



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

PATIENTERS VÅRDLIDANDE I MÖTET MED VÅRDPERSONAL PÅ AKUTMOTTAGNING

Lina Bergqvist
Martin Jarl

C-uppsats
Vårdvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet
Februari 2009

Gunilla Borglin
Ann-Solveig Olofsson
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

PATIENTERS VÅRDLIDANDE I MÖTET MED VÅRDPERSONAL PÅ AKUTMOTTAGNING

LINA BERGQVIST
MARTIN JARL

Bergqvist, L & Jarl, M. Patienters vårdlidande i mötet med personal på akutmottagning. *Examensarbete i Vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2009.

Bakgrund: Sjuksköterskans arbete på akutmottagning präglas av hög medicinsk kompetens och effektivitet. Tiden patienten får med vårdpersonalen är ofta kort och intensiv och patientens behov av psykosocial omvårdnad, som i regel är stort, kan inte alltid tillgodoses. Vårdlidande är det lidande som skapas av vårdgivaren på grund av felbehandlingar, långa väntetider men främst i vårdrelationen mellan patient och vårdpersonal. **Syfte:** Belysa patienters vårdlidande i mötet med vårdpersonal på akutmottagning. **Metod:** En litteraturstudie med granskning av åtta stycken kvalitativa forskningsartiklar. **Resultat:** Vårdrelationen avgör om patienten upplever vårdlidande i mötet mellan patient och vårdpersonal. Studien visar vilka brister i vårdrelationen som förekommer på akutmottagning. **Slutsats:** Kan vårdpersonal undvika dessa brister så kan en fungerande vårdrelation skapas vilket är nödvändigt för att minimera patienternas vårdlidande.

Nyckelord: Vårdlidande, vårdrelation, möte, akutmottagning, patient, vårdpersonal.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	4
BAKGRUND	4
Det etiska patientperspektivet	4
Akutmottagning	4
Teoretisk referensram	5
Livsvärld	5
Det vårdande mötet	5
Vårdrelationen	6
Vårdlidande	6
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling	7
Dataanalys	7
RESULTAT	8
Vårdrelation	9
<i>Brist på omvårdnad</i>	9
<i>Oförmåga att agera professionellt</i>	9
<i>Oengagemang</i>	10
<i>Otrygghet</i>	10
<i>Brist på kommunikation/information</i>	10
<i>Brist på helhetssyn</i>	11
<i>Objektifiering</i>	11
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	13

SLUTSATS	15
REFERENSER	16
BILAGOR	18
Bilaga 1. Artikelsökning	18
Bilaga 2. Artikelöversikt	19

INTRODUKTION

När patienter kommer till akutmottagningen är det ofta deras första kontakt med vården och tiden de får med vårdpersonalen är mycket kort och intensiv (Wikström, 2006). Effektivitet och hög medicinsk kompetens är signifikativt för arbetet på en akutmottagning och även om patientens behov av psykosocial omvårdnad i regel är stort är det inte alltid som vården klarar av att bemöta detta (Nyström, 2003). Forskning visar att den psykosociala omvårdnaden är en stor faktor i hur patienten bearbetar sina erfarenheter av vårdtiden (Attree, 2001).

Enligt Nairn och kollegor (2004) finns det en avsaknad av kvalitativ forskning på patienters upplevelser av akutsjukvård. Det magra utbudet av kvalitativ forskning som de tagit del av, sågs som en välbehövlig nyans till den kvantitativa forskningen som existerar på området. De anser vidare att de statistiska metoder som används inom kvantitativ forskning inte fullt ut klarar av att spegla patientens hela upplevelse av vårdtillfället.

BAKGRUND

Det etiska patientperspektivet

Enligt Hälso- och Sjukvårds Lagen (HSL, 1982:763) har hälso- och sjukvårdspersonalen speciella riktlinjer och bestämmelser att följa. Där står tydligt att målen för hälso- och sjukvård är en god vård på lika villkor för alla och den ska innefatta respekt för människors lika värde och självbestämmande. Det är patienten i störst behov av vård som ska ges företräde (a.a).

Enligt Dahlberg och kollegor (2003) vilar det etiska perspektivet på en värdegrund som bör kännetecknas av integritet och värdighet. Patienten ses som den främsta experten på sitt lidande, sin livssituation och sitt välbefinnande. Vårdpersonalens förmåga att förmedla det etiska patientperspektivet i mötet med sjukvården avgör hur patienten känner fortsatt förtroende inför vården.

Det ofta snabba händelseförloppet på en akutmottagning medför att patientens både självklara och lagstiftande rätt att råda över sin vårdssituation riskerar att försvagas eller försvinna (Bruce och Lind, 1991).

Akutmottagning

En akutmottagning är en enhet som är avsedd för människor med akut skada eller sjukdom. Mottagningen är oftast indelad i olika kliniker och den vanligaste indelningen är medicin, kirurgi och ortopedi. Akutmottagningen är en central enhet i sjukvården. Härifrån samverkar de med de flesta andra sjukvårdsenheter så som andra sjukhus, övriga avdelningar, ambulans, vårdcentraler, laboratorium, SOS-alarm, röntgen med flera. De flesta patienter som ligger på sjukhus har oftast haft någon kontakt med akutmottagning (Wikström, 2006).

Antalet besök varierar kraftigt på mottagningen. Tidpunkten med flest patienter är generellt högre på eftermiddagen och under kvällen, för att senare avta framåt morgontimmarna. Helgerna brukar innebära fler patienter, liksom skolavslutningar, midsommarfirande, första halkan eller vid löneutbetalning. Här är ingen dag den

andra lik och personalen träffar många olika patienter under intensiva och korta perioder (a a).

