

Från rädsla till trygghet

- Patienters upplevelser av bemötande på
akutmottagningen

FÖRFATTARE	Magdalena Mörling
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå
	VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lisa Donnerdal
EXAMINATOR	Susann Strang
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Från rädsla till trygghet – Patienters upplevelser av bemötande på akutmottagningen
Titel (engelsk):	From fear to security – Patients' encounters of treatment at the emergency department.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad/ OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Magdalena Mörling
Handledare:	Lisa Donnerdal
Examinator:	Susann Strang

SAMMANFATTNING

Den tidigare friska människan blir plötsligt beroende av främmande människor och tvingas sätta sin lit till deras professionella kompetens. Patienter som kommer till akutmottagningen upplever extrem oro, smärta och många även rädsla över att dö. Akutsjukvård bygger på ett triagesystem, som syftar till att den som har det största och mest akuta behovet av vård ska få företräde, vilket innebär att ickeakuta patienter får vänta. Den anställde bär ansvaret för att bemötandet blir gott, oavsett hur patienten betar sig. Syftet var att beskriva hur patienter upplever vårdpersonalens bemötande på somatisk akutmottagning, för att vårdpersonal ska få en större förståelse för hur patienter upplever deras bemötande. Litteraturstudien består av nio vetenskapliga artiklar som publicerats 2000-2009. Induktiv innehållsanalys gjordes enligt Granheim och Lundman (2004). Resultatet kunde delas upp i positiva respektive negativa upplevelser av bemötande. Positiva upplevelser av tröst, tillit, trygghet, respekt, förtroende och bekräftelse skapades genom att patienten blev bemött med medicinsk/teknisk kunskap, information, övrig kommunikation, individuell bekräftelse, uppmärksam omvårdnad, inkluderande av närstående och delaktighet. Negativa upplevelser kom av att patienten blev bemött med nonchalans, dålig kommunikation och negativ information. I denna litteraturstudie framgår tydligt individers olikheter i förväntningar och behov och därmed tillfredsställelse med vårdpersonalens bemötande. Ibland uppnås inte ens lagens krav på vårdpersonalen om att informera och möjliggöra delaktighet. Även dessa två begrepp kan tolkas på olika sätt från person till person och därför krävs det att vårdpersonalen främjar god interpersonell kommunikation med grund i en positiv attityd gentemot patienten, för att säkerställa att patienten upplever sig få dessa grundläggande aspekter av bemötandet tillgodosedda.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Patientens väg genom akutmottagningen	2
Bemötande	2
Kommunikation och samtal	3
Problemformulering	4
SYFTE	4
METOD	4
VALD METOD	4
DATAINSAMLING	4
DATAANALYS	5
RESULTAT	6
POSITIVA UPPLEVELSER AV BEMÖTANDE	6
Medicinsk/teknisk kunskap	7
Information	7
Övrig kommunikation	7
Individuell bekräftelse	8
Uppmärksam omvårdnad	9
Inkluderande av närstående	9
Delaktighet	10
NEGATIVA UPPLEVELSER AV BEMÖTANDE	10
Nonchalans	10
Dålig kommunikation	11
Negativ information	12
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	14
Slutsatser	17
REFERENSER	18
BILAGA - ÖVERSIKT ÖVER ANALYSERAD LITTERATUR	20

INTRODUKTION

INLEDNING

”Är den bruten?!” Alla hade sett fallet, antagligen hade jag skrikit också. Jag höll med min vänstra hand runt högra armbågen. Den kändes inte normal över huvud taget. ”Jag tror det”, kved jag. Smärtan var maximal. Det fanns ingen utväg. ”Vill du sätta dig ner?” undrade någons mamma. Nej, det ville jag inte. Det kändes bättre att gå runt. ”Jag får se! Jag får se!” tiggde mina kompisar. Jag varnade dem för att det skulle se äckligt ut och bad dem att inte skrika. Så tog jag motvilligt bort handen. De grimaserade och drog efter andan, men var tysta. Armbågen var helt klart ur led. Strax kom ambulansen. De satte en mask över näsa och mun och bad mig att andas i den. Jag lydde och strax började världen runt omkring mig att domna bort. Allt höll på att försvinna, allt förutom smärtan, som var kvar med samma maximala intensitet. Körturen till lasarettet var inte mer än fem minuter och jag minns inte exakt vad som hände därefter, men de tog alla mina upplysningar, jag fick någon tablett som skulle hjälpa mot smärtan och blev sedan lämnad ensam i rummet. Den plågsamma smärtan avtog aldrig ens lite grann och tiden kändes som en evighet. Tänk om de hade glömt att jag låg där inne? Hur skulle jag få kontakt med dem? Hade de inte något starkare att ge mig för smärtan, något som hjälpte åtminstone lite grann, medan jag låg där och väntade, ensam i mitt lidande? Känslan i lillfingret hade försvunnit helt och domnaden höll på att sprida sig i resten av handen. Tänk om jag aldrig skulle få tillbaka känslan och rörligheten i lillfingret och resten av handen!!

Detta är en erfarenhet som jag har av akutsjukvård. På ett sätt känns det några år senare banalt, men samtidigt minns jag framför allt känslan av en ohanterbar smärta som jag ändå var tvungen att hantera. Att bli akut sjuk eller skadad är ingenting en människa planerar in i almanackan. Från att kanske ha varit helt frisk kommer man plötsligt i kontakt med sjukvården och blir beroende av främmande människor och tvingas sätta sin lit till deras professionella kompetens. Med den här uppsatsen vill jag beskriva hur akut sjuka eller skadade patienter upplever vårdpersonalens bemötande på den somatiska akutmottagningen.

BAKGRUND

Patientens känslor vid ankomst till akutmottagningen

De allra flesta som kommer till akutmottagningen upplever någon form av ohälsa, obehag eller smärta. För somliga är denna upplevelse det värsta de någonsin varit med om (Wikström, 2006). Olsson och Hansagi (2001) skriver att patienter som kommer till akutmottagningen upplever hot och fara. Många fruktar att de håller på att dö. Jay (1996) beskriver en extrem oro, smärtsamma skador och en känsla av hjälplöshet. Upplevelser av symtom kommer alltid inifrån subjektet själv oavsett om det finns medicinska tecken (Wikström, 2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska tillkännager att sjuksköterskan bör ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Autonomi, integritet och värdighet är begrepp som visar på hur sjuksköterskan bör förhålla sig i mötet med patienten (Socialstyrelsen, 2005).

Patientens väg genom akutmottagningen

De flesta anländer till akutmottagningen gående eller med egen bil. Ett mindre antal kommer dit med ambulans. Det första patienten gör vid ankomsten är att ta en nummerlapp för att registreras i receptionen. Där sitter en erfaren sjuksköterska som arbetar enligt en metod som kallas triage, vilket innebär att sortera patienter. Sjuksköterskan har ankomstsamtal med patienterna och utifrån patientens beskrivning av sina symtom, samt objektiva tecken avgör sjuksköterskan på vilken klinik patienten ska handläggas. Kirurgi, medicin eller ortopedi är oftast de tre huvudklinikerna. Om patientens behov är inom något annat område (öron-näsa-hals, ögon eller gynekologi) handläggs de ofta av personal från någon av huvudklinikerna. De med mindre åkommor behöver inte nödvändigtvis träffa en läkare utan kan få hjälp av en sjuksköterska istället (Wikström, 2006). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Den som har det största behovet ska få företräde (Sveriges riksdag, 1982). Triage används för att urskilja hur akut en patient behöver hjälp. Turordningen på akutmottagningen bygger på sjuksköterskans bedömning och kan komma att ändras om svårt sjuka eller skadade personer kommer in (Möller, Fridlund & Göransson, 2010; Wikström, 2006). Vid osäkerhet kan patienten tas in på undersökningsrum för vidare samtal och rutinmässiga kontroller. Om tveksamheter ändå kvarstår handläggs patienten utifrån det symptom som är potentiellt farligast. Patienter med livshotande tillstånd ska omedelbart bedömas och behandlas av läkare. Resterande patienter får slå sig ner i ett väntrum. Den som inte orkar sitta kan lägga sig i ett väntrum med bårvagnar (Wikström, 2006).

