



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Sjuksköterskors upplevelse av att ge omvårdnad på en akutmottagning

En kvalitativ intervjustudie

## Nurses' perceptions of providing care in an emergency department A qualitative interview study

Författare: Lina Larsson Sawo och Signe Norgren

Handledare: Anna Ekwall

Magisteruppsats

Våren 2021

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

År 2019 besökte 1,9 miljoner personer i åldrarna 19 år eller äldre akutmottagningarna i Sverige. Vistelsetiderna på akutmottagningarna ses samtidigt i stora delar av landet öka. Patientflöde och arbetsbelastning är ständigt i förändring och de senaste åren har vårdplatsläget orsakat stora bekymmer med kvarstannande patienter, så kallad crowding. Tidigare forskning visar att sjuksköterskor ofta bli avbrutna i sitt arbete med patienterna och att sjuksköterskors bemanning korrelerar med patientsäkerhetsbrister. Sjuksköterskans omvårdnadsarbete på en akutmottagning påverkas således av flera olika faktorer.

**Syfte:** Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad på en akutmottagning.

**Metod:** En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Elva sjuksköterskor från en akutmottagning i södra Sverige deltog. Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Det övergripande temat var *otillräcklighet*, vilket framkom i den latent analysen. Den bygger på den manifesta analysen där tre kategorier framkom; *förväntningar av att ge omvårdnad, tillgångar i omvårdnadsarbetet* och *yttre förutsättningar för omvårdnadsarbetet*.

**Slutsats:** Det är flera faktorer som spelar in i upplevelsen av att ge omvårdnad på en akutmottagning, både yttre omständigheter och inre förmågor. Informanternas gemensamma upplevelse visar på en stark känsla av otillräcklighet i omvårdnadsarbetet på akutmottagningen.

## Nyckelord

Sjuksköterska, Akutmottagning, Upplevelse, Omvårdnadsarbete, Otillräcklighet

# Innehållsförteckning

Problemområde.....	3
Bakgrund.....	3
Perspektiv och utgångspunkter.....	4
Akutmottagning.....	5
Sjuksköterskans roll på akutmottagning.....	5
Omvårdnad på akutmottagning.....	6
Syfte.....	7
Metod.....	7
Urval.....	8
Instrument.....	9
Datainsamling.....	9
Analys av data.....	10
Forskningsetiska övervägande.....	11
Resultat.....	12
Förväntningar av att ge omvårdnad.....	14
Att se patienten.....	14
Kommunikation i det korta första mötet.....	14
Teamarbete.....	15
Tillgångar i omvårdnadsarbetet.....	16
Tid.....	16
Utrustning.....	17
Bemanning.....	17
Yttre förutsättningar för omvårdnadsarbetet.....	18
Vårdtyngd och flöde.....	18
Att bli avbruten.....	19
Organisationens funktion.....	19
Diskussion.....	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	23
Otillräcklighet.....	24
Förväntningar av att ge omvårdnad.....	25
Tillgångar i omvårdnadsarbetet.....	26
Yttre förutsättningar i omvårdnadsarbetet.....	28
Konklusion och implikationer.....	29
Referenser.....	30
Bilaga 1.....	36

## Problemområde

År 2019 besökte 1,9 miljoner personer i åldrarna 19 år eller äldre akutmottagningarna i Sverige. Flertal landsting har som målsättning att vistelsetiden för akutmottagningsbesök ska vara max fyra timmar trots det ses besökstiderna öka och var tionde besök var längre än 8 timmar. I mer än hälften av landets regioner ökar vistelsetiderna på akutmottagningarna och ses i alla åldersgrupper samt för både män och kvinnor (Socialstyrelsen, 2020).

Sjuksköterskor har ett huvudansvar när de gäller att utföra och planera omvårdnad beskriver Smeds-Alenius et al. (2016), dessutom är det deras uppgift att ha en överblick över övrig sjukvårdspersonals omvårdnadsarbete (a.a.). Travelbees (1971) definition av begreppet omvårdnad är en mellanmännisklig process att hjälpa en person eller familj att klara av sjukdom och lidande. Det kan ta tid att skapa den mellanmänniskliga relationen och det innebär att sjuksköterskan använder sig själv som redskap (a.a.). Akutmottagningens personal spenderar endast 9,4 % av sin tid i direkt interaktion med patienterna och anhöriga. Under denna tid blir arbetet avbrutet i genomsnitt fem gånger per timme (Berg et al., 2012; Berg et al., 2013). Långa vistelsetider på akutmottagning leder till både negativa konsekvenser för patientsäkerheten och sjuksköterskan upplevelse av att ha möjlighet att utföra omvårdnad. Faktorer som inverkar på omvårdnadsarbetet är till exempel den höga arbetsbelastningen och den konstant kontinuerliga omfördelningen av prioriteringsordning (Eriksson et al., 2018). När utebliven omvårdnad på vårdavdelningar undersöktes visade det sig korrelera med sjuksköterskebemanning. Det framkom att färre sjuksköterskor per patient mer ofta resulterade i att omvårdnad sviktade. Det visade sig också att uppgifter som prioriteras är de som förknippas med medicinsk behandling medan att trösta och prata med patienten, informera eller utföra munvård oftare uteblev (Ball et al., 2014; Ball et al., 2016). I Sverige såväl som internationellt visar forskning att arbetsmiljön på akutmottagningar vad gäller stora patientflöde och arbetsbelastning för sjuksköterskor är något som bidrar till hotad patientsäkerhet. Detta i sin tur kan leda till att det blir svårigheter att rekrytera och behålla sjuksköterskor och bristen på denna yrkesgrupp ökar ytterligare (Gorman, 2019). Därför är det viktigt att ta reda på sjuksköterskors upplevelser hur det är att utföra sitt ansvarsområde som är att ge omvårdnad.