På akutmottagningen arbetar olika personalkategorier innefattande undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Sjuksköterskorna har antingen grund- eller specialistutbildning och det finns olika specifika inriktningar lämpade för en akutmottagning, till exempel intensivvård och anestesi, eller med koncentration lagd på akut- och olycksfallssjukvård (Wikström, 2006). Idealet för akutens vårdpersonal är att skapa en miljö av respekt och trygghet, där den akut sjuka patienten kan ge uttryck för sin rädsla och ångest. Det är vårdpersonalen som måste ta initiativ och uppmuntra till kommunikation för att få det utbyte av känslor och information som krävs för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad (Kelly, 2005).

Teoretisk referensram

Som referensram har Katie Eriksson teori valts då hennes syn på lidande ansågs lämplig. Eriksson (1994) hävdar att lidande är en oundviklig del av livet. Enda sättet att finna mening i sitt lidande är att försonas med det. Vidare menar Eriksson (1994) att målet för all omvårdnad är att minska fysiskt eller psykiskt lidande och främja välbefinnande. Det finns olika former av lidande. Livslidande är något som upplevts av de flesta individer till exempel på grund av de höga kraven som ställs från samhället eller på grund av stress. Sjukdomslidande är något som orsakas av ohälsa eller specifik sjukdom. Den tredje formen, vårdlidande är ett meningslöst lidande skapat av vården. Ett syfte med vårdandet är att ge lidandet en mening. En förutsättning för att lyckas med det är att det finns en fungerande vårdrelation mellan patient och vårdare.

Livsvärld

Så länge vi människor lever är livsvärlden något som vi aldrig kan komma ifrån, det är något som omedvetet tas för givet. Om en patient lever med en benprotes ska detta inte endast ses som en mekanisk och konstgjord ersättning för en förlorad kroppsdel. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är detta något som erfars av patienten och påverkar dennas livs-, hälso- och vårdsituation. Vårdandet ska fokuseras på patientens livserfarenhet, deras sätt att se på livet och hur individen i fråga upplever sitt lidande, sin hälsa eller ohälsa och sitt välbefinnande. Under mötet med vårdtagaren är det viktigt att vårdaren låter patienten visa vad lidande innebär för just honom/henne, eftersom varje människa är unik (Dahlberg m fl, 2003).

För att på bästa sätt kunna ge god omvårdnad krävs det att vårdpersonalen känner till innebörden av det vårdvetenskapliga begreppet livsvärld (Dahlberg m fl, 2003). I en studie av Nyström (2002) antar akutsjuksköterskor en skeptisk hållning till att implementera vårdvetenskap i sitt praktiska arbete. Medicinteknisk kompetens och förmågan att assistera läkarna var enligt sjuksköterskorna grunden i deras yrkesutövande. Vidare menar Nyström (2002) att livsvärlden och helhetssynen, under dessa förhållanden, riskerar att förbises.

Det vårdande mötet

Mötet med sjuksköterskan på akutmottagning är ofta kort. Om sjuksköterskan klarar av att se patientens lidande under denna korta tid, kan mötet ändå bli givande (Dahlberg m fl, 2003). Det är viktigt att akutsjuksköterskor reflekterar över varje möte, annars finns en risk att patienter med mindre skador behandlas rutinmässigt och med en avsaknad av helhetssyn (Walker, 1996).

Lidandet som skapas i det mänskliga mötet eller i vårdrelationen beskriver Eriksson (1994) genom begreppet lidandets drama. Den lidande människan (patienten) träder in i dramat i den skepnad som han/hon vill gestalta och söker en motspelare. Vårdaren som försöker minska lidandet blir en medaktör. Om inte vårdaren klarar av att svara upp mot de förväntningar patienten har på lindrat lidande, blir lidandet obekräftat, och patienten byter roll. Det vill säga att lidandet späds på och får en annan gestaltning.

Lidandets drama beskrivs genom tre akter; *Bekräftandet av lidandet*, *Själva lidandet* (tid och rum att få lida ut) och *Försoningen*. Bekräftandet av patientens lidande sker genom att vårdaren ser och uppmärksammar vilka förväntningar patienten har på det vårdande mötet. Varje lidande behöver få tid att lida ut. Det lidande, som vården allt för snabbt finner orsaker till, hindrar patienten att bearbeta sitt lidande. Försoningen innebär att finna mening i sitt lidande och göra det till en del av en levd erfarenhet. Vägen till försoning är individuell (Eriksson, 1994).

I det vårdande mötet måste sjuksköterskan bortse ifrån tidigare vårderfarenheter och vara öppen för att bemöta en ny individ (Dahlberg m fl, 2003).

Vårdrelationen

I en vårdrelation blir vårdaren delaktig i patientens lidande och genom att hålla en hand och finnas till ökar möjligheterna för patienten att nå välbefinnande och uppleva en känsla av värdighet (Eriksson, 1994). Vårdrelationen bygger på att vårdaren har förmåga att sätta sig själv och sina behov åtsidan, för att ge patienten full uppmärksamhet och engagemang. Lika viktigt som att vårdaren lär känna patienten är det att patienten lär känna vårdaren. Patienten behöver få klarhet i hur vårdaren bemöter dennes behov. Trygghet skapas genom att patienten känner att en god omvårdnad består, oavsett vilka känslor eller behov han/hon uttrycker. Det finns en rad hinder för att utveckla en fungerande vårdrelation. Här nämns faktorer som tidsbrist, rädsla att bli för involverad och osäkerhet ifrån vårdarens sida. Ansvaret för vårdrelationen ligger alltid hos vårdaren. Relationen mellan patient och vårdare kan leda till att patienten får svårigheter att uttrycka/erkänna sitt vårdlidande på grund av den beroendeställning som patienten befinner sig i (Dahlberg m fl, 2003).

