



Sjuksköterskeprogrammet 180hp  
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete  
KURS 19, 15 hp  
VT 13

**ERFARNA SJUKSKÖTERSKORS  
UPPLEVELSER AV MÖTEN MED  
PATIENTER PÅ EN AKUTMOTTAGNING**

- EN INTERVJUSTUDIE

**EXPERIENCED NURSES EXPERIENCES OF  
ENCOUNTERS WITH PATIENTS IN AN  
EMERGENCY DEPARTMENT**

- AN INTERVIEW STUDY

**Jessica Warnebo**



## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Akutmottagningar har generellt ett hög patientflöde alla dagar på året. Hit söker sig människor med olika slags alla möjliga fysiska och psykiska besvär för att hjälp. Med en kraftig arbetsbörda, stressig arbetsmiljö och sjuka patienter ska sjuksköterskorna lyckas skapa vårdande möten med patienterna. Detta kan ibland vara besvärligt för sjuksköterskan då många faktorer påverkar relationen med patienten. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskans upplevelser av mötet med patienter på en akutmottagning. **Metod:** Empirisk studie med kvalitativ ansats. Fem sjuksköterskor intervjuades på en akutmottagning. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys. **Resultat:** Studien resulterade i fyra huvudområden; *Det goda mötet*, *Kommunikation*, *Professionalitet* och *Det dåliga mötet*. För att skapa en positiv vårdande relation beskriver sjuksköterskorna känslan av en personlig kontakt med patienten. Vikten av en god kommunikation och ett professionellt förhållningssätt belyses för att ett vårdande möte ska uppkomma. **Klinisk betydelse:** Denna studie kan för personalen vara ett hjälpmedel till att se sina upplevelser i ett större sammanhang. För verksamheten kan studien hjälpa till att lyfta frågan kring vikten av patientbemötande och visa hur erfarna medarbetare gör för att lyckas skapa goda möten med patienter. Att av nyanställda få en inblick i hur erfarna kollegor agerar och tänker i möten med patienter, för att då få ett bredare perspektiv och möjligtvis kunna dra lärdom av hur de goda och mindre goda mötena skapades.

**Nyckelord:** upplevelse, möte, akutmottagning, sjuksköterska, patient

## SUMMARY

**Background:** Emergency departments generally have a high patient flow every day of the year. Here people seek help for all sorts of physical and psychological disorders. With a heavy workload, stressful work environment and sick patients, nurses need to succeed in creating caring encounters with patients. This can sometimes be difficult for the nurse because many factors affect the relationship with the patient. **Aim:** To describe nurses' experiences of meeting with patients in an emergency department. **Method:** Empirical study with a qualitative approach. Five nurses were interviewed in an emergency department. The data was analyzed using content analysis. **Result:** The study resulted in four main areas: *The good encounter*, *Communication*, *Professionalism* and *The bad encounter*. To create a positive caring relationship the nurses describe the feeling of a personal connection with the patient. The importance of a good communication and a professional approach is illustrated for a caring meeting to occur. **Clinical significance:** This study can be an aid for the staff to see their experiences in a bigger context. For the ward this study could help to lift the subject of the importance of patient encounters and to show how experienced co-workers manages to create positive encounters with patients. That recently hired staff can get a glimpse of how experienced colleagues acts and thinks in various patient encounters, to get a broader perspective and possibly be able to learn from the way the good and bad encounters were created.

**Keywords:** experience, encounter, emergency department, nurse, patient

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND.....	2
En akutmottagning .....	2
Vårdande relation .....	5
Den lidande människan .....	6
Människans livsvärld .....	7
Kommunikation.....	9
PROBLEMFÖRMULERING.....	11
SYFTE .....	11
METOD .....	12
Design .....	12
Urval .....	12
Datainsamlingsmetod .....	12
Dataanalys .....	13
ETISKA ASPEKTER .....	14
RESULTAT .....	15
Det goda mötet .....	15
Kommunikation.....	23
Professionalitet .....	27
Det dåliga mötet .....	32
DISKUSSION .....	38
Metoddiskussion.....	38
Resultatdiskussion .....	41
Slutsats .....	45
Klinisk betydelse .....	46
Förslag på vidare forskning/utveckling .....	46
REFERENSER .....	47

## Bilagor:

1. Etisk självgranskning av studentprojekt vid Röda Korsets Högskola
2. Förfrågan angående genomförande av mindre vetenskaplig studie
3. Intervjufrågor
4. Deltagandeinformation
5. Tabell över exempel från analysprocessen



## INLEDNING

På en akutmottagning i Sverige söker hundratals patienter vård varje dygn. Orsakerna är många och kan variera mellan icke-akuta anledningar så som tonsillit till akuta skador och sjukdomstillstånd så som sepsis. Beroende på skadornas eller sjukdomstillståndets art kan väntetider för omhändertagande skilja sig åt då det är patienter med mest akut tillstånd som går först.

Enligt befintliga riktlinjer och målsättningar för sjukhus runt om i Sverige (Socialstyrelsen, 2011) ska det gå som mest fyra timmar från det att en patient blir inskriven på en akutmottagning till dess att patienten får träffa en läkare.

Patientsäkerhetstänkande ligger till grund för denna målsättning, då syftet är att patienten inte ska behöva vänta för länge på att få hjälp och på så vis möjliggöra en bättre vård utan att riskera komplikationer av sjukdomstillståndet genom dröjsmål. Under denna relativt korta vårdtid ska sjuksköterskan lyckas skapa en relation till patienten.

Utifrån min personliga erfarenhet som vårdpersonal på en akutmottagning är min uppfattning att detta är en miljö fylld med stress och där vad som helst kan hända när som helst. Personalen här står jämt ”på tårna”, redo för det oförutsedda. Vid tidpunkter av ökat tillflöde av patienter uppstår ökad stress hos sjuksköterskan på grund av bland annat tidsbrist och känslan av otillräcklighet. Detta ger sjuksköterskan ännu större utmaningar att lyckas skapa vårdande relationer med sina patienter. På akutmottagningen har jag observerat hur sjuksköterskor både lyckas skapa goda möten och mindre goda möten med patienter och hur detta sedan speglar relationen och den resterande vårdtiden.

Patienter som själva söker vård på en akutmottagning har någon form av psykiskt eller fysiskt lidande vilket kan skapa/framkalla känslor som oro, ovisshet, maktlöshet och ångest. Ett gott möte med en sjuksköterska och en vårdande relation kan lindra mycket av dessa känslor som patienter upplever.

Hur är det för en sjuksköterska att skapa en relation som är vårdande under dessa förutsättningar?

# BAKGRUND

## En akutmottagning

Nyström (2003) beskriver en akutmottagning som sjukhusets ansikte utåt. Här söker människor vård av olika anledningar och de flesta upplever sig vara i ett akut medicinskt tillstånd oavsett åkomma. Wikström (2006) lyfter att här kan kontrasterna vara stora gällande patienters behov av vård. Att i ena stunden kommer en medvetlös traumapatient in med ambulans och i andra stunden klagar en patient över lång väntetid för att få träffa en läkare för sin urinvägsinfektion. Författaren beskriver en akutmottagning som en enhet med en hög patientomsättning och där ett högt arbetstempo tillhör vanligheten. Till denna enhet kommer de flesta patienter gående eller med egen bil och några patienter transporteras hit med ambulans. Alla patienter som kommer hit får en akutjournal och registreras vid receptionen.

Den första prioriteringen av patienten görs av sjuksköterskor vid första ankomsten till akutmottagningen, detta kallas att triagera (Wikström, 2006). Här görs en sortering till lämplig klinik beroende av symptom/åkomma som patienten söker för. Detta görs för att patienterna får rätt hjälp redan från början och därav undvika slöseri av både patienters och vårdares tid samt verksamhetens budgeterade pengar.

Enligt Svensk ordbok – utgiven av Institutionen för svenska språket, Svenska akademien (2009) är definitionen av en akutmottagning; avdelning på sjukhus för undersökning och behandling av akutfall. Hwang och Changs (2010) studie visar att mängden icke-akuta patientfall är överhängande på akutmottagningar och på grund av denna patientgrupp drabbas akutmottagningar många gånger av överbeläggningar. Som en konsekvens av detta går värdefull tid åt att ta hand om icke-akuta patienter istället för att fokusera på den akuta fallen.

Under relativt kort tid ska personalen på en akutmottagning vårda ett stort antal patienter både medicinskt och omvårdnadsmässigt (Nyström, 2003). Detta skapar en utmaning gällande ett bra omhändertagande. Nyström uttrycker att omvårdnaden på en akutmottagning inte går att jämföra med omvårdnaden som kan ges på en avdelning med ineliggande patienter. Hon framhäver att om en omsorgsinriktad omvårdnad ska ske på en akutmottagning förutsätter det att vårdaren besitter förmågan att kunna skapa korta goda möten.



## Mötet på en akutmottagning

Mötet mellan patienten och vårdaren är relativt kort på en akutmottagning. Då patienter söker vård för en mängd olika problem behöver personalen en bred kunskap för att kunna tillgodose patientens behov. Lidandet kan ha olika svårighetsgrad och grunda sig på en mängd olika anledningar (Nyström, 2003).

En studie av Segersten (1994) visar att patienter känner sig otrygga när sjukhusvistelsen ger upphov till sänkt självkänsla och för lite inflytande över den egna situationen, här spelar personalens hjälpsamhet och engagemang stor roll. Studien visade även att många patienter uppskattar ett lättsamt förhållningssätt och en genuin kontakt, alltså bör de professionella vårdarna inte heller vara alltför formella.

Nyström (2003) beskriver att arbetsuppgifterna på en akutmottagning sällan är renodlade, utan består både av medicinskt orienterade sysslor och av omvårdnad. Vårdare på akutmottagningar måste alltså integrera sin medicinska kunskap med sin vårdvetenskapliga kunskap. Hon berättar hur den medicinska delen av modern akutsjukvård bygger på många års kunskap och där ny och relevant forskning oftast implementeras snabbt inom svensk sjukvård. Omvårdnaden inom akutsjukvården däremot bygger i stor utsträckning på tyst kunskap och beprövad erfarenhet. Tendensen finns att det medicinska får alltför stor plats och det etiska patientperspektivet faller i skym undan, detta menar Nyström (2003) kan bero på att det på en akutmottagning finns så många aktörer och en mycket stor arbetsbörda. Författaren menar även att det finns en kultur på akutmottagningar där den medicin-tekniska kunskapen värderas högre och mer abstrakta och omsorgsbetonade sysslor nedvärderas. Detta leder till att det uppstår ökade svårigheter till att bemöta patienten som en hel individ med unika behov och ge den omvårdnad som patienten behöver.

Vid hög belastning kan det många gånger vara en omöjlighet att sitta ner och samtala med den enskilde patienten. Som vårdpersonal på en akutmottagning behövs därför kunskaper om hur man kan ge en god omvårdnad fast tiden ibland är knapp. Många gånger tvingas personalen att prioritera de medicinska delarna och de psykosociala och etiska aspekterna får vänta. (Wikström, 2006). Oftast har patienter förståelse för detta, bara de upplyses om det aktuella läget. Enligt Taylor och Bengner (2004) är de tre största faktorerna till ökad tillfredsställelse hos patienten; mellanmännsliga färdigheter och attityder hos personalen, tillhandahållande av information och förväntade väntetider. Ett besök på en akutmottagning är oftast stressande i sig, där såväl patienter

som anhöriga kan befinna sig i en chock fas. Därför menar Wikström (2006) att informationen bör därför ges vid upprepade tillfällen och på ett enkelt sätt som gör att den är lätt att ta till sig. Trout, Magnusson och Hedges (2000) beskriver i sin studie att patientens tillfredsställelse av den givna vården står i relation till ökat compliance vid utskrivning. Att givna instruktioner och råd efterfölj i större utsträckning. Nöjda patienter kan också vara en motivationsfaktor att hjälpa att skapa en positiv arbetsmiljö på akutmottagningar.

Som vårdpersonal på en akutmottagning får man ibland uppleva bristande respekt från patienterna. Detta finns det många anledningar till, exempelvis kan det vara smärta, frustration, informationsbrist eller rädsla. Med en trevlig attityd och bra information om hur läget ser ut på mottagning för tillfället kan detta bemötas med god effekt. Merrifield (2011) menar att andra bidragande faktorer till att en patient kan uppfattas svår att handskas med eller visar bristande respekt på en akutmottagning, är att de tävlar om uppmärksamheten med de andra patienterna, oförutsägbarhet, oljud, starka ljus och många andra typer av stimuli.

Pytel, Fielden, Meyer och Albert (2009) lyfter vikten av att sjuksköterskor på en akutmottagning skapar en miljö av tillit, respekt och acceptans. Hur väl kommunikationen med patienter och närstående är spelar en stor roll för hur patienter återhämtar sig från upplevelsen av sjukdom. Dålig kommunikation på akutmottagningen kan påverka patienters säkerhet och tillfredsställelse. Många patienter är rädda när de söker hjälp och denna rädsla kan påverka deras samspel med personalen. Andra barriärer för kommunikation är bland annat oljud, oro, oklarheter kring behandlingar och metoder, språksvårigheter, utbildningsnivå hos patienten, medicinsk terminologi, olikheter i förväntningar mellan vårdpersonal och patienter. Healy och Tyrrell (2011) beskriver akutmottagningar som särskilt stressfyllda arbetsmiljöer, och dess personal måste klara av akut och långvarig stress på en daglig basis. Om akutmottagningens personal inte får rätt stöd så kan stressen på arbetsplatsen ödelägga deras fysiska, psykiska och känslomässiga välmående. En studie av Edwards *et al* (2007) upptäckte att arbetsrelaterad stress kan leda till att individerna blir lättretliga och tappar tålamodet i större utsträckning vilket kan leda till svårigheter i vårdrelationer.

Golder (1993) reflekterar över hur betydelsefull närhet i form av fysisk beröring är i omvårdanden på en akutmottagning. Hon tar upp vikten av att hålla patientens hand och visa att det finns någon som bryr sig, att det finns människor som försöker hjälpa.

Hon påpekar att i miljön på akutmottagningen är det lätt att detta glöms bort eller hur det försvinner i mängden av akuta medicinska uppgifter som behöver utföras.

### **Vårdande relation**

Vårdandets syfte är enligt Wiklund (2003) att lindra lidandet och ge det stöd som behövs för att personen ska uppleva hälsa. Dahlberg *et al.* (2003) menar att professionellt engagemang är något typiskt för en professionell vårdrelation och för att uppnå det krävs en större öppenhet, reflektion och insikt om förståelsen från vårdarens sida. Det är alltid vårdaren som har ansvaret för vårdrelationen, att den blir positiv och inte blir till ett vårdlidande. Dahlberg *et al.* betonar att varje individs vård ska präglas av samma omsorg både verbalt och kroppsligt. Som Talseth, Gilje och Norberg (2003) lyfter fram kan en gemenskap formas genom att vårdaren tar del av den lidandes lidande och ett samband skapas dem emellan, en vårdande relation uppkommer. Genom denna gemenskap kan den lidande se sitt lidande i ett större sammanhang och då finna tröst och en känsla av välbefinnande. Att känna en mening med lidandet gör lidandet lättare att uthärda.

