

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

2015:11

Att vara patient på en akutmottagning

Att överlämna sig i händerna på vårdpersonal

Jansson, Sara

Zöögling, Liza



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Att vara patient på en akutmottagning Att överlämna sig i händerna på vårdpersonal
Författare:	Jansson, S. Zöögling, L.
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning + GSJUK12H
Handledare:	Thomas Eriksson
Examinator:	Maria Nyström

## **Sammanfattning**

Det finns brister generellt i vården och även specifikt på akutmottagningar. Fler personer söker sig till akutmottagningen och patientbeläggning har därmed ökat, vilket också ökar kraven på akutmottagningar. Att vårdas på en akutmottagning innebär, som patient, att komma i kontakt med en främmande miljö vilket genererar olika upplevelser hos patienten. Tidigare studier har dock i stort sett visat på en god tillfredsställelse hos de patienter som har tillstånd som är högprioriterade på akutmottagningen. Samtidigt har de låg-prioriterade patienterna olika upplevelser kring sin vård och de brister som finns – som i sin tur påverkar tillfredsställelsen.

Syftet med studien var att undersöka patientens upplevelse av att vårdas på en akutmottagning. Studien inriktade sig på att kartlägga de generella upplevelser patienter har under sin vårdvistelse på akutmottagningen. Resultatet ska också kunna användas till att identifiera förbättringsområden och tillämpa en djupare förståelse och kunskap hos vårdpersonal. Det gjordes genom en litteraturoversikt med granskningsmodell enligt Friberg (2012, ss. 133-143). Studien inkluderade allmänna akutmottagningar i Sverige och ingen specifik patientgrupp. Innehållsanalys gjordes, som lyfte fram meningsbärande enheter och de sammanställdes i två huvudkategorier med vardera tre och fyra underkategorier.

Resultatets första huvudkategori beskrev upplevelsen att bli akut sjuk. Den innefattade patientens förförståelser och förväntningar inför besöket som påverkar upplevelsen, upplevelse av en förändrad roll som patient samt vikten av det första mötet. Andra huvudkategorin beskrev upplevelsen av att vårdas på en akutmottagning. Den sammanställdes i underkategorier som beskrev upplevelser kring att vara delad, brist på delaktighet, att vara hindrad att lyfta missnöje och slutligen också den negativa och positiva påverkan av den fysiska miljön.

Resultatet ökade förståelsen kring patientens upplevelser och visade på vikten av ett förhållningssätt hos sjuksköterskan som centreras kring patienten och som har en holistisk syn på människan. Genom en god vårdkontakt, som har uppnått delaktighet och trygghet utvecklas och stärks hanteringsförmågan hos patienten. Vidare undersökningar bör göras kring riktlinjer, normer och vårdverktyg som finns på en akutmottagning samt lyfta frågeställningar till en högre organisationsnivå för att utreda varför bristerna uppkommer.

Nyckelord: *Upplevelse, Patient, Akutmottagning, Tillfredställelse, Delaktighet, Förbättringsområden.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Definition akutsjukvård och akuta tillstånd	1
<b>Vården på akutmottagningen</b>	<b>2</b>
Regler och riktlinjer på en akutmottagning	2
Sjuksköterskans och andra vårdprofessioners roller på akutmottagningen	3
Patientens väg genom akutmottagningen	5
Definition patientupplevelse	6
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
Datainsamling	7
Dataanalys	7
<b>RESULTAT</b>	<b>8</b>
<b>Att bli akut sjuk</b>	<b>9</b>
Förförståelsen och förväntningarna inför besöket påverkar patientupplevelsen	9
Person blir till patient	10
Det första viktiga mötet	10
<b>Att vårdas på en akutmottagning</b>	<b>12</b>
Att vara delad	12
Bristen av delaktighet	13
Att vara hindrad att lyfta sitt missnöje	14
Den negativa och positiva påverkan av den fysiska miljön	16
<b>DISKUSSION</b>	<b>17</b>
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
<b>SLUTSATSER</b>	<b>23</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>25</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>29</b>
1. Framtagna sökord och alternativa synonymer inför sökprocess	29
2. Sökprocess	29
3. Översiktstabell granskning	30

# INLEDNING

På en akutmottagning inkommer människor vars bakgrunder har stor variation. Vårdpersonalen möter alla sorts människor, oavsett ålder, kulturbakgrund och samhällsskikt. Varje människa har en unik livsvärld, vilket utformar dem, både som personer och som patienter. Varje människa inkommer dock till akutmottagningar av samma anledning, de är i behov av hjälp. I kontakt med vården tvingas varje människa att överlämna sig själv i händerna på vårdpersonalen. Förutsättningen för att en människa ska ha modet att överlämna sin sårbarhet i en annan människas händer, krävs tillit och förtroende till personen. Som patient sker denna överlämning till en främmande människa, där ett beroendeskap uppkommer. Det överlämnandet som sker innan etablerad trygg vårdrelation är kantad av stark kontrollförlust och osäkerhet i situationen.

Det är tidigare känt att en stor del kring patienters upplevelser på en akutmottagning kretsar runt väntetider och att vara bortglömd i ett undersökningsrum. Trots tidigare forskning har inga drastiska förändringar skett senaste åren. Studien syftar till att klargöra de mest centrala och allmänna upplevelserna i att vara en patient på akutmottagningen. Resultatet utmynnar även i lyftande av förbättringsområden på en akutmottagning.

# BAKGRUND

## **Definition akutsjukvård och akuta tillstånd**

Socialstyrelsen (2014, s. 9) definierar begreppet akutsjukvård som ”omfattar all vård som är föranledd av medicinskt akuta tillstånd”. Vidare förklarar socialstyrelsen akuta tillstånd som plötsligt uppkommen skada eller sjukdom som har ett snabbt förlopp, som kräver snabbt omhändertagande.

## Vården på akutmottagningen

### Regler och riktlinjer på en akutmottagning

Akutmottagningen har ett varierande inflöde av patienter, med olika besvär. Akutmottagningen ska vara kapabel att ta emot och bedöma alla sorts patienter (Göransson, Eldh & Jansson 2008, ss. 13-22). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, § 2a) har alla patienter inom hälso- och sjukvård rätt till en bedömning, om det inte är uppenbart obehövligt. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010, ss. 40-50) har akutmottagningar i Sverige idag ett triagesystem inom verksamheten som har till syfte att strukturera upp och effektivisera bedömning och omhändertagande. Triage-systemen är främst medicinskt inriktade och den subjektiva upplevelsen hos patienten bedöms inte med hjälp av triageringsverktygen. Det är väsentligt att gradera patientens tillstånd utifrån ett triageringssystem, med tanke på den breda variation i tillstånd hos patienterna som inkommer till akutmottagningen. De vanligaste använda triagesystemen är Manchester Triage Scale (MTS), vilken är internationell samt Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS, alternativt RETTS) och Adaptivt Processtriage (ADAPT) som är svenskt framtagna. De är utformade till att dokumentera sökorsak och undersöka vitalparametrar (blodtryck, puls, saturation, andningsfrekvens, temperatur och medvetandegrad). Utifrån värdena på vitalparametrarna tilldelas prioriteringsgrad i form av en färg. Prioriteringsgraderna är röd, orange, gul, grön och blå. De syftar till att bestämma grad av tillstånd där röd har prioritet ett, livshotande tillstånd och resterande går i turordning. Kontaktorsaken översätts till en siffra utifrån ESS-koder (Emergency Symtome and Signs) som är samlade i triagesystemet. Koden beskriver prioriteringsgrad utifrån symtom samt föreslår vårdåtgärder. Varje prioriteringsgrad har riktlinjer för väntetid till undersökning av läkare, där röd prioritering kräver omedelbart omhändertagande och gul prioritering kräver kontakt med läkare inom 2 timmar. Tiden kan dock variera mellan olika triageringssystem.

Arbetet på en akutmottagning är karaktäriserat av fasta rutiner utifrån olika riktlinjer. Akutmottagningar i Sverige är oftast uppdelade i olika specialiserade team, såsom medicin, kirurg och ortopedi. Varje team består av läkare, sjuksköterska och undersköterska. Vården på akutmottagningar innebär också en nära samverkan med

flera andra instanser, exempelvis röntgen, laboratoriet och sjukhusavdelningar. Det är väsentligt att samarbetet ska fungera optimalt och effektivt för att få ett bra vårdflöde (Andersson, Jakobsson, Furåker & Nilsson 2012, s. 59). Vårdprocessens längd påverkas av samverkan bland instanser och den tidsåtgång som blir i väntan på undersökningssvar (Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelning 2009, s. 9).

Väntetiderna inom akutsjukvården har varit och är ett generellt problem. Den genomsnittliga väntetiden på akutmottagningar i Sverige är 2 timmar och 50 minuter, dock varierar det kraftigt beroende på sjukhus. Äldre patienter har visat sig ha en genomsnittligt längre väntetid än yngre patienter. Studier har också visat att även antal patienter på akutmottagningar samt efterfrågan på akutsjukvård i Sverige har ökat för varje år. Patienterna är relativt jämfördelade i ålder, dock med en lite större andel av äldre (Socialstyrelsen 2014, ss. 6-9, 27).

