



Sahlgrenska akademien

VID GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Att inte vara synlig

– patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande på en
akutmottagning

FÖRFATTARE	Sandra Melin Marie Ordéus
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete VT 2009
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Annika Janson Fagring
EXAMINATOR	Helle Wijk

Titel:	Att inte vara synlig – patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande på en akutmottagning.
Title:	Not seen – patient experience of the nurse encounter at a Emergency Department.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN11
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Sandra Melin Marie Ordéus
Handledare:	Annika Janson Fagring
Examinator:	Helle Wijk

SAMMANFATTNING

Antalet anmälningar om dåligt bemötande inom den svenska hälso- och sjukvården är konstant högt. Patientnämnderna, vilka mottar dessa klagomål, lämnar årligen en rapport till socialstyrelsen. De rapporter som socialstyrelsen har fått in visar tecken på att anmälningarna på senare tid också ökar. Att som patient få ett dåligt bemötande kan påverka deras upplevelse av och syn på vården. Syftet med den här studien var att undersöka patientens upplevelse av det bemötande han får av sjuksköterskan på en akutmottagning. En systematisk litteraturstudie genomfördes, där tio artiklar valdes ut och granskades. Med hjälp av resultatet kunde ett förslag utformas, som syftar till att vägleda och ge stöd åt sjuksköterskan i mötet med patienten. Det framgick av arbetet att patienterna inte kände sig synliga för sjuksköterskan. Därutöver var det tydligt att patienterna kände sig objektifierade samt att de inte var delaktiga i vården. De tydligaste skillnaderna i upplevelser var de mellan traumapatienter och icke akuta patienter. Traumapatienternas upplevelse av bemötandet var positivt i den akuta fasen, men då deras tillstånd stabiliserades var de inte lika nöjda med bemötandet. Det bristfälliga bemötandet kan vara en följd av alltför rutinmässiga arbetsmetoder, underbemanning samt den makt sjuksköterskan medvetet eller omedvetet utövade gentemot patienten.

Nyckelord: Bemötande, akutmottagning, patientupplevelse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Inledning	1
BAKGRUND	1
Bemötande	2
<i>Kommunikation</i>	2
<i>Bekräftelse</i>	2
<i>Trygghet</i>	3
<i>Värdighet och delaktighet</i>	3
<i>Empati</i>	3
Akutmottagning	4
<i>Verksamheten på akutmottagningen</i>	4
<i>Det första mötet</i>	4
<i>Triage</i>	4
<i>Akut sjukdom</i>	5
<i>Traumapatienter</i>	5
Ida Jean Orlando	5
SYFTE	6
METOD	7
Datainsamling	7
Dataanalys	7
RESULTAT	8
Patientens upplevelse av bemötandet från sjuksköterskan	8
<i>Att inte vara synlig</i>	8
<i>Att ses som ett objekt</i>	10
<i>Att inte få behoven tillgodosedda</i>	10
<i>Att vara delaktig</i>	10
<i>Att uppleva sjuksköterskans tidsbrist</i>	11
Skillnader i upplevelsen av bemötande	12
<i>Patienternas ålder</i>	12
<i>Icke akuta patienter</i>	12
<i>Traumapatienter</i>	12
Konsekvenser bemötandet får för patientens upplevelse	13
<i>Att inte vara synlig</i>	13
<i>Att inte vara delaktig</i>	13
<i>Att ha tidigare erfarenheter ger lägre förväntningar</i>	14
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Slutsats	18
Kliniska implikationer och framtiden	19
LITTERATURREFERENSER	20

BILAGOR

1. Triage
2. Förslag på hur sjuksköterskan bör bemöta patienter på en akutmottagning
3. Artikelpresentation

INTRODUKTION

Inledning

Antalet anmälningar som görs av patienter angående dåligt bemötande inom hälso- och sjukvården ökar varje år i Sverige (1, 2, 3, 4). Under 2008 inkom omkring 700 klagomål gällande dåligt bemötande bara i Västra Götalandsregionen (5). Var femte patient som lämnade in en anmälan inom Skåne-regionen var missnöjda med bemötandet samt kommunikationen med sjukvårdspersonalen (6). Konsekvensen av de allt fler anmälningar som görs mot hälso- och sjukvården har lett till att det bildats patientnämnder för varje landsting. Detta skedde i samband med att lagen om patientnämndsverksamhet trädde i kraft år 1999 (7). Patientnämnderna har bland annat till uppgift att hjälpa och vägleda patienter som antingen vill lämna klagomål eller ta kontakt med andra myndigheter. I slutändan ska nämndernas arbete leda fram till att säkerställa kvaliteten på vården (7). Att så många klagomål rörande dåligt bemötande görs runt om i landet är ett problem och vi anser att det är av största vikt att sjukvården tar sitt ansvar för att förbättra situationen.

Vårt intresse för det här problemområdet väcktes när vi själva i egenskap av närstående besökt akutmottagningar vid flertalet tillfällen och uppmärksammat brister i sjuksköterskans bemötande av patienter och närstående. Vi valde att koncentrera oss på de patienter som söker till akutmottagningar i Sverige, eftersom vi också har erfarenheter av att arbeta på akutmottagningar. Denna uppsats är tänkt att vara en påminnelse för sjuksköterskan om vikten av att ge ett gott bemötande till patienten.

BAKGRUND

I uppsatsen kommer sjuksköterskan att benämnas som hon och patienten som han.

I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (8) finns mål framtagna för vad en sjuksköterska ska kunna och ansvara för i sitt dagliga arbete. Dessa mål har sin grund i ett etiskt förhållningssätt, samt skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Kompetensbeskrivningen (8) innefattar en rad olika områden som syftar till att främja patientens hälsa och att motverka sjukdom. Det finns klara direktiv för hur en sjuksköterska ska ge ett gott bemötande till patienterna och deras närstående:

”Ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. I dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling”.
(8, s.11)

Viktiga områden som tas upp är till exempel att sjuksköterskan skall identifiera och tillgodose patientens olika omvårdnadsbehov, såväl fysiska som psykiska (8). Enligt Socialtjänstlagen, SOL, (9) skall bemötandet av patienter i vården bygga på respekt för människans integritet samt autonomi. I Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (10) står beskrivet att sjuksköterskan ska respektera varje enskild individ utifrån alla människors lika värde samt deras värdighet.

Bemötande

Inom vården möter samt bemöter sjuksköterskan patienter och närstående dagligen som befinner sig i krissituationer eller på annat sätt upplever rädsla och oro. Avgörande i dessa situationer är vilket bemötande patienterna samt närstående får, då bemötande och kvalitet ofta förknippas med varandra (11).

Bemötande kan beskrivas som hur samtal förs mellan olika parter. Ett gott bemötande innebär att visa respekt för varandra (11). Synonymer till ordet bemöta är möta, ta emot, uppträda mot, behandla, bete sig mot, uppföra sig mot (12). Det finns flera olika aspekter som är viktiga för hur mötet blir, till exempel kan signaler vi sänder ut via vårt kroppsspråk ha en avgörande roll. Att bemöta patienten på ett värdigt och respektfullt sätt kan vara att sjuksköterskan bland annat presenterar sig med både namn och yrkestitel. Hur bemötandet uppfattas av patienten och närstående kan bero på vilken attityd sjuksköterskan har till patienten. En annan påverkande faktor är sjuksköterskans människosyn samt de eventuella fördomar och förutfattade meningar hon har om patienten (11). Ytterligare en faktor som påverkar bemötandet inom vården är om sjuksköterskan står eller sitter i förhållande till patienten. I en studie framkom det att patienterna upplevde att de fick längre tid med sjuksköterskan när hon satt ner under mötet (13). I det goda bemötandet ingår flera omvårdnadsbegrepp, däribland kommunikation, bekräftelse, trygghet, värdighet, delaktighet och empati (11).

Kommunikation

Alla möten innehåller någon form av kommunikation, denna kan vara verbal eller ickeverbal. Gemensamt för all typ av kommunikation är att överföring av information sker och det är genom kommunikation människor skapar en relation. Kommunikation kan vara ett samtal mellan två eller flera personer eller en envägskommunikation där syftet är att förmedla information (11). Kännetecknande för ett samtal är att varje deltagare har med sig sina erfarenheter, vilka används för att tolka den kommunikation som äger rum. Gemensamt för alla samtal är att det finns förväntningar samt en avsikt med samtalet. Samtidigt som det verbala samtalet pågår mellan deltagarna sker också en inre reflektion inom varje individ (14).

Inom vården har kommunikationen en lärande funktion i form av patientundervisning samt ett informativt ändamål. Ickeverbal kommunikation i vården syftar framförallt till att förmedla trygghet hos den enskilda patienten och bekräfta honom i hans situation (11).

Bekräftelse

Patienter som söker vård befinner sig i en utsatt situation och är i behov av både fysiskt och psykiskt omhändertagande. Patienten kan visa upp ett behärskat yttre skal för sjuksköterskan men inte sällan rör sig känslor av rädsla, sorg och otrygghet inombords (11). Genom att bekräfta patienten underlättar sjuksköterskan hans obehagskänslor. Bekräftelse kan visas i samtal genom att personer visar ett äkta intresse för det som den andra personen berättar. Bekräftelse kan också visas genom att ställa motfrågor, nicka, beröra eller upprepa det den andra personen just berättat. Även användandet av ljud som ”hmm” bekräftar vad motparten berättar.