## Bakgrund

På en akutmottagning är den primära uppgiften att ta hand om akut sjuka patienter. Av alla besök på akutmottagningarna står 45% av äldre patienter, alltså personer över 65 år, för.

Statistik visar att vistelsetiden på akutmottagningar är längre för äldre patienter än för yngre. Bland de äldre framkom att vistelsetiden för var tionde besök varade drygt åtta timmar eller längre. Denna vistelsetid har setts öka de senaste fyra åren (Socialstyrelsen, 2020). Sedan 2008 har antalet vårdplatser i Sverige gått från 25 862 till 21 753, en minskning med nästan en femtedel (Organisation for economic co-operation and development, 2018). Tillsammans med ökade vistelsetider på akutmottagningar leder det allt oftare till crowding. Crowding definieras av Derlet (2012) som en situation där behoven av vård överstiger resurserna för att ge den inom en rimlig tid. Detta i sin tur orsakar en upplevelse av stress hos läkare och sjuksköterskor av att inte kunna ge kvalitativ vård (a.a.).

## Perspektiv och utgångspunkter

Travelbee (1971) definierar omvårdnad som en mellanmänsklig process där samspelet mellan patienten och sjuksköterskan är det viktigaste. Hon definierar begreppet omvårdnad som en mellanmänsklig process att hjälpa en person, en familj eller ett samhälle att förebygga och klara av sjukdom och lidande samt vid behov finna mening i dessa upplevelser. Interaktionen beskrivs i olika faser och utveckling av samspelet tar tid. Teorins begrepp är individen, lidande, finna mening, relationen och kommunikationen. Ett av sjuksköterskans viktigaste element i omvårdnad är just kommunikation. Genom god kommunikation möjliggör det för sjuksköterskan att förstå patientens upplevelser, erfarenheter och lidande. Kan sjuksköterskan identifiera och tillgodose patientens behov har kommunikationen nått sitt syfte. De viktigaste verktygen sjuksköterskan har i den mellanmänskliga processen är sig själv och kommunikation. I samband med akuta sjukdomstillstånd på akutmottagningen kan det uppstå ett lidande för patienten som enligt Travelbee är en del i processen (a.a.). Sjuksköterskan på en akutmottagning möter patienten i ett oftast kort möte som till synes skulle kunna göra det svårt att finna tid att skapa en väl kommunicerad omvårdnad. Travelbees första möte mellan två personer förklaras till stor del baseras på det första intrycket och därpå stereotypa uppfattningar om den andra personen. Det är viktigt att sjuksköterskan trots det korta mötet och det första intrycket kan se förbi det och se hela personen som besöker akutmottagningen.

Sjuksköterskan har som uppgift att lindra lidande, främja hälsa, förebygga sjukdom och återställa hälsa (Ehrenberg et al., 2015). Lokaler och resurser på akutmottagningar är inte anpassade för att vårda patienter under lång tid. Långa vistelsetider på akutmottagning leder till negativa konsekvenser för patientsäkerheten och sjuksköterskan upplevelse av att ha

möjlighet att utföra omvårdnad. Hög arbetsbelastning och kontinuerliga förändringar i prioritering av patienter spelar in (Eriksson et al., 2018). Sjuksköterskors skattning av när de lyckas utföra omvårdnad av hög kvalitet och god patientsäkerhet sammanfaller med mortalitet för patienter som vårdats på sjukhus. Detta korrelerar med sjuksköterskors upplevelse av god arbetsmiljö (Smeds-Alenius et al., 2016). Kännedom om brister i patientsäkerhet vid långa väntetider på akutmottagning (crowding) finns men att ge omvårdnad på en akutmottagning kommer här i föreliggande studie att vara utgångspunkt med perspektiv från sjuksköterskans upplevelse.

## Akutmottagning

Definitionen av akutmottagning enligt Socialstyrelsen (2013) är en sjukhusbunden traditionell somatisk mottagning som handlägger alla typer av akuta sjukdomstillstånd och plötsligt uppkomna skador. I detta sammanhang ingår inte andra akutmottagningar, till exempel barnakutmottagning eller annan specialist-akutmottagning som är lokaliserad till annan plats, akut verksamhet som under icke-jourtid är knuten till enskild specialistmottagning vid sjukhuset, psykiatrisk akutmottagning, närakutmottagning eller närsjukhus med jourmottagning (a.a.). En akutmottagning är en mottagning som är avsedd för personer med akut skada eller sjukdom. Sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning kan vara antingen specialistutbildade inom akutsjukvård, ambulanssjukvård, intensivvård, anestesi- eller grundutbildade sjuksköterskor. Verksamheten är förlagd under dygnets alla timmar och patienter inkommer till mottagningen via remisser från vårdcentraler samt via ambulanssjukvården eller på grund av plötslig ohälsa (Wikström, 2018).

## Sjuksköterskans roll på akutmottagning

En sjuksköterska förväntas arbeta personcentrerat och evidensbaserat, leda och utveckla omvårdnad, vara professionell, respektera mänskliga rättigheter och kunna samverka i olika team (International Council of Nurses [ICN], 2012). Både akutsjuksköterskan och den grundutbildade sjuksköterskan ska arbeta utifrån ICN:s etiska kod där sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (a.a.). Akutsjuksköterskans kompetens ska inriktas mot akutsjukvård i relation till de sex kärnkompetenserna; personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård och informatik (SSF, 2017). Akutsjukvård för sjuksköterskor bygger på beprövad, teoretisk och vetenskaplig grund (Wikström, 2018).

