



**RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp  
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete  
KURS 17, 15 hp  
HT 12

**Kommunikation vid triage och på  
akutmottagning**

En litteraturstudie

**Communication in triage and at the  
emergency department**

A literature study

Författare

Rebecka Richter & Jim Stein

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Syftet med triage på akutmottagningen är att säkerställa att patienter med störst behov av vård får det inom rimlig tid och på ett korrekt sätt. Triageprocessen inleds med att skapa en första kontakt mellan sjuksköterska och patient där kommunikationen är av stor betydelse. Att kunna delge andra människors information och dessutom kunna tolka och läsa av meddelanden är en del av kommunikationen samt att lyssna och ge svar på andra personers uttryck. Även icke-verbal kommunikation är en stor del av det som kommuniceras.

Akutmottagningen är en stressig miljö och det finns mycket att lära angående vad som kan förbättra kommunikationen mellan sjuksköterska och patienter. **Syfte:** Att belysa hinder och befrämjande av kommunikation mellan sjuksköterska och patient vid triage och på

akutmottagning. **Metod:** En allmän litteraturstudie baserad på tio kvalitativa artiklar. **Resultat:** Två huvudteman med sju underrubriker identifierades. Huvudtemana var: Befrämjande av kommunikation och Hinder för kommunikation. Underrubrikerna var: *Verbal kommunikation, Icke-verbal kommunikation, Delaktighet i vård, Icke-delaktighet, Bristande individfokus, Tidsbrist och Informationsbrist.* **Slutsats:** Av resultatet framgår att fler faktorer inom triage och akutsjukvård utgör hinder för kommunikation. Resultatet tyder på att patienterna saknar information om rutinerna på akutmottagningen samtidigt som sjuksköterskorna inte alltid anser sig ha tid för att ge informationen till patienterna. De faktorer som påverkar befrämjandet av kommunikationen stämmer överens med Habermas (1981/1990) teori där kommunikation baseras på öppenhet, ärlighet och samförstånd. **Klinisk betydelse:** En mer patientcentrerad kommunikation och bättre information kan behövas på akutmottagningarna för att patienterna ska få bra vård och för att arbetet ska bli enklare för sjuksköterskorna.

**Nyckelord:** triage, kommunikation, akutmottagning, hinder, befrämja

## ABSTRACT

**Background:** The purpose of triage in the emergency department is to ensure that patients with the greatest need of care receive it within a reasonable time and in a proper manner. The triage process starts by creating an initial contact between nurse and patient, where communication is a vital part. Being able to communicate information to other people and to interpret messages is a part of the communication and also to listen and provide answers to other people's expressions. Non-verbal communication is also a great part of what is communicated. The emergency room is a stressful environment and there is much to learn in what can make communication between nurses and patients better. **Aim:** To highlight what hinders and promotes communication between nurses and patients in triage and at the emergency department. **Method:** A general literature study based on ten qualitative articles. **Results:** Two main themes and seven subthemes were identified. Main themes were: Promoting communication and Obstacles for communication. Subthemes were: *Verbal communication, Non-verbal communication, Participation in care, Non-participation, Lack of individual focus, Lack of time and Lack of information.* **Conclusion:** The results of the study show that more factors in triage and emergency care became hindrance of communication. The patients lack information about the routines in the emergency department and the nurses do not have enough time to inform the patients. The factors that affect promotion of communication consist with Habermas (1981/1990) theory where communication is based on open-hearted grounds, honesty and understanding. **Clinical implication:** A more patient-centered communication and better information may be needed at the emergency departments to secure good care of the patients and thereby facilitate the nurses work.

**Keywords:** triage, communication, emergency department, hindrance, promote

# INNEHÅLL

INLEDNING .....	1
BAKGRUND.....	2
Triage.....	2
Triageprocessen.....	2
Triageskalor.....	3
Omvårdnadsbehovet på akutmottagningen .....	4
Sjuksköterskan i triagen .....	4
Kommunikation.....	5
Teoretisk referensram: Kommunikation.....	6
PROBLEMFÖRMULERING.....	8
SYFTE .....	8
METOD .....	9
Design.....	9
Urval .....	9
Datainsamlingsmetod.....	9
Dataanalys .....	10
ETISKA ASPEKTER .....	11
RESULTAT .....	12
Befrämjande av kommunikation.....	12
Verbal kommunikation.....	12
Icke verbal kommunikation.....	13
Delaktighet i vård .....	14
Hinder för kommunikation .....	15
Icke-delaktighet .....	15
Bristande individfokus .....	15
Tidsbrist .....	17
Informationsbrist .....	18
DISKUSSION .....	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	21
Slutsats.....	24
Klinisk betydelse .....	24
Förslag på vidare forskning/utveckling .....	25
REFERENSER .....	26

BILAGA 1 ..... 31  
BILAGA 2 ..... 32



## **INLEDNING**

En akutmottagning präglas av att det är stressigt, stökigt, tidspressat och högt patientflöde. Patienter som söker vård på en akutmottagning befinner sig där i syfte att få hjälp med någon form av hälsoproblem. I mötet mellan patient och sjuksköterska är bemötande och framförallt kommunikation en viktig del av processen. Att som sjuksköterska ha kunskap och förståelse för vikten av snabb och tydlig kommunikation är något som är användbart även på andra arbetsplatser inom sjukvården, förutom akutmottagningen, där patienters tillstånd snabbt kan skifta och tempot höjas. Som blivande sjuksköterskor är det viktigt att ha en insyn och förståelse för hur arbetet på akutmottagningen fungerar men också som privatpersoner då majoriteten någon gång sannolikt kommer att uppsöka en akutmottagning som patient. Med ett stort intresse för akutsjukvård var detta val av ämne något som vi känner kan utveckla oss som sjuksköterskor i framtiden, ett intresse för att hjälpa människor i nöd och behov av den professionella vårdens kunskap och stöd.

## **BAKGRUND**

### **Triage**

Triage kommer från franskans ord *trier* som betyder att separera, sortera, utse eller välja. Triagen utvecklades framförallt under Napoleonkrigen, under sent 1700-tal. Triage inom akutmottagningen infördes för första gången i Storbritannien på 1980-talet. Där användes en modell som byggde på insamling av data bestående av både subjektiv och objektiv information (Ganley & Gloster, 2011). I Sverige började triage användas på akutmottagningarna i början av 1990-talet. Till en början användes triageklasser utvecklade i bland annat Australien, USA och Storbritannien, men i mitten på 2000-talet ökade användningen av triage och svenska sjukhus utvecklade egna system som var anpassade efter den svenska samhällsstrukturen och sjukvårdssystemet. Idag använder ca 97 procent av landets akutmottagningar någon form av triagesystem (Farrokhnia & Göransson, 2011).

Enligt Göransson, Ehrenberg och Ehnfors (2005) är syftet med triage på akutmottagningen att säkerställa att patienter med störst behov av vård får det inom rimlig tid och på ett korrekt sätt. Prioritering av patienter görs efter en bedömning av det akuta tillståndet. Bedömningen innebär att skapa sig en överblick om patientens huvudsakliga problem och att göra en fysisk undersökning. I de flesta fall utförs triagebedömningen av en sjuksköterska. Bedömning av patienters behov av vård är svårt och kräver stora kunskaper och erfarenheter (ibid.). Syftet med triage är inte att sätta diagnoser, utan att snabbt och säkert bedöma behov och prioritering av vård samt underlätta patientflödet på akutmottagningen (Lähdet, Suserud, Jonsson, & Lundberg, 2009).

### **Triageprocessen**

Triageprocessen inleds med att skapa en första kontakt mellan vårdgivare och patient. Kontakten ska inge tillit och förtroende i relationen (Ganley & Gloster, 2011). Tillit enligt Söderkvist Klang (2007) ger goda förutsättningar att skapa en god kommunikation där patienten känner trygghet, säkerhet och vågar dela med sig av viktig information till vårdpersonal. Nästa steg i processen enligt Ganley och Gloster är för sjuksköterskan att lyssna och ta till sig given information och göra en klinisk bedömning genom t.ex. registrering av vitalparametrar. Därefter görs en prioritering



enligt en triageskala som anger ungefär hur lång tid patienten, utifrån sitt sjukdomstillstånd, kan vänta på att få träffa läkare. Enligt Möller, Fridlund och Göransson (2010) bör en sådan skala vara tillförlitlig, giltig och lätt att använda för att vara effektiv. Under väntetiden är det sjuksköterskans ansvar att utifrån bästa förmåga tolka och förutse eventuella behov hos patienten, ha en öppen dialog och vara informativ för att visa på god omvårdnad. Möller et al. beskriver vikten av att ge information till patienterna angående skador och behandling, triagens syfte och funktion samt vilka rutiner som gäller på akutmottagningen. Detta för att undvika missförstånd och upprätthålla förtroendet för hälso- och sjukvården.

