

PATIENTUPPLEVELSER AV MÖTEN PÅ AKUTMOTTAGNING

FÖRFATTARE	Karin Johansson Cecilia Tellin
PROGRAM/KURS	Omvårdnad- Examensarbete I VT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lena Ask Maud Lundén
EXAMINATOR	Azar Hedemam

Sahlgrenska akademien VID GÖTEBORGS UNIVERSITET Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Titel: Patientupplevelser av möten på akutmottagning

Titel (engelsk):	The patient's perceptions of encounters at the emergency department
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Kurs/kurskod:	Omvårdnad – examensarbete I/OM1640
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Cecilia Tellin Karin Johansson
Handledare:	Lena Ask Maud Lundén
Examinator:	Azar Hedemalm

SAMMANFATTNING

Bakgrund: I det dagliga livet tar man en god hälsa för given och man funderar inte över sin hälsosituation när man mår bra. Att drabbas av akut sjukdom förändrar hastigt denna situation. Att komma till en akutmottagning kan för många patienter vara en viktig händelse. Många känner rädsla, stress och smärta och en besvikelse över att dagen inte blev som de planerat. Det är för många patienter en okänd situation, som de inte har haft möjlighet att förbereda sig på. Patienterna har hastigt förlorat kontrollen över sin situation och har hamnat i en beroendeställning. Sjuksköterskan i akutsjukvård kommer i nära kontakt med dessa patienter. Ett professionellt bemötande kan öka välbefinnandet hos patienten och lindra hans/hennes lidande. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva patientens upplevelse av det akuta mötet med vårdpersonal på akutmottagning. Hildegard E Peplaus teori om omvårdnadens interpersonliga fokus har använts som omvårdnadsteoretisk referensram. **Metod:** Studien grundades på en litteraturstudie av elva vetenskapliga artiklar som publicerats mellan 1997 och 2008. Resultatet analyserades induktivt med avseende på patientens upplevelser. **Resultat:** Analysen visade patientupplevelser av mötet med vårdpersonal på akutmottagningar som var både positiva och negativa. Flera författare fann att patienter upplevde omsorg, trygghet och förtroende för personalen på akutmottagningen. De blev snabbt och effektivt omhändertagna och de fick information om vad som hände och sjuksköterskan uppvisade ett empatiskt beteende. Några andra författare fann däremot att patienterna blev bemötta med ointresse och om sjukdomen inte var akut kunde patienterna få vänta länge utan att någon brydde sig om dem. Patienterna kände sig betydelselösa och ofta upplevde de att sjuksköterskorna var stressade och inte hann ge dem någon uppmärksamhet. Resultatet visar att ett bra möte mellan patient och sjuksköterska uppstår då sjuksköterskan har förmåga att växla mellan att tillgodose patientens medicinska och psykosociala behov.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING

sida

1

2. BAKGRUND	1
2.1. Akutsjukvård	1
2.1.1. Det akuta omhändertagandet	1
2.1.2. Sjuksköterskan i akutsjukvård	2
2.1.3. Patienten i akutsjukvård	2
2.2. Det vårdande mötet	2
2.3. Lidande	3
2.4. Omvårdnadsteori	3
2.4.1. Begreppen i H. Peplaus omvårdnadsteori	4
2.4.2. De fyra relationsfaserna	4
3. SYFTE	5
4. METOD	5
4.1. Datainsamling	5
4.2. Dataanalys	7
5. RESULTAT	7
5.1. Upplevelser av möten hos patienter vid akut omhändertagande	8
5.1.1. Upplevelser som skapar trygghet	8
5.1.2. Upplevelser som skapar förtroende	8
5.1.3. Upplevelser av kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan	9
5.1.4. Upplevelser som skapar lidande hos patienten	9
6. DISKUSSION	11
6.1. Metoddiskussion	11
6.1.1. Arbetets gång	11
6.1.2. Artikelbeskrivningar	11
6.2. Resultatdiskussion	12
6.2.1. Peplau i det akuta mötet	12
6.2.2. Upplevelser som skapar trygghet	14
6.2.3. Upplevelser som skapar förtroende	14
6.2.4. Upplevelser av kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan	15
6.2.5. Upplevelser som skapar lidande hos patienten	16
6.2.6. Arbetets styrkor och svagheter samt förslag till fortsatt forskning	
6.2.7. Konklusion	17
7. REFERENSLISTA	18
BILAGA	

1. INLEDNING

I det dagliga arbetet som sjuksköterskor på operationsavdelning och akutmottagning kommer vi i kontakt med patienter som drabbats av akut och svår sjukdom. Oftast är dessa möten korta och det är många yrkeskategorier runt patienten. Detta för att man snabbt skall kunna undersöka patienten, ställa diagnos och ge rätt behandling. Som personal upplever man ibland att det blir rörigt kring patienten när många olika personer frågar och informerar samtidigt. Patienten är ofta stressad och man har svårt att nå fram med omvårdnadsåtgärder och information. Vi vill beskriva hur patienter upplever att de blir bemötta i det akuta omhändertagandet. Hur skall man som sjuksköterska skapa utrymme för ett bra möte med patienten?

2. BAKGRUND

Till vardags tar man ofta god hälsa för given, särskilt när man är ung. Man funderar inte över sin hälsosituation när man mår bra, men blir man akut sjuk förändras denna situation. Att vara patient är att vara utanför sitt vanliga sammanhang (Dahlberg, 2002).

2.1. Akutsjukvård

Patientantalet på akutmottagningarna är idag stort, samtidigt som antalet vårdplatser dras ned. Det gör att väntetiderna blir mycket långa. Många av patienterna som söker akutmottagningar är inte så svårt sjuka utan de skulle kunna få hjälp i primärvården. Patienter söker akutmottagningar för de anser sig vara i behov av det. Akutmottagningens personal är mer inriktad på svårt sjuka och skadade patienter. Detta leder till missnöjda patienter och en ökad arbetsbelastning på personalen (Socialstyrelsen, 2002, Åkerström, 1997).

2.1.1. Det akuta omhändertagandet

Personal på akutmottagning arbetar med den specifika uppgiften att på relativt kort tid sörja för att de människor som söker hjälp får ett bra omhändertagande, medicinskt såväl som omvårdnadsmissigt (Nyström, 2003). De patienter som behöver omedelbar läkarvård är patienter som har cirkulationssvikt, hjärt- och andningsstillestånd. Patienter med pågående bröstsmärta, kramper och svår smärta, samt medvetlösa patienter behöver också omedelbart undersökas av läkare (Widfelt, Örtenwall, 2005). Vårdrutiner i en akutsituation måste alltid ses ur patientens helhetsperspektiv och det måste hela tiden stå klart vem som har ansvaret för patienten i akutrummet. Vid allvarliga fall arbetar man under besvärande tidspress. Det måste därför finnas en plan för samarbetet mellan olika specialister och yrkeskategorier. Tidigt omhändertagande av allvarligt skadade patienter är inriktat på att leta systematiskt efter livshotande skador och komplikationer till dem (Renck, 2003). Fullständig anamnes är inte nödvändig för att inleda behandling och en exakt diagnos är inte nödvändig för att inleda livräddande behandling. Vårdrutiner i akuta situationer bygger på att olika skador eller tillstånd hotar livet inom vissa tidsramar. Ett exempel är att om patienten har ofri luftväg, leder det snabbare till döden än om patienten har försämrade andningsfunktion (Hansson, Wikström, 2005).

2.1.2. Sjuksköterskan i akutsjukvård

Sjuksköterskan ställs inför många etiska frågor i det dagliga arbetet. Som sjuksköterska i akuta situationer möter man en speciell problematik då en patient kommer med svåra skador till akutenheten. En patient som drabbats av akut sjukdom kan ha nedsatt beslutsfattande förmåga på grund av sänkt medvetande, svår smärta, oro, ilska eller läkemedel. Sjuksköterskan kan ha svårt att få fram patientens önskemål beträffande specifika behandlingsalternativ eller vilka funderingar och behov patienten har (M. Pryor- McCann J, 2002). I vårdandet av den akuta patienten kan det vara svårt att skapa en helhetssyn av patientens behov. Sjuksköterskan måste ha en förståelse för vilken inverkan skadan haft på patienten, dennes familj och sociala liv. Sjuksköterskan måste vara bekväm med avancerad övervakning av patienten, kunna vårda akuta psykiska behov och ha förmågan att bemöta de psykiska och sociala behov som patienten har. Sjuksköterskan måste också hjälpa patientens familj med den stress och den känslomässiga frustration som en plötslig traumatisk händelse utlöser. Patienten och familjens tillfrisknande är mycket beroende av sjuksköterskans skicklighet som vårdgivare och förmåga att koordinera genom hela vårdförloppet (Hartsock, Truter Von Rueden, 2002).

