

Bemötande på Akutmottagningen

- En litteraturstudie av patienters förväntningar på
sjuksköterskor inom akutsjukvård

FÖRFATTARE	Malin Nilsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad HT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Moene
EXAMINATOR	Inga-Lill Koinberg
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk): Bemötande på akutmottagningen – En litteraturstudie av patienters förväntningar på sjuksköterskor inom akutsjukvård

Titel (engelsk): Caring behavior in the emergency department – a literature study of patients' expectations on nurses in emergency care

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs/kurskod/ Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng

kursbeteckning: OM5250 Examensarbete i omvårdnad

Arbetets omfattning: 15 Högskolepoäng

Sidantal: 22

Författare: Malin Nilsson

Handledare: Monica Moene

Examinator: Inga-Lill Koinberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Sjuksköterskors bemötande påverkar patienternas välmående och i slutändan hälsa. På akutmottagningar där tempot är högt och besluten snabba är det extra viktigt att ha med sig tanken om det goda bemötandet. HSL, Socialstyrelsen och ICN:s etiska kod för sjuksköterskor tar alla upp olika aspekter av bemötande. Bemötandet är lika viktigt som vården för patienterna, men idag är det klagomål på bemötandet som står för flest anmälningar till patientombudsmannen. **Syfte:** Syftet med arbetet var att beskriva patienters förväntningar på sjuksköterskor på akutmottagningar samt att belysa i vilken mån sjuksköterskorna lever upp till dessa förväntningar idag. **Metod:** Arbetet är utformat som en litteraturstudie där åtta artiklar studerats och analyserats enligt Febe Fribergs metod. **Resultat:** Analys av artiklarna visar att patienterna på en akutmottagning förväntar sig att sjuksköterskan har *kompetens* att klara av de uppgifter hon är där för att sköta, att hon har god *kommunikationsförmåga* för att kunna möta patienterna och att hon har ett gott *bemötande* och trevlig *personlighet* för patienterna ska känna sig väl omhändertagna. **Slutsats:** Tyvärr lever inte alla sjuksköterskor upp till dessa förväntningar. Här har cheferna ett stort ansvar för att driva dessa frågor ute på mottagningarna och att se till att personalen tar dem på allvar. Då antalet funna artiklar som tar upp *patienternas* uppfattningar om vad de förväntar sig av sjuksköterskorna är litet finns ett tydligt behov av att undersöka området vidare. Att befästa patienternas åsikter med hjälp av forskningsunderlag ger mandat att påverka och förändra.

Keywords: Nursing, Emergency care, Caring, Uncaring, Encounter,

Förkortningar som används

AM – Akutmottagning

SSK – Sjuksköterska

USK – Undersköterska

Redogörelse av begrepp

Begreppen 'Caring' och 'Uncaring'. Då dessa begrepp har en särskild innebörd i engelska språket och motsvarande inte går att finna i det svenska språket utan att använda sig av ett flertal synonymer har jag valt att använda dessa ord rakt av utan översättning. Redogörelse för dessa begrepp ges i arbetets bakgrund.

I texten används ibland attributen 'hon' om sjuksköterskan och 'han' om patienten. Detta är endast för enkelhetens skull och ämnar inte påföra eventuell laddning om kön eller genus. Då undertecknad är av kvinnligt kön sågs det mest naturligt att omnämna sjuksköterskan som kvinna i de fall där det underlättar för textens uppbyggnad. Dessa attribut har dock ingen betydelse för textens innehåll.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Inledning	1
Bakgrund	1
Teoretisk referensram.....	4
Problemformulering.....	5
SYFTE	5
METOD	6
Datainsamling	6
Inklusionskriterier.....	6
Exklusionskriterier.....	6
Dataanalys	6
RESULTAT	7
Kommunikationsförmåga	7
Förväntningar inför mötet.....	7
Utgång av mötet.....	7
Bemötande och personlighet	8
Förväntningar.....	8
Utgång	9
Kompetens	11
Förväntningar.....	11
Utgång	11
Övriga önskemål	11
DISKUSSION	13
Metodologiska överväganden	13
Resultatdiskussion	14
Kommunikation	14
Bemötande	16
Kompetens	18
Organisation och planering	18
SLUTSATS	19
REFERENSER	21

INTRODUKTION

Inledning

Sjuksköterskor arbetar inom en mängd olika instanser inom hälso- och sjukvård, ifrån primärvård till specialiserade vårdavdelningar på sjukhus, både inom privat och offentlig sektor. Gemensamt för alla sjuksköterskor är möten med patienter. Mötets kvalitet och karaktär är ofta avgörande för hur den fortsatta vården kommer att bli och om patienten känner sig sedd. Under min tid som sjuksköterskestudent på praktik inom olika vårdinstanser har jag studerat sjuksköterskornas möten med patienter, anhöriga och kollegor. Jag har sett exempel på bra och mindre bra möten och bemötanden. Jag har noterat hur sjuksköterskans beteende sätter stämningen i patientsalen, på sjuksköterskeexpeditionen och i personalrummet.

I arbetet på en akutmottagningen där tempot är högt och besluten snabba är det extra viktigt att ha med sig tanken om det goda bemötandet. Att bemötandet är en del av vården. Om patienten inte är nöjd med bemötandet är de heller inte nöjda med vården de fått. På en akutmottagning är dessutom patienter och anhöriga ofta extra sårbara då besvär och olyckor oftast kommit utan någon som helst förvarning, vilket skapar oro och ibland även ångest- och chocktillstånd.

Valet av ämne grundar sig på ett starkt intresse för hur sjuksköterskor betar sig mot patienter och närstående. Då akutsjukvården ligger mig varmt om hjärtat valde jag att studera just detta område. Jag sommarvikarierade på en akutmottagning och fick se exempel på duktiga, inspirerande sjuksköterskor som utstrålade trygghet och värme men också exempel på beteenden som aldrig borde få förekomma i patientsammanhang. Jag ställde mig frågor som 'Vad är ett gott bemötande enligt patienterna?' Och 'Hur blir patienterna bemötta idag?'

Bakgrund

Antalet akutbesök till svenska akutmottagningar beräknas till ca 2,5 miljoner per år. Det finns för närvarande akutmottagningar vid 74 av landets sjukhus. De akuta besöken beräknas utgöra omkring 30 procent av alla besök vid länets akutsjukhus (Socialstyrelsen, 2011). Till akutmottagningen kommer patienter som blivit akut sjuka eller skadade med besvär som inte kan vänta till nästa dag på att bli undersökta. På akutmottagningen arbetar läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare för att göra punktinsatser på plats och för att lotsa patienter som är i behov av fortsatt vård vidare i vårdkedjan. Patienterna som kommer till mottagningen förväntas bli bemötta med vänlighet och respekt och att deras besvär tas på allvar. Det är uppenbart att bemötandet har betydelse för utgången av vården. Det är lättare att ifrågasätta huruvida man fått rätt vård om man inte litar på sin vårdgivare, vilket kan vara fallet då man upplever att denna brustit i sitt bemötande (Boudreaux & O'Hea, 2004).

I hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 1982:763, 2 §) står att läsa att *”vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (...) bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (...) främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen (...) Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd (...) de metoder för undersökning, vård och behandling som finns”*.

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International council of nurses [ICN], 2006, sid 4) står det att *”sjuksköterskan i vårdarbetet verkar för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras. Sjuksköterskan ansvarar för att*

den enskilda individen får information som ger förutsättningar till samtycke för vård och behandling”.

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor som tagits fram av socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2005, sid 11 och 12) står att sjuksköterskor ska *”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 (...) förvissa sig om att patient och/eller närstående förstår given information (...) uppmärksamma patienter som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov”.*

Socialstyrelsen introducerade 2005 konceptet 'God Vård' (Socialstyrelsen, 2010). Begreppet står för att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges inom rimlig tid. (Socialstyrelsen, 2009) Socialstyrelsen skriver: *”En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Patienten ska bemötas utifrån sitt sociala sammanhang. Vården utförs då med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. (...) Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. För att patienten ska kunna vara delaktig och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling, krävs att patienten har kunskap, förståelse och insikt.”* (Socialstyrelsen 2009a, sid 33). Relationen mellan vårdgivare och patient baseras på värme, tillit, öppenhet, ärlighet och förtroende, att visa respekt för individen och dess värderingar, att göra patienten delaktig i beslutsfattandet samt att främja kommunikation genom individuellt anpassad information och uppmärksam lyssnande. Den patientcentrerade vården ska också erbjuda fysiskt och känslomässigt stöd och tillvarata engagemang från närstående (Socialstyrelsen 2009a). På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram indikatorer för uppföljning av Hälso- och Sjukvården för att se om den motsvarar förväntningarna på God Vård. Bland dessa indikatorer finns rubriken 'Respektfullt och individuellt bemötande'. Här skriver socialstyrelsen att: *”Det individuella, respektfulla bemötandet är ett av grundkraven på en patientfokuserad hälso- och sjukvård. All vård ska bygga på respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Ett respektfullt bemötande ska känneteckna hela vårdprocessen från det första mötet.”* (Socialstyrelsen 2009b, sid 39)

Socialstyrelsen producerar regelbundet rapporter som tar upp det aktuella läget inom hälso- och sjukvård. 2009 års rapport (Socialstyrelsen 2009a) tar upp ämnet god vård som ett huvudtema. Här tas resultat upp ifrån olika enkäter som undersöker medborgarnas inställning till sjukvården, däribland vårdbarometern, som är en återkommande befolkningsundersökning i nästan alla landsting med frågor om vården. Svenskarna är, i jämförelse med övriga EU-länder nöjda med svensk sjukvård och anser att kvaliteten på sjukhusvården är hög. Primärvården fick något sämre betyg. På frågan om patienterna är nöjda med den vård de fått svarade mellan 75 och 90 %, beroende på var de sökt vård att de var nöjda år 2009. Andel personer som svarat att de är nöjda med informationen de fått ligger mellan 78 och 89 %. Nöjdast är de som besökt en privat specialistläkare, medan de minst nöjda är de som besökt en akutmottagning. Däremellan ligger besök till vårdcentral, husläkarmottagning eller mottagning eller klinik på sjukhus.