När patienten kommit in på behandlingsrummet utför undersköterskan eller sjuksköterskan följande rutinmässiga kontroller: puls, blodtryck, oxygensaturation, andningsfrekvens samt temperatur. Vid behov tas även andra kontroller. Sjuksköterskor som arbetar med triage får ofta befogenhet att limma mindre sårskador, utföra EKG-undersökningar, lägga om sår, skriva röntgenremisser, ordinera provtagningar med mera för att spara tid. Tanken är att när patienten väl får träffa läkaren ska röntgenbilder och provsvar vara färdiga. Utifrån den tidigare informationen, samt eget samtal och undersökning beslutar läkaren om patienten behöver läggas in för fortsatt vård. Om så är fallet skickas patienten vidare till exempelvis vårdavdelning, intensivvårdsavdelning, hjärtintensivavdelning eller operation. Om inläggning på sjukhus i det aktuella läget inte är nödvändigt skickas patienten hem. Bland dessa patienter kan somliga komma att behöva sjukvårdsinsatser vid ett senare tillfälle, för exempelvis suturtagning, kontrollröntgen, gipsborttagning, återbesök, remiss till sjukgymnast, arbets-EKG eller psykiatrisk vård. Det är då viktigt att patienten får information om hur eventuella återbesök kan gå till, samt ifall patienten själv förväntas boka ett återbesök och vem den i så fall ska vända sig till. Patienten bör få med sig skriftlig information om bokad tid, telefonnummer och telefontider (Wikström, 2006).

Bemötande

En definition av ordet ”bemöta” är: Uppträda [mot någon] eller behandla [någon] på ett visst sätt (Svenska Språknämnden, 2003). Vad som är ett dåligt eller bra bemötande avgörs av tre aspekter: avsikten med handlingen, handlingen i sig, samt konsekvensen av handlingen. Avsikten handlar om vad aktören planerar att göra. Handlingen är själva genomförandet av mötet och konsekvensen är resultatet av agerandet. Det kan finnas bra och dåliga inslag i de tre aspekterna. Om aktören oavsett avsikten väljer att utföra en god handling får mötet en positiv konsekvens. Oftast speglas dock en människas attityd i dess beteende (Weiner Thordarson, 2009).

Den sammantagna kvaliteten i ett professionellt bemötande beror av dels teknisk kvalitet, *vad* kunden får och dels om funktionell kvalitet, *hur* kunden får tjänsten. En person som tar emot tjänster, produkter eller information är alltid en kund. Inom vården kan således patienten betraktas som kund. Exempel på teknisk kvalitet är sak- och fackkunskap och tekniska lösningar. Beteenden, tjänstvillighet, miljö och en anställds utseende är exempel på funktionell kvalitet. En annan sak som kan vara bra att ha i åtanke är att det är den anställde som har ansvaret för att bemötandet blir gott. En del patienter är tacksamma och trevliga, medan andra kan vara krävande, aggressiva och anklagande. Patienten har inget ansvar gentemot vårdpersonalen för att mötet ska bli professionellt (Weiner Thordarson, 2009). I Hälso- och sjukvårdslag står det att hälso- och sjukvården särskilt ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen (Sveriges riksdag, 1982).

Kommunikation och samtal

”[Sjuksköterskan ska] ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt”
(Socialstyrelsen, 2005, s 11)

Kommunikation är när människor möts och skapar något gemensamt. Med kommunikation visar vi hur vi upplever och reagerar på den person vi pratar med. Samtalet sker inte bara via språk och tal utan även genom mimik och ögonkontakt, gester och kropps rörelser, avstånd och lukter. Det sker inte med en person åt gången, alla inblandade parter kommunicerar samtidigt, på olika sätt. Även lyssnande är kommunikation (Nilsson & Waldemarson, 2007).

Kommunikation inom vården sker i ett professionellt sammanhang. Människor söker sig dit för att få vård, hjälp och stöd. Risken att relationen mellan vårdare och patient blir asymmetrisk är stor. Patienten är mer eller mindre sårbar, för att den har ett behov av hjälp och är beroende av vårdpersonalen. Som vårdpersonal är det viktigt att vara medveten om asymmetrin och göra vad man kan för att lyfta fram patientens värdighet och delaktighet. Där är kommunikationen ett starkt verktyg (Stål, 2008). Patienten är den som bäst känner till sina behov och problem och vad som upplevs som värdefullt och viktigt. Vårdpersonalen är lika beroende av patientens tillit som patienten är beroende av vårdpersonalens stöd och sakkunnighet (Eide & Eide, 2006).

Professionella samtal används för att uppnå specifika mål – ge stöd, hantera problem, skapa delaktighet, fördela ansvar, utvärdera, tillrättvisa och kanske förmedla obehaglig information. Ett sådant samtal innebär att den professionella parten skjuter sina privata känslor och reaktioner åt sidan för att använda sig själv för en annan människas skull (Eide & Eide, 2006; Nilsson & Waldemarson, 2007). Det professionella vårdsamtal karaktäriseras av empati, fackkunskande och målorientering. Empati behövs för att kunna sätta sig in i patientens situation. Fackkunskap krävs för att samtalet ska kunna bli professionellt över huvud taget och den kliniska kunskapen ökar möjligheten till empati. Målinriktning innebär en förmåga och vilja att styra kommunikationen i en viss riktning för att nå professionens övergripande mål (Eide & Eide, 2006).

Problemformulering

Patienten kommer till akutmottagningen med en nytillkommen situation som orsakar smärta, oro, rädsla och/eller hjälplöshet (Jay, 1996; Olsson & Hansagi, 2001; Wikström, 2006). För somliga är denna upplevelse det värsta de någonsin varit med om (Wikström, 2006) och många fruktar att de håller på att dö (Jay, 1996). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska bör sjuksköterskan ha en helhetssyn på patienten (Socialstyrelsen, 2005) och bör därmed ta i beaktande patientens känslomässiga tillstånd vid ankomst till akutmottagningen. Efter en inledande litteratursökning inom området verkade det som att den mesta kvalitativa forskningen som gjorts angående upplevelser av vård på akutmottagningar, var utifrån vårdpersonalens perspektiv. Det visade sig dock även finnas forskning utifrån patienters upplevelser. Utifrån talesättet "Kunden har alltid rätt" utgår den här uppsatsen från patientens perspektiv.

SYFTE

Syftet med uppsatsen var att beskriva hur patienter upplever vårdpersonalens bemötande på somatisk akutmottagning.

METOD

VALD METOD

Förestående arbete är en litteraturöversikt, för att skapa en överblick av tidigare forskning. Då syftet är att ta reda på upplevelsen av något har artiklar med en kvalitativ forskningsansats valts och innehållet i dessa har analyserats med kvalitativ innehållsanalys enligt Granheim och Lundman (2004).

DATAINSAMLING

Artiklarna valdes utifrån sökningar i PubMed och Cinahl. Dessa databaser användes för att de har en inriktning på omvårdnad och medicin. Sökorden som användes var *patient, emergency, encounter, encounters, care, caring, experience, emergency department, emergency care unit, qualitative, nursing, nurse*. För att hitta dessa nyckelord, framför allt *bemötande* och *akutmottagning* gjordes först sökningar i svensk mesh, utan resultat. Därefter användes författarens engelsk kunskaper i kombination med att andra uppsatser genomsöktes efter tips på sökord gällande bemötande på akutmottagning. Care, caring, nurse och nursing användes för att få ett omvårdnadsperspektiv. Sökordet *qualitative* lades till i en sökning för att effektivisera sökandet efter kvalitativa artiklar. Flera ordkombinationer och även med andra sökord testades i de båda databaserna. Samtliga titlar i sökningsresultat med en rimlig mängd träffar – den största accepterade sökningen hade 361 träffar – lästes igenom och bland de som kunde tänkas vara relevanta för uppsatsens syfte lästes sammanfattningarna och slutligen artiklarna i sin helhet. Artiklarna granskades utifrån Fribergs (2006) förslag på frågor vid granskning av kvalitativa studier. Under processen exkluderas några artiklar på grund av att de var skrivna ur vårdpersonalens synvinkel eller för att de var baserade på kvantitativa studier. Det senare för att kvantitativa studier i högre grad än kvalitativa, bygger på forskarens förutfattade meningar, då det är denne som sätter upp ramen för vilka typer av information som kan komma upp, genom att ställa fasta frågor. Återstoden

var sju artiklar, varav fem var baserade på svenska studier och de övriga två på kanadensiska. Efter manuell sökning i referenslistor inkluderades ytterligare två artiklar. Se Tabell 1.

Tabell 1. Resultat av artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Valda artiklar
2011-02-10	Cinahl	patient and emergency and encounter	peer reviewed. research article. published date from: 20000101-20101231	83	Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2008; Wiman, Wikblad & Idvall, 2007
2011-02-13	PubMed	emergency care experience	only items with links to full text, English, all adult: 19+ years, published in the last 10 years, field: title	11	Frank, Asp & Dahlberg, 2009
2011-02-13	PubMed	"emergency department" qualitative experience	only items with links to full text, English, all adult: 19+ years, published in the last 10 years	28	O'brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004
2011-02-13	PubMed	"emergency care unit" nursing	only items with links to full text	7	Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003
2011-02-14	Cinahl	nursing and emergency department and patient and care	peer reviewed. research article. published date from: 20000101-20101231	361	Hawley, 2000; Larsson Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad & Wimo, 2004;
2011-02-14	Manuell sökning				Franzén, Björnstig, Jansson, 2006; Nyström, Nydén & Petersson, 2003

DATAANALYS

För att bearbeta datamaterialet användes tanken bakom den induktiva metoden innehållsanalys enligt Granheim och Lundman (2004). Varje artikel lästes igenom förutsättningslöst för att få en översikt över informationen. De lästes sedan igenom noggrant varefter en metodisk genomgång gjordes och textenheter som bar mening i enlighet med uppsatsens syfte markerades och textanalysen fortgick enligt följande beskrivning.