2.1.3 Patienten i akutsjukvård

En akutmottagning är sjukhusets ansikte utåt, och för många människor innebär timmarna här den första kontakten med sjukdom och hjälplöshet (Nyström, 2003). Att vara patient innebär att vara beroende av andras kunskap, förmåga och vilja för att få sina mänskliga behov tillfredsställda. Beroende på hur vårdpersonalen behandlar och bemöter patienten känner han/hon sig respekterad som människa. Antingen har patienten kontroll över sin egen situation eller så kontrolleras den av andra. Patienten kan uppleva en känsla av maktlöshet eller en känsla av delaktighet (Söderlund, 1998). I all sjukvård men i synnerhet i akutsjukvård finns det risk att patienten upplever sig behandlad som ett objekt. Kroppen blir en "sak" och patienten får lägga upp sin skadade eller sjuka kropp för personalen. Ett sätt att försöka undvika denna objektifiering är att hela tiden prata med och föra en dialog med patienten (Dahlberg m.fl. 2003).

2.2. Det vårdande mötet

Ett etiskt patientperspektiv med vårdvetenskaplig grund om människan och hälsan kännetecknas av integritet och värdighet. Både omvårdnad och behandling inom akutsjukvård präglas av att sjuksköterskan under en begränsad tid och i en akut situation skall skapa närhet och etablera en god relation till patienten. Ett optimalt möte skall kunna äga rum trots att patienten kan befinna sig i en krisartad situation. Det krävs att sjuksköterskan har förmåga till närvaro i mötet och försöker förstå hur patienten upplever situationen samtidigt som både den omvårdande och den medicinska kunskapen skall kunna tillämpas på bästa sätt. Det gäller att ha tilltro till patienten och de problem han/hon upplever. Om en patient är allvarligt sjuk och framförallt om händelseförloppet är snabbt, kan det vara svårt att uppmuntra patienten till att själv vara med och fatta beslut. Ett etiskt patientperspektiv innebär, trots svårigheter, att patienten

i möjligaste mån ses som kompetent att förstå sin egen hälsosituation (Dahlberg m.fl. 2003).

Inom akutsjukvården är de mellanmännsliga mötena ofta korta. Detta utesluter inte behovet av vårdrelationer. Ansvaret för en vårdrelation ligger alltid hos vårdaren och denne skall se till att den blir så positiv som möjligt. Nyström (2003) menar att möjligheterna till en omsorgsinriktad omvårdnad på en akutmottagning vilar på förmågan att skapa kontakt vid korta vårdrelationer (Nyström, 2003). Vid det akuta omhändertagandet är mötet kort i tidsomfattning. Det krävs därför av sjuksköterskan att han/hon har förmåga till närvaro och förståelse för patientens situation. Det är viktigt att tro på patienten och de problem han/hon upplever (Dahlberg m.fl. 2003).

2.3. Lidande

Vårdlidande enligt Eriksson (1993) är det lidande som inte direkt är bundet till sjukdom och som kan vara helt oberoende av den. Lidande i vården kan innebära att bli vårdad på ett för människan ovärdigt sätt. Det kan innebära att man inte vårdas, att man övervårdas eller att vården inte sker på ett önskat sätt. Sjukdomslidande är det lidande som primärt är beroende av sjukdom eller ett sjukdomstillstånd (Eriksson, 1993). Målet för omvårdnad i en akutsituation bör som i alla andra vårdssammanhang vara att lindra eller förhindra lidande och känslor av utsatthet. Det innebär att skapa förutsättningar för ökat välbefinnande. Sjukdomslidande kan handla om olika sjukdomssymptom som till exempel smärta, illamående, onormal trötthet och etc. Detta kan också försätta individen i svåra existentiella situationer (Nyström, 2003). Sjukdomslidande kan upplevas som en känsla av att vara sårad och sårbar. Det kan också handla om att det inte finns någon att dela lidandet med. Ensamheten blir existentiell, patienten känner sig ensam även tillsammans med andra (Öhlén, 2000).

Den kanske viktigaste uppgiften i omvårdnadsarbetet är att förebygga vårdlidande, det vill säga det lidande som patienten utsätts för på grund av inadekvat vårdande eller brist på vård. Bakgrunden till detta är ofta bristande kunskap och avsaknad av reflektion hos den som vårdar (Nyström, 2003). Kärnan i fenomenet vårdlidande är enligt Dahlberg (2001) att bli förnekad som lidande människa. Man blir förolämpad och förödmjukad som patient när man inte blir sedd eller hörd, när man inte räknas med. Som patient känner man sig maktlös när man tvingas att stå utanför sitt eget vårdande, utan att förstå vad som händer. Det innebär en utsatthet som kränker självkänslan och som förnekar den lidande människan. Förnekandet av den lidande patienten får större kraft av att det sker i en ömtålig vårdrelation, där den ena personen är försvagad och därmed beroende av den andra personens välvilja. Man är utlämnad till andra personers vilja att göra gott (Dahlberg, 2002).

2.4.Omvårdnadsteori

Hildegard E Peplau var den första omvårdnadsteoretikern som betonade relationen mellan sjuksköterska och patient som grund för omvårdnadens kvalitativa innehåll. Hennes omvårdnadsteori publicerades 1952 (Forchuk, Sieloff, Evans, O'Connor, 1995). Peplau menar att psykodynamisk omvårdnad kan tillämpas inom alla specialiteter, att all omvårdnad bygger på interpersonliga relationer och den process som utvecklas

mellan sjuksköterska och patient. Teorin kan tillämpas inom akutsjukvård, den har en tydlig struktur för både långa och korta vårdrelationer (Nyström, 2003).

Peplau utgår ifrån att vi människor kan utvecklas om vi kommer i kontakt med känslor som tidigare bara varit delvis eller inte alls medvetna för oss. Detta kan ske i en trygg och accepterande relation, kanske till en vårdare (Nyström, 2003).

Omvårdnad bör vara en pedagogisk process som kan göra det möjligt för patienten att förstå bakgrunden för sina hälsohinder och olika sätt att hantera dem (Nyström, 2003). Tillämpningen av Peplaus teori har gjort det möjligt för sjuksköterskan att övergå från att göra något "för" patienten till att göra något "tillsammans" med patienten.

2.4.1. Begreppen i H. Peplaus omvårdnadsteori

Omvårdnadens interpersonliga fokus innebär att sjuksköterskan måste vara uppmärksam på de interpersonliga processer som uppstår mellan sjuksköterska och patient. Detta står i skarp kontrast till många andra omvårdnadsteorier som sätter patienten i centrum. Samtidigt som sjuksköterskan bedömer individuella patientfaktorer ska han/hon också inta en självreflekterande attityd. Peplaus interpersonlighetsteori definierar den terapeutiska relationen mellan sjuksköterska och patient som omvårdnadens kärna (Forchuk, Sieloff, Evans, O'Connor, 1995, Forchuk, 1997, Peplau, 1991).

1. *Omvårdnad* är ett pedagogiskt begrepp som syftar till att främja hälsa.
2. *Människan* är en individ som utvecklas genom interpersonliga relationer och som lever i en föränderlig miljö.
3. *Miljön* är ett föränderligt fysiologiskt, psykologiskt och socialt tillstånd som kan vara sjukdomsbevarande eller hälsofrämjande.
4. *Hälsa* är personlighetens och andra pågående mänskliga processers rörelse mot ett kreativt och konstruktivt liv så väl individuellt som i gemenskapen med andra (Forchuk, Sieloff Evans, O'Connor 1995, Peplau 1991).

2.4.2. De fyra relationsfaserna

Peplau delar in vårdrelationen i fyra faser. I mötet på en akutmottagning passerar dessa faser under en kort tid och relationen bör ha kommit till avslutningsfasen innan det dags att ta adjö. Den korta tiden på akutmottagningen kan utgöra en extrem situation där bemötandet från vårdaren kan etsa sig fast i minnet hos patienten (Nyström, 2003).

1. *Orienteringsfas*: Problem kartläggs och tar bara några minuter i anspråk. Sjuksköterskan identifierar och bekräftar patientens hjälpbehov och gör klart för patienten att han/hon uppfattat patientens behov av hjälp.
2. *Identifikationsfas*: Känslor identifieras och förutsätter att patienten blivit bemött med tydlighet redan vid första mötet och sjuksköterskan tillåter patienten att uttrycka de känslor och behov som finns. Känslor av maktlöshet och trygghetsförlust kan då minska om patienten kan identifiera sina behov och få dem konstruktivt bemötta.
3. *Användarfas*: Patienten använder relationen som känslomässig bas i sina försök att förstå sina egna känslor. I korta vårdrelationer löper denna fas ofta parallellt med identifikationsfasen. Patienten kan använda relationen till sjuksköterskan som en trygg utgångspunkt för att utforska sina egna känslor, när den egna existensens villkor på ett snabbt och drastiskt sätt kan förändras i samband med ohälsa.
4. *Avslutningsfas*: Avslutningen bör påbörjas i god tid innan patienten lämnar akutmottagningen och bör ske på ett sådant sätt att patienten kan behålla de goda

erfarenheter som den korta vårdrelationen inneburit. Om relationen klipps av alltför plötsligt upplever människor ofta dessa som betydelselösa.