Vårdlidande

Vårdlidande är lidande som framkommit på grund av vården, antingen sprungen ur vårdrelationen eller ifrån omständighet i vården, så som felbehandling eller väntetider (Dahlberg m fl, 2003). Vårdrelation, kommunikation och information är viktiga grundpelare för att vårdlidandet inte ska uppstå i mötet med vårdpersonalen. Lika viktigt som att minska fysiskt och psykiskt lidande är det att koncentrera sig på patientens välbefinnande. Förhållandet mellan välbefinnande och lidande kan ses som en kamp för hälsa. För att nå välbefinnande förutsätts att patienten först och främst vågar erkänna sitt lidande (Eriksson, 1994).

Trygghet i tillvaron har en stark relation till hur människan upplever lidande. När en sjukdom hotar individens vardagstillvaro uppstår otrygghet och en önskan att återställa tryggheten. Trygghet under sjukdom kan uppnås genom att individen har kunskap om sitt tillstånd och sina förutsättningar. Bristande information, svårigheter att förstå personalens agerande, obegripligheter i vårdmiljön är exempel på otrygghet som kan leda till vårdlidande (Dahlberg m fl, 2003).

Om vårdpersonalen under det korta mötet lyckas lindra delar av patientens lidande möjliggör detta en upplevelse av att känna välbefinnande och en möjlighet att finna mening i sitt lidande efter sjukdomsförloppet (Eriksson, 1994).

Vårdpersonal som arbetar på akutmottagning tvingas hålla flera bollar i luften, de medicinskt avancerade uppgifterna parallellt med omvårdnadsuppgifter. Problemet i detta är att de medicinska arbetsuppgifterna får en högre prioritet av vårdpersonalen på grund av det akuta läget och deras höga medicinska kompetens, vilket i sin tur kan leda till att omvårdnaden/bemötandet sätts i andra rummet (Nyström, 2003).

SYFTE

Syftet med studien är att belysa patienters vårdlidande i mötet med vårdpersonal på akutmottagning.

METOD

Datainsamling

Metoden som använts för studien är litteraturstudie av kvalitativa vetenskapliga artiklar beskriven enligt Friberg (2006). De vetenskapliga artiklarna söktes via databaserna Cinahl, PubMed och Medline, via Blekinge Tekniska Högskolas hemsida, samt genom manuell sökning. Den manuella sökningen skedde genom granskning av referenslistorna i de artiklar som valdes ifrån databassökningen. Inklusionskriterier för sökningen var artiklar skrivna på engelska och som publicerats internationellt de senaste femton åren. Följande sökord har använts: Nurse-patient relations, communication, emergency department, patients perspectives, information, encounter och nurse. I databassökningen hittades fyra stycken artiklar. Suffering uteslöts som sökord då det inte resulterade i träffar relevanta för studiens syfte. I de sökningar som resulterade i under femton träffar lästes samtliga abstract. I övriga sökningar lästes titlar samt abstract. I de artiklar som höll högst vetenskaplig kvalitet/störst relevans, genomfördes en manuell sökning där referenslistorna granskades, varav tre artiklar tillkom till studien. Ett stort antal artiklar exkluderades eftersom de inte fokuserade på vårdlidande. Sökningen resulterade i åtta stycken artiklar. För att styrka vetenskapligheten granskades artiklarna enligt en checklista för kvalitativa omvårdnadsartiklar (Willman, Stoltz och Bahtsevani, 2006).

Dataanalys

Enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys, skall texten analyseras med fokus på det manifesta innehållet. På så sätt tolkas innehållet inte av läsaren utan den "självklara" meningen med texten synliggörs. Meningsbärande enheter plockas ur texten för att sedan kondenseras, kodas och kategoriseras.

Artiklarna lästes, av båda författarna var för sig, ett flertal gånger, på så sätt skapades en bild av det övergripande manifesta innehållet. Meningsbärande enheter som svarade upp mot studiens syfte markerades med överstrykningspenna, diskuterades, skrevs ned och översattes i ett Word dokument. Därefter kondenserades enheterna så textnära den ursprungliga meningen som möjligt. De kondenserade meningarna kodades för att lättare urskilja det ursprungliga

innehållet. Sju underkategorier och en kategori skapades genom att de kodade kondenserade enheterna sammanställdes i flera separata tabeller, varje underkategori fick var sin tabell med det kondenserade innehållet för varje kategori (Graneheim och Lundman, 2004).

Resultat

Studiens innehållsanalys visade att vårdlidande till största del var sprunget ur vårdrelationen. Därav blev vårdrelationen en naturlig kategori. Underkategoriernas funktion blev då att påvisa vilken typ av brister i vårdrelationen som ledde till vårdlidande. Dessa underkategorier blev sju stycken; brist på omvårdnad, oengagemang, otrygghet, oförmåga att agera professionellt, brist på helhetssyn, objektifiering och brist på information/kommunikation (Tabell 1).

Tabell 1. Exempel på arbetets process för innehållsanalysen:

Meningsbärande enheter	Översättning	Kondensering	Subkategori	Kategori
"You watch a group of nurses discuss their weekend plans...The whole thing took maybe one half hour from beginning to end, but there wasn't one nurse in the entire place who gave a darn." (Wellstood, Wilson och Eyles, 2005).	"Du ser en grupp med sjuksköterskor som under en halvtimme diskuterar sina helgplaner, ingen av dem bryr sig ett enda dugg."	Personalen bryr sig inte.	Oengagemang	Vårdrelation
"I remember being in pain and thinking I wished somebody would come in and tell me what's going on." (Wellstood m fl, 2005).	"Jag kommer ihåg att jag hade ont och att jag önskade att någon skulle berätta för mig vad som hände."	Önskan om information.	Brist på Information/kommunikation	Vårdrelation
They had a feeling of detachment and experienced themselves being considered as an object by the nurses and not as an individual. (Nyström, Nydén och Petersson, 2003b).	Patienterna hade en känsla av utanförskap och upplevde att de blev betraktade som objekt och inte som en individ av sjuksköterskorna.	Patienterna kände sig utanför och objektifierade.	Objektifiering/ utanförskap	Vårdrelation
Holistic, individualized care was seen as an impossible ideal. (Byrne och Heyman, 1997).	Holistic, individualiserad omvårdnad, ansågs som ett omöjligt ideal.	Helhetssyn ansågs omöjligt.	Brist på helhetssyn	Vårdrelation
According to the patients, they sometimes received more information than they wanted about the nurses' stressful situation. (Nyström, Dahlberg och Carlsson, 2003a).	Enligt patienterna fick de ibland mer information än de önskade angående sjuksköterskans stressiga arbetssituation.	Patienterna fick en oönskad inblick i personalens arbetssituation.	Oförmåga att agera professionellt	Vårdrelation

Meningsbärande enheter	Översättning	Kondensering	Subkategori	Kategori
"I took a shower before I went to the ECU, in spite of a severe headache. I know that some nurses can be very critical if the patients are not clean enough" (Nyström m fl, 2003a).	"Trots min svåra huvudvärk tog jag en dusch innan jag åkte till akutmottagningen . Jag vet att sjuksköterskorna kan vara mycket kritiska om patienterna inte tillräckligt rena".	Patienten känner oro för att bli kritiserad av personalen.	Otrygghet	Vårdrelation
"Our patients do not need nursing care, they are just waiting for a medical examination". (Nyström m fl, 2003a).	Våra patienter behöver inte omvårdnad, de bara väntar på medicinsk undersökning.	Personalen förstår inte patienternas behov av omvårdnad.	Bristen på omvårdnad	Vårdrelation

Vårdrelation

Bristen på omvårdnad

I denna studie påvisades i ett flertal artiklar (de som redovisas nedan) brist i omvårdnaden på grund av personalens attityd gentemot omvårdnads uppgifter. Enligt Nyström, Dahlberg och Carlsson (2003) påvisades brist på omvårdnad genom en sjuksköterska som uttryckte att patienterna inte var i behov av omvårdnad då de endast väntade på medicinsk undersökning. En annan sjuksköterska uttryckte:

"The tasks of the nursing aids are more about just caring for patients and not using medical skills, and I think that is very wrong"(Nyström m fl, 2003a, s. 766).

Vidare påvisade artikeln en vårdkultur där fakta, principer och regler på mottagningen stod högre i rang än individuella omvårdnadsbehov (a.a). Patienterna bekräftade enligt Nyström, Nydén och Petersson (2003) denna rangordning då de uppfattade omvårdnad som en mindre stimulerande uppgift för personalen. Enligt Byrne och Heyman (1997), uttryckte en sjuksköterska att när arbetet blev stressigt uppstod brister på omvårdnaden, då var det framförallt det psykosociala stödet som uteblev. Baillie (2005) reflekterade över sitt eget handlande då hon under stressiga förhållanden bortsett från patientens emotionella behov, endast prioriterat den fysiska omvårdnaden och därmed undvikit att inleda en vårdrelation med patienten.

Oförmåga att agera professionellt

Personalen kände sig stressade av patienternas omvårdnadsbehov och ursäktade bristen på omvårdnad genom att upplysa patienterna om sin stressiga arbetssituation och underbemanning. Denna inblick var ofta oönskad ifrån patientens sida. Följden blev att patienterna sänkte sina förväntningar på vården. Mycket av ansvaret för omvårdnaden lades över på anhöriga och personalen koncentrerade sig på de medicinska uppgifterna (Nyström m fl, 2003b).

Trots alla krav och den stress personalen kände gav de ofta det "lilla extra" till de patienter och anhöriga som uttryckte sin tacksamhet. Personalen ansåg att vissa patientgrupper så som psykiskt funktionshindrade och äldre var tråkiga att jobba med. (Nyström m fl, 2003a). Ett liknande synsätt visade sig i Byrne och Heymans (1997) artikel, där personalen uttryckte att den enda intressanta patientgruppen var "major trauma" patienter. Trots att denna patientgrupp utgjorde en mycket liten del

av akutmottagningens besökare, var organisationen och personalen inriktade på att vårda just denna grupp.

”Most nurses who work in casualty like the excitement of, you know, you get a lot of minor stuff but it’s the major stuff that keeps people’s interest.”

(Byrne och Heyman, 1997, s.97).

Oengagemang

Enligt Muntlin, Gunningberg och Carlsson (2005) uttryckte en patient hur han/hon fått ett oengagerat bemötande av sjuksköterskan i receptionen. I detta fanns en önskan från patienten att sjuksköterskan visat mer empati och ansträngt sig för att delge information utan medicinska termer. Patienten kände att dennes ordförråd var otillräckligt. En annan patient i artikeln uttryckte en önskan om att få hjälp med dörrarna då han/hon använde gånghjälpmedel, vilket han/hon inte fått.

Wiman, Wikblad och Idvall (2007) tyckte sig se en avsaknad på empati och engagemang där de utförde sina undersökningar. Detta bekräftar Nyström m fl, (2003b), som i sin artikel uppfattar att ingen eller lite uppmärksamhet lades av personalen på att förstå patienternas behov av psykosocial omvårdnad.

En femtedel av patienterna kände att personalen inte var intresserad av deras livssituation (Muntlin m fl, 2005). Vissa sjuksköterskor lade tid på att förstå patientens behov men de flesta gjorde det inte (Nyström m fl, 2003b). En patient i Wellstood, Wilson och Eyles (2005) artikel såg en grupp sjuksköterskor i korridoren som stod och diskuterar privata angelägenheter i en halvtimme, utan att de verkade bry sig ett dugg om patienterna runt omkring.