Emotionell kompetens lyfter Dahlberg *et al.* (2003) fram som en viktig del i vårdandet. Att med hjälp av tanke- och känsloreflektion nå den andre på ett djupare plan med större förståelse, att vårdandet ska ses som en vårdgemenskap. Grundmotivet i vårdandet är att vilja den andra personen väl, vilket också yttrar sig genom respekt och ödmjukhet inför den andre. Dahlberg *et al.* menar att i en vårdande relation handlar det mer om att vara än att göra. Birkler (2007) beskriver att omsorg för en annan människa ska präglas av caritasmotivet och att vårdaren har ansvar för personen, ett åtagande som bygger upp relationen dem emellan. En studie av Dahlberg (1994) fokuserade på vårdandets helhetssyn och lyfte att bara då vårdaren ser mer än bara en patient kan mötet bli till ett gott möte. För att etablera ett gott vårdande möte behöver vårdaren se hela människan.

### **Mötet mellan sjuksköterska och patient**

Att människor möts menar Wiklund (2003) är en förutsättning för att vårdandet ska infinna sig. I det mötet utformas en vårdgemenskap och att det är just denna gemenskap som utgör meningen i vårdandet då patientens lidande kan lindras.

Dahlberg *et al.* (2003) menar att det är främst genom ansiktet som människor uttrycker sitt inre såsom känslor och upplevelser. Att ansiktet visar människors utlämnadhet och nakenhet. Författarna menar att då en människa är lidande och har ett vårdbehov, erfar denne beroende men också sårbarhet och en utsatthet.

Enligt Benner (1993) vänder sig patienter till sjuksköterskor för att få hjälp av ett slag som de inte kan få av andra människor med hjälpande yrken.

## **Den lidande människan**

Eriksson (1997) uttrycker att människan ska betraktas som en helhet och som en unik individ, där denna helhetssyn borde genomsyra hela den vårdande processen. Med kroppen upplevs världen och med den kommunicerar människan, genom tal, gester, hållning och ansiktsuttryck. Han lyfter betydelsen av att som vårdare ha kännedom om att om ens kropp förändras så förändras även människans uppfattning om henne själv och om omvärlden.

Eriksson (2001) menar att lidande inte är synonymt med sjukdom utan att det är en subjektiv upplevelse, en inre process, som är unik för varje individ. Då hälsohinder uppkommer gör sig lidandet påmint. Enligt Wiklund (2003) kan lidandet delas in i tre olika kategorier; sjukdoms-, vård- och livslidande. Ett vårdlidande innebär det lidande som uppkommer till följd av vårdvistelsen, där vård, behandling och bemötande ingår. Livslidande innebär ett lidande som berör hela människan och dennes liv. Detta lidande är knutet till sjukdomens och symptomens påverkan på hela människan. När en människa har sviktande kontroll över sin kropp tvingas denne då att lägga vården av sin kropp i någon annans händer. Detta menar Malmsten (2007) är ett lidande i sig.

Att vara närvarande lyfter Roxberg, Eriksson, Rehnsfeldt och Fridlund (2008) fram som en viktig del i trösten för den lidande, att möta den lidande i dennes lidande. Att vara närvarande som vårdare kan innebära att reflektera över att den lidande och vårdaren kan ha skilda uppfattningar om hur det känns att lida och hur det visar sig.

Roxberg *et al* menar att vårdandet ska styras av den som lider och dennes lidande.

Wiklund (2003) menar att som en konsekvens av lidandet upplever människan känslan av skam och ett förlorat jag och blir till följd introvert. Oftast har den lidande väldigt svårt att tala om sitt lidande med andra. Genom att vårdaren är närvarande, lyssnar, visar medlidande och respekt hjälper det den lidande att öppna upp sig och komma

närmare sig själv i sitt lidande. Att våga möta lidandet lyfter Wiklund som något avgörande i lidandets kamp mot hälsa.

## **Vårdlidande**

Vårdlidande kan beskrivas som ett lidande som uppstår till följd av vårdandet (Dahlberg, 2002). Detta menar författaren oftast är relaterat till en bristande självreflektion och bristande kunskap hos vårdaren. Då patienter erfar negativa möten under vårdtiden leder deras redan utsatta och sårbara situation till ett ökat lidande.

Vårdlidande kan vara till följd av att vårdpersonalen inte uppmärksammar patientens lidande, att behovet av att bli sedd och hörd inte tillgodoses eller att patientens autonomi blir åsidosatt och kränker dennes värdighet.

Kasén, Nordman, Lindholm och Eriksson (2008) lyfter vårdlidandet som ett ont och meningslöst lidande. Att utsätta patienter för mer lidande, onödigt lidande, är oacceptabelt och är inte förenligt med vårdandets grund. Författarna poängterar vikten av att som vårdpersonal se till individens enskilda behov och bästa för att kunna eliminera detta lidande. Kropp och själ är ett, därför behöver både en människas fysiska och psykiska behov tillgodoses likvärdigt för att uppnå en så god omvårdnad som möjligt. I författarnas studie lyfts vårdaren syn på patienters vårdlidande och reflektioner kring hur lidandet kan undvikas. Att vårdaren hade en oreflekterad vårdrelation med patienten såg som en stor anledning till att vårdlidandet uppstod. Ökad självkänedom hos vårdpersonalen och att möjliggöra ökad självreflektion sågs som viktiga pusselbitar för att kunna se och sätta patientens vårdbehov i centrum. Enligt Eriksson (2001) uppstår vårdlidande många gånger på grund av ett omedvetet handlande från vårdarens sida.

## **Människans livsvärld**

Livsvärldsperspektivet utgår från ett fenomenologiskt perspektiv, vilket betyder läran om det som visar sig. (Wiklund, 2003). Den första att mynta uttrycket livsvärld var Husserl som beskrev detta som ”en värld av erfarenheter”. Livsvärlden utvecklades som en filosofisk förståelse för att beskriva hur människans samlade erfarenheter formar en existens som är unik för just den individen. Att genom livsvärlden kunna förklara det abstrakta våra kroppar uttrycker; den levda världen med ett förflutet, en nutid och en framtid. Alla delar av en själv hör samman och alla delar av en händelse

eller situation är del av något större. Detta gör att livsvärldsperspektivet har en holistisk framtoning.

Det är genom kroppen människan upplever sig själv och världen och blir således ens identitet. Wiklund (2003) beskriver hur den levda kroppen blir ett hjälpmedel för människan att nå omvärlden och för hur andra uppfattar människan, både psykiskt och fysiskt. Alla människor har sitt eget livsvärldsperspektiv. Livsvärlden är den värld som uppenbarar sig för människan i det dagliga livet och som tas förgiven utan reflektion (Birkler, 2007). Det är den värld som människan vistas i, unik för alla och som enligt Galvin (2010) är den värld som gör oss mänskliga. Det är här som våra samlade erfarenheter manifesterar sig, hela tiden föränderlig genom de nya erfarenheterna som människan möter. Här vistas kropp och psyke odelbart i en sömlös enighet genom livets resa.

Genom att ta del av någons livsvärld ses världen på ett nytt sätt och en djupare förståelse för människan visar sig. För att kunna ta del av någons livsvärld krävs det enligt Wiklund (2003) att mottagaren är nära, närvarande, observerar och lyssnar. För att knyta an upplevelse och kunskap till ens livsvärld är förmågan att kunna reflektera både viktig och nödvändig menar Wiklund, det är på så vis mening och förståelse för andra människor skapas. Andersson (2007) poängterar att reflektionen ska finnas både innan, under och efter mötet.

Att använda sig av livsvärldsperspektivet i vårdandet kan hjälpa till att navigera igenom det komplexa en människa utgörs av. Galvin (2010) menar att det spelar stor roll att med hjälp av livsvärlden kunna artikulera det subjektiva hos varje individ och på så vis möjliggör det att lyfta förståelsen till en högre nivå.

Enligt Galvin och Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) är det viktigt att människans unikheter beaktas. Det gäller att hålla sig optimalt öppen för att kunna möta den andre så förutsättningslöst som möjligt, men med medvetenheten att det alltid finns någon form av förförståelse. Dahlberg *et al* lyfter vikten av att i mötet uppmärksamma både den verbala och icke-verbala kommunikationen för att bättre nå den andres livsvärld.

## Kommunikation

Vi kommunicerar för att överleva, samarbeta och för att tillfredsställa personliga behov (Fossum, 2007). Kommunikation kan förklaras som ett ömsesidigt utbyte, det kan bland annat vara samtal, dialog eller småprat.

För att information ska kunna spridas, förmedlas och uppfattas behöver vi människor kommunikation – och kommunikation betyder bland annat överföring av information. Kommunikation skapar en kontakt personer emellan, ett samspel (eller inte) uppstår och en aktivitet är då igång. Kommunikation förutsätter en mottagare, men olika modeller och teorier finns för att underlätta och hjälpa till i samtal och möten och på så vis göra det mer effektivt och tillfredsställande (Fossum, 2007).

Att och hur jag kommunicerar är något inlärt och vikten av detta beteende likaså. Vad som sägs är det en själv som styr till en viss grad, för en stor del av ens kultur spelar in i kommunikationen. För att uppnå en god kommunikation och ett bra bemötande är det viktigt att den kulturella och etniska aspekten uppmärksammas, särskilt inom vården där kulturella skillnader kan skapa missförstånd. Stier (2007) skriver om kommunikation i relation till kulturer, kulturmöten och samspelet mellan olika kulturer. Han poängterar även vikten av att ha ett språk och hur det kopplas samman med ens kultur. Språket kan te sig i olika former; verbalt, icke-verbalt och genom symbolutbyten. Han menar även att i kommunikationen så skapas relationer och en verklighet byggs upp. Denna kommunikation ger mening och är betydelsefull för vår mänsklighet. Språket är en del av kulturen och en del av oss själva, vetenskapen om hur personers språk ska tolkas är av stor vikt om missförstånd ska kunna undvikas. Även Fossum (2007) tar upp hur kulturen spelar in i kommunikationen, hur attityder, förutfattade meningar, normer och värderingar påverkar ens förhållningssätt – att ens känslor och uppfattningar påverkar bemötandet och hur villig personen i fråga är att kommunicera. Fossum förklarar också att kommunikation handlar om verbala uttryck men också om kroppsspråk (det icke verbala) och det som ligger mellan raderna eller det osagda. Samtal kan beskrivas vara symmetriskt och asymmetriskt, symmetriskt då båda parter är involverade eller asymmetriskt då personen inte involverar någon annan eller talar ensidigt (Fossum b, 2007). Att gå in i ett samtal med välvilja och en god sinnesstämning är viktigt för att få så stor förståelse som möjligt (Fossum, 2007).

Förutsättning för ett möte är samtal och bemötande, men samtal är inte bara att prata och förmedla utan det innefattar även ett lyssnande och tolkande (Andersson, 2007). Fossum (2007) beskriver att en teoretisk grund i kommunikationen handlar ofta om symboler och koder och att då försöka förstå detta. Enligt Fossum behövs kännedom om två viktiga begrepp – emic och etic. Emic betyder att man ser eller uppfattar kulturen inifrån och att beskrivningen då blir som av en infödd. Etic betyder då å andra sidan att man ser kulturen utifrån. Som människor ser och uppfattar vi saker olika. Livsvärlden är den värld som individen upplever (Birkler, 2007). Den verkligheten som upplevs utifrån sin kropp, att varje människa är unik och sin egen (Wiklund, 2003). Varje samtal är speciellt – både till personer som alla är unika, sammanhang, miljö och villkor (Fossum, 2007). Varje samtal innehåller inre, tysta samtal inom varje deltagare och enligt Andersson (2007) är detta en viktig aspekt att ha kunskap om gällande den andre, hur detta påverkar ens känslor och beteende och hur denna kunskap kan öka helhetsbilden om den andre.

Bemötande handlar bland annat om hur samtal genomförs och utförs, bemötande är även väl förknippat med kultur. Det kan handla om hur en sjuksköterska tar emot en patient, hur hon och patienten hälsar, om kroppsspråket, vilken sinnesstämning de har (Fossum, 2007). Här utgör även beröring en stor del, enligt Stier (2007) är beröring, kroppskontakt, ett sätt att kommunicera. Bemötande omfattas av respekt och människovärde och det gäller i största allmänhet inte bara i vårdssammanhang (Fossum, 2007).



## **PROBLEMFORMULERING**

Att skapa en vårdrelation som är vårdande är en utmaning för en sjuksköterska var denne än arbetar men kanske speciellt på en akutmottagning. I denna miljö gör faktorer såsom som hög stress och ljudnivå, en stor mängd sjuka -och akutsjuka patienter samt deras närstående på en begränsad yta att utmaningen når andra dimensioner. För att undvika ett vårdlidande hos patienten och för att lyckas skapa en vårdande relation under dessa förutsättningar krävs både teoretisk och erfarenhetsmässigt beprövad kunskap. Därför är det viktigt att undersöka hur erfarna sjuksköterskor på en akutmottagning upplever möten med patienter.

## **SYFTE**

Syftet med studien var är att beskriva erfarna sjuksköterskors upplevelser av mötet med patienter, som på eget initiativ söker vård på en akutmottagning gående.

# METOD

## Design

Studien är en empirisk studie med kvalitativ ansats. För att kunna få förståelse för det upplevda fenomenet hos respondenterna är den kvalitativa ansatsen den adekvata att använda sig av enligt Polit och Beck (2010).

## Urval

För att uppnå studiens syfte kontaktades en vårdenhetschef på en akutmottagning för godkännande av intervjuer av sjuksköterskor på arbetsplatsen. Detta gjordes i person och chefen mottog ett informationsbrev samt muntlig information och studien godkändes preliminärt. Efter att ha hört sig för hos verksamhetschefen kunde godkännandet senare fastslås då vårdenhetschefen skrev under bifogat tillståndsdokument (Bilaga 1).

Studiens inklusionskriterier var att respondenterna skulle vara legitimerade sjuksköterskor och ha minst tre års yrkeserfarenhet av att arbeta på akutmottagningen. Detta beskriver Benner (1993) som en undregräns för att nå expertnivå på en arbetsplats och jag var ute efter den erfarna personalens upplevelser. Respondenter valdes ut efter det som Polit & Beck (2010) benämner *convenience sampling*, vilket innebär att urvalet sker efter bekvämlighet. Utifrån kriteriet gav verksamhetschefen förslag på sjuksköterskor, som jag sedan tillfrågade om de vill delta i intervjustudien. Fem sjuksköterskor på en akutmottagning tillfrågades för frivilligt deltagande och samtliga accepterade.