Om mötet varit väldigt dramatiskt är det värdefullt om sjuksköterskan kan träffa patienten en tid senare för att tala om det som hänt (Forchuk, Sieloff Evans, O'Connor, 1995, Peplau, 1991, Nyström, 2003).

Omvårdnadsteorins innehåll kan användas som redskap för att skapa struktur i det akuta mötet mellan patient och sjuksköterska. Då patienten kommer till akutmottagningen intervjuar sjuksköterskan patienten i omvårdnadsanamnesen och omvårdnadsstatus. Sjuksköterskan får då reda på vilka symtom patienten har och vilken oro han/hon känner i samband med detta. Sjuksköterskan talar om att det är naturligt och normalt, att patienten har de känslor som han/hon känner. Ett exempel är då en patient söker för tryck i bröstet, han/hon är orolig för sin hälsa och vad som kan hända. Kanske har han/hon någon i bekantskapskretsen som haft en hjärtinfarkt och avlidit. Sjuksköterskan tillåter patienten att få ha sina känslor samtidigt som han/hon möter patienten på ett professionellt och tryggt sätt. Under tiden som undersökningar görs, börjar man så sakt förbereda patienten beroende på vad som skett antingen för inläggning eller för utskrivning, så att patienten kan hinna förbereda sig på det ena eller det andra. Sjuksköterskan hinner då också svara på de frågor som uppstår och kan därmed möta patienten och denne kan få ett positivt avslut på mötet, trots orsaken till besöket (Forchuk, Sieloff Evans, O'Connor, 1995, Peplau, 1991, Nyström, 2003).

3.SYFTE

Syftet med studien var att beskriva patienternas upplevelser av det akuta mötet med vårdpersonal på akutmottagning.

4. METOD

4.1. Datainsamling

Föreliggande arbete är en litteraturstudie av vetenskapliga artiklar. Resultatet är baserat på granskning av elva vetenskapliga artiklar som söktes via databaserna Cinahl och Pubmed samt manuellt. Den manuella sökningen gjordes främst i referenslistor kopplade till artiklar som hittades i publicerade artiklar, doktorsavhandlingar samt via kända publicerade tidningar. Sökningen tidsbegränsades till de senaste 10 åren. Dock finns en artikel med som är något äldre då den påvisade fakta som fortfarande är relevanta sett utifrån övriga artiklar.

Artiklarna har granskats enligt mallar utifrån Göteborgs universitets riktlinjer för omvårdnad - eget arbete, fördjupningsnivå 1. Artiklarna har granskats via checklista för kvalitativa och kvantitativa artiklar för att säkerställa vetenskapligheten i samtliga artiklar. Sökord som vi använt är: encounter, patient, meeting, emergency, nurse, information, trauma. Fem artiklar hittades genom artikelsökning via databaser, övriga hittades via manuell sökning. Många artiklar som hittades via databaser hade fel fokus eller var mycket inriktade medicinskt och med ett läkarfokus. Det fanns även artiklar som efter granskning inte höll måttet för en fullgod vetenskaplig nivå. Ett stort antal artiklar som hittades uppfyllde inte syftet om patientupplevelser och därför valdes de bort. Det fanns ett mycket stort underlag men då begränsades det med att ta nyare artiklar d.v.s över de sista 2-3 åren för att få en snävare fokus.

Artiklarna som valdes var tio av kvalitativ metod och en av kvantitativ metod. Artiklarna valdes utifrån att de skulle beskriva hur patienten upplevde mötet på akutmottagningar.

Tabell 1

Databas	Datum	Sökord	Antal	Valda artiklar
Cinahl	2008-02-04	Emergency, encounter	180 träffar	1, Wiman, Wikblad, Idvall 2007
Pubmed	2008-02-04	Emergency, nurse, patient	291 träffar,	
Pubmed	2008-02-04	Nurse, patient, meeting, trauma	19 träffar 19 lästa abstract	1, Wiman, Wikblad 2004
Cinahl	2008-03-10	Trauma, patients	82 träffar	
Pubmed	2008-04-01	Emergency, nurse, encounter	0 träffar	
Pubmed	2008-04-01	Trauma, nurse, encounter	16 träffar 16 lästa abstract	
Cinahl	2008-04-01	Trauma, nurse, encounter	19 träffar 19 lästa abstract	
Cinahl	2008-04-01	Emergency nurse encounter	9 träffar 9 lästa abstract	1, Nyström, Dahlberg, Carlsson 2003
Cinahl	2008-04-01	Patient, meeting, emergency	149 träffar 149 titlar lästa	.
Pubmed	2008-04-01	Trauma, information, emergency, encounter	16 träffar 16 lästa abstract	
Cinahl	2008-04-01	Trauma, information, emergency		2, Larsson, Kihlgren 2004, Baillie 2005,

4.2 Dataanalys

Samtliga abstract som hittades via databaserna lästes och sedan valdes fem artiklar ut. Därefter gjordes en manuell sökning och ytterligare sex artiklar hittades. Arbetet utgick ifrån en induktiv innehållsanalys där de artiklar som hittats lästes igenom var för sig av författarna för att få en första uppfattning om vad artiklarna fokuserade på, samt att få en helhetsbild av innehållet (Nyberg, 2000). Efter detta diskuterades artiklarna och vi jämförde vad vi hade funnit och kommit fram till för bärande meningar som beskrev upplevelser utav mötet.

Dessa skrevs först ned till positiva och negativa upplevelser. Därefter lästes återigen resultat delen i artiklarna igenom flera gånger för att ytterligare granska all fakta mot syftet. En sammanfattning av innehållet gjordes genom att samtliga meningar som svarade mot syftet att beskriva patientens upplevelser av mötet med personal på akutmottagning markerades och sammanfördes till teman. Texterna klipptes ut och sattes upp på en whiteboard för att lättare kunna överblickas och sammanfogades sedan till teman. Då framkom det tydligt att det fanns negativa och positiva upplevelser, detta bildade då två grupper med flera teman. Vid ytterligare granskning sammanfogades flera teman till kategorier. Dessa mönster t.ex. upplevelsen av information och trygghet, bildade kategorier som namngavs efter att stycken i texterna togs ut för att patientens upplevelser av mötet skulle kunna tydliggöras.

Till en början fokuserades texterna till positiva och negativa upplevelser för att sedan ytterligare granskas och sammanfogas än en gång. Det framkom då upplevelser som inte kunde sammanfogas under t.ex. trygghet, kommunikation och efter att ytterligare ha läst och begrundat samlades denna information under lidande då dessa upplevelser hos patienter leder till att patienten lider.

När detta var gjort lästes artiklarnas resultat- och diskussionsdel ytterligare en gång och slutligen bildades fyra kategorier som ger en bild av patientens upplevelser. Dessa fyra kategorier var; Upplevelser som skapar trygghet, upplevelser som skapar förtroende, upplevelser av kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan och upplevelser som skapar lidande hos patienten.

5. RESULTAT

Att komma till en akutmottagning kan för många patienter vara en viktig händelse. Den inträffar oftast plötsligt och många patienter känner smärta, rädsla, otrygghet, stress och en besvikelse över att dagen inte blev som de tänkt sig. Patienten kan vara rädd för den okända situationen och bekymrad över vad skadan eller sjukdomen kan få för konsekvenser på arbete och familj. De har inte haft någon chans att förbereda sig fysiskt, socialt eller mentalt inför besöket på akutmottagningen (Baillie, 2005). Patienterna har hastigt förlorat kontrollen över sin egen situation och hamnat i en beroende ställning (Wiman, Wikblad, 2004). I resultatet kommer upplevelser av möten att redovisas. Kategorier av upplevelser har bildats för att förtydliga innehållet.

5.1. Upplevelser av möten hos patienter vid akut omhändertagande

5.1.1. Upplevelser som skapar trygghet

Wiman och Wikblad ansåg i sin studie (2004) att sjuksköterskan måste kunna tolka och förstå patienterna och deras behov för att kunna skapa trygghet hos dem.

I Hawleys studie upplevde en patient att det var tryggt då personalen arbetade snabbt och effektivt. Sjuksköterskorna hade kontroll och var fokuserade på det aktuella problemet. Han hörde på personalens röster att de var experter och det ingav honom en känsla av att allt skulle gå bra. Det var viktigt för patienten att sjuksköterskan var uppmärksam och vaksam. Då sjuksköterskan var hos patienten kände han sig säker och trygg. Det var viktigt att veta att man snabbt kunde få hjälp med t.ex. smärtlindring (Hawley, 2000).