Varje landsting har nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter som anser sig ha blivit felbehandlade inom vården. Varje år redovisar de siffror på antalet ärenden och vad dessa handlar om. Ärendena sorteras i kategorierna Vård och behandling, Bemötande, kommunikation och

information samt Organisation, regler och resurser. Antalet ärenden inom Bemötande låg år 2007 på 3644 stycken. Antalet har ökat sedan 2000, men det är oklart om detta beror på ett ökat missnöje eller ökad kunskap om patientnämnderna och ökad anmälningsbenägenhet hos befolkningen. Andelen anmälningar som handlar om bemötande låg 2007 på 15 %, men bemötandemissnöjet skulle kunna dölja sig i andra ärenden, där missnöje med vården är det primära, men där patienterna inte hade valt att anmäla om de upplevt ett gott bemötande (Socialstyrelsen, 2009a). Därför är siffran troligtvis egentligen mycket högre.

I lägesrapporten 2010 skriver Socialstyrelsen att *”Hälso- och sjukvården kännetecknas fortfarande i stor utsträckning av ett professions- och organisationsperspektiv snarare än ett patientperspektiv (...) Befintliga underlag pekar (...) på att vården inte alltid uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav och intentioner när det till exempel gäller att informera om behandlingsalternativ och göra patienten delaktig. Samtidigt visar allt fler vetenskapliga studier att bland annat just delaktighet är en viktig komponent för vårdens resultat.”* (Socialstyrelsen, 2010, sid 11)

Ordet bemötande är svårdefinierat. Synonymer till ordet kan vara uppträdande och uppförande, mottagande, attityd, ett sätt att tilltala och bete sig mot andra människor. Björn Fossum (2007) skriver i boken 'Kommunikation: Samtal och bemötande i vården' att bemötande handlar om hur samtal genomförs och utförs. Trots svårigheter med definition verkar alla människor ha en känsla för vad ett gott bemötande är. Om man frågar en patient som just skrivits ut ifrån en vårdavdelning eller en akutmottagning kan nästan alla svara på om de upplevt ett gott bemötande eller inte. Detta betyder inte att alla människor upplever bemötanden likadant. Ett gott bemötande för mig kan upplevas som ett bristande bemötande för någon annan, beroende på dennes bakgrund, personlighet, kultur, ålder etc.

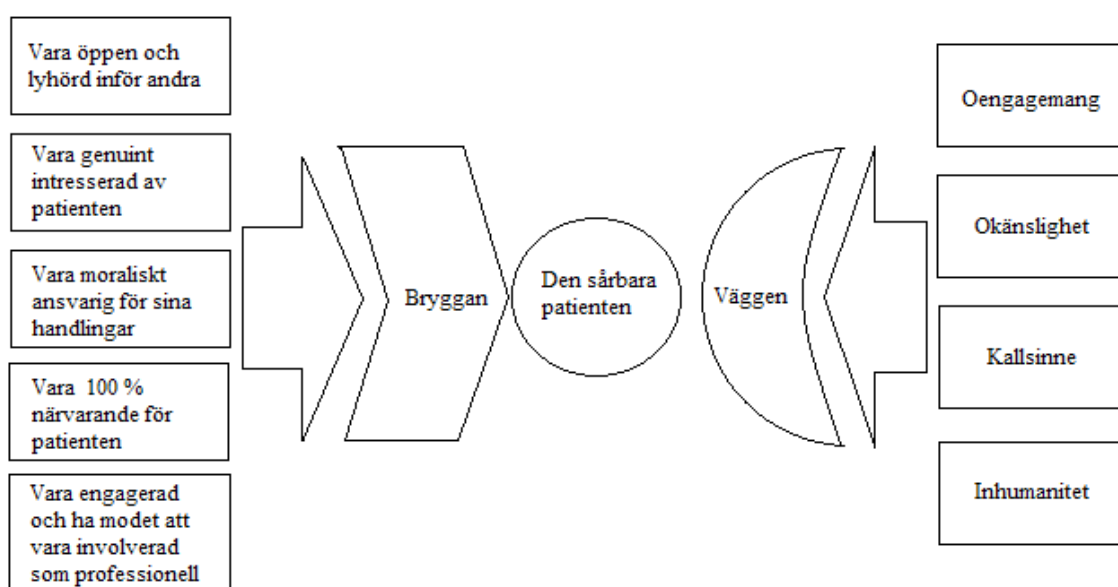
Kommunikation är en given del i vårarbetet. Genom kommunikationen får vi information av patienten som kan leda oss till orsaken bakom de problem patienten söker vård för och för att förmedla de slutsatser vi dragit. Ordet kommunikation kommer ifrån latinets 'communicare' som betyder ungefär "att göra något gemensamt" (Nilsson & Waldemarson, 2007). Goda kommunikationsfärdigheter är en förutsättning för en bra vårdrelation mellan patient och sjuksköterska (Wiman et al, 2006). Kommunikation är inte bara det vi säger och skriver, utan allting vi förmedlar med vår kropp. Allt vi gör säger någonting. Alltifrån ansiktsuttryck och kroppshållning, till vilja eller ovilja att möta patientens blick eller frågor. Kommunikationsforskaren Goodwin (1981) menar att blicken alltid föregår talet. Blicken signalerar uppmärksamhet och upprätthåller samtalet genom att de som talar ser på varandra.

All kommunikation sker i en kontext och formas av denna. En mening kan ha två helt olika innebörder beroende på i vilket sammanhang den sägs. Hur meningen uppfattas kan också vara beroende av vår sociala eller kulturella bakgrund. Vår identitet påverkar hur vi uppfattar olika budskap. Tolkningen av budskapet är en förutsättning för kommunikationen. Då vi kommunicerar med varandra förutsätter vi alltid att den vi förmedlar oss till har en viss förkunskap som gör att vi inte behöver säga allting ordagrant. Om vi hela tiden skulle försöka vara så precisa som det bara gick i det vi säger så skulle det ta en evighet. Det är en utmaning att hitta balansen mellan att göra sig förstådd och att inte bli långrandig. Vi sänder ut både medvetna och omedvetna som avsiktliga och oavsiktliga budskap. De allra flesta budskap innehåller en blandning. (Nilsson & Waldemarson, 2007)

Teoretisk referensram

Sigridur Halldorsdottir bedrev under 90-talet omvårdnadsforskning som kommit att få stor betydelse för synen på vad som anses vara ett gott möte mellan sjuksköterska och patient. Tillsammans med Elisabeth Hamrin genomfördes ett antal studier (1996, 1997) som senare mynnade ut i avhandlingen 'Caring and Uncaring encounters in nursing and health care: developing a theory' (Halldorsdottir, 1996). Studierna genomfördes på nio patienter som diagnostiserats med cancer och som vårdats vid ett flertal tillfällen för sin sjukdom, men som för tiden för intervjuerna ansågs vara fria ifrån sin cancer.

Halldorsdottirs teori om 'caring and uncaring' bygger på två metaforer, 'bryggan' och 'väggen' (Se fig 1). Bryggan står för kommunikation och samhörighet med patienten, medan väggen symboliserar negativ eller icke existerande kommunikation, likgiltighet och brist på samhörighet. I mitten, mellan bryggan och väggen finns den sårbara patienten. Begreppet 'caring' utgörs av tre grundelement: *kompetens*, *caring* och *samhörighet* (se tabell 1). *Kompetens* handlar om sjuksköterskans förmåga till empowering, att skapa samhörighet med patienten, om utbildning av patienter, närstående och medarbetare, att kunna göra kliniska bedömningar och att kunna utföra uppgifter och att ingripa till förmån för någon. *Caring* handlar om sjuksköterskans bemötande och väsen. Det innebär att hon ska vara öppen och lyhörd och mottaglig för patientens behov, att ha ett genuint intresse för patienten, både som patient och som person, att vara moraliskt ansvarig för sina handlingar, att vara 100 % närvarande för patienten, i situationer och samtal, fysiskt och emotionellt samt att vara engagerad och ha modet att vara professionellt involverad. *Samhörighetsaspekten* involverar fem faser vilka måste genomgå för att samhörighet skall uppnås. Först krävs att både patienten och sjuksköterskan söker kontakt och svarar på denna. Som ett resultat av den samhörighet som skapats kan sjuksköterskorna se patienterna som jämlikar och arbeta tillsammans



Figur 1: Halldorsdottir's teori om 'caring' och 'uncaring'. Bryggan står för de attribut som utgör ett möte som ses som 'caring' medan väggen symboliserar de attribut som står för 'uncaring'. (Fritt översatt efter Wiman och Wikblad, 2004)

med dem mot ett gemensamt mål. Professionell närhet skapas när patienten börjar att lita på sjuksköterskan. En brygga skapas när patienten känner av samhörigheten och känner sig trygg i att söka sjuksköterskans hjälp och stöd. Som ett resultat av denna ömsesidiga bekräftelse får sjuksköterskan lättare att förstå patienten i dennes kontext, vilket är en förutsättning för att kunna ge riktigt god vård.

Ett möte som upplevs som 'uncaring' består likaså av tre negativa komponenter: *inkompetens och likgiltighet, brist på förtroende samt ömsesidigt undvikande och avsaknad av samhörighet* mellan sjuksköterska och patient. Patienterna upplever dessa sjuksköterskor som ointresserade och okänsliga till kyliga och även inhumana. Ointresse refererar till en avsaknad av en positiv och omsorgsfull inställning. Sjuksköterskan upplevs som ouppmärksam och verkar sakna genuint intresse och omtanke om patienten. Okänslighet visar sig när sjuksköterskans likgiltighet blir uppenbar för patienten och denne känner att hon inte bryr sig om honom. Patienterna upplever det som att han stör henne om han ber om hjälp. Vid kylighet upplever patienten sjuksköterskan nästan som en dator, robot eller maskin, en känsla som påverkar patienten mycket negativt. Patienterna känner det som att denna är en börda för sjuksköterskan och att hennes liv skulle vara mycket bättre om hon fick slippa patienten. Slutligen ses den allvarligaste formen av 'uncaring', inhumanitet. Den karaktäriseras av olika former av inhumana inställningar såsom att bli totalt ignorerad, bli illabehandlad, förlöjligad och behandlad som om man vore pestsmittad. Konsekvenserna för detta beteende är mycket allvarliga och patienterna kan känna sig trakasserad och bestraffad. Inkompetens kan handla om att sjuksköterskan är hårdhänt eller tar i patienten på ett obehagligt sätt, att hon saknar god kommunikationsförmåga och inte inser patientens behov av information eller instruktioner eller saknar förståelse för vad patienten går igenom. Hon kanske ser till patienten endast då denna kallar på henne men inte på eget initiativ. Dessa exempel på 'uncaring' leder till uppbyggnad av 'väggen'. Patienterna känner inget förtroende för sjuksköterskan utan försöker undvika kontakt. (Halldorsdottir, 2007)

Resultatet av ett vårdmöte som upplevs som 'uncaring' är att patienterna upplever minskat välmående och hälsa. I studierna som ligger till grund för Halldorsdottirs (2007) avhandling rapporterar patienterna att de känner sig avvisade och nedbrutna. De känner sig osäkra, tyngda, oroliga och stressade och upplever försämrade självkänsla och förlust av kontroll. Alla upplevde att mötet hade påverkat deras välmående och läkeförmåga.