## Datainsamlingsmetod

Studien baseras på öppna narrativa intervjuer där sjuksköterskor ombads berätta om ett gott möte och ett mindre gott möte med patienter. Detta för att respondenterna skulle kunna berätta fritt kring frågorna baserat på deras upplevelser och erfarenheter (Kvale, 1997). Om respondenterna gick utanför det efterfrågade ämnet styrdes de tillbaka med hjälp av förtydligande följdfrågor. Exempel på sådana frågor fanns nedskrivet under intervjun, för att få respondenterna att utveckla sina svar och på så vis kunna tränga djupare in i fenomenet (Bilaga 2). En pilotintervju genomfördes med en sjuksköterska

på akutmottagningen. Detta för att avgöra ifall frågorna hade bra kvalitet, var svarbara och hur det kändes för respondenten samt för att öva vilket enligt (Polit & Beck, 2010) är av vikt för validiteten som intervjuare. Denna intervju inkluderades senare i studien då den bedömdes hålla god kvalitet och deltagaren var inom ramen för studiens inklusionskriterier. Frågeguiden genomgick endast en mindre förändring efter pilotintervjun.

Plats för intervjuerna var på akutmottagningen, i en del av personalrummet som var mer avskild. De skedde i anslutning till ett arbetspass, antingen före eller efter, detta för att underlätta respondenternas medverkan i studien. Berättelserna spelades in på en diktafon för att inte gå miste om betydelsefull information. Innan intervjun startade, i och med att diktafonen sattes igång, föregicks lite småprat/kallprat. Detta lyfter Polit och Beck (2010) som en viktig del i intervjuandet för att få respondenten avslappnad och för skapandet av en relation. I förstadiet gick deltagarinformationen igenom och eventuella frågor kring detta besvarades och förtydligades (Bilaga 3). Respondenterna skrev under två exemplar, för informerat samtycke, och fick behålla ett. Ett muntligt löfte gavs av författaren att delge respondenterna ett exemplar av den färdiga kandidatuppsatsen. Intervjuerna varade mellan 13-32 minuter. Intervjuerna innehöll mellan 1983 och 4614 ord. Som det intygades i deltagarinformationen handskades allt material konfidentiellt, endast studiens författare har tillgång till deltagarnas identitet. Delar av det avidentifierade materialet presenteras i resultatavsnittet. Data samlades in under en två veckorsperiod under hösten 2011.

## **Dataanalys**

Den inspelade datan transkriberades ordagrant och började sedan bearbetas enligt kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Först lästes texterna igenom flera gånger för att ge författaren ett bättre helhetsperspektiv.

Som nästa steg i analysprocessen delades texterna in i meningsbärande enheter, texten delades upp i mer hanterbara mindre bitar men utan att tappa essensen i sammanhanget. De fem intervjuerna resulterade i 176 stycken meningsbärande enheter och dessa utgör sedan grunden i det fortsatta analysarbetet. Därefter kondenserades enheterna till koder där koden ska beskriva kärnan i den meningsbärande enheten. Koderna skrevs ned på lappar som numrerades för att kunna härledas tillbaka till den meningsbärande enheten.

Vid en första genomgång av koderna växte tillfälliga teman fram. Enligt Graneheim och Lundman (2004) måste de slutgiltiga temana innefatta alla koder, alltså får det inte bli koder över som inte passar in i de skapade temana. Efter några ändringar under denna del av analysprocessen kunde slutligen teman fastslås som skildrade de olika koderna på ett adekvat sätt. 4 stycken olika teman bildades och 18 subteman. För att säkerhetsställa validiteten i analysen pågick en konstant återkoppling i alla leden, meningsbärande enhet-kod-tema, för att på så vis förvissa sig om att ingen väsentlig information förlorades. I Bilaga 6. visas exempel från analysprocessen, hur tolkandet av intervjuerna såg ut.

## **ETISKA ASPEKTER**

Att delta i studien var frivilligt och deltagarna fick både muntlig och skriftlig information innan intervjuerna skedde. Deltagarna informerades att de när som helst kunde avsluta sin medverkan och författaren erhöll informerat samtycke av samtliga respondenter. Allt insamlat material hanterades konfidentiellt enligt överenskommelsen som finns beskrivet i deltagarinformationen (Bilaga 5). Både de transkriberade texterna och ljudinspelningarna har förvarats på ett säkert sätt så att utomstående ej kan komma åt dem. Författaren utförde dessa steg för att kunna uppnå god forskningssed, att öka kvalitén på studien och tillförlitligheten (Vetenskapsrådet, 2011). Citaten som presenteras i resultatet går ej att härleda till respondenterna eller avdelning.

En etisk aspekt är att de sjuksköterskor jag intervjuar kan bli negativt påverkade då de reflekterar kring upplevelser vilket kan leda till att jobbiga minnen kommer upp till ytan.

En annan aspekt är att författaren som utför studien inte kan sätta sin förförståelse inom parentes, och då data tolkas kan detta färga resultatet och påverka resultatets trovärdighet. Detta ska undvikas i största möjliga mån genom att analysera och bearbeta data med största vetenskapliga evidens.

Innan intervjuerna ägde rum var studien godkänd från lärosätet, avdelningen och respondenterna.

## RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de fynd som framkom genom analysen av intervjuerna, fyra teman och 18 subteman (Figur 1). De fyra teman är; *Det goda mötet*, *Kommunikation*, *Professionalitet* och *Det dåliga mötet*. De 18 subteman presteras som underrubriker. För att underlätta för läsaren har vissa citat kortats ner och språket i citaten har ändrats från talspråk till skriftspråk.

Figur 1.

TEMA	SUBTEMAN
Det goda mötet	Första mötet Känslan att ha lyckats Att synliggöra patienten Att uppleva känslan av personlig kontakt Skapandet av förtroende Att lyckas påverka mötet Upplevelser av ett gott möte
Kommunikation	Det verbala språket Kroppsspråket Att informera
Professionalitet	Mötet med upprörda patienter Professionellt förhållningssätt Kollegor Maktlöshet
Det dåliga mötet	Att misslyckas Svårt att lyckas vända Att ge löften Känslan av att misslyckas

### Det goda mötet

Det goda mötet sjuksköterskorna upplever med patienter skapas till stor del genom kunskap, erfarenhet och personliga förutsättningar. När ett gott möte sker med patienten så driver det de att fortsätta skapa goda möten och vårdande relationer, att den

positiva känslan och den nöjda patienten blir belöningen i det ofta slitsamma jobbet. Sjuksköterskorna beskriver en strävan att alltid ge patienten den bästa tänkbara vården men att få känna och se beviset på det hårda arbetet är väldigt tillfredsställande. De beskriver det initiala mötet som den möjligheten att störst kunna påverka den fortsatta vårdrelationen. Att när det blir rätt redan från början, sparar det på mycket energi samt lidande både för patienten och för sjuksköterskan. När det gäller anledningarna till patientens besöksorsak så lyfter sjuksköterskorna vikten av att hålla ett öppet sinne och inte låta personliga åsikter påverka mötet. Att behålla lugnet och tålmodet förklaras som andra viktiga komponenter. De beskriver även hur småsaker har en stor betydelse. Att till exempel erbjuda en varm filt eller en kopp kaffe om det är tidsmässigt möjligt, allt för att få patienterna att känna sig sedda och omhändertagna. Detta påverkar patientens helhetsupplevelse, bland annat upplever sjuksköterskorna hur det visar sig i mildrande av patientens symptom och hur nöjd denne är vid vårdvistelsens slut. Ett gott möte beskrivs som en vinst för både patienten och sjuksköterskan.

## **Första mötet**

Sjuksköterskorna lyfter hur betydelsefullt det initiala mötet med patienten är och hur den första kontakten påverkar den fortsatta vårdtiden och vårdrelationen. Att som patient komma till en akutmottagning kan vara en tumultartad upplevelse. Att då bli uppmärksammas, sedd och väl bemött redan från början beskrivs som avgörande. De förklarar hur det första intrycket patienten får, oftast sitter kvar hos patienten under den resterande vårdtiden. Om den inte varit tillfredsställande för patienten kan det sannolikt få negativa konsekvenser för den resterande vårdtiden och orsaka onödiga problem för samtliga inblandade.

*”Det absolut viktigaste mötet det e ju direkt, att bara säga hej. Och så att man ser människan. Det e ju absolut det viktigaste. Sen att dom får sitta ner och vänta i fem minuter, det tror jag att dom kan stå ut med. Att man blir sedd. Å att man blir sedd med en glad min.”*

Utsattheten patienten kan uppleva på akuten är något sjuksköterskorna reflekterar kring och hur de kan mildra oron genom första mötet. De ser den första kontakten som en möjlighet att lindra patientens oro, speciellt när det kommer till äldre människor som inte tar för sig i samma utsträckning som yngre människor. Att direkt försöka skapa en vårdande relation genom att hälsa på patienten.

*”Att patienten ser att oj, det här var någon som tog sig tid för att hälsa på mig. Och det var inte så hemskt som det sägs att komma till akuten. Utan det finns ju någon som faktiskt personligen möter upp och bryr sig.”*

*”..och att jag kan få inge en liten trygghet i patienten. Hej och välkommen och dom får ett ansikte på vem akuten är.”*

*”..och ett namn, att patienten har fått träffa en sjuksköterska. För dom äldre behöver ju få känna att jag lämnades inte bara i en korridor utan det va någon som fysiskt tog emot mig.”*

Stress är något vanligt förekommande att kan bli utsatt för under ett arbetspass förklarar sjuksköterskorna. Dock uttrycks det att trots detta, är det möjligt att etablera ett gott första möte trots tids brist.

*”Men just det där att, att det första man gör. Man kanske, att man bara tittar på personen och säger hej. Bara nickar om man inte hinner, man sitter ibland i telefonen i kö och väntar och att då bara kan nicka och se på patienten. Att man har sett dom. Så det är viktigt.”*

### **Känslan att ha lyckats**

Efter att första kontakten har etablerats beskriver sjuksköterskorna känslan av att ha lyckats skapa ett gott första möte. Vid det första omhändertagandet fortsätter sjuksköterskorna att bibehålla eller sträva för att hitta en god kontakt med patienten oavsett vilka arbetsuppgifter som än utförs. De uttrycker hur en god kontakt skapar en positiv inverkan på alla inblandade och får arbetet att flyta på bättre. Att de bär med sig känslan av att ha lyckats under arbetspasset och hur detta skapar en skön känsla inombords och som i sin tur skapar en mer trivsamt atmosfär på arbetsplatsen.

*”..och medan jag skulle ta blodproverna så sätter man ju sig ner och rör vid patienten. Vi kunde till och med skämta lite och han skrattade till lite och var glad och vi pratade om andra saker medan jag tog blodproverna. Vi fick en bra kontakt och han kändes nöjd. Det kändes bra, för båda två på något sätt. Ja det kändes bra att lyckas hjälpa någon och inte bara med den kliniska biten utan mer med bemötandet också.”*

*”..åh då kände man sig ändå nöjd, att man har lyckats göra någonting bra för någon annan. Man vill ju att patienterna ska, ska må bra oavsett vad dom än söker för. Att dom ska känna sig sedda, värda ens tid liksom och att inget problem är löjligt eller så.”*

Sjuksköterskorna uttryckte att en viktig del i att känna att man har lyckats, är inte bara det patienten uttrycker verbalt utan också en känsla som patienten förmedlar med sitt kroppsspråk.

*"..och det är när man får lite den responsen i ögonen från patienten, då känner ju jag att det första mötet var bra."*

### **Att synliggöra patienten**

För att upprätta och bibehålla en god kontakt med en patient berättar sjuksköterskorna hur viktigt det är att fortsätta få patienten att känna sig sedd. Tiden finns inte alltid till att sitta ner hos patienterna förklarar de, men trots tidsbrist finns det vägar att tillgodose detta. Att när man går i korridorerna av olika ärenden, att bara titta in i rummet och säga några ord eller att ta ögonkontakt med patienten som sitter ner i korridoren för att visa att vi ser dig och vi har inte glömt bort dig.

*"..att bara ha vinkat till dom lite grann då man går förbi med prover i korridoren eller bara sticker in huvudet och ser att dom finns va. Så vet dom att vi vet att dom finns där. Alltså längden på vårdvistelsen förändras ju kanske inte men patienterna känner att dom är sedda, att dom finns här och dom är trygga."*

*"..utan det räcker bara att när man går förbi ett bås och ger en hälsningsfras. Det kan även bara vara en blick liksom jag har sett dig, jag vet att du är här. Det tjänar vi på själva. För då står dom inte vid disken och frågar oss att åhh ni har väl inte glömt bort oss va."*

Sjuksköterskorna beskriver hur de gör när de under kortare stunder står mellan arbetsuppgifter, att då snabbt ta sig tid att gå igenom vilka patienter de inte har pratat med på en stund och går då dit i mån av tid för att ge dem en uppdatering. Detta för att få patienten att känna sig sedd och omhändertagen.

*".. att informera dom, att kanske om doktorn står på larm eller att provsvaren dröjer. Och det är bara att knacka på dörren, vi har inte fått provsvaren än. Och sen så vet dom att, att dom har tänkt på mig. Så att det är små små, små saker hela tiden."*

*"..det kan vara att man cirkulerar i det området så man ser dom ju, jag får ju ögonkontakt ibland och kanske bara ger ett leende utan att jag stannar till och pratar. Att dom känner sig sedda, jag tror det är det som gör att dom mår bra. Ja att dom känner sig sedda och fick uppmärksamhet och ibland kunna få prata och ställa frågor."*



Möjliga konsekvenser av att inte synliggöra patienten beskriver sjuksköterskorna som många. Det kan handla om att patientens humör blir sämre, samarbetsvilligheten försämras, orohetsvankandet i korridorerna ökar och det blir ett ökat tryck vid klinikdiskarna av patienter med frekventa frågor angående väntetider etc.

*”Du måste se patienten annars så får du en patient som, den gående patienten kommer att stå vid disken och dunska med näven – säga när är det min tur. För dom tror inte att dom är sedda. dom har glömt bort mig va.”*

### **Att uppleva känslan av en personlig kontakt**

Att uppleva en känsla av personlig kontakt berättade sjuksköterskorna som något ytterst positivt och hur det påverkade en mer känslomässig anknytning till patienten. Att känna en personlig kontakt påverkade omvårdnaden av patienten, att kontakten gjorde sjuksköterskorna mer uppmärksamma på patientens situation. En annan aspekt visade sig också vara hur en mer personlig kontakt med patienten ökade patientens välbefinnande. Sjuksköterskorna lyfter hur en personlig kontakt med patienten ger en annan syn på människan och då även påverkar bemötandet av denna i en positiv mening.