### **Sjuksköterskans och andra vårdprofessioners roller på akutmottagningen**

Som sjuksköterska arbetar man utefter ICN:s etiska kod (International Council of Nurses), vilket innefattar grundpelarna att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Sjuksköterskans förhållningssätt ska genomsyras av respekt för människors värdighet, vilket inberäknar bland annat att ha ett patientperspektiv och en helhetssyn på människan (Svensk sjuksköterskeförening 2014). Det är viktigt att i omvårdnaden utgå från ett patientperspektiv. Patientperspektivet är en grundbult i vårdandet likväl som livsvärldsteorin, vilket genomsyras av att ha patienten i fokus och vårda utifrån att ha ett intresse för patienten och göra den delaktig. Sjuksköterskans förhållningssätt ska genomsyras av en nyfikenhet för patientens livsvärld, vilket innefattar alla former av upplevelser och erfarenheter som patienten bär med sig samt som erfars under vårdtiden (Dahlberg & Segersten 2010, ss. 126-134). Det ska även finnas en lyhördhet, medkänsla, öppenhet och respekt för integritet och autonomi. Sjuksköterskan ska handla konfidentiellt och arbeta för att säkerställa patientsäkerhet och jämlikhet/rättvisa i vården. Sjuksköterskan har också ett ansvar i att utveckla sig själv i sin yrkeskompetens (Svensk sjuksköterskeförening 2014).

Sjuksköterskan inom akutsjukvården behöver en fördjupad kompetens i form av att kunna identifiera, bedöma och prioritera tillstånd utifrån begränsad information samt kunna ge avancerad omvårdnad oavsett tillstånd och situation. Det inberäknar att kunna bibehålla och agera utifrån sin professionella kompetens och förhållningssätt även vid oväntade och oförutsägbara situationer. Ett patientperspektiv med respekt för integritet och värdighet ska alltid bejakas i kombination med upprätthållande av medicinsk säkerhet. Varje patient ska få en individuellt anpassad vård efter sina unika behov, samt få bli delaktig i sin vård (Svensk sjuksköterskeförening & Riksföreningen för akutsjuksköterskor 2010, ss. 5-9). Genom livsvärldsteorins förhållningssätt ses patienten som en helhet där kropp och själ är en enhet. En person består av en fysisk och en subjektiv kropp som är sammankopplade till varandra i begreppet levd kropp. Det här helhetsperspektivet bör genomsyra sjuksköterskans förhållning och syn på patienten (Dahlberg & Sergersten 2010, ss. 126-134).

Akutmottagningen är uppdelad i olika team, där sjuksköterskan och undersköterskan jobbar nära varandra och samarbetar ibland med en del arbetsuppgifter. Sjuksköterskan har dock det huvudsakliga omvårdnadsansvaret, framförallt vad gäller medicinska bedömningar utifrån triageskalor samt administrera läkemedel. Undersköterskan ansvar är främst den basala omvårdnaden (Andersson et al. 2012, s. 59). Elmquist, Fridlund och Ekebergh (2012, ss. 115-116) beskriver också att sjuksköterskans arbetsuppgifter kretsar en del kring i att snabbt förbereda patienten inför läkarbedömning. Förberedelserna ses som viktiga för att underlätta för läkaren vid undersökning av patienten. Det är en väsentlig del att sjuksköterskan arbetar effektivt för att alltid vara redo och ha möjlighet att ta emot nästa patient, som dessutom kanske har ett livshotande tillstånd där vården kan vara mer tidskrävande. De förklarar vidare att sjuksköterskor på akutmottagningen, likväl som patienterna, också upplever en väntan på information från läkare. Sjuksköterskorna i studien beskriver en förekommande låg kommunikation till läkare och att de upplever sig ovetande kring vad läkaren gör och hur långt han har kommit i patientens vård på akutmottagningen.

Läkarens arbetsuppgifter består, enligt riktlinjer på en akutmottagning i västra götalandregionen, av att göra en bedömning (ta anamnes, bedöma status och utföra



kroppsundersökning) av patienterna som inkommer. De ordinerar prover och undersökningar samt eventuella läkemedel – de utformar en vårdplan för patienten. De ska bedöma om patienten behöver läggas in på avdelning och om det är aktuellt ta kontakt med avdelningsläkare eller jourläkare. Bland läkarna finns även en arbetsledande läkare (AL), som ska ha bred kompetens inom akutsjukvård och kunna bedöma alla sorts patienter, oavsett vilken teamtillhörighet de har. AL ska också fungera som en handledare bland alla läkare på akutmottagningen och utföra viss arbetsledning om behövt (Lundh 2012, ss. 5-7)

### **Patientens väg genom akutmottagningen**

Det finns ett flertal vägar att ta sig in på akutmottagningen, antingen på egen hand, med eller utan remiss från vårdcentral eller genom ambulansen. Första steget i vårdprocessen är alltid en triagering, som sker av triagesjuksköterskan på akutmottagning eller av ambulanssjuksköterskan. Under triagen får patienten berätta om sina symtom och varför hon valt att söka akutsjukvård. Triagesjuksköterskan gör en bedömning på patientens tillstånd utifrån ett bedömningsunderlag, som utmynnar i en prioriteringsgrad (Göransson et al. 2008, ss. 13-35). Patienten får också bestämt vilket team hon ska tillhöra utifrån hennes besvär. Efter triageringen får patienten vänta på att sjuksköterskan i tillhörande team hämtar in patienten till ett behandlingsrum, där sjuksköterskan går igenom patientens tillstånd och ställer fördjupande frågor. Därefter tas eventuella prover och sedan får patienten vänta igen, fram tills läkare kommer in på rummet (Analysenheten 2009, s. 9). Vid kontakt med läkare får patienten igen berätta om sitt upplevda tillstånd och läkaren gör sin bedömning (Elmqvist et al. 2012, s. 116). Efter läkarbesöket kan flera olika saker ske beroende på läkarens bedömning. Antingen hemgång direkt med rådgivning, alternativt också med ordination kring egenvård och/eller behandling, eller så vill läkaren ha fler undersökningar som exempelvis röntgen. Om så är fallet blir det ytterligare en väntan på undersökningen och även efter undersökningen i väntan på svar. Läkaren gör därefter sin slutgiltiga bedömning kring patientens tillstånd - hemgång eller inläggning på vårdavdelning för fortsatt vård. Om beslut tas kring inläggning blir det ytterligare en väntetid för patienten innan plats blir ledig på vårdavdelning, att ansvarig sjuksköterska rapporterat över till avdelning samt väntan på möjlig transport (Analysenheten 2009, s. 8).

## **Definition patientupplevelse**

Begreppet upplevelse förklaras oftast som något som inverkar på människans sätt att vara, känna och tänka. Till upplevelse kopplas även hur vi förstår vår omvärld samt hur vi känner och tänker kring oss själva och vår omvärld (VandenBos 2006, s. 354).

## **PROBLEMFORMULERING**

Att bli akut sjuk kan innebära en stor kontrollförlust över sig själv och att bli beroende av vård. Det finns brister generellt i vården och även specifikt på akutmottagningar. Antalet patienter har ökat och idag söker sig fler personer till akutmottagningen för vård och därmed ökar även kraven på akutmottagningarna. Att vårdas på en akutmottagning innebär att komma i kontakt med en främmande miljö som genererar olika upplevelser hos patienten. Studiens problemställningar fokuserar på att undersöka dessa vårdupplevelser och olika aspekter som påverkar patientens upplevelse av sin vårdvistelse på en akutmottagning samt eventuellt identifiera förbättringsområden i vården på en akutmottagning.

Högprioriterade patienter (röd-prioriterade) har generellt ett en god tillfredsställelse och akutsjukvården fungerar effektivt och bra kring dem (Analysenheten 2009, s. 7). Samtidigt som de patienter som har en lägre prioritering har olika upplevelser kring brister samt varierande tillfredsställelse kring sin vård. Vi vill därmed undersöka och identifiera faktorer som påverkar upplevelsen hos de patienter som inte har högsta prioritet, men ändå är i behov av vård.

För att lyckas fånga generella uppfattningar och få en bred förståelse för patientupplevelserna på en akutmottagning samt aspekter som påverkar, har vi valt att inte specificera utifrån sjukdomstillstånd. På så vis ges ett resultat med en översiktsbild på akutmottagningen i helhet.

## **SYFTE**

Syftet var att undersöka patientens upplevelse av att vårdas på en akutmottagning.

## **METOD**

En litteraturöversikt gjordes utifrån Friberg (2012, ss. 133-143), för att få en överblick inom valt forskningsområde. Litteraturöversikten grundar sig på att sammanställa resultat från både kvalitativa och kvantitativa studier. Valet av litteraturöversikt syftar till att få en bred och tydlig översiktsbild av forskningsområdet.

### **Datainsamling**

Litteratursökning gjordes utifrån en systematisk modell, med hjälp av utformad tabell innehållande sökord och alternativa synonymer. Den presenteras i bilaga 1. Därefter gjordes sökprocessen utifrån olika kombinationer av sökord, vilket presenteras i bilaga 2, innehållande främst *patient experience*, *patient satisfaction*, *emergency care* och *emergency department*. Inklusionskriterierna för sökningen av studier var vårdinstans allmän akutmottagning, geografisk område Sverige, publicering inom årsintervall 2005-2015. Två artiklar valdes dock ut manuellt och hade årtal från 2003. Exklusion gjordes av specifika akutmottagningar bland annat psykiatrisk akutmottagning, barnakutmottagning, gynekologisk akutmottagning. Även studier med högprioriterade patienter och med inriktning på specifika sjukdomstillstånd exkluderades. Under urvalsprocessen gjordes sedan en översiktsläsning utifrån abstrakt, varav artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut. Därefter gjordes en genomgående och noggrann granskning av de utvalda artiklarna. Granskningsmall och fördjupningsfrågor enligt Friberg (2012, ss. 138-139, 173) användes som grund i granskningsprocessen.