Problemformulering

När människor tillfrågas om vad de förväntar sig när de kommer till en akutmottagning så är det första, mest logiska svaret 'god vård'. Men god vård innebär mer än att bara få rätt diagnos och behandling. Det handlar om på vilket sätt vi bemöts av personalen, hur besöket flyter på och hur lång tid det tar att få vård. Sjuksköterskan har stor del i hur patienterna upplever besöket på akutmottagningen. Många aspekter ligger på en organisatorisk nivå, medan andra handlar om det sjuksköterskan kan bidra med varje dag, i mötet med patienten. I denna litteraturstudie ville jag ta reda på vilka förväntningar patienterna har på sjuksköterskorna på akutmottagningar och i vilken mån sjuksköterskorna lever upp till dessa förväntningar.

SYFTE

Syftet med arbetet var att beskriva patienters förväntningar på sjuksköterskor på akutmottagningar samt att belysa i vilken mån sjuksköterskorna lever upp till dessa förväntningar idag.

METOD

Utifrån syftet utarbetades ett antal frågeställningar: Vad är ett gott bemötande enligt patienterna? Hur upplever patienterna sina besök på akutmottagningen idag? Hur kan sjuksköterskan verka för att öka patientnöjdheten på akutmottagningarna? Frågeställningarna besvaras genom analys av artiklar som beskriver både kvalitativ och kvantitativ forskning. Arbetet skrivs som en litteraturöversikt med ett deduktivt perspektiv och arbetsgången följer Fribergs modell för litteraturöversikter (Friberg, 2006, kap 11). Syftet med en litteraturöversikt är att skapa en överblick av ett avgränsat område samt att skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning. Modellen bygger på att identifiera och avgränsa det område som ska studeras, att söka, värdera, granska och göra ett urval av vetenskapliga artiklar och rapporter som tar upp ämnet samt att analysera studierna systematiskt genom att söka likheter i skillnader i studiernas resultat. Resultaten presenteras och diskuteras i relation till frågeställningarna och därefter diskuteras vad fynden har för betydelse i praktiken. (Friberg, 2006)

Datainsamling

Litteratursökningen gjordes i databasen scopus. Valet av sökmotor baseras på att denna databas utgör den största samlingen av vetenskapliga artiklar ifrån områdena naturvetenskap, medicin, samhällsvetenskap och omvårdnadsvetenskap. De sökord som användes var *emergency department, emergency care, trauma, patient, nurse, experience, perception* och *satisfaction*, i olika kombinationer till nya artiklar ej längre framkom (Se tabell 2). Ur sökresultatet valdes 13 artiklar ut för läsning. Av dessa valdes fem ut för att användas i arbetet. Via en reviewartikel hittades ytterligare två artiklar som inkluderades i studien. Via en av artiklarna hittades ytterligare en artikel av delvis samma författare som även den inkluderades. Valet av artiklar grundade sig på inklusion- och exklusionakriterier samt relevans och kvalitet. Alla artiklar är publicerade i tidskrifter som genomgår så kallad 'peer review' enligt Ulrich's Online. Studiernas kvalitet granskades enligt Febe Fribergs frågeställningar (Friberg, 2006, kap 11), utifrån vilka alla godkändes.

Inklusionskriterier

Originalartiklar som ska spegla nordiska förhållanden, vara skrivna på engelska samt publicerade efter 2002 i vetenskapliga tidskrifter som genomgår granskning, så kallad peer review.

Exklusionskriterier

Artiklar som inte ansetts hålla tillräckligt hög vetenskaplig standard har uteslutits ifrån materialet. Reviewartiklar har uteslutits samt artiklar som berör intensivvård, men ej akutsjukvård.

Dataanalys

Resultaten analyserades med hjälp av Febe Fribergs analysmetod för litteraturstudier (Friberg, 2006, kap 11) med ett deduktivt förhållningssätt utifrån valt syfte. Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger för att försöka få en känsla för huvudfynden. Varje artikel sammanställdes i tabellform där artiklarnas syfte, eventuella frågeställningar, metod, resultat samt evidensgrad identifierades. Sedan kondenserades innehållet i artiklarna till löpande text med fokus på resultaten utifrån arbetets syfte och nyckelfynden i varje studies resultat identifierades. Övergripande teman identifierades utifrån valda frågeställningar: *Kommunikationsförmåga, bemötande och personlighet* samt *kompetens*. Dessa fick ligga till grund för presentation av resultatet.

Tabell 1: Artikelsökning och utfall samt valda artiklar

Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Valda artiklar
Emergency department OR emergency care AND patient OR patients AND experience OR experiences OR satisfaction OR perception OR perceptions	85	11	Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2008) Wiman, E., Wikblad, K. & Idvall, E. (2007) Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2006) Göransson, K. E. & von Rosen, A. (2009)
Emergency department OR emergency care AND care OR caring AND Sweden OR Swedish	109	2	Wiman, E. & Wikblad, K. (2004)
Sökning i referenslista för reviewartikel		2	Baldursdottir, G. & Jonsdottir, H. (2002) von Essen, L & Sjäodén, P-O (2003)
Manuell sökning		1	Möller, M., Fridlund, B. & Göransson, K. (2010)

RESULTAT

I studier av patienters möten med sjuksköterskor på akutmottagningar runt om i landet framkommer mönster som handlar om vad patienternas förväntningar av mötet. Patienternas förväntningar rör främst sjuksköterskornas *kommunikationsförmåga, bemötande och personlighet* samt *kompetens*.

Kommunikationsförmåga

Förväntningar inför mötet

Det ställs höga krav på sjuksköterskans förmåga att kommunicera. En bra sjuksköterska är lyhörd och inkännande för patientens tillstånd och behov, såväl fysiska som psykiska/känslomässiga. Hon lyssnar på patienten och besvarar frågor på ett sätt som är förståeligt för patienten och förväntas vara ärlig och öppen gällande patientens medicinska tillstånd. (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; von Essen & Sjäodén, 2003)

Inom kommunikationsområdet ingår även informationsaspekten. Åsikter om information, eller brist på den, återkommer i de flesta studier om hur patienterna uppfattar besöket på akutmottagningen. Förutom att få information om undersökningar och behandlingar önskar patienterna också att få information om uppskattad väntetid, vad det är de väntar på, om vem som är medicinskt ansvarig läkare samt hur triageringsprocessen fungerar. Brist på information kring rutinerna på akutmottagningen skapar osäkerhet och oro hos patienterna. Osäkerheten handlar om att inte veta vad som kommer att ske inne på akutmottagningen, att inte kunna beskriva sina symtom och att bli utfrågad/ifrågasatt. En vanlig oro handlar om att bli bortglömd i väntrummet (Möller, Fridlund & Göransson, 2010; Wiman et al., 2007) Vissa önskar att få information om vilken triagenivå de tilldelats för att kunna förbereda sig på väntetiden: ”*Om du får information om din triagenivå är det mycket lättare att vänta*”, medan andra menar att vetskapen om detta istället skulle kunna öka oron och leda till ökat missnöje. (Möller et al., 2010)

Utgång av mötet

I en studie av Wiman, Wikblad och Idvall (2007) om patienters upplevelse av mötet med traumateamet på en akutmottagning framkommer tre olika typer av kommunikation. Den första beskrivs som formell och kan oftast ses initialt i omhändertagandet av traumapatienten. I detta

skede handlar det som sägs främst om skadan och om behandling samt om olika metoder som används i utredningsarbetet. När patientens tillstånd stabiliserats övergår kommunikationens karaktär till en enklare, friare och mer informell typ. Denna beskrivs som avledande och kan också övergå i att bli humoristisk. Detta sätt att kommunicera resulterar i trygghet och tillit hos patienterna. Den humoristiska kommunikationsformen handlar ofta om patientens situation och kan initieras av både sjuksköterskorna och patienterna själva. Förändringen i kommunikationens karaktär varefter patientens tillstånd förändras är något som uppskattas av patienterna och det förväntas av sjuksköterskorna att de har förmåga till detta.

I en tidigare studie av Wiman och Wikblad (2004) studerades huruvida Halldorsdottirs teorier om 'caring' och 'uncaring' var applicerbara på akutsjukvård. Fem situationer spelades in med videokamera och totalt tio sjuksköterskor studerades. Här sågs exempel på sjuksköterskor som var lyhörda inför patienterna. I en situation var en patient uppenbart orolig över att behöva bli sövd. Sjuksköterskan kände av denna oro och tog sig tid att förklara proceduren för honom på ett lugnt och metodiskt sätt. I en annan situation var en patient märkbart oroad över sin funktionshindrade dotter och sjuksköterskan slutade då upp med det hon höll på med och riktade hela sin uppmärksamhet till patienten och bekräftade dennes oro. I samma studie visade sig också exempel på mindre bra möten där sjuksköterskorna inte riktade någon uppmärksamhet mot patienten utan kommunicerade mest med sina kollegor. Detta beteende visade sig i hela fyra av de fem situationer som studerades.