*”Ja jag ville ju ge honom av det här personliga, att du möter en helt vanlig människa. Att du möter inte bara någon sjuksköterska utan du möter en annan människa.”*

*”..men kommer man så långt att man faktiskt hinner läsa lite sådana journaler, som inte pratar medicin utan pratar liv. Då får ju personen också ett ordentligt människovärde.”*

Den personliga kontakten skapade en djupare relation till patienten beskriver sjuksköterskorna. Hur vårdrelationen tar sig en djupare form och blir mer vårdande. Att det känslomässiga bandet skapar en större förståelse och medlidande för patienten, den känslomässiga kontakten gör mötet till något extra bra och de beskriver hur dessa situationer kan finnas med de en lång tid framåt.

*”Det är inte alltid man lägger sitt eget medlidande och känsla i det. Men när man verkligen berörs känslomässigt då kommer det, och då känner man att nu gör jag det inte bara som sjuksköterska utan nu blev jag nästan ett barnbarn som duttar och sen tar hand om dom anhöriga.”*

*”Och man kanske dessutom någonstans hittade en personlig kontakt. Antingen att hon, den gamla damen påminde mig om någon släkting eller hennes syndrom påminde mig, alltså känslomässigt och då landar dom hos mig.”*

*”Men det finns vissa som jag kommer ihåg även flera år senare. Inte till namn men jag skulle nog kanske känna igen dom och framförallt minns jag situationen och känslan. Och då är det något personligt som har hänt där. Det är det ju. Ett möte som blev extra bra.”*

## **Skapandet av förtroende**

För sjuksköterskorna är det viktigt att etablera ett förtroende hos patienten för att det ska bli en god vårdande relation dem emellan. De beskriver hur en patient, vid ankomst till akutmottagningen, är oftast både uppstressad och orolig. Under det första mötet är det viktigt för sjuksköterskorna att skapa ett förtroende hos patienten så fort som möjligt, för att på så vis lugna patienten. Denna tillit kommer oftast inte per automatik utan är något som behöver skapas och här kan sjuksköterskorna använda sig av olika metoder. Att som sjuksköterska utstråla ett lugn även i stressade situationer och att vara informativ och kontinuerligt berätta för patienten vad de gör eller vad som kommer att hända. De poängterar även vikten av att patienterna ska känna att det är någon som lyssnar på dem, hör vad de säger och ger dem det utrymme och tiden att få berätta.

*”..men jag berättade vad jag gjorde och han fick berätta om, ja anamnesen då och jag tror att när han berättade och någon lyssnade så kändes det som att han blev lugnare av det. Jag var ju lugn också och jag stressade ju inte upp mig och jag log och var glad men effektiv. Nämen det kändes som att han, han kände sig trygg i mitt bemötande och dom arbetsuppgifterna jag utförde så där.”*

*”..och prata om solen eller något sådant. Fråga om den skiner eller inte, för det ser vi ju aldrig här på akuten. Så sådant tror jag kan få patienterna att lugna ner sig lite grann initialt och det är viktigt. Jag tror att med alla patienter, att man ska småprata lite först. Det är ju under den första tiden jag ska skapa ett förtroende hos patienten, så man får ju inte prata för mycket om solen naturligtvis men på lagom nivå.”*

Sjuksköterskorna resonerade kring hur information skapar ett förtroende hos patienten, att patienten känner sig sedd som en individ och får möjlighet att tillsammans med sjuksköterskan, förbereda sig på ett kommande ingrepp och kunna reflektera kring eventuella känslor som kan uppkomma kring detta. Att ju mer kunskap och information patienten besitter kring den rådande situationen desto bättre.

*”..och beroende på hur ingreppet går så kan det ju vara bra att ge en förklaring både före och efter ifall det hände något speciellt. Att jag kanske blev tvungen att hålla lite hårt och sådär.. många kan ha noll koll på sig själva, alltså hur man reagerar och så..”*

Vikten av sjuksköterskornas inställning gentemot patienten förklarades i samtalen. Att en vänlig och omvårdande inställning till patienten ökar framgången i att skapa ett förtroende hos patienten. Att patienten känner sig tagen på allvar oavsett besöksorsak. De förklarar också hur beröring, särskilt under det första mötet, kan ha en lugnande effekt på patienten. Att under exempelvis en blodprovstagning eller vid en EKG-mätning hålla patientens hand eller ta på armen så att patienten känner att det finns någon fysiskt där som tar hand om denne och som bryr sig.

*”Och lagom dos av allt va. Av omtanke och att dom känner att man bryr sig om deras sjukdom också va. Men även att det där mjuka. Och att ta på dom, det är viktigt ja.”*

*”..och när jag tog honom i handen, jag vet inte.. han tog ett djupt andetag och lugnade ner sig lite. Och vi hade ögonkontakt hela tiden och jag pratade i lugn ton och sa vad jag höll på med och skulle göra.. även om han var orolig så blev han ändå lugnare på nått sätt och han kunde börja le lite när jag pratade med honom.”*

### **Att lyckas påverka mötet**

Oavsett om mötet börjat bra men efterhand blivit dåligt eller om patienten och sjuksköterskan har börjat sitt möte dåligt från start så förklarar sjuksköterskorna att det alltid är deras ansvar att försöka få mötet till ett gott, vårdande möte. Att alltid ha i åtanke att patienten är den underlägsna i vårdrelationen. Vidare berättar sjuksköterskorna att på en akutmottagning behöver sjuksköterskan besitta förmågan att snabbt kunna vända ett möte till det bättre, då tiden är begränsad till ett fåtal timmar oftast. För att lyckas med detta förutsätter det bland annat, att sjuksköterskan har ett reflekterande förhållningssätt och kan känna av patienten mentala tillstånd och situationen för att lyckas påverka mötet till det bättre. För att lyckas påverka mötet beskriver sjuksköterskorna att de bland annat använder sig av olika distraktionsmetoder som hjälpmedel, så som småprat som inte berör den aktuella situationen. Det kunde också handla om att distrahera patienterna med mat och dryck och på så vis hitta en väg för att få patienten att fokusera på något positivt och trevligt.

*”Att prata med patienten är som ett hjälpmedel till att lugna ner situationen, som här på akuten säkert kan upplevas stressigt. Man hittar nästan alltid något att prata med dom om. Man kanske också tar hjälp av anhöriga och hjälper dom med sittplats eller nått.”*

*”..jag vet att det var ett medvetet sätt från min sida, inne på det här rummet. Det fungerar ibland att mesa och locka dom med gullig röst, att sätt dig här nu så går vi snart och röker, att man liksom lindar in dom med ett trevligt sätt trots att dom kan vara fruktansvärt otrevliga. Ibland så smittar det av sig och då kan dom komma in i den trevliga jargongen, att aha okej då blir jag trevlig istället så får jag som jag vill och då har man ju ett mycket skönare möte.”*

*”..och då frågade jag dom om dom ville ha lite fika och det ville dom ju. Och dom blev ju jätte glada över det, ja efter den där smörgåsen och kaffet blev allt så mycket bättre. De var på mycket bättre humör, de visade lite leenden och det kändes bättre. Så det blev ett bra möte på slutet, det vändes till ett bra, ett gott möte.”*

En annan metod de beskriver är att avvakta och ge patienten lite egen tid. De menar att ibland kan patienten förstå all given information och ta till sig det sjuksköterskorna säger men att patienten behöver få lämnas ensam för att då kunna bearbeta det sagda på egen hand. För att då senare när sjuksköterskan kommer tillbaka så kan den dåliga inställningen ha ändrats till det bättre. De påtalar att det kan krävas många olika typer av metoder men att eftersom alla människor är unika så vet de inte vilken metod att använda förens de har provat.

*”Så sa jag ligg här nu och vila en stund innan jag kommer tillbaka, ta det lite lugnt så kommer jag till dig sen. Att man inte slänger sig på dom och tar blodtrycket direkt, utan att ligg ner nu och så frågar man om patienten ligger bekvämt och sådant så att dom kan få slappna av lite grann. Så att dom inte har ett dåligt, upptrissat humör och ett stressblodtryck när man ska börja mäta trycket.”*

## **Upplevelser av ett gott möte**

Sjuksköterskorna berättar vad som har skett för att ett möte med en patient har upplevts som ett gott möte. De beskriver att de har lyckats möjliggöra en framgångsrik tvåvägskommunikation, att patienten och eventuella medföljande närstående är välinformerade och insatta i den aktuella situationen.

*”Att vi har en tydlig kommunikation och att det finns möjligheter till att ställa frågor, både från mig till patienten eller anhöriga och vise versa, för att det liksom ska bli en bra tydlig rak kommunikation om vad som händer här och nu. Det tycker jag är ett bra möte.”*

Att en personlig kontakt möjliggör en mer vårdande relation lyfter sjuksköterskorna som en viktig del i det goda mötet. De beskriver hur känslan av att lyckas skapa ett gott möte, särskilt under icke optimala förhållanden, genomsyrar dem av positiva känslor som även påverkar hur de mår under det resterande arbetspasset. Ett gott möte bidrar med extra energi till att skapa vårdande relationer med andra patienter och hur det lyfter sjuksköterskans stämning och på så vis skapar en bättre atmosfär på arbetsplatsen.

*”Jag upplevde att jag fick ett gott möte och att jag blev än mer omvårdande då jag satte mig in i hennes livshistoria. För oftast vet vi ju inte vad människor har jobbat med. Vi hinner inte sätta oss in i det, att dom kanske har varit verkstadsarbetare eller direktörer.”*

*”..och då känns det som att man har gjort ett bra jobb. Att även fast patienter får vänta väldigt länge med att få hjälp och ändå kunna gå därifrån och vara nöjd, då känns det verkligen som att man då har gjort något bra.”*

## **Kommunikation**

Sjuksköterskorna beskriver att för att kunna ge god omvårdnad till patienter behövs en adekvat kommunikation. För att mötet mellan patienten och sjuksköterskan ska ha förutsättningar för att bli lyckat och tillfredställande behöver sjuksköterskan kunna anpassa kommunikationen efter varje patient, situation och behov. I många situationer kan bristande kommunikation vara en anledning till irritation och frustration, särskilt i stressade lägen då sjuksköterskan har begränsat med tid att ge till varje patient. För att säkerhetsställa patientsäkerheten och ge god vård strävar sjuksköterskorna efter att besitta förmågan att kunna kommunicera med alla typer av människor. De uttrycker att denna kunskap tar tid att erhålla, att det kräver år av yrkesutövning och erfarenhet innan man kan kommunicera bra och tidseffektivt i ett stressat läge. Sjuksköterskorna resonerar även kring vikten av att kunna stanna upp och känna av hur pass mycket patienten har uppfattat och förstått av det som delgetts. De tar upp hur även den mest intelligenta, språkmässigt begåvade människan påverkas av miljön på akutmottagningen och den eventuella rädslan, oron och smärtan patienten kan känna försvårar kommunikationen. Som sjuksköterska ska aldrig denne förutsätta att en patient förstår och tar in allt som sägs till fullo. Utan att sjuksköterskan behöver ha

förståelsen för hur alla variabler påverkar patientens kommunikationsmöjligheter och utifrån varje situation kunna anpassa miljön och kommunikationen därefter.

## **Det verbala språket**

Sjuksköterskorna menar att alla patienters förutsättningar varierar därför behöver sjuksköterskan kunna känna av var patienten befinner sig, och möta patienten på dennes nivå. Det kan bland annat handla om ålder, språkkunskaper, ifall patienten har några handikapp eller att kunna räkna in hur mycket en patient förstår relaterat till smärta och oro. Till patienter som inte talar bra svenska kan sjuksköterskan behöva ge extra tid till att förklara saker och lägga om kommunikationen. Anhöriga kan också vara en bra resurs för sjuksköterskan, för att lyckas förmedla information till patienten.

*”Att man använder allt i sin arsenal för att kommunicera. Och vi möter så många med ett annat språk här. Jag tror att när man jobbar här så blir man lite mer duktig på att lägga om sitt språk när man pratar med patienter med utländsk härkomst.”*

*”Eftersom det fanns språkbarriärer så talade jag tydligt. Och sen så är det ju också det här att man hör sig för lite, att man väntar på svar så att dom har förstått vad jag säger. Det måste man ju göra. För annars kan det ju bli missförstånd.”*

När språkbarriärer uppkommer behöver sjuksköterskan vara öppen för att hitta andra vägar för kommunikation. Sjuksköterskorna berättar att uppfinningsrikedom är ett vanligt och nödvändigt inslag under ett arbetspass och att utan det försvåras kommunikationen rejält i det särskilda patientmötet.

*”Och att man tänker på att det inte är så lätt med ett främmande språk. Att det tar längre tid för att prata. Och att han nu visade sina tablettor istället för att säga namnet på dom och så vidare.”*

Ibland ställs sjuksköterskan inför situationer med patienter som av olika anledningar är irriterade och otrevliga, kanske beroende på personlighet, sjukdom eller smärta.

Sjuksköterskorna uttrycker viljan av att föregå med gott exempel och inte låta sig påverkas av patientens negativitet eller dåliga uppförande, men lyfter också vikten av att även sjuksköterskor är bara människor och att även de kan fela. Men att till skillnad från patienten så är det sjuksköterskan som har ansvaret att se till så mötet blir vårdande och att patienten får den hjälp denne behöver.

*”I det här fallet blev jag ju bara as arg helt enkelt. Och en person som far ut och har det här fula vokabuläret som hon hade, gör att jag också naturligtvis då hade hårdare ord mot henne.”*

Sjuksköterskorna lyfter självkänedom i sin kommunikation som en betydande faktor till ett framgångsrikt möte. Denna kunskap visar sig i en medvetenhet hur denne kommunicerar, hur sjuksköterskan säger något till patienten, vilken betoning som används, vilket röstläge och vetskapen om hur detta kan spela stor roll för hur patienten uppfattar informationen. Att sjuksköterskan omedvetet använder ett alltför medicinskt språk med patienten visade sig vara en orsak till kommunikationssvårigheter.

*”Mycket av de här mötena på akuten, om det blir bra eller dåligt bemötande beror ju väldigt mycket på mig som person. Hur jag uttalar mig och vilket tonfall jag använder, hur jag informerar, att jag är ärlig.”*

*”Ja absolut. Om jag är stressad så känner dom det. Men om jag förklarar, och det är otroligt viktigt att säga och förklara varför.”*

## **Kroppsspråket**

Då mycket av människors kommunikation sker genom kroppsspråket, förklarar sjuksköterskorna att säga en sak och visa en annan med kroppen blir till en osäkerhet och otrygghet hos patienten. Därför är det viktigt med ett självreflekterande förhållningssätt för att verkligen säkerhetsställa att det verbala språket och kroppsspråket överensstämmer. Det framkommer att sjuksköterskorna upplever att användningen av kroppsspråket kan vara en bra utväg att ta då det verbala inte fungerar fullt ut. Att det är användbart i situationer där det verbala språket sätts ur spel men också som ett komplement till informationen och för att tydliggöra detta för patienten.