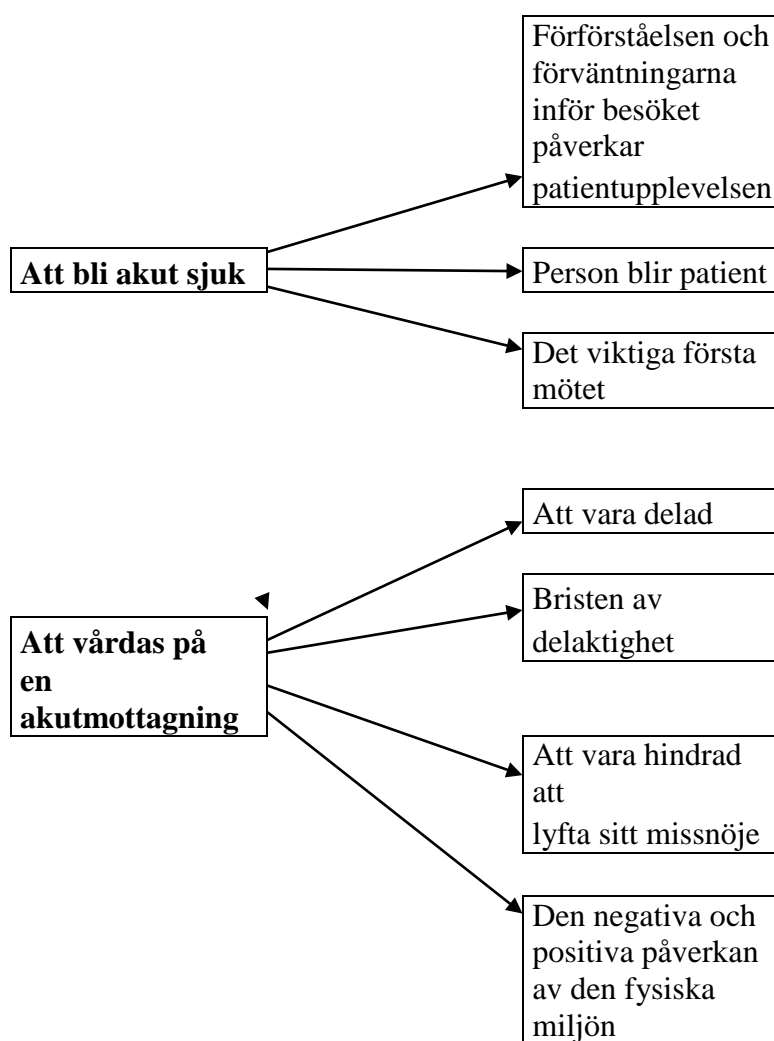
### **Dataanalys**

Dataanalysen gjordes utifrån Fribergs (2012, ss. 138-142) beskrivning av att genomföra en litteraturöversikt. Granskning genomfördes genom att författarna läste igenom alla artiklar noggrant och skapade en sammanfattning i text. Granskningsarbetet utmynnade sedan i en sammanställning i granskningsmallen (se bilaga 3). Därefter analyserades resultaten i varje artikel för att kartlägga varje artikels huvudfynd och innebörder. I slutet av analysen gjordes en översiktskarta (mindmap) där alla artiklarnas resultat blev

en helhet och passande synonyma begrepp och innebörder lyftes fram. Utifrån det valdes de mest centrala meningsbärande begreppen ut och bildade kategorier och underkategorier. Kategorierna färgkodades och likaså resultattexten i varje artikel, vilket gjordes för att förtydliga och organisera alla resultat inför sammanställandet av den här litteraturoversikten. Slutligen skrevs resultatet till den här studien utifrån färgkodandet och de utformade kategorierna.

## RESULTAT

Utifrån analysen har ett par huvudkategorier med underkategorier utformats som beskriver de centrala delarna kring patientens upplevelser av besöket på akutmottagningen. De presenteras i översiktstabellen nedan:



## **Att bli akut sjuk**

Att bli akut sjuk kan innebära en omvälvande förändring hos sig själv som person och också i livet. Nedanstående kategorier beskriver patienters upplevelser under processen av att bli akut sjuk fram tills första mötet med sjuksköterskan under triageringen.

### **Förförståelsen och förväntningarna inför besöket påverkar patientupplevelsen**

Patienter har olika förväntningar och förförståelser inför besöket på akutmottagningen beroende på hur tidigare erfarenheter som påverkar känslan inför besöket (Asp, Frank & Dahlberg 2009, s. 17). De tidigare erfarenheterna kan påverka upplevelsen av säkerhet och trygghet, vilka ses som de mest grundliga faktorerna för helhetskänslan kring besöket. Det innebär att upplevelsorna varierar stort mellan patienterna. Dock uttrycker de flesta patienter oro och rädsla inför besöket, som kopplas till sjukdomstillståndet och den diagnos bedömningen ska leda till. Upplevelsorna grundar sig i osäkerhet och ovetande i situationen, vilket leder till känslor av kontrollförlust (Dahlen, Westin & Adolfsson 2012, s. 5; Möller Fridlund & Göransson 2010, s. 758). Studierna visar även att ett flertal patienter får en känsla av trygghet bara genom att anlända till sjukhuset, vilket grundar sig i en förväntan på att vården är närmare till hands och att patienter upplever en trygghet enbart genom att vara nära vårdpersonal (Dahlen et al. 2012, s. 7; Möller et al. 2010, s. 748; Nyström, Nydén & Petersson 2003a, s. 24).

Osäkerhet genomsyrar även förväntningarna inför mötet med triagesköterskan, med avseende på förmågan att kunna uttrycka sina symtom. Patienter har en förförståelse kring vikten av att uttrycka sina symtom för att få en optimal bedömning av triagesköterskan (Dahlen et al. 2012, s. 5; Möller et al. 2010, s. 748).

En annan aspekt som påverkar patienters upplevelse av osäkerhet är den omedvetenhet som finns kring riktlinjer och regler på en akutmottagning, som upplevs redan vid ankomst till akuten. En omedvetenhet kring de förväntningar patienter kan ha om den vård de ska få på akutmottagningen. Studien visar också att den omedvetenheten

kvarstår generellt genom hela vårdbesöket på akutmottagningen (Elmqvist, Ekebergh & Fridlund 2011, ss. 2611-2612).

### **Person blir till patient**

När en person upplever sig vara akut sjuk och i behov av vård rubbas vardagen och personen tvingas söka sig till akutmottagningen, där kontakten med vårdpersonalen uppstår. Att bli patient innebär en kontrollförlust och att hamna i en sårbar och utsatt situation. Det kan upplevas som en stor förändring från att tidigare ha uppfattat sig som självständig och frisk person till att uppleva en maktlöshet i situationen. Det kan uppfattas som en förändrad självbild och en ny roll som individen får som patient - person blir till patient, vilken befinner sig i en beroendeställning till vårdpersonalen (Dahlen et al. 2012, ss. 6-7; Wiman & Wikblad 2004, s. 426).

En vårdrelation mellan patient och vårdpersonal genomsyras av en asymmetri, där patienten är beroende av vård och vårdpersonalen besitter kompetensen att bedöma, undersöka samt administrera vård. Beroendskapet stärker den redan befintliga sårbarheten som uppkommer av att bli akut sjuk, där personen mer eller mindre behöver överlämna sig själv i händerna på vårdpersonalen. Upplevelse av beroendskapet kan vara både positivt och negativt, vilket påverkas av huruvida vårdpersonalens förhållningssätt och bemötande ger trygghet och omsorg (Dahlen et al. 2012, ss. 6-7; Wiman & Wikblad 2004, s. 426).

### **Det första viktiga mötet**

Första kontakten på akutmottagningen sker med triagesköterskan. Det mötet har visat sig ha en viktig betydelse för patienters upplevelser av hela vistelsen (Elmqvist et al. 2011, ss. 2611-2612; Möller et al. 2010, ss. 748-749; Göransson & von Rosen 2010, s. 38). Studierna visar att beroende på bemötande och grad av kompetens hos triagesjuksköterskan så uttrycks olika former av patientupplevelser. Generellt ses framförallt positiva upplevelser kring första mötet. Patienterna upplever en tillit till triagesjuksköterskans kompetens och förmåga att göra en korrekt bedömning. Tilliten beskrivs som ett möte genomsyrat av omsorg, öppenhet samt visad förståelse från

triagesjuksköterskan. Genom det blir beroendskapet en positiv upplevelse hos patienterna. Maktlösheten och sårbarheten blir mindre påtagliga och den personliga integriteten stärks (Dahlen et al. 2012, ss. 5, 7; Möller et al. 2010, ss. 748-749). Möller et al. (2010, ss. 748-749) klassificerar det, utifrån patienternas beskrivna upplevelser, som ett humanistiskt möte.

Första mötet lägger grunden för den fortsatta upplevelsen patienter har kring vårdpersonalen. Vid ett bra första möte beskriver patienterna sig bli sedda och får uppleva trygghet. Den positiva upplevelsen genererar känslor av lojalitet och ödmjukhet gentemot vårdpersonalen. Patienterna känner sig säkra med att överlämna sig själva till vårdpersonalen vid mötet i triagen (Elmqvist et al. 2011, ss. 2611-2613). Samtidigt uttrycks vikten av kontinuitet, vilket innebär att patienten behöver regelbunden kontakt för att upplevelsen av den goda vårdrelationen ska kvarstå genom hela vårdbesöket (Dahlen et al. 2012, ss. 5, 7; Möller et al. 2010, s. 749).

Den generella upplevelsen kring första mötet, är som tidigare nämnts, positiv. Göransson och von Rosen (2010, s. 38) uppger att mellan 87,7- 97,8 % av patienterna upplevde god kompetens samt tillit till vårdpersonalen vid första mötet. De lyfter även att triagesjuksköterskans tillgänglighet, under och runt triageringen, hade en bidragande roll till den goda upplevelsen.

I en studie av Möller et al (2010 ss. 748-750) framkommer brister på närvaro och patientperspektiv, där patienter uttryckte en önskan att triagesjuksköterskan skulle uppfatta deras oro och rädsla, utan att de själva behövde lyfta det. Patienterna önskar att triagesjuksköterskan ska vara mer medveten och uppmärksam på deras kroppspråk och vara intuitiv samt öppen till deras livssituation.