Att tvingas vänta länge utan någon information eller tillsyn ifrån vårdpersonalen skapar frustration och rädsla och kan även generera tankar om att man blivit bortglömd. *"Att sitta och vänta i tre timmar utan någon information är väldigt svårt"*. En patient som är utskrivningsklar beskriver: *"Jag hade velat ha mer information om hur länge det skulle ta (...) innan stygnen skulle tas. Jag noterade ingen information om det. Det är möjligt att de nämnde nåt om det när de satte dem, men det var inget jag uppfattade. De kunde ha skrivit en lapp eller något."* (Wiman et al., 2007) De som får information om beräknad väntetid har lättare att acceptera den. (Möller et al., 2010)

Muntlin, Gunningberg och Carlsson (2006) lät patienterna skatta kvaliteten på omhändertagandet på en akutmottagning på ett universitetssjukhus. Majoriteten var nöjda med information de fått före ingrepp och behandling, men fler var missnöjda med informationen efteråt. En femtedel menade att de inte fått information om vem som var ansvarig doktor. Då patienterna fick lämna förslag till vad som kunde varit bättre skriver en patient: *"Information (Den finns där men den når inte ut till patienterna)"* I en liknande studie (Göranson & von Rosen, 2009) hade endast en tredjedel fått information om uppskattad väntetid och en femtedel fick veta att väntetiden var beroende av vilken triagenivå de tilldelats.

Bemötande och personlighet

Förväntningar

När patienter tillfrågas om vad som är ett gott bemötande framkommer attribut som vänlighet, omtanke och empati. Dessa egenskaper hos sjuksköterskan skapar en känsla av trygghet hos patienterna. Vidare ska sjuksköterskan ge individuell och personlig behandling och visa respekt för patienter och deras närstående. Hon ska vara seriös, närvarande, engagerad och genuint intresserad i patienten. Ärlighet och öppenhet kring patientens medicinska tillstånd är något som förutsätts samt att hålla det som lovats. Patienterna uppskattar också sjuksköterskans sinne för humor och förmåga att kunna skifta mellan ett mer allvarligt, formellt förhållningssätt i kritiska situationer, till ett mer

lätsamt, informellt sätt då ingen kritisk situation föreligger. Att patientens egen uppfattning om sitt tillstånd efterfrågas och tas i beaktande är också något som värderas. (Baldursdottir et al., 2002; Möller et al., 2010; von Essen et al., 2003; Wiman et al., 2007; Muntlin et al., 2006) Patienterna betonade också hur viktig den första kontakten var, att mötet med triagesjuksköterskan satte ribban för hela vårdkedjan (Möller et al., 2010).

Utgång av mötet

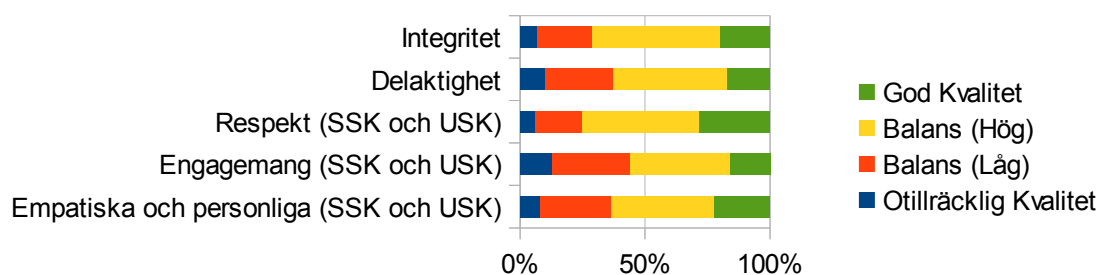
I Wiman och Wikblads studie från 2004 studerades möten mellan lindrigt skadade patienter och sjuksköterskor i ett traumateam. Analysen av mötena visade att totalt 61 aspekter av 'uncaring' och 36 av 'caring' identifierades. Alla aspekter av 'uncaring' återfanns i sjuksköterskornas arbete, medan man inte kunde finna något tecken som tydde på att de hade modet att vara professionellt engagerade i patienterna. *Ointresse* visade sig i fyra av fem situationer. Det kunde handla om att sjuksköterskorna ibland stod och pratade med varandra samtidigt som de arbetade med patienten, i en situation handlade det om avklädning. När patienten var avklädd kopplade sjuksköterskan på pulsoximetern på patienten utan att säga ett ord till denne. *Okänslighet* visade sig i två situationer. Ett exempel ges där sjuksköterskan är upptagen med det tekniska och varken talar med eller har någon ögonkontakt med patienten, som ber om att få kissa. Utan att besvara denna förfrågan varken verbalt eller ickeverbalt kommer hon efter en stund tillbaka med en kissflaska, som hon ger patienten utan att säga ett ord. *Inhumanitet* visade sig i en av situationerna. En sjuksköterska satte en kateter på en patient, i närvaro av andra och med dörrarna till salen öppna. När hon var klar torkade hon av patientens genitalier samtidigt som hon pratade med narkosläkaren. *Kallsinne* visade sig i tre av fyra episoder. Dessutom hittade man en ny aspekt av 'uncaring' vilken döptes till *instrumentellt beteende*. Detta är ett beteende som inte direkt visar på okänslighet men som ändå vittnar om en avsaknad av emotionellt engagemang. I studien visade sig detta genom att sjuksköterskorna hade stort fokus på övervakningsutrustning, på vad som skedde i rummet och vad läkarna gjorde. Om någon av läkarna bad om hjälp eller utrustning visste de exakt var allt fanns och kunde lämna över det snabbt, "likt robotar". Detta beteende sågs oftast intalt i omhändertagande då vårdpersonalen hade fullt fokus på ett snabbt omhändertagande och snabba beslut. Det instrumentala beteendet kunde även ses i den senare studien av samma författare (2007). Generellt upplevde patienterna denna första fas som positiv. Den snabba handläggningen ihop med att teamet upplevdes seriösa och kompetenta uppskattades och genererade känslor av trygghet, tillit och tillfredsställelse. En patients egna ord: "Jag känner att jag blev väl omhändertagen... De var snabba och frågade var jag hade ont och så ... Det var väldigt bra ... tog ingen tid alls. Jag tycker det var väldigt professionellt"; "Du blev verkligen väl omhändertagen där... De gjorde undersökningarna och diskuterade dem... Jag deltog inte... De frågade bara om jag hade ont... när de undersökte mig. Så jag sa bara om det gjorde ont eller inte när de undersökte mig... Jag kan inte säga att jag deltog"

Trots att de var hälften så många, så gick det även att identifiera aspekter av 'caring'. En patient frågade upprepade gånger om han skulle bli sövd. Sjuksköterskan uppfattade patientens oro och förklarade proceduren för honom på ett lugnt och metodiskt sätt, vilket tyder på en förmåga att känna av patientens stämningsläge, att vara *öppen* och *lyhörd*. En annan patient oroad sig för sin funktionshindrade dotter och hennes framtid. Sjuksköterskan slutade då upp med det hon höll på med för att rikta hela sin uppmärksamhet mot patienten. Hon lyssnade och bekräftade patienten genom att fråga mer om dottern. Detta är ett exempel på att visa *genuint intresse* för patienten. Att vara *moraliskt ansvarig* kunde visa sig genom att sjuksköterskan ville skydda patienten som låg helt naken med filtar. En äldre man kom direkt ifrån trädgårdslandet och var alldeles lerig. Han

upprepade hela tiden att han var så smutsig. Sjuksköterskan försökte dämpa hans frustration genom att säga att det är okej att vara smutsig när man har arbetat i trädgården. Att vara *100 % närvarande* visade sig hos en sjuksköterska när hon tog en stol och satte sig bredvid patienten så att de hade ögonkontakt. Patienten berättade att han glömt sin hörapparat. Sjuksköterskan pekade då på sina egna öron och bekräftade honom genom att fråga om han använder en eller två.

I den senare studien (2007) av traumapatienter noterades att sjuksköterskornas intresse och engagemang ofta förändrades under vårdförloppet. När patienten kom till traumaenheten sågs starkt engagemang och intresse i personalgruppen. Alla gjorde allt de kunde för att allt skulle löpa snabbt och smidigt och sjuksköterskorna uppvisade stort empatiskt engagemang. När det sedan visade sig att patienten inte hade livshotande skador och traumateamet drog sig tillbaka hände något. Sjuksköterskornas engagemang minskade. Patienten kunde lämnas ensam, ofta med obesvarade frågor och en känsla av obetydelse och av att ha blivit övergiven. Då det var dags för utskrivning uppstod problem kring brist på information och praktiska saker som kläder och hemtransport. Patienterna kände sig besvikna och missnöjda och ibland även arga. En patient som friskrivits från allvarligare skador efter en olycka ska skrivas ut och beskriver: *"Sedan, mot slutet (...) var jag tvungen att be om hjälp med kläder och så. Mina kläder hade blivit sönderskurna, så jag frågade om de hade några kläder, annars hade jag (...) fått gå hem i mina underkläder (skratt). Utskrivningen var ingen hit direkt. Jag menar, någon borde ha förvissat sig om att allt var OK när jag gick. Det kunde varit bättre."* Författarna beskriver fyra olika typer av engagemang. *Kontinuerligt* engagemang betydde att samma sjuksköterskor och läkare följde patienten under hela vårdförloppet. Sjuksköterskorna bevakade patienternas tillstånd och var ibland bara närvarande. Denna typ av engagemang genererade positiva känslor hos patienten. Ett *seriöst* engagemang refererade till förmågan att tillgodose fysiska behov, under undersökningar eller genom att servera mat och dryck. Patienterna kommenterade vårdpersonalen som visade detta engagemang som kompetenta och intresserade. Ett *empatiskt* engagemang handlade om vårdpersonalen genuina omsorg om patienten. Det kunde röra sig om att patientdeltagande uppmuntrades eller att kontakt togs med närstående. Slutligen kunde det *oengagerade* förhållningssättet ses där man såg avsaknad av information om skadan och dess konsekvenser och eftervårdsförlopp eller om psykologiska konsekvenser av skadan. (Wiman et al., 2007)

I Muntlin et al's (2006) studie fick patienterna skatta olika aspekter av 'caring'. Majoriteten tyckte att sjuksköterskorna var empatiska och personliga och visade respekt för dem. När det gäller engagemangsaspekten var majoriteten nöjda med denna också, men 15 % tyckte att den var otillräcklig (Se fig 2). Det område inom bemötande som hade flest missnöjda patienter handlade om



Figur 2: Patienternas uppfattning om kvaliteten gällande olika aspekter av bemötande på en akutmottagning på ett svenskt universitetssjukhus (Muntlin et al., 2006)

att patienterna inte ansåg att sjuksköterskorna visade intresse för deras livssituation (26 %). 17 % tyckte att sjuksköterskorna var för dåliga på att visa empati då patienterna mådde dåligt, var oroliga eller hade ont.