Genom att ge patienten fortlöpande information skapades trygghet hos patienten. Patienten upplevde det viktigt att vara mentalt förberedd på vad som hände (O'Brien, Fothergill- Bourbonnais, 2004). Förklaringar och information var viktigt. Patienten uppskattade att få veta vad som var på gång, vad som skulle hända och vad olika apparater och annan utrustning var till för. Bara att få veta tog bort mycket rädsla och osäkerhet (Hawley, 2000). Om patienten fick en uppgift att fokusera på såsom "fortsätt att andas lugnt" upplevde han/hon sig mer delaktig i vården och kunde förnimma en känsla av hopp att han/hon skulle överleva (O'Brien, Fothergill-Bourbonnais, 2004). Att få höra att det som gjordes var ett normalt förfarande "så här gör vi alltid" var ofta en stor lättnad för patienten (Hawley, 2000).

Många patienter upplevde trygghet om familjen fick information och fick vara närvarande då patienten befann sig på akutmottagningen (O'Brien, Fothergill-Bourbonnais, 2004). Det uppfattades som att sjuksköterskan verkligen brydde sig om patienten då han/hon såg till att anhöriga kontaktades (Wiman, Wikblad, Idvall, 2007).

5.1.2. Upplevelser som skapar förtroende

Patientens förtroende för personalen etablerades redan under de första minuterna, då det skedde via ett snabbt och kompetent omhändertagande av ett organiserat och rutinerat team. Det gjorde att patienterna kände att de fick all uppmärksamhet och att de var i säkra händer och kunde slappna av (Hawley, 2000). En patient i O'Brien och Fothergill - Bourbonnais studie (2004) upplevde det positivt att det var mycket personal som tog emot honom, det gav en känsla av välbefinnande och god omvårdnad. Patienten upplevde att det var mycket personal omkring honom, men han kände sig viktig och omhändertagen. Han upplevde att han var betydelsefull (O'Brien, Fothergill-Bourbonnais, 2004). Patienterna återkommer ofta till att beröring var viktigt (Hawley, 2000). Att bli insvept i en varm filt och varsamt förflyttad var exempel på handlingar som upplevdes positivt. Beröring beskrivs av en patient som en livlina. Patienten upplevde att han fick energi av personalen då de rörde vid honom. Patienten upplevde att det var viktigt för honom att personalen var villig att ge honom energi för att orka kämpa (O'Brien, Fothergill - Bourbonnais, 2004).

Baldursdottirs och Jonsdottirs studie (2002) visade att patienter värderade det tekniska kunandet hos sjuksköterskan högt. Att sjuksköterskan 'visste vad han/hon gjorde',

´visste när det var dags att kalla på läkare ´och ´visste hur man gav sprutor och dropp´ var betydelsefullt för känslan av förtroende (Baldursdottir, Jonsdottir, 2002).

5.1.3. Upplevelser av kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan

Sjuksköterskan bör ha en öppen attityd och tanke då han/hon talar med patienten. För att kunna vara verkligt närvarande, krävs närvaro både känslomässigt och fysiskt. Först då sjuksköterskan är verkligt närvarande i dialogen kan han/hon samtala med patienten på ett bra sätt (Wiman, Wikblad, 2004).

Kommunikationen hade stor betydelse för att etablera ett bra möte mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan kommunicerade på flera olika sätt i det akuta bemötandet, formell, avledande och humoristisk kommunikation förekom (Wiman, Wikblad, Idvall, 2007). Sjuksköterskor som pratade med patienten medan de utförde rent medicinska, tekniska sysslor skapade redan från början en god kontakt. En del av patienterna upplevde förtroende när de fick sina känslor bekräftade, även om inte sjuksköterskan sa så mycket. Uppmuntrande kommunikation såsom ” oroa dig inte vi kommer att ta hand om dig”, ” var inte orolig, du kommer att bli bra” och ” du är jätteduktig” gjorde att patienterna kände sig mer positiva och hoppfulla (Hawley, 2000).

Personalens sätt att kommunicera med patienten såsom att tilltala med namn, röstläget och humor (Wiman, Wikblad, Idvall, 2007), samt att stämningen emellan personalen var god hade betydelse för känslan av att bli omhändertagen och gav en ökad tilltro till personalen (Wiman, Wikblad, Idvall, 2007, O´Brien, Fothergill – Bourbonnais, 2004).

5.1.4. Upplevelser som skapar lidande hos patienten

I Wiman och Wikblads studie (2004) uppvisade sjuksköterskan ett instrumentellt beteende som innefattade brist på känslomässigt engagemang. Det förekom oftast i situationer då sjuksköterskan utförde praktiska saker, så som att ta blodprover, koppla infusioner och administrera läkemedel. Då patienten var svårt sjuk var sjuksköterskan ofta mera koncentrerad på praktiska, tekniska saker än att kommunicera med patienten. Ett exempel från deras studie: En sjuksköterska höll på att ta av patienten kläderna medan hon pratade med en annan sjuksköterska. Läkaren undersökte under tiden patienten. Ingen av dem pratade med patienten, som var vid fullt medvetande. När patienten var avklädd, satte sjuksköterskan pulsoximetern på hans finger utan att säga ett ord till honom (Wiman, Wikblad, 2004). Patienten upplevde att den ointresserade sjuksköterskan ägnade mer uppmärksamhet åt läkare och andra kollegor och var uppmärksam på patientens behov. Patienten kände att sjuksköterskan arbetade mekaniskt, oengagerat och fakta, principer och regler var av större betydelse än att ta reda på vad patienterna behövde för omvårdnad. Sjuksköterskorna såg inte sina patienter som unika individer med egna tankar, känslor och åsikter. En patient beskrev att den enda verbala kontakten han hade med sjuksköterskan var då hon skulle sätta på identitetsbandet på hans arm (Wiman, Wikblad, 2004). Patienterna uppfattade henne som kall och ovänlig, patienterna kände sig missnöjda, irriterade och arga (Wiman, Wikblad, Idvall, 2007).

Om en patient inte hade livshotande skador, försvann personalen efter första undersökningen och patienten lämnades ensam med obesvarade frågor och med en känsla av att vara betydelselös och bortglömd (Wiman, Wikblad, Idvall, 2007).

Problem i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska kunde uppstå, om sjuksköterskorna hade en bild av patientens akuta behov av hjälp och patienten hade en helt annan bild av sin sjukdom och sitt hjälpbehov (Byrne, Heyman, 1997).

En patient i Nyströms, Nydéns, Peterssons (2003) studie säger:

”Det är fruktansvärt att bli lämnad på ett rum och ingen bryr sig om att titta till dig. De verkar tro att det inte är något fel på mig. De verkar tro att jag har kommit till akutmottagningen utan anledning. Jag hörde dem säga de.”

(Nyström, Nydén, Petersson sid. 23).

Om man hade tidigare erfarenheter av att vara patient på en akutmottagning, upplevde många att de vill ha med sig någon som kunde ta hand om dem och hjälpa dem i väntan på personalen. Hade de ingen anhörig med sig fick de sitta själva och fick ingen hjälp (Nyström, Dahlberg, Carlsson, 2003). Patienterna kände sig övergivna och ignorerade då det kunde gå flera timmar innan någon tittade till dem. Patienternas psykiska och existentiella behov fick ingen uppmärksamhet. En patient berättar att han känner sig väldigt ensam om han blir lämnad på ett rum. Om han inte hade någon anhörig med sig låg han hellre på en bänk i korridoren och väntade för där kunde han ropa på personalen om han behövde hjälp (Nyström, Nydén, Petersson, 2003). Att bli totalt ignorerad som person upplevdes som mycket omänskligt, patienten led och kände sig som ett offer (Nyström, Dahlberg, Carlsson, 2003).

Bristen på information om vad som gjordes eller vad som skulle hända, upplevdes som mycket negativt och ledde till att patienterna kände sig betydelselösa och missnöjda (Nyström, Dahlberg, Carlsson, 2002, Nyström, Nydén, Peterson, 2002). Om informationen gavs på ett medicinskt språk missförstod patienterna den ofta, detta skapade osäkerhet och rädsla (Larsson Kihlgren m.fl. 2004). En patient i Wiman, Wikblads och Idvalls studie (2007) berättade om sin upplevelse om att bli utskriven efter att ha inkommit akut efter en olycka.

”Ja, det hade varit bra med lite information om när stygnen skulle tas, men jag fick inte reda på något, kanske hade det varit bra med ett papper. Sen när jag skulle åka hem fick jag be om hjälp med kläder, de hade ju klippt upp mina, annars fick jag ju gå i underkläderna. Att bli utskriven var inget bra, jag menar någon kunde väl ha försäkrat sig om att allt var OK när jag gick. Det kunde ha varit bättre” (Wiman, Wikblad, Idvall sid. 720).