Otrygghet

Patienterna i Nyström m fl, (2003a) artikel, skämdes i vissa fall över att uttrycka sina omvårdnadsbehov då de tyckte sig se att sjuksköterskorna hade ”viktigare” uppgifter att ta hand om. Det var också vanligt att patienter undvek att uttrycka behov för att slippa obehag och ogillande ifrån personalen.

”I took a shower before I went to the ECU, inspite of a severe headache. I know that some nurses can be very critical if the patients aren’t clean enough.”

(Nyström m fl, 2003a, s. 765).

Sällan eller aldrig diskuterade patienterna sin besvikelse över vården med personalen utan vände sig istället till anhöriga eller utomstående (Nyström m fl, 2003b).

Brist på information/kommunikation

Både i Wellstood m fl, (2005) och Nyström m fl, (2003b) uttryckte patienter att de känner sig otillfredsställda med den information de fått från personalen under sin behandling.

Wiman m fl, (2004) betraktade en patient, som under behandling sökte ögonkontakt med personalen utan framgång. Ingen av personalen brydde sig om att informera patienten om den fortsatta behandlingen. En femtedel av patienterna i Muntlin m fl (2005) ansåg att de inte fått tillräckligt med information angående egenvård. Enligt Wiman m fl, (2007) rådde brist på information angående praktiska rutiner, så som hemtransport. Som en följd av det behövde praktiska detaljer ofta lösas på patientens initiativ vilket resulterade i att de kände sig besvikna och missnöjda.

En episod i Wiman m fl (2004) videoupptagningar visade hur patientansvarig sjuksköterska i första mötet med patienten, utan att hälsa, frågar om patientens personnummer och sedan tittar på patientens id-band. Patienten fick ingen chans att svara på frågan. I andra artiklar lämnades liknande exempel på personal som endast använde formell kommunikation i samtal med patienterna (Baillie, 2004, Nyström m fl, 2003b).

Brist på helhetssyn

Sjuksköterskorna i artikeln av Byrne och Heyman (1997), uttryckte att stressen konkurrerade ut allt det de lärt sig om helhetssyn och psykosocial omvårdnad. Det övergripande målet blev istället att tillfredsställa de fysiska behoven. Individuell omvårdnad sågs av personalen som ett omöjligt ideal. En annan faktor som påverkade bristen på helhetssyn var när patienten hade korta möten med flera olika sjuksköterskor under vårdtiden.

Patienterna uttryckte en önskan att personalen skulle ha bättre förmåga att utveckla en mer empatisk och personlig vårdrelation (Muntlin m fl, 2005).

”More personal treatment. That someone asks you how it feels.”
(Muntlin m fl, 2005, s. 1052).

Objektifiering

Patienterna hade en känsla av utanförskap och upplevde att de blev betraktade som objekt och inte som en individ av sjuksköterskorna. Endast fysisk omvårdnad utfördes och då utan patientens medverkan (Nyström m fl, 2003a).

I en videoupptagning i Wiman och Wikblads (2004) forskning sågs en sjuksköterska, som med folk i närheten och dörren till korridoren öppen, satte en kateter och utförde intim omvårdnad på en fullt medveten patient. Sjuksköterskan kommunicerade under omvårdnaden endast med sin kollega. I en liknande episod uttrycker en patient att han/hon behöver urinera utan att få något gensvar. Patienten var avklädd och under behandling. En sjuksköterska kom och lämnade ett bäcken till patienten, utan att säga ett ord.

Ett bifynd i studien är det lidande patienterna uttryckte över de långa väntetiderna och de långa stunder patienterna kände sig ensamma i vänt- och behandlingsrum. Varför detta inte redovisas i resultatet är p g av att detta vårdlidande inte uppstått i själva mötet med vårdpersonal, men väl i brist på möten.

Diskussion

Metoddiskussion

Studien har genomförts som en litteraturstudie där kvalitativa forskningsartiklar analyserats, såsom Friberg (2006) beskriver. Sökningen av artiklarna skedde i databaserna PubMed, Medline, Cinahl och genom manuell sökning i de funna artiklarnas referenslistor. Målet var att hitta artiklar som belyste vårdrelationer mellan patienter och personal på akutmottagning. Artiklar som fokuserade på specifika patientgrupper uteslöts då syftet i studien var att belysa den generella patientens vårdlidande. Skälet till det valda årtalet var att Katie Erikssons teori om lidandet publicerades 1994 och kunde då ses som ett startskott för vidare forskning angående vårdlidande. Artiklar publicerade före detta årtal uteslöts.

En naturlig svaghet i studien är att författarna analyserar ett resultat som redan tolkats av forskarna. För att behålla en hög validitet har författarna fokuserat på det manifesta resultat innehåll i artiklarna. Det är ändå möjligt att författarna omedvetet gjort en latent tolkning vid kondensering och kategorisering.

Meningsbärande enheter plockades endast ur artiklarnas resultat del, det vill säga citat ifrån patienter/sjuksköterskor eller forskarnas beskrivning av hur patienter/sjuksköterskor agerade eller uttryckte sig. Samtliga artiklar förutom Wiman och Wikblads (2004) artikel, som bestod av videoupptagningar, innehöll citat ifrån personal och patienter vilket gjorde det delvis lättare att utläsa det manifesta innehållet. Alla citat i studien redovisades översatta för att undvika en latent tolkning.