Samtidigt, som tidigare nämnts, kvarstår bristen på information angående regler och riktlinjer på akutmottagningen även efter första mötet. Förväntningarna kring bland annat vårdpersonalens arbetsuppgifter, förväntade väntetider samt vem som har huvudansvaret förblir oklara i den fortsatta vårdvistelsen. Patienterna upplever en

svårighet att pussla samman alla delar till en begriplig helhet samt att kunna placera sig själva i sammanhanget (Nyström, Dahlberg & Carlsson 2003b, s. 764).

### **Att vårdas på en akutmottagning**

När patienten genomgått triageringen och kommit in i vårdsystemet ses flera centrala faktorer kring patienternas upplevelser av vården på akutmottagningen samt uttryckta brister. De vilka presenteras nedan.

### **Att vara delad**

Tidigt i vårdprocessen upplever patienter sig vara delade i kropp och själ. Det finns ett tydligt riktat intresse för kroppen och det medicinska. Patienter uttrycker det som att behöva låna ut sin kropp till vårdpersonal för undersökningar och behandlingar. En positiv aspekt är att patienterna samtidigt känner en stark tillit och säkerhet i vårdpersonalens kompetens kring den fysiska kroppen och att den får den bästa tillgängliga vården. Den dualismen ger dock en upplevelse hos patienterna att den subjektiva kroppen är oviktig och ointressant för vårdpersonalen. De upplever att vårdpersonalen inte tar sig tid att lyssna in och se dem som individer, vilket genererar en känsla av osäkerhet och förbiseddhet. Patienter beskriver sig ha enbart ett medicinskt värde och inte vara intressanta som individer, vilket genererar en splittrande upplevelse av att känna sig intressant och viktig, och samtidigt ointressant och oviktig inför vårdpersonalen (Elmqvist et al. 2011, s. 2612; Möller et al. 2010, s. 748; Nyström et al. 2003a, s. 23). Observationsstudien av Wiman & Wikblad (2004, s. 426) visade att det inte var någon vårdpersonal som var fullt engagerad och hade mod att möta patientens livsvärld till fullo. Nyström et al. (2003b, s. 764) visade också förekomst av upplevelser av dualism hos patienterna samt brister hos vårdpersonalen som inte uppmärksammat patienternas livsvärld. De lyfter även organisationens normer som värderar praktisk kompetens och förmåga före omvårdnad och omsorg.



## **Bristen av delaktighet**

Upplevelsen av delaktighet påverkas av flera faktorer. Som ovan beskrivet är splittringen mellan kropp och själ en del av utanförskapet och att inte bli delaktig i vården. Patienterna uttrycker en förlorad kontroll över kroppen och bristande delaktighet när vårdpersonal tar snabba beslut och utför undersökningar och behandlingar utan att ha en dialog med patienten (Elmqvist et al. 2011, s. 2612)

En central del av bristen på delaktighet kretsar kring väntetiderna. När triageringssköterskan uteslutit livshotande tillstånd lämnas patienten till att vänta. Patienter är medvetna om att det är väntetid, dock inte kring längden och ovissheten som väntetiden kan innebära (Elmqvist et al. 2011, ss. 2612-2613). Icke-akuta patienter upplever sig ofta negligerade och oviktiga på grund av det (Dahlen et al. 2012, s. 6; Nyström et al. 2003a, s. 24). Patienter upplever sig vara isolerade i tid och rum, där ovetandet och osäkerheten blir påtaglig (Elmqvist et al. 2011, s. 2613).

Behovet av information är därmed den mest påverkande faktorn för upplevelsen av delaktighet och tillfredställelsen av vården, kopplat till väntetiderna. Ett flertal studier visar på brister inom det området (Elmqvist et al. 2011, s. 2613; Nyström et al. 2003b, ss. 764-765; Dahlen et al. 2012, ss. 5-7; Muntlin, Gunningberg & Carlsson 2006, ss. 1050-1052; Möller et al. 2010, ss. 748-750). Patienter uttrycker en svårighet i att hantera väntan utan någon kontakt med vårdpersonal. Det kan leda till en känsla av att vara lämnade och övergivna, vilket genererar rädsla av att vara bortglömd och otryggheten växer (Elmqvist et al. 2011, s. 2613; Nyström et al. 2003b, s. 764; Dahlen et al. 2012, ss. 5-7; Möller et al. 2010, s. 748). Patienter beskriver att när kontakt uppstår med vårdpersonal genererar det en allmänt stärkt hanteringsförmåga, både kring nuläget samt inför eventuella förändringar. Att få någon sorts information eller kontakt ger en känsla av klarhet och struktur samt upplevelsen av att bli sedd och delaktig stärks (Möllers et al. 2010, s. 750). Delaktighet är även starkt kopplat till känsla av kontroll, vilket också är en viktig del av hanteringsförmågan (Elmqvist et al. 2011, s. 2613).

Patienter som upplevt sig vara delaktiga beskriver tillfredställt informationsbehov, anpassat utefter deras behov och förståelse. Vårdkontakten genomsyras då av

vårdpersonalens närvaro samt att en dialog uppstår mellan patient och vårdpersonal, där patienten har möjlighet att uttrycka känslor och tankar fritt. Att vara närvarande innebär att vårdpersonalen ser och förstår patienternas behov av delaktighet, tar initiativet till kontakt och är uppmärksamma på de ökade behoven av kontakt under väntetiden. Kontinuitet är därmed, som även tidigare nämnts, en viktig faktor för att upptäcka förändrade behov och upprätthålla en god vårdkontakt (Asp et al. 2009, ss. 18-19; Dahlen et al. 2012, ss. 5-7).

Delaktigheten är en grundlig påverkande faktor för patienternas upplevelse av värdighet, kontroll och respekt, samt stärker hanteringsförmågan i en situation som redan är sårbar och osäker för dem. När det finns en brist på delaktighet uppkommer ett växande behov hos patienterna att bli sedda och hörda. En studie som visar på den bristen beskriver strategier som används av patienterna för att etablera kontakt och få information. Det syftar till att försöka upprätthålla en känsla av kontroll, säkerhet samt för att skydda den personliga integriteten. Patientstrategierna tar sin form som bland annat ständiga påringningar och genom flera, upprepade frågor och funderingar. Även mer utåtagerande strategier förekommer i form av att skrika högt, vara otrevlig eller agera aggressivt. Genom de patientstrategierna ser patienten till att inte bli bortglömd (Asp et al. 2009, ss. 17-19). Ett flertal studier tar även upp anhörigas roll, vilka fungerar som ett redskap till att uppnå kontakt. Anhöriga används till att söka kontakt med vårdpersonal samt avlyssna samtal mellan vårdpersonal för att eventuellt upptäcka relevant information för patienterna (Asp et al. 2009, ss. 17-19; Nyström et al. 2003b, ss. 766-767).

### **Att vara hindrad att lyfta sitt missnöje**

Studierna av Elmqvist et al. (2011, ss. 2612-2613), Nyström et al. (2003b, s. 764-765) och Nyström et al. (2003a, s. 24-25) visar på vårdssituationer där en del patienter upplever ett missnöje, men inte har kunnat förmedla det till vårdpersonalen, i rädsla av att vara en börda eller få en sämre vård. Förutom patientstrategierna ovan som syftar till att få kontakt, beskrivs även patientstrategier för att upprätthålla värdighet och skydda den personliga integriteten genom att undvika kontakt som syftar till att lyfta sitt missnöje och därmed säkerställa en god kontakt med vårdpersonalen. Patienterna är

delade i att uppleva brister och anse sig ha rätt till bättre vård, men kan samtidigt känna sig hindrade att lyfta missnöjet

Den första aspekten grundar sig i den lojalitet och ödmjukhet som utvecklas hos patienten gentemot vårdpersonalen i det initiala goda vårdmötet. Patienterna har medkänsla för vårdpersonalen och deras stressiga arbetssituation samt förståelse för patientbelastningen och att akuta patienter prioriteras först. Genom den förståelsen kan patienter uppleva sig splittrade, i att ha ett otillfredsställt behov men känna sig oförmögen att lyfta det (Elmqvist et al. 2011, ss. 2612-2613; Nyström et al. 2003b, s. 764; Nyström et al. 2003a, s. 24).

Den andra aspekten handlar om den information vårdpersonalen ger kring stressen och deras arbetsbelastning. Patienterna uttrycker sig få för mycket information kring det, vilket kan leda till en känsla av att vara en del av ett problem samt att vara en börda för vårdpersonalen. Även här upplever patienter sig besvärade över att lyfta sina missnöjen för vårdpersonalen (Nyström et al. 2003b, s. 764; Nyström et al. 2003a, s. 24 ).

I den tredje aspekten eftersträvar en del patienter att vara en så kallad god patient (Nyström et al. 2003b, ss. 764-765). Uppfattningen av att vara god patient beskrivs komma från vårdpersonalens förhållningsätt gentemot sina patienter. Patienterna upplever att vårdpersonalen uppskattar de så kallade goda patienterna som inte besvärar vårdpersonalen med sina klagomål och är mer följsamma till de existerande vårdrutinerna (Elmqvist et al. 2011, ss. 2612-2613; Nyström et al. 2003b, ss. 764-765). På så vis undviker patienterna att lyfta sina missnöjen och sina behov, i rädsla för att få ett sämre bemötande, en sämre vårdkontakt och i sin tur en sämre vårdkvalitet (Asp et al. 2009, ss. 18-19; Nyström et al. 2003b, ss. 764-765; Nyström et al. 2003a, s. 24). Vissa patienter har också uttryckt att klagomål blir bemötta med frustration, irritation och arrogans hos vårdpersonal (Nyström et al. 2003b, ss. 764-765).