Patienterna i Nyströms, Nydéns och Peterssons (2003) och Nyströms, Dahlbergs, Carlssons (2003) studier berättade att sjuksköterskorna ofta pratade om att de hade ont om tid och att de var underbemannade. Patienterna blev involverade i personalens problem och ibland fick de mer information än de ville ha om den tunga arbetsbelastningen och bristen på personal. Sjuksköterskornas stressiga arbetssituation gjorde att patienterna inte förväntade sig att få någon omvårdnad. Patienterna kände att de var i vägen och ställde till bekymmer för sjuksköterskorna. Patienterna undvek att be om hjälp, de var rädda att störa och det kanske fanns andra patienter som var mer sjuka. Konsekvensen blev att ingen av personalen brydde sig om dem. Patienterna upplevde

att många sjuksköterskor inte använde sin tid till att prata med dem (Nyström, Dahlberg, Carlsson 2003, Nyström, Nydén, Petersson, 2003).

”Varje gång jag pratar med sjuksköterskorna nämner de att de är underbemannade. Det är ett ständigt problem.”

(Nyström, Nyden, Petersson sid.24).

Brist på tid var många gånger orsaken till ett bristande bemötandet och dålig kontinuitet, vilket gjorde att patienten fick svårt att vara delaktig i vården och förtroendet till personalen vacklade. Patienten kände att han/ hon själv var tvungen att bevaka sina intressen då ingen hann prata med eller lyssna på honom/ henne. Patienten fick olika besked och upplevde att personalen inte hade all kunskap om honom/ henne (Kiessling, Kjellgren, 2004). Det är destruktivt för patienten om sjuksköterskan inte visar, informerar eller kommunicerar vare sig med ord eller med ögonkontakt (Wiman, Wikblad, 2004).

6. DISKUSSION

6.1. Metoddiskussion

6.1.1. Arbetets gång

Sökningar av artiklar har gjorts i databaserna Cinahl och Pubmed. Sökord som vi använt är: encounter, patient, meeting, emergency, nurse, information, trauma. Litteraturen som valdes till bakgrunden valdes utifrån ett beskrivande perspektiv med fokus på sjuksköterskan, patienten, mötet och lidandet i den akuta situationen. Lidandet togs med för att ju mer vi läste desto tydligare framstod detta i litteraturen som en viktig punkt och därför valde vi att ytterligare förklara lidandet.

Målet var att hitta artiklar som belyste patientens upplevelser av mötet med sjuksköterskan i akuta situationer. Artikelutbudet var stort inom detta ämnesområde och de artiklar som var mest lämpade i förhållande till syftet valdes ut. Då syftet var att beskriva upplevelser, var de flesta artiklarna baserade på kvalitativa studier. De artiklar som valts ut handlar om patienter på akutmottagningen oberoende av hur allvarligt skadade eller sjuka de var då fokus var på upplevelser av mötet. Artiklar som valdes bort var enbart inriktade mot specifika diagnosgrupper. Några artiklar har beställts ifrån sjukhusbiblioteken i Uddevalla och Lidköping. Begränsningar i artiklar gjordes i form av publicerade år, då de flesta artiklarna var ifrån år 2000 och framåt förutom en artikel. Under denna tid fanns det ett stort utbud av artiklar men det är oklart hur utbudet såg ut innan dess, så författarna kan därför inte redogöra för om detta är ett nytt forskningsområde eller om mycket är undersökt innan. Det är dock under de sista tio åren ett aktuellt forskningsområde. I de flesta artiklar framstod kunskapen homogen men några artiklar skilde sig åt. Sökorden har inte ändrats under arbetet då det var begränsat i tid. Hade författarna haft ytterligare tid och man hade ändrat syftet eller inte hittat så mycket artiklar på de valda orden hade sökorden förändrats. Samtliga artiklar har varit granskade av etiska kommittéer. I samtliga studier har patienterna deltagit frivilligt.

6.1.2. Artikelbeskrivningar

En artikel: Kiessling, Kjellgren (2004) gäller inte patienter på akutmottagning utan på vårdavdelning. Den valdes ändå ut eftersom den var relevant till syftet. Artiklarna lästes

och analyserades induktivt. De flesta undersökningarna har gjorts genom intervjuer. I sex studier intervjuades patienter (O'Brien, Fothergill-Bourbonnais, 2004, Wiman, Wikblad, Idvall, 2007, Nyström, Nydén, Petersson, 2003, Kiesling, Kjellgren, 2004, Hawley, 2000, Kihlgren Larsson m.fl. 2004).

I en studie (Byrne, Heyman, 1997) intervjuades sjuksköterskor och i en av studierna (Nyström, Dahlberg, Carlsson, 2003) både sjuksköterskor och patienter.

I Kihlgren Larsson m.fl. (2004) gjordes både observationer och efter det intervjuer med patienter äldre än 75 år. I de övriga studierna har inklusionskriteriet vad gäller patienternas ålder varit 18 år och uppåt. I de flesta intervjuer med patienter har det skett efter att de har skrivits ut från sjukhuset. I en studie (Kiesling, Kjellgren, 2004) var patienterna ineliggande på vårdavdelning. Författarna påpekar att patienterna då inte har någon distans till sina upplevelser.

En studie (Wiman, Wikblad, 2004) bygger på videoinspelade vårdepisoder där man granskat sjuksköterskornas beteende. Baldursdottir och Jonsdottirs studie (2002) var kvantitativ, där använde man ett frågeformulär med färdiga påståenden om hur sjuksköterskor utförde vården. Patienterna fick sedan ranka påståendena utifrån vilket beteende de tyckte var viktigast hos sjuksköterskan.

Baillie's (2004) studie bygger på tre vårdepisoder som författaren varit med om och som sedan analyseras. Antalet personer som ingått i de kvalitativa studierna varierar mellan 7 till 23. Den kvantitativa studien (Baldursdottir, Jondottir, 2002) hade 182 deltagare. De artiklar som valdes ut kommer ifrån Sverige, Storbritannien, Irland, Island och Canada. Ungefär samma förhållanden inom vården råder i dessa länder varför resultatet kan överföras till svenska förhållanden. De flesta artiklarna kom fram till samma resultat, men de svenska undersökningarna visade på fler negativa sidor av bemötande. I studierna gjorda i Storbritannien och Canada var patienterna mer nöjda med bemötandet. Orsak till detta framkom inte utan ytterligare studier för att utforska detta fenomen krävs.

6.2. Resultatdiskussion

Då vi startade vårt arbete hade vi en frågeställning om mötet mellan patient och sjuksköterska vid det akuta omhändertagandet. Detta eftersom man ofta hör klagomål på sjukvården och framför allt akutmottagningar, där patienter fått vänta väldigt länge. Därför ville vi undersöka situationen närmare. Vår egen erfarenhet är att alla möten kanske inte är bra ur patientsynpunkt. Resultatet visar på patientens upplevelser av möten vid akut omhändertagande. Nedan diskuteras möten utifrån omvårdnadsteori och rubriker i resultatet.

6.2.1. Peplau i det akuta mötet

Då vi var intresserade av mötet mellan patient och sjuksköterska fann vi att Hildegard Peplaus "Interpersonal relation model" med sin tydliga struktur för både korta och långa vårdrelationer, skulle kunna användas att arbeta efter i akutsjukvård. Peplau ser omvårdnad som ett relationsarbete som utvecklas mellan sjuksköterska och patient.

Vårdrelationen delas in i fyra faser och vid det akuta omhändertagandet passerar de snabbt. Om bemötandet är bra och sjuksköterskan och patienten får kontakt har en bra vårdrelation uppstått och alla fyra faser har passerats. I varje fas betonas mötet. Uppstår

ingen vårdrelation på grund av sjuksköterskans bemötande blir resultatet en besviken och missnöjd patient (Peplau, 1991, Forchuk, 1993). Fas ett, orienteringsfas, kommer naturligt då sjuksköterskan träffar patienten i samband med omvårdnadsanamnesen. I det "vanliga" mötet kommer detta naturligt men i det akuta kan det vara svårare att direkt komma till tals med patienten då det är många människor som undersöker patienten (Renck, 2004, Hansson, Wikström, 2005).

Fas två, identifikationsfasen följer likaså naturligt och direkt under mötet. Det gäller att både sjuksköterska och patienten är redo att mötas vilket man kan läsa i resultatet att det kan finnas diverse hinder för. Fas tre, användarfasen då patienten reagerar, kommer ofta samtidigt med fas två om patienten tillåts reagera och man som sjuksköterska ger tid för patienten att reagera och möta reaktionen som kommer (Hartsock, Truter von Reuden, 2002). Slutligen fas fyra avslutningsfasen, en sammanfattning av mötet och vårdtiden som gör att båda parter kan minnas mötet med goda erfarenheter, trots att det kan ha inneburit negativa aspekter för patienten som individ (Peplau 1991, Forchuk, 1993).