Göranson och von Rosen lät patienterna göra en liknande skattning. Här rapporterade nästan alla (96 %) att de blivit behandlade med respekt och omtanke och att mottagandet av sjuksköterskan var bra eller mycket bra (91 %). Något färre (88 %) kände förtroende för sin sjuksköterska.

Kompetens

Förväntningar inför mötet

Patienterna förväntar sig att sjuksköterskan har den *kompetens* som krävs för att kunna utföra sedvanliga uppgifter på akutmottagningen. Det handlar om att ha gott handlag för det medicinsktekniska, såsom att ta blodprover, sätta venkatetrar, ge injektioner och lägga om sår samt att kunna hantera utrustningen på mottagningen. Sjuksköterskorna ska veta vad de gör, övervaka och observera patientens tillstånd noggrant och veta när doktor ska tillkallas. (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; von Essen & Sjöden, 2003) Kompetens handlar också om att kunna sätta in snabba, motiverade åtgärder när ett behov uppstår, som baseras på kunskap om skador och vårdbehov. (Wiman, Wikblad & Idvall, 2007) ”Att veta vad de gör” är det attribut som skattas allra högst av patienterna i Baldursdottir och Jonsdottirs studie när alla aspekter av 'caring' undersöks.

Utgång

I Göranson och von Rosens studie (2009) om patienters upplevelser av triagesystemet på Karolinska Universitetssjukhuset ansåg 97,8 % av de tillfrågade patienterna att sjuksköterskan var kompetent att utföra triageringsuppgiften. I en fenomenografisk studie av Möller, Fridlund och Göranson (2010) beskriver patienterna den säkerhet de upplevde när de kom till akutmottagningen och mötte sjuksköterskor som uppvisade den kompetens de förväntade sig: ”*Jag överlämnade mig till dem och deras kompetens*”.

I en studie av Baldursdottir och Jonsdottir (2002) undersöktes vilka omvårdnadsattribut som patienterna anser vara viktigast och de som handlar om sjuksköterskans kompetens är de som skattades högst. Av de tio viktigaste omvårdnadsattributen handlar sex om kompetens, och resterande om bemötande och kommunikation. (Se tabell 2)

I en annan studie (von Essen och Sjöden, 2003) fick patienterna göra en liknande skattning och här såg mönstret något annorlunda ut, tre attribut handlade om kompetens och resterande om bemötande och kommunikation (Se tabell 3)

Övriga önskemål

Förutom ovan nämnda områden har patienterna förväntningar och önskemål kring aspekter som inte alltid direkt kan påverkas av sjuksköterskan själv, då de handlar om organisation. Patienterna uppskattar snabb handläggning och att väntetiden minskar mellan varje moment. I Muntlin et al.'s (2006) studie menade en femtedel att väntetiden var oacceptabel. Lika många rapporterade att de var mycket nöjda med väntetiden. I Göranson och von Rosens (2009) studie ansåg nästan en fjärdedel att de fick vänta för länge innan de fick träffa triagesjuksköterskan. 59 % upplevde att de blev triagerade omedelbart efter ankomst till akutmottagningen. Patienterna önskar även att upprepning av olika moment minskar och att få information om vem som är ens medicinskt

ansvariga doktor. Kontinuitet i personalen är också något som uppskattas. (Muntlin et al., 2006) Stort missnöje ses över att det tar för lång tid att få smärtlindring (Muntlin et al., 2006; Möller et al., 2010) I Muntlins studie rapporterar en fjärdedel att de inte fått tillräcklig smärtlindring. Patienterna uttrycker också att det är för mycket patienter och för lite personal. Att de som inte har akuta problem skulle söka vård på en vårdcentral istället. En trevligare väntrumsmiljö med bekvämare stolar och bänkar och bättre tillgång till mat och dryck medan man väntar är också önskvärt. (Muntlin et al., 2006)

Tabell 2: Patienters och vårdpersonals uppfattning om viktigaste attribut hos en sjuksköterska (Baldursdottir och Jonsdottir, 2002)

	Patienter	Vårdpersonal
1	Vet när doktor bör kontaktas	Lyssnar på patienten
2	Vet hur injektioner och hur utrustning hanteras	Sätter patienten i främsta rummet, oavsett vad som händer
3	Är ärlig mot patienten gällande det medicinska tillståndet	Rör patienten när denna behöver tröst
4	Sätter patienten i främsta rummet, oavsett vad som händer	Pratar med patienten
5	Kommunicerar med patienten så att denna förstår	Kommunicerar med patienten så att denna förstår
6	Lyssnar på patienten	Är lugn
7	Ger patienten behandling och läkemedel på rätt tid	Sitter ned hos patienten
8	Är uppmuntrande	Vet när doktor bör kontaktas
9	Är lyhörd för patientens behov	Är lyhörd för patientens behov
10	Förstår att de första gångerna är de svåraste och agerar därefter	Inser att patienten känner sig själv bäst

Tabell 3: Patienters uppfattning om mest respektive minst viktiga attribut hos en sjuksköterska. (von Essen och Sjødén, 2003)

	Viktigaste omvårdnadsattribut	Minst viktiga omvårdnadsattribut
1	Veta vad de gör	Prata med mig om livet utanför sjukhuset
2	Veta när det är nödvändigt att kontakta doktor	Röra vid mig när jag behöver tröst
3	Kompetent i det medicinsktekniska (injektioner etc.)	Berömma min ansträngning och möda
4	Veta hur utrustningen hanteras	Veta när jag "fått nog" (t.ex. begränsa besökare)
5	Besvara frågor på ett klart sätt	Hjälpa mig att förstå mina känslor
6	Behandla mig som en individ	Vara lyhörd inför mina känslor och sinnesstämning
7	Ge behandling och läkemedel i tid/på utsatt tid	Fråga mig hur jag vill ha saker (ex. vid undersökningar)
8	Hålla vad de lovar	Uppmuntra mig att tala om hur jag mår
9	Vara vänliga och omtänksamma	Hjälpa mig planera för min utskrivning från sjukhuset
10	Övervaka mitt tillstånd noggrant	Uppmuntra mig att tro på mig själv

DISKUSSION

Metodologiska överväganden

Från början fanns en tanke om att skriva arbetet som en metasyntes, men på grund av arbetets omfattning och nivå beslöts att utforma det som en litteraturstudie, vilket är praxis för uppsatser på C-nivå, med ett metasyntetiskt tänk.

Valet att basera studien på nordiska förhållanden grundar sig på att jag vill finna implikationer för mitt kommande yrkesliv som till största del kommer att vara i Sverige och jag anser att sjuksköterskans roll i Sverige ser annorlunda ut jämfört med många andra länder. Svenska sjuksköterskor har större ansvar och befogenheter än sjuksköterskor i andra industrialiserade länder i västvärlden, såsom USA och Storbritannien. Jag valde att studera artiklar som var högst tio år gamla (>2002) då jag ville veta hur läget ser ut idag och mycket hinner förändras på tio år.

Artikelsökningen har uteslutande gjorts i databasen scopus. Detta på grund av att denna databas samlar alla artiklar ifrån alla vetenskaper. Då jag funnit mina artiklar gjordes en kontrollsökning i Cinahl och Pubmed och inga nya artiklar presenterades för mig i dessa databaser. Jag har endast inkluderat artiklar som blivit granskade enligt peer-review då detta ökar resultatens tyngd, vilket är extra viktigt vid arbete med kvalitativa artiklar.

Åtta artiklar har studerats i litteraturstudien, vilka är alla artiklar jag fann utifrån mina inklusion- och exklusionskriterier. Då jag är ensam författare har materialet känts lagom överskådligt och jag har därför inte försökt utöka materialet.

Alla artiklar granskades enligt Febe Fribergs metod för kvalitetsgranskning och alla ansågs vara av god kvalitet. En artikel (Göransson, K. E. & von Rosen, A., 2009) hade inget tydligt syfte beskrivet och hade en bristfällig beskrivning av hur analys av data gjorts. Läsarna får heller inte veta vilka frågor patienterna fått. Sjuksköterskorna var medvetna om att de studerades och kunde därför ”skärpa sig” för att förbättra resultaten. Dessutom är en av författarna medlem i en arbetsgrupp för det triageringssystem som används på den studerade mottagningen. Trots dessa brister inkluderades artikeln på grund av författarnas rykte och tyngden på den tidskrift artikeln publicerats i.

Alla artiklar för en etisk diskussion kring sina metoder. Alla studier utom en (Muntlin et al., 2008) betonar att de följt de nationella och lokala riktlinjer som gäller för respektive land. Alla patienter som deltagit i studierna har informerats om studien och tillfrågats om sitt deltagande. Sex studier har fått godkännande för studien av en lokal etisk kommitte. En sjunde (Muntlin et al., 2010) menar att för deras typ av studie krävs inget sådant godkännande enligt svensk lag men att de följt de etiska riktlinjer som satts upp av Helsingforsdeklarationen. I den åttonde artikeln (Muntlin et al., 2008) finns inget skrivet om huruvida artikeln godkänts av någon kommitte. Trots detta har artikeln inkluderats på grund av anseendet på tidskriften som den publicerats i.

Artiklarna redovisar både kvalitativ (3 st) och kvantitativ (5 st) forskning. Genom att använda sig av båda dessa ansatser kan förståelsen för valt område fördjupas. Kvantitativa artiklar kan generellt ge en högre evidenskraft än kvalitativa eftersom de senare alltid genomgår ett mått av tolkning. Alla kvalitativa artiklar beskriver hur analys och tolkning gjorts (innehållsanalys samt kontextanalys). Vi får dock ingen djupgående beskrivning över vilka bärande enheter som använts vilket gör det svårare att avgöra om tolkningen har gjorts på ett korrekt sätt. Artiklarna har trots detta ansetts ha tillräckligt hög evidenskraft för att inkluderas i litteraturstudien.