Enligt metoden ska en tabell över meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter, koder, kategorier, subteman och teman göras. Författaren gjorde en egen tolkning där meningsbärande enheter markerades i texterna. Därefter gjordes en tankekarta för varje artikel, där de meningsbärande enheterna kondenserades. Då tankekartorna började ta form markerades varje bubbla som tycktes gå under samma tema med gemensam färg.

Initialt kunde 13 subteman skönjas. De delades först in under tre huvudteman. Under arbetets gång kontrollerades resultatet kontinuerligt mot originaltexterna, samt med uppsatsens syfte för att vara säker på att all relevant information inkluderades. Det resulterade i att ett av de ursprungliga huvudtemana delades upp i de två andra, samt att små förändringar i subtemana gjordes och några

sammanfogades. Se Tabell 2.

RESULTAT

De huvudteman som växte fram angående vårdpersonalens bemötande ur patienters perspektiv var *Positiva upplevelser av bemötande* och *Negativa upplevelser av bemötande*.

Tabell 2. Översikt över teman och subteman i de analyserade artiklarna

	Elmqvist et al, 2008	Wiman et al, 2007	Frank et al, 2009	O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004	Nyström et. al., 2003a	Larsson Kihlgren et al, 2004	Hawley, 2000	Franzén et al, 2006	Nyström et. al., 2003b
Positiva upplevelser	X	X	X	X		X	X	X	X
Medicinsk/teknisk kunskap		X		X		X	X		X
Information		X	X	X			X	X	
Övrig kommunikation	X	X	X	X		X	X	X	
Individuell bekräftelse	X	X	X	X			X	X	
Uppmärksam omvårdnad		X			X	X	X	X	X
Inkluderande av närstående		X		X			X	X	
Delaktighet		X	X	X		X			
Negativa upplevelser		X	X		X	X		X	X
Nonchalans			X		X	X		X	X
Dålig kommunikation		X	X		X	X		X	X
Negativ information					X	X			X

POSITIVA UPPELVELSER AV BEMÖTANDE

Patienter kom till akutmottagningen med rädsla, nervositet, ångest och oro, men med hjälp av personalens tröststrategier uppgav de sedan att de kände sig trygga, säkra, mindre oroliga, mindre nervösa, mer avslappnade, kapabla att hantera det okända och kapabla att hantera smärtan (Hawley, 2000). Bara att vara på sjukhus gav en känsla av trygghet, då patienten visste att den skulle få hjälp där (Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003; Nyström, Nydén & Petersson, 2003; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Positiva upplevelser av tröst, tillit, trygghet, respekt, förtroende och bekräftelse härstammade ur vårdpersonalens bemötande i flera aspekter (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2008; Frank, Asp & Dahlberg, 2009; Franzén, Björnstig, Jansson, 2006; Hawley, 2000; Larsson Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad & Wimo, 2004; Nyström et. al., 2003b; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman, Wikblad & Idvall, 2007). Dessa olika aspekter av bemötanden är indelade i sju subteman: Medicinsk /teknisk kunskap, information, övrig kommunikation, individuell bekräftelse, uppmärksam omvårdnad, inkluderande av närstående samt delaktighet.

Medicinsk/teknisk kunskap

Patienter som kom till akutmottagningen hade oftast en tilltro till personalens medicinska kompetens. Ickeakuta patienter hade inte mycket annat att välja på än att lita på att triagesjuksköterskan gjort en riktig bedömning om att dens tillstånd inte var akut (Nyström et. al., 2003b). I en studie om patienters upplevelse av tröst på akutmottagningen var ”omedelbar och kompetent teknisk/fysisk vård” det första som nämndes av de 14 deltagarna. Detta innefattade effektiv problemfokuserad vård som fysiska kontroller, anamnes och status. Sjuksköterskan kontaktade läkaren i förväg för att kunna ha alla prover och kontroller färdigt till läkarens ankomst. Sjuksköterskan reagerade snabbt på förändringar i hälsotillståndet eller ljud från apparaterna. Uppmärksamheten på omedelbara behov, samt information om vad som skedde skapade en känsla av kompetens som ingav tillit och trygghet samt gjorde att patienten kunde slappna av (Hawley, 2000). Wiman et al (2007) belyser i sin studie om traumapatienters möte med akutvårdspersonal att patienterna upplevde att teamet på akutmottagningen hade praktisk och teoretisk kunskap, vilket resulterade i snabbt och handfast ingripande, samt information om skadan och påföljande vård. Detta bemötande ingöt tröst, förtroende och tillfredsställelse hos patienten. O’Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) visade att traumapatienter upplevde trygghet på grund av att teamet var effektivt, organiserat och hade koll på allt.

Bland äldre patienter karaktäriserades vården på akutmottagningen till huvudsak av att möta medicinska behov. Många patienter uttryckte känslor av tillit till personalens medicinska expertkunskap och hade därför en positiv attityd gentemot personalen (Larsson Kihlgren et. al., 2004).

Information

Att kontinuerligt få information värdesattes av patienterna. Traumapatienter upplevde att de blev informerade om vad teamet gjorde och allt gick snabbt. De ingav förtroende genom sin expertis (O’Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Även information om väntetid på läkaren upplevdes som tröstande (Hawley, 2000). Vårdpersonalen förklarade mekanismerna bakom skadan och olyckans konsekvenser. Skriven information var särskilt uppskattat, eftersom det hjälpte patienten att komma ihåg samt att det ingav förtroende (Franzén et al., 2006). ”Vid utskrivning fick jag skriva instruktioner om träning, vilket gjorde att jag kände mig trygg.” (Franzén et al., 2006, s. 107). I studien av Wiman et al. (2007) fick en del patienter målinriktad information om skadan och den påföljande vården av läkaren. En del patienter kände sig bekräftade bara genom att få adekvata omvårdnadsåtgärder, samt information och råd angående situationen (Frank et al., 2009).

Övrig kommunikation

Kommunikationen i mötet med teamet på akutmottagningen började för det mesta formellt med anamnes och status samt information om skadan. När de initiala undersökningarna var avklarade övergick kommunikationen ofta till mer fria samtal utifrån ett holistiskt synsätt eller humoristisk konversation där även närstående deltog. Den humoristiska kommunikationen framkom även under den fysiska undersökningen och både personal och patienter deltog. All typ av kommunikation gav intrycket av ett uppmärksam beteende hos personalen, vilket ingav tröst och förtroende hos patienten (Wiman et al., 2007). Bland svårt skadade traumapatienter spelade det inte stor roll vad som sades. Hur de pratade med patienten var viktigare. De hade lugnande röster och repeterade uppmuntrande fraser. (O’Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Elmqvist et al., 2008). Då den akuta fasen var över kunde det vara viktigt för patienten att sätta ord på händelsen och personalen kunde assistera genom att lyssna aktivt och hjälpa till att fylla i pusselbitar som saknades. Bland

akut skadade patienter förekom ofta minnesluckor som orsakade obehag hos patienten. Detta obehag lindrades när personalen hjälpte till att förklara vad som skett samt hjälpte patienten att få en komplett berättelse. Genom berättelsen kunde patienten sätta punkt för händelsen, vilket hjälpte återhämtandet (Elmqvist et al., 2008; Franzén et al., 2006).

Positiv kommunikation som förmedlade tröst kunde ske samtidigt som teknisk/fysisk vård utfördes. Exempel på positiv kommunikation var *lugnande kommunikation*, *empatisk kommunikation*, *motiverande samtal* och *förklarande kommunikation* (Hawley, 2000). Lugnande kommunikation innebar lugnande röster och repetition av uppmuntrande fraser som ”Oroa dig inte. Vi tar hand om dig.” (Elmqvist et al., 2008; Hawley, 2000; O’Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Empatisk kommunikation förmedlade äkta omsorg och förståelse för patientens situation, då patienters olikheter uppmärksammades och togs i beaktande, samt specifika rädslor och orosämnen registrerades. Motiverande samtal inspirerade patienten, ingav självförtroende som hjälpte till att hantera situationen, smärta etc. Förklarande kommunikation innebar svar på frågor och samtal angående sjukdom, skada, behandling, vad utrustningen var till för samt för att det förberedde patienten på vad som skulle ske. Bara att veta tog bort mycket osäkerhet och rädsla hos patienterna (Hawley, 2000). Genom aktivt lyssnande skapade vårdpersonalen en känsla av tillit och förtroende hos patienten (Franzén et al., 2006).