### **Triageskalor**

Det finns olika typer av triageskalor och system (Lähdet et al., 2009). The Australian Triage Scale (ATS) och The Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) är skalor som är kategoriserade 1-5 där varje kategori motsvarar hur länge patienten kan vänta på att träffa läkaren och få behandling. Kategori 1 är mest akut och där får patienten träffa läkaren omedelbart. Kategori 5 är minst akut, vilket betyder att patienten kan få vänta upp till 120 minuter på läkarbedömning. The Manchester Triage Scale (MTS) utvecklades och används i Storbritannien, och blir allt vanligare i Europa. Skalan har 5 kategorier med färg- och sifferkoder. Det som skiljer MTS från ATS och CTAS är att patienter kan få vänta längre i den minst akuta kategorin och att MTS tar hänsyn till patientens smärta (ibid.). I början på 90-talet utvecklade många svenska akutmottagningar egna triageskalor. På grund av begränsat antal läkare och ökat patientflöde blev behovet av ett triagesystem allt tydligare (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2010). På 2000-talet utvecklades Medical Emergency Triage and Treatment Scale (METTS) och Adaptivt processtriage (ADAPT). De är femgradiga färgskalor med syfte att förbättra triage, patientsäkerhet och patientflöde på akutmottagningarna. Cirka två tredjedelar av landets akutmottagningar har valt att använda METTS eller ADAPT vid triage, medan resterande valt MTS. I samband med utvecklingen av METTS och ADAPT infördes även olika provtagningspaket som sjuksköterskor kunde beställa för att provresultaten skulle finnas med vid första läkarbedömningen. Även enklare röntgenundersökningar kunde beställas av sjuksköterskor (ibid.).

## **Omvårdnadsbehovet på akutmottagningen**

Precis som på en vanlig vårdavdelning är patienternas behov av omvårdnad också viktigt på akutmottagningen (Göransson, Eldh & Jansson, 2008). I relation till vad som tidigare nämnts om långa väntetider är det således av största vikt att sjuksköterskan är uppmärksam på patienternas omvårdnadsbehov. Smärtskattning och smärtlindring är något sjuksköterskan bör kontrollera inledningsvis vid triagen och därefter reevaluera regelbundet, då smärta är en av de vanligaste sökorsakerna till akutmottagningen.

Vidare nämner Göransson et al., nutrition, förebyggande av trycksår, fallriskbedömning, delaktighet och hygien som viktiga omvårdnadsåtgärder. I en stressig miljö kan det vara lätt att förbise patientens omvårdnadsbehov, varvid noggrann uppföljning av patienten är viktigt (ibid.).

## **Sjuksköterskan i triagen**

Sjuksköterskans kunskap och erfarenheter av sjukdomar och skador är av stor vikt vid triage (Ganley & Gloster, 2011). Beslut ska fattas i en tidskrävande miljö, med begränsad information och på patienter som inte har någon medicinsk diagnos. För att kunna ta beslut om åtgärd för en patient krävs av sjuksköterskan att kunna identifiera problemet, överväga de alternativ som finns och välja det alternativ som är lämpligast för patienten och dennes tillstånd. I sjuksköterskans profession enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) ingår tillämpning av omvårdnadsprocessen genom observation och bedömning. Det innebär att kunna värdera, prioritera och hantera förändringar i patienters psykiska och fysiska tillstånd samt bemöta och lindra patienters upplevelser av sjukdom och ohälsa. Vidare beskrivs att med respekt och empati kunna kommunicera med patienter och anhöriga samt inge trygghet och välbefinnande (ibid.). Informationen från patienterna ligger till grund för sjuksköterskans beslutsfattande i triagen. Vid kommunikationssvårigheter kan det uppstå problem att göra en korrekt bedömning, varvid den fysiska bedömningen blir mer nödvändig. Faktorer som kan påverka kommunikationen vid triage är tidsbrist, språk, kulturskillnader, förväntningar och antaganden, känslor och sjukdom (Ganley & Gloster, 2011).

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) säger tydligt att "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans

värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården” (2 §). Vidare beskriver lagen att “Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd” (2a §).

### **Kommunikation**

Enligt Fossum (2007) är det vanligt inom vården att det finns ömsesidiga krav från både patient och vårdgivare men att de ofta är olika och därför är det vanligt att det uppstår kommunikationsproblem. Andra vanliga hinder i kommunikationen mellan vårdgivare och patient är enligt Fossum stress, språkförbistringar, rösten och tonfall men en stor del faller på fackspråk och sjukvårdsslang. Att använda fackspråk kan göra att patienten inte förstår vad som kommer att ske eller vad som har skett. Fossum ger exemplet risken med att slang i stil med “*sätta nål*” kan innebära att patienten de facto tror att det kommer sitta en vass och hård metallnål i blodkärlet. Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein och Dick (2001) skriver att ett av de stora problemen vid kommunikation och bemötande i vården är att personalen ofta ser mer till sjukdom och behandling, men missar patientens faktiska livssituation och hälsoproblem. Det finns därmed risk för att patienten inte känner sig sedd som helhet, det holistiska perspektivet missas. Kommunikationen är inte bara en del i vårdmötet, det är också skrivet i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt aktuella hälsotillstånd.

Kommunikation är enligt Fossum (2007) ett utbyte av information som sker i ett möte mellan människor. Att kunna delge andra människor information men även att kunna tolka och läsa av meddelanden är en del av kommunikationen samt att lyssna och ge svar på andra personers uttryck. Fossum beskriver vidare att kommunikation blir något som kan ses som ett ömsesidigt utbyte som handlar om det sägs verbalt men även kroppsspråk, alltså icke verbal kommunikation (ibid.). Så kallad icke verbal kommunikation är en stor del av det som kommuniceras. Enligt Nilsson och Waldemarson (2007) innefattar den icke verbala kommunikationen sådant som uttrycks genom kroppshållning, rörelser, gester samt mimik. Det innefattar också betoning, pauser, tonlägen samt andningsrytm. Även klädval och utsmyckningar etc. är delar av den icke verbala kommunikationen. Syftet med icke verbal kommunikation är

bland annat att förstärka de verbala uttrycken samt att ge uttryck för känslor (Nilsson & Waldemarson, 2007).

### **Teoretisk referensram: Kommunikation**

Habermas (1981/1990) definierar kommunikativt handlande som att “handlingskoordineringen måste uppfylla betingelsen av ett förbehållslöst kommunikativt uppnått samförstånd” (s. 338), det vill säga att kommunikationen infrias på öppen hjärtig grund. Vidare beskriver Habermas att aktörerna i det kommunikativa handlandet förhåller sig till objektiva, subjektiva och sociala världar, där utbyte av information görs genom att godta eller förkasta det som yttras. För att komma till samförstånd om något i en samtalsituation, gäller att båda parter förstår det som sägs och hur de ska använda sig av det.

Enligt Månssons (2003) tolkning beskriver Habermas att språket och den språkliga förståelsen bygger på att människor kommer till ett samförstånd och att språkliga utsagor förstås på olika nivåer. För att ett samförstånd ska kunna uppnås måste vi exempelvis både förstå vad som yttras och vad som faktiskt avses med en berättelse. Månsson tolkar det som att människor lever i tre olika världar, den objektiva, den sociala samt den subjektiva. Språket används som ett sätt att berätta om dessa tre världar och för att ett samtal ska kunna äga rum måste den som lyssnar ta det som berättas på allvar samt bygger på och strävar efter samförstånd. Grundläggande för att samtalet skall kunna genomföras är att språket kan förstås av de inblandade och att de anspråk som görs är något där båda parter har en förståelse för vad som avses. Språket används för att visa att någonting i världen är sant och att vi genom det ger en ärlig bild av en subjektiv upplevelse.