Följden av ovanstående aspekter blir att patienter väljer att hålla sina missnöjen och upplevda behov för sig själva, alternativt rikta klagomålen på annat som exempelvis organisationen och politiker, för att på så vis vidhålla en god kontakt med vårdpersonal

samt upprätthålla sin egen personlig integritet och värdighet (Nyström et al. 2003a, s. 25). Patienterna väljer att acceptera en lägre vårdstandard och låtsas vara tillfredställda, trots deras känsla av otillfredsställt vårdbehov samt en viss kränkning av de rättigheter patienterna anser sig ha, vilket i sin tur påverkar upplevelse av värdighet (Elmqvist et al. 2011, ss. 2612-2613; Nyström et al. 2003a, ss. 24-25).

### **Den negativa och positiva påverkan av den fysiska miljön**

Bemötandet och vårdpersonalens brist på helhetssyn och patientperspektiv är den mest centrala delen som lyfts när patienter beskriver sin upplevelse på akutmottagningen. Flera studier har även lyft de yttre omständigheterna på akutmottagningen i form av den fysiska miljön och hur den inverkar på patientens upplevelse (Elmqvist et al. 2011, s. 2613; Dahlen et al. 2012, s. 6; Göransson & von Rosen 2010, s. 38; Muntlin et al. 2006, ss. 1050-1052; Möller et al. 2010, s. 750).

Den mest centrala delen är, även här, väntetiderna. Som tidigare nämnts upplevs de som långa och blir svårare att hantera på grund av bristande information, men upplevelsen av väntetiderna påverkas även utav brister i den fysiska miljön (Elmqvist et al. 2011, s. 2613; Dahlen et al. 2012, s. 6; Göransson & von Rosen 2010, s. 38; Muntlin et al. 2006, ss. 1050-1052; Möller et al. 2010, s. 750). En stor del av patienterna i studierna upplever sig vara lämnade och låsta på ett behandlingsrum under väntetiden. Väntan sker utan tillgång till någon form av avledning för att distrahera sig från alla tankar och känslor av oro och osäkerhet som kan finnas. Muntlin et al. (2006, ss. 1050-1052) uttrycker även förbättrings-områden i form av praktiska redskap bland annat telefon, tidningar, tv och värdeskåp som skulle underlättat patienternas vistelse på akutmottagningen. Upplevelsen kring behandlingsrummen är delade, där några beskriver dem som kyliga, mörka och sterila, medan andra uppger att den fysiska miljön ger en känsla av lugn och bekvämlighet (Elmqvist et al. 2011, s. 2613; Möller et al. 2010, s. 750).

Elmqvist et al. (2011, s. 2613) beskriver en annan aspekt där patienter uttrycker rädsla för att lämna rummet på grund av oro för att missa besök av vårdpersonal. Ett flertal studier visar på patientstrategier som underlättar det, vilket innefattar medtag av

anhöriga för att få sällskap. På så vis ges avledning och stöd från dem (Nyström et al. 2003b, s. 766; Nyström et al. 2003a, s. 24).

Ytterligare en viktig aspekt, som framkommit tidigare i denna studie är de förändrade behoven över tid och vikten av kontinuitet. Patienter upplever att vårdpersonal inte är medvetna eller uppmärksammade på deras förändrade behov som uppkommer under väntetiden, framförallt i form av nutritionsbehov och smärtlindring. De uttrycker även, som tidigare nämnts, en saknad av empati, omsorg samt brist på information, framförallt kring uppdateringar om vårdprocessen, väntetiderna samt eventuell egenvård att utföra (Muntlin et al. 2006, ss. 1050-1052). Studier visar på vikten av att uppmärksamma de förändrade behoven hos patienterna för att stärka patienternas hanteringsförmåga. Framförallt lyfts smärta som en stark påverkan på hanteringsförmågan. Vid brist på smärtlindring ökar känslan av kontrollförlust och maktlöshet – vilket ger ett ökat vårdlidande och sämre hanteringsförmåga. Genom att patienten blir sedd, får förståelse och får basbehoven tillfredsställda, i form av bland annat nutrition och smärtlindring, blir väntetiderna lättare att hantera (Dahlen et al. 2012, ss. 6-7; Muntlin et al. 2006, ss. 1050-1052).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

En litteraturstudie är gjord, vilket var den lämpligaste metoden utifrån syftet att undersöka och sammanställa tidigare forskning kring patienters upplevelser av att vårdas på en akutmottagning. För att säkerställa validitet i studien valdes att strukturera upp litteratursökningen med synonyma sökord varpå flera olika sökvariationer gjordes. Urvalet utgjordes enbart av vetenskapliga artiklar och författarna kvalitetsgranskade alla artiklar utifrån Fribergs (2012, ss. 173) granskningsmall. Därefter gjordes en noggrann analys genom att artiklarna studerades flertal gånger samt att en reflekterande dialog har funnits mellan författarna för att jämföra och sammanställa resultat samt kartlägga meningsbärande begrepp och enheter – som sedan utmynnade till kategorier och subkategorier.

Ytterligare en aspekt för att upprätta en god validitet samt få en bred forskningsgrund valdes att inberäkna både kvalitativa och kvantitativa artiklar till studien. En intressant aspekt som uppmärksammades under granskningen var skillnaden i resultat mellan kvantitativa och kvalitativa forskningsstudier. Kvalitativa studier visade i högre grad negativt resultat medan kvantitativa studier visade på positivt resultat. Frågeställning uppkommer kring orsaken till den höga tillfredställelsen hos patienten vid användande av patientenkäter, men visat negativa upplevelser vid djupintervjuer med patienten. Vidare studier kan eventuellt klargöra bakgrunden till ovanstående problematik.

Urvalet till studien är begränsat till Sverige. Det för att säkerställa god tillämpning inom den svenska vården. Resultatet skulle också kunna vara överförbart till andra områden av svensk sjukvård, dock med hänsyn till eventuella variationer, exempelvis vårdmiljö och patientgrupper.

Det har också visat sig att vårt resultat kan vara tillämbart internationellt, eftersom forskning visar på liknande resultat i andra länder än Sverige. Studierna av Nairn, Whotton, Marshal, Roberts och Swann (2004, ss. 160-163) och Gordon, Sheppard och Anaf (2010, ss. 81-86) är internationella litteraturöversikter på patienters upplevelser på akutmottagningar. Gordon et al. (2010, ss. 81-86) beskriver bland annat den maktförlust och förlorade autonomin som patienten upplever i samband med att bli akut sjuk. De lyfter vikten av att göra patienten sedd och bekräftad genom att lyssna, ge ögonkontakt samt att vara närvarande i vårdmötet. En kontinuerlig och god vårdrelation som uppmärksammar patienten och dennes behov är viktigt och ger säkerhet och lugn för patienten. Studien lyfter vidare centrala patientupplevelser kring att bli lämnad och svårigheten vid långa väntetider. Nairn et al. (2004, ss. 160-163) beskriver att hanteringen av väntetiden centreras runt patientens förväntan, alltså vikten av information kring förväntad väntetid samt vad som påverkar väntetiden. Dessa studier visar på liknande patientupplevelser och förbättringsområden även internationellt. På så vis anser författarna att den här studiens resultat kan vara tillämbart även internationellt, dock med hänsyn till eventuella skillnader såsom sjukvårdssystem, patientklientel, normer och riktlinjer.

I den här studien valde vi inte att specificera patientklientel, eftersom vårt syfte var att undersöka den generella upplevelsen bland alla patienter som vistas på en akutmottagning. En medvetenhet och reflektion finns dock kring eventuella skillnader mellan ålder, kön, sjukdomsbakgrund och tillstånd etcetera. För bättre tillämpning på specifik patientgrupp krävs vidare fördjupningsstudier inom området.

## **Resultatdiskussion**

Huvudfynden i resultatet grundar sig i mötet mellan patienter och vårdpersonal. Redan innan patienterna inkommer till sjukhuset bär de med sig sina erfarenheter sen tidigare och de förväntningar och känslor patienterna har inför besöket. Utifrån livsvärldsteorin beskrivs det som den levda världen, vilken kan tolkas vara allt som patienterna bär med sig i form av erfarenheter som formar personen bakom patienten och påverkar vad som tänks, känns, uttrycks hos personen i vårdmötet. Som sjuksköterska i mötet med patienterna är det väsentligt att från start att upprätta ett förhållningssätt som inriktar sig på att ta del av patienternas livsvärld och försöker förstå den (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 126-128). Wiklund (2003, ss. 155-156) beskriver vikten av en vårdande relation mellan patienter och vårdpersonal som genomsyras av öppenhet och följsamhet till patienterna samt kräver närvaro och uppmärksamhet. En stor del av sjuksköterskans förhållningssätt bör därmed grunda sig i reflektion för att aktivt vara närvarande och på så vis nå förståelse och verkligen se patienterna som unika individer.

Resultatet i den här studien lyfter också den asymmetriska relationen som uppstår mellan patienter och vårdpersonal, där patienterna vid ett akut insjuknande är och upplever sig vara beroende av vård. Det leder till känslor av maktlöshet och sårbarhet för patienterna. De upplevelserna blir en del av den asymmetriska relationen tillsammans med den makt sjuksköterskan besitter i form av kunskap och hjälp till patienten. Wiklund (2003, ss. 155-156) tar också upp asymmetrin i vårdrelationen och beskriver vikten av att sjuksköterskan är medveten om den beroendeställningen patienterna har till henne samt att eftersträva en ömsesidighet i vårdrelationen. Flera andra studier belyser den vårdande relationen och vikten av att sjuksköterskans förhållningssätt genomsyras av ett humanistiskt perspektiv. Det innefattar en öppenhet, närvaro och ett genuint intresse och vilja till att hjälpa patienterna. Det kräver att lyssna

in och vara uppmärksam på patientens uttryck och behov (Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos 2007, ss. 316-317; von Essen & Sjöden 2003, s. 492; Sørlie, Torjuul, Ross & Kihlgren 2005, ss. 1242-1244).