”De pratade med mig och försökte lugna mig” (Franzén et al., 2006, s 107).

Bland äldre patienter var en viktig aspekt i omvårdnaden att de gavs möjlighet att förklara varför de kommit dit och en fördel var ifall de fick göra det i ett tidigt skede. Sjuksköterskor och läkare som skapade ögonkontakt med de äldre patienterna och tog tid att lyssna till dem möttes med tacksamhet. Patienterna blev lugnare och kände tillit om de bemöttes med vänlighet. Det uppfattades även som positivt då sjuksköterskan, utöver information om blodprovet som skulle tas, småpratade med patienten under proceduren (Larsson Kihlgren et al., 2004). En annan studie visade att fritt utrymme att vara delaktig i sin vård upplevdes när personalen ställde öppna frågor och visade intresse. Det skapades en dialog när patienten fick förklara och personalen visade respekt, lyssnade och förstod (Frank et al., 2009).

Individuell bekräftelse

Sex studier belyste patienters upplevelser av att bli betraktade som personer och känslor av att personalen uppriktigt brydde sig om dem (Elmqvist et al., 2008; Frank et al., 2009; Franzén et al., 2006; Hawley, 2000; O’Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman et al., 2007). En känsla av tillit skapades när vårdgivare behandlade patienten som en individ med unika behov (Franzén et al., 2006). Engagemanget kännetecknades av både fysisk och psykosocial uppmärksamhet (Wiman et al., 2007). Kompetent och intresserad personal med ett empatiskt förhållningssätt ingav tröst och förtroende genom relationen som utvecklades mellan patient och sjuksköterska (O’Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman et al., 2007).

”Det känns så bra när människor bryr sig om en annan när det händer något. Man känner att man inte bara är en sak som körs runt. De bryr sig även efteråt, vad man varit med om.” (Elmqvist et al., 2008, s. 190).

Då en patient hade livshotande skador var existentiell bekräftelse av största vikt: Att vårdaren var helt närvarande, pratade lugnande med patienten, rörde vid den och kallade den vid namn. Det kunde hjälpa den skadade att återfå kontrollen över livet. Den kände att den var någon (Elmqvist et al., 2008).

Då äldre patienter upplevde att sjuksköterskan bemötte dem omtänksamt och uppmärksammade deras varierande behov upplevdes interaktionen med sjuksköterskan som positiv (Larsson Kihlgren et al., 2004). När personalen uttryckte betydelsen av kontinuitet i vem som vårdade patienten kände den sig viktig (Frank et al., 2009). Kontinuitet skapade dessutom tillit och andra positiva känslor hos patienten (Frank et al., 2009; Wiman et al., 2007).

Sjuksköterskans närvaro och omsorg hjälpte patienter att slappna av samt motverkade känslan av ensamhet. Den upplevdes som alltid tillgänglig, även av patienter som visste att det fanns andra som var sjukare och bättre behövde dens uppmärksamhet på avdelningen (Hawley, 2000). Att vara i centrum för mångas uppmärksamhet tog bort känslor av ensamhet (Franzén et al., 2006), men trots mycket folk omkring sig kunde patienter med livshotande skador känna sig ensamma (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Bland dessa patienter kunde uppmärksam närvaro vara livsnödvändigt. Det kunde hjälpa den skadade att behålla viljan att fortsätta kämpa för överlevnad (Elmqvist et al., 2008).

Personalens ständiga närvaro gjorde också att patienten kände sig viktig (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004) och uppmärksamheten gjorde att patienter kände sig delaktiga i sin vård (Frank et al., 2009).

Genom att hålla patientens hand, klappa den på ryggen eller tvätta dens panna förmedlade sjuksköterskan tröst till patienterna (Hawley, 2000). Beröring fick svårt skadade traumapatienter att känna sig bättre och för vissa var det en livlina som gav den energi de behövde för att överleva skadorna (Elmqvist et al., 2008; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Uppmärksam omvårdnad

Sjuksköterskorna var uppmärksamma på om de patienterna saknade kuddar eller filtar, om de var törstiga eller hungriga, om de behövde ett toalettbesök, behövde bli flyttade från den hårda britsen eller behövde smärtlindrande läkemedel (Hawley, 2000; Larsson Kihlgren et al., 2004; Wiman et al., 2007) samt följde upp effekten av dessa omvårdnadsåtgärder (Hawley, 2000). Personalen verkade instinktivt förstå att patienten hade ont och gjorde sitt bästa för att lindra smärtan (Franzén et al., 2006; Hawley, 2000). Smärtlindring i sig nämns som en källa till trygghet och tillit till personalen (Franzén et al., 2006). De var inte bara medvetna om dessa behov, utan kunde dessutom förutse dem (Larsson Kihlgren et al., 2004).

När sjuksköterskorna väntade på besked från läkarna var det en del av dem som pratade med patienterna och tog reda på deras önsknings och behov medan de väntade. De flesta sjuksköterskorna gjorde dock inte detta. Att bli bemött med uppmärksam omvårdnad berodde således på vilken personal som var i tjänst (Nyström et al., 2003b).

Omtänksam omvårdnad lämnade inre spår i form av positiva känslor, med ett undantag. Patienter som råkat ut för en olycka utan att ha drabbats av några skador som blev visade den här typen av seriöst engagemang kunde känna skam (Wiman et al., 2007).

Inkluderande av närstående

Sjuksköterskor upplevdes ha ett empatiskt förhållningssätt då de kontaktade närstående (Wiman et al., 2007). Närvaron av närstående skapade en känsla av trygghet (Franzén et al., 2006). Att uppmärksamma och inkludera närstående genom att informera dem och uppdatera dem om

patientens tillstånd, samt tillåta dem att besöka patienten vid sängkanten gav patienter indirekt tröst och upplevdes som ett tecken på omsorg (Hawley, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Dock visade O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) att det fanns en skillnad mellan könen. Männerna ville inte i lika hög grad som kvinnorna ha närstående vid sängkanten, då detta eventuellt misstänktes kunna störa sjukvårdspersonalens arbete.

Delaktighet

Patienter hade olika syn på delaktighet och olika behov av att vara delaktiga (Frank et al., 2009). Vissa patienter upplevde tillfredsställelse med vården och bemötandet på akutmottagningen även om de var passiva och helt överlämnade sig i händerna på vad de uppfattade som kompetent personal (Wiman et al., 2007). Somliga upplevde sig delaktiga när personalen observerade deras kroppsspråk och erbjöd hjälp. I andra fall räckte det med att få information och råd för att patienten skulle känna sig delaktig. En del behövde ha fritt utrymme för att känna tillfredsställelse vad gäller delaktighet. Det innebar att personalen brydde sig om patientens livsvärld och var lyhörd för patientens känslor, rädslor och orosämnen. Patienten kände sig då respekterad och bekräftad som individ. Att känna sig viktig gjorde att patienten kände sig delaktig. Personalen på akutmottagningen satte upp villkoren för när och på vilket sätt delaktighet kunde ske (Frank et al., 2009). Då patienten blev sedd och behandlad som en person inbjöd det till delaktighet enligt Wiman et al. (2007). Äldre patienter upplevde det som extremt viktigt att få delta i beslutet angående att bli inlagd eller utskriven (Larsson Kihlgren et al., 2004). Då svårt skadade traumapatienter fick en uppgift att fokusera på, som att fortsätta andas eller svälja när de skulle sätta en nasogastrisk tub, upplevde de sig tillföra något till teamet de hade kring sig (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

NEGATIVA UPPLEVELSER AV BEMÖTANDE

Negativa upplevelser av bemötande resulterade i känslor av avvisande, oro, osäkerhet, otrygghet och besvikelse. Dessa olika aspekter av bemötande kunde delas in i tre subteman: Nonchalans, dålig kommunikation samt negativ information.

Nonchalans

En del patienter upplevde att de blev behandlade med nonchalans och blev nekade information som de borde ha fått (Franzén et al., 2006).

”Jag låg i sängen när jag plötsligt kände att jag hade en kateter. Jag tänkte 'Herre Gud, vad har jag här?' Det var det första jag sa till en doktor som kom i närheten av mig, men han sa bara: 'Ja vi ska dra den där katetern senare.' Jag fick ingen vidare information om vad som skulle ske när jag vaknade upp. Jag hade verkligen behövt det.” (Franzén et al., 2006, s. 108)

Att endast få de medicinska behoven tillfredsställda var inte tillräckligt för att alla patienter skulle känna sig tillfredsställda. Kontaktbasen för patienter på akutmottagningen utgjordes av medicinska behov och kontakt skedde ibland endast när patientens fysiska tillstånd krävde det (Frank et al., 2009; Larsson Kihlgren et al., 2004).