Sjuksköterskor på en akutmottagning arbetar i enlighet med hälso-och sjukvårdslagen (2017:30). Sjuksköterskan ska möta människor med respekt och värdighet i omvårdnadsarbetet och på så sätt främja hälsa och arbeta för att motverka vårdskador och onödigt lidande för patienten. Sjuksköterskor ska vara tillgängliga och arbeta kostnadseffektivt. Sjuksköterskan ska vara delaktig i att ombesörja att den person som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vård. Sjuksköterskor ska arbeta för och underhålla goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonal (a.a.).

Sjuksköterskans arbetsuppgifter på en akutmottagning kan till exempel vara att arbeta i sällningstriage, ambulansintag, akutrum, reception eller vid en expeditionsdisk ansvarig för patienternas omvårdnad. Arbetsuppgifterna är varierande med fokus som snabbt kan skifta. Sjuksköterskan förväntas utföra egna bedömningar med hjälp av strukturellt och systematiskt arbetssätt som ABCDE-konceptet, triagering och genom noggrann anamnestagning. Avsikten är att finna livshotande tillstånd och tidigt utföra åtgärder för att på så sätt rädda liv och förebygga komplikationer. Via triage fördelas patienterna utifrån en prioriteringsordning, det vill säga förväntad tid till läkarbedömning och omhändertagande. Sjuksköterskans arbetsbelastning präglas av patientflöde och att det aldrig går att förutse under vilka förutsättningar arbete kommer att bedrivas (Wikström, 2018; Morgan & Wood, 2013).

## Omvårdnad på akutmottagning

Akutmottagningar är inte utrustade för att tillgodose en enskild patients omvårdnadsbehov under längre tid, faktorer som lokalens utformning och att material inte finns tillgängligt spelar in. Vistelsetiden för en patient på en akutmottagning i västvärlden är på många platser satt att inte överstiga fyra timmar. Därefter har patienter som kvarligger ett annat omvårdnadsbehov och belastningen ökar för sjuksköterskorna (Eriksson et al., 2018). Mötet med en patient på en akutmottagning utspelar sig under en kort tid och rör sig om ett specifikt problem, vilket gör att sjuksköterskan behöver hålla sig till att utföra endast den nödvändiga omvårdnaden (Wikström, 2018). Generellt är arbetsbelastningen ojämn över dygnet på en akutmottagning vilket gör att ändringar av prioriteringsordningar förekommer och snabba beslut krävs av sjuksköterskan (Eriksson et al., 2018).

Att arbeta på överfulla akutmottagningar har sjuksköterskor tidigare beskrivit ger känslor som maktlöshet, moralisk stress och ångest på grund av brist på möjlighet att kunna utföra god omvårdnad. De beskriver också upplevelser av höga krav på sig själva från arbetet och

mindre möjlighet att påverka beslut i jämförelse med sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelning. Däremot har de en starkare känsla av socialt stöd hos sina kollegor och upplever fler tillfälle att utveckla sina egna förmågor som sjuksköterskor än de som arbetar på vårdavdelning (Adriaenssens et al., 2011; Kilcoyne & Dowling, 2007).

I den akuta sjukvårdsmiljön är den äldre, och äldre äldre patienten, mycket vanligt förekommande och också mer skör och i behov av god basal omvårdnad (Eriksson et al., 2018; Gallagher et al., 2014). I de fall anhörig medföljer den äldre patienten vid besöket kan det ses som både en tillgång i omvårdnadsarbetet men kan också innebära svårigheter då uppfattningen om vad den förväntade vården ska innehålla inte alltid överensstämmer med sjuksköterskans. Långa väntetiderna och ibland höga flöden av patienter och hela tiden krav på prioriteringar av akuta åtgärder för sjuksköterskan ger svårigheter att möta patienten och anhöriga (a.a.).

Det är tydligt när patienternas upplevelse av omvårdnad på akutmottagningar redovisas att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient är viktig. Patienter som besöker en akutmottagning uppger känsla av sårbarhet, utsatthet och känslor av att vara beroende. Känslorna uppstår omgående i mötet med sjuksköterskan då patienten behöver börja med att återberätta sina symtom. Många patienter redovisar att de inte fick användbar information vid besöket. Patienterna redovisar även att de inte vet varför, eller på vad, de väntar. Ett viktigt fynd vad gäller patienttillfredsställelse i samband med besök på akutmottagning är att sjuksköterskan följer upp och återkommer till patienten någon gång under väntetiden (Dahlen et al., 2012; Ekwall, 2013; Muntlin et al., 2006).

## **Syfte**

Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad på en akutmottagning.

## **Metod**

Studien är utförd med kvalitativ metod med en induktiv ansats. Utifrån studiens syfte valde författarna intervjuer med sjuksköterskor för datainsamling. En kvalitativ innehållsanalys av intervjudata gav möjlighet att ge förståelse och insikt om sjuksköterskornas uppfattningar, upplevelser eller erfarenheter av ett fenomen (Graneheim & Lundman, 2004). Med induktiv ansats menas att data förutsättningslöst bearbetats och i en analysprocess har resultatet genom



funna mönster och kategorier arbetas fram av författarna. Kvalitativ innehållsanalys har enligt Lindgren et al. (2020) möjlighet att åskådliggöra både det som sägs i en text och något om personen som säger det. Kvalitativ dataanalys utförs i steg genom ett analyschema. Under arbetet med den manifesta analysen framkom en underliggande mening i texten som helhet och en latent analys växte fram (a.a.). Stegen i metoden redovisar författarna nedan i underrubriker.