Wiman och Wikblads (2004, ss. 425-428) observationsstudie visar dock på resultat av både positiv och negativ karaktär när det kommer till sjuksköterskornas förhållningssätt och bemötande på en akutmottagning. De negativa aspekterna visade på ett mekaniskt arbetssätt, som blev mer eller mindre inhumant för patienterna. Elmqvist et al. (2012, ss. 115-116) tar upp att sjuksköterskor beskriver stress som en påverkande faktor i mötet med patienten, där de medvetet håller korta patientkontakter för att försöka spara tid. Stress och tidsbrist används som ett försvar för en bristande patientkontakt. Samtidigt beskriver en annan studie att tiden inte är huvudproblemet i de brister som finns, utan menar att det inte krävs lång tid för att göra patienterna sedda, delaktiga och ta in patienternas individuella behov (Elmqvist et al. 2011, ss. 2613). Det är tydligt att det finns brister i vårdpersonalens förhållningssätt och bemötande och det finns svårighet att upprätthålla en reflekterande hållning till sig själv och till patienterna, för att verkligen se patienterna som personer och vårda utifrån deras individuella behov. Denna studie visar både på positiva och negativa aspekter av det, men det är dock tydligt att förhållningssättet har ett övergripande fokus på den fysiska kroppen. Studien av Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg och Wadensten (2011, ss. 230-232) visar på att de bristerna också finns på sjukhus i helhet. Och utifrån ovanstående metoddiskussion har det även visat sig finnas liknande brister internationellt.

Elmqvist et al (2012, ss. 116-118) lyfter kommunikationen som en central och viktig del i vården på en akutmottagning. De tar upp bristen av kommunikation mellan läkare och sjuksköterska vilken leder till att sjuksköterskan blir omedveten om vart läkaren befinner sig i vårdprocessen kring patienten. Den omedvetenhet leder till att sjuksköterskan håller en vis distans till patienterna för att inte framstå som oprofessionella inför patienternas frågor. En väntan på läkare upplevs både av såväl patienten och sjuksköterskan, vilket hos sjuksköterskan upplevs som stressande. Läkare har ofta, till skillnad från sjuksköterskor, fler arbetsplatser än akutmottagningen. Deras läkartjänst innebär alltså att cirkulera bland flera instanser. Det kan medverka till en



splittring mellan de två professionerna eftersom det försvårar möjligheten att utveckla en gemensam arbetsgrupp eller teamkänsla. Den problematiken kan hävas genom att ha fast anställda läkare på akutmottagningen. En god kommunikation och ett gott samarbete mellan sjuksköterskor och läkare kan också utveckla en möjlighet för sjuksköterskor att kunna behandla lindriga åkommor hos patienter utan påtitt av läkare. Det skulle stärka teamkänslan hos vårdpersonalen samt minska sjuksköterskors upplevelse av att vänta på läkare och främst minska väntetid för patienten och ge en effektivare vård. Gemenskap och teamwork är en viktig del för att upprätta en bra vård- och arbetsmiljö för vårdpersonal och patienter.

Arbetsmiljön kan variera kraftigt på en akutmottagning, framförallt vad gäller antalet patienter som söker och upplevd arbetsstress av vårdpersonal. Det är väsentligt att all vårdpersonal ansvarar för att upprätthålla en god och säker vårdmiljö samtidigt som vårdmiljön och vårdens system planeras, utvecklas och struktureras på en organisatorisk nivå. Alla delar av vården ska vara utformad på ett sätt där vårdskador förebyggs (vårdförbundet u.å). Förebygga vårdskador innefattar både skydd för patientens och vårdpersonalens säkerhet och det ligger som grund för att kunna skapa en god och kvalitetssäkrad vård. Vårdpersonal har till ansvar att alltid eftersträva en god vård till patienten. Att kunna skapa ett gott vårdande möte där patienten blir sedd och får omsorg - även om arbetsmiljön ibland försvårar det. Att vara vårdpersonal på en akutmottagning kräver en god förmåga att samordna bland flera arbetsuppgifter i vårdandet och göra alla sina patienter informerade och delaktiga. Patientfokus och grunden till att vara där för patienten bör aldrig ge vika hos vårdpersonal och bör inte påverkas av organisatoriska faktorer på sjukhus.

Under granskningsprocessen av genomförd studie gjordes en intressant observation. Liknande resultat upptäcktes i referenser från utvalda artiklar som var 20 år gamla. En frågeställning uppkom kring bakgrunden till varför samma problemområden kvarstår även idag. Det utmynnade i reflektion kring fortsatta studier som undersöker om bristerna i förändringsarbete ligger på en individnivå, organisationsnivå eller till och med politikernivå. Vidare bör det också undersökas kring huruvida regler, riktlinjer, vårdverktyg och normerna på akutmottagningar påverkar vårdkvaliteten och

patientupplevelserna – för att upptäcka förbättringsområden och behov av att utveckla vårdverktyg och riktlinjer. Det bör göras för att studera förklaringen till varför den subjektiva delen av människan hamnar i bakgrunden till det medicinska. Andersson et al. (2012, ss. 64-65) beskriver att vården idag är standardiserad med tydliga generella riktlinjer om behandlingar och vårdåtgärder. Vårdpersonalen uttrycker en önskan om att vården ska bli mer personcentrerad utifrån varje patients unika situation. Riktlinjerna och verktygen är utformade för att vara ett hjälpmedel och säkerställa en kvalitetssäkrad vård. Verktygen som används inom akutsjukvården idag kan behöva utvecklas och utformas så att det finns utrymme att också ta del av patienternas subjektiva upplevelser.

Den subjektiva upplevelsen hos patienterna är en del av den levda kroppen, av kroppen som helhet. Kropp och själ är sammansatta och samspelar med varandra och är en odelbar enhet (Wiklund 2003, ss. 48-50). Patienten söker för ett medicinskt tillstånd/besvär, men känslan bakom beslutet att söka hjälp är oro och rädsla att det är något allvarligt. Så patienten söker egentligen både för sitt medicinska tillstånd, men också för att få hjälp utifrån en oro och rädsla hon känner. Förutom utveckling av vårdverktyg kan det även behövas personalutveckling som inriktar sig på att utveckla både de medicinska färdigheterna samt den subjektiva och reflektiva kompetensen hos sjuksköterskan.

Studiens resultat visar på flera förbättringsområden, framförallt i form av att se patienten, att ha ett helhetsperspektiv samt göra patienten delaktighet i sin vård. Studien av Sørli et al. (2006, ss. 1242-1244) beskriver en intressant aspekt som kan tolkas både som en motsats men också som en bekräftelse till vårt resultat. Deras studie visar på patienter som upplevde det humanistiska vårdmötet. De uttryckte sig bli sedda, fick information och blev delaktiga samt att sjuksköterskan upplevdes vara vänlig, empatisk, öppen och ärlig gentemot patienterna. De lyfter också vikten av det första goda mötet och hur det lägger grunden för den fortsatta vårdupplevelsen. Studien visar vidare på liknande områden som i form av delaktighet, information, väntetider och sårbarheten som patient – dock var resultatet positivt. Patienterna hade positiva upplevelser trots samma upplevda brister i form av exempelvis information och väntetider. De visade på

en accepterande och förstående attityd till akutmottagningen och vårdpersonalens arbetssituation och hade ett kompromissande förhållningssätt gentemot de brister som upplevdes. Studien kan ses som ett exempel på vad den goda vårdrelationen kan leda till, där patienten blivit sedd från början och fått en god kunskap kring riktlinjer, regler och miljön på akutmottagningen och hur det utvecklar en stark hanteringsförmåga och det förstående förhållningssättet.

Vidare är kompromissandet en aspekt som inte framkommit tidigare. Patienterna i ovanstående studie är införstådda med att livet i sig är fullt av kompromissande, där man som person likväl som patient behöver ta viss hänsyn till rådande situationer som kan förekomma på en akutmottagning (Sørli et al. 2012, s. 1243). Förståelsen och acceptansen verkar komma från en trygg, delaktig och säker patient, som faktiskt upplever tillit till att hon ska få hjälp av vården och har förtroende för sjuksköterskan.

Det kan vara svårt för en sjuksköterska att göra alla patienter nöjda. Med en djupare förståelse för sig själv som vårdpersonal och den makt hon besitter, samt ha större öppenhet till att lyssna in patienterna och försöka förstå djupet av individen bakom patienten - så kan goda vårdrelationer och omsorgsfulla möten uppstå.

## **SLUTSATSER**

För patienter på en akutmottagning är det viktigt att känna tillit och trygghet i relation till vårdpersonal samt uppleva sig vara delaktig och sedd, både utifrån sin fysiska åkomma likväl som den subjektiva upplevelsen. Genom att intressera sig för personen bakom patienten bekräftas människan och dennes hanteringsmekanismer stärks. Det är viktigt för vårdpersonal att bibehålla ett förhållningssätt som genomsyras av reflektion och få förståelse för patientens alla behov, medicinska som subjektiva. Information är den mest väsentliga delen för patienten för att skapa sig en god hanteringsförmåga och för att känna sig trygg och delaktig i sin vård. Att veta vad man kan förvänta sig av sitt vårdbesök som patient är viktigt för upplevelsen av tillfredsställelse kring vården. Sedan lyfts även miljön och väntetiderna som faktorer som påverkar hanteringsförmågan kring sin vistelse. Det finns alltså flera förbättringsområden som framkommit i denna studie,

där de viktigaste är delaktigheten för patienten och att bli sedd av vårdpersonal som en hel människa, objektivt som subjektivt samt ha en god och anpassad miljö efter de väntetider som kan uppkomma. Fortsatta studier behövs dock här för att identifiera hur förändringar i den fysiska miljön kan se ut. För vårdpersonal grundar sig dock resultatet i att alltid eftersträva att ha en reflektiv och öppen hållning till patienten där vårdpersonalen lyssnar in patientens livsvärld och individuella behov.