Det är en teori som kan appliceras i vårdandet oavsett om mötet är kort eller pågår under en längre tid. Och det är en hjälp på vägen för sjuksköterskan att komma ihåg dessa fyra faser för att skapa ett bättre möte med de patienter man träffar. En slags summering av varje möte innan man går vidare till nästa (Peplau, 1991). Detta för att förebygga vårdlidande som finns beskrivet i bakgrunden och i resultatet, så att patienten inte blir lidande på grund inadekvat vård, brist på vård, bristande kunskap eller avsaknad av reflektion (Dahlberg, 2002, Nyström, 2003, Eriksson, 1993).

Wiman och Wikblad (2004) påtalar vikten av att sjuksköterskan kan tolka och förstå patienten och dennes behov för att kunna skapa trygghet och detta görs enligt Peplau under fas 1,2 och 3. Man ser patientens behov, bekräftar patienten och han/hon vågar utforska sina känslor (Peplau, 1991, Forschuk, 1993). Även Dahlberg (2002) bekräftar vikten av att skapa närhet och etablera en god relation till patienten. Ett optimalt möte skall kunna ske trots att patienten är i en krissituation. Resultatet visar också på att Wiman och Wikblad (2004) fann att för att verkligen kunna mötas krävs att sjuksköterskan är närvarande både känslomässigt och fysiskt och att han/hon då verkligen är närvarande i samtalet kan han/hon tala med patienten. Detta stärks ytterligare via Hartsock och Truter von Rueden (2002) som menar att patientens och familjens tillfrisknande beror på hur skicklig sjuksköterskan är som vårdgivare under vårdtiden. Peplau menar att all omvårdnad bygger på interpersonliga relationer, man gör något tillsammans med patienten (Peplau, 1991).

Resultatet visar att det betyder mycket för patienten hur man talar med patienten, röstläge, humor, tilltal med namn och patienten upplever bekräftelse, som Peplau beskriver under fas 1 och 2 (Peplau, 1991, Forchuck m.fl.1995). Hawley (2000) fann att man kommunicerade på flera olika sätt och då det skedde skapades en god kontakt från början och man passerar då samtliga faser enligt Peplau (1991). O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) beskriver att vissa patienter kände sig ensamma, rädda och skräckslagna då de inte fick hjälp så fort som de önskade. Detta är ett lidande och ett sätt att bli vårdad på ett icke-värdigt sätt enligt Eriksson (1993). Enligt Peplau (1991) har man misslyckats med samtliga faser om detta sker. Larsson Kihlgren m.fl. (2004) menar att kombinationen av effektivt omhändertagande, respekt för patienten och en god omvårdnad gör så att patienten känner sig trygg och säker. Detta finner även

O'Brien och Fothergill- Bourbonnais (2004) och Hawley (2000) i sina undersökningar. Sjuksköterskan går igenom faserna och patienten får ett "bra" möte och vårdlidande förebyggs.

6.2.2 Upplevelser som skapar trygghet

För att skapa trygghet är det viktigt att sjuksköterskan kommer ihåg att bemöta och behandla patienterna med respekt som människor (Söderlund, 1998).

Sjuksköterskorna i Wiman och Wikblads studie (2004) med videofilmade vårdepisoder, uppvisade oftare ett rent tekniskt, praktiskt omhändertagande och ett instrumentellt beteende, än ett omvårdnadsbeteende då de mötte patienten på akutmottagningen. I deras studie (2007) då de intervjuade patienter på en akutmottagning, visar det sig, något överraskande, att patienterna uppskattar det instrumentella beteendet. Det gav en känsla av trygghet – att vara i säkra händer.

I Baldursdottir och Jonsdottirs studie (2002) visar det sig också att patienter värdesätter det tekniska kunnandet hos sjuksköterskan, högre än det omvårdnadsmissiga. En förklaring till detta kan vara att deras studie var kvantitativ, där patienterna fick rangordna förutbestämda beteenden som de upplevde viktiga hos sjuksköterskan. I studier där patienterna får prata i öppna intervjuer framkommer det oftare hur viktigt bemötandet är. Det är svårt att mäta patienternas tillfredsställelse med omvårdnad i statistiska termer

O'Brien och Fothergill-Bourbonnais uppmärksammade en skillnad mellan manliga och kvinnliga patienter, vad gällde anhörigas medverkan och närvaro vid akut omhändertagande. De manliga patienterna ville inte att familjen skulle vara med, för de kunde distrahera och hindra personalen i omvårdnaden. De kvinnliga patienterna önskade däremot att familjen skulle få information och vara närvarandes (O'Brien, Fothergill- Bourbonnais, 2004). Skillnaden mellan män och kvinnor visade sig även i Baldursdottirs och Jonsdottirs studie (2002) där kvinnliga patienter i högre grad värdesatte omvårdnaden än män och personer med lägre utbildning värdesatte omvårdnaden i högre utsträckning än högutbildade. I studien framkom inte om det var en majoritet manligt högutbildade eller kvinnligt lågutbildade. Hade resultatet blivit det samma i Sverige eller USA?

6.2.3. Upplevelser som skapar förtroende

Under arbetets gång har vi insett hur viktigt det är med ett bra bemötande. Den akuta händelse som gör att patienten måste komma till akutmottagningen är ofta en omskakande händelse som kanske inträffar en gång i livet. Det gör att man minns varje detalj väldigt väl. Det är vår skyldighet att bemöta varje patient med respekt och empati (Dahlberg, 2002, Nyström, 2003).

Att som patient bli akut sjuk innebär att man förlorar kontrollen och hamnar i en beroende ställning (Wiman, Wikblad, 2004, Baillie, 2005) bekräftas av Söderlund (1998). Då är det mycket viktigt som Peplau (1991) påvisar att mötas och vara närvarande i mötet. Även Dahlberg m.fl. (2003) beskriver att det krävs att sjuksköterskan har närvaro i mötet för att kunna förstå patienten och dennes känslor. Det är mycket viktigt att patienten är mentalt förberedd på vad som kommer att hända

och har en känsla av att vara delaktig i vården (Hawley, 2000, O'Brien, Fothergill-Bourbonnais, 2004, Kiessling, Kjellgren, 2004). Då detta sker förebyggs vårdlidande som finns beskrivet av Eriksson (1991) och Dahlberg (2002) och patienten upplever ett ökat välbefinnande enligt Nyström (2003).

Det framgick tydligt att patienterna litade på sjuksköterskor som visade empati och medkänsla och då upplevdes vården positiv (Wiman, Wikblad, 2004, Baillie, 2005).

I resultatet visade det sig att då sjuksköterskor arbetat länge inom akutsjukvård och skaffat sig lång erfarenhet kunde de "lyfta blicken" från det rent praktiskt- tekniska till det omvårdnadsnärliga i omhändertagandet av patienter. Det är viktigt att komma ihåg att då sjuksköterskan är ny i yrket, är det svårare att se helheten och sjuksköterskan är mest koncentrerad på det praktiska. Sjuksköterskan upplever att det är utifrån det man värderas enligt Byrne och Heyman (1997).

Tyvärr värderades inte det "vanliga mötet" med "vanliga" patienter så högt av vissa sjuksköterskor (Byrne, Heyman, 1997). Vad är det som gör att det verkar "finare" och mer betydelsefullt att arbeta med akuta patienter och vad är det som gör att en sjuksköterska anser att det inte är rätt patienter som kommer till akuten och vad skall göras för att dessa människor skall bemötas av samma respekt som mer akuta patienter möter? I flera studier framkommer det att sjuksköterskorna upplever att patienterna söker på akutmottagningen för "fel" symtom. Hur arbetar man vidare för att få sjuksköterskor och patienter att få en likvärdig syn? (Socialstyrelsen, 2002, Åkerström, 1997)

6.2.4. Upplevelser av kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan

Det poängteras ofta att sjuksköterskan måste vara verkligt närvarande i mötet för att kunna kommunicera (Wiman, Wikblad, 2004). Det är viktigt att komma ihåg att sjuksköterskan kan kommunicera utan att säga så mycket (Hawley, 2000). Även hur han/hon talar med patienten är mycket viktig (Wiman, Wikblad, Idvall, 2007). Sjuksköterskan bör kunna skapa ett optimalt möte, trots att patienten befinner sig i en krissituation (Dahlberg m. fl. 2003).