Alla artiklar är översatta till svenska av författaren. Översättning från ett språk till ett annat medför alltid risk att förlora essensen i det som sägs. Med detta i åtanke har jag utifrån mina förutsättning försökt att göra en saklig och objektiv översättning för att inte gå miste om eller förvränga budskapen i artiklarna. Då nästan alla artiklar är skrivna av svenska författare som inte har engelska som modersmål tror jag att tolkningen blir enklare eftersom jag i vissa formuleringar kan anta hur de hade formulerat sig på svenska.

Den del som handlar om sjuksköterskans kompetens är något tunn. De artiklar jag studerat har i första hand haft andra fokus. Då denna del är viktig har den ändå inkluderats i arbetet men på grund av tidsbegränsning har ytterligare artiklar inom området kompetens ej eftersökts.

Resultatdiskussion

Kommunikation

Det ställs höga krav på sjuksköterskans förmåga att kommunicera. Patienterna har rätt att få information som är förståelig och anpassad för just dem (HSL; Socialstyrelsen, 2005; ICN, 2006;). Sjuksköterskan måste också vara lyhörd för det som patienten förmedlar, då denna kanske inte alltid säger detta rakt ut. Vissa budskap förmedlas genom kroppsspråk, andra med blickar eller genom att inte säga någonting alls. Sjuksköterskan måste fånga upp dessa dolda budskap och för dessa krävs ett stort mått av öppenhet och lyhördhet, att *vilja* förstå vad patienten har att förmedla och inte bara nöja sig med det som förmedlas verbalt. Hon måste också bli medveten om de egna dolda budskap hon sänder ut. Stress och kritiska situationer kan medföra att man sänder ut signaler om otilgänglighet vilket kan få patienterna att känna sig besvärliga och i vägen, utan att man är medveten om det. Även i nära kontakt och samtal med patienten finns risk att missförstånd uppstår på grund av feltolkade budskap. Att bli medveten om sina omedvetna och oavsiktliga budskap är en viktig del i att öka kommunikationens träffsäkerhet.

Att all tillgänglig information kommer fram är viktigt, inte minst ur säkerhetssynpunkt, men också för att patienten ska känna sig sedd och förstådd. Att efter ett möte kort sammanfatta vad man uppfattar att patienten har sagt kan vara ett sätt att minska risken för missförstånd och ett sätt att bekräfta patienten, att visa att man har viljan att försöka förstå.

En av studierna (Wiman, Wikblad, Idvall, 2007) rapporterar att sättet att kommunicera förändras under vårdförloppet. Initialt i omhändertagandet av en traumapatient ses en formell typ av kommunikation. Patienterna menar att detta skapar trygghet hos dem, att det får dem att känna att personalen är seriösa och att de ser allvaret i situationen. Man kan ställa sig frågan huruvida personalen intar detta seriösa stämningläge för patientens skull eller för sin egen. Att de automatiskt ställer om då traumalarmer kommer. Är det en naturlig del av vårt försvar, vår förberedelse för något allvarligt, eller är det ett sätt att visa patienten och dennes närstående respekt? Betydelsen av en mer lättsam, humoristisk kommunikationsform ska inte underskattas när tillfället tillåter det. Ett visst mått av humor kan förlösa skratt som löser upp spänningar och oro. Humorn och att skämta om situationen kan hjälpa till att skapa samhörighet mellan patient och sjuksköterska. Här måste sjuksköterskan dock känna av stämningen i rummet och anpassa sin ton efter patientens sinnesläge och stämningen i rummet.

Kommunikationskunskaperna varierar stort mellan sjuksköterskorna. Studierna ger exempel på sjuksköterskor som är närvarande och lyhörda inför patienterna och sjuksköterskor som inte riktigt verkar ha förmågan. Vissa verkar ha det i sig naturligt, medan andra behöver arbeta mer aktivt.

Kommunikationskunskap ingår som en del i många sjuksköterskeutbildningar men långt ifrån i alla. Ute på klinik är det lätt att fortbildning i kommunikationskunskap nedprioriteras till förmån för mer "fysiska" kunskaper och färdigheter som de medicinsktekniska. Här behöver cheferna påminnas om att kommunikationsdelen är en viktig del för att vården ska fungera och för att patienterna ska känna sig nöjda med vården de fått.

Bristen på information är ett av de områden som får absolut mest klagomål från patienterna (Wiman et al., 2007; Möller et al., 2010; Muntlin, Gunningberg och Carlsson, 2006; Göranson & von Rosen, 2009). De anser att de får för lite information om hur vårdförloppet går till, hur de prioriteras, hur lång väntetiden är, vad det är de väntar på, vem som är ansvarig doktor samt vad som sker efter utskrivning från akutmottagningen. Information om ingrepp, undersökningar och behandlingar är majoriteten nöjd med. Vad är det då som gör att informationen inte kommer fram till patienterna, den finns ju där, som en av patienterna i en av studierna uttryckte det. Är det tidsbrist? Eller oförståelse för vikten av god information? Jag tror att det rör sig om rädsla. Rädsla för att överlåta kontroll och makt åt patienten. För att kunna ställa krav på vården krävs att man har tillgång till all tillgänglig information. Utan information kan man heller inte ställa rimliga krav. Att undanhålla information är ett sätt för sjuksköterskorna att distansera sig från patienterna och att behålla kontrollen. Jag menar dock att underhållande av information straffar sig i längden. Patienterna blir ängsliga, rastlösa och känner sig underlägsna vilket kan skapa irritation och slutligen ilska över att bli negligerade. Ilskan kommer så småningom tillbaka till sjuksköterskorna när patienterna kräver en förklaring. Att ta sig tid till att informera patienterna om vad som händer kommer att betala sig i längden i form av mer tid samt lugnare och tryggare patienter.

I flera av studierna påpekas att patienterna önskar få information om vem som är deras ansvariga doktor. Att denna information uteblir så ofta kan bero på att patienterna inte tilldelas en doktor förrän det är deras tur att bli undersökta. Man kan ställa sig frågan vem som har ansvaret för patienten innan läkaren kommer in i bilden. Är det sjuksköterskorna som har det medicinska ansvaret efter att triageringen skett? I väntrummet har patienterna endast träffat receptionisten, som ofta är en undersköterska. Ingen medicinsk bedömning har gjorts eftersom undersköterskorna inte har formell kompetens för detta. Trots det tvingas patienterna ofta vänta länge i väntrummet innan bedömningen görs. Vem har ansvaret om något händer i väntrummet för att patienten suttit där för länge och utan att en bedömning gjorts? I teorin ska triageringen ske inom 15 min efter ankomst till akutmottagningen. I praktiken fungerar det inte så enligt min erfarenhet.

Patienterna upplever också att de får för lite information om prioriteringssystemet. Här behöver man vara tydligare med att förmedla att undersökning och behandling sker enligt bedömning av skadan/sjukdomens allvarlighetsgrad och inte efter vilken tid patienterna kom in. Vissa mottagningar väljer att vara öppna med prioriteringssystemet och sätter upp informationstavlor i väntrummet om hur det går till, medan andra inte gör det. Jag tror dock att denna information gynnar både patienter och vårdpersonal. Patienterna har lättare att förstå varför mannen som just satt sig i väntrummet ropas in direkt trots att de själva väntat i två timmar. Att informera om vilken triagenivå patienterna tilldelats kan göras om patienterna själva frågar om det. Att detta inte sker tror jag åter igen beror på rädsla för att bli ifrågasatt och att förklaringar och motiveringar ska ta mycket tid. För vissa triageringssystem finns riktlinjer för hur länge en patient på en viss nivå högst bör få vänta. Om man är medveten om sin nivå är det lättare att ställa krav på att bli undersökt i tid, vilket ställer högre press på sjuksköterskorna som är de som får stå till svars för väntetiden. Jag menar dock att detta är något positivt, då det kan öka systemets effektivitet. Patienterna har rätt att

bli undersökta inom rimlig tid.

Att göra en rimlig uppskattning om hur lång väntetiden är kan vara svårt. Väntetiden är ju beroende av patienternas prionivå, hur länge de redan väntat, vilka andra patienter som kommer in samt hur många och vilka doktorer som arbetar. Väntetiden är således ofta utanför sjuksköterskans kontroll. Men jag anser att uppgiften att uppskatta väntetiden inte är omöjlig och att sjuksköterskorna ibland gömmer sig bakom falska argument. Sjuksköterskan är den som beslutar om vem som är näst på tur att få träffa doktor och har således ofta god uppfattning om hur många som är före en patient i 'kön'. Hon har också information om hur många doktorer som arbetar för tillfället och vilka doktorerna är och borde därmed kunna göra en någorlunda uppskattning om hur länge patienten kan tänkas få vänta om inget som prioriteras högre kommer in. Varför inte meddela patienten om detta? ”Om inga högre prioriterade kommer in är Ni nummer fyra och vi har tre doktorer som jobbar ikväll”. Vad är risken med att ge denna information? Risken är att det tar längre tid än man beräknat och att patienterna ifrågasätter varför det tar längre tid. Men sjuksköterskorna kan här gardera sig genom att säga ”om inget annat kommer in”. Dessutom är de allra flesta vuxna människor kapabla att förstå att till en akutmottagning söker man sig för att något oväntat inträffat och att väntetiden därmed kan förändras. Jag tror ändå att personalens försök att uppskatta väntetiden, som ibland blir längre men ibland också kortare, uppskattas av patienterna, trots att det aldrig kan bli exakt.

Receptionisten är ofta den första person som patienten möter när denna kommer till akutmottagningen. På några mottagningar är det sjuksköterskor som tar emot patienterna och gör en första medicinsk bedömning, på andra är det undersköterskor. Då receptionisten är mottagningens ansikte utåt och behöver skapa förtroende och trygghet hos patienterna krävs både god kommunikationsförmåga, trevligt bemötande och goda medicinska kunskaper. Därför anser jag att den första kontakten ska vara med en sjuksköterska.