## Urval

Urvalet av deltagarna till studien gjordes enligt ett ändamålsenligt och strategiskt urval. Denna typ av urval gjordes för att nå deltagare som kunde ge rika beskrivningar av det som avsågs undersökas (Danielson, 2017). Deltagarna var sjuksköterskor som arbetade på en akutmottagning och hade således erfarenhet av det som undersöktes. De som uppfyllde inklusionskriterierna och tackade ja till deltagande blev de slutliga intervjupersonerna. Antal yrkesverksamma år som sjuksköterska eller år på en akutmottagning var inte avgörande för syftet och därmed inte något som styrde urvalet.

Vald akutmottagning i södra Sverige är en akutmottagning med möjlighet till handläggning av vuxna patienter i en dygnet-runt-verksamhet inom trauma, medicin, ortopedi, infektion, kirurgi, neurologi, öron-näsa-hals och urologi. De handlägger cirka 52 000 patienter per år enligt Socialstyrelsen (2021).

### *Inklusionskriterier*

Grundutbildade eller specialistutbildade sjuksköterskor som arbetade på vald akutmottagning i södra Sverige och hade en fast anställning, inte var under introduktion samt kommunicerade i tal och skrift på svenska kunde inkluderas i studien.

### *Exklusionskriterier*

Sjuksköterskor som inte hade en fast anställning på vald akutmottagning i södra Sverige, sjuksköterskor anställda i resursteam eller bemanningsföretag exkluderades.

Det slutliga urvalet resulterade i att elva sjuksköterskor av 36 möjliga valde att delta i studien. Av de som deltog i studien, identifierade sig sju som kvinnor och fyra som män. Medelåldern på studiedeltagarna var 35 år och yrkesverksamma år som sjuksköterska var i genomsnitt nio

år, medan mediantiden som sjuksköterska var fyra år. Studiedeltagarna hade arbetat i genomsnitt fem år och sex månader på den aktuella akutmottagning som sjuksköterskor. Fyra av sjuksköterskorna hade specialistutbildningar inom olika områden.

## Instrument

Datansamling gjordes via semistrukturerade intervjuer. Inför datansamlingen genomfördes en pilotintervju med en sjuksköterska som uppfyllde inklusionskriterierna, för att avgöra om eventuella justeringar i intervjuguiden (var god se bilaga 1) behövde göras och kontroll av inspelningsteknikens funktion. Några mindre justeringar gjordes i intervjuguiden efter pilotintervju, såsom ordningsföljden på frågorna. Pilotintervjun användes inte till studiens resultat. Intervjuguiden inleddes med bakgrundsfrågor och därefter följde öppna frågor. Följdfrågor som vad, hur, varför användes under intervjuerna, dessa frågor användes för att tydliggöra deltagarnas upplevelser.

## Datansamling

Alla sjuksköterskor på den utvalda akutmottagningen fick ett informationsbrev via mail från författarna utskickat av sin enhetschef på arbetsplatsen, inklusive en samtyckesblankett. Därutöver användes en mellanhand, en person som var välbekant med aktuell akutmottagning. En kort muntlig information gavs också av mellanhanden vid ett sjuksköterskemöte där den planerade studien presenterades.

Intervjuerna med sjuksköterskorna genomfördes med båda författarna närvarande, en författare satt som åhörare medan den andra förde samtalet. Åhörarförfattaren hade möjlighet att inkludera sig i samtalet om frågor uppkom. Författarna har båda egen erfarenhet av det studien avsåg undersöka. Malterud (2009) menar att förförståelse kan skapa goda förutsättningar i mötet mellan informanter och de som utför intervjuerna (a.a.). Deltagarna fick möjlighet att välja om intervjun skulle genomföras via videolänk, telefonsamtal eller fysiskt möte på grund av rådande pandemi i samhället. Tio av de elva intervjuerna genomfördes via videolänk där deltagarna själv kunde bestämma om den egna kameran skulle vara på eller inte. En intervju genomfördes via telefonsamtal på grund av teknisk olägenhet men intervjun spelades in på samma sätt som de andra. Vid intervjutillfällena gjordes också ljudinspelningar med hjälp av mobiltelefon, som en säkerhetsåtgärd, som sedan fördes över till dator. Stödanteckningar fördes under intervjuerna av båda författarna.

Materialet från de inspelade videosamtalen samt ljudupptagningarna från mobiltelefon fördes över från dator till två USB-minnen och raderas därefter från datorn. USB-minnena förvarades på en säker plats oåtkomligt för andra. Varje intervju inleddes med att information om studien än en gång gavs, att konfidentialitet beaktades och att deltagaren påmindes om möjligheten att kunna dra sig ur. Datainsamlingen pågick under fyra veckor och intervjuerna tog mellan 15–35 minuter. De inspelade intervjuerna kodades med en bokstav utan inbördes ordning.