Enligt Vinthagen (2005) kan Habermas kommunikationsteori i praktisk handling sammanställas till ett antal olika kriterier för en ideal samtalsituation; att något som hävdas kan styrkas om det ifrågasätts, det som sägs är ärligt och behandlas som ärligt samt att makt inte påverkar det som sägs eller förförståelsen av det som sägs. Vidare kriterium för en ideal samtalsituation är att det finns obegränsat med tid och att all information som är viktig för samtalet är tillgänglig. Enligt Vinthagen är det viktigt att alla berörda parter inkluderas och medverkar på lika villkor, tillåts hävda egna påståenden samt tillåts ifrågasätta andras påståenden. Därför bör det som påstås och

yttras av alla inblandade parter anses som relevant. Slutligen bör också samtalsdeltagarna vara beredda att ändra åsikt om det som sägs och diskuteras, om argumenten är trovärdiga och övertygande.

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Vid en akutmottagning är det stressigt och mycket folk, kommunikationen mellan patient och vårdare är en essentiell del för att den fortsatta vården och patientens upplevelse av vården ska vara bra och effektiv. Vid triage är en öppen, ärlig, tydlig och professionell kommunikation grundläggande för att det fortsatta vårdandet ska bli av bra kvalitet och patienten ska känna sig väl omhändertagen. Trots vikten av detta finns det brister i kommunikationen och informationsgivandet mellan vårdgivare och patienter. Mycket finns att lära i hur kommunikationen i det akuta mötet mellan sjuksköterskor och patienter bär och brister.

## **SYFTE**

Syftet är att belysa hinder och befrämjande av kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter vid triage och på akutmottagning.

## **METOD**

### **Design**

Studien är utformad enligt Fribergs (2012) beskrivning av en allmän litteraturoversikt med kvalitativ ansats där syftet är att belysa kunskapsläget inom det valda området.

### **Urval**

Studierna som inkluderades skulle vara av en kvalitativ ansats och svara på uppsatsens syfte. Artiklarna som inkluderades publicerades mellan 2002 och 2012 samt att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska för att undvika språkliga problem. En artikel ansågs vara relevant för syftet och inkluderades trots att den var publicerad före 2002. I övrigt var ett urvalskriterium att artiklarna som valdes ut för att ingå skulle vara peer reviewed för att säkerställa en tillräckligt god vetenskaplig nivå.

Exklusionskriterier innefattade artiklar som var av kvantitativ ansats, handlade om patienter med psykiska sjukdomar, barn eller var av bristande vetenskaplig kvalitet; exempelvis bristande metodbeskrivning eller saknade etiskt godkännande.

### **Datainsamlingsmetod**

Sökningarna gjordes i databaser som EBSCO, SveMed+, PubMed och Wiley-Blackwell. Sökord; var god se Tabell 1. Sökningarna efter vetenskapliga artiklar inleddes på sökmotorerna EBSCO, PubMed samt SveMed+. Sökord valdes utifrån syftet för litteraturstudien. Sökningen inleddes med fokus på bemötande vid prehospitalt omhändertagande, efterhand riktades fokus mot kommunikation, akutmottagning och triage. Sökningarna som gjordes utvecklades med hjälp av mesh-termer samt via olika relevanta ord via läsning av artiklar. Vid sökning av vetenskapliga artiklar upptäcktes att antalet studier som passade för syftet var begränsat. Därigenom inkluderades också en studie som handlar om kommunikation på en vårdavdelning som passade med syftet och var av god kvalitet. Två av artiklarna hittades via sekundärsökning i andra artiklars referenslistor. Sekundärsökning är enligt Friberg (2012) en effektiv metod för att få fram relevanta artiklar till en litteraturstudie.

Tabell 1. Sökmatrix

Sökord	Begränsningar	Träffar	Abstrakt lästa	Artikelnr.
trauma AND emergency AND department AND team	2002-2012 Peer Reviewed	525	50	3
trauma AND emergency AND themes	2002-2012 Peer reviewed	40	30	9
patient AND emergency department AND emergency care	2002-2012 Peer reviewed	869	50	4
emergency care AND nurse AND patient	1997-2012 Abstract available Peer reviewed	4	4	10
triage AND assessment AND nurses	2002-2012 Abstract available Peer reviewed	8	8	6
emergency department AND nursing	2002-2012 Peer reviewed	115	40	7
nurse-patient relationship AND nursing AND communication	2002-2012 Peer reviewed Abstract available Full text	20	20	2
nurse attitudes AND emergency care	2002-2012 Peer reviewed Abstract available Full text	23	23	1

## Dataanalys

De artiklar som valdes ut för granskning efter sökningen kom att kvalitetgranskas i en granskningsmall som hämtades från Hawker, Payne, Kerr, Hardy och Powells (2002) verk som handlar om att granska artiklar på ett systematiskt sätt. Utifrån nio olika bedömningskriterier fick artiklarna en viss poäng beroende på vilken kvalitet de ansågs hålla inom det området (tabell 3; bilaga 1). Sedan lästes de artiklar som valdes ut för att skapa en överblick av ämnesområdet enligt Fribergs (2012) beskrivning av att göra en litteraturstudie. Efter genomförd kvalitetsgranskning och bedömning sammanställdes artiklarna i en litteraturmatriks (tabell 4; bilaga 2). De utvalda artiklarnas syfte, metod och resultat lästes noggrant för att urskilja skillnader och likheter. Essensen av artiklarnas resultat skrevs ner på post-it-lappar för att lättare kunna sortera innehållet. Under analysen uppstod åtta olika kategorier. Efter vidare genömläsning och sortering bildades två övergripande teman som materialet underordnades och kategorierna justerades efter innehållet till sju underrubriker (tabell 2).



Tabell 2. Resultatmatrisen anger vilka kategorier som återfanns i vilka artiklar.

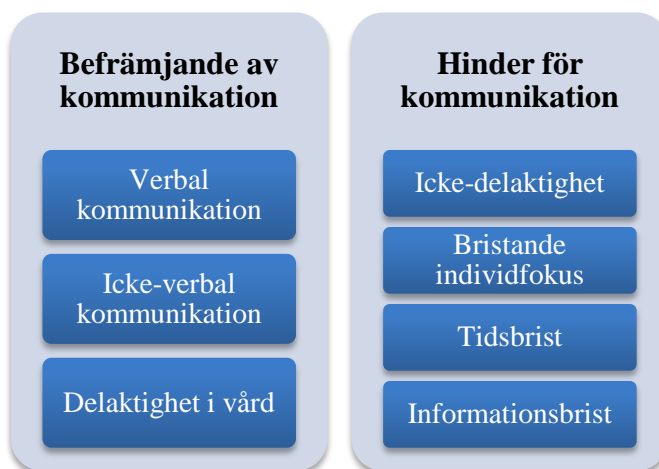
Tema	Befrämjande av kommunikation			Hinder för kommunikation			
	<i>Verbal kommunikation</i>	<i>Icke-verbal kommunikation</i>	<i>Delaktighet i vård</i>	<i>Icke delaktighet</i>	<i>Bristande individfokus</i>	<i>Tidsbrist</i>	<i>Informationsbrist</i>
<b>Underrubrik</b>							
<b>Artikelnr.</b>							
1	X	X	X	X	X	X	
2	X	X			X	X	X
3	X		X		X		X
4	X			X		X	X
5					X		X
6		X		X		X	
7	X				X		
8	X	X	X		X	X	X
9		X	X				X
10					X	X	

## ETISKA ASPEKTER

Vid en litteraturstudie endast innehållande engelskspråkiga vetenskapliga artiklar finns det risk för språkliga tillkortakommanden vid översättning. För att minimera risken för språklig förvanskning av källmaterialet iaktogs noggrannhet vid läsning samt översättning innan resultaten användes i denna studie. Studierna som användes var etiskt granskade och godkända. Trots att alla var etiskt godkända är det ändå svårt att veta huruvida involverade studieobjekt känt sig respektfullt behandlade. Det är enligt Vetenskapsrådet (2011) viktigt att det material som används inte på något sätt förvanskas eller återges på ett oärligt vis. I en allmän litteraturstudie finns det risk att resultatet blir missvisande om författarna väljer att använda artiklar som stödjer den egna ståndpunkten. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är det viktigt att artiklarna belyser hela kunskapsområdet för att ge en så sanningsenlig bild som möjligt.

## RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån två huvudteman med tillhörande underrubriker (figur A).



Figur A. Presentation av huvudteman och underrubriker

### Befrämjande av kommunikation

#### *Verbal kommunikation*

Den verbala kommunikationen är grundläggande vid informationsgivande till patienterna enligt McCabe (2004) och Frank, Asp och Dahlberg (2009). Det är viktigt att informationen anpassas på ett språk som patienterna förstår och kan ta till sig. Enligt McCabe upplevdes sjuksköterskorna som hade ett öppet och ärligt språk som sympatiska och därigenom fick patienterna bekräftelse. Vidare upplevde patienterna vikten av att sjuksköterskorna bekräftade och visade förståelse för deras livsvärld, vilket ingav förtroende. Inte nödvändigtvis för att sjuksköterskorna skulle kunna lösa problemen, men att det var någon som förstod deras situation. McCabe beskriver också att sjuksköterskestudenter upplevdes som mer öppna mot patienterna än vad mer erfarna sjuksköterskor gjorde. Anledningen skulle enligt McCabe kunna vara att sjuksköterskestudenterna inte ännu var socialiserade att fokusera på uppgiftsorienterad kommunikation "...the students, they were very understanding and you could actually talk to them which was lovely. If there was something worrying you, you could actually say it..." (McCabe, 2004, s. 44).

En informell kommunikation som inte fokuserade på sjukdomen hos patienterna verkade enligt Wiman, Wikblad och Idvall (2007) avledande och var uppskattat av

patienterna, likaså stärkte det deras känsla av trygghet och gav ett ökat välbefinnande. Att använda humor gentemot patienternas initierades enligt Wiman et al. av både patienter och vårdpersonal. Patienterna ansåg också att sjuksköterskor med humor som redskap blev mer tillgängliga samt att humorn stärkte patientens självförtroende (McCabe, 2004). Sjuksköterskan var fysiskt och psykiskt närvarande i sinne, dialog och genom att aktivt lyssna samt ge respons till patienten skapades en djupare relation. Vidare betonades att den vårdande sjuksköterskan skulle ha en öppen och ärlig kommunikation med patienten och ha en öppen attityd för patientens tankar och funderingar (Larsson Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad & Wimo, 2004; McCabe, 2004; Wiman & Wikblad, 2004). Patienterna som blev bekräftade och sedda som människor upplevde en känsla av trygghet enligt Elmqvist, Fridlund och Ekebergh (2012).

#### *Icke verbal kommunikation*

Sjuksköterskorna vid triagen använde patienters icke-verbala uttryck vid bedömning av triagenivå redan innan den verbala kommunikationen hade startat. Anledningen till detta var enligt sjuksköterskorna att så snabbt som möjligt se tecken på smärta och akuta lägen. Att tolka kroppsspråk samt yttre faktorer som klädsel, kultur, hygien och ekonomi användes för att göra en bedömning av patienterna (Edwards & Sines, 2008; Frank et al., 2009). Enligt Edwards och Sines ansågs till exempel patienter med kryckor inte ha lika akuta behov av hjälp, då det sågs som ett tecken på att skadan hade funnits länge. Dessutom utgick sjuksköterskorna från patienternas uttryck för smärta som en bedömning för triage. Om en patient inte gav uttryck för stor smärta, bedömdes tillståndet inte som lika akut. Frank et al. beskriver att under patientens vistelse på akutmottagningen använde sig sjuksköterskan av en ensidig kommunikation som innebar att sjuksköterskan observerade patienterna på avstånd för att bedöma hur patienten mådde.

Enligt O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) upplevde patienterna en känsla av trygghet och säkerhet trots sitt utsatta läge, genom att traumateamet snabbt skapade en positiv atmosfär vid ankomst till akutmottagningen och triagen. Det skedde inte huvudsakligen genom att vårdpersonalen kommunicerade verbalt med patienterna, utan genom sitt professionella agerande och omhändertagande skapade en trygg miljö för patienterna. Vidare menar O'Brien och Fothergill-Bourbonnais att patienterna såg den

icke-verbala kommunikationen som en livlina. Den icke-verbala kommunikationen i form av exempelvis beröring, skedde som regel i samband med utförande av medicintekniska uppgifter och innebar en stark känsla av trygghet för patienterna. En patient som beskrev beröring sa: "It's a lifeline – touching you – you're drawing energy from that person. You're drawing energy from him or her... And that's important; they're willing to give me that energy to keep me motivated." (s. 221).

Enligt McCabe (2004) bedömde patienterna äktheten hos sjuksköterskorna både utifrån den verbala och icke-verbala kommunikationen. Den icke-verbala kommunikationen sågs som mest betydelsefull när patienterna skulle bedöma sjuksköterskornas engagemang. Enligt patienterna var den icke-verbala kommunikationen en indikator på genuinitet och visade emotionellt stöd, förståelse och respekt för patienterna som individer. O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) beskriver även att patienterna bedömde sjuksköterskans grad av medkänsla utifrån röstläget. Enligt McCabe och Larsson Kihlgren et al. (2004) uppskattade patienterna sjuksköterskor som hade ögonkontakt, var närvarande och visade empati, ett möte där patienterna var i fokus. Detta lugnade patienterna och minskade oron.

### *Delaktighet i vård*

Patienternas behov av att aktivt delta i vården var ett återkommande tema i ett antal artiklar. Enligt Larsson Kihlgren et al. (2004) var det viktigt för patienterna att få beskriva anledningen till sina besök på akutmottagningen med egna ord och vara delaktiga i beslut kring sin situation och vidare behandling. Patienterna uppskattade också information från sjuksköterskorna angående varför något skulle utföras, och inte bara att det skulle utföras, för att känna delaktighet. Vidare upplevde patienterna det som positivt att få upprepa orsaken till besöket på akutmottagningen. Hellre få möjlighet att berätta igen, än inte alls. Enligt Frank et al. (2009) var det viktigt för patienterna att känna sig tillfreds med den tolkning av problemen som vårdpersonal gjorde. Detta skapade ett samförstånd mellan dem och gjorde patienten involverad i den egna vården. Enligt Wiman et al. (2007) förmedlade sjuksköterskorna som fanns närvarande under hela vårdperioden på akutmottagningen välbefinnande och trygghet hos patienterna. Vidare beskriver Wiman et al. att även om sjuksköterskorna inte aktivt pratade med patienterna utan hade mer fokus på att övervaka patientens vitalparametrar, så ingav det en känsla av välbefinnande hos patienterna (ibid.).

Dessutom var det viktigt att visa ett genuint engagemang och intresse för patienternas livsvärld och historia för att ett ömsesidigt deltagande skulle bli möjligt. Att involvera patienten i den egna vården var mycket uppskattat, genom att exempelvis uppmana patienterna att fokusera på den egna andningen och liknande, upplevdes det som att bli delaktig i vården (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). En patient sa:

They always kept me informed... That's a positive, that was a very positive reassurance for myself that I was part of the team getting me better! You know I'm not just standing on the sidelines. Basically my orders were 'Keep breathing, keep breathing.' (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004, s. 220).

## **Hinder för kommunikation**

### *Icke-delaktighet*

Patienterna som kom in till akutmottagningen med icke-akuta problem blev involverade i vården under förutsättning att patienterna var villiga till detta, hade kunskap om sitt tillstånd och kände till sina behov (Frank et al., 2009). Dessutom förväntades att patienterna skulle förstå när det var lämpligt att besöka akutmottagningen, samt vilka sjukdomar och skador som ansågs vara tillräckligt akuta (Edwards & Sines, 2008). Vidare förväntades patienterna visa förståelse för långa väntetider och dylikt på grund av den höga arbetsbelastningen på akutmottagningen. Detta kunde leda till ett icke-deltagande eftersom patienterna inte ville störa vårdpersonalen med frågor. Patienterna förväntades kunna kommunicera sina behov på ett begripligt sätt som vårdpersonalen förstod och även acceptera personalens rekommendationer (Frank et al., 2009). Samtidigt fanns det enligt Elmquist et al. (2012) en osäkerhet hos patienterna orsakat av brist på respekt och att endast det medicinska var intressant. En patient uttryckte det: "I experienced it as not feeling being involved at all, it was mostly about taking as many blood samples as possible to get the job done and that was all." (s. 2612). Detta kunde leda till en osäkerhet om att vara intressant men samtidigt ointressant som patient för vårdpersonalen (ibid.).