Även om man vet med sig att man informerat patienten om vissa saker kan det vara bra att tänka på att i en svår situation kan det vara svårt att uppfatta allt som sägs. Då patienten lämnar mottagningen bör vårdpersonalen därför alltid förvissa sig om att patienten uppfattat det som sagts och att höra sig för om det finns några funderingar som behöver redas ut innan patienten lämnar. Dessutom bör man informera patienterna om att skulle frågor dyka upp senare är de alltid välkomna att höra av sig.

Bemötande

Det goda bemötandet borde vara en självklarhet inom all sjukvård. Alla patienter och deras närstående har rätt att bli behandlade med respekt, omtanke och empati, intresse och engagemang. Det goda bemötandet är, eller borde vara, en naturlig del av vården. En sjuksköterska kan ha alla kunskaper om sjukdomar och olika behandlingar i världen, men utan det goda bemötandet är hon ingen god sjuksköterska.

En av studierna (Möller et al., 2010) betonar vikten av kvaliteten på det första mötet. Om patienten redan i receptionen känner sig ifrågasatt, negligerad eller bortglömd kan detta skapa otrygghet och oro som sedan följer patienten in på mottagningen.

Halldorsdottirs (1996) teorier om 'caring' och 'uncaring' återkommer i de analyserade artiklarna. De visar att många av sjuksköterskorna har förstått vad ett gott bemötande handlar om. Exemplet med patienten som glömt sin hörapparat är talande. Här har sjuksköterskan förstått att hon är där för patientens skull och inte tvärtom.

I Wiman et al.'s studie från 2007 noterades att sjuksköterskornas engagemang på traumarummet ofta dalade då det hade konstaterats att skadorna var av lindrig art. Patienterna kunde lämnas ensamma, ofta med obesvarade frågor vilket kunde skapa en känsla av obetydelse och av att ha blivit övergiven. Det finns flera aspekter av detta problem. Jag tror att en del i det kan ha att göra med hur triagesystemet är uppbyggt. Traumateamet tar hand om patienten initialt och känner stort engagemang. När patientens tillstånd är stabilt lämnas patienten ofta över till ett annat team som får sköta övervakningen och vidare vård. Det senare teamet har inte varit med inne på traumarummet och har således inte hela bilden av vad som hänt där. I deras ögon är patienten stabil och kanske bara lindrigt skadad medan patienten kanske upplever att han har varit med om en nära-döden-upplevelse och är fortfarande skrädd. Svårt skadade patienter "värderas" högre än patienter som endast fått lindriga skador och engagemanget följer skadans allvarlighetsgrad. När skadan visat sig inte vara allvarlig minskar således engagemanget ifrån sjuksköterskorna, vilket patienten uppfattar. Att en patient med allvarliga skador får mer resurser och uppmärksamhet än en med lindriga är logiskt, men engagemanget måste vara detsamma hela vägen igenom. Engagemanget måste fortlöpa trots att skadorna visat sig vara ej livshotande.

Engagemanget kan också minska allt eftersom dagen går. Att vara 100 % engagerad i patienterna under en hel dag är krävande. I slutet av dagen kan man känna sig trött och kopplar då på 'autopiloten'. Det är då sjuksköterskorna uppvisar det 'instrumentella' beteendet, där de är fullt medvetna om vad som händer och vad de gör, men patienterna uppfattar det som att de inte riktigt är närvarande. Här behöver sjuksköterskorna bli medvetna om vilka signaler de sänder ut till patienterna via sitt kroppsspråk.

Tyvärre sågs i studierna fler exempel på 'uncaring' än 'caring'. I en av studierna (Wiman & Wikblad, 2004) var de dubbelt så många. Vad är det då som gör att vissa sjuksköterskor uppfattas som kyliga, ointresserade, otrevliga eller rentav inhumana? Det är ingen lätt fråga. Det svar som ligger närmast till hands är att det handlar om personliga egenskaper. Vi människor är alla olika och det gäller även för sjuksköterskekåren. Vissa har närmare till vänlighet medan andra lätt uppfattas som lite barska. Det finns dock fler bottnar i denna fråga. Arbetets natur och arbetsmiljön påverkar oss. På akutmottagningen är det ett högt tempo med snabba beslut och insatser. Ofta kommer många patienter samtidigt och sjuksköterskorna behöver då arbeta effektivt för att patientflödet ska gå smidigt. Detta kan skapa en stress hos personalen. Alla reagerar olika på stress och vissa reagerar med att bli irriterade, få kort stubin och bli korta i tonen. Andra har arbetat länge på akutmottagningen och har kanske tröttnat på sitt jobb och orkar inte längre ge av sig själva. En tredje grupp kanske upplever resursbristen som en påfrestning, att det skärs ned och att personalstyrkan är för liten för att de ska orka göra ett gott jobb. Man kanske har arbetat på samma ställe länge och känner nu att det inte längre finns utrymme att påverka beslut som tas. Trots att man kan finna olika bakomliggande orsaker till att sjuksköterskor uppvisar ett icke önskvärt beteende måste det betonas att det aldrig är acceptabelt att vara otrevlig mot patienterna. Patienterna söker vår hjälp och har rätt att bli bemötta på ett respektfullt sätt. Personalstyrkan måste organiseras på ett sådant sätt att sjuksköterskorna känner att de har tid och ork att sköta sitt arbete. Personal som tröttnat på sina arbetsuppgifter bör erbjudas omplacering. När det gäller den personliga lämpligheten har cheferna för akutmottagningarna ett stort ansvar att se till att rätt man hamnar på rätt plats. De som har svårt att hantera stress bör inte arbeta på en akutmottagning anser jag utan passar bättre på en arbetsplats där tempot är lugnare. Samma gäller för de som tar med sina personliga bekymmer till jobbet och för över dessa på patienterna. När det gäller den kategori sjuksköterskor som inte verkar bry sig om att vara trevliga kan man fråga sig om de ska arbeta som

sjuksköterskor över huvudtaget. Varför väljer man att arbeta med människor om man inte tycker att det är roligt? Anser man att det bara är vissa patienter som förtjänar det goda bemötandet och att resterande får skylla sig själva för att de blir avspisade, kanske för att de sökt vård ”i onödan”?

Inom övriga instanser i vården är det sjuksköterskorna som ses som de som ska stå för omtanke och omvårdnad jämfört med läkarna som främst har ansvar för patientens medicinska tillstånd och behandling. Inom akutsjukvården, där det ofta är sjuksköterskorna som håller i trådarna och ansvarar för organisation och strukturering av vården tror jag att synen på vem som ska stå för de omvårdande egenskaperna kan förskjutas. Sjuksköterskorna har ansvar för att rätt patient får vård i rätt ordning och tid och överlåter då en del av omvårdnaden på undersköterskorna, som förväntas ta större ansvar för patientstöd och närståendekontakt. Risken med detta är att patienter och närstående söker sig bort ifrån sjuksköterskorna till undersköterskorna med sina frågor och funderingar. Sjuksköterskorna är de som har den medicinska utbildningen och bör således även ha huvudansvaret för information och stöd.

Ett gott bemötande handlar om att känna av personen du har framför dig. Ibland kan en god medmänniska vara den bästa medicinen.

Kompetens

Patienterna förväntar sig att få möta sjuksköterskor som har kompetens att utföra de uppgifter de är där för. Flera studier visar att sjuksköterskorna underskattar patienternas värderingar av kunskaper inom det medicinsktekniska och prioriterar bemötande och personlighet och att de anser att de medicinsktekniska färdigheterna kommer med arbetslivserfarenheten. Sjuksköterskorna måste inse att gott handlag för dessa uppgifter är en förutsättning för att patienterna ska känna sig trygga. 'Att veta vad de gör' var det attribut som skattades allra högst av patienterna i en av studierna. Patienterna i studerade artiklar var överlag nöjda med vården de fått på de olika mottagningarna. I två studier var det specifikt sjuksköterskornas kompetens som efterfrågades men i resterande handlade det om hela vårdteamet där även läkare och undersköterskor ingår. Det är således svårt att säga något om vad patienterna anser om sjuksköterskornas kompetens. Svenska sjuksköterskor har i jämförelse med andra industrialiserade länder i västvärlden goda kunskaper och större befogenheter när det gäller det medicinsktekniska. Detta ska vi värna om genom att upprätthålla en hög standard.

Organisation och planering

Nöjdheten med väntetiden varierar. De som är allvarligast skadade är mest nöjda eftersom de fått vänta kortast tid medan de med lindrigare besvär tycker att de får vänta för länge. Det är logiskt att det är på detta vis. Det är inte en kölapp som ska styra vem som får komma in först. Men hur ska vi nå ut med information om att det är bedömningen av din besöksorsaks allvarlighetsgrad som ligger till grund för hur länge patienterna får vänta? Information om prioriteringssystemet i väntrummet kunde göra patienterna mindre förvirrade. När de sedan får träffa triagepersonalen kan de själva välja om de vill fråga om vilken prioritet de tilldelats. Att få besked om att man fått en låg prioritet kan vara både oroväckande eller lugnande. En låg prioritet betyder ju trots allt att du inte har livshotande skador. Ibland händer det tyvärr att patienter med allvarliga åkommor blir sittandes alltför länge i väntrummet, men där är det triageringssystemet som brister och inte själva idén i sig.

Stort missnöje ses över att det tar för lång tid att få smärtlindring (Muntlin et al., 2006). Detta kan säkerligen förklaras med att sjuksköterskorna inte kan ge patienterna smärtstillande läkemedel utan att de blivit undersökta av en doktor, förutom i undantagsfall med urakuta, svårt smärtpåverkade patienter. Detta system är nog ett måste, men sjuksköterskorna måste ändå vara duktiga på att

uppmärksamma patienter med svår smärta, då själva smärtan kan vara ett tecken på en allvarlig åkomma som bör undersökas av läkare snabbt.

Slutligen, måste alla som arbetar inom vården bära med sig att det är vi som är där för patienterna, inte tvärtom. Arbetet med de sjuka är vår vardag, men för patienterna kan det vara en gång i livet. En gång i livet som de söker vår hjälp. Då ska vi finnas där.