Meningsbärande enheter valdes enskilt ut av författarna med fokus på negativa upplevelser/situationer i relationen mellan patient och vårdpersonal. Enheterna jämfördes mellan författarna och diskuterades för att uppnå samstämdhet. Översättning och kondensering skedde gemensamt. Under diskussion framkom sedan en kategori och sju subkategorier (Graneheim och Lundman, 2004). Författarna ansåg att det endast var nödvändigt med en övergripande kategori, vårdrelationen, då studiens resultat och dess teoretiska referensram pekar på att vårdlidande i mötet är sprunget ur detta begrepp (Eriksson, 1994). Underkategoriernas funktion i studien var att belysa brister i vårdrelationen. Vissa underkategorier blev snarlika varandra, och i resultatdiskussionen sammanfördes dessa i ett mer gemensamt resonemang.

Utbudet av artiklar rörande verksamheten på akutmottagningar var stort, däremot var det endast ett fåtal som svarade upp mot studiens syfte. Åtta artiklar valdes ut skrivna ur patientens och personalens perspektiv. Studien inriktades inte endast på patienters uttalande/tyckande utan även vårdpersonalens, för att få en helhetssyn på de brister som kan uppstå i vårdrelationen.

Det är möjligt att fler relevanta artiklar påträffats om fler databaser inkluderats i sökningen. Fem av artiklarna speglade svenska förhållanden, två var engelska och en var gjord i Kanada. Samtliga artiklar som analyserats var gjorda på akutmottagningar i västerländska förhållanden, som till viss del förklarar samstämmigheten i dem. Resultatet hade eventuellt blivit annorlunda om artiklarna kommit från andra delar av världen. Artikelförfattarna Wiman, Wikblad och Nyström är delaktiga i två artiklar var, möjligen har detta påverkat studiens resultat, då deras förförståelse grundats i tidigare forskning.

Antal deltagare skiljde sig kraftigt i de olika artiklarna. Störst antal deltagare hade Muntlin, m fl (2005) som i deras undersökning, enkätintervjuat 200 patienter. Minst antal hade Baillie (2005) som endast utgick ifrån egna erfarenheter som sjuksköterska och tog endast upp tre episoder/patientfall. I artiklarna Nyström m fl, (2003a; 2003b), verkar urvalet av de elva patienterna vara detsamma, vilket kan ses som en svaghet.

Resultatdiskussion

Enligt omvårdnadsteoretikern Eriksson (1994) är vårdlidande ett onödigt och meningslöst lidande som är oförenligt med vårdens grundtanke. Vården är alltför inriktad på högteknologi, därigenom kan människan lätt glömmas bort och vården blir alltför sjukdomscentrerad. Vidare menar Eriksson (1994) att en fungerande vårdrelation är central för att undvika vårdlidandet. Med stöd av detta lades en stor tyngd i studien på att analysera bristerna i vårdrelationen, för att på så sätt hitta fallgröpor som leder till vårdlidande.

Studiens syfte var att belysa patienters vårdlidande i mötet med vårdpersonal på akutmottagning. Vårdrelationen mellan personal och patient tenderar att vara kort och i många fall saknar den så viktiga ingredienser att den inte är fullt fungerande. Under dessa förhållanden är vårdrelationen en källa till vårdlidande (Nyström, 2003).



Figur 1. Tentativ modell över faktorer som kan ge upphov till vårdlidande.

Studien resulterade i en kategori *Vårdrelation* med sju subkategorier *Bristen på omvårdnad*, *Oförmåga att agera professionellt*, *Oengagemang*, *Otrygghet*, *Brist på information/kommunikation*, *Brist på helhetssyn* och *Objektifiering*.

Bristen på omvårdnad var välkänd av både personal och patienter. Personalen tyckte sig inse att en fullständig fysisk/psykosocial omvårdnad till alla patienter var omöjligt att uppnå. Med denna vetskap utelämnades den psykosociala omvårdnaden delvis/helt eller överläts till anhöriga (Nyström m fl, 2003a), huruvida detta handlar om vårdrelation eller en manifest vårdkultur svarar inte studien på.

Enligt Nyström (2002) visade sjuksköterskor på akutmottagning motstånd att använda sig av vårdvetenskap i sitt dagliga arbete, nyutbildade sjuksköterskor ansågs, av de mer erfarna, ha fått för mycket vårdvetenskaplig kunskap och för lite medicinsk/praktisk kunskap i sin utbildning för att utföra arbetet på akutmottagning.

Sjuksköterskorna definierade sin yrkesroll som mer medicinskt inriktad än omvårdnadsinriktad. Vissa uttryckte till och med att omvårdnad inte borde ingå i

deras arbetsuppgifter (Nyström m fl, 2003a). En fara i detta synsätt är att sjuksköterskan devalveras till att endast bli läkarnas förlängda arm. Vilket i sin tur leder till att sjuksköterskan antar en mer passiv roll, en budbärare av medicinsk vård (Jarvis, 1992).

Trots att sjuksköterskorna såg sin yrkesroll som mer medicinskt inriktade blev de stressade av patienternas behov och krav på omvårdnad. Ett eventuellt omedvetet försvar de använde för att möta denna stress var att delge patienterna information om deras påfrestande arbetsförhållande, vilket ledde till att patienterna sänkte kraven på vården och vårdrelationen (Nyström m fl, 2003b). Enligt Dahlberg m fl, (2003) kan personalens agerande att delge patienterna den här typen av information leda till vårdlidande.

Realiteten att patientgruppen som behövde ett mer medicinskt vårdande var relativt liten, märktes inte på verksamheten och sjuksköterskorna. Det var ändå på denna patientgrupp som fokus lades (Byrne och Heyman, 1997). Vilket kan tolkas som att det var läkarnas grad av involvering som styrde sjuksköterskornas fokus.

Intressant att notera var att när personalen fick uppskattning av patienterna för sitt arbete, tenderade de att ge mer omvårdnad, vilket visade att vårdrelationen inte var helt kravlös ifrån personalens sida (Nyström m fl, 2003a).