### *Bristande individfokus*

Enligt Larsson Kihlgren et al. (2004) uppstod problem när språket inte anpassades till patienterna. Sjuksköterskorna pratade med patienterna på sjukhusspråk eller

sjukhusslang som patienterna inte förstod. Trots detta hade patienterna stor tillit till sjuksköterskornas kunskap och professionalitet. McCabe (2004) beskriver också att sjuksköterskorna uppvisade brister i den patientcentrerade vården genom att ha förutfattade meningar och bristande respekt för patienternas behov att bli sedd. Larsson Kihlgren et al. beskriver i sin tur att förvirrade patienter som hade svårt att tala för sig, följa instruktioner eller beskriva sin smärta gav upphov till osäkerhet och ökade stressen hos vårdpersonalen på akutmottagningen. Det var också vanligt att även om tiden fanns så stressade sjuksköterskorna igenom triagen och var ointresserade av patienternas situation.

Enligt Wellstood, Wilson och Eyles (2005) upplevde patienterna att sjuksköterskornas attityd många gånger var bristfällig, en patient uttryckte det ”...and they were out there, standing there, joking and making fun of some of the patients. I thought, ‘You bastards!’ you know. It’s terrible. They’re human in there.” (s. 2368). Flertalet studier beskriver att vid icke-akuta skador blev kommunikationen från vårdpersonalen bristande och den information som gavs var enbart fokuserad på skador och eventuell behandling. Den strikt medicintekniska kommunikationen med patienterna gjorde att de inte kände sig sedda som människor som var intressanta för vårdpersonalen att kommunicera med (Frank et al., 2009; Larsson Kihlgren et al., 2004; Wiman et al., 2007; Wiman & Wikblad, 2004) En del sjuksköterskor ansåg att ta emot och arbeta med patienter med icke-akuta åkommor var tråkigt, ointressant, repeterande och icke-stimulerande. (Byrne & Heyman, 1997). Vidare beskrivs att den medicintekniska kommunikationen var återkommande inslag vid patientmöten på triagen och akutmottagningen (Wiman & Wikblad, 2004). En konsekvens av sjuksköterskornas fokus på medicintekniska uppgifter var att patienterna inte uppfattade deras arbete som professionellt, utan sågs mera som läkarassistenter. Opersonligt bemötande, att inte bli sedd som person och att inte få möjlighet att berätta sin egen historia för sjuksköterskan är exempel på bristande patientfokus (Larsson Kihlgren et al., 2004; Wellstood et al., 2005).

Enligt Byrne och Heyman (1997) var det vanligt att patienternas behov kom i andra hand på akutmottagningen medan sjuksköterskorna hade större fokus på att utföra andra uppgifter för att arbetet skulle flyta på. En metod som sjuksköterskorna använde var att snabbt titta in till patienterna för att observera deras tillstånd, och hälsa

patienterna att om de behövde något så fick de säga till. Däremot var sjuksköterskorna osäkra på om denna metod var bra att använda. En sjuksköterska uttryckte det:

It must be awful when you just go in and do your bit, and then they're just left. For all you say 'I'll be popping back and forwards and my name is such and such. Shout if you want something, but I'll be popping back. (Byrne & Heyman, 1997, s. 98).

För att kunna skapa en djup vårdrelation med en patient krävs goda kunskaper om kommunikation, men sjuksköterskor visade ofta brister i detta avseende (Wiman & Wikblad, 2004). Följande observation gjordes av en sjuksköterska på akutmottagningen: "In the presence of other people and with doors to the corridor open, a nurse catheterized a patient's urine bladder. After the catheterizing, the nurse wiped the patient's genitals while speaking with the anesthesiologist at the same time". (Wiman & Wikblad, 2004, s. 428).

### *Tidsbrist*

Bristande kommunikation var ett resultat av den stressiga miljön och tidspressade situationen på triagen. Att patienterna märkte av detta framkom på flera olika sätt, men fram för allt genom att de kände sig osäkra och inte ville vara i vägen för sjuksköterskorna (Elmqvist et al., 2012; Larsson Kilgren et al., 2004; McCabe, 2004). Enligt McCabe vågade patienterna inte påkalla de upptagna sjuksköterskornas uppmärksamhet, samtidigt som de tog sjuksköterskorna i försvar och menade att det inte var deras fel att de hade mycket att göra. Elmqvist et al. beskriver att patienterna kände av den stressiga miljön vid triagen från sjuksköterskorna och att de hade behov av att få mer information, men drog sig för att ställa frågor. En patient sa: "...I can't ask them, they have too much to do..." (Larsson Kilgren et al., 2004, s. 172). Patienterna intog en ödmjuk och accepterande roll för att vara sjuksköterskorna till lags. Frank et al. (2009) beskriver att vårdpersonal förväntade sig att patienterna inte skulle vara krävande eller besvärliga efter given information om systemet på akutmottagningen utan visa förståelse för deras arbetssituation.

Tidsbristen var en bidragande faktor till att många beslut vid triagen togs utan dialog med patienten enligt Elmqvist et al. (2012). Även Edwards and Sines (2008) beskriver att sjuksköterskorna på grund av tidsbrist inte hann få patientens egen beskrivning av

sin sjukdom eller problem utan baserade triagebesluten på observationer och bedömning av yttre faktorer (ibid.). En del av vårdpersonalen använde tidsbristen som en ursäkt för den bristande kommunikationen med patienterna (Byrne & Heyman, 1997; Elmqvist et al., 2012). Men, att ge information, inge trygghet och visa intresse för patienten behöver inte ta tid. En läkare sa:

The sense of safety is created if you inform the patient that we have taken these blood tests and we suspect this and we are going to exclude this and you do not have to be worried about that. From now on we continue to take care of you so you can just relax. This will not take more time to say than it did to say now (Elmqvist et al., 2012, s. 2613).

### *Informationsbrist*

I flertalet av de granskade artiklarna var bristen på information ett återkommande problem. Det kunde till exempel vara brist på information angående patienternas skador och behandlingar (McCabe, 2004; Wellstood et al. 2005; Wiman et al., 2007). Enligt O'Brien och Fothergrill-Bourbonnais (2004) upplevde patienterna i mötet med traumateamet att bristen på information ledde till rädsla, då de inte visste vad som skulle hända. Enligt Wellstood et al. uttryckte patienterna upprepade gånger sin frustration över de långa väntetiderna och bristen på information. Följande citat är från en kvinna som sökt akuten för missfall, hon sa:

... I remember being in pain and thinking I wished somebody would come in and tell me what is going on. Am I going to lose this baby or not and they were out there, standing there, joking and making fun of some of the patients... (Wellstood et al., 2005, s. 2368).

Enligt Larsson Kihlgren et al. (2004) ledde bristande information angående de långa väntetiderna till en känsla av övergivenhet, irritation, rastlöshet och agitation. Många patienter blev oroliga att de skulle glömmas bort och undrade när läkaren skulle komma. En patient sa: "I wonder if they are going to find me here" (s.171). I studien framgick att vårdpersonalen hade svårigheter att veta vad de skulle säga till patienterna om väntetiderna. Efter att patienterna träffat läkaren, blev de lämnade i ett väntrum för ytterligare en oviss väntan. Patienterna hade obesvarade frågor och visste inte vem de



skulle vända sig till (ibid.). Elmqvist et al. (2012) beskriver att patienterna som blev lämnade i ett väntrum utan vidare information om vad som skulle hända härnäst upplevde en känsla av maktlöshet över sin egen kropp i tid och rum. En del patienter vågade till exempel inte lämna väntrummet för att gå på toaletten eller köpa något att äta, då de var rädda att gå miste om viktig information. En anhörig till en patient sa: "it's the uncertainty, waiting is nothing at all, but it is when you don't know for how long. You just wait for the sake of waiting." (s. 2613). Bristen på information till patienterna om triagens funktion och akutmottagningens arbetssätt skapade ytterligare osäkerhet bland patienterna. De flyttades runt mellan olika rum och fick träffa många olika personalkategorier, utan att någon kommunicerade med dem. Vårdpersonalen undvek i vissa lägen att informera om väntetiderna och triagenivån då de var rädda att lova för mycket eller göra patienterna besvikna (ibid.).