Att humor är viktigt i bemötandet med patienter framkom i flera undersökningar. Det hjälper till att skapa bra relationer och gör att patienten känner sig mer avslappnad. En orsak till att sjuksköterskor ofta använder humor i sin kommunikation med patienten kan vara att det gör att atmosfären blir avslappnad och social, medan man avhåller sig från att prata om känslomässigt svåra saker (Baillie, 2005).

I resultatet framkom att patienterna ibland fick bristfällig information av sjuksköterskorna. Det framgick inte fullt ut om det berodde på att sjuksköterskorna fick för lite information av läkarna för att kunna informera tillbaka till patienterna eller vad det berodde på. Dock framgick det att sjuksköterskorna var mer intresserade av att göra sina sysslor än att tala med patienterna (Wiman, Wikblad, 2004, Nyström, Dahlberg, Carlsson, 2003).

I många undersökningar hänvisar ofta sjuksköterskorna till att om de bara hade tid så skulle mötet med patienten bli bra. Mycket tid går åt till att vänta på order från doktorn, den kunde användas till att prata med patienten (Wiman, Wikblad, 2004, Nyström, Dahlberg, Carlsson, 2003).

6.2.5. Upplevelser som skapar lidande hos patienten

Då sjuksköterskan inriktar sig för mycket på tekniska sysslor då patienten är svårt sjuk menar Wiman och Wikblad (2004) att patienten blir lidande och ett vårdlidande uppstår enligt Eriksson (1991) och Nyström (2003). Enligt Peplau (1991) så misslyckas sjuksköterskan att skapa ett möte och patienten kan bli lidande och Söderlund (1998) beskriver det som att patienten upplever känslor av maktlöshet.

Wiman och Wikblad (2004) talar om instrumentellt beteende och brist på känslomässigt engagemang. Sjuksköterskan såg inte patienten som en unik individ med egna tankar, känslor och åsikter. Peplau (1991) menar att den interpersonliga teorin, omvårdnad, människa, miljö och hälsa, har misslyckats.

Enligt Nyström (2003) ligger alltid ansvaret för en vårdrelation hos vårdaren och denne skall se till att det blir så positivt som möjligt för patienten och att det ligger på sjuksköterskans förmåga att kunna skapa kontakt vid korta vårdrelationer för att förebygga lidande (Dahlberg, 2003, Nyström, 2003, Eriksson, 1991). Då detta inte sker beror det på att sjuksköterskan saknar kunskap och avsaknad av reflektion enligt Nyström (2003). Ofta kan det vara svårt för patienter att framföra klagomål på vården och sjuksköterskor som tar hand om dem på en akutmottagning. De blir ju trots allt omhändertagna även om det tar lång tid. De har ju ofta inget val, de kan ju inte gå hem igen då någon form av sjukdom eller skada har fört dem till akutmottagningen (Wiman, Wikblad, Idvall, 2007). Enligt Dahlberg (2001) är patienterna då utlämnade till andra personers vilja att göra gott. Patienterna är missnöjda och känner att de är betydelselösa (Nyström, Dahlberg, Carlsson, 2003, Nyström, Nydén, Petersson, 2003).

Vad kommer det sig att personal beklagar sig inför patienter om sin arbetssituation? Är det ett slags försvar för att de själva upplever att de utför ett dåligt arbete i mötet med patienterna (Nyström, Dahlberg, Carlson, 2003, Nyström, 2003). Enligt Dahlberg (2002) tyder detta på bristande kunskap och dålig förmåga till reflektion hos sjuksköterskan och man försätter patienten i en obehaglig situation (Kiessling, Kjellgren, 2004, Nyström, Dalberg, Carlsson, 2003).

6.2.6. Arbetets styrkor och svagheter samt förslag på fortsatt forskning

Styrkan med föreliggande arbete är att den belyser patientens upplevelser av möten med vårdpersonal på akutmottagning, ofta är man som personal inte medveten om hur mycket bemötandet betyder för patienten. Detta arbete visar att många patienter upplever att mötet med vårdpersonalen på akutmottagning är bra. Men det visar också på att patienter upplever det motsatta, nämligen ett dåligt bemötande från vårdpersonalen. Som sjuksköterskor är vi skyldiga att ge patienten ett gott bemötande.

Det som framkommit i resultatet är ingen ny revolutionerande kunskap. Det fanns mycket publicerat material om detta ämne. Arbetet redovisar enbart patientupplevelser, i fortsatta studier kan det vara intressant att studera vårdpersonalens upplevelser. Det behövs ytterligare forskning om mötet på svenska akutmottagningar, i ambulanser och med mer intervjuer av både nyutbildad personal och de med längre erfarenhet.

Författarna tror att samtliga personal inom vården förstår innebörden av hur viktigt mötet är mellan personal och patienter men att det behöver belysas ytterligare. Det behövs mer diskussioner i arbetslagen om vad som är ett betydelsefullt möte och att det påverkar arbetsmiljön så oerhört mycket. Det visade sig i artiklarna att arbetsklimatet på avdelningen är avgörande i hur mötet blir och att det skapas normer för hur bemötandet skall vara.

Som omvårdnadsansvariga och professionella yrkesutövare måste vi lyfta fokus och diskutera och kritiskt granska vårt eget arbete för att ytterligare förbättra vårt möte med patienterna. Vi måste hela tiden påminnas om vad som för oss är en dag på arbetet, så är det en kris för patienten att behöva komma till oss. Vi måste hela tiden vara professionella och bemöta patienter med respekt även om vi anser att deras sjukdom hör hemma någon annanstans. Det är som Dahlberg (2003) skriver, det krävs att sjuksköterskan har förmåga till närvaro i mötet, och försöker förstå hur patienten upplever situationen samtidigt som sjuksköterskan tillämpar omvårdnad och medicinsk kunskap på bästa sätt.

6.2.7. Konklusion

Syftet med studien var att beskriva patienternas upplevelser av mötet med vårdpersonalen vid akut omhändertagande. Detta infriades i resultatet där upplevelser av mötet vid akut omhändertagande beskrevs. Många positiva aspekter har påvisats, då mötet mellan patient och sjuksköterska blir bra. Mötet upplevs också negativt och flera aspekter som har betydelse har lyfts fram. Vilken betydelse bemötandet har för omvårdnadsrelationen mellan sjuksköterska och patienten på akutmottagningen beskrevs med hjälp av Peplaus omvårdnadsteori samt övrig bakgrundslitteratur.

Alla sjuksköterskor har ett ansvar för att utveckla sin profession och lära sig att vara närvarande och uppmärksam på patienten, oavsett om hans/hennes hälsoproblem är akuta eller inte (Peplau, 1991). Vetskapen om att det var så många patienter som hade så många negativa upplevelser om mötet var nytt för författarna. Att patienter hellre ligger blottade ute i en korridor än på ett rum för att de då i alla fall kunde se personal och ropa till för att få hjälp. Att personal så sällan tittade till patienterna, allt detta var ny kunskap för författarna. Författarna hade en föräning om att vissa möten inte var positiva för patienten men författarna trodde aldrig att det var så illa ställt med möten och bemötande mellan patienter och personal.

Resultatet kan användas för att skapa en debatt i arbetslag och på alla arbetsplatser om hur patienten blir bemött i akutsjukvården.

7. REFERENSLISTA

- Baillie, L. (2005). An exploration of nurse patient relationships in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*, 13.9-14
- Baldursdottir, G. & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviours as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung* 31,(1) 67-75.
- Byrne, G.& Heyman,R.(1997). Understandig nurses´communication with patients in accident & emergency departments using a symbolic interactionist perspective. *Journal of advanced Nursing* 26, 93 -100.
- Dahlberg, K.(2002). Vårdlidande- det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22 (1),4-8
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O.& Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1993). *Möten med lidanden*. Utgiven av institutionen för vårdvetenskap samhälls och vårdvetenskapliga fakulteten. Åbo Akademi VASA
- Forchuk, C. (1993). *Hildegard E. Peplau: Interpersonal Nursing Theory*.Newsbury Park: Sage Publications, cop.
- Forchuk,C. Sieloff Evans, C.L. & O´Connor,N.O.(1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorierII*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansson, L-E.& Wikström, T.(2005) *Akut kirurgi*. Lund: Studentlitteratur.
- Hartsock, R-L.& Truter von Rueden, K.2002. Nursing practice though the cycle of trauma.kap 9 sid 107-128. *Trauma nursing 3:e upplagan*. McQuillan, Von Ruden, Hartsock, Flynn, Whalen.
- Hawley, M.P. (2000). Nurse comforting strategies: Perceptions of Emergency Department Patients. *Clinical Nursing Research*, 9(4), 441-459.
- Kiessling, T.& Kjellgen, K (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden* 4 (24), 31-35.
- Larsson Kihlgren, A. Nilsson, M. Skovdahl, K. Palmblad, B. &Wimo, A.(2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Science*.18, 169-176.
- Nyberg, R.(2000) *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och internet*.(4 uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.