## Analys av data

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats gav författarna möjlighet att analysera texterna och systematisera fram gemensamma kategorier och finna teman. Det är en lämplig metod att använda när upplevelser av fenomen vill belysas. Olika typer av text kan analyseras med vald metod (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020). I denna studie samlades data in via intervjuer. Datan har sedan analyserats genom flera steg i enlighet med Lindgren et al. (2020). Vid innehållsanalys kan författarna nå antingen manifest, latent nivå eller båda beroende på det insamlade materialets djup och abstraktionsnivå. I inledningen av dataanalysen var fokus på den manifesta nivån för att sedan upptäcka att materialet nådde en latent nivå (a.a.). Nedan redogör författarna stegen i analysen som nådde till en latent nivå i materialet.

I ett av de tidiga stegen i dataanalysen transkriberades det insamlade materialet. Detta innebar att intervjuerna skrevs ner ordagrant, ord-för-ord, och gjordes av den ena av författarna. Transkriberingen påbörjades omgående i samband med att intervjuerna avslutades och pågick kontinuerligt efter varje intervju. De transkriberade texterna avidentifierades och kodades i bokstavsordning utan inbördes ordning. Båda författarna läste sedan igenom hela det transkriberade materialet för att bli lika bekanta med datan som helhet och för att skapa en överblick. Då det analyserade textmaterialet bygger på intervjuer genomförda med öppna frågor och deltagare med stor erfarenhet i ämnet var det insamlade materialet omfattande och innehöll mycket data.

I steget efter inleddes arbetet att analysera fram de meningsbärande enheterna som svarade mot författarnas syfte. Att ta ut meningsbärande enheter är enligt Lindgren et al. (2020) starten för att dekontextualisera texten som analyseras, och innebär inte att ta bort någonting men ändå att ett visst mått av tolkningsarbete har sin början (a.a.). Detta gjordes var för sig

och sedan gemensamt för att därefter kondensera de uttagna meningsbärande enheterna, vilket innebär att upprepningar och ord som inte ger mening till innehållet togs bort. Med hjälp av olikfärgade markeringspennor lyfte författarna ut de meningsbärande enheter som svarade på syftet. De kondenserade meningarna gavs koder som författarna gemensamt diskuterade sig fram till. Dessa baseras på författarnas tolkning av deras innehåll och systematiserades därefter in i subkategorier. Efter noggrant analysarbete och i avstämning med handledare klassificerades subkategorierna in i tre huvudkategorier som framkom utifrån den manifesta analysprocessen. Hela materialet analyserades ytterligare av författarna som upptäckte en latent nivå i resultatet, ett gemensamt övergripande tema som svarade på studiens syfte och presenteras i resultatet.

Tabell 1. Exempel på dataanalysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
“Det är inte bara medicinerna som är viktiga utan själva hela personen. Att se människan som en helhet”	Inte bara den medicinska vården som är viktigt utan hela människan	Att se människan som en helhet	Att se patienten	Förväntningar av att ge omvårdnad

## Forskningsetiska övervägande

Genomförandet av studien gjordes efter godkännande från Lunds universitet, verksamhetschefen på berörd akutmottagning och vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), (VEN 3–21).

Studien genomfördes i enlighet med rättvisepincipen som innebär respekt och rättvisa för den enskilda personen. Deltagarnas konfidentialitet skyddades och risker minimerades för att inte skada individen och att skydda det sårbara (Kjellström, 2017).

Deltagarna behandlades med värdighet och informerades om att deltagandet var frivilligt samt att det gick att dra sig ur närsomhelst i processen i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2018). Även det etiska förhållningssättet att inte skada och göra

gott för människan fanns under hela processen, att inte utgöra en belastning eller utsätta deltagarna för något de inte vill, har processen genom beaktats (a.a.).

Deltagarna fick muntlig och skriftlig information inför deltagande och skrev under samtyckesblankett innan intervjuens genomförande. I anslutning till intervjutillfällena upprepades tidigare given information om förutsättningarna för deltagande och möjlighet att dra sig ur. Därutöver användes en mellanhand, en person som är väl bekant med aktuella akutmottagning, som gav en kort muntlig information vid ett sjuksköterskemöte där den planerade studien presenterades. Samma mellanhand hanterade senare ett låst postfack där påskrivna samtyckesblanketter i förseglade kuvert lades av de som valde att delta i studien. Mellanhanden hade således inte kännedom om vem som deltog. I hantering av det inspelade materialet och de senare transkriberade intervjuerna avidentifierades all data för skydda deltagarnas konfidentialitet. Allt material som samlades in för studien förvarades säkert, behandlades konfidentiellt och destrueras efter studiens slutförande och magisteruppsatsen godkänts.