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Valet att använda litteraturstudie som metod går i linje med syftet för studien som var att beskriva kunskapsläget för kommunikation vid triage och på akutmottagning. När arbetet med uppsatsen startade var inte tanken att den skulle handla om kommunikation, men under arbetets gång upptäcktes att mycket av det material som fanns handlade om kommunikation och då ändrades inriktningen på arbetet.

Hälften av de inkluderade studierna var utförda i Sverige, vilket anses vara en styrka för överförbarheten. Av resterande studier kom två stycken från Kanada, två stycken från Storbritannien och en från Irland. Även om studierna är från olika länder, är länderna dock ekonomiskt och kulturellt snarlika, vilket gjorde att de var förenliga med syftet. De artiklar som inkluderades i resultatet var av kvalitativ ansats och datainsamlingsmetoderna var intervjuer och observationer. Då valet föll på att studera kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter inkluderades artiklar med perspektiv från deltagare ur båda grupperna. Artiklar med deltagare av olika kön och olika ålder inkluderades för att det ger en bredare informations- och kunskapsbas. Däremot valdes artiklar med fokus på barn och patienter med psykisk sjukdom bort på grund av att det är områden som bör studeras separat.

De artiklar som inkluderades var alla primärkällor och vetenskapligt granskade. Enligt Polit och Beck (2010) är det viktigt att inkluderade artiklar vid en litteraturstudie är primärkällor för att materialet ska vara så oförvanskat som möjligt. Kvalitetsgranskning av artiklar är viktigt enligt Friberg (2012) samt Polit och Beck för att förvissa sig om att studierna är av god kvalitet och därigenom ge ett trovärdigt och tillförlitligt resultat. Däremot kan en svaghet i litteraturstudier enligt Axelsson (2008) vara att artiklarna inte blir tillräckligt kritiskt granskade vilket kan försvåra bedömningen av resultatets giltighet (ibid.). Vid dataanalysen kunde författarnas förförståelse, i form av tidigare erfarenheter från akutmottagning, ha en inverkan på hur material skulle tolkas och värderas. För att undvika att författarnas egna tolkningar påverkade materialet diskuterades de fynd som gjordes vid eventuella oklarheter. Att analysen görs av två personer är en styrka som ökar trovärdigheten (Carlsson, 2008).

Kommunikation är ett vitt begrepp och därför finns det risk för olika tolkning av begreppet beroende på vem som gör tolkningen. Under arbetets gång diskuterades begreppets omfattning och innebörd med stöd av Fossum (2008) och Habermas (1981/1990). För att resultatet skulle spegla det faktiska innehållet i de studier som ingick, inkluderades därför allt som var någon form av kommunikation eller brist på kommunikation i analysförfarandet.

### **Resultatdiskussion**

Av resultatet framgår att det finns många olika faktorer inom triage och akutsjukvård som har betydelse för såväl befrämjande som hinder för kommunikation. Det mest framträdande var de hinder för kommunikationen som uppstod och som hade direkt betydelse för patienters och sjuksköterskors upplevelse av mötet på akutmottagningen. De faktorer som befrämjar kommunikation stämmer överens med Habermas (1981/1990) teori om det kommunikativa handlandet, där kommunikation baseras på öppenhet, ärlighet och samförstånd.

Hinder för kommunikation uppstod ofta när patienterna hade behov av att få mer information. På grund av den stressiga miljön som råder på en akutmottagning, ville patienterna inte vara i vägen med sina frågor (Elmqvist et al., 2012; Larsson Kilgren et al., 2004; McCabe, 2004). Att ett behov av mer information till patienterna fanns, bekräftas även av Kington och Short (2010). Framförallt var det information om väntetider och hur det fungerade på akutmottagningen och triagen. Irritation och missnöjdhet uppstod när patienterna inte kände till triagens funktion. Samtidigt som bristen på information var uppenbar fanns det också förväntningar från vårdpersonalens sida att patienterna skulle känna till hur systemen på akutmottagningarna fungerade. Dessa förväntningar skapade stor frustration och förvirring bland både patienter och sjuksköterskor. Men som Möller et al. (2010) beskriver är det sjuksköterskans roll att vara informativ och kunna förutse eventuella behov hos patienten som inte alltid vet vad syftet med triagen är och hur det fungerar på akutmottagningen. Samtidigt fanns det enligt Möller et al. patienter som inte ville veta hur triagen fungerade då de ansåg att informationen var onödig. En del patienter som kom till akutmottagningen med icke akuta skador eller sjukdomar, insåg i efterhand att om de fått veta sin triagenivå, hade de blivit upprörda och klagat mer. De patienter som däremot ville veta och frågade efter väntetider och sin triagenivå, hade lättare att acceptera väntetider. Därav kan slutsatsen

dras att informationen bör anpassas efter patientens önskemål, behov och situation. Patienter som befinner sig på en akutmottagning är i en ytterst sårbar situation, är kanske rädda och har möjligtvis aldrig varit i kontakt med akutsjukvården tidigare. Att i en sådan situation förvänta sig att patienterna ska veta hur det kommer gå till framstår som orimligt, oavsett om patienterna befinner sig på en akutmottagning med livshotande skador eller ej.

När patienterna saknar information som kan ha betydelse för deras situation på akutmottagningen, så avviker det från den ideala samtalsituationen enligt Habermas (1981/1990). Detta gäller även Habermas syn på att makt inte ska påverka samtalet. Sjuksköterskan sitter i en maktposition gentemot patienten och har makten att välja vilken information som patienter får ta del av. Habermas beskriver att alla inblandade parter ska inkluderas och medverka på lika villkor, men ett ofta förekommande problem var att den information som gavs var svår att förstå för patienterna. Om patienterna inte kan tillgodogöra sig den information som ges avviker det från den ideala samtalsituationen.

Resultatet visar att en faktor som bidrog till hinder för kommunikation var att många patienter kände av den stressiga miljön på akutmottagningen och inte ville vara till besvär eller vara i vägen för sjuksköterskorna. Enligt Nyström, Dahlberg och Carlsson (2003) upplevde många sjuksköterskor ett behov att berätta om den tidspressade miljön, den tunga arbetsbördan samt personalbristen och använde patienterna som ett sätt att få utlopp för sin frustration. Därav blev patienterna ofrivilligt involverade i sjuksköterskornas problem, vilket resulterade i att patienterna drog sig undan och undvek att vara till besvär. Samtidigt kände många patienter ett ansvar att ta sjuksköterskorna i försvar och menade att stress och tidsbrist inte var deras fel (ibid.). I Habermas teori om det ideala samtalet finns en önskan om oändligt med tid för att kunna förtydliga sin information. Sett till den situation som beskrivs från akutmottagningarna om att patienterna inte vågar ställa sina frågor är det till synes mest en utopi att kunna skapa en ideal samtalsituation.

Belcher och Jones (2009) belyser vikten av tillit i kommunikationen genom att vara vänlig och intresserad av att hjälpa och ta hand om andra. Kommunikationen anses vara en viktig faktor för att skapa en god relation och ett bra samförstånd mellan

sjuksköterska och patient. Detta infrias genom att ta sig tid och aktivt lyssna på patienten. Sjuksköterskorna ansåg att lyssna, prata och konversera med patienterna tog mycket av deras tid, men samtidigt var nödvändigt för att lära känna patienterna. Brist på kommunikation kunde leda till missförstånd och minskat förtroende, vilket kunde yttra sig i form av rädsla (ibid.). Sjuksköterskor brister ofta i användandet av patientcentrerad kommunikation. Patientcentrerad kommunikation innebär att sjuksköterskorna använder sig av öppna frågor, informationsgivande, rådgivning, tolkning och parafasering för ökad förståelse av samtalet samt är bekräftar patienten. Exempelvis så visade det sig att endast 30 procent av sjuksköterskorna på en akutmottagning använde sig av denna form av kommunikation. En icke-patientcentrerad kommunikation gör att det finns risk för att information missas men framförallt kan risken vara att patienterna inte känner att de har fått delge det som oroar dem (Berry, 2009). Detta är inte förenligt med Habermas (1981/1990) kriterier för det ideala samtalet, eftersom alla berörda parter inte deltar i samtalet på lika villkor eller tillåts uttrycka sina egna åsikter.