SLUTSATS

Patienterna på en akutmottagning förväntar sig att sjuksköterskan har *kompetens* att klara av de uppgifter hon är där för att sköta, att hon har god *kommunikationsförmåga* för att kunna möta patienterna och att hon har ett gott *bemötande* och trevlig *personlighet* för patienterna ska känna sig väl omhändertagna. Utifrån resultatet presenteras här ett slags allmängiltiga riktlinjer som sjuksköterskor bör förhålla sig till för att skapa trygghet hos patienterna.

Sjuksköterskan ska:

- ⤴ Ha gott handlag för det medicinsktekniska (såsom att ta blodprover, sätta venkatetrar, ge injektioner och lägga om sår samt kunna hantera utrustningen på mottagningen)
- ⤴ ”Veta vad de gör” och veta när doktor bör tillkallas
- ⤴ Kunna sätta in snabba, motiverade åtgärder när ett behov uppstår, som baseras på kunskap om skador och vårdbehov
- ⤴ Vara lyhörd och inkännande för patientens tillstånd och behov, såväl fysiska som psykiska/känslomässiga
- ⤴ Kunna anpassa kommunikationstonen efter patienten och efter situationen
- ⤴ Lyssna på patienten och besvara frågor på ett sätt som är förståeligt för patienten
- ⤴ Vara ärlig och öppen gällande patientens medicinska tillstånd och hålla det som lovas
- ⤴ Främja informationsutbytet genom att informera om undersökningar och behandlingar, uppskattad väntetid, vad det är patienterna väntar på, vem som är medicinskt ansvarig läkare samt om hur triageringsprocessen fungerar
- ⤴ Vara vänlig och visa omtanke, empati och respekt för patienter och deras närstående
- ⤴ Ge individuell och personlig behandling
- ⤴ Vara seriös och visa sig närvarande, engagerad och genuint intresserad i patienten
- ⤴ Främja att patientens egen uppfattning om sitt tillstånd efterfrågas och tas i beaktande

Idag lever tyvärr inte alla sjuksköterskor upp till dessa förväntningar. Här har cheferna ett stort ansvar för att driva dessa frågor ute på mottagningarna och att se till att personalen tar dem på allvar. Då antalet funna artiklar som tar upp *patienternas* uppfattningar om vad de förväntar sig av sjuksköterskorna är litet finns ett tydligt behov av att undersöka området vidare. Att befästa patienternas åsikter med hjälp av forskningsunderlag ger mandat att påverka och förändra.

Build
a bridge
of trust and caring
of openness and sharing

Listen to the words
listen to the silence
listen to the story
of the other

Join
in the dance
of a dialogue
(Halldorsdottir, 1996)

REFERENSER

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Baldursdottir, G. & Jonsdottir, H. (2002) The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart and lung*, **31** (1)
- Boudreaux ED. & O'Hea EL (2004) Patient satisfaction in the emergency department: A review of the literature and implications for practise. *Journal of emergency medicine*, **26**, 13-26
- Ekwall, A., Gerdtz, M. & Manias, E. (2008) The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. *Journal of Clinical Nursing*, **17**, 800-809
- Ekwall, A., Gerdtz, M. & Manias, E. (2009) Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. *Journal of Clinical Nursing*, **18**, 3489-3497
- Fossum, B. (2007) Modeller och teorier för kommunikation och bemötande (kap 1) I Fossum, B. (red) *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Ungern: Studentlitteratur
- Friberg, F. (2006) Att göra en litteraturoversikt (Kap 11) I Friberg, F (red) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur
- Goodwin, C (1981) Conversational organization. Interactions between speakers and hearers. New York: Academic press
- Göransson, K. E. & von Rosen, A. (2009) Patient experience if the triage encounter in a swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, **18**, 36-40
- Halldorsdottir, S. (1996) *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care – Developing a Theory*. Doctoral Dissertation, Linköpings Universitet, Linköping
- Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763, 2 §
- ICN – International Council of Nurses (2006) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Översatt till svenska av Svensk Sjuksköterskeförening. Tryck: Danagårds Grafiska, 2008
- Land, L. & Suhonen, R. (2009) Orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualized care. *International Nursing Review*, **56**, 131-137
- Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2006) Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, **15**, 1045-1056
- Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2008) Different patient groups request different emergency care – A survey in a swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, **16**, 223-232
- Möller, M., Fridlund, B. & Göransson, K. (2010) Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **24**, 746-754
- Nilsson, B. & Waldemarson, A. (2007). *Kommunikation: samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur
- Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Nr: 2005-105-1)
- Socialstyrelsen (2009a) Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 (Nr: 2009-126-72). Västerås

Malin Nilsson
Sjuksköterskeprogrammet SSK4
Göteborgs Universitet

Socialstyrelsen (2009b) Nationella indikatorer för god vård (Nr: 2009-11-5)

Socialstyrelsen (2010). Lägesrapport 2010 (Nr: 2010-3-21). Västerås

Socialstyrelsen (2011) Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar - Slutrapport mars 2011 (Nr. 2011-3-3)

Stockholms Läns Landsting (2006) Fokusrapport - Multitrauma

Thornquist, E. (2001). *Kommunikation i kliniken: möte mellan professionella och patienter*. Lund: Studentlitteratur

von Essen, L & Sjöden, P-O (2003) The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, **40**, 487-497

Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M. & Starrin, B. (1994) Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **8**(1), 39-48

Wiman, E. & Wikblad, K. (2004) Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, **13**, 422-429

Wiman, E., Wikblad, K. & Idvall, E. (2007) Trauma patients' encounters with the team in the emergency department – A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, **44**, 714-722

Bilaga 1: Artikelbeskrivning

Författare	Baldursdottir, G. & Jonsdottir, H.				
Titel	The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department.				
Tidsskrift	Heart and lung	År	2002	Land	Island
Syfte	Att identifiera vilka omvårdnadsbeteenden som upplevs som viktiga indikatorer på "caring" bland patienter på en akutmottagning.				
Metod	Kvantitativ studie. Ett formulär med 61 frågor grundade på Cronin och Harrison's Caring behaviors Assessment tool vilka baseras på Watsons teori, skickades ut till 300 patienter. University hospital of Reykjavik.				
Urval	Slumpmässigt urval enligt besök på AM. Patienter över 18 som skrevs ut direkt till hemmet.				
Referenser	40				

Författare	Göransson, K. E. & von Rosen, A.				
Titel	Patient experience if the triage encounter in a swedish emergency department.				
Tidsskrift	International Emergency Nursing	År	2009	Land	Sverige
Syfte	Att identifiera patienters upplevelser av av triagesystemet				
Metod	Kvantitativ, beskrivande, observerande, cross-sectional single site studie av patienter som sökte vård på en AM på Karolinska Universitetssjukhuset.				
Urval	Ålder >18. Triagnivå 3-5 (enligt ADAPT), svensktalande och mentalt stabila.				
Referenser	36				

Författare	Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M.				
Titel	Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement.				
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing	År	2006	Land	Sverige
Syfte	Att identifiera patienters upplevelser av kvaliteten på vården på en AM samt områden för förbättring.				
Metod	En kvantitativ, prospektiv, beskrivande studie utifrån en enkät (Quality from the patient's perspective) ifrån en AM på ett svensk universitetssjukhus.				
Urval	Patienter som besökte AM tillfrågades till 200 patienter inkluderats. >18 år, svensktalande, orienterade till person, tid och rum. Personer som var påverkade av substanser samt medvetlösa och extrema traumafall uteslöts.				
Referenser	45				

Författare	Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M.				
Titel	Different patient groups request different emergency care – A survey in a swedish emergency department.				
Tidsskrift	International Emergency Nursing	År	2008	Land	Sverige
Syfte	Studien undersöker möjliga skillnader i upplevelsen av kvaliteten på vården på en AM, relaterat till patientbakgrund och besöksorsak.				
Metod	Kvantitativ studie som använder en prospektiv, beskrivande enkät (QPP).				
Urval	Patienter som besökte AM tillfrågades till 200 patienter inkluderats. >18 år, svensktalande, orienterade till person, tid och rum. Personer som var påverkade av substanser samt medvetlösa och extrema traumafall uteslöts.				
Referenser	34				

Författare	Möller, M., Fridlund, B. & Göransson, K.				
Titel	Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department.				
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences	År	2010	Land	Sverige
Syfte	Att beskriva patienters upplevelser av triage på en AM				
Metod	Intervjuer med 20 patienter analyserades fenomenografiskt.				
Urval	Vuxna, svensktalande med relativt gott fysiskt och mentalt status.				
Referenser	34				

Författare	von Essen, L & Sjäöden, P-O				
Titel	The importance of nurse caring behaviors av perceived by Swedish hospital patients and nursing staff.				
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies	År	2003	Land	Sverige
Syfte	Ej angivet				
Metod	Kvantitativ studie. CARE-Q med 50 omvårdnadsbeteendeområden i sex huvudgrupper användes.				
Urval	Svensktalande patienter på sex olika vårdavdelningar som vårdades för cancer, kirurgiska eller ortopediska åkommor tillfrågades. Patienter med svåra syn- och hörselproblem samt de som ansågs vara i dör dålig form, fysiskt eller mentalt, exkluderades.				
Referenser	33				

Författare	Wiman, E. & Wikblad, K.				
Titel	Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department.				
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing	År	2004	Land	Sverige
Syfte	Att belysa möten mellan skadade patienter och ssk i ett traumateam och att undersöka huruvida halldorsdottirs teori om 'caring and uncaring encounters' är applicerbara på akutsjukvård.				
Metod	Kvalitativ studie. Observationer på ett traumarum genomfördes med videokamera vid fem tillfällen. Analysen skedde i 4 steg med innehållsanalys.				
Urval	Ej angivet				
Referenser	22				

Författare	Wiman, E., Wikblad, K. & Idvall, E.				
Titel	Trauma patients' encounters with the team in the emergency department – A qualitative study.				
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies	År	2007	Land	Sverige
Syfte	Att undersöka traumapatienters uppfattning om mötet med traumateamet.				
Metod	Kvalitativ studie i form av semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna analyserades med kontextanalys.				
Urval	23 svensktalande traumapatienter (>18 år) som utsatts för högenergivåld men fått lindrigare skador, varit vid medvetande under hela vårdförloppet samt vårdats under högst 24 timmar och sedan skrivits ut till hemmet.				
Referenser	28				