”Den enda kontakten jag hade med henne var när hon kom med gigantiska nålar. De observerar inte andra behov. De kommer bara till mig när de måste göra något med mig.” (Frank et al., 2009, s. 17).

Många äldre patienter oroade sig mer för annat än för sitt medicinska tillstånd. De kunde exempelvis känna oro över sin egendom, sin ekonomiska situation och hemsituationen. En del patienter uttryckte starka känslor av sorg och kände att de hade förlorat kontrollen. Ibland behövde de upprepa hur de hade det flera gånger, men det upplevdes som mer positivt än att inte få tillfälle att diskutera sina problem över huvud taget (Larsson Kihlgren et al., 2004).

En del patienter upplevde att vårdpersonalen hade en nonchalant och ointresserad attityd som resulterade i att de kände sig betraktade som objekt eller diagnoser som skulle avklaras och skrivas ut så fort som möjligt (Franzén et al., 2006; Nyström et al., 2003b).

”Min erfarenhet är att de var väldigt stressade under ronderna. Det var som att de bara kollade att jag var klar i huvudet, så de kunde skriva ut mig. De frågade vilken dag det var...” (Franzén et al., 2006, s. 108)

Total brist på medlidande orsakade känslor av avvisande och respektlöshet (Franzén et al., 2006). Patienter som inte vill underordna sig den existerande vårdkulturen och kämpade för att bli involverade i sin vård upplevde ofta att de befann sig i en maktkamp där de själva var i underläge (Frank et al., 2009). Patienter kämpade för att behålla sin integritet i hopp om att få någon möjlighet till delaktighet (Nyström et al., 2003b).

Patienter upplevde att vårdpersonalen rusade fram och tillbaka och helt ignorerade dem under flera timmars väntan. Ändå ansåg vissa att det var bättre att vänta ute i korridoren där det var liv och rörelse än ensam i ett väntrum utan någon som hade koll på en. Då kände de sig minde ensamma och kunde åtminstone hugga tag i en förbipasserande sjuksköterska (Nyström et al., 2003a; Nyström et al., 2003b).

Personalen upplevdes ha ett stressat beteende (Franzén et al. 2006; Larsson Kihlgren et al., 2004; Nyström et al., 2003a; Nyström et al., 2003b), vilket genererade en känsla av avvisande och respektlöshet (Franzén et al., 2006). Patienter som inte upplevde sig ha den kontakt med vårdpersonalen som de skulle vilja hade olika strategier för att försöka få kontakt. Om de hade närstående med sig sökte de ofta att med hjälp av dem få kontakt med sjukvårdspersonal (Frank et al., 2009; Nyström et al., 2003a). Andra ringde ofta på personalen eller ropade efter dem för att få deras uppmärksamhet. Ett fåtal av dem som var missnöjda försökte klaga på bristen på omsorg men upplevde att personalen var för stolt för att ta till sig kritik (Frank et al., 2009).

Patienter kände sig vilsna under väntetiden och undrade om de blivit bortglömda. Ingen pratade med dem, vilket ledde till en känsla av övergivenhet. Även lidande i form av smärta, hunger, törst och att frysa var närvarande under väntetiden (Larsson Kihlgren et al., 2004).

Dålig kommunikation

Vårdpersonalen lyssnade inte till patienters upplevda behov och skrev ut patienter mot deras vilja utan någon information om skadan, dess konsekvenser, vidare vård eller svar på några frågor (Franzén et al., 2006; Wiman et al., 2007). Allt de hade fått var ett recept i handen utan någon förklaring om vad det var till för. Svårigheter att få remiss till andra vårdinstanser, t ex sjukgymnast krävde extra tid, ansträngning och väntan från patientens sida (Franzén et al., 2006). Det skapade känslor av övergivenhet, missnöje och ibland ilska. Bland traumapatienterna fanns aldrig ett sådant oengagerat förhållningssätt i den initiala fasen. Det kunde upplevas först då patienten stabiliserats fysiskt och teamet lämnade den (Wiman et al., 2007). Vårdpersonal som uttryckte sig bryskt och inte gav information eller gav otillfredställande svar skapade känslor av oro, osäkerhet och

otrygghet. Likaså gjorde tvetydig kommunikation (Franzén et al., 2006).

Patienter upplevde att personalen bestämde vilken information de ville ge ut, utan att fråga vad patienten skulle vilja veta. Patienter som var pålästa om sin sjukdom eller skada och ställde frågor kände ofta att de blev avvisade (Frank et al., 2009).

Vissa patienter upplevde att de inte visste något och att personalen aldrig berättade vad de gjort med dem. De visste inte ens vem som var ytterst ansvarig för deras vård eftersom vårdprocessen på akutmottagningen var så fragmenterad, där olika personer hade olika ansvar. En del patienter upplevde att de inte fick någon information över huvud taget, varken om skadan, dess konsekvenser eller vad som skulle ske med dem på akutmottagningen (Nyström et al., 2003a; Nyström et al., 2003b; Wiman et al., 2007). Det uppfattades som otillräcklig kompetens hos personalen (Wiman et al., 2007).

Några patienter upplevde det svårt att göra sig hörd. De hade en känsla av att personalen trodde att det inte var något fel på dem och möjligheten att få omvårdnad under väntetiden varierade beroende på vilken sjuksköterska som var i tjänst (Nyström et al., 2003b; Nyström et al., 2003a).

Bland äldre patienter förekom det att de fick information på ett medicinskt språk eller rutinmässig information som de inte förstod. I dessa fall gavs inte patienten möjlighet att själva dela med sig av sin berättelse (Larsson Kihlgren et al., 2004). Patienter som inte litade på att triagesjuksköterskan gjort en riktig bedömning om att dens tillstånd inte var akut, fylldes av rädsla (Nyström et al., 2003b). Känslor av oro och osäkerhet kom till ytan då patienten upplevde att vårdpersonalen inte hade något intresse av att stödja, lyssna eller förklara händelseförloppet på ett sätt som patienten kunde ta till sig. Patienter kände ilska och förtvivlan över att sjukhusrutiner och regler sattes högre än deras behov (Franzén et al., 2006).

Negativ information

Vårdpersonal berättade för patienter om sitt stressiga arbete och tunga arbetsbelastning, vilket resulterade i att patienterna fick en känsla av att vara en börda och uttryckte då inte sina önskningar och behov, som därför inte blev mötta. Det resulterade i dålig omvårdnad. Patienter blev besvikna, men skämdes över att klaga, då de insåg att det fanns andra som bättre behövde sjuksköterskans uppmärksamhet, så de led i tysthet i försök att vara ”bra” patienter. Det ledde till att de försvarade vårdpersonalen, då de hade ett stressigt arbete med mycket att göra, och riktade istället sitt missnöje mot chefer och politiker (Larsson Kihlgren et al., 2004; Nyström et al., 2003a; Nyström et al., 2003b).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med uppsatsen var att beskriva patienters upplevelse av vårdpersonalens bemötande på akutmottagningen. Då det finns tidigare forskning gjord på området och tiden för uppgiften var begränsad valde författaren att göra en litteraturöversikt baserad på aktuell forskning. Databaserna PubMed och Cinahl valdes för att de har en inriktning på omvårdnad och medicin. Endast artiklar som var publicerade inom de senaste tio åren valdes. Då syftet var att beskriva patienters upplevelse inkluderades endast artiklar som var kvalitativa, samt där delar eller hela resultatet byggde på intervjuer med patienter. Till största delen användes endast de delar av resultaten som utgick från patienternas röster. I enstaka fall inkluderades dock forskarens observationer som kompletterats

med patientintervjuer.

Sverige verkar vara ett av länderna som går i bräschen vad gäller forskning av patienters upplevelser av vård på akutmottagning det senaste decenniet. Sju av nio artiklar är härifrån och de resterande två är från Kanada. Författaren till den aktuella uppsatsen är inte helt på det klara med hur det kanadensiska akutsjukvårdssystemet fungerar i relation till det svenska, men menar genom egen erfarenhet utifrån att ha varit bosatt i Kanada att kulturen i de båda länderna liknar varandra på flera sätt och resultaten i de kanadensiska artiklarna stämde i flera aspekter överens med de svenska. Att de flesta artiklarna bygger på svensk forskning ses som positivt, då det antas ge ett mer samlat resultat, eftersom utgångspunkten i studierna är i en gemensam övergripande kultur och samma sjukvårdssystem.

Författaren valde att inte utgå från en omvårdnadsteori, då det ansågs medföra en risk att låsa tankarna inom den teoretiska ramen och kanske missa vad resultatet egentligen visade. Ett friare och mer induktivt resultat önskades. Syftet med induktiv metod är att generalisera innehållet i de specifika texterna, utan att ha en färdig hypotes att verifiera. Metoden lämpar sig då man har sparsam eller fragmenterad kunskap om området (Elo & Kyngas, 2008).