Patienter som kom till akutmottagningen med problem som var av icke-akut karaktär blev ofta bemötta med bristande intresse från vårdpersonalens sida. Liknande bemötande beskrivs av Bruce och Suserud (2005) där patienter som anländer med ambulans utan livshotande skador blir bemötta med ointresse av vårdpersonalen. Likaså blev patienter med oklar sjukdomsbild, äldre multisjuka och patienter med social problematik bemötta med ointresse trots att det fanns ett behov av fortsatt vård på sjukhus. Enligt Nyström et al. (2003) hade en del av sjuksköterskorna åsikten att patienterna på akutmottagningen inte var i behov av omvårdnad, utan endast medicinsk behandling. Detta kunde leda till osäkerhet och förvirring från patienternas sida som endast såg sjuksköterskorna stressa fram och tillbaka i korridorerna. Sjuksköterskorna ansåg dessutom att en del av omvårdnaden och övervakning av det medicinska tillståndet kunde utföras av anhöriga till patienterna.

Den icke-verbala kommunikationen visade sig vara av stor betydelse för patienternas välmående på akutmottagningen, speciellt beröring som ansågs vara en livlina (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Detta bekräftas av Elmquist, Fridlund och Ekebergh (2008) som beskriver att beröring och närhet är av oerhörd betydelse när en patient är skadad, förvirrad och har svårt att få grepp om vad som hänt. Intressant är också att den

beröring som utfördes vid medicintekniska förehavande hade en lugnande inverkan på patienterna trots att den annars medicintekniska kommunikationen ansågs negativ från patienterna.

### **Slutsats**

Resultatet visar att olika faktorer påverkar hinder och befrämjande av kommunikation vid triage och på akutmottagningen. Ett tydligt mönster var att det fanns fler faktorer som hindrar än befrämjar kommunikationen i akutsjukvården. De faktorer som befrämjar kommunikationen stämmer med Habermas (1981/1990) teori om det kommunikativa handlandet och det ideala samtalet där ärlighet, öppenhet och viljan att förstå det som sägs är av betydelse. Artiklarna som inkluderades i denna litteraturstudie är baserade på deltagare från såväl vårdpersonal, som patienter och anhöriga. Detta bidrar till en ökad medvetenhet och förståelse för patienternas och vårdpersonalens situation. Resultatet tyder på att patienterna saknar information om rutiner på akutmottagningen samtidigt som vårdpersonalen inte alltid anser sig ha tid för att ge information till patienterna. En tydligare informationsgivning och en kommunikation som är mer patientcentrerad torde göra vistelsen för patienterna till en bättre upplevelse för alla inblandade parter.

### **Klinisk betydelse**

Resultatet visar vikten av att vårdpersonalen verkligen ger patienterna god information som är begriplig för patienterna. Om patienterna inte är införstådd i hur arbetet fungerar på akutmottagningen uppstår förvirring och irritation. Det är av vikt att vårdpersonal informeras och kanske utbildas än mer i kommunikation för att patienterna ska uppleva vårdandet på akutmottagningen som god och arbetet ska bli smidigare för vårdpersonalen. Periodvis är det mycket ansträngt på en akutmottagning med många patienter, men att ge snabb information behöver inte ta lång tid. Den tiden kan sannolikt sparas in om arbetet blir effektivare och därmed påverka patientflödet positivt. En ökad förståelse hos vårdpersonal gentemot patienter som inkommer med oklar sjukdomsbild och icke-livshotande skador är viktig och behöver bli bättre, vårdandet bör ses som ett möte som alla parter ska gå stärkta ifrån. Utan att bli tagen på allvar är det svårt att bli stärkt i en sådan utsatt situation som patienten befinner sig i.

### **Förslag på vidare forskning/utveckling**

I denna litteraturstudie har olika faktorer som påverkar befrämjande och hindrade av kommunikation presenterats. Resultatet visar att hindrande och befrämjande faktorer påverkar kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter. Begreppet triage är relativt nytt, fram för allt i Sverige, och bör därför forskas mer kring. Ytterligare förslag på vidare forskning är kvalitativa studier kring patienters upplevelser av triage och akutmottagningen. Vidare bör forskningen undersöka huruvida triagen som system uppfattas av patienterna och hur information om triage kan nå fram till patienterna på ett mer säkert och effektivt sätt. Hur sjuksköterskors uppfattning och förväntningar av att arbeta på akutmottagningen påverkar deras arbete i förhållande till verkligheten är ytterligare förslag på vidare forskning.

## REFERENSER

(\* = resultatartiklar)

Axelsson, A. (2008). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.173-188). Lund: Studentlitteratur.

Belcher, M. & Jones, L.K. (2009). Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 31(2), 142-152. doi:10.5172/conu.673.31.2.142

Berry, J.A. (2009). Nurse practitioner/patient communication styles in clinical practice. *The Journal for Nurse practitioners*, 5(7), 508-515. doi: 10.1016/j.nurpra.2009.02.019

Bruce, K. & Suserud, B. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing In Critical Care*, 10(4), 201-209. doi:10.1111/j.1362-1017.2005.00124.x

\* Byrne, G. & Heyman, R. (1997). Understanding nurses' communication with patients in accident & emergency departments using a symbolic interactionist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 93-100. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997026093.x

Carlsson, G. (2008). Critical incident. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.27-39). Lund: Studentlitteratur.

\* Edwards, B. & Sines, D. (2008). Passing the audition -- the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2444-2451. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01970.x



Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: the patient's first encounter with prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 16(3), 185-192. doi: 10.1016/j.ienj.2008.04.003

\* Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2012). On a hidden game board: the patient's first encounter with emergency care at the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2609-2616. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03929.x

Farrokhnia, N. & Göransson, K. E. (2011). Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 19(72). doi: 10.1186/1757-7241-19-72

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2., [uppdaterade] utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B.Fossum (red.) *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s.23-39). Lund: Studentlitteratur.

\* Frank, C., Asp, M. & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care -- a phenomenographic analysis of caregivers' conceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2555-2562. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02477.x

Friberg, F. (2012). Att gör en litteraturöversikt. I F.Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 133-143). (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ganley, L. & Gloster, A. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, 26(12), 49-56.

Hämtad från databasen Ovid Lippincott Williams & Wilkins.

Göransson, K., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2005). Triage in emergency departments: national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1067-1074. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01191.x

Göransson, K., Eldh, A.C. & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. (1. uppl.) Stockholm: Studentlitteratur.

Habermas, J. (1990). *Kommunikativt handlande: texter om språk, rationalitet och samhälle* (M. Carleheden, övers.) Göteborg: Daidalos. (Originalarbete publicerat 1981)

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardy, M. & Powell, M. (2002). *Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically*. *Qualitative Health Research* November 2002 12: 1284-1299, doi:10.1177/1049732302238251

Kington, M. & Short, A. (2010). What do consumers want to know in the emergency department?. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(4), 406-411. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01858.x

\* Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B. & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 169-176. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00266.x

Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V., Zwarenstein, M. & Dick, J. (2001). *Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD003267. doi: 10.1002/14651858.CD003267

Lähdet, E., Suserud, B., Jonsson, A. & Lundberg, L. (2009). Analysis of triage worldwide. *Emergency Nurse*, 17(4), 16-19. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

\* McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x

Månson, P. (2003). Jürgen Habermas och moderniteten. I P.Månson (red.) . *Moderna samhällsteorier: traditioner, riktningar, teoretiker*. (s. 307-346). (6., rev. uppl.) Stockholm: Prisma.