*”Jo men om jag frågade om patienten har ont i bröstet så la jag nog handen på bröstet. Jag frågade om det är jobbigt med andningen, så djup andades jag och pekade på bröstkorgen med en grimas av smärta och pekade sedan på honom med en frågande min. Att man använder händerna och visar vad man menar, som ett hjälpmedel, det är viktigt.”*

*”Funkar inte det så kan man ju faktiskt ibland, mot etyiker till exempel, använda mera raka puckar. Att det är det här som gäller, vika in tummen och bli lite militärisk. Inte otrevlig men liksom nu är det så här, nu sitter du här. Det kan ju låta lite illa men då kan dom fatta att aha det gäller att nu är jag på sjukhus och om jag vill ha vård så får jag agera trevligt annars åker jag ut. Lite så kan det vara. Vill du inte ha vård så är dörren där. Om det inte är någon som man måste LPTa förstås då.”*

## Att informera

Då patienten anländer till akutmottagningen beskriver sjuksköterskorna hur viktigt det är att direkt, vid första mötet, informera patienten och att se till så informationen faktiskt uppfattas korrekt. Att hur den första informationen som patienten får vid ankomsten till akuten lägger grunden till en trygghet och påverkar nivå på samarbetsvillighet hos patienten samt dennes humör. Sjuksköterskorna upplever ett positivt samband med att en välinformerad patient blir medgörligare, vårdrelationen dem emellan blir lättare att initiera, patienten mår bättre och arbetsuppgifterna ter sig smidigare. Den positiva effekten av en välinformerad patient beskrivs utgöra en stor del då ett möte upplevs som ett gott möte.

*”Så får jag ju också informera patienten. Att nu är du här på akuten och det är det här vi kommer att göra idag. Jag kommer strax tillbaka till dig. Sen kommer vi flytta in dig i ett undersökningsrum och du kommer så småningom att få träffa en doktor. För jag vet att får en patient ett ansikte, ett välkomnande och en information då lugnar det sig avsevärt i kroppen. Bara då kan ju saker och ting gå kemiskt bättre i en kropp.”*

*”Mot mina patienter så försöker jag vara informativ för jag tror på att om dom vet vad som ska hända nästa timme eller den här dagen eller under veckan så går allt smidigare. Jag tror att alla behöver lite förberedelse tid för att må bättre.”*

*”Och sen är det ju också viktigt att om det nu tar flera timmar att man går och talar om det för den patienten. Att nu kommer det att ta lite mera tid. För det som också är viktigt är att man talar om att det här är en akutmottagning, det kan ju hända andra saker. Och då kommer du alltid hamna i, i ja längre bak i kön då. Och att man är tydlig, då känner jag att då fungerar det. Då fungerar det bra, så det var ju ett bra möte.”*

Sjuksköterskorna lyfter att de även informerade patienter i syftet att öka samarbetsvilligheten inför ingrepp. Ingreppet upplevdes inte alltid lyckat eller felfritt men att informationen lindrade oro och osäkerhet hos patienten och det blev således lättare att hantera situationer och att resonera med patienten. Sjuksköterskorna menar att patienter kan acceptera situationer bättre i högre utsträckning då de känner att de har blivit välinformerade och hur detta i sin tur underlättar arbetet då det blir färre negativa lägen under vårdtiden. Att ju bättre en patient är informerad desto bättre upplevs hela vårdkedjan att fungera.



*”..att informera, så inte hans förväntningar är några helt andra. Han har säkert en förväntan på att det ska gå fortare men om jag förklarar så, så då accepterar dom det.”*

*”Och sen tror jag att det är jätte viktigt att den informationen som vi delger, att vi faktiskt delger samma information så att patienten inte får olika bud. Vi måste ju faktiskt tala om så som det är.”*

Att ta hjälp av anhöriga så att informationsflödet ska flyta på bättre beskriver sjuksköterskorna som en positiv tillgång för en god kommunikation. Hur de anhöriga kan agera som en länk mellan patient och sjuksköterska och då möjliggöra för ett lyckat informationsutbyte.

*”Dom anhöriga, ja i det här fallet var det ju positivt. För feedback, för dom var, visserligen frågade Dom och ställde samma frågor så där. Men dom förstod ju också och kunde ju hjälpa oss att få patienten att förstå.”*

## **Professionalitet**

Att vara professionell förklarar sjuksköterskorna att man utför sitt jobb på ett korrekt sätt där ens egna känslor och värderingar läggs åt sidan och påverkar inte utförandet av arbetssysslorna eller omvårdnaden. Detta är en utmaning i sig, men under pressade situationer på en akutmottagning så ställs denna egenskap på sin spets. Där möter sjuksköterskorna dagligen frustrerade och upprörda patienter vilket sätter press på de att utföra ett professionellt jobb och ge den vård som patienterna behöver trots omständigheterna. Sjuksköterskorna lyfter att här behöver man informera och i vissa fall förklara för patienterna hur man beter sig mot andra på ett hövligt sätt. Att just du inte är den enda människan som söker vård just nu och att det du söker för är inte livshotande eller akut, därför så kommer du att få vänta en bra stund innan vi kommer att kunna hjälpa dig. Att lugnt och sansat förklara att detta är en akutmottagning och då gäller regeln, sjukast går först och det är inte beroende på hur länge du har väntat. Att lyckas nå fram till patienten om hur läget ser ut och förklara varför just du kommer att få vänta underlättar akutens arbete menar sjuksköterskorna. Patienter blir mer tålmodiga och trevliga samt du som sjuksköterska inte blir avbruten i onödan av patienter som är frustrerade. Väntetider på akutmottagningen beskriver sjuksköterskorna som den främsta källan till en frustrerad patient, det i kombination med att patienten är dåligt informerad över hur gången är på akuten.

## Mötet med upprörda patienter

Att som sjuksköterska möta oroliga, frustrerade, agiterade och arga patienter är tyvärr något som tillhör vardagen på en akutmottagning berättar de. Att möta en sådan patient professionellt, beskriver sjuksköterskorna är att inte ta det personligt och inte reagera så därefter. Att vara proffsig innebär att du i din profession har förståelsen till de bakomliggande faktorerna till varför en patient beter sig på det sättet och kunna möta upp det med en professionell attityd och respekt även om patienten beter sig otroligt otrevligt. En aspekt är att sjuksköterskan behöver ha förståelsen att patientens tidigare erfarenheter av sjukhus och akutmottagningar kan spegla och påverka patientens humör och förväntningar, att patienten tar med dessa erfarenheter in i det nya mötet.

*”Den här patienten började efter några timmar bli förbannad och började svära....Det kom några personliga påhopp och sådär och det är ju ingenting som är roligt men samtidigt måste man förstå att det här handlar inte om mig utan det handlar om den här frustrationen att patienten inte mår bra. Kanske har den ont eller mår dåligt på något annat sätt och nu går det ut över mig. Men däremot om dom rent fysiskt skulle hota mig då är det ju en annan sak. Men att dom blir frustrerade och arga det är ju tyvärr ett inslag som vi måste hantera på ett professionellt sätt.”*

*”Här står jag som värsta bebisen och är arg på en kvinna som har levt det här hårda livet. Det är ju synd om henne. Hon har ju inte det här normala, stabila, friska som man hoppas att alla har. Utan hon har säkert haft det jätte tufft, och där och då vet jag ju inte riktigt vem hon är. Och jag står här och hetsar upp mig och blir arg. Och jag kände så här, vart kommer allt det här ifrån?”*

*”Att man tog sig tid även fast dom var väldigt påfrestande så försökte jag ändå vara professionell och förstå bakgrunden till varför någon mår sådär och är så otrevlig eller negativ. Att det ligger ju andra saker bakom och att det är dom man vill åt så att man kan vända humöret. Men så att det blev ett gott möte på slutet då.”*

Att kunna säga ifrån är viktigt menar sjuksköterskorna. Bara för att akutmottagningen är öppen för alla betyder det inte att en patient kan bete sig hur som helst. Förståelsen till varför beteendet finns där är en förutsättning för god omvårdnad men det är även viktigt att kunna sätta gränser för vad som acceptabelt beteende.

*”Även om jag har känslor så måste jag bete mig professionellt. Är det någon som är riktigt dum mot mig så måste man ju få säga ifrån. Om någon kallar mig för saker då måste jag få säga; du, jag är också människa och du har ingen rätt att kalla mig för saker. Jag har inte gjort något fel, det finns inget fog för det här beteendet. Men jag måste fortfarande göra det på ett artigt och professionellt sätt.”*

*”I vanliga fall så ska man ju kunna hantera det här och inte ta åt sig, men vi ska inte ta skit för den skullen. Vi ska bete oss professionellt även om jag känner bara hur jag blir mer och mer förbannad på den här kvinnan.”*

I stressiga situationer med mycket att göra och hålla reda på beskriver sjuksköterskorna att det kan vara frustrerande att bli avbruten av patienter utan legitimt skäl. Att behöva vänta är något som patienterna bara behöver acceptera. Trots detta behöver sjuksköterskan lära sig att välja sina strider och kunna svälja påhopp och otrevliga situationer för att kunna utföra sina arbetsuppgifter och det berättas att det inte alltid är det lättaste.

*”..och det rubbar ens tankegångar, då man har mycket i huvudet...När det är mycket på akuten och det är stressigt så är det många bollar i luften hela tiden. Och att bli avbruten då får man ju börja om, ja vad var det nu jag skulle göra och så vidare. Så att det är ju ett påfrestande moment både vad det gäller arbetsmiljön för oss som jobbar här men säkert också för patienterna, att patienter är otrevliga och stör ens jobb när allt dom behöver göra är att snällt vänta på sin tur.”*

## **Professionellt förhållningssätt**

Sjuksköterskorna uttrycker att besitta förmågan att hantera besvärliga situationer och patienter är nödvändigt på en akutmottagning då det är vanligt förekommande. De understryker nödvändigheten av att ha tålmod och självinsikt, att inte ta det personligt när negativitet och hårda ord riktas mot dem från patienten. En förutsättning för god omvårdnad och bra bemötande även i dessa situationer uttrycker sjuksköterskorna att det krävs mycket av de som personer. Att trots dåliga omständigheter ska de behålla ett lugn och en bejakande inställning, att inte ignorera det patienterna säger utan bemöta det med respekt och professionalitet.

*”Och ändå bejaka det här att de är frustrerade, dom har ont och erbjuda dom smärtlindring eller någonting i alla fall. Dom kanske behöver ligga ner på ett rum och bara liksom få lite andrum och vila i väntan på doktorn eller undersökningen, eller vad man nu väntar på. Att man liksom inte bara ignorerar dom, och inte bara hugger dom rakt av utan att man försöker bemöta och bejaka det de uttrycker”*

*”Men dåliga möten, de är ofta, dom är svårare att vända. Det krävs ju väldigt mycket av mig som person. Att jag ska vara lugn, att jag inte provocerar. Om jag har en dålig dag och inte tycker att, och är stressad av något annat så då är det klart att då lir det inte bra. Men om jag kan hålla mig lugn och ändå liksom inte bli provocerad utav det, då kan det ju ändå gå bra.”*

Att sjuksköterskorna möter ett stort antal patienter per arbetspass är något de uttrycker som en naturlig del i arbetet, men något som de vid närmare reflektion upptäcker är att en del av det som sker i patientmötena sker på rutin. En omedvetenhet som de uttrycker baseras på flera års yrkeserfarenhet. En del i detta lyfter de fram att de inte baserar hela bemötandet utifrån symptom eller besöksorsak, utan att de fallen som i slutändan inte visade sig vara akuta ska ha fått samma goda omvårdnad och bemötande som de konstaterade akuta.

*”För det är så väldigt lätt att man gör precis det man ska och man är professionell och vänlig och gullig och go. Och ingenting fallerar och dom upplever att dom blir omhändertagna och säger det också, att du var så vänlig och åh vad du har tagit hand om oss. Men själv har jag egentligen bara gjort det på rutin.”*

## **Kollegor**

Det är inte alltid man orkar möta en otrevlig och oförstående patient hur länge som helst utan att man lyckas påverka dennes humör och beteende. För att klara av detta beskriver sjuksköterskorna att då är det av största vikt att ett förtroende finns för sina kollegor, att kunna känna den tryggheten att våga säga att nu orkar jag inte mer, jag har inget tålamod kvar. Att kunna ta hjälp av sina kollegor är betydelsefullt och ibland nödvändigt för att lyckas upprätthålla det professionella arbetssättet.

*”Man är ju inte mer än människa, så är det ju. Jag kände efter ett tag att nu, nu håller tålamodet på att tryta. Och jag klarar inte av den här patienten mer. Då, i det läget så ber jag få hjälp av en kollega. Att vi byter helt enkelt, att någon annan tar över. För det blir ju ingen bra situation för någon om både vårdpersonal och patient råkar i luven på varandra. Utan det bästa är i det läget var att byta ut vårdpersonalen så att det blir någon ny som kliver in istället.”*

Att ha tilliten till sina kollegor för att på så vis möjliggöra en öppen dialog och då tillsammans kunna ge patienterna den bästa möjliga omvårdnaden. Att känna, särskilt i besvärliga situationer, att man inte är ensam utan har alltid stöd i sitt arbete.

Sjuksköterskorna beskriver en känsla av stolthet när lagarbetet fungera bra och kollegorna får det stöd av varandra som de behöver.

*”Jag tycker inte att dagsformen ska spela in utan det måste jag vara så pass professionell, men det kan ju vara vissa dagar jag kan känna att nå att det här är en dålig dag, men man får ju aldrig ta ut det på patienterna. Man kan säga till kamraterna att du idag mår jag dåligt, eller liksom jag har sovit dåligt eller det är något annat men bry er inte om det. Utan man måste försöka vara proffsig men samtidigt, vi är inte mer än människor, så är det ju, så tänker jag.”*

*”Vi är ju många yrkesgrupper på akuten och speciellt på akutrummet att vi liksom jobbar tvärprofessionellt för patienten och det är ett jättebra samarbete. Och att man kan känna sig delaktig och stolt över min del i själva teamarbetet och helheten och det vi har presterat för patienten. Man tar ju med sig det i arbetet, den känslan. Även om man lämnar sin arbetsplats, man kan ju inte ta med sig jobbet hem, men man kan ändå få med sig en känsla av om det har varit bra eller dåligt.”*

## **Maktlöshet**

Sjuksköterskor beskriver hur de ser att en regression sker hos patienterna oavsett ålder, vid ankomsten till akutmottagningen. Att vuxna människor blir egoistiska och kan inte se någon annans behov än sitt eget. De reflekterar över olika förhållningssätt för att möjliggöra en bättre dialog med patienten och minska på frustrationen när patienterna inte visar förståelse för sjuksköterskans arbetssätt på akutmottagningen. De beskriver hur de bland annat anammar ett förhållningssätt där de bemöter patienterna nästan på ett barns nivå för att försöka få patienten att förstå varför denne måste vänta så pass länge på att hjälp.

