.  
Titel: Experiences of stress in Accident and Emergency nurses  
Tidskrift: *Accident and Emergency Nursing*. 5, 48-53  
År: 1997  
Land: Storbritannien (sägs inte men författaren är verksam där)  
Syfte: Klarlägga på vilket sätt arbetet som akutsjuksköterska är stressigt och vad som kan göras för att reducera stressnivån, så som akutsjuksköterskor upplever det.  
Metod: Flera metoder har använts. Både semistrukturerade intervjuer och flera olika typer av enkäter. Frekvenser och medelvärden från enkätsvaren har beräknats och redovisas i artikeln.  
Urval: En akutmottagning har kontaktats och samtliga anställda sköterskor (legitimerade och inte legitimerade) där inbjöds att delta. 51 av 57 valde att delta. Valet av akutmottagning har inte kommenterats.  
Antal referenser: 30

---

Artikel 10:  
Författare: Byrne, G. & Heyman, R.  
Titel: Understanding nurses' communication with patients in accident & emergency departments using a symbolic interactionist perspective  
Tidskrift: *Journal of Advanced Nursing*. 26, 93-100  
År: 1997  
Land: Storbritannien  
Syfte: Syftet var att undersöka hur akutsjuksköterskor upplever av sitt arbete och av patienter och dessa upplevelser påverkar deras arbetssätt, samt sjuksköterskornas bild av sin roll när de ägnade sig åt patienternas oro.  
Metod: Djupintervjuer med 21 sjuksköterskor. En induktiv metod för att analysera materialet. (Dessutom intervjuer med patienter för att identifiera källor till deras oro och observationer. Men i denna artikel redovisas enbart resultatet av djupintervjuerna med sjuksköterskorna)  
Urval: Två akutmottagningar inom sjukvårdsorganisation. Ingen kommentar om val av akutmottagningar.  
Antal referenser: 34

---