Möller, M., Fridlund, B. & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 746-754. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x

Nilsson, B. & Waldemarson, A. (2007). *Kommunikation: samspel mellan människor*. (3., [omarb.] uppl.) 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(7), 761-769. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00053-1

\* O'Brien, J. & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma resuscitation in the emergency department: themes from seven patients. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 30(3), 216-224. doi:10.1016/j.jen.2004.02.017

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2010]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 26 augusti, 2012, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763)

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 29 augusti, 2012, från Socialstyrelsen, [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, nr 197). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Söderkvist Klang, B. (2007). Information - undervisning - lärande. I B. Fossum (red.) *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s. 41-60). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf>

Vinthagen, S. (2005). *Icke våldsaktion: en social praktik av motstånd och konstruktion*. Doktorsavhandling. Göteborg : Göteborgs universitet, 2005. Göteborg. Från <http://hdl.handle.net/2077/16635>

\* Wellstood, K., Wilson, K. & Eyles, J. (2005). "Unless you went in with your head under your arm": patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine*, 61(11), 2363-2373. doi:10.1016/j.socscimed.2005.04.033

\* Wiman, E. & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 422-429. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x

\* 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(5), 714-722. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.01.014

## BILAGA 1

Tabell 3. Modifierad kvalitetgranskningsmatris (Hawker et al., 2002)

Artikel	Nr1	Nr2	Nr3	Nr4	Nr5	Nr6	Nr7	Nr8	Nr9	Nr10
<b>Sammanfattning och titel</b>	God	God	God	God	God	God	God	Medel	God	God
<b>Inledning och syfte</b>	God	God	God	God	God	Medel	God	God	Medel	God
<b>Metod och data</b>	God	God	God	God	God	Brist	God	God	God	God
<b>Datansamling</b>	God	God	God	Medel	God	Medel	Medel	Medel	Medel	Brist
<b>Dataanalys</b>	God	God	God	God	God	Medel	God	God	God	God
<b>Etik och bias</b>	Medel	God	God	God	Medel	God	God	God	Medel	Brist
<b>Resultat</b>	God	God	God	God	Medel	God	God	God	God	God
<b>Överförbarhet/ generaliserbarhet</b>	God	Medel	Medel	Medel	Medel	Medel	Medel	Medel	Medel	Brist
<b>Slutsatser och användbarhet</b>	God	God	God	God	Medel	Medel	God	God	Brist	Medel
<b>Poäng</b>	35	35	35	35	32	29	34	33	30	27

God = 4 poäng, Medel = 3 poäng, Brist = 2 poäng, Ej bedömd = 1 poäng

## BILAGA 2

Tabell 4. Artikelmatris

Artikelnummer, Författare (År) Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod Urval; n	Resultat
1. Frank, C., Asp, M., Dahlberg, K. (2009).  <i>Patient participation in emergency care – a phenomenographic analysis of caregivers’ conceptions</i>  Journal of Clinical nursing  Sverige	Beskriva vårdpersonalens uppfattning om patienters deltagande på en akutmottagning.	Fenomenologisk intervjustudie  Vårdgivare; n=11	3 deskriptiva kategorier: vårdgivare erbjuder tillfällen att delta, patienter kräver att delta och ömsesidigt deltagande.
2. McCabe, C. (2004)  <i>Nurse-patient communication: an exploration of patients’ experiences</i>  Journal of Clinical Nursing  Irland	Undersöka och framställa uttalanden relaterat till patienters upplevelse av sjuksköterskans sätt att kommunicera.	Hermeneutisk fenomenologisk intervjustudie  Patienter från ett universitetssjukhus; n=8	Studien resulterade i fyra teman: brist på kommunikation, ”närvaro”, empati och vänliga sjuksköterskor.
3. Wiman, E., Wikblad, K., Idvall, E. (2007)  <i>Trauma patients’ encounters with the team in the emergency department – A qualitative study</i>  International Journal of Nursing Studies  Sverige	Syftet med studien är att utforska trauma- patienters upplevelse av mötet med traumateamet på akutmottagningen.	Fenomenografisk intervjustudie  Traumapatienter med mindre skador; n=23	3 huvudkategorier som beskriver sjuksköterskans möte med patienten: det instrumentala, det lyhörda och det oengagerade. De två första kategorierna skapade känsla av tröst och förtroende hos patienten. Den tredje kategorin genererade en känsla av övergivenhet.
4. Elmqvist, C., Fridlund, B., Ekebergh, M. (2012)  <i>On a hidden game board: the patient’s first encounter with emergency care at the emergency department.</i>  Journal of Clinical Nursing	Beskriva och förstå patientens första möte med akutsjukvård på akutmottagningen, upplevd av patienten, närstående och vårdpersonal.	Fenomenologisk intervjustudie  Patienter, närstående, vårdpersonal; n=14	Fem komponenter beskrev mötet på akuten: otydliga regler och motstridiga förväntningar mellan patient och personal, den ”biologiska kroppen”, artighet, tidlöshet, strävan efter mening med mötet.

Sverige			
5. Wellstood, K., Wilson, K., Eyles, J., (2005).  <i>“Unless you went in with your head under your arm”</i> : Patient perceptions of emergency room visits.  Social Science & Medicine	Syftet med studien är att undersöka patienters uppfattning/upplevelse av deras senaste besök på akutmottagningen.	Intervjustudie  Patienter från två olika stadsdelar; n=41	De flesta patienter upplevde besöket på akuten negativt. Upplevelsen var kopplad till långa väntetider, kvaliteten på omvårdnaden samt personal-patientkontakten.
Kanada			
6. Edwards, B., & Sines, D. (2008).  <i>“Passing the audition -- the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage”</i>  Journal Of Clinical Nursing.  Storbritannien	Skapa en teori om hur akutsjuksköterskor hanterar processen av initialbedömning vid beslutande av triagenivå.	Videoinspelning av triage, sedan intervju angående det inspelade. Inspelningar gjordes på två olika akutmottagningar  Sjuksköterskor; n=14.	Kliniska tecken på sjukdomar var inte sedda som neutrala presentationer av sjuksköterskor utan som medvetna eller omedvetna porträtt av fysiskt obehag. Sättet på vilket patienter presenterade sina problem användes av sjuksköterskor för att värdera den kliniska informationen.
7. Wiman, E., & Wikblad, K. (2004).  <i>“Caring and uncaring encounters in an emergency department”</i>  Issues In Clinical Nursing  Sverige	Undersöka hur teorin om vård och icke-vård är applicerbar på akutsjukvård.	Videoinspelning av vårdtillfällen där traumateamet var inblandat. Inspelningarna blev sedan översatta till skrivna berättelser och analyserades.  Sjuksköterskor; n=10	Sjuksköterskornas verbala- och ickeverbala kommunikation var bristfällig och de antog en vänta-och-se-attityd. Icke-vårdande tillfällen dominerade tillfällena.
8. Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004)  <i>“Older patients awaiting emergency department treatment”</i>  Scandinavian Journal Of Caring Sciences  Sverige	Beskriva hur äldre patienter och deras anhöriga upplevde förhållanden och händelser på akutmottagningen.	Öppna, ickedeltagande observationer.  Patienter och anhöriga; n=20	Ett flertal teman utvecklades som visade på brister i bemötande och information till patienterna.
9. O’Brien, J-A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004)	Undersöka patienters upplevelse av livräddande insatser på akutmottagning, om patienten har upplevelser	Semistrukturerade intervjuer analyserades med tolkande fenomenologi.	Fyra teman hittades, viktiga faktorer var bland annat tydligt utmärkta roller,

<p><i>"The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients"</i></p> <p>Journal Of Emergency Nursing</p> <p>Kanada</p>	<p>av sårbarhet under livräddande insatser samt om det finns faktorer som påverkar patientens upplevelse.</p>	<p>Patienter; n=14</p>	<p>vårdande bemötande som beröring och tonläge.</p>
<p>10. Byrne, G., &amp; Heyman, R. (1997)</p> <p><i>"Understanding nurses' communication with patients in accident &amp; emergency departments using a symbolic interactionist perspective"</i></p> <p>Journal Of Advanced Nursing</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors uppfattning om deras arbete och patienter och hur dessa påverkade deras arbete. Undersöka hur sjuksköterskor såg på sin roll vid hantering av oroliga patienter.</p>	<p>Intervjustudie, grounded theory.</p> <p>Sjuksköterskor; n=21</p>	<p>Ett antal teman skapades där ett fann att sjuksköterskor hade en annan bild av yrket än vad som det såg ut egentligen. Kommunikationen användes som ett sätt att hålla ett lugn på avdelningen.</p>