*”Även fast dom ser att det finns femtio andra patienter så förstår dom inte att dom andra går före och du kommer sist. Utan patienter tänker jag, jag, jag. Har man det i huvudet så är det ibland lättare att resonera med personen.”*

*”Ja erfarenhet lär man ju sig av. Det är så här att patienter, som kommer in till ett sjukhus, de blir som barn på nytt. Försök att tänka lite så, så blir det lättare ibland. Att ni fattar att det inte är en fullt fungerande vuxen som står framför er utan de tänker i barnstermer. De tänker jag, jag, jag.”*

Känsla av maktlösheten beskriver sjuksköterskorna som en orsak till frustration hos både akutens personal och patienterna. Att sjuksköterskorna är beroende av olika svar från andra delar av sjukhuset, så som röntgensvar och blodprovs svar, för att kunna hjälpa patienterna. Sjuksköterskorna upplever en känsla av maktlöshet och frustration när de inte kan påverka väntetiderna för patienterna. Trots att de inte kan styra över hur länge en patient får vänta för en specifik behandling så är det de som får ta patientens frustration och dåliga beteende. En väg till förståelse hos patienten är att förklara för dem hur läget ser ut just då på akutmottagningen och då uppskatta en eventuell väntetid för patienten, baserat på hur det ser ut just då. Sjuksköterskorna poängterar vikten av att

aldrig lova något till patienten. Om ett löfte angående en tidsangivelse ges och detta inte kan hållas, skapas ytterligare problem för sjuksköterskorna i form av frustrerade patienter och negativ stämning.

*”Som igår var det så. Jag försökte förklara för en patient på ett lugnt och pedagogiskt sätt, hur det ser ut och hur många väntande vi har. Så försökte jag uppskatta hur många som är före just denna patient och så förklarade jag lite hur det ser ut på en akutmottagning att det är inte alltid tiden som avgör, utan man måste titta på vem är mest sjuk. Och många patienter förstår det där men en del kan inte se någon annan än sig själv och sitt eget besvär och då tar man inte till sig det riktigt som i just det här fallet. Men jag tror det är viktigt att man som personal, försöker förhålla sig lugn och neutral och man får försöka ta sig tid och förklara även om man gör det flera gånger om.”*

*”Jag säger till patienten att jag kan inte garantera eller lova men jag kan uppskatta på ett ungefär om någonting inte händer, så skulle jag kunna tro att inom si och så. Men jag är väldigt tydlig med att säga att det är inte en exakt tid och jag kan inte lova eller garantera. Har man tid så tror jag att det är bra om man kan sätta sig ner i lugn och ro och får patienten att lugna ner sig lite och försöka förklara.”*

*”Och det kommer mycket känslor emellanåt och folk blir ledsna och arga och kan till och med avvika från akutmottagningen för att dom inte tycker att dom får hjälp i tid. Och det är frustrerande och det stör också arbetet om man nu får säga det. Men det gör ju det. När det är långa väntetider och en del kommer och frågar hela tiden om just väntetiden och så måste ju jag stanna upp och förklara om och om igen och det stjäl ju tid ifrån övriga patienter inklusive dom som faktiskt frågar om väntetider hela tiden.”*

## **Det dåliga mötet**

I stor utsträckning uppkom de dåliga mötena i situationer då sjuksköterskan hade bristande tålamod och självkontroll. Andra faktorer som sjuksköterskorna beskriver var då kommunikationen misslyckades, att till exempel i det första mötet råka säga ett ord som patienten feltolkar eller att de första hälsningsfraserna inte var bra. Fler anledningar som beskrivs är då sjuksköterskan inte informerar patienten på ett tillfredsställande sätt så att denne kunde känna trygghet i detta eller att sjuksköterskan inte möter patienters förväntningar på olika nivåer. Andra skäl till att det dåliga mötet uppstod visade sig även vara stress eller skiftbyte, och att detta kunde leda till en misslyckad kommunikation både emellan kollegor och med patienten.

## Att misslyckas

Sjuksköterskorna reflekterar kring varför mötet blev dåligt och de beskriver bland annat situationer där deras professionalitet har fallerat, hur bristande självkontroll leder till ett misslyckande. Påfrestande patienter och situationer kräver stort tålamod hos sjuksköterskorna för att upprätthålla den vårdande relationen men att i vissa stunder blir det helt enkelt fel. De menar att ibland beror det på en omedveten handling eller uttryck, men att även stress, stor arbetsbörda och en upplevd utmattning påverkar om de kan bevara sin professionalitet gentemot patienten.

*”Ja det var ett riktigt dåligt möte för jag kunde inte kontrollera mig. Vilket man bör kunna som sjukvårdspersonal.”*

*”Om jag bara hade svält lite mer och gjort lite mer distans och så. Ja det var både ett illa och dåligt möte, ja illa professionellt kan jag tycka.”*

De beskriver hur bara ett ord, en mening, ett visst tonläge eller en gest kan få mötet att bli dåligt direkt särskilt vid den första kontakten. I många av fallen menar sjuksköterskorna att det skedde genom en omedvetenhet i handling eller tal men som blev uppenbar för de nästan omedelbart efter det skett. Och att då började processen att försöka skademinimera det inträffade och att på så vis få patienten att få tillbaka ett förtroende för sjuksköterskan.

*”I det hela så var det, det första, hej som det gick fel på. Men man lär sig nått av allt. Just den här första hälsningen som är så viktig.”*

*”Alltså det finns en farlighet med dem gående patienterna, att göra mindre goda möten och det är när man möter dem första gången vid disken. Där kan det bli så fel. Jag gjorde så fel och det var inte alls min tanke. För jag bara kände åh vad dåligt det blev... Och det var ett ord jag sa som blev så fel.”*

Sjuksköterskorna beskriver hur det dåliga mötet uppkommer när kommunikationen brister, att de inte har lyckats informera patienten tillräckligt. Kommunikationsproblem mellan kollegor lyfts som en möjlig orsak till att patienten inte bemöts på rätt sätt. Om en sjuksköterska ber en patient att gå fram till disken för att prata med en kollega, men då denne är upptagen och kan därför inte avsätta tid för samtal så blir patienten tillsagd att gå att sätta sig igen. Patienten får dubbla budskap och respondenterna lyfter att i det

skedet finns det risk för patientens tilltro skadas och en obefogad irritation kan uppstå från sjuksköterskan.

*”Och det dåliga mötet blir ju den gången då jag inte hinner med det där. Då vet jag att det kommer att vara någon som står vid disken. Eller att man ser någon stå i korridoren och tittar ut med otålig och orolig blick, då vet man, det är ett misslyckande. När dom står där i korridoren och tittar på oss, för då har jag inte informerat tillräckligt.”*

Att misslyckas är när patienternas förväntningar inte kan uppnås, men att detta ibland kan vara onåbart. Då orimliga målsättningar för sjukvården bestäms av politiker, menar sjuksköterskorna att det bidrar till att det blir emellanåt omöjligt att uppnå patienters förväntningar på vården och försvårar således deras arbete.

### **Svårt att lyckas vända**

Bara för att ett möte blivit dåligt menar sjuksköterskorna att de aldrig ska sluta att försöka vända det rätt, men om ett möte blivit dåligt kan det vara svårare och svårare att lyckas vända det. Det negativa är en sådan stark kraft och för en patient som känner sig otrygg kan det vara lättare att klänga sig fast vid de negativa känslorna som redan uppstått än att försöka se det positiva. Det krävs mycket av en själv som person och i ett sårbart läge kan detta göra jobbet ännu svårare menar sjuksköterskorna. När förtroendet har brustit för patienten beskriver sjuksköterskorna att det kan vara svårt för att reparera den skadan.

*”Tyvärr är det ju förekommande emellanåt på akutmottagningen med väntetider. Och en del patienter är, det spelar egentligen ingen roll hur många gånger man förklarar, dom tar liksom inte till sig att det finns flera patienter och kanske väldigt många som är i sämre sjukdomstillstånd än dom själva och förstår inte heller den arbetsmiljö som vi har. Att man handlägger många patienter samtidigt och doktorn kanske måste gå på operation eller springa till avdelningen för att det är en dålig patient. Det där kan man ju känna efter ett tag att det är jätte svårt att förklara på ett sätt som gör att patienten blir tillfredsställd och förstår det jag försöker förmedla.”*

De beskriver hur de behöver anstränga sig ännu mer i en dålig situation för att lyckas påverka den och förhoppningsvis lyckas leda patienten in i en gemensam förståelse.

*”Och så här nu måste jag träffa doktorn direkt, jag har det och det och det. Och jag har varit här så många gånger och så vidare. Och blir det så från början, då krävs det väldigt mycket utav den som tar emot, att det inte blir ännu värre. Att det inte blir någon konflikt..”*



*”Men det kan, oftast när det blir fel från början då blir det liksom fel hela vägen då. Vad vi än gör så kan dom ju vara missnöjda. Det kan ju också bli så att dom inser att det här kanske inte var okej och kan börja förstå vår situation.”*

## **Att ge löften**

En anledning till att ett möte blev dåligt enligt sjuksköterskorna handlade det om att patienten fått fel information av andra. När sjuksköterskan väl ska möta patienten så börjar mötet redan på minus då patientens förväntningar inte stämmer överens med verkligheten. Att inte lova patienten något är en gemensam inställning hos sjuksköterskorna, att då ett löfte ges till en patient som med största sannolikhet inte går att hålla så fallerar hela mötet. Det är då patienten tappar förtroendet för vården och för personalen och att detta resulterar i en frustration hos patienten som kan te sig på olika sätt. De beskriver också att när en sådan situation väl har uppstått så är det mycket svårt för sjuksköterskan att reparera förtroendet hos patienten. Att redan börja mötet med en negativ patient är verkligen en uppförsbacke och beroende på sjuksköterskans förutsättningar så kanske denne lyckas reparera förtroendet och den vårdande relationen och mötet kan i slutändan vändas till ett gott. De lyfter även hur ledsamt det känns att ett möte omedelbart blir dåligt när det inte är ditt fel.

*”Det är ju det här också att jag måste vara på fötterna, jag måste ju vara ärlig. Börjar jag lova, om man lovar för mycket då har man ju redan hamnat fel. Man ska aldrig lova någonting som man inte kan hålla.”*

*”Ibland kan vi ju uppskatta men vi kan ju inte lova patienten någonting när vi inte vet. Och det tror jag är jätte viktigt. Annars blir det att nästa får ta det som den föregående har lovat. Sen rätt vad det är så uppstår det någonting som gör att den utlovade tiden inte kan hållas. Det kanske kommer flera dåliga patienter samtidigt eller det räcker med en dålig patient och då havererar hela den tidsplanen som man utlovade och då blir patienten förbannad av den anledningen. Så jag försöker att inte lova några tider utan med en viss försiktighet hoppas på att det kanske kan bli inom si och så lång tid men inte lova något.”*

När någon annan har lovat något som sjuksköterskan inte kan hålla, lyfter sjuksköterskorna som ett frekvent skäl till att ett möte blir dåligt. De beskriver en frustration över hur andras val och ord kan påverka deras arbete i en sådan negativ utsträckning.

*”Jag kan beskriva ett dåligt möte som man har rätt många av och det är när patienten kommer och någon har lovat att du ska få träffa doktorn direkt eller att du ska få komma direkt till avdelningen. Dom är redan, innan jag ens har hunnit tala om vad jag heter och vad som händer så har dom ju bestämt hur det ska vara och är aggressiva. ”*

*”Det viktigaste inom sjukvården är information. Då säger jag, att ja jag hör vad du säger och jag tycker det är synd att någon annan har lovat dig det här. För man ska aldrig lova för någon annan. Så här ser det ut just nu, men vi tar hand om dig.”*

## **Känslan av att misslyckas**

Då misslyckandet uppstått beskriver sjuksköterskorna att de har med sig denna känsla inom sig. Att hoppas på att patienten förlåter sjuksköterskan om något under vägens gång blivit fel. Känslan av att ha orsakat ett dåligt möte även om det var beroende på ifall sjuksköterskan inte kunde kontrollera sina känslor eller känslan av att borde ha vetat bättre, så har sjuksköterskan med sig det dåliga samvetet. De lyfter att det ibland kan det vara svårt att veta hur man reagerar i en viss situation om man inte upplevt det tidigare, men att det är mänskligt att fela och ibland behöver misstag göras för att man ska kunna lära sig av det. Negativa signaler från patienterna kan störa sjuksköterskan i försöket att ställa relationen till rätta, men att denna negativitet även påverkar sjuksköterskan i större utsträckning än så. Förutom att det upplevs som ett hinder i just den patientrelationen så kan sjuksköterskan även bära med sig detta in i sina nya möten.

*”Och då blir det frustrerande för mig att jag inte kan hjälpa patienten och att det också blir ju inga bra vibbar oss emellan, det skapar ingen bra relation. Så det blev ingen bra start där, men man försökte ju ändå liksom vara lugn och trevlig och respektfull i alla fall så gott det gick. Men det är klart att det påverkar en också, dem dåliga vibbarna man får.”*

*”..Så vi hittade ju en lösning i alla fall. Det tråkiga var att jag blev så arg och gick därifrån. Gud vad illa jag betedde mig, helt enkelt. Hon plockade verkligen ut något ur mig, nä jag skulle ha vetat bättre.”*

Hur en negativ sinnesstämning hos patienten påverkar sjuksköterskan beskriver de som något frustrerande men också att de har en förståelse för orsaken. Även om de förstår anledningarna till negativiteten så finns det en fin gräns till hur pass frustrerade de själva blir över situationen. Frustrationen och förståelsen beskrivs som en

svårbalanserad kombination och att det ibland leder till ett misslyckande hos sjuksköterskan då det kan skapa ett dåligt möte.

*”..ja inne på rummet så försökte doktorn bara mesa med patienten och locka lite. Jag försökte ju få patienten att haka till lite. Att aha okej här är det någon som vill någonting. Men patienten löpte bara på ännu mer och blev ännu mer arg och utåtagerande. Så jag läste av henne fel eller att i en annan situation så hade det fungerat. För jag tror att hon blev mer arg när jag gjorde så.”*

*”..så fick hon sätta sig igen därute och det var ju inte populärt och ingenting var bra. Dem här negativa vibbarna påverkar ju även mig fast jag kan förstå varför hon mår dåligt. Och jag kan ju inte påverka omständigheterna, hur mycket patienter som flödar in.”*

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av mötet med patienter, som på eget initiativ kommer gående och söker vård på en akutmottagning. Detta valdes till följd av att det redan finns utarbetade mallar för omhändertagande av traumapatienter som anländer med ambulans och författaren var intresserad av de erfarna sjuksköterskornas upplevelser med patienter när en redan färdigt strukturerad checklista inte fanns. Den kvalitativa forskningsmetoden användes för att kunna besvara studiens syfte. Öppna narrativa intervjuer valdes för att respondenterna skulle kunna berätta fritt om studiens två huvudfrågor, ett gott möte och ett mindre gott möte, och på så vis nå deras upplevelser och erfarenheter på ett djupare plan. För att kunna generera ny kunskap inom ämnet valdes den empiriska forskningsmetoden, som Segesten (2006) beskriver som en korrekt metod för att nå det utsatta målet. Polit och Beck (2010) förklarar hur den kvalitativa ansatsen är lämpligast att använda då det upplevda fenomenet eftersöktes i intervjuerna.