Det är viktigt att som sjuksköterska kunna fokusera på patienten och inte tänka på framtida frågor som skall ställas. Genom att bekräfta patienten främjar sjuksköterskan en känsla av trygghet hos den enskilde individen (15).

Trygghet

Ordet trygghet kan definieras som säkerhet, oräddhet och självförtroende (12). Förmågan att uppleva trygghet skapas redan i tidiga år, när det lilla barnet knyter an till föräldrarna. De barn som har upplevt en trygg relation under uppväxten har lättare att känna trygghet i relationer senare i livet (11).

Att plötsligt drabbas av en allvarlig sjukdom och tvingas vara patient, kan leda till otrygghet. För personer som söker vård, framförallt äldre, finns ett stort behov av att känna trygghet, vilket kan påverka deras sätt att förhålla sig till vården samt vårdpersonalen. Ibland kan dessa patienters önskan om att uppnå trygghet vara så stark att det ställer orimliga krav samt förväntningar på vårdpersonalen (16).

Trygghet kan skapas genom att uttrycka positiva samt uppmuntrande ord och fraser till en människa. Att ge kontinuerlig information om vad som pågår, i exempelvis en vårdssituation ökar upplevelsen av trygghet (11).

Värdighet och delaktighet

Värdighet är en subjektiv och personlig känsla som skapas genom att individen känner sig delaktig, trygg och bekräftad (17). Att bibehålla den personliga värdigheten är något som alla människor strävar efter. Det är inom vården viktigt att patienten känner att han är i fokus för att han ska uppleva värdighet. Utanförskap, underläge samt oro är känslor som motverkar en persons upplevelse av värdighet (17). Exempelvis kan utanförskap upplevas genom att patienten känner att personalen undanhåller eller inte ger information alls. Patienterna kan känna sig underlägsna då de har svårt att uttrycka sig eller inte känner sig betrodda av vårdpersonalen. Sjuksköterskan har ett ansvar att göra patienten delaktig i vården genom att öka patientens kunskap om sin situation. Att få information om behandling och eventuella framtida vårdbehov är viktigt för att patienten skall känna sig delaktig. Delaktighet kan också skapas genom att sjuksköterskan låter patienten vara med och resonera om hur fortsatt behandling ska utformas (17).

Empati

Ordet kommer från grekiskans *empathia* som betyder inkännande, där ”en” står för in och ”patos” för känsla eller lidande (18). Det handlar om att förstå samt sätta sig in i hur en annan människa upplever sin tillvaro. Empati kan även innebära att vara hjälpsam och uttrycka medkänsla för en annan individ. Analyser av begreppet empati har resulterat i flera indelningar av ordet, bland annat en känslomässig samt en intellektuell del (18). Den känslomässiga delen handlar om att omedvetet förstå hur en annan människa känner sig, till skillnad från den intellektuella delen. Den senare handlar snarare om att på ett medvetet tankemässigt plan få en bild av hur en människa upplever sin tillvaro. Den empatiska förståelsen skapas genom en interaktion mellan dessa två delar, vilket gör att sjuksköterskan kan få en djupare förståelse för patientens livsvärld. Förmågan att känna in och förstå hur en patient upplever sin situation är en av flera hörnstenar i sjuksköterskans profession (18).

Akutmottagning

Verksamheten på akutmottagningen

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (10) skall vård ges företräde till den som har störst behov av hälso- och sjukvård. Akutmottagningens verksamhet grundar sig på innehållet i denna lag. De patienter som söker sig till en akutmottagning har mer eller mindre akuta symtom ur vårdgivarens perspektiv men patienten anser oftast tillståndet som akut (19).

Akutmottagningar indelas i somatiska och psykiatriska, där den somatiska akutmottagningen vanligtvis är uppdelad tre olika delar: medicin, kirurgi samt ortopedi (19). I de flesta landsting i Sverige är akutsjukvården uppdelad i en vuxen- samt en barnmottagning, där barn definieras som personer under 16 år (19). På en akutmottagning arbetar flera olika yrkeskategorier däribland läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare. Vissa sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården har också vidareutbildat sig inom till exempel anestesi, akutsjukvård, prehospital vård och intensivvård (19).

Det första mötet

Det första mötet som patienten har med vårdpersonal sker ofta på en akutmottagning. När mötet uppfattas som negativt kan det ta lång tid för patienten att bygga upp ett förtroende för vårdpersonalen. Omedvetna reaktioner och intryck kan vara avgörande för huruvida patienten kommer att uppleva mötet som positivt eller negativt (11). Det finns flera faktorer som styr hur vi uppfattar varandra, till exempel är kroppsspråket en sådan faktor. Det är viktigt att skapa ögonkontakt då detta kan uppfattas som att det finns intresse för vad den andra kommer att berätta. Även hur personerna står i förhållande till varandra kan påverka hur mötet uppfattas. När ett möte sker i sittande position uppfattas tillbakalutad ställning som oengagemang samt ointresse för den andra parten, medan en framåtlutad hållning, ger motsatta signaler (20).

En ytterligare faktor som kan påverka hur människan uppfattar det första mötet är de erfarenheter personen har med sig från tidigare möten (11). Vid ett första möte inom vården är det svårt att uppskatta hur mycket tid som kommer att behövas. När personalen lider av tidsbrist och upplever stress kan detta leda till ett hastigt och ofullständigt möte (21).

Triage

Patienter kommer antingen in via receptionen eller med ambulans till akutmottagningen. Oavsett hur patienterna anländer dit kommer de att bli bedömda utifrån sina symtom och kliniska tecken. Denna bedömning kallas triagering, det vill säga att prioritera vilken patient som är i störst behov av vård (19). De som utför triageringen på akutmottagningen är framförallt sjuksköterskor och det varierar vilka krav på yrkeserfarenhet som ställs på dem. Vissa mottagningar kräver att sjuksköterskan skall ha vidareutbildning inom akutsjukvård samt minst ett års anställning på arbetsplatsen (22, 23). Det finns flera olika skalor för att utföra triage (se bilaga 1). Skalorna tillsammans med kontroll av patientens vitalparametrar ger information om hur akut patientens tillstånd är. I praktiken skall också triagebedömningen uppdateras kontinuerligt utifrån patientens tillstånd.

I samband med triagebedömningen eller efter att patienten träffat en triagesjuksköterska tas kontroller som EKG, vitalparametrar och laboratorieprover för att ge ytterligare kunskap om patientens hälsotillstånd (22).

Akut sjukdom

En akut sjukdom är ett direkt eller indirekt livshotande tillstånd som kräver snabbt omhändertagande (19). Det akuta tillståndet kan vara av kirurgisk, medicinsk eller ortopedisk karaktär. Inom de olika kliniskindelningarna finns en rad olika exempel på sådana sjukdomar, vilka klassas som akuta. Aortaaneurysm, buksmärtor samt njursten är några exempel på akuta sjukdomar inom den kirurgiska gruppen. Inom medicin är de akuta tillstånden bland annat diabetes, bröstsmärta och andnöd. Frakturer i bland annat nacken och höften samt axelluxation är exempel på skador inom den ortopediska inriktningen som innebär mer eller mindre akuta tillstånd (19).

Traumapatienter

Ett trauma innebär en skada orsakad av högenervåld, exempel på sådana skador är trafikolyckor, brännskador eller fall från hög höjd (19). Ett viktigt begrepp inom traumavården är *den gyllene timmen*, vilket innebär att patienten ska få vård inom en timme efter det att traumat har inträffat (19). Omhändertagandet av patienten vid akutmottagningen ska vara snabbt samt effektivt och fokuserar på att ta hand om livshotande skador. Personalens handlingar utgår ifrån ABCDE-regeln (19). Där de olika bokstäverna kontrolleras i ordning och står för:

- A – Airway. Kontroll av andningsvägar samt undersökning av nacke och rygg.
- B – Breathing. Kontroll av hur patienten andas.
- C – Circulation. Kontroll av blodcirkulationen, exempelvis genom puls och blodtryck.
- D – Disability. Kontroll av hjärnfunktion och nervpåverkan.
- E – Exposure and environment. Helkroppundersökning.

De skadade patienterna tas omhand på akutmottagningen av ett traumateam och omhändertagandet görs i ett särskilt akutrum som innehåller all nödvändig utrustning som kan komma att behövas för att behandla livshotande skador (19). Vanligtvis består teamet av narkosläkare, narkossjuksköterska, två kirurger där en av dem är traumaledare, två akutsjuksköterskor, en ortoped samt en akutundersköterska. Beroende på skadornas karaktär kan ytterligare specialistläkare/sjuksköterskor komma att ingå i traumateamet. Alla som ingår i teamet har särskilda uppgifter och platser i akutrummet (19).

Ida Jean Orlando

Ida Jean Orlando (24) utformade på 1950-talet en omvårdnadsteori som baserades på observationer hon utfört mellan sjuksköterskor och patienter. Teorin fokuserar på vad som sker mellan sjuksköterskan och patienten med syftet att sjuksköterskan ska få större förståelse för patientens situation och tillgodose hans akuta behov (24).

För att utveckla sin omvårdnadsteori har Orlando gjort ett antal antaganden om omvårdnad, sjuksköterskan samt patienten (24). Enligt Orlando är syftet med omvårdnad att ge patienten den vård han behöver för att tillgodose hans behov. Vidare menar Orlando (24) att sjuksköterskans tanke är det viktigaste redskapet hon har för att hjälpa patienten. Patienten påverkar sjuksköterskans ord och handlingar och vice versa, vilket är unikt för varje tillfälle och möte. Orlando anser att varje patients behov är unika, samt att patienten i början av vårdtillfället har svårt att definiera samt förmedla sina behov. Anledningen till detta är att patienten inte är medveten om på vilket sätt eller med vad sjuksköterskan kan hjälpa till med. Orlando (24) menar att patienten kan uppleva en rädsla för att hamna i en beroendeställning gentemot sjuksköterskan.

Det viktigaste begreppet som Orlando (25) har myntat är *omvårdnadsfunktion*. Med detta menar hon att sjuksköterskan fokuserar på patientens egenupplevda akuta behov. Orlando (26) menar att patientens behov inte är det samma som de grundläggande mänskliga behoven, utan det handlar om varje enskild patients subjektiva upplevelse av behov. Ibland kan patientens behov uttryckas med hjälp av frågor eller ickeverbal kommunikation som exempelvis knutna händer, skrik, tårar i ögonen eller mätbara vitalparametrar. Orlando (24) påpekar att det är viktigt att sjuksköterskan tar dessa beteenden samt tecken på allvar och försöker utforska vad som ligger till grund för beteendet för att kunna hjälpa patienten. När sjuksköterskan lyckats tillgodose patientens behov har funktionen med omvårdnaden blivit uppfylld. Sjuksköterskan uppmärksammar hjälpbehovet hos patienten genom att observera, få rapport av annan personal samt läsa tidigare dokumentation (24).

Omvårdnadens syfte är detsamma som dess mål, det vill säga att förbättra patientens upplevelse och behov (25). Patienten kan ha svårt att uttrycka sitt behov av hjälp och sjuksköterskan måste därför tillsammans med patienten komma underfund med vad hans verkliga behov är. När behovet är identifierat startar en reflektiv processen inom sjuksköterskan och den mynnar ut i de omvårdnadshandlingar hon anser sig behöva utföra. Vidare anser Orlando (25) att sjuksköterskan bör utvärdera de handlingar som utförts för att se hur och om behovet blivit tillgodosett. Har sjuksköterskan lyckats med att förändra patientens beteende, har målet med omvårdnaden blivit uppfyllt och det skapar balans i relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Orlando (24) menar att målet med omvårdnaden inte bör vara långsiktig utan det handlar om att ta hand om patienten i den akuta situationen. Genom att tillgodose de akuta behov som en patient har skapas förutsättningar för att hans beteende kan förändras på lång sikt (24).

SYFTE

Syftet med uppsatsen var att undersöka patientens upplevelse av det bemötande han får av sjuksköterskan på en akutmottagning.

- Hur upplever patienten bemötandet?
- Finns det skillnader i upplevelsen beroende på patientens ålder, hur akut åkomman är eller om han har råkat ut för ett trauma?
- Vilka konsekvenser får bemötandet för patientens upplevelse?

METOD

Datainsamling

Vid insamling av data till litteraturstudien användes en induktiv metod. Sökning av artiklar utfördes med hjälp av databaserna Cinahl och PubMed. Till en början användes bland annat sökorden *emergency department*, *emergency care unit*, *encounter* och *patient satisfaction*. Resultatet av dessa sökord var omfattande, vilket medförde att vi valde att koncentrera vår studie på akutmottagningar i Sverige. Vi lade därför till sökordet *Sweden*. De sökord som användes för att söka artiklar var *emergency department*, *emergency care unit*, *encounter*, *patient satisfaction*, *non urgent*, *patient perspective*, *nursing*, *caring*, *patient*, *emergency* och *Sweden*. Redan innan artikelsökningen påbörjades gjordes följande begränsningar: att patienterna som medverkade i studien skulle vara över 18 år och söka för somatiska symtom samt att artiklarna skulle vara publicerade efter år 2000. Begränsningar som gjordes i databaserna var för Cinahl att artiklarna skulle vara vetenskapliga (peer reviewed) och för PubMed att det skulle finnas länkar till fulltext (links to full text). Artiklarnas titlar granskades först för att urskilja dess relevans för uppsatsens syfte. Därefter lästes sammanfattningen och de artiklar som ansågs intressanta skrevs ut för att läsas i sin helhet. Artiklarna som inte stämde överens med uppsatsens syfte eller begränsningar valdes bort och återstående antalet blev tio artiklar.

Dataanalys

De tio artiklarna som valdes ut granskades systematiskt utifrån studiens tre frågeställningar. Svar på någon av arbetets frågeställningar markerades med olika färger beroende på vilken fråga de gav svar på. Detta för att strukturera upp resultatet och underlätta sammanställningen. Efter analysen stod det klart att samtliga tio artiklar var relevanta för uppsatsens syfte och frågeställningar. Två artiklar var kvantitativa studier medan resterande åtta artiklar var kvalitativa studier.

Tabell 1. Översikt över sökord och artikelurval i litteraturstudien.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar	Referens i text
090310	PubMed	Emergency care unit and patient satisfaction and non urgent	Links to full text	2	1	29
090310	PubMed	Emergency department and patient perspective and nursing	Links to full text	51	1	31
090312	Cinahl	Emergency department and nursing and caring	Peer reviewed	67	1	33

090312	Cinahl	Patient and emergency department and Sweden	Peer reviewed	26	1	35
090312	PubMed	Emergency department and nursing care and Sweden	Links to full text	56	1	28
090316	PubMed	Sweden and Emergency department and encounter	Links to full text	4	1	36
090316	PubMed	Emergency department and care and patient perspective and Sweden	Links to full text	18	2	30, 32
090319	Cinahl	Patient satisfaction and emergency and Sweden	Peer reviewed	14	1	27
090319	PubMed	Emergency department and patient perspective and Sweden	Links to full text	24	1	34

RESULTAT

Redovisning av resultatet görs utifrån de frågeställningar som använts i dataanalysen av artiklarna. Varje frågeställning redovisas med hjälp av underrubriker som framkom tydligt under analysen.

Resultatet belyser både positiva och negativa patientupplevelser av sjuksköterskans bemötande. De negativa upplevelserna kommer att beskrivas mer omfattande då de positiva upplevelserna var svåra att finna i artiklarna.

Patientens upplevelse av bemötandet från sjuksköterskan

Att inte vara synlig

Det visade sig att många patienter låg ensamma i ett behandlingsrum i flera timmar utan att sjuksköterskan tittade till dem, vilket fick patienterna att känna sig bortglömda och övergivna av sjuksköterskan (27, 28).

Då patienterna inte fick någon fortlöpande information om sitt hälsotillstånd eller vad som skulle hända med dem uppvisade de känslor av osäkerhet och otrygghet. Att bli lämnad ensam kunde upplevas som frustrerande samt skapade oro och ängslan hos patienterna (27). En patient beskrev situationen på akutmottagningen så här:

“It is horrible to be left in a waiting room and no one bothers to come and check on you.”
(29, s. 23)

De flesta patienter ville ha mer uppmärksamhet av personalen än vad de fick, men de förstod att det fanns andra som hade större behov av vård (27). Det var vanligt att patienterna kände att de fick uppmärksamhet av sjuksköterskan, men det var oftast i samband med någon undersökning (30). Några patienter tyckte att sjuksköterskan inte visade något intresse för deras livssituation (31). När sjuksköterskan småpratade med patienten under exempelvis provtagningar tyckte han att det var positivt. Patienten upplevde att det var många saker som sjuksköterskan skulle utföra på kort tid vilket gjorde att hon sprang runt i korridorerna och var stressad (28). I flera studier visade det sig att patienterna kände sig mycket säkrare när de låg på en bärvagn i korridoren. Orsaken till detta var att de upplevde att de blev mer synliga för sjuksköterskan och övrig vårdpersonal (27, 29). Trots att de ansåg sig mer synliga för personalen upplevde patienterna att det inte gick att få uppmärksamhet av sjuksköterskan:

“Sometimes I am puzzled when I am lying on a trolley in the corridor. The same nurses are running back and forth with papers in their hands. I don’t know if it is the same papers or not, I have never enquired. But I have been wondering a lot why they rarely speak to me.”
(29, s. 23)

När sjuksköterskan bemötte patienten med vänlighet samt respekt fick det patienten att känna tillhörighet med sjuksköterskan, vilket gjorde att hans självkänsla påverkades på ett positivt sätt (27). Då sjuksköterskan uttryckte sig otrevligt mot patienten gav det upphov till känslor av oro och otrygghet. När patienten möttes av ointresse och nonchalans av sjuksköterskan så kände han sig övergiven. Enligt patienten var inte det viktigaste vad sjuksköterskan gjorde utan på vilket sätt hon bemötte honom. Många upplevde att sjuksköterskans tålmodighet var en viktig del i bemötandet (28, 32). En studie visade att 75% av de medverkade upplevde att de mottogs med respekt av sjuksköterskorna samt 63% kände att sjuksköterskan visade empati för patienterna och deras situation (31).

En undersökning visade att sjuksköterskan i mer än hälften av fallen såg patienten och var öppen för hans situation. Den visade också att sjuksköterskan i nästan hälften av fallen visade genuint intresse samt brydde sig om patienten (33). Hon var närvarande i situationen och kunde i dialog med patienten ställa öppna frågor samt lyssna aktivt på patientens berättelse (32, 33). Ett exempel på detta var då en sjuksköterska tog en stol och satte sig i samma nivå som patienten så att de fick ögonkontakt under samtalen. De framkom också att sjuksköterskorna hade svårigheter att bli involverade i patientens situation. Istället för att engagera sig känslomässigt i patienten observerades att sjuksköterskan fokuserade på de medicinska åtgärderna (33).

Att ses som ett objekt

Patienterna upplevde att vissa sjuksköterskor på akutmottagningen ansåg att de medicinska uppgifterna var viktigare än omvårdnaden av patienterna (29). Vårdpersonalen fokuserade mer på medicinska aspekter av sjukdomen än patienten som en individ (30). När patienten träffade sjuksköterskan visade hon tydligt att bemötandet utfördes på ett rutinmässigt sätt, hon var stressad och visade inget intresse för patienten. Patienterna var kritiska till mötet med sjuksköterskan samt upplevde att de blev behandlade som ett objekt för undersökning snarare än individer (28, 29):

”...to sit here and wait, and the only contact I have with the staff is when they carry out tests on me, you feel that you’re not being seen as a person...”

(28, s. 172)

Observationer av sjuksköterskans beteende visade på bristande kommunikation och intresse för patienten. Till exempel blev detta tydligt då en sjuksköterska klädde av en fullt medveten patient och på samma gång kommunicerade med en kollega. Samtidigt undersökte en läkare patienten. Ingen pratade med patienten under tiden. Ytterligare ett exempel på hur sjuksköterskan objektifierade patienten var då en patient blev kateteriserad. Detta gjordes medan dörren till korridoren var öppen samtidigt som sjuksköterskan samtalande med narkosläkaren (33).

Att inte få behoven tillgodosedda

Flera patienter, framförallt de äldre, upplevde att sjuksköterskan inte uppmärksammade deras behov då de låg upp till 23 timmar på akutmottagningen utan att de fick någonting att äta (27). När sjuksköterskan utförde sina medicintekniska arbetsuppgifter upplevde patienterna att deras andra behov inte uppmärksammades (30, 33). Många äldre patienter uttryckte behov av att känna tillit till personalen och sjuksköterskans kompetens. Detta behov var extra tydligt när patienterna upplevde rädsla och oro för sin situation. Trots att patienterna uttryckte att de hade flera behov var det ingen av dem som förväntade sig att få behoven tillgodosedda på akutmottagningen. De behov som visade sig vara extra viktiga var att få någonting att äta, något att ligga på och att få adekvat smärtlindring (27). Dock framkom det att vissa sjuksköterskor kunde förutse patienternas behov och såg till att tillgodose dessa (28).

Att vara delaktig

Patienterna upplevde att det var viktigt att få en bra kontakt med sjuksköterskan. Flera av dem upplevde att personalen avvisade deras frågor när de sökte information om sitt hälsotillstånd (30). Det var viktigt för patienterna att de själva fick berätta om orsaken till varför de sökt till akutmottagningen (28). När patienterna presenterade sina symtom upplevde de att sjuksköterskan inte visade empati för deras situation vilket gjorde att de kände sig missnöjda (34).

I flera studier framkom det att då personalen formulerade sig på ett medicinskt sätt var det svårt för patienterna och närstående att ta till sig informationen (28, 30). Personalen förvissade sig inte om att patienterna och deras anhöriga förstod den givna informationen. Informationen gavs rutinmässigt utan möjlighet till frågor (28). Att inte få tillräckligt med information resulterade i känslor av utanförskap (27).

Även inkonsekvent information gav upphov till känslor av osäkerhet och oro (32). Sjukvårdspersonalen avgjorde vilken information de skulle ge patienterna (30). Ett exempel på detta var då en patient befann sig i ett undersökningsrum och sjuksköterskorna diskuterade läkemedelsordinationen. Läkaren diskuterade i sin tur alternativa kontroller och röntgenundersökningar. Utan vidare information berättade en av sjuksköterskorna att patienten skulle på en röntgenundersökning (33). Att få relevant information upplevde de flesta patienter som viktigt. En studie visade att cirka 20% av de 200 medverkande inte ansåg att de fått relevant information om sin egenvård (31). Patienterna ansåg att sjuksköterskorna kunde ha informerat och förklarat mer för dem. Patienterna menade att även om de var sjuka så var det viktigt för dem att förstå vad som pågick runtomkring (29):

They never tell me what they are going to do to me”
(29, s. 23)

Patienterna menade att förutsättningen för att en bra kontakt kunde skapas var att sjuksköterskan var öppen för och såg hela patienten. Det var först då patienterna upplevde sig som delaktiga i vården. Det framkom ändå att några patienter kände delaktighet när de upplevde att personalen var till för dem och att de blev behandlade på ett respektfullt sätt (30). Genom att personalen visade intresse och ställde öppna frågor på ett språk som patienterna förstod kände patienterna sig delaktiga (28, 30). Då personalen prioriterade kontinuitet, det vill säga att det var samma personal som vårdade patienten, upplevde patienterna sig som viktiga och därmed delaktiga i sin egen vård. Andra faktorer som styrde upplevelsen var hur mycket tid sjuksköterskan hade, vilken prioritet de hade samt hur många patienter som befann sig på akutmottagningen vid det tillfället (30).

Att uppleva sjuksköterskans tidsbrist

Patienterna beskrev att sjuksköterskorna ofta beklagade sig över arbetssituationen för dem. Sjuksköterskorna förklarade att de hade mycket att göra samt led av underbemanning. Detta påverkade patienten på ett negativt sätt och ledde till att de skuldbelade sig själva för att de tog upp sjuksköterskans dyrbara tid (29). Många patienter upplevde också att sjuksköterskan ignorerade deras frågor och funderingar. Patienterna funderade över varför sjuksköterskan undvek dem och de trodde att det berodde på att hon var för upptagen med andra medicinska sysslor eller patienter (27). Många patienter upplevde att sjuksköterskan använde den tid hon hade till förfogande på ett sätt som inte gynnade patienten. Till exempel tillbringade sjuksköterskan en stor del av tiden till att vänta på att läkaren skulle bli färdig med patientens ordination. Patienterna önskade att sjuksköterskan använde den tiden åt dem för att ta reda på mer om deras upplevelser och behov (29).

I hälften av studierna påpekades att ett av de största problemen som patienterna upplevde på akutmottagningen var den långa väntetiden och att de inte fick någon information om hur länge de skulle vänta (27-30, 34). I en studie visade det sig att 34% av patienterna uppgav att de inte visste varför det tog så lång tid på akuten och varför de var tvungna att vänta (31). Patienterna upplevde att sjukvårdspersonalen inte visste vad de skulle säga till dem om de långa, påfrestande väntetiderna och personalen undvek därmed att prata eller titta på patienterna (28).

Skillnader i upplevelsen av bemötande

Patienternas ålder

Det framkom tydligt i studierna att de patienter som var över 65 år inte klagade på de erfarenheter de hade från akutmottagningen, medan de yngre var mer kritiska till vården samt hade lättare att uttrycka sin kritik (27, 35). Dessutom visade det sig att de äldre patienterna upplevde att vårdkvaliteten var högre än de yngre (35). Ytterligare en skillnad var att de flesta äldre patienterna ville bli informerade om hälsotillståndet men inte vara med och besluta om sin pågående vård, medan de yngre ville vara aktiva och medverka i beslutsfattningen. Äldre patienter upplevde en känsla av trygghet när de väl anlände till akutmottagningen (27):

"I just want to say that I feel secure after having arrived here at the ECU. I know that I will get help. If they can't do it, no one can."
(27, s. 271)

Även då det fanns många skillnader beroende på patientens ålder upplevde alla att det var viktigt att det skapades en omsorgsfull relation med sjuksköterskorna. Alla ville också bli respekterade och accepterade i mötet med personalen (27).

Icke akuta patienter

Det var tydligt att de äldre patienterna med icke akuta åkommor fick lite eller ingen uppmärksamhet av sjuksköterskorna (27). Många patienter upplevde att sjuksköterskan inte ansåg det som nödvändigt för dem att söka till akutmottagningen. Följande citat beskriver hur patienten upplevde mottagandet av sjuksköterskan samt hur det känns att vara en icke akut patient på akutmottagningen:

They seem to think that there is nothing wrong with me. They seem to think that I am just coming to the ECU for no reason. I have heard them say as much."
(29, s. 23)

"I feel ashamed and that I'm not respected...Are you here again?... Just having to go in causes anxiety. The last time I tried to get someone to go with me I knew I was in a weak position. I'm so ashamed of my self. But... when I can't cope with it anymore, that's when I go"
(34, s. 432)

Nästan alla icke akuta patienter i studierna ansåg sig inte få sina behov tillfredsställda av sjuksköterskan. De kände sig också ensamma och övergivna på grund av de långa väntetiderna samt att det fanns fler akut sjuka patienter vilka sjuksköterskans resurser gick till (27, 30).

Traumapatienter

De flesta patienter som råkade ut för ett trauma upplevde att de var nöjda med bemötandet initialt, mycket på grund av det snabba omhändertagandet. En annan positiv del av bemötandet var att sjuksköterskorna frågade om patienterna var smärtpåverkade samt om de ville ha smärtlindring (35, 36). Arbetet i traumateamet fungerade bra och var effektivt enligt traumapatienterna. Kommunikationen mellan teamet och patienterna upplevdes också positivt.

Detta visade sig bland annat då patienterna fick kontinuerlig information om vad som skedde runtomkring dem. Patienterna upplevde att sjuksköterskorna visade stor omsorg och empati, vilket var en bidragande orsak till att patientens lidande kunde lindras. Traumapatienterna skattade att vårdkvaliteten var hög (36).

Traumateamet avslutade sitt arbete då de konstaterade att patienterna inte hade livshotande skador. När patienterna flyttades från akutrummet till ett vanligt behandlingsrum blev kommunikationen mellan sjuksköterskorna och patienterna begränsad eller saknades helt. Patienterna kände sig då övergivna och inte längre viktiga (36).

Konsekvenser bemötandet får för patientens upplevelse

Att inte vara synlig

Bristande information ledde till att patienterna kände sig missnöjda och besvikna (28, 36). Konsekvenserna av att patienten inte fick information ledde till att detaljer så som kläder och hemtransport inte var ordnade när han skrevs ut. Problemen var oftast tvungna att lösas på patientens initiativ (36). De äldre patienterna ville ha kontakt med personalen och försökte skapa detta genom att söka ögonkontakt och lyssna frekvent efter fotsteg utanför dörren (27, 36). Syftet med detta vara att patienterna ville ha en god kontakt med dem som de var beroende av (27). När sjuksköterskan lämnade patienten ensam på rummet utan att informera om vad som skulle hända närmast blev konsekvensen att han inte vågade lämna rummet (28).

De långa väntetiderna bidrog till att patienternas behov av att känna tillit till vårdpersonalen blev allt mer tydligt (28). Patienterna hade respekt för sjuksköterskornas professionella kompetens, vilket gjorde att de inte försökte störa sjuksköterskan i onödan (27). Konsekvenserna av att sjuksköterskan förklarade att de var underbemannade och hade mycket att göra ledde till att patienterna inte vågade be om exempelvis filtar och mat. Då patienterna kände sig ensamma och bortglömda ledde det till att de blev rädda för att till exempel ramla samt att inte få smärtstillande vid behov (28). Eftersom sjuksköterskorna hade mycket att göra blev det ingen tid över för de icke akuta patienterna, som därför inte fick möjlighet att uttrycka sina behov (29). Detta medförde att deras önskan om bli synliga och delaktiga blev ännu starkare (28).

Att inte vara delaktig

När patienterna inte kände sig delaktiga i vården eller inte blivit bekräftade av personalen använde de sig av olika strategier för att uppleva delaktighet. Den första strategin var att de försökte få kontakt genom att ringa på larmklockan, söka ögonkontakt och ställa frågor för att få information (30). Den andra strategin innebar att patienten använde sig av sina närstående för att få personalens uppmärksamhet. Ett par studier visade att närstående kunde vara de som sökte kontakt med personalen och lyssnade på samtal mellan vårdgivare för att försöka urskilja relevant information (29, 30). Ett tredje sätt var mer drastiskt och innebar att patienten skrek högt eller blev aggressiv, för att försäkra sig om att han inte blivit bortglömd. Då patienten försökt få uppmärksamhet vid flertalet tillfällen utan resultat gav han upp och slutade vara tillmötesgående.

Den fjärde och sista strategin var att patienten utdelade kritik genom bland annat enkätundersökningar och via ”förslagslådor” på akutmottagningen. Patienterna upplevde att det var svårt att göra sin röst hörd eftersom de kände att personalen inte var intresserade av att lyssna på några klagomål (30).

För de äldre patienterna visade det sig att kommunikationen var av avgörande betydelse för deras hälsotillstånd. På grund av dålig kommunikation var det tydligt att de äldre patienterna blev mer förvirrade vilket medförde att de hade svårt att samarbeta under undersökningarna (28). De visade tecken på rädsla, vägrade klä av sig samt uttryckte att de hade smärta. När patienterna fick ögonkontakt med sjuksköterskan och hon tog sig tid att lyssna på dem kände patienten tacksamhet. Ett gott bemötande ledde till att patienterna blev lugnare samt kände trygghet (28).

Att ha tidigare erfarenheter ger lägre förväntningar

De patienter med tidigare erfarenhet från en akutmottagning hade lägre förväntningar på omvårdnaden och kunde lättare anpassa sig till situationen som de befann sig i. Efter att sjuksköterskan hade tagit emot samt undersökt dem satt de ner och väntade på att någon skulle ta kontakt med dem. Därigenom visade de förståelse för personalens arbetssituation (30). Trots detta var de missnöjda med den omvårdnad de fick. Patientens missnöje ledde sällan till klagomål riktad mot personalen utan istället uttryckte han sin negativa kritik om sjuksköterskan till närstående. I flera studier uttryckte patienterna också missnöje genom att skylla den rådande situationen på exempelvis politiker och högt uppsatta chefer (27-29). En anledning till att kritiken inte riktades direkt till sjuksköterskan var att patienterna ville bevara sin integritet samt att de inte ville göra sig impopulära hos sjuksköterskan (29). Flera patienter ringde akutmottagningen innan besöket för att sjuksköterskan skulle kunna godkänna deras skäl att söka vård för att minska risken för att göra sig impopulära hos personalen (27). De som tidigare hade sökt på akutmottagningen menade att de var beroende av vilka sjuksköterskor som var i tjänst och att det var chansen som avgjorde vilken typ av uppmärksamhet och omvårdnad de skulle få (29).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Uppsatsen var från början tänkt att innehålla studier utförda i olika länder. Den alltför omfattande litteraturen samt vår brist på kunskap om hur andra länders akutmottagningar är organiserade, gjorde att vi valde att avgränsa arbetet till Sverige. Det hade däremot varit intressant att jämföra patientupplevelser av bemötande och se om det finns några skillnader mellan Sverige och andra länder.

De sökord vi valde för att söka artiklar i databaserna utgick framförallt utifrån de ord som ingick i syftet. Svårigheten var att finna ett lämpligt engelskt ord för begreppet bemötande. Ordet *encounter* valdes för att vi ansåg att det var den mest korrekta motsvarigheten till det svenska ordet bemötande.

När vi började söka artiklar fann vi att de flesta var inriktade på olika patientgrupper, traumapatienter respektive icke akuta patienter. Dessutom fokuserade några artiklar på hur patientens ålder påverkar upplevelsen av bemötandet. Vi valde då att inrikta vårt arbete inom dessa områden.

Åtta av de utvalda artiklarna var kvalitativa och två (31, 35) var kvantitativa. Att de flesta var kvalitativa anser vi är en styrka i uppsatsen då syftet var att beskriva patienternas subjektiva upplevelse av sjuksköterskans bemötande. De två kvantitativa artiklarna inbegriper fler medverkande patienter vilket gör resultatet mer representativt för alla patienter som söker akutsjukvård. Artiklarna hade alla ett patientperspektiv och undersökte upplevelsen av att vara patient på akutmottagning. Den största skillnaden mellan artiklarna var att de hade koncentrerat sig på olika patientgrupper.

Samtliga tio artiklar var godkända av den etiska kommittén. Vilket vi anser är en styrka och viktigt för vårt syfte och arbete eftersom det utgår ifrån patientens subjektiva upplevelse av bemötande.

Vi valde i studien att utgå ifrån ett induktivt förhållningssätt. Detta för att vi inte hade någon teori om hur patientupplevelsen var och för att vi ville granska artiklarna förutsättningslöst.

I inledningen beskrivs att antalet anmälningar om dåligt bemötande ökar i Sverige. De referenser som speglar detta kan tyckas gamla samt åskådliggör inte alla patientnämnders redovisningar. Detta på grund utav att Socialstyrelsen inte längre sammanställer patientnämndernas rapporter, samt att alla patientnämnder inte publicerar sina årsredovisningar. Vi tycker ändå att de referenser vi valt speglar problemet och lyfter det faktum att anmälningarna ökar. Vi anser även att de ger en övergripande bild över problemet i Sverige då de representerar olika delar av landet.

Av rent praktiska skäl har vi valt att benämna sjuksköterskan som hon och patienten som han i uppsatsen. Vi inser att detta kan påverka hur läsaren uppfattar innehållet i texten. Det finns ingen orsak till varför just sjuksköterskan benämns som hon och patienten han.

Resultatdiskussion

Orlando (25) menar att sjuksköterskan har en viktig uppgift att ta reda på patientens egenupplevda akuta behov. Som sjuksköterska på en akutmottagning möter man människor som har mer eller mindre akuta behov. Det gäller att på kort tid ta reda på så mycket som möjligt om patienten för att kunna tillgodose hans behov. Vi anser att det krävs att sjuksköterskan är närvarande och skapar en kontakt med patienten för att kunna synliggöra behoven. De studier vi granskat visar att patienterna upplever att deras behov inte har blivit tillgodosedda (27, 28, 30, 33). Detta kan bero på bristande resurser, som till exempel underbemanning. Att skapa kontakt, reflektera över samt identifiera de behov patienterna har kanske inte prioriteras på en akutmottagning. Orlando (24) menar att de akuta behoven måste tillgodoses omgående för att de inte ska växa och bli mer omfattande i framtiden. Hon lyfter också fram vikten av att utvärdera de omvårdnadsåtgärder som har utförts för att se om behovet blivit tillgodosett. Flera av studierna visar att sjuksköterskan inte har förmåga att se vare sig de grundläggande eller de specifika behoven (27, 30, 33). Det kan vara kränkande för patienten att inte få möjlighet att gå på toaletten eller att vara tvungen att ligga smärtpåverkad utan någon lindring. Det framkommer också i resultatet att de äldre patienterna som anländer till akutmottagningen inte sällan blir förvirrade, då deras behov inte tillgodoses (28).

Kommunikationen mellan patienterna och sjuksköterskan visar sig också vara bristfällig vilket vi menar kan vara ytterligare en orsak till att de äldre patienterna blev förvirrade. Arbetet på akutmottagningen grundar sig på att ta hand om patientens akuta behov, men det visar sig i vårt resultat att mycket finns kvar att göra inom detta område. För att det i framtiden ska vara möjligt att identifiera samt tillfredsställa patienters behov antar vi att fler resurser måste tillhandahållas.

En anledning till sjuksköterskans bristfälliga kommunikation gentemot patienterna anser vi kan bero på tidsbrist eftersom tempot på en akutmottagning ofta är högt. I mötet med patienten och närstående kan det därför vara svårt att som sjuksköterska vara helt fokuserad. Detta menar vi gör det svårt för sjuksköterskan att se den unika individens behov. Vi är övertygade om att detta kan leda till att patientens akuta behov inte blir synliga. För att inte patientens behov ska bli mer problematiska eller fler menar Orlando (24) att de måste tydliggöras och åtgärdas i den akuta fasen. Som vi ser det måste sjuksköterskan förändra sitt beteende, för att uppfylla målet med omvårdnaden. För att kunna uppnå detta måste sjuksköterskan tillbringa mer av sin tid tillsammans med patienten. Detta för att de gemensamt ska kunna klargöra vilka patientens akuta behov är.

Sjuksköterskan är inte alltid medveten om den makt hon besitter i möten med patienterna. Vi anser att frågan om makt bör diskuteras mer inom sjukvården för att lyfta fram och synliggöra problemet. Detta lyfter också Unni Lindström (37) och menar att det är viktigt att sjuksköterskan reflekterar över hur hon använder sin makt gentemot patienten. I resultatet framgår att sjuksköterskan använder sin makt på ett ogynnsamt sätt för patienten. Det är bland annat sjuksköterskan som avgör vilken information patienterna får och i vilken utsträckning de informeras. Vidare är det också den triagerande sjuksköterskan som bedömer patientens tillstånd, vilket innebär att hon har makten att avgöra hur snabbt omhändertagandet av patienten kommer att bli. Detta leder enligt vår uppfattning till att patienten blir tvingad att överlämna makten och kontrollen över sin situation till en annan människa. Orlando (24) menar att detta innebär svårigheter för patienten då han riskerar att hamna i en beroendeställning.

Det märks tydligt i undersökningarna att patienterna inte vågar störa eller klaga på den omvårdnad de får, av rädsla för att skada den potentiella relationen med sjuksköterskan. Patienterna inser att de är beroende av sjuksköterskan för att få hjälp och måste därför hålla god min (27-29). Vi tror att särskilt de äldre patienterna har lättare för att inta en underlägsen roll. Detta menar vi kan bero på deras uppfostran som bland annat innebär att inte tillrättavisa auktoriteter såsom sjukvårdspersonal.

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (8) redovisas mål för hur hon bör bemöta patient och närstående. Dessa mål bör ligga till grund för sjuksköterskans dagliga arbete. Trots detta visar resultatet att sjuksköterskan och övrig personal på akutmottagningen brister i bemötandet av patienter (27-32, 34, 36). Dock känner sig många patienter trygga när de passerar akutmottagningens dörrar, vilket kanske inte beror på personalens bemötande utan vi tror snarare att det grundar sig på tilltron till den medicinska kompetensen.

Resultatet visade att patienterna flertalet gånger uttryckte en önskan om ökad delaktighet samt att de på eget initiativ försökte bli mer delaktiga i vården (27-30, 32). Att inte få vara delaktig kan innebära att inte känna sig bekräftad som människa eller patient (11). Vi menar att arbetsklimatet på akutmottagningen inte alltid skapar utrymme för den omvårdnad som sjuksköterskan har till uppgift att ge. Detta är bekymmersamt då patienter som söker dit inte alltid är medvetna om hur situationen på akutmottagningen är, med bland annat väntetider. Vi finner en rad möjligheter för sjuksköterskan att involvera patienten i vårdsituationerna. En förutsättning för att kunna göra det är att sjuksköterskan måste vara medveten om vad hon gör med eller betar sig mot patienten. Genom att bekräfta patienten, ge kontinuerlig information och ta dennes upplevelser på allvar kan sjuksköterskan skapa en trygg atmosfär för patienten (11, 15). Många patienter uttrycker en vilja om att få berätta om sin situation, men det är svårt att få sjuksköterskans tid och fulla uppmärksamhet (27, 28, 31, 32). Genom att låta patienten själv få berätta om sin situation tror vi att sjuksköterskan får ökad kunskap och förståelse för patienten. Dessutom ger det möjlighet för patienten att bearbeta sin upplevelse av sjukdomen, skadan eller situationen som han befinner sig i.

Det är viktigt hur det korta mötet blir, då det kan få konsekvenser för patientens behandling och känsla av delaktighet i vården. Bristande kunskap om patienten kan som vi ser det leda till att många felbehandlingar görs. I mötet används ofta ett medicinskt språk och det borde reflekteras mer över hur det uppfattas av personer som inte är insatta inom sjukvården. Att förstå och kunna ta till sig av informationen är en förutsättning för att kunna känna sig delaktig (28, 30). Det kan också leda till dålig följsamhet exempelvis av läkemedel hos patienten då han inte kunnat tillgodogöra sig informationen. Som vi ser det finns det olika möjligheter för sjuksköterskan att ge information som patienten kan ta till sig. Det är viktigt att sjuksköterskan använder sig av vardagliga termer men också att ställa följdfrågor, samt att be patienten upprepa informationen för att kontrollera att han har förstått. Då sjuksköterskan inte visste vad hon skulle säga om de långa väntetiderna undvek hon att ta kontakt med patienterna. Detta medför i sin tur att patienterna kände sig osäkra, ensamma och bortglömda (28). Istället anser vi att sjuksköterskan bör berätta för patienten om hur situationen ser ut just nu. Även om sjuksköterskan inte kan uppskatta hur lång väntetiden är tycker vi att det är viktigt att informera patienten om detta för att bekräfta och synliggöra patienten.

En orsak till att patienterna inte sällan blir objektifierade kan bero på att sjuksköterskorna utför arbetsuppgifter på rutin. De kanske inte alltid reflekterar över vad de i själva verket gör med patienten. Att befinna sig i en utsatt situation och på samma gång bli behandlad som ett objekt strider mot den holistiska människosyn som omvårdnaden bygger på. Dessa situationer är vanligt förekommande inom vården och vi tror att så länge sjuksköterskan utför uppgifter på rutin kommer dessa situationer också förekomma.

Det visade sig att skillnaderna i bemötandet var störst mellan de icke akuta patienterna och traumapatienterna. De akuta behov som traumapatienterna hade eller upplevde blev genast tillgodosedda till skillnad från de icke akuta patienternas behov (27, 30, 35 36). Det var i traumasituationer som arbetet var mest effektivt och där visade personalen att de hade en ovärderlig kunskap (35, 36). Denna skillnad mellan patientgrupperna är inte på något sätt överraskande.

Däremot är det intressant att traumapatienterna fick ett lika bristfälligt bemötande som de icke akuta patienterna när deras tillstånd stabiliserats (36). Vi tror att detta bland annat har sin orsak i att sjuksköterskan endast ser till patientens prioriteringsgrad och inte patienten som individ. Då patienten inte längre har livshotande skador och övergått till en icke akut patient verkar det som att sjuksköterskan anser att hon inte längre behöver tillgodose patientens behov.

Slutsats

Vi har i denna uppsats undersökt hur patienten upplever bemötandet av sjuksköterskan på en akutmottagning, vilka skillnader som finns och konsekvenserna av bemötandet. I de granskade artiklarna framgår det att patienterna överlag är missnöjda med det bemötande de får, trots de låga förväntningar på vården som de tycks ha. Många patienter känner att de behandlas som ett objekt för undersökning och att de inte har möjlighet att vara delaktiga på grund av bristande information och kunskap. Detta leder till ett utanförskap som får negativa konsekvenser för patientens självkänsla och livssituation. Vi finner tydliga skillnader mellan olika patientgrupper. Den största skillnaden i bemötande var mellan traumapatienter och de icke akuta patienterna. Bemötandet sjuksköterskan ger till de icke akuta patienterna anser vi måste bli bättre.

För att kunna förändra och förbättra patienternas upplevelse av bemötandet anser vi att de krävs en omstrukturering av akutsjukvården i Sverige. Ett förslag från vår sida innebär en uppdelning av akutmottagningen i en trauma- och akutinriktning samt en avdelning för de som vid tillfället bedöms som icke akuta. Denna uppdelning kan ge utrymme samt tid för sjuksköterskan att fokusera på de patienter som söker vård. Trots detta går det inte att undgå att prioritering av patienter alltid kommer och bör ske inom sjukvården. Med detta i åtanke har vi utvecklat ett förslag (bilaga 2) för vad sjuksköterskan bör tänka på i mötet med patienten på akutmottagningen för att ge ett så bra bemötande som möjligt.

Vi menar att det är ytterst angeläget att minska antalet patienter med negativa upplevelser av vården, då det kan få negativa följder för all hälso- och sjukvård. Konsekvenserna kan innebära att patienterna förlorar sitt förtroende för all sjukvårdspersonal och för hela verksamheten.

Kliniska implikationer och framtiden

Resultatet från vår uppsats tillsammans med det förslag vi utformat kan vara till stöd och hjälp för det bemötande som ges till patienter på akutmottagningar runt om i landet. Detta förslag behöver inte ta lång tid att arbeta utifrån. Det kan i själva verket resultera i att sjuksköterskan sparar tid och energi, då förutsättningarna för att en god kontakt med patienten kan skapas redan från början. Genom att följa dessa punkter för bemötande ökar chansen att synliggöra patienten och därigenom bekräfta honom. Att låta patienten få möjlighet att berätta om sin situation och samtidigt få information av sjuksköterskan ökar möjligheten för att patienten känner sig delaktig, vilket i sin tur skapar förutsättningar för att patienten ska uppleva trygghet.

Vi anser också att mer forskning inom detta område behövs. Dessutom vore det intressant att se fler studier som speglar hur sjuksköterskan upplever att hon bemöter patienten samt orsaker till detta.

LITTERATURREFERENSER

1. Socialstyrelsen. Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003 (hämtad 16 april 2009). Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1820/2003-131-9.htm>.
2. Stockholms läns landsting. Patientnämndens årsrapport 2008. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2008 (hämtad 16 april 2009). Tillgänglig från: <http://www.patientnamndenstockholm.se/res/Rapport2008/panrapport2008.pdf>.
3. Landstinget Dalarna. Verksamhetsberättelse 2008. Falun: Informationsfunktionen; (uppdaterad: 27 februari 2009; hämtad 20 april 2009). Tillgänglig från: http://ltdalarna.se/templates/Base_____2721.aspx.
4. Landstinget Sörmland. Bokslut 2007. Nyköping: Landstinget Sörmland; 2007 (hämtad 16 april 2009) Tillgänglig från: http://www.dll.se/Sidans_katalog/3953/nybokslut07.pdf.
5. Göteborgs Posten. 4000 klagomål på vården. Göteborg: Göteborgs Posten; (uppdaterad 27 januari 2009; hämtad 16 april 2009). Tillgänglig från: <http://www.gp.se/gp/jsp/Crosslink.jsp?d=113&a=472592&ref=rss>.
6. Helsingborgs Dagblad. Många anmälningar om dåligt bemötande inom vården. Helsingborg: Helsingborg Dagblad AB; (uppdaterad 10 mars 2007; hämtad 16 april 2009). Tillgänglig från: <http://hd.se/inrikes/2007/03/10/maanga-anmaelningar-om-daaligt/>.
7. Nationalencyklopedin. Patientnämnd. Malmö: Nationalencyklopedin AB; 2009 (hämtad 16 april 2009). Tillgänglig från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/artikel/280764>.
8. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen (uppdaterad februari 2005; hämtad 24 mars 2009). Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm>.
9. Socialstyrelsen. Socialtjänstlagen (2001:453) 1 kap, 1 §. Stockholm: Socialstyrelsen (uppdaterad 3 juni 2008; besökt 30 mars 2009). Tillgänglig från: <http://www.notisum.se/rnp/SLS/lag/20010453.HTM>.
10. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Svensk författningssamling; 2008. SFS 1982:763.
11. Fossum B. Kommunikation. Samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2007.
12. Strömberg A. Stora synonym ordboken. 2 uppl. Malmö: Intergraf AB; 1998.
13. Johnson RL, Sadosty AT, Weaver AL, Goyal DG. To sit or not to sit? *Annals of emergency medicine*. 2008;51(2):188-93.

14. Andersson H. Samtal, språk och möjligheter. Stockholm: Mareld; 2002.
15. Thornquist E. Kommunikation i kliniken. Möte mellan professionella och patienter. Lund: Studentlitteratur; 2001.
16. Nyström M. Möten på en akutmottagning. Om effektivitetens vårdkultur. Lund: Studentlitteratur; 2003.
17. Friberg F. Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Mot en vårddidaktik på livsvärldgrund. (Ak avh.) Göteborg studies in educational science no 170. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis; 2001.
18. Holm U. Empati. Att förstå andra människors känslor. Finland: WS Bookwell; 2001.
19. Wikström J. Akutsjukvård. Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada. Kristianstad: Studentlitteratur; 2006.
20. Fast J. Kroppsspråk på arbetsplatsen. Otta, Norge: Engers Boktryckeri A/S; 1992.
21. Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective. International Journal of Nursing Practice. 1999;5:86-94.
22. Göransson K, Eldh A, Jansson A. Triage på akutmottagning. Pozkal, Polen: Studentlitteratur; 2008.
23. Göransson K, Ehrenberg A, Ehnfors M. Triage in emergency department: national survey. Journal of Clinical Nursing. 2005;14:1067-1074.
24. Orlando I J. The dynamic nurse-patient relationship. Function, process and principles. New York: G. P Putnam's son; 1961.
25. Orlando I J. The discipline and teaching of nursing process. An evaluative study. New York: G. P Putnam's son; 1972.
26. Orlando I J. Nursing in the 21st century: alternate paths. Journal of advanced Nursing. 1987;12(4):405-412.
27. Nydén K, Pettersson M, Nyström M. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making. Journal of Clinical Nursing. 2003;12:268-274.
28. Kihlgren Larsson A, Nilsson M, Skovdahl K, Palmblad B, Wimo A. Older patients awaiting emergency department treatment. Scandinavian Journal of Caring Science. 2004;18:169-176.

29. Nyström M, Nydén K, Petersson M. Being a non-urgent patient in an emergency care unit – a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing*. 2003;11:22-26.
30. Frank C, Asp M, Dahlberg K. Patient participation in emergency care – A phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing*. 2009;17:15-22.
31. Muntlin Å, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical nursing*. 2006;15:1045-1056.
32. Franzén C, Björnstig U, Jansson L. Injured in traffic: Experiences of care and rehabilitation. *Accident and Emergency Nursing*. 2006;14:104-110.
33. Wiman E, Wikblad K. Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13:422-429.
34. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal*. 2001;18:430-434.
35. Franzén C, Björnstig U, Jansson L, Stenlund H, Brulin C. Injured road users' experiences of care in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17:726-734.
36. Wiman E, Wikblad K, Idvall E. Trauma patients' encounters with the team in the emergency department – A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44:714-722.
37. Lindström U. *Psykiatrisk vårdlära*. Falköping: Liber Utbildning AB; 1994.

Triage

I Sverige är de tre vanligaste triageskalorna MTS, METTS och ADAPT. MTS står för Manchester Triage Scale och består av olika scheman för olika typer av kontaktorsaker (22). Till exempel finns ett schema för kontaktorsaken bröstsmärta där underkategorier som exempelvis andningspåverkan, smärtintensitet samt puls avgör vilken triagefärg patienten erhåller. Prioriteringsfärgerna för MTS går från röd till blå och dessa olika färger står för referenstider inom vilket patienten bör träffa sjukvårdspersonal (tabell 2). Svenska varianten av MTS kallas METTS och står för Medical Emergency Triage and Treatment System (22, 23). Skillnaden mellan dessa två system är att MTS har kortare tidsintervall mellan färgprioriteringen (tabell 2). Med hjälp av skalan METTS prioriteras även patienterna inom lika färggrupp beroende på hur länge de har väntat (23). Det tredje prioriteringsystemet kallas ADAPT och betyder Adaptiv Processtriage det är en femgradig färgskala och har precis som METTS ett logistiskt tänkande. Skillnaden mellan ADAPT och METTS är tidsskillnaden för varje färggrupp (22).

Tabell 2. Referenstid för triageskalorna.

Färg	MTS tid i min	METTS tid i min	ADAPT tid i min
Röd	0	0	0
Orange	10	15	15
Gul	60	120	120
Grön	120	240	120
Blå	240	Ospecificerat	120

Förslag på hur sjuksköterskan bör bemöta patienter på en akutmottagning

Att tänka på innan mötet med patienten

- Förbered dig genom att läsa aktuella remisser och journalanteckningar om patienten.

Att tänka på under mötet med patienten

- Fokusera dig på mötet, lägg andra tankar åt sidan.
- Presentera dig med namn och yrkestitel för patient och närstående.
- Ha ögonkontakt med patient och närstående.
- Sitt eller stå i nivå med patienten samt var vänd mot den samma.
- Låt patienten själv få berätta om varför han söker vård.
- Lyssna aktivt, ställ gärna följdfrågor till det patienten berättar.
- Använd ett vardagligt språk som patienten och närstående förstår.
- Ge relevant information relaterat till patientens situation samt behov.
- Ge information om aktuella provtagningar, vitalparametrar samt eventuella andra undersökningar som skall utföras.
- Ta reda på om patienten har förstått den givna informationen genom att exempelvis be patienten upprepa informationen samt ställa frågor till patienten.
- Ge patienten tid att ställa frågor.
- Undersök om patienten har några särskilda behov så som smärtlindring, extra filtar och kuddar.
- Ge information om vad som kommer att ske här näst (om möjligt).
- Informera om larmklocka.

Att tänka på efter mötet med patienten

- Dokumentera.
- Reflektera över behov som patienten eventuellt har samt fundera över hur dessa kan tillgodoses.
- Ge fortlöpande information samt "titta till" patienten, minst en gång varje timme.

ARTIKELPRESENTATION

Referens i uppsatsen: 27

Titel: Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making.

Författare: Nydén K, Pettersson M, Nyström M.

Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.

Publicerad år: 2003.

Land: Sverige.

Syfte: Att analysera äldre människors basala behov när de befinner sig på en akutmottagning.

Metod: En kvalitativ studie som utfördes med hjälp av öppna intervjuer och spelades in på band.

Urval: Ändamålsenligt urval. Sju patienter med varierande sökorsak, som vårdas en akutmottagning. Patienterna var mellan 65-88 år.

Antal referenser: 22.

Referens i uppsatsen: 28

Titel: Older patients awaiting emergency department treatment.

Författare: Kihlgren Larsson A, Nilsson M, Skovdahl K, Palmblad B, Wimo A.

Tidsskrift: Scandinavian Journal of Caring Science.

Publicerad år: 2004.

Land: Sverige.

Syfte: Beskriva förhållandena på akutmottagningar och de händelser som utspelar sig under väntetiden utifrån patienten och närståendes perspektiv.

Metod: Kvalitativ studie som utfördes på en akutmottagning genom observationer och öppna intervjuer med patienter och eventuella närstående.

Urval: 20 patienter över 75 år som söker akutvård samt eventuella närstående.

Antal referenser: 37.

Referens i uppsatsen: 29

Titel: Being a non-urgent patient in an emergency care unit – a strive to maintain personal integrity.

Författare: Nyström M, Nydén K, Petersson M.

Tidsskrift: Accident and Emergency Nursing.

Publicerad år: 2003.

Land: Sverige.

Syfte: Analysera och beskriva erfarenheter av att vara en icke akut patient på en akutmottagning.

Metod: Kvalitativ metod. Studien utfördes med hjälp av öppna intervjuer.

Urval: Elva patienter, sex kvinnor och fem män som var mellan 52-88 år medverkade i studien.

Antal referenser: 13.

Referens i uppsatsen: 30

Titel: Patient participation in emergency care – A phenomenographic study based on patients' lived experience.

Författare: Frank C, Asp M, Dahlberg K.

Tidsskrift: International Emergency Nursing.

Publicerad år: 2009.

Land: Sverige.

Syfte: Beskriva patientens uppfattningar om delaktighet i sin vård på en akutmottagning.

Metod: Kvalitativ studie som utfördes med hjälp av intervjuer som baserade sig på en fenomenografisk livsvärldsteori (beskriva hur människor skapar meningsfullhet i relation till deras omgivning).

Urval: Ett strategiskt urval av nio patienter varav fyra kvinnor och fem män mellan 26-73 år.

Antal referenser: 31.

Referens i uppsatsen: 31

Titel: Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement.

Författare: Muntlin Å, Gunningberg L, Carlsson M.

Tidsskrift: Journal of Clinical nursing.

Publicerad år: 2006.

Land: Sverige.

Syfte: Att identifiera patienternas upplevelser av vårdkvaliteten på en akutmottagning samt ge förslag till förbättring av kvaliteten.

Metod: En deskriptiv kvantitativ studie som utfördes med hjälp av frågeformulär.

Urval: Alla patienter som besökte akutmottagningen någon gång under de tio tillfällen som urvalet baserades på erbjöds att delta i studien. Totalt svarade 99 kvinnor och 101 män på enkäten.

Antal referenser: 45.

Referens i uppsatsen: 32

Titel: Injured in traffic: Experiences of care and rehabilitation.

Författare: Franzén C, Björnstig U, Jansson L.

Tidsskrift: Accident and Emergency Nursing.

Publicerad år: 2006.

Land: Sverige.

Syfte: Beskriva patienter skadade i trafikens erfarenheter av prehospital vård, sjukhusvård och deras rehabilitering.

Metod: Kvalitativ studie vilken utfördes med hjälp av intervjuer, som analyserades med hjälp av innehållsanalys.

Urval: Åtta kvinnor och en man medverkade. De valdes utifrån sjukhusets databas över skadade patienter som hade vårdats på sjukhuset.

Antal referenser: 26.

Referens i uppsatsen: 33

Titel: Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department.

Författare: Wiman E, Wikblad K.

Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.

Publicerad år: 2004.

Land: Sverige.

Syfte: Att belysa möten mellan skadade patienter och sjuksköterskor i traumateamet samt undersöka förekomsten av vårdande och icke vårdande möten inom akutsjukvården.

Metod: Kvalitativ ansats där fem observationer utfördes med hjälp av en videokamera placerad i akutrummet. Analysen av videoinspelningarna gjordes med hjälp av innehållsanalys.

Urval: Ändamålsenligt urval. Fem patienter som inkommer till akuten på grund av ett trauma samt tio sjuksköterskor som vårdar patienterna.

Antal referenser: 22.

Referens i uppsatsen: 34

Titel: Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective.

Författare: Olsson M, Hansagi H.

Tidsskrift: Emergency Medicine Journal.

Publicerad år: 2001.

Land: Sverige.

Syfte: Att undersöka utifrån patientens perspektiv vad som ligger bakom deras upprepade besök på akutmottagningen.

Metod: En kvalitativ studie utförd med djupintervjuer.

Urval: Stratifierat urval gjordes bland 32 patienter som sökt upprepade gånger till akutmottagningen. Totalt valdes tio vuxna patienter ut att medverka i studien.

Antal referenser: 29.

Referens i uppsatsen: 35

Titel: Injured road users' experiences of care in the emergency department.

Författare: Franzén C, Björnstig U, Jansson L, Stenlund H, Brulin C.

Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.

Publicerad år: 2008.

Land: Sverige.

Syfte: Beskriva patientens upplevelse av vårdkvaliteten på en akutmottagning och att analysera sambandet mellan patientens bakgrund och deras uppskattade vårdkvalitet.

Metod: Kvantitativ metod. Data samlades in med hjälp av medicinska journaler samt en enkätundersökning.

Urval: Ett stratifierat urval gjordes utifrån olyckor som skedde med 321 bilförare, 305 cyklister och 294 fotgängare. Totalt medverkade 166 bilförare, 200 cyklister och 199 fotgängare.

Antal referenser: 37.

Referens i uppsatsen: 36

Titel: Trauma patients' encounters with the team in the emergency department – A qualitative study.

Författare: Wiman E, Wikblad K, Idvall E.

Tidsskrift: International Journal of Nursing Studies.

Publicerad år: 2007.

Land: Sverige.

Syfte: Undersöka traumapatientens upplevelse av mötet med traumateamet.

Metod: En kvalitativ induktiv design. Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer och analyserades med kontextanalys.

Urval: Stratifierat urval gjordes och totalt valdes 17 patienter ut från ett universitetssjukhus utifrån patientlistan på akutmottagningen samt sex patienter från en akutmottagning på ett länssjukhus.

Antal referenser: 28.