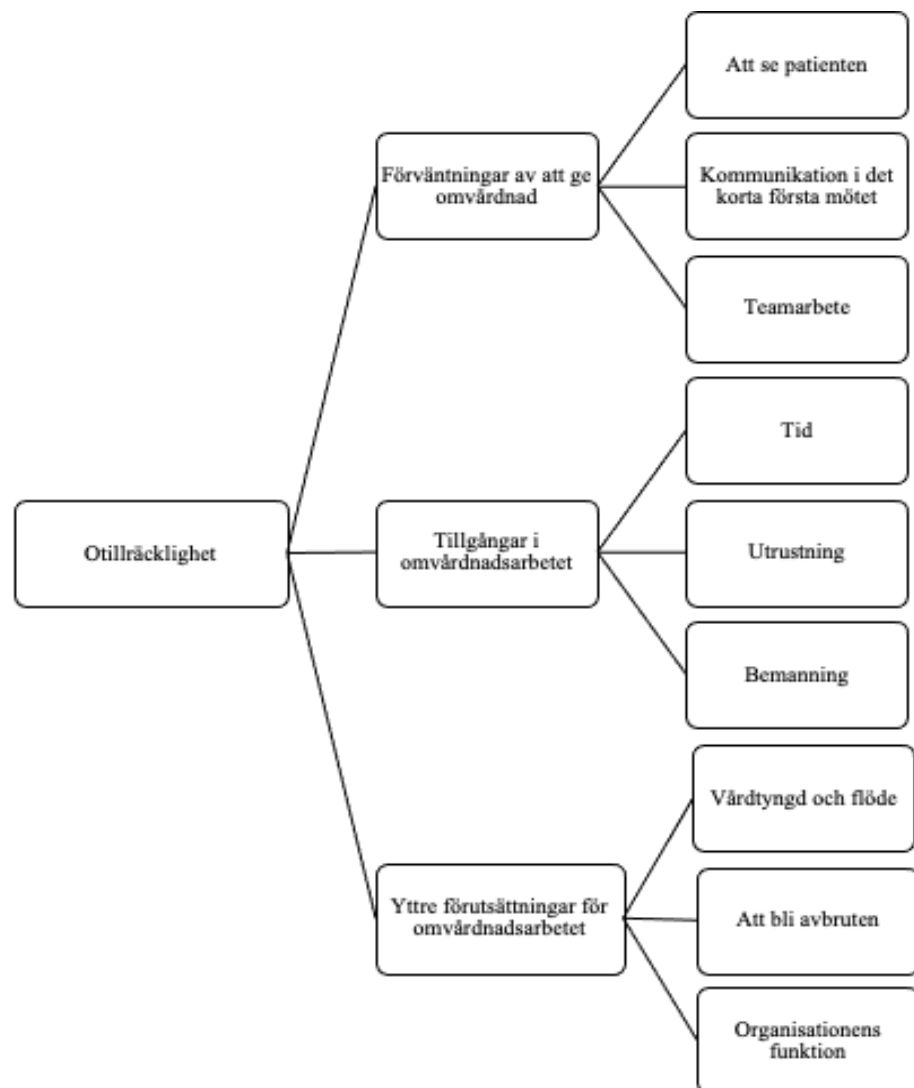
Författarna arbetade genom hela processen med ett etiskt förhållningssätt i det avseende någon av deltagarna skulle det ha framkommit i intervjusituationerna att den intervjuade haft behov av samtalsstöd kunde författarna som tredje part rådgiva om företagshälsovård.

## **Resultat**

Det övergripande temat var *otillräcklighet*, vilket framkom i den latent analysen. Den bygger på den manifesta analysen där tre kategorier framkom; *förväntningar av att ge omvårdnad*, *tillgångar i omvårdnadsarbetet* och *yttre förutsättningar för omvårdnadsarbetet*.

Det övergripande temat som framkom, utifrån de tre kategorierna, var upplevelse av att känna sig otillräcklig som sjuksköterska på en akutmottagning. Informanterna berättade om både yttre och inre faktorer som bidrog till känslan av att inte räcka till, vilka låg till grund för de manifesta kategorierna där informanterna berättade om det viktiga att få patienten att känna sig sedd, såväl i hjälpen med fysiska behov som att stötts i det psykosociala. De berättade om hur god kommunikation hade möjlighet att skapa förutsättningar i de korta mötena på akutmottagningen och att när teamarbete fungerade kunde det ge en positiv upplevelse i

omvårdnadsarbete. Men deras förväntningar på den egna arbetsinsatsen i omvårdnadsarbetet speglade att de försökte men ändå upplevde att de inte räckte till att se patienten, kommunicera tillräckligt eller upprätthålla teamarbetet. Gemensamt framkom att det fanns tillgångar och givna förutsättningar som påverkade deras upplevelse av möjlighet att utföra omvårdnad på en akutmottagning. Dessa tillgångar och förutsättningar innefattade både organisatoriska förhållanden, flödet av patienter och att ständigt bli avbruten i omvårdnadsarbetet. Utrustning som de uppfattade skulle behövas för att utföra omvårdnadsarbetet saknades och den bristfälliga bemanningen som informanterna ständigt arbetade i gav en känsla av att vara för få i sin profession. Dessa faktorer har gemensamt att de ligger utom sjuksköterskans kontroll men samtidigt har stor påverkan på förutsättningar som de ska utföra sitt omvårdnadsarbete under.



Figur 1. Redovisning av resultatet utifrån analysprocessen

## Förväntningar av att ge omvårdnad

Det framkom i intervjuerna att sjuksköterskors förväntningar av att ge omvårdnad på en akutmottagning innefattade tre aspekter; *att se patienten, kommunikation i det korta första mötet* samt *teamarbete*.

### *Att se patienten*

En viktig del i omvårdnadsarbetet för informanterna handlade om att få patienten att känna sig sedd. Känslan av att ha klarat det återgavs av deltagarna vara att se individuella behov. Att se hela personen och inte bara den åkomma eller sjukdom som är den aktuella kontaktorsaken till att akutsjukvård söktes eftersträvades. De angav att kunna ge det lilla extra till var patient, att finnas till hands, var det viktigaste att uppnå i mötet med patienten i omvårdnadsarbetet. Informanterna uppgav att de förväntade av sig själva att lyckas med att se patienten. Det var ett arbete som informanterna uppfattade som en viktig utgångspunkt i omvårdnadsarbetet med patienterna på akutmottagningen.