## Urval

Författaren ville studera hur en erfaren sjuksköterska på akutmottagningen upplevde mötet med patienten, därför valdes en minst tre-årig yrkeslivserfarenhet från akutmottagningen som en av inklusionskriterierna. Detta för att försäkra att sjuksköterskorna besitter tillräckligt djupa kunskaper och erfarenheter inom området, för att kunna få en så pass nyanserad data som möjligt.

Författaren använde sig av ett bekvämlighetsurval där enhetschefen valde ut sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna för studien. Detta urval ansågs effektivt och passande då tidsbrist var en avgörande faktor för studien (Polit & Beck, 2010). Respondenterna valde själva att delta i studien och blev välinformerade kring syftet, både muntligt och skriftligt. Att författaren inte själv kunde välja vilka att tillfråga ansågs inte som ett problem för studiens validitet, då deltagarna bidrog med både en spridning av ålder och antal yrkesverksamma år.

Det finns inget givet antal deltagare som en kvalitativ studie bör innefatta, men att endast använda sig av ett fåtal deltagare kan alltid innebära en risk för att materialet blir tunt och fattig på information. Dock anser författaren att studien, som baserades på fem respondenter, är tillräckligt trovärdig då intervjuerna höll hög kvalitet med riklig data.

Som Polit och Beck (2010) beskriver, är ett fåtal deltagare att föredra då de kan producera tillräckligt med data. En risk med ett för högt antal deltagare är att datan kan bli för stor och ohanterlig. Vilket kan leda till att analysen då blir bristfällig och viktiga aspekter förbises.

## **Datainsamling**

En provintervju genomfördes för att försäkra att de öppna frågorna var svarbara, att följdfrågorna var passande och till hjälp för att lyckas styra respondenten tillbaka till det aktuella ämnet vid eventuella utsvävande svar. Provintervjun gjordes även i syftet att ge författaren träning i intervjuteknik samt att ge trygghet i rollen och erfarenhet (Polit & Beck, 2010). Att en pilotintervju genomfördes upplever författaren stärka trovärdigheten för studien. Intervjun inkluderas senare i studien då den ansågs hålla god kvalitet och deltagaren var inom ramen för studiens inklusionskriterier. Frågeguiden genomgick endast en mindre förändring efter pilotintervjun.

Att författaren var oerfaren av att intervjua kan ha påverkat intervjuerna. Under några tillfällen upplevdes det som svårt att få tillbaka respondenterna på det eftersökta ämnet, vilket kan ha resulterat i att intervjumaterialet inte blev lika rikt på information.

Innan intervjun tog plats fick deltagarna läsa igenom informationen och sedan togs den upp även muntligt för att ge deltagarna möjlighet att ställa frågor. Respondenterna skrev under två exemplar, för informerats samtycke, och fick behålla ett. Inga av de intervjuade visade tecken på att vara obekväma eller nervösa. Småpratet de första minuterna upplevdes ha en lugnande effekt på dem (Polit & Beck, 2010). Intervjuerna spelades in på en diktafon för att säkerhetsställa att all information skulle komma med i studien. Detta hade inte varit möjligt ifall intervjuerna skulle nedtecknas med penna och papper.

Att författaren var en kollega under datainsamlingen kan ha påverkat intervjuernas kvalitet. Detta skulle kunna visa sig i en obekvämhets hos respondenterna och rädsla för att öppna sig för författaren i intervjusituationen. Dock upplevde författaren en öppenhet och modighet hos respondenterna, där de uttryckligen var glada att få dela med sig av sina upplevelser. Under samtliga intervjuer fanns en trygg och avslappnad stämning och som sedan kan ha speglat det rika materialet respondenterna producerade under intervjuerna (Polit & Beck, 2010).

Datainsamlingen skedde under en två veckors period och möjliggjorde för författaren att transkribera intervjuerna allteftersom de gjordes. Det gav även författaren tid till reflektion kring intervjuteknik och för att finslipa metoden inför nästa intervjuer.

Plats för intervjuerna var på akutmottagningen, i en del av personalrummet där det fanns störst chans till inte bli störda. Detta utrymme ansågs även som en trygg plats för deltagarna, allt för att göra intervjuerna så bra som möjligt. För att försäkra att intervjuerna ska bli så givande som möjligt, ska distraherande inslag undvikas i största möjliga mån (Lantz, 2007). Trots detta blev en intervju avbruten mitt i av att en kollega kom in och behövde fråga något. Det tog några minuter efter det innan intervjun kunde fortsätta, men författaren anser att detta inte påverkar kvalitén av intervjun då respondenten snabbt återkom till ämnet.

## **Analys**

Metoden anser författaren vara adekvat för att kunna belysa hur sjuksköterskorna upplever mötet med patienten. Utmaningen i analysen av den kvalitativa datan är att hålla sig så neutral som möjligt och att kunna sätta sin förförståelse inom parentes, genom att ha ett reflekterande förhållningssätt till materialet. Detta för att lyckas skapa ny vetenskaplig forskning och då inte producera resultat som är en produkt av författarens inre förförståelse (Nyström & Dahlberg, 2001). Att författaren har haft verksamhetsförlagd utbildning och även arbetat på den akutmottagning där intervjuerna tog plats kan ha påverkat objektiviteten i viss mån. Då författaren har en medvetenhet kring hur detta kan påverka analysen av materialet, för att undvika bias och feltolkning av materialet fanns hela tiden en återkommande reflektion kring författarens förförståelse i analysprocessen.

Texterna analyserades enligt Graneheim och Lundman (2004), med en noggrannhet som enligt författaren ökar studiens trovärdighet. En konstant återkoppling i analysleden gjordes för att försäkra resultatets tillförlitlighet. En dialog med handledare fördes under analysprocessen för att öka medvetenheten kring det analyserade materialet. Då studien enbart består av fem respondenter upplever författaren att resultatet inte kan ses som generaliserbart, men att det utgör ett bra underlag för vidare forskning inom området.

Författaren har valt att ej skriva ut respondenternas åldrar, antal yrkesverksamma år och antal år de har arbetat på den aktuella avdelningen. Detta på grund av den utlovade konfidentialiteten författaren gav till respondenterna innan intervjuerna. Författaren anser att dessa uppgifter skulle kunna röja respondenternas identiteter och då bryta det muntliga och skriftliga löftet. Att utelämna dessa data kan visserligen påverka studiens trovärdighet negativt, men författaren anser att bevara respondenternas identiteter väger tyngre.

Författaren har valt att presentera ett större antal citat i resultatet, detta för att stärka studiens trovärdighet men även för att läsaren ska få ett djupare perspektiv till den vetenskapliga processen. Förvisso ger författaren det sagda ordet större utrymme jämfört med andra liknande studier, men det är inte i syftet att komplicera läsandet utan författaren anser att det snarare berikar läsarens upplevelse än försvårar det.

En negativ aspekt till detta kan naturligtvis vara att för stora delar av intervjuerna presenteras och att det kan vara lättare att härleda citaten till enskild person, men efter diskussion med handledare och personligt övervägande upplever författaren att så inte fallet.

## **Resultatdiskussion**

Denna studie beskriver hur sjuksköterskor upplever mötet med patienter på en akutmottagning. Diskussionen kommer att presenteras utifrån de stora frågeställningarna, ett gott möte och ett mindre gott möte största faktorerna som påverkade ifall mötet med patienten blev gott eller mindre gott.

### **Då patienten känner sig sedd**

Att se patienten och göra denne delaktig i vården beskriver sjuksköterskorna i studien som en väg till att skapa det goda mötet. Utan synliggörandet blir mötet till ett dåligt möte där patienten kan uttrycka sin maktlöshet i form av ilska, irritation och oro.

En studie av Frank, Asp och Dahlberg (2008) gjord på en akutmottagning, lyfter vikten av att patienten deltar i sin vård och de positiva följder detta får. Deras resultat visar hur viktigt det är att sjuksköterskan synliggör patienten för att ett vårdande möte ska uppstå. Det visade sig att patientens deltagande i sin vård berodde till största delen på hur villig sjuksköterskan var att släppa in patienten och inte tvärtom. Här har sjuksköterskor stor makt att påverka för en bättre vård då det visade sig att patienterna

upplevde högre känsla av hälsa desto mer delaktig denne var i sin vård. Deltagandet visade sig i och med att sjuksköterskan försökte få patienten införstådd med dennes situation samt med akutens rutiner, där bland annat väntetider lyftes. Detta skedde både med muntlig och skriftlig information. Det sjuksköterskan förväntade sig tillbaka var förståelse och lydnad. När patienten krävde delaktighet handlade det främst om att de var arga, irriterade eller då de inte kände sig sedda.

### **Lyckosam kommunikation**

Att anpassa kommunikationen lyfte sjuksköterskorna i studien som en viktig aspekt till att en lyckad kommunikation skedde mellan dem och patienten. Här var det viktigt att beakta kulturella aspekter och att åldern på patienten spelade in. Att informera patienten ansågs som en av de absolut viktigaste aspekterna för skapandet av ett gott möte. Det var i detta möte som ett förtroende för sjuksköterskan skapades, därför behövde full närvaro ges till patienterna för att samspelet skulle vara lyckosamt.

Som Frank *et al.* belyser upp i sin studie att det är i denna gemensamma kommunikation som patienten blir bemött holistiskt och inte blir objektifierad, som den med armfrakturen. Vid den ömsesidiga delaktigheten spelade den verbala och icke-verbala kommunikationen stor roll och även hur pass duktig sjuksköterskan var att tolka kommunikationen. Att båda parter är närvarande lyfts, att den lyckosamma tvåvägskommunikationen var ett resultat av att båda parter var med kropp och sinne närvarande i den aktuella situationen. När sjuksköterskan visar att denne är närvarande och lyssnar på det patienten har att säga, så inger detta mod i patienten att våga fråga frågor. Då sjuksköterskan var närvarande och tolkade det som patienterna delgav gjorde de per automatik deltagande i vården.

Bristande kommunikation med patienten eller till kollegor var en komponent till att det dåliga mötet uppstod. Att inte lyckas informera patienten på ett tillfredsställande sätt eller att orsaka problem när missförstånd uppstod mellan kollegor var två stora faktorer. I sin studie beskrev Patterson, Pfeiffer, Weaver, Krackhardt, Arnold, Yealy och Lave (2013) hur en akutmottagning är en högrisk miljö för patienter, främst på grund av att dålig kommunikation kollegor leder till missförstånd och i värsta fall medicinska felbehandlingar och men för patienten. De menar att en bra förståelse för hur kommunikationen fungerar på en akutmottagning saknas. I en sådan hektisk miljö där



patientflödet inte är något som kan kontrolleras samt arten av patienters medicinska tillstånd, behövs kunskapen i hur man kommunicerar bäst och förståelsen till varför det är viktigt. Med hjälp av en Social Nätverks Analys (SNA) visade sig mönster i hur kollegorna kommunicerade och interagerade. Då kommunikationsmönster identifieras skulle det kunna visa vart och i vilka situationer problem uppstår, för att då kunna påverka detta och då kunna öka patientsäkerheten.

### **Professionellt vårdande**

I studien framkommer det att sjuksköterskorna upplevde att det professionella bemötandet var en nyckelkomponent till om det skapades ett gott möte. När det inte agerades professionellt blev patienten lidande och det dåliga mötet uppstod. Att visa respekt för patientens autonomitet och egenvärde uttrycktes som viktiga vägar till att kunna ge en holistisk vård. Sjuksköterskan försökte lägga sina egna personliga värderingar åt sidan för att kunna möta patienten med dennes förutsättningar i första rum.

Syftet med studien av Wiman & Wikblad (2004) var att belysa vårdande och icke vårdande möten på en akutmottagning. Där reflekterar de kring hur humanistiskt vårdande möten kan liknas vid professionellt vårdande möten. Det professionella vårdandet handlar om att stärka patienten och bidrar till välmående och hälsa. Ett möte mellan sjuksköterskan och patienten är mer än en intellektuell medvetenhet, att kunna kommunicera verbalt och icke-verbalt, utan det handlar om att kunna se patienten som en unik individ. De menar att för det vårdande mötet ska kunna skapas behövs tre huvudsakliga element inom den professionella omvårdnaden; kompetens, vårdande och kontakt. Inom området kompetens finns förmågan att lyckas stärka patientens egna resurser, att kunna utbilda människor, att kunna ta beslut och att vara handlingskraftig. Med vårda menas att ha en öppensinnad inställning för andra, att vara genuint bekymrad för patienter, att vara engagerad, att kunna skilja mellan att vara personlig och privat. Att lyckas skapa en personlig kontakt med patienten, så att denne känner att den kan be om hjälp och kunna ta emot den. Wiman och Wikblad (2004) menar endast då ett förtroende finns från patientens sida till sjuksköterskan kan den personliga kontakten skapas.

Deras studie framkom att de tre huvudorsakerna till att ett möte inte blev vårdande var inkompetens, bristande tilltro och ingen personlig kontakt. Detta ledde till att patienterna ansåg sjuksköterskorna vara okänsliga och respektlösa. En professionellt vårdande sjuksköterska ska, menar de, ha förståelsen till att patienter känner sig utlämnade och maktlösa på en akutmottagning, och att då kunna tolka och förutse deras behov i denna okända miljö där de är helt beroende av sjuksköterskan. De poängterar även vikten av en ödmjuk attityd hos sjuksköterskan samt att denne kan kommunicera öppet med patienten. De negativa aspekterna när det ovårdande mötet uppstod på akutmottagningen i deras studie, var då sjuksköterskan inte tillgodosåg patientens psykologiska behov. För att kunna skapa ett vårdande möte behöver sjuksköterskan på en akutmottagning kunskapen att kunna vara närvarande, god kommunikatör, kunna använda alla sina sinnen för att kunna växla mellan det medicinska perspektivet och det humanistiska.

Kanske har erfarenhet en stor påverkan i uppfattningen om att vårda, särskilt på en akutmottagning där studier visar att de medicinska momenten dominerar sjuksköterskans tänk. I en studie av Walsh och Dolan (1999) framkom det att sjuksköterskor på en akutmottagning utför en mindre holistiskvård än sjuksköterskor generellt. Attityden hos de erfarna sjuksköterskorna i studien på akutmottagningen var i en holistisk anda och ur de berättelser de beskrev.

## **Stressens påverkan**

Något som inte markant framkom i studien var stressens påverkan på mötet med patienten utan det beskrevs kontinuerligt hur det goda mötet kunde uppnås trots hektiska omständigheter. Många studier har gjorts kring stressen på akutmottagningar och hur det påverkar sjuksköterskan.