Vårdrelationen bygger på att vårdaren har förmåga att ge patienten full uppmärksamhet och engagemang (Dahlberg m fl, 2003). En femtedel av patienterna ansåg att personalen inte ansträngde sig för att förstå deras livssituation och det fanns en avsaknad av empati och engagemang på mottagningen som Muntlin m fl (2005) undersökte. Denna känsla av oengagemang bekräftades i artiklar av både Wiman m fl (2007) och Nyström m fl, (2003b). Personal som var tillsynes sysslolösa, men ändå inte ägnade tid för dem som väntade, gav en känsla av att de inte brydde sig. Oengagemang visade sig också genom att en patient uttryckte besvikelse över att, något så självklart som att få hjälp med dörrarna, inte uppfylldes, trots att patienten använde gånghjälpmedel (Muntlin m fl, 2005).

Bristen av information/ kommunikation medförde att patienter och anhöriga ofta kände otrygghet och att de på eget initiativ fick utföra omvårdnad och lösa praktiska detaljer (Wiman m fl, 2007). Otrygghet i vårdrelationen p g av patientens beroendeställning kan leda till att patienten får svårt att uttrycka sina behov. Vårdlidande har en nära koppling till otrygghet som beror på bristande information, svårigheter i att förstå personalens agerande och liknande faktorer. När patienten tappat kontroll över sin situation blir det svårare att förstå sjukdomen, dess farlighet, vårdarnas agerande och den vård som ges (Dahlberg m fl, 2003).

Patientens känsla av otrygghet var vanligt förekommande i de artiklar som studien analyserat, trots den lagstiftade rätten, att som patient få sitt behov av trygghet tillfredsställt av vården (HSL, 1982:763).

Enligt Nyström m fl, (2003a) var det vanligt att patienter undvek att uttrycka behov för att slippa obehag och ogillande ifrån personalen. I vissa fall skämdes patienterna över sina behov då de uppfattade att personalen hade "viktigare" patienter att ta hand om. Patienternas besvikelse över att inte fått den vård som önskats diskuterades sällan eller aldrig direkt med personalen. Fördes en diskussion mellan patient och personal riktades ofta besvikelsen bort från personalen, istället

anklagade patienterna politiker/beslutsfattare för den undermåliga vården. På detta sätt sökte patienterna någon form av positiv respons för sitt lidande (Nyström m fl, 2003b). Vilket stödjer Erikssons (1994) resonemang om att patienten i lidandets drama byter roll/skepnad för att finna en medaktör som kan bekräfta dennes lidande. Eriksson (1994) hävdar att lidande oftast förorsakas i den mellanmänniska relationen. Individen som inte blir bekräftad som fullvärdig människa och kränks i sin värdighet, utsätts alltid för lidande. Objektivisering är när vårdaren "glömmer" att patienten är en levande unik individ och bemöts som om hon eller han vore ett objekt.

Antalet sjuksköterskor som behandlade patienten under vårdtiden var ett problem. Varje involverad sjuksköterska hade en liten praktisk uppgift, vilket ledde till många korta fragmenterade möten (Olive, 2003). Personalen var själva medvetna om att de p g av stress och korta möten med flera olika patienter, inte förmådde se hela patienten (Byrne och Heyman, 1997). Enligt Baillie (2005) var stress och underbemanning inte de enda faktorerna. Effektivitet och medicinskt kunnande var de yrkeskunskaper som sjuksköterskorna uppskattade hos varandra. De sjuksköterskor som ansågs lägga för mycket tid på psykosocial omvårdnad fick kritik av läkare och andra medarbetare (Nyström m fl, 2003a).

Brist på helhetssyn uppfattades av patienterna, som önskade ett mer personligt bemötande (Muntlin m fl, 2005). Patienterna hade en känsla av utanförskap och fick inte möjlighet att delta i sin egen vård (Nyström m fl, 2003a).

Wiman och Wikblad (2004) belyser i flera episoder hur patienter objektifieras och behandlas ovärdigt. I dessa episoder framstår det tydligt att det inte existerar någon fungerande vårdrelation.

Studiens resultat belyser brister i vårdrelationen och svarar i vissa fall på hur dessa brister uppstår. En viktig faktor är hur sjuksköterskorna själva ser på sin yrkesroll, som medicinskt kompetenta och effektiva vårdare, som i första hand är där för att rädda liv. När inte patienterna svarar upp mot det klientel som sjuksköterskorna önskar/finnar intresse i, uppstår hinder för att etablera en fungerande vårdrelation utan brister (Byrne och Heyman, 1997, Nyström m fl, 2003a, 2003b).

Slutsats

Studien visar att brister i vårdrelationen är den enskilt viktigaste faktorn för uppkommet vårdlidande i mötet mellan sjuksköterska och patient på akutmottagning. Figur 1 visar bristerna och det är upp till sjuksköterskan att ta dessa i beaktning när möten med patienter inleds.

Om vårdlidandet skall minimeras bör varje patient behandlas som en enskild individ med unika behov. Sjuksköterskor på akutmottagning behöver bli bättre på att uppfatta och tillgodose dessa unika behov, trots den rådande vårdkulturen och synen på sitt yrke. Det vore önskvärt att sjuksköterskorna funderar över och diskuterar sin yrkesroll, inte bara sinsemellan utan också med läkare och arbetsledning. Sjuksköterskans ansvar över omvårdnaden bör inte ifrågasättas och får aldrig ersättas av medicinskt delegerade arbetsuppgifter. Förhoppningsvis kan studiens försök att belysa brister i vårdrelationen vara ett ytterligare bidrag till förståelse kring vårdlidande i mötet på akutmottagning.