*“Har man gett någon god omvårdnad så har man sett den personen och dennes behov”*

(Informant, G)

Det framkom att *se patienten* kunde handla om att hjälpa till med fysiska basala behov som ett toalettbesök eller att hitta en bekväm position på britsen men också att bara finnas till hands för patienten och ge lite extra uppmärksamhet. Det var tydligt att det innebar en tillfredsställande känsla för informanterna när de lyckades få patienten att uppleva sig sedd.

### *Kommunikation i det korta första mötet*

Informanterna återgav vikten av en god kommunikation med patienten i det ofta korta mötet på akutmottagningen och att den första interaktionen i omvårdnadsarbetet skulle vara gynnsamt. Det första mötet gav möjlighet att prägla resterande vårdförlopp på akutmottagningen. Det inkluderade både ett öppet kroppsspråk och att skapa ett tillåtande samtal med patienten, vilket uppfattades av sjuksköterskan skapa tillit hos patienten. Detta samspel upplevde de startade direkt och var en viktig del i sjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden med patienten.

*“En stor del av kommunikationen är ju omvårdnad/.../kommunikation är den stora delen i omvårdnaden tycker jag iallafall på en akutmottagning”* (Informant, B)

Informanterna berättade om förväntningar på kommunikationens möjlighet att påverka patienternas upplevelse av omvårdnaden, det var inte alltid lätt att nå den, men det var en önskan hos dem att klara det. Det framkom att informanterna arbetade på flera olika sätt för att få patienten att känna att hen fått tillfälle att säga allt den ville. Kommunikation som verktyg i omvårdnadsarbetet påtalar informanterna är viktigt i omvårdnadsarbetet och de upplever att det är något som de är duktiga på.

*“Jag tycker omvårdnaden startar redan första gången du träffar patienten/.../på en akutmottagning där varje möte blir väldigt kort och man kanske inte alltid hinner med det som man känner som sjuksköterska att man borde hinna med är kommunikation vårt viktigaste verktyg, det gäller att vara tydlig men samtidigt gäller det att/.../man skapar den här tilliten och tryggheten hos patienten”* (Informant, E)

### *Teamarbete*

Flera informanter återgav förväntningar på ett fungerande teamarbete som en möjlig bidragande aspekt i att ge omvårdnad. De som talade om att ett tillfredsställande teamarbete fanns uppgav både fördelar för sin egen kunskapsinhämtning och större sannolikhet till fördelar för patienten i mötet med sjuksköterskan på akutmottagningen. När teamarbete uppnåddes gav det en känsla av samhörighet. Det kunde också innebära att sjuksköterskan hade möjlighet att leda teamarbetet för att få en gemensam målsättning och ett fungerande samarbete för patientens behov. Det innebar att alla hjälptes åt.

*“Du kan ju vara en sjuksköterska och en undersköterska på tjugo-trettio patienter. Vissa dagar har man tur och har två undersköterskor, bara det gör stor skillnad och sen framförallt att alla hjälps åt.”* (Informant, I)

Teamarbete innebar enligt informanterna att ha möjlighet att inhämta kunskap och information från annan vårdpersonal och i samråd komma fram till gemensam målsättning för arbetet.



*“...När jag känner att det här vet jag inte så kan jag hela tiden gå till personer, läkare och så, som ger mig, hjälper mig att hitta svaren/.../jag är ju ett väldigt stort fan av att man möts i teamet. Att alla som jobbar kring patienterna om jag jobbar på team eller vart jag än är att vi har samma målsättning/.../att försöka få med hela teamet att hänga på till att utföra [omvårdnad]” (Informant, D)*

## Tillgångar i omvårdnadsarbetet

En del som påverkade omvårdnadsarbetet på akutmottagningen återgav informanterna handla om tillgångarna som finns i arbetet och hur dessa faktor påverkade omvårdnadsarbetet, de innefattade tre aspekter; *tid, utrustning och bemanning.*

### *Tid*

I omvårdnadsarbetet med patienterna upplevde informanterna att tiden inte räckte till för det arbete de borde utföra. De berättar om en känsla av att vilja hinna göra mer, de såg att det fanns omvårdnadsbehov men vara trots det tvungna att prioritera vad som skulle göras. Det var en konstant känsla av att de inte gjort tillräckligt och att de hade för lite tid för patienten. I mötet med patienten såg informanterna behov av omvårdnad men upplevde att tiden var otillräcklig för att utföra omvårdnadsåtgärder. Informanterna berättade att deras uppfattning av vad omvårdnad är och hur den ska utföras hade förändrats på grund av att omvårdnadsarbetet alltid skulle utföras under tidsbrist.

*“Jag tycker man har för lite tid med patienterna. Alltså när-tiden så att säga när man är inne hos dem. Alltså den räcker inte till hur mycket man än försöker/.../det är så rörigt och det är så mycket på samma gång men ibland blir de bara för mycket och då går de ut över patienterna tyvärr...” (Informant, A)*

*“När jag började här hade jag väl större krav på att man skulle hinna allt de där basala till det personliga/.../men nu har jag omvärderat det lite” (Informant, G)*

Informanterna uppger sin arbetsledande roll som omvårdnadsansvariga och berättar om en medvetenhet kring att de måste räkna till. De delger en upplevelse av att deras tillgång på tid

påverkar omvårdnadsarbetet med patienterna på akutmottagningen. Informanterna berättar om upplevelsen av att det är den egna professionens tid som är en brist i akutsjukvård.