Kilcoyne och Dowling (2007) beskriver frustrationen sjuksköterskor på en akutmottagning upplever, känslor av ilska, att inte bli värdesatt, maktlöshet i rollen som vårdare och hur det leder till en bristande vård och empati för patienten. Mycket av de negativa aspekterna som sjuksköterskorna upplever kan relateras till den hektiska arbetsmiljö och stress på akutmottagningen, däribland oro, rädsla, frustration och bristande känsla av säkerhet. Sjuksköterskorna såg sitt jobb som att främst ge patienten den medicinska vården och att den holistiska vården mest såg som en utopi. När akutmottagningen var hektisk var en av strategierna som sjuksköterskorna använde sig

av för att försöka tillfredsställa patientens behov, att de kikade in hos patienten i all hast bara för att de skulle känna sig sedda och inte bortglömda. De prioriterade dock en snabb vård för patienten än att försöka tillfredsställa deras psykologiska behov.

Deras resultat pekar på hur sjuksköterskor på en akutmottagning upplever hur den stressfyllda atmosfären försvårar en holistisk omvårdnad av patienten. Även hur logistiken på akutmottagningen försvårar mötet med patienten då det ofta är brist på plats. Att brist på privathet för patienten så som ett eget rum, brist på den personliga sfären försvårar givandet av en holistisk vård, då tillgodoseendet av individuella behov inte kan mötas. Sammanfattningsvis visade deras studie på en frustration hos sjuksköterskorna, bristen på plats, känslan av maktlöshet och oförmågan att kunna ge en vårdande omvårdnad till patienten. Detta var till bidragande faktorer till en känslomässig utmattning och även en fysisk utbrändhet sjuksköterskorna upplevde. Healy, S. & Tyrrell, M. (2011) beskriver hur akutmottagningens personal upplever olika former av stress under arbetspassen och att detta leder till försvårandet av att kunna ta hand om patienterna. Att stressen även försvårar samarbetet mellan kollegor och påverkar ens personliga förutsättningar negativt. Utbrändhet och emotionell utmattning är följderna om personalen inte får hjälp att hantera stressen på arbetsplatsen. Resurserna hos en bra sammanhållning i arbetsgruppen, chefers stöd i stresshanteringen och bättre utformad arbetsmiljö ger positiva följder för samtliga inblandade.

## **Slutsats**

De två största faktorerna som påverkar ifall mötet med patienten blir gott eller dåligt, är hur pass lyckosam kommunikationen dem emellan blir eller hur pass professionell sjuksköterskan beter sig. Vissa aspekter kan sjuksköterskorna inte påverka så som arbetsbörda eller antal kollegor under passet etc.

Men det som framgår är en stolthet i att lyckas skapa ett gott möte och en skuld känsla när det har blivit dåligt.

Att sjuksköterskan hela tiden försöker sträva efter det goda vårdande mötet i alla lägen, men kan ibland av olika anledningar inte hålla det professionella arbetssättet intakt som då tyvärr får negativa följder.

Att sjuksköterskan är beroende av en trygghet kompetenta kollegor utgör, i den stundtals kaotiska arbetsmiljön där det kan handla om liv och död.

## Klinisk betydelse

- För personalen kommer det att ges en möjlighet att se sina upplevelser i ett större sammanhang.
- För verksamheten kan det vara en viktig källa till insikt över hur de anställda upplever möten med patienter och kan skapa möjligheter till dialog dem emellan och vara bidragande till att kvalitetsutveckla verksamheten.
- För sjuksköterskestudenter är förhoppningen att denna studie ska ge ökad kunskap och förståelse för det vårdande mötet, insikt i deras kommande profession och hur framtida kollegor resonerar och reflekterar. Möten med patienter är centralt i studenternas framtida yrke, vilket också understryker vikten av kunskap inom området.
- Denna studie kan ses som en väg till vidare forskning, som belyser vikten av förhållningssätt, kunskap och professionalitet vid möten med patienter som för mig är det centrala i sjuksköterskeyrket.
- På vissa akutmottagningar anställs i stor utsträckning nyexaminerade sjuksköterskor. Detta skulle kunna ligga till grund för material som en nyanställd sjuksköterska på en akutmottagning skulle få ta del av. På så vis kunna hjälpa denne till att kunna ge ett bättre bemötande till patienten och en bättre vård snabbare.

## Förslag på vidare forskning/utveckling

Forskning kring patientmöten på akutmottagningar är relativt outforskat. Det är av stor vikt att mer forskning görs för att öka möjligheterna till att goda möten skapas och att då bättre vård kan ges till patienterna.

Framtida forskning skulle kunna fokusera på hur patienterna upplever mötet på en akutmottagning och på så vis ge mer helhetssyn på hur goda möten ska formos. En fördjupad kunskap kan då erhållas, då både patient och personalens upplevelser speglas.

## REFERENSER

- Andersson, S-O. (2007). Mötet och samtalet. I B. Fossum. (Red.), *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården* (ss. 101-134). Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber AB.
- Dahlberg, K. (2002) Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*. 63 (22) 4-8.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1997[1987]). *Vårdandets idé*. (1. uppl.) Stockholm: Liber AB.
- Frank, C., Asp, M. & Dahlberg, K. (2008). Patient participation in emergency care – a phenomenographic analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2555-2562.
- Fossum, B. (2007)(Red.). *Kommunikation : samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Galvin, K. (2010). Revisiting caring science: some integrative ideas for the 'head, hand and heart' of critical care nursing practice. *Nursing in Critical Care*. 15(4). 168-175.
- Graneheim, U-H & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112
- Golder, D-J. (1993). Reflections: The power of touch. *American Journal of Nursing*. 93(6) 88.)
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2011). Stress in the emergency departments: Experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*. 19(4) 31-37
- Hwang, J. & Chang, H. (2010). Understanding non-emergency patients admitted to hospitals through the emergency department for efficient ED functions. *Journal of Emergency Nursing*. 36(3) 196-202.
- Institutionen för Svenska Språket (Göteborg) Svenska Akademin (Stockholm) (2009). *Svensk ordbok: utgiven av Svenska Akademin / [1] A – L*. (1. uppl., 1. tryck.) Stockholm: Norstedt.
- Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T. & Eriksson, K. (2008). ”Då pt lider av vården, vårdarens gestaltning av pt lidande”. *Vård i Norden*. 88 (28) 4-8.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kilcoyne, M. & Dowling, M. (2007). Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Nursing*. 25(2), 21-27.

Lantz, A. (2007). *Intervjumentodik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Malmsten, K. (Red.). (2007). *Etik i basalomvårdnad: I någon annans händer*. Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning: Om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M. & Dahlberg, K. (2001). Pre-understanding and openness – a relationship without hope?. *Scand J. Caring Sci*. 15, 339-346.

Patterson, D., Pfeiffer, A., Weaver, M-D., Krackhardt, D., Arnold, R., Yealy, D. & Lave, J-R. (2013). Network analysis of the team communication in a busy emergency department. *BMC Health Services Research* 2013, 13:109 , 2-12.  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/109>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pytel, C., Fielden, N-M., Meyer, K-H. & Albert, N. (2009). Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 35(5) 406-411.)

Roxberg, Å., Eriksson, K., Rehnsfeldt, A. & Fridlund, B. (2008). The meaning of consolation as experienced by nurses in a home-care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 1079-1087.

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K.

Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2011) Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18284/2011-3-36.pdf>

Stier, J. (2007). *Kulturmöten*. Lund: Studentlitteratur.

Talseth, A-G., Gilje, F. & Norberg, A. (2003). Struggling to become ready for consolation: experiences of suicidal patients. *Nursing Ethics*. 10(6) 614-623.

Taylor, C. & Bengert, J-R. (2004). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*. 21, 528-532.

Trout, A., Magnusson, R. & Hedges, J-R. (2000). Patient satisfaction investigations and the emergency department: What does the literature say?. *Academic Emergency Medicine*. 7(6) 695-709.)

Vetenskapsrådet (2011). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vällingby: Elanders Gotab.

Walsh, M. & Dolan, B. (1999). Emergency nurses and their perceptions of caring. *Emergency Nurse*. 7, 24-31.

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

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård: Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

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





## Etisk självgranskning av studentprojekt vid Röda Korsets Högskola

### Diskussionspunkter

1. Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (enligt PUL eller **personuppgifter** om lagöverträdelser mm.) där deltagarna inte uttryckligt givit sitt samtycke?
2. Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som ej avviker från rutinerna men som är ett led i projektet)?
3. Är syftet med undersökningen att fysisk eller psykiskt påverka forskningspersonerna (t.ex. behandling av övervikt)?
4. Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov eller PAD)?
5. Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, dementa eller psykiskt handikappade liksom personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?
6. I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår (mörka inget men överdriv ej heller farorna). Minderårig skall i allmänhet ha målsmans godkännande (t ex enkäter i skolklasser).
7. Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.
8. Eventuellt upprättande av personregister (där data kan kopplas till fysisk person) är anmält till registeransvarig person på RKH (PUL-ansvarig).
9. Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för deltagarnas säkerhet är namngivna (prefekt, verksamhetschef eller motsvarande).

### Ovanstående frågor är noga penetrerade

Stockholm den **dag månad år**

Studentens signatur

**Namnförtydligande**

Handledares signatur

**Namnförtydligande**

Bilagor (hämtas under ”Aktivitets dokument” i PingPong :

- Brev till verksamhetschef/motsvarande
- ”Mini”-PM (Projektplan max 2 sidor att bifoga brev till verksamhetschef/motsvarande
- Patient/deltagarinformation
- Övriga ev. bilagor: \_\_\_\_\_



**Till verksamhetschef vid  
AKM på .....**

**Förfrågan angående genomförande av mindre vetenskaplig studie.**

Jag, Jessica Warnebo, är sjuksköterskestudent och studerar vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete, en Kandidatuppsats, inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap i form av en uppsats på 15 högskolepoäng. Jag avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet.

Preliminärt namn på studien är: Sjuksköterskors upplevelser av möten med patienter på en akutmottagning.

Studiens syfte är: Att beskriva hur sjuksköterskor på en akutmottagning upplever möten med patienter.

Datansamlingen kommer att ske med hjälp av öppna intervjuer.

Jag kommer att intervjua 4-6 stycken sjuksköterskor med minst 3-5 års yrkeserfarenhet som sjuksköterska på en akutmottagning. Intervjutiden kommer att vara mellan cirka 15-30 minuter och kommer att spelas in med hjälp av en bärbar inspelningsapparat.

Tidsplan: Datansamlingen planeras starta 2011-09-12 och vara avslutad 2011-09-26.

Jag förbinder mig att skriftligt och muntligt informera de tillfrågade sjuksköterskorna. Vidare förbinder jag mig att handskas konfidentiellt med insamlad data. Det är endast min handledare, Els-Marie Andrée Sundelöf, som kommer att ha tillgång till avidentifierat material. Från samtliga sjuksköterskor kommer det inhämtas ett informerat samtycke inför deltagande i undersökningen. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och enheter ej kan identifieras. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter.

Jag ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid .....

Stockholm 2011-08-30

Studentens signatur  
Namnförtydligande                      Jessica Warnebo

Handledares signatur  
Namnförtydligande                      Els-Marie Andrée Sundelöf  
Mail-adress                                      ande@rkh.se

Examinatorns signatur

Namnförtydligande                      Mai Leander  
Mail-adress                                      leam@rkh.se



## Intervjufrågor

Sjuksköterskorna ombeds berätta om ett gott möte och ett mindre gott möte med patienter som på eget initiativ uppsökt en akutmottagning för vård. Under intervjun kommer eventuellt frågor att ställas för förtydligande av berättelsen. Exempel på följdfrågor är:

- Hur tänkte du då?
- Kan du precisera dig?
- Hur reagerade du då?
- Varför tror du att det blev så?
- Etc..

Intervjuerna kommer att analyseras med en kvalitativ innehållsanalys.



2011-09-13

## Deltagandeinformation

### Förfrågan om medverkan i undersökning

Jag är sjuksköterskestudent som studerar vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap i form av en uppsats på 15 högskolepoäng.

Jag avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Sjuksköterskors upplevelser av möten med patienter på en akutmottagning.

Studiens syfte är: Att beskriva hur sjuksköterskor på en akutmottagning upplever möten med patienter. Jag vill därför tillfråga dig om att delta i denna intervjuundersökning.

Intervjun tar ca 15-30 minuter att genomföra. Dina svar/resultat kommer att behandlas anonymt och konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ökad kompetens hos sjuksköterskestudenter och ett förbättrat patientomhändertagande. Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till mig Jessica Warnebo som utför studien eller till min handledare Els-Marie Andrée Sundelöf.

Studentens signatur

Deltagarens signatur

Namnförtydligande  
Mail-adress

Jessica Warnebo  
[jewahk09@rkh.se](mailto:jewahk09@rkh.se)

Namnförtydligande

Handledares signatur

Namnförtydligande  
Mail-adress  
Telefonnummer

Els-Marie Andrée Sundelöf  
[ande@rkh.se](mailto:ande@rkh.se)  
08 58751640

Röda Korsets Högskola  
Box 55 676  
102 15 Stockholm  
Tel. 08 58751600





**Tabell över exempel från analysprocessen**

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subtema	Tema
..och att man använder ett enkelt språk. Vad man nu ska säga, att man tänker på att det är enkelt när vi pratar. Man behöver inte använda svåra ord utan enkelt språk att prata med.	Använder ett enkelt språk utan svåra ord	Språk	Det verbala språket	Kommunikation
..och om man säger direkt så här att det här kommer att ta tid, det du söker för är inte akut och att du kommer inte att få träffa doktorn direkt, då accepterar de det. Men det är ju mycket upp till mig att jag säger det. För jag måste ju också vara tydlig.	Att tydligt säga sanningen till patienten och då accepterar patienten det.	Sanningssägande information	Att informera	Kommunikation
..och hon är otrevlig, hon är fysisk och tack och lov så dängade hon ju inte till oss. Och hon börjar hävda att vi behandlar henne illa, men vi har ju faktiskt inte gjort någonting illa...Så jag började där och då bli irriterad på henne framför allt för att hon far ut mot oss och klankar ner på oss och på vår behandling av henne.	Hon är otrevlig, aggressiv och hävdar att hon blir dåligt behandlad när så inte är fallet, då börjar jag bli irriterad på henne när hon far ut mot oss och klankar ner på oss och på vår behandling.	Irritation	Mötet med upprörda patienter	Professionalitet
Även fast en bröstsmärta kanske inte visar sig vara en hjärtinfarkt eller att andningsproblemet inte visar sig vara något allvarligt så vill man ju ändå bli tagen på allvar och bli sedd och det tyckte jag att jag lyckades med. Vad de uttryckte i alla fall. Ja innan de gick så tackade de ändå för allt vi hade gjort och för bemötandet och att det kändes bra även fast de fick vänta länge så kände de att vi tog oss tid.	Att patienten vill bli sedd och tagen på allvar oavsett ifall besöksorsaken visade sig vara en akut åkomma.	Inställning	Professionellt förhållningssätt	Professionalitet