Referenser

- Attree, M. (2001). *Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so good" quality care*. *Journal of Advanced Nursing* 33 (4), 456-466.
- Baillie, L. (2004). An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 9-14.
- Bruce, A., & Lind, E. (1991). *Om vård begrepp och mening*. Lund: Natur och kultur.
- Byrne, G., & Heyman, R. (1997). Understanding nurses' communication with patients in accident & emergency departments using a symbolic interactionist perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 93-100.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur
- Graneheim, U-H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*, 24, 105-112.
- Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today*, 12(3), 174-181.
- Kelly, A-E. (2005). Relationships in emergency care, communication and impact. *Top Emergency Medicine*, 27, 192-197.
- Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2005). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045-1056.
- Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 159-165.
- Nyström, M. (2002). Inadequate Nursing Care in an Emergency Care Unit in Sweden-Lack of a Holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 20, 403-417.
- Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning, om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, M., Dahlberg, K., & Carlsson, G. (2003a). Non-caring encounters at an emergency unit-a live-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 761-769.

Nyström, M., Nydén, K., & Petersson, M. (2003b). Being a non-urgent patient in an emergency care unit-a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing, 11*, 22-26.

Olive, P. (2003). The holistic nursing care of patients with minor injuries attending the A&E department. *Accident and Emergency Nursing, 11*, 27-32.

Selin-Törnqvist, M. (1998). *I behov av intensiv omvårdnad*. Stockholm: Natur & Kultur.

Walker, S. (1996). Reflective practice in the Accident and Emergency setting. *Accident and Emergency Nursing, 4*, 27-30.

Wellstood, K., Wilson, K., & Eyles, J. (2005). "Unless you went in with your head under your arm": Patients perceptions of emergency room visits. *Social Science and Medicine, 61*, 2363-2373.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad-en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

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

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

1982:763. Wilow, K. (2001). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Liber.

Bilaga 1. Artikelsökning

Databas	Datum	Sökord	Antal	Artikel
Cinahl	2009-01-29	Nurse-patient relations Communication Emergency department	12	2, Byrne, Heyman, 1997 Wiman, Wikblad, 2004
Cinahl	2009-01-29	Nurse-patient relations Patients perspectives Emergency department	1	
Cinahl	2009-01-29	Nurse-patient relations Communication Accident and Emergency	6	
Cinahl	2009-01-29	Nurse-patient relations Encounter Emergency Nursing	3	
Cinahl	2009-01-29	Information Emergency department Encounter	19	1, Wiman, Wikblad, Idvall, 2007
PubMed	2009-01-29	Nurse Emergency Patient-satisfaction Communication	68	
PubMed	2009-01-29	Emergency Encounter Nurse	30	
MedLine	2009-01-29	Nurse-patient relations Information Emergency	30	1, Muntlin, Gunningberg, Carlsson, 2005
MedLine	2009-01-29	Nurse-patient relations Communication Emergency department	27	
MedLine	2009-01-29	Encounter Emergency department Patient satisfaction	13	

Bilaga 2. Artikelöversikt

Titel/Tidsskrift	Författare/Land/År	Sammanfattning/Syfte	Databas
An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency <i>Accident and Emergency Nursing</i>	Baillie, L UK 2004	Författaren reflekterar över situationer/relationer i mötet med patienter på akutmottagning, som hon påträffat i sitt eget arbete som sjuksköterska.	Manuell sökning
Understanding nurses' communication with patients in accident & emergency departments using a symbolic interactionist perspectives. <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Byrne, G., & Heyman, R. UK 1997	Tjugoen djupintervjuer med sjuksköterskor på två olika akutmottagningar med målet att utläsa hur sköterskorna mötte patienters oro och hur de uppfattade sitt arbete.	Cinahl
Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. Sweden 2005	Tvåhundra patienter från en akutmottagning besvarade en enkät, designad för akutmottagningar, angående kvalitet av vården ur ett patientperspektiv.	MedLine
Non-caring encounters at an emergency unit-a live-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. <i>International Journal of Nursing Studies</i>	Nyström, M., Dahlberg, K., & Carlsson, G. Sweden 2003	Målet med studien var att undersöka vilka förhållanden som leder till ickevårdande möten på akutmottagningen. Nio stycken patienter och nio stycken sköterskor blev intervjuade.	Manuell sökning
Being a non-urgent patient in an emergency care unit - a strive to maintain personal integrity. <i>Accident and Emergency Nursing</i>	Nyström, M., Nydén, K., & Petersson, M. Sweden 2003	Målet med studien var att beskriva lågt prioriterade patienters upplevelser som besökte akutmottagningen. Elva patienter blev intervjuade.	Manuell sökning

Titel/Tidsskrift	Författare/Land/År	Sammanfattning/Syfte	Databas
<p>“Unless you went in with your head under your arm”: Patients perceptions of emergency room visits. <i>Social Science and Medicine</i></p>	<p>Wellstood, K., Wilson, K., & Eyles, J. Canada 2005</p>	<p>Målet med studien var att utforska patientens uppfattning av deras senaste besök på akutmottagning. Djupintervjuer med fyrtioen patienter.</p>	<p>Manuell sökning</p>
<p>Caring and uncaring encounters in an emergency department. <i>Journal of Clinical Nursing</i></p>	<p>Wiman, E., Wikblad, K. Sweden 2004</p>	<p>Fem episoder som inkluderade tio sköterskor videofilmades, studerades. Episoderna delades upp i två kategorier; caring and uncaring.</p>	<p>Cinahl</p>
<p>Trauma patients' encounters with the team in the emergency department-A qualitative study. <i>International Journal of Nursing Studies</i></p>	<p>Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. Sweden 2007</p>	<p>Tjugotre patienter, med lindriga skador, ifrån två olika akutmottagningar intervjuades. Målet med studien var att utforska hur trauma patienter upplevde mötet med trauma teamet.</p>	<p>Cinahl</p>