### *Utrustning*

Upplevelsen av att ha tillgång till lokaler med anpassad miljö och rätt material som skulle ge möjlighet att utföra omvårdnadsarbete på en akutmottagning beskriver informanterna vara bristfällig. De återger att lokalerna inte är anpassade för det omvårdnadsarbete de ska bedriva. Informanterna uppger att när de inte har tillgång till tillfredsställande utrustning såsom britsar, toaletter och hygienutrymme påverkar det deras upplevelse av att ha möjlighet att ge omvårdnad negativt. De upplever att lokalernas utformning inte är anpassade för enskilda patienters omvårdnadsbehov. De upplevde det kränkande för patienternas integritet att utföra omvårdnad i denna miljö. De lyfte även avsaknad av möjlighet att kunna ge patienterna mat och dryck då de saknade utrymmen och utrustning att ge denna tillgång. En samvetsstress hos informanterna var att det mest intima för patienten påverkades då det berörde den privata sfären. De återgav att det endast fanns patientkläder i en storlek som skulle passa alla patienter eller inkontinensskydd för de som behövde endast var i storlek för obesitaspatienter. Allt detta får informanterna att känna sig otillräckliga i sitt omvårdnadsarbete på akutmottagningen.

*”Akuten är ju inte byggd för omvårdnad, det finns ju inte de faciliteterna”/.../ “om de behöver gå på toaletten så måste du ut med dem. Och det tycker jag är, jag förstår att det är så, men jag gillar inte det så att säga, jag tycker inte det är okej, inte okej för patienten att ha det på detta sättet”/.../”det går ju inte att driva något vettigt med det” (Informant, A)*

### *Bemannning*

Upplevelsen att kunna utföra den omvårdnad informanterna önskade uppgavs med tydlighet vara beroende av hur tillräcklig bemanningen vara. I utsagor där informanterna påtalade att de upplevde brist på kollegor framkom att det försvårade att prioritera i omvårdnadsarbetet. Det bidrog till en känsla av att inte ha tillgång till möjligheten att utföra den omvårdnad de ville och att de inte räckte till hur mycket de än försökte. Upplevelsen hos informanterna av att vara tillräckligt med bemanning stod i förhållande till hur många patienter de hade ansvar

för. Det innebar oftast en upplevelse av att vara för få. Känslan hos informanterna var att ytterligare bemanning hade gjort skillnad för deras upplevelse av sitt omvårdnadsarbete. Men främst påtalade de den negativa effekten som bristen i bemanning återspeglade på patienterna.

*“Alltså för det första är vi ont om personal/.../när vi är en plus en som vi är för tillfället då funkar det inte, det spelar liksom ingen roll hur man försöker sträcka sig, gummibandet räcker inte, det går inte, vi hinner inte med det och då blir det allt det som man är ålagd, då tullar man lite grann på den där omvårdnaden. Det är lite obekvämt att säga det men faktiskt är det så.” (Informant, A)*

*“Det är svårt att ha en bra omvårdnad om man inte är tillräckligt med folk och det brister om man har bråttom med annat för då prioriteras det lätt bort” (Informant, F)*

## Yttre förutsättningar för omvårdnadsarbetet

Gemensamt berättade informanterna om yttre förutsättningar som påverkade deras möjlighet att agera i omvårdnadsarbetet, dessa omständigheter var utom deras kontroll. Deras upplevelse innefattade tre aspekter; *vårdtyngd och flöde, att bli avbruten och organisationens funktion.*

### *Vårdtyngd och flöde*

Det oförutsägbara flödet som råder på en akutmottagning påverkar informanterna i deras upplevelse av omvårdnadsarbetet. Vårdtyngden kan konstant komma att förändras och flödet av patienter är oberäkneligt. Informanterna beskrev en känsla av att inte hinna med vilket gav en känsla av stress och ett ansvar som var svårt att uppfylla. Vårdtyngd och patientens flöde på en akutmottagning uppgav informanterna vara faktorer de upplevde sig maktlösa inför då de inte hade någon möjlighet att påverka dessa. Trots att informanterna angav att de prioriterat patienter som hade det största omvårdnadsbehovet uppgav de samtidigt att det innebar att flera andra patienter inte fått den uppmärksamhet de önskat kunna ge. Detta gav informanterna gav en stark känsla av otillräcklighet.

*“...Att man har ett dynamiskt flöde som snurrar hela tiden med nya patienter in... så att ofta ger de nog rätt många att man inte är riktigt nöjd med att inte kunna ge den optimala omvårdnaden till sina patienter som är där” (Informant, C)*

*“Man kanske inte alltid hinner med det som man känner som sjuksköterska att man borde hinna med...”/.../ “Jag har varit med om olika kvällar och nätter där man själv har mått väldigt dåligt, både blivit stressad i etisk och moralisk synpunkt. Jag har varit omvårdnadsansvarig för över trettio patienter på ett team då känner du att du börjar förlora kontrollen över ditt eget arbete de går ju så klart ut över patienterna” (Informant, E)*

#### *Att bli avbruten*

Avbrott i arbetet tillhörde de förutsättningar som informanterna upplevde gällde i sitt dagliga arbete på akutmottagningen. Dessa avbrott påverkade deras förmåga att genomföra sitt omvårdnadsarbete negativt. Informanterna är väl medvetna om fenomenet och upplever att de går ut över deras omvårdnadsmöte med patienten. Det fanns en rädsla hos informanterna att deras upplevelse av den stress avbrotten orsakade inverkar negativt på omvårdnaden. De beskriver att de kontinuerligt blev avbrutna av larmsignaler, anhöriga, telefonsamtal och andra medarbetare. Informanterna uppger att stressen avbrotten orsakade påverkade både deras arbetsuppgifters utförande och