Den fria tolkningen av metoden enligt Granheim & Lundman (2004) ansågs fungera bra för det här arbetet och färgkoderna i tankekartorna underlättade att se gemensamma teman som därefter kunde formuleras om i subteman. Risken finns dock att något missades då steget med koder och subteman sammanfördes, eftersom analysprocessen blev ett steg kortare.

Trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet är tre begrepp som har att göra med trovärdigheten i kvalitativa forskningsfynd (Granheim & Lundman, 2004). Trovärdigheten beror dels av datainsamlingens omfattning, om man har valt rätt metod och har fått med all väsentlig data inom området för syftet. Författaren menar att mycket väsentlig information är inkluderad, då resultatet speglar både ickeakuta och akuta patienters upplevelser, varierande ålder och kön samt olika typer av skador. En svaghet kan dock vara att resultatet inte innehåller specifika uppgifter angående akut sjuka patienter, utan främst skadade patienter. Detta kan bero på att en del studier uteslöt patienter som var akut sjuka på grund av deras hälsotillstånd och därmed svårighet att kunna delta i studierna.

En annan kritisk aspekt som har med trovärdighet att göra är att välja meningsbärande enheter. För långa enheter kan innehålla flera olika meningar och för korta enheter kan sluta i fragmentering av texten. Trovärdighet avgörs också av hur väl kategorier och teman täcker data (Granheim & Lundman, 2004). Det ligger en svårighet i att kondensera meningsbärande enheter i lagom stora portioner, så att teman kan särskiljas utan att texten fragmenteras. Författaren hade detta i åtanke under arbetets gång. Hur väl den lyckades är svårt för läsaren att avgöra utan att själv gå tillbaka till ursprungsartiklarna. En aspekt som försvårar i avgörandet av trovärdigheten i analysen är det faktum att läsaren inte i uppsatsen kan se de ursprungliga texterna, vilket gör det svårare att se möjligheten till alternativa tolkningar, enligt Granheim & Lundman (2004).

Pålitlighet anses av författaren främst gälla datainsamling vid forskning och kan inte direkt appliceras på en litteraturstudie. Överförbarhet handlar om till vilken grad fynden kan överföras till andra sammanhang eller grupper (Granheim & Lundman, 2004). De subtemana som framkom var specifika för akutmottagningens patienter och kan inte utan vidare överföras till andra patientgrupper och det ligger även en svårighet i att generalisera ickeakuta patienters upplevelser med akuta patienters. Däremot anser författaren att det till en viss grad går att generalisera resultatet till andra liknande patientgrupper, men det är viktigt att komma ihåg att alla patienter är olika.

En svaghet i metoden var att författaren skrev ensam och således inte hade någon annan som var insatt i artiklarna att bolla tankar med. Dock finns det enligt Granheim och Lundman (2004) ingen

korrekt mening av forskningsfynd, utan endast den mest troliga meningen ur ett specifikt perspektiv, vilket är vad författaren i denna analys har haft för avsikt att lyfta fram.

RESULTATDISKUSSION

Inget av subtemana kunde återfinnas i samtliga artiklar. Författaren antar att det till största delen beror på att olika patientgrupper inom akutmottagningen har undersökts, framför allt ickeakuta patienter i jämförelse med akuta patienter. Även olika syften, forskarnas förutfattade meningar samt i vilket skede av akutsjukvården som intervjuerna med informanterna gjordes antas spela in. Ett exempel på detta är Nyström et al. (2003a). Författarna valde en akutmottagning där ett ickevårdande beteende var vida känt och syftet med studien var att undersöka ickevårdande attityder i mötet mellan sjuksköterskor och patienter, vilket kan förklara avsaknaden av positiva upplevelser. En positiv motsvarighet till nyss nämnda studie är Hawley (2000), vars syfte var att beskriva sjuksköterskans tröststrategier, samt utfallet av tröststrategierna ur akutmottagningspatienters perspektiv, vilket kan förklara avsaknaden av negativa upplevelser.

Patienter både räknade med att bli bemötta med medicinsk och teknisk kunskap, samt uppgav ofta att de blev det. Den initiala känslan av rädsla och sårbarhet lättade snabbt när patienten anlät till akutmottagningen och patienten började känna sig trygg (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Bara att vara på sjukhus gav en känsla av trygghet, då patienten visste att den skulle få hjälp där (Nyström et al., 2003a; Nyström et al., 2003b; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004;). Uppmärksamheten åt omedelbara behov samt information om vad som skedde skapade en känsla av kompetens som ingav tillit och trygghet samt gjorde att patienten kunde slappna av (Hawley, 2000). Baldursdottir och Jonsdottir (2002) bekräftade vikten av medicinsk och teknisk kunskap i en kvantitativ studie om vilka vårdande beteenden som upplevdes som viktigast. Deras resultat visade att fyra av de tio viktigaste beteendena byggde enbart på medicinsk och teknisk kunskap. Med på listan fanns även att ge klara svar på patientens frågor. Detta kan ha att göra med både medicinsk kunskap, men även annan typ av kunskap.

Enligt Maslows (1970) berömda behovshierarki är de mest grundläggande behoven de biologiska, det vill säga att äta, dricka, sova och andas. När dessa elementära behov blivit mötta är trygghet det största behovet vi människor har. Det innefattar säkerhet, pålitlighet, skydd från hot samt struktur. (Maslow, 1970). Detta bekräftar resultatet att traumapatienterna upplevde trygghet på grund av att de fick de mest grundläggande behoven tillgodosedda, samt att teamets organisation och struktur, samt personalens bekantskap med varandra utstrålade pålitlighet och skapade trygghet (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

En annan definition av trygghet är att människan är en relationell varelse, där tryggheten kan tänkas vara en förtrogenhet med världen. Det som man känner till och som är förutsägbart känns tryggt, medan det okända kan skapa otrygghet (Thorsen, 2005). Detta kan vara en förklaring till att information upplevdes som så viktigt bland patienterna. Bara att veta tog bort mycket osäkerhet och rädsla hos patienterna (Hawley, 2000). Information är inte bara något som uppskattas av patienterna. Det är dessutom sjuksköterskans skyldighet enligt socialstyrelsen, samt svensk lagstiftning. I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska belyses en kompetens gällande att informera patienter och/eller närstående och förvissa sig om att dessa förstår informationen, samt att sjuksköterskan ska ha förmåga att uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker informationsbehov (Socialstyrelsen, 2005).

“Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, samt om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.”
(Sveriges riksdag, 1982)

Det är således olagligt för vårdpersonal att inte ge patienter information om deras situation och möjligheter till behandling. Alltså ska patienter som skrivs ut från akutmottagningen få information om fortsatt vård och behandling, vilket inte alltid skedde (Franzén et al., 2006; Nyström et al., 2003a; Nyström et al., 2003b; Wiman et al., 2007;).

I en situation av akut sjukdom eller skada då livet är hotat ligger stora delar av livet i händerna på andra. För att kunna få trygghet i en sådan osäker situation hjälper det att ha tillit till att sjukvårdspersonalen är vana vid att hantera sådana här situationer och att de har vad som krävs för att kunna hjälpa (Thorsen, 2005). Många patienter i den här litteraturöversikten verkade ha denna tillit till sjukvården som institution i och med att de kände sig trygga bara av att vara på sjukhuset (Nyström Dahlberg & Carlsson, 2003; Nyström et al., 2003b; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Det kan bero på att de haft tidigare erfarenheter av att få hjälp på sjukhus. Sachs (2004) skriver att tillit bygger på att det finns en tidigare relation. Tilliten behöver inte nödvändigtvis vara riktad mot en person utan kan även vara riktad mot exempelvis den svenska sjukvården. Genom positiva upplevelser förstärks tilliten inför nästa möte. Genom att ha tilltro till en specifik läkare influeras patientens svar på såväl överksam som verksam medicinsk behandling. Man kan alltså som vårdpersonal använda sin egen personlighet, karaktär och handlande för att hjälpa patienten till bättre hälsa. Även genom tillit till behandling eller medicin kan effekten höjas så att en människa kan bli bättre än vad t ex medicinen i sig enligt vetenskapliga tester kan åstadkomma (Sachs, 2004).

Övrig kommunikation, utöver den formella kommunikationen och informationen förmedlade tröst och ingav tillit och förtroende (Franzén et al., 2006; Wiman et al., 2007). Bland akut skadade patienter förekom ofta minnesluckor som orsakade obehag hos patienten. Detta obehag lindrades när personalen hjälpte till att förklara vad som skett samt hjälpte patienten att få en komplett berättelse (Elmqvist et al., 2008; Franzén et al., 2006). Den som lyssnar betyder mycket för hur berättelsen formas (Skott, 2004). Öhlén (2004) bekräftar att berättande har en läkande kraft. Han menar att det kan öppna perspektiv som hjälper personen att skapa mening eller uppleva tröst.