## REFERENSER

Analysenheten (2009). *Förslag till samlad utvecklingsplan för akutmottagningar vid sjukhusen i Västra Götaland* [opublicerat manuskript]. Västra Götalandsregionen: Hälso- och sjukvårdsavdelning.

<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/hsskansli/Analys/Rapporter/2009/Utvvecklingsplan%20akutmottagningar20090119.pdf> [2015-03-23]

Andersson, H., Jakobsson, E., Furåker, C. & Nilsson, K. (2012). The everyday work at a Swedish emergency department – The practitioners' perspective. *Emergency Nursing*, vol.20 , no. 2, pp. 58-68.

Asp, M., Frank, C. & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care: A phenomenographic study based on patients' lived experiences. *International Emergency Nursing*, vol. 17, no. 1, pp. 15-22.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Dahlen, I., Westin, L. & Adolfsson, A. (2012). Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychology Research and Behavior Management*, vol. 2012, pp. 1-9.

Elmqvist, C., Ekebergh, M. & Fridlund, B. (2011). On a hidden game board: the patient's first encounter with emergency care at the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, no. 17-18, pp. 2609.

Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2012). Trapped between doing and being: First provider's experience of "front line" work. *International Emergency Nursing*. vol. 20, no. 3, pp. 113-119.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Fröjd, C., Swenne, C.L., Rubertsson, C., Gunningberg, L. & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of nursing management*, vol. 19, no. 2, pp. 226-236.

Gordon, J., Sheppard, L. A. & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, vol 18, no. 2, pp. 80-88.

Göransson, K., Eldh A-C. & Jansson A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Stockholm: Studentlitteratur.

Göransson, K.E. & von Rosen, A. (2010). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, vol. 18, no. 1, pp. 36-40.

Larsson, I., Sahlsten, M., Sjöström, B., Lindencrona, C. & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, vol. 21, no. 3, pp. 313-320

Lundh, P. (2012) *Riktlinjer Västra Götalandsregionen: Rutin för arbete på akutmottagningen* [opublicerat manuskript, internt dokument]. Västra Götalandsregionen: Södra Älvsborgs Sjukhus. [Tillgänglig: Södra Älvsborgs sjukhus Intranät.]

Möller, M., Fridlund, B. & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 24, no. 4, pp. 746-754.

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*, vol. 15, no. 8, pp. 1045-1056.

Nairn, S., Marshal, C., Roberts, M. & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency department: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, vol. 12, no. 3, pp. 159-165.

Nyström, M., Dahlberg, K. & Carlsson, G. (2003b). Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 40, no. 7, pp. 761-769.

Nyström, M., Nydén, K. & Petersson, M. (2003a). Being a non-urgent patient in an emergency care unit—a strive to maintain personal integrity. *Accident & Emergency Nursing*, vol. 11, no. 1, pp. 22-26.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet  
[https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/) [2015-03-23]

Socialstyrelsen (2014). *Väntetid vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Rapport 2014. Stockholm: Socialstyrelsen.  
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19259/2013-12-2.pdf>  
[2015-03-23]

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Sørli, V., Torjuul, K., Ross, A. & Kihlgren M. (2006). Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 15, no.10, pp. 1240-1246.

Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 197. ISBN 978-91-85413-33-1

VandenBos, G. R. (2006). *APA dictionary of psychology*. Washington: American psychological association.

von Essen, L. & Sjöden, P. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International journal of nursing studies*, vol. 28, no. 3, pp. 267-281.

Vårdhandboken (u.å). *Vårdmiljö – Säker vård* [broschyr].

<https://vardforbundet.se/Documents/Trycksaker%20-%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyre/Vardmiljo%20-%20Saker%20vard%20inkl%20diskussionsfragor.pdf> [Hämtad 2015-05-11]

Wiman, E. & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, no. 4, pp. 422-429.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.



## BILAGOR

### 1. Framtagna sökord och alternativa synonymer inför sökprocess

Sökord (sve)	Sökord (eng)	Valbara synonymer (eng)
Patient	Patient	-
Upplevelse, Erfarenhet	Experience	Perception
	Perception	View, Opinion, Understanding, Apprehension, Comprehension, Conception.
Tillfredsställelse	Satisfaction	-
Akutmottagning	Emergency department	Emergency care, Emergency room, Acute care.

### 2. Sökprocess

Databas	Sökord	Inklusionskriterier	Antal träffar	Läst abstrakt	Utvalda till resultat
Scopus	<i>Patient satisfaction AND emergency care</i>	År >2003 Sweden	54	7	2
Cinahl	Patient experience AND emergency care	År 2003-2015	36	7	1
Scopus	Patient experience AND Emergency department	År >2003 Sweden	47	5	4
Manuell sökning utifrån referenser på valda artiklar:					2

Inkluderingsfaktorer: Lokalisation: Akutmottagning. Publiceringsårstal: > År 2005.  
Geografiskt område: Sverige.

Exkluderingsfaktorer: Artiklar inriktade på specifika sjukdomsfall eller fokus på rödprioriterade/livshotande tillstånd. Psykiatrisk akutmottagning. Barnakutmottagning, och Gynekologisk akutmottagning.

### 3. Översiktstabell granskning

Författare Årtal Titel Tidsskrift Land	Teoretisk utgångs- punkt	Syfte	Studiedesign /Metod	Resultat	Diskussion
<p>C. Elmquist, B. Fridlund, M. Ekebergh. År 2011.</p> <p>On a hidden game board: the patient's first encounter with emergency care at the emergency department.</p> <p>Journal of Clinical Nursing. Sverige.</p>	<p>Patient-perspektiv.</p> <p>Fenomenologisk grund Livsvärldsteori.</p>	<p>Att beskriva och förstå patientens första möte med akutvården på en akutmottagning – upplevd av patienten, närstående och vårdgivare från olika professioner.</p>	<p>Datainsamling: * Urval genom att sjuksköterska i samråd med författares valde deltagare utifrån inklusionskriterier.</p> <p>* Informerat samtycke gavs muntligt och skriftligt.</p> <p>* Open-ended djupintervju med en utgångspunkt.</p> <p>* Bandinspelning och transkribering till text.</p> <p>Dataanalys: * Kvalitativ analysmetod utifrån fenomenologisk ansats med ett reflektivt livsvärldsperspektiv.</p>	<p>Patientens upplevelse av första mötet på akutmottagningen: 5 kategorier.</p> <p>* Otydliga regler och motstridighet/konflikt vid förväntningar på mötet</p> <p>* Ett möte med en biologisk kropp</p> <p>* Artighetsmöten</p> <p>* Isolerad i ett tidlöst möte</p> <p>* Strävan efter mening i mötet</p>	<p>Utmaningen är att skapa en bättre upplevelse genom att ge en förväntan väntetid samt försöka uppnå denna. Att få information och en förväntan väntetid har visat sig gett mer tillfredställelse, än de som inte fått information, trots ej uppfylld förväntan.</p> <p>Ökat fokus på patientperspektiv och vårdrelationen – upprätthålla känsla av respekt och självkontroll oavsett prioriteringsgrad.</p>
<p>C. Frank, M. Asp, K. Dahlberg År 2008.</p> <p>Patient participation in</p>	<p>Fenomenologisk ansats. Livsvärldsteori.</p>	<p>Beskriva patienters olika kvalitativa uppfattningar kring patienten</p>	<p>Datainsamling: * Strategiskt urval</p> <p>* Informerat samtycke</p> <p>* Etiskt godkänt av Etiska kommittén.</p> <p>* Open-ended</p>	<p>Patienters uppfattningar av patientens delaktighet beskrivet i 3 kategorier:</p> <p>* <u>Bli bekräftad</u> Upplevelse av att vara</p>	<p>Behövs inte mer tid för att skapa patientdelaktighet, uppnås även genom kortare stunder med patienten.</p> <p>Viktigt med</p>

<p>emergency care – A phenomenographic study based on patients' lived experience.</p> <p>International Emergency Nursing.</p> <p>Sverige.</p>		<p>s deltagande i dennes vård på en akutmottagning.</p>	<p>intervju. * Ljudinspelning samt transkribering gjordes för analys.</p> <p>Data-analys: * Kvalitativ analys utifrån en fenomenologisk ansats med epistemologisk grund i livsvärldsteorin-</p>	<p>bekräftad och sedd när delaktighet uppnås.</p> <p>* <u>Kämpande för att bli involverad</u> Upplevelse av att vara oviktig, ej tillfredställd kontakt, ej etablerat kommunikation. * <u>Att ha fritt utrymme</u> Tillfredställd behov för kontakt och delaktighet. Vårdrelation/kontakt är etablerad.</p>	<p>medvetenhet kring relationen mellan tillfredsställelse och anpassning.</p> <p>Att mötet inte enbart kräver problemlösning, utan även närvaro och engagemang. Att lyssna, göra patienten hörd och respekterad, samt där det uppnås en maktbalans.</p>
<p>M. Nyström, K. Dahlberg, G. Carlsson.</p> <p>År 2003.</p> <p>Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization</p> <p>International Journal of Nursing Studies.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Hermeneutisk livsvärldsansats</p>	<p>Syftet med denna studie är att analysera och beskriva icke-omsorgsfulla möten på en akutvårdsavdelning.</p>	<p>Datainsamling: * Sjuksköterska ansvarig för vårdutveckling utförde urvalet utifrån kriterier av såväl patienter som vårdpersonal. * Djupintervju, med öppen livsvärldshållning. * Ljudinspelning, transkribering.</p> <p>Data-analys: * Kvalitativ analys utifrån livsvärldsteorin, induktiv riktning.</p>	<p>Fem teman beskrivs i resultatet utifrån patientens perspektiv, sjuksköterskans perspektiv och utifrån ett preliminärt tolkande perspektiv.</p> <p>Tema 1 1. Sjuksköterska – patient mötet är karakteriserad av uppdelning.</p> <p>2. Meningen av sjuksköterska-patient möte är underordnat vikten av fasta scheman och praktiska ingripande.</p> <p>3. Sjuksköterska – patient mötet är dominerande av sjuksköterskans</p>	<p>Konceptet vård på akutmottagningen utfördes endast genom praktiska ingripanden utan en djupare förståelse för patientens behov. Praktiska kunskaper skattades högre än god omvårdnad från hjärtat. Patienterna var överraskande nöjda med vården men vid djupare intervjuer framkom känslor av besvikelse och att sjuksköterskan försummade deras</p>