- Nyström, M., Dahlberg, K. & Carlsson, G. (2003). Non- caring encounters at an emergency care unit – a life- world hermeneutic analysis of an efficiency – driven organization. *International Journal of Nursing Studies* 40, 761 – 769.
- Nyström, M. Nydén, K. & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit –a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 22-26.
- O’Brien, J-O. & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of Trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes From Seven Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 30, 216 – 224.
- Peplau, H. (1991) *Interpersonal relations in nursing.*(2 uppl.) London: Mc Millan Education Ltd.
- Pryor, M.& McCann, J.(2002). *Ethics in trauma nursing.*kap 6 sid 62-72. Trauma nursing 3:e upplagan. McQuillan, Von Ruden, Hartsock, Flynn, Whalen.
- Renck, H (2004) *Svikt av vitala funktioner.* (4 uppl.). Torekov. Aniva.
- Söderlund, M. (1998) ”*En mänsklig atmosfär*”: *Trygghet, samhörighet och gemenskap: God vård ur ett patientperspektiv.* Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Widfeldt, N. & Örtenwall, P. (2005).Triage a method for best possible care in emergency department. *Läkartidningen* vol.102, issue39. 2751-3.
- 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(2007) 714-722.
- Wiman, E.&Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of clinical nursing*, 13, 422-429.
- Åkerström, M. (1997). Waiting- A source of Hostile Interaction in an emergency clinic.*Qualitative Health Research*, 7 (4), 504-520.
- Öhlén, J.(2000). *Att vara i en fristad; berättelser om lindrat lidande inom palliativ vård.* Institutionen för vårdpedagogik Göteborgs universitet. Göteborg.

ARTIKELÖVERSIKT

Titel:	An exploration of nurse - patient relationships in accident and emergency.
Författare:	Baillie, L.
Tidskrift:	Accident and Emergency
År:	2005
Syfte:	Att utforska relationen mellan patient och sjuksköterska i akutsjukvård
Metod:	Tre vårdepisoder som författaren varit med om analyserades med utgångspunkt i omvårdnadsteorier.
Urval:	Tre patientfall
Referenser:	24
Land:	Storbritannien

Titel:	The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department.
Författare:	Baldursdottir, G.& Jonsdottir ,H.
Tidskrift:	Heart & Lung
År:	2002
Syfte:	Ta reda på vilken omvårdnadsåtgärd som patienten fick på akutmottagningen som hade mest betydelse i omvårdnaden.
Metod:	Ett 61-punkts frågeformulär användes med bas av Cronin och Harrisons caring behaviors assessment tool som visade på 10 punkter utifrån Watsons teori.
Urval:	Slumpmässigt urval av 300 patienter. Det enda som styrde var vuxna patienter >18 år, vårdades någon gång under 1 månad och som skrevs ut till hemmet utan kontakt med någon annan vårdgivare.
Referenser:	40
Land:	Island

Titel:	Understanding nurses communication with patients in accident and emergency departments using a symbolic interactionist perspective.
Författare:	Byrne, G. & Heyman, R.
Tidskrift:	Journal of Advanced Nursing
År:	1997
Syfte:	Att utforska hur sjuksköterskor upplever sitt arbete på två akutmottagningar. Hur patienter påverkar kommunikationen och på vilket sätt patienternas oro tog sig uttryck och vilken roll sjuksköterskan hade i detta.
Metod:	Djupintervjuer med 21 sjuksköterskor på två akutmottagningar och bandspelare användes.
Urval:	Djupintervjuer gjordes med alla sjuksköterskorna dock ej nattpersonal. 13 intervjuer på akutmott A och 8 intervjuer på akutmott B.
Referenser:	34
Land:	Storbritannien

Titel: **Nurse Comforting Strategies. Perceptions of Emergency Department patients**
Författare: Hawley, M.P.
Tidskrift: Clinical Nursing Research
År: 2000
Syfte: Att beskriva sjuksköterskans `comforting strategies` och hur de uppfattas av patienterna på en akutmottagning.
Metod: Kvalitativ. Intervjuer.
Urval: 14 patienter som hade omhändertagits på akutmottagningen
Referenser: 23
Land: Canada

Titel: **Patienters upplevelse av delaktighet i vården.**
Författare: Kiessling, T.& Kjellgren, K.
Tidskrift: Vård i Norden
År: 2004
Syfte: Att beskriva patienters erfarenhet av delaktighet i vården och att kartlägga vilka faktorer som patienterna upplevde ha betydelse för deras delaktighet.
Metod: Kvalitativa intervjuer med ett fenomenologiskt perspektiv.
Urval: 8 patienter som vårdades på en kirurgavdelning. 4 kvinnor och 4 män. Alla hade genomgått ett kirurgiskt ingrepp.
Referenser: 34
Land: Sverige

Titel: **Older patients awaiting emergency department treatment.**
Författare: Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M. Skovdahl, K., Palmblad, B. & Wimo, A.
Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Science
År: 2004
Syfte: Genom observationer och intervjuer av patienter äldre än 75 år och deras anhöriga. se hur det var på akuten och vad som hände där, från det att de kom till dess de gick hem igen.
Metod: Observationer och intervjuer av 20 patienter (14 kvinnor och 6 män) över 75 år och deras släktingar. 15 av patienterna hade med sig en anhörig. Studien var uppbyggd på en pilotstudie följt av en huvudstudie. Dessa två delar sammanfogades till en helhet. Öppna opartiska observationer genom hela vårdförloppet, kompletterades med intervjuer då patienterna lämnade akutmottagningen.
Urval: Patienterna var i behov av akut hjälp och med en ålder över 75 år.
Referenser: 37
Land: Sverige

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

Författare: Nyström, M., Dalberg, K.& Carlsson, G.

Tidskrift: International Journal of Nursing Studides.

År: 2003

Syfte: Att analysera och beskriva icke-vårdande möten på en akutmottagning.

Metod: Intervjuer enligt principen för en öppen livsvärldsansats.

Urval: 9 sjuksköterskor som jobbade på akutmottagningen och 9 patienter som besökt akutmottagningen mer än en gång.

Referenser: 21

Land: Sverige

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

Författare: Nyström, M., Nydén, K, & Petersson, M.

Tidskrift: Accident and Emergency Nursing

År: 2003

Syfte: Att analysera och beskriva upplevelser av att vara en icke akut patient på en akutmottagning.

Metod: Kvalitativ. Intervjuer med en öppen livsvärldsansats .

Urval: 11 personer 6 kvinnor och 5 män. Ålder mellan 52-88.Alla hade varit icke akut patient på olika akutmottagningar vid flera tillfällen.

Referenser: 13

Land: Sverige

Titel: **The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients.**

Författare: O'Brien, J-O. & Fothergill-Bourbonnais, F.

Tidskrift: Journal of emergency nursing.

År: 2004

Syfte: 1.Ta reda på patientens perspektiv av traumagenomgången på akutmottagningen.2. Om patienten hade känslor av sårbarhet under detta möte och 3. vilka faktorer som spelade en roll/ påverkade patienten.

Metod: En kvalitativ studie och man använde en interpreventiv fenomenologisk. One-on-one bandinspelning gjordes. Patienterna intervjuades dag 2 och dag 7 efter olyckan och följdes upp 7-12 månader efteråt.

Urval: Patienter över 18 år, Glasgow Coma scale score >13, Revised trauma score>10, fysisk och kognitiv förmåga att delta i intervjuer på engelska. 4 män och 3 kvinnor deltog.

Referenser: 19

Land: Canada

Titel: **Trauma patients encounters with the team in the emergency department- A qualitative study.**
Författare: Wiman, E., Wikblad, K.& Idvall, E.
Tidskrift: Internationell Journal of Nursing Studies.
År: 2006
Syfte: Utforska traumapatienters upplevelser av möten med traumateamet.
Metod: Kvalitativ studie och data samlades in med semi-strukturerade intervjuer. Dessa skrevs ned och författarna analyserade detta via text.
Urval: 23 traumapatienter, varav 17 kom ifrån universitets sjukhus och 6 kom ifrån länssjukhus.
Referenser: 28
Land: Sverige.

Titel: **Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department.**
Författare: Wiman, E. & Wikblad, K.
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing.
År: 2004
Syfte: Belysa mötet mellan skadade patienter och sjuksköterskor i trauma teamet och utforska om teorin om caring och uncaring är möjlig att applicera i akutsjukvård.
Metod: Videinspelning av möten med lättskadade patienter och sjuksköterskor i trauma teamet. 5 episoder med 10 sjuksköterskor videofilmades och materialet genomarbetades. Därefter översattes det och klassificerades till aspekter av caring och uncaring.
Urval:
Referenser: 22
Land: Sverige.