Att bli sedd som en människa med unika behov skapade en känsla av tillit (Franzén et al., 2006;). Det skedde när patienten fick både fysisk och psykosocial uppmärksamhet av personal som var intresserad (Wiman et al., 2007). På listan över de tio viktigaste vårdande beteendena fanns förutom medicinrelaterad kunskap att vara närvarande och uppmärksam, att bli behandlad som en individ, att personalen gör vad de säger att de ska göra samt att personalen är vänlig om omtänksam (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002). Dock var det så att på grund av tidigare erfarenheter av vård på akutmottagning hade patienter låga förväntningar på att bli behandlade som individer. Detta gjorde att de anpassade sig till systemet utan att klaga. Detta gällde framför allt ickeakuta patienter (Frank et al., 2009; Nyström et al. 2003a).

Då en människa är sjuk eller i behov av hjälp och stöd accepterar den att främmande personer rör vid en på ett sätt som i vanliga fall hade känts som ett överskridande av ens gränser. Om en sjuksköterska håller handen på en frisk människa ökar dennes puls och blodtryck. Om däremot personen sjuksköterskan håller i handen är sjuk och behöver hjälp sjunker puls och blodtryck. Det är tack vare oxytocin, som frigörs vid beröring av någon man känner tillit till. I en situation då man förlorat sitt oberoende har man inte mycket annat att välja på än att sätta sin lit till den som hjälper en. Oxytocinet dämpar stressnivån, minskar rädsla, dämpar smärta och stimulerar läkande processer. Dessutom gör oxytocinet att frisättningen av kroppsegna opiater och dopamin ökar (Uvnäs Moberg, 2009). Detta kan vara en möjlig förklaring till den positiva effekten beröring hade

för akut sjuka personer (Elmqvist et al., 2008; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Beröring för att trösta hamnade dock på listan över de tio minst viktiga vårdande beteendena i en studie om vilka vårdande beteenden patienter på akutmottagningen upplevde vara viktigast (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002).

Då oxytocin frigörs vid beröring av personer man känner tillit till är detta ännu en anledning till att inkludera närstående. Dock visade O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) att männen inte i lika hög grad som kvinnorna ville ha närstående vid sängkanten, då detta misstänktes kunna störa sjukvårdspersonalens arbete. Då den studien gjordes i Canada och inget om denna könsskillnad nämndes i de svenska artiklarna kan man ställa sig frågan om denna könsskillnad finns även i Sverige. Dessutom bygger studien av O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) på intervjuer med endast sju patienter. Oavsett om det finns en skillnad mellan kön eller inte, visar detta resultat på att inte alla patienter på akutmottagningen vill ha närstående vid sängkanten. Att vårdpersonalen kontaktade närstående och berättade om patientens situation var dock uppskattat av samtliga patienter (Hawley, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Att inkludera närstående finns även med i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska.

[Sjuksköterskan ska] i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. ”
(Socialstyrelsen, 2005, s 11)

Delaktighet i vården är även påbjudet i lagen:

”Hälso- och sjukvården ska särskilt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet... Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.” (Sveriges riksdag, 2011, HSL 2a§)

Då patienter har olika behov av att vara delaktiga och har olika syn på vad det innebär att vara delaktig (Frank et al., 2009) anser författaren att det är vårdpersonalens skyldighet att vara lyhörd för varje individs behov och önskingar för att följa Socialstyrelsens rekommendationer och lagen.

Wiman et al. (2007) skriver att omtänksam omvårdnad skapade positiva känslor hos patienten. Mer exakt vilka känslor som framkom går här inte att urskilja. Det kan vara ett uttryck för svårigheten i att särskilja upplevelsen av positiva känslor, att ett gott respektive dåligt bemötande skapar ett kluster av känslor. En annan svårighet i att särskilja och definiera de positiva begrepp som framkom i den här uppsatsen: tröst, tillit, trygghet, respekt, förtroende och bekräftelse, kan vara att patienterna inte har lika stor kunskap om begreppen som sjuksköterskor har och det kan det antas att olika patienter lägger olika betydelse i ett och samma begrepp.

Det hände att icke skadade personer som råkat ut för trauma kom till akutmottagningen för att utesluta skador. Då de upplevde att de blev bemötta med ett seriöst engagemang från vårdpersonalen kunde få känslor av skam (Wiman et al., 2007). I det här fallet verkar den negativa känslan inte härstamma ur brist på individuell vård, utan snarare tvärtom. Möjligtvis kan det bero på att patienten är medveten om vårdpersonalens stressiga arbetssituation och därför får dåligt samvete över uppmärksamheten de får som andra kunde tänkas behöva bättre. Larsson Kihlgren et al. (2004), Nyström, Dahlberg och Carlsson (2003) och Nyström, Nydén och Petersson (2003) bekräftar att vårdpersonal ofta i ord och beteende låter patienterna få veta att de har en stressig

arbetsituation. Däremot visade deras resultat att ickeakuta patienter upplevde att de inte blev väl omhändertagna. Kan det vara så att patienter som råkat ut för trauma får seriösare uppmärksamhet än andra sjuka patienter eller har olika patientgrupper olika förväntningar på vården?

Muntlin, Gunningberg, och Carlsson (2008) upptäckte att olika patientgrupper efterfrågade olika typ av akutsjukvård. Flera faktorer, exempelvis information efter ingrepp, respekt och empati, nutrition, generell atmosfär och rutiner skattades betydligt lägre bland patienter med gastrointestinala symtom, generella kirurgpatienter, samt patienter som skrevs in på en avdelning än av patienter med annan bakgrund och orsak till besök på akutmottagning. De menade att det finns en skillnad i uppfattning av vårdkvalitet beroende av vad patienten söker hjälp för.

De negativa upplevelserna av bemötande representerades främst av ickeakuta patienter, både de som kom dit utan riktigt akuta skador eller sjukdomar, samt akuta patienter som stabiliserats (Nyström et al., 2003a; Nyström et al., 2003b; Wiman et al., 2007). Nyström, Nydén och Petersson (2003) skriver att om patienten inte litade på att triagesjuksköterskan gjorde en riktig bedömning gällande hur akut patientens tillstånd är tog rädslan över. Ekwall, Gerdtz och Manias (2008) studerade besök på akutmottagningen ur ledsagares perspektiv och upptäckte signifikanta skillnader i ledsagarens uppfattning om hur akut patienten behövde hjälp jämfört med triagesjuksköterskans. Författaren antar att patientens uppfattning troligtvis stämmer bättre överens med ledsagarens än med triagesjuksköterskans.

Ekwall et al. (2008) visade även att bland personer som ledsagade patienter med ett mer akut tillstånd var tillfredställelsen med vården på akutmottagningen betydligt högre än bland de som ledsagade mindre akuta patienter. Detta resultat var oberoende av väntetid eller ledsagarens vetskap om patientens triagestatus. Dessutom visade resultatet att äldre ledsagare var mer tillfredställda med akutsjukvården än yngre (Ekwall et al., 2008).

Slutsatser

Syftet att beskriva hur patienter upplever vårdpersonalens bemötande på somatisk akutmottagning uppnåddes, då uppsatsen belyser flera aspekter av positiva respektive negativa upplevelser som beskrivits av patienter. Upplevelsen av vårdpersonalens bemötande berodde på olika faktorer, bland annat patientens förväntningar. Akut sjuka eller skadade patienter upplevde generellt att de fick ett bättre bemötande än ickeakuta patienter. För att kunna ge ett någorlunda tillfredställande svar på vad detta beror på bör även vårdpersonalens perspektiv på hur de bemöter patienterna undersökas. Andra förslag till vidare forskning är hur patienters förväntningar av vård på akutmottagning överensstämmer med vårdpersonalens förväntningar.

Generellt var patienter tillfredställda med vården på akutmottagningen så länge de blev bemötta av kompetent personal med medicinsk kunskap och teknisk skicklighet, som även gav information om skadan/sjukdomen, proceduren på akutmottagningen och det fortsatta behovet av vård. Negativa känslor ersattes ofta av positiva känslor då patienter kom till akutmottagningen och bemöttes av vårdpersonalen. I denna litteraturstudie framgår tydligt individers olikheter i förväntningar och behov och därmed tillfredställelse med vårdpersonalens bemötande. Det minsta vårdpersonalen kan göra i bemötandet av patienter är det som lagen påbjuder gällande information och delaktighet. Även dessa två begrepp kan tolkas på olika sätt från person till person och därför krävs det att vårdpersonalen främjar god interpersonell kommunikation med grund i en positiv attityd gentemot patienten, för att säkerställa att patienten upplever sig få dessa grundläggande aspekter av bemötandet tillgodosedda. En sådan typ av kommunikation skapar en relation mellan sjuksköterskan och patienten, där den senare kan känna sig sedd, hörd och respekterad som person,

får möjlighet att uttrycka sina behov och önskningsar och kan därmed få dessa tillgodosedda, vilket kan resultera i minskad oro efter utskrivning samt eventuellt färre besök på akutmottagningen.

REFERENSER

Baldursdottir, G. & Jonsdottir, H. The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung: The journal of acute and critical care*. 2002; 31; 67-75.

Ekwall, A., Gerdtz, M. & Manias, E. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. *Journal of clinical nursing*. 2008; 17; 800-9.

Elo, S. & Kyngas, H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008; 62; 107-15.

Eide, T. & Eide, H. *Kommunikation i praktiken – relationer samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Liber; 2006.

Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh M. More than medical treatment: The patient's first encounter with prehospital emergency care. *International emergency nursing*. 2008; 16; 185-92

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.

Franzén, C., Björnstig, U. & Jansson, L. Injured in traffic: Experiences of care and rehabilitation. *Accident and Emergency Nursing*. 2006; 14; 104-10

Granheim, U. & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004; 24; 105-12.

Hawley, P. Perceptions of emergency department patients. *Clinical nursing research*. 2000; 9; 441-59.

Jay, R. Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of accident and emergency interventions. *Accident and emergency nursing*. 1996; 4; 125-31.

Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B. & Wimo, A. Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2004; 18; 169-76

Maslow, A. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row; 1970.

Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M., Different patient groups request different emergency care – A survey in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*. 2008; 16; 223-32

Möller, M., Fridlund, B. & Göransson, K. Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2010; 24; 746-54.

Nilsson, B. & Waldemarson, A-K. *Kommunikation – samspel mellan människor*. Studentlitteratur; 2007.

- Nyström, M., Dahlberg, K. & Carlsson, G. Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International journal of nursing studies*. 2003; 40; 761-9.
- 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; 22-6.
- O'brien, J-A. & Fothergill-Bourbonnais, F. *Journal of Emergency Nursing*. 2004; 30; 216-24.
- Olsson, M. & Hansagi, H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal*. 2001; 18; 430-4.
- Sachs, L. *Tillit som bot – Placebo i tid och rum*. Studentlitteratur; 2004.
- Skott, C. *Berättelsens praktik och teori – narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv*. Studentlitteratur; 2004.
- Socialstyrelsen. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Hämtad 2010-01-24. Tillgänglig från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Stål, R. *Vårdkommunikation i teori och praktik*. Studentlitteratur; 2008.
- Svenska Språknämnden och Nordsteds ordbok. *Svenskt språkbruk – ordbok över konstruktioner och fraser*. Nordsteds förlag; 2003.
- Sveriges riksdag. *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. Hämtad 2011-02-15
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- Thorsen, R. *Trygghet*. s 13-38 i Jahren-Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. *Grundläggande omvårdnad del 3*. Liber; 2005
- Weiner Thordarson, K. *Professionellt bemötande – Att möta kunder i offentlig verksamhet*. SKL Kommentus AB; 2009
- Wiklund, L. *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Natur och Kultur; 2003.
- Wikström, J. *Akutsjukvård – Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Studentlitteratur; 2006.
- 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; 714-22
- Öhlén, J. *Berättelser (s)om vårdande*, s 25-35 i Skott, C. *Berättelsens praktik och teori – narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv*. Studentlitteratur; 2004.

ÖVERSIKT AV ANALYSERAD LITTERATUR

Titel: More than medical treatment: The patient's first encounter with prehospital emergency care

Författare: Elmqvist C, Fridlund B, Ekebergh M

Tidsskrift: International emergency nursing

Årtal: 2008

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva och förstå patientens första möte med prehospital akutvård som det upplevs av patienten och den första instansen.

Metod: Fenomenologisk analys ur ett livsvärldsperspektiv med hjälp av ostrukturerade intervjuer som spelades in, transkriberades ordagrant och analyserades.

Urval: 18 informanter: patienter, akutvårdspersonal. Fyra traumatiska situationer med livshotande skador.

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

Årtal: 2008

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva patienters kvalitativt olika uppfattningar av deltagande i sin vård på en akutmottagning.

Metod: Fenomenografi med utgångspunkt i livsvärldsteori. Intervju med öppna frågor, som transkriberades ordagrant och analyserades.

Urval: Nio patienter av varierande kön och ålder som tidigare vårdats för olika typer av sjukdomar/skador på en akutmottagning i Sverige.

Titel: Injured in traffic: Experiences of care and rehabilitation

Författare: Franzén C, Björnstig U, Jansson L

Tidsskrift: Accident and emergency nursing

Årtal: 2005

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva de skadade individernas upplevelse av prehospital-, sjukhusvård samt påföljande rehabilitering.

Metod: Narrativa intervjuer sex månader efter händelsen. De spelades in, transkriberades ordagrant och analyserades.

Urval: Nio patienter, åtta kvinnor och en man, 19-70 år, som skadats medium-allvarligt i trafiken (tre bilister, tre cyklister, tre fotgängare) med olika typer av skador som resultat.

Titel: Nurse Comforting Strategies: Perceptions of emergency department patients

Författare: Hawley P

Tidsskrift: Clinical Nursing Research

Årtal: 2000

Land: USA

Syfte: Att beskriva sjuksköterskans tröststrategier samt utfallet av tröststrategierna ur akutmottagningspatienters perspektiv.

Metod: Intervjuer med öppna frågor som spelades in och transkriberades. Därefter fick patienten korrekturläsa, varefter innehållet analyserades.

Urval: 14 frivilliga inläggande patienter, nio kvinnor, fem män, 20-75 år, som kommit från akutmottagning på grund av olika sjukdomar eller skador.

Titel: Older patients awaiting emergency department treatment
Författare: Larsson Kihlgren A, Nilsson M, Skovdahl K, Palmblad B, Wimo A
Tidsskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences
Årtal: 2004

Land: Sverige

Syfte: Att genom icke deltagande observationer och intervjuer med patienter och närstående beskriva vad som skedde under deras besök på akutmottagningen.

Metod: Grounded Theory. Icke deltagande observationer, följda av intervjuer med öppna frågor med patient eller anhöriga. Anteckningar fördes. Efter varje observations-/intervjutillfälle spelade forskaren in sina intryck och transkriberade sedan dessa och analyserade innehållet.

Urval: 20 patienter, 14 kvinnor, 6 män, >75 år, på akutmottagning.

Titel: Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization

Författare: Nyström M, Dahlberg K, Carlsson G

Tidsskrift: International journal of nursing studies

Årtal: 2003

Land: Sverige

Syfte: Att analysera bakomliggande faktorer till ickevårdande attityder i möten mellan sjuksköterskor och patienter på en specifik akutmottagning.

Metod: Intervjuer enligt öppen livsvärldshermeneutik som spelades in, transkriberades ordagrant och analyserades.

Urval: Nio sjuksköterskor varav en manlig, från olika team, med varierande arbetserfarenhet. 11 patienter, fem män, sex kvinnor, 52-88 år, med varierande hälsoproblem.

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

Årtal: 2003

Land: Sverige

Syfte: Att analysera och beskriva upplevelser av att vara en ickeakut patient på en akutmottaning

Metod: Intervjuer enligt öppen livsvärldshermeneutik som spelades in, transkriberades ordagrant och analyserades.

Urval: 11 patienter: sex kvinnor, fem män, 52-88 år, med tidigare erfarenhet av vård på varierande akutmottagningar.

Titel: The experience of Trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients

Författare: O'brien J-A, Fothergill_Bourbonnais F

Tidsskrift: Journal of emergency nursing

Årtal: 2004

Land: Canada

Syfte: Att fastställa 1) patienters perspektiv på traumaåterupplivning på akutmottagningen; 2) om patienterna har en upplevelse av sårbarhet under traumaåterupplivning på akutmottagningen; 3) om det finns faktorer som påverkar patientens upplevelse.

Metod: Tolkande fenomenologi. Semistrukturerade intervjuer mellan 2-7 dagar efter traumaåterupplivandet, samt uppföljning 7-12 månader senare. De spelades in, transkriberades ordagrant och analyserades.

Urval: Fyra män, tre kvinnor (31-55 år), motorfordonsskador eller fallskador

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

Årtal: 2006

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka traumapatienters uppfattningar om sina möten med teamet på akutmottagningen.

Metod: Semistrukturerade intervjuer, som spelades in, transkriberades ordagrant och analyserades enligt fenomenografisk kontextanalys.

Urval: 23 patienter, 12 män, 11 kvinnor, 19-71 år, som blivit utsatta för högenergivåld utan livshotande skador, fullt medvetande under hela vårdtiden, samt skrevs ut efter mindre än 24 timmar på akutmottagningen.