				<p>önskning av ”bra” patienter.</p> <p>4. Kvalitén på sjuksköterska – patient mötet varierar beroende på vilka sjuksköterskor som arbetar.</p> <p>5. Fundamentet i mötet mellan sjuksköterska – patient är patientens önskan att lita på sjuksköterskans kompetens.</p>	omvårdnadsbehov.
<p>I. Dahlen, L. Westin, A. Adolfsson.</p> <p>År 2012.</p> <p>Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department.</p> <p>Psychology Research and Behavior Management.</p> <p>Sverige.</p>	A, Kasén – vårdande relation	Få ökad kunskap om upplevelsen av att vänta på en akutmottagning utifrån lågprioriterade patienters perspektiv.	<p>Datainsamling: * Narrativa intervjuer. * Ljudinspelning, transkribering till text.</p> <p>Dataanalys: * Analys utifrån Lindseth och Norbergs fenomenologisk-hermeneutisk ansats baserad på Paul Ricoeurs textanalys.  *Etiskt godkänd.</p>	<p>Resultatet utmynnades i fyra teman.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vara beroende av vård.</li> <li>2. Vara utsatt</li> <li>3. Vara sårbar</li> <li>4. Vara säker</li> </ol>	Att vara beroende av vård skapar både en positiv och negativ tillgivenhet till vårdgivaren. En vårdrelation mellan patient och sjuksköterska måste skapas för att vården ska bli holistisk.
Å. Muntlin,		Att identifiera	Datainsamling: * Prospektiv,	Generellt sett fanns en upplevelse kring	Nya attityder och rutiner bör

<p>L. Gunningberg, M. Carlsson.</p> <p>År 2006.</p> <p>Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement.</p> <p>Journal of clinical Nursing.</p> <p>Sverige.</p>		<p>att patienter ser av vårdkvalitet på en akutmottagning samt identifiera förbättringsområden.</p>	<p>beskrivande studiedesign.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Frågeformulär: QPP (quality from the patient's perspective).</li> <li>* Informerat samtycke</li> <li>* Etiskt godkänd.</li> </ul> <p>Data-analys:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Analys med dataprogrammet KUPPIT.</li> <li>* Svar i öppna frågor analyserades separat av författare. Svaren beskrivs i tabeller samt text.</li> </ul>	<p>relativt god vård på akutmottagningen.</p> <p>Det fanns dock områden för förbättring i alla fyra dimensioner, vilka var miljön, smärtlindring, information samt att sjuksköterskor och undersköterskor inte visade intresse för patientens livssituation.</p>	<p>utformas för att skapa en mer effektiv vård.</p> <p>Ca 20 % var äldre. En standardisering behövs för deras vård.</p> <p>Vissa frågor visade skillnader mellan nöjdhet och missnöjdhet, vilket kan visa på de olika behoven/kraven patienter har på vården samt sina vårdproblem. Vården måste utformas efter individen</p>
<p>E. Wiman, K. Wikblad.</p> <p>År 2004.</p> <p>Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department.</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>Sverige</p>	<p>Halldorsdottir's teori om omsorg och icke-omsorgsfulla möten i vårdandet. Innefattar 2 metaforer: Bron och väggen.</p>	<p>Att synliggöra möten mellan skadade patienter och sjuksköterskor i traumateamen och att undersöka om teorin kring omsorg och icke-omsorgsfulla möten i</p>	<p>Datansamling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Observationsstudie, videosinspelning av vårdssituationer</li> <li>* Informerat samtycke</li> <li>* Etiskt godkänd.</li> </ul> <p>Data-analys:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Flertal analyser av videospelningarna.</li> <li>* Översättning till narrativa berättelser.</li> <li>* Reducerades till meningsbärande delar som kopplades till termerna omsorg och icke-omsorg.</li> </ul>	<p>Aspekter av <u>sjuksköterskans omsorg i akutsjukvård</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Vara öppen till och ha perspektiv på andra</li> <li>* Vara genuint intresserad för patienten</li> <li>* Vara moraliskt ansvarig.</li> <li>* Vara fullt närvarande.</li> <li>* Vara engagerad/dedikerad och ha modet att vara lämpligt involverad</li> </ul> <p><u>Aspekter av icke-</u></p>	<p>Det bör vara en nödvändig och prioriterad sak att arbeta på att bli fullt närvarande hos en patient.. För att skapa detta krävs användande av alla sinnen och ett byte från medicinskt perspektiv till ett humantiskt.</p>

		hälso- och sjukvård är överförbart till akut-sjukvården.		omsorg i akutsjukvård: * Instrumentellt beteende i akutvårdandet * Ointresserad * Okänslig * Kall/Kylig * Inhumanistisk.	
M. Möller, B. Fridlund, K. Göransson.  År 2010.  Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department.  Scandinavia Journal of Caring Sciences.  Sverige.		Att beskriva patienters uppfattning av triagemötet på en akutmottagning.	Datainsamling: * Patienturval av författare utifrån specifika kriterier.  Dataanalys: * Beskrivande fenomenografisk ansats. * Informerat samtycke * Semistrukturerade intervjuer. * Ljudinspelning och transkribering.  * Etiskt godkänd, enbart av ledningen på akutmottagningen.	Fem möten framstod som baserades på 16 olika uppfattningar.  * Det osäkra mötet * Det humanistiska mötet. * Det logistiska mötet * Informationsutbyte * Fysiska miljön i mötet.	De var inte medvetna om triagens syfte och de upplevde brist på information. Deltagare som fick information om triagesystemet upplevde den som tydlig.
M. Nyström, K. Nydén, M. Petersson.  År 2003.  Being a non-urgent patient in an emergency care unit – a strive to maintain personal	Hermeneutisk. Livsvärldsansats utifrån Dahlberg.	Att analysera och beskriva upplevelser av att vara en icke akut patient på en akutmottagning.	Datainsamling: * Djupintervjuer med livsvärldshållning * Ljudinspelning och transkribering.  Data-analys: * Kvalitativt tolkande analys med induktiv ansats. * Etiskt godkännande från etiska kommittén. * Informerat samtycke	Resultat uppdelades i två tolkningsdelar:  Preliminärt tolkande:  * Icke-akuta patienters situation är fragmenterad. * Icke-akuta patienter har svårt att göra sig hörda och sedda. * Icke-akuta patienter tar sin del	Akutsjukvården verkar vara en förlängning av enbart den medicinska vården, där de medicinska målen är mycket tydligt formulerade än de omsorgsfulla.  Hälsorelaterade problem påverkar/hotar den personliga

<p>integrity.</p> <p>Accident and Emergency Nursing.</p> <p>Sverige.</p>				<p>i sjuksköterskans problem.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Icke-akuta patienter upplever inte att de kan uttrycka sina behov till sjuksköterskorna.</li> <li>* Möjligheten att få uppmärksamhet trots icke-akut åkomma varierande beroende på vilken sjuksköterska som jobbade.</li> <li>* En anhörig har en viktig roll för icke-akuta patienter</li> <li>* Trots allting – vistelsen på sjukhuset gav ändå en känsla av trygghet och de behövde ha tillit till vårdpersonalen.</li> </ul> <p>Andra steget i tolkandet: Existentiella situationen för icke-akuta patienter: * Olika strategier utvecklades hos patienterna för att upprätthålla personlig integritet:</p>	<p>integriteten. Patienter kan därmed inte våga offra mer förnedring/hot genom att bli behandlad ovänligt eller bedömande av vårdpersonal. Under sådana omständigheter skapas strategier för att undvika denna känsla – vilket dock leder till att patienter blir oärliga mot sig själva och ger upp möjligheten att vara aktiv i deras roll i vad de behöver i sin hälsoprocess.</p>
<p>K. Göransson, A. von Rosen.</p> <p>År 2009.</p> <p>Patient experience of the triage</p>	<p>Patient-perspektiv</p>	<p>Att identifiera patienters upplevelser av triagemötet.</p>	<p>*Tvärsnittsstudie</p> <p>Datainsamling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Bekvämlighetsurval</li> <li>* Informerat samtycke</li> <li>* Etiskt godkännande, enbart från ledningen på</li> </ul>	<p><u>Olika fokusområden framkom:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tidsfrågan på akutmottagningen</li> <li>* Medicinskt tillstånd och triageinformation</li> </ul>	<p>Kön till triagen är ett påverkande hot på patientsäkerheten bör man eftersträva att hålla den så kort som möjligt.</p>

<p>encounter in a Swedish emergency department.</p> <p>Internationa l Emergency Nursing.</p> <p>Sverige.</p>			<p>akutmottagningen. * Utformat frågeformulär, baserat på redan existerande svenska formulär.</p> <p>Data-analys: * Analys utfördes genom beskrivande kvantitativa metoder.</p>	<p>* Triagesköterskan</p> <p>* Integriteten på akutmottagningen.</p>	<p>Slutsatsen av studien är att mer fokus behöver ägnas åt kommunikation där patienten får möjlighet att få information.</p>
--	--	--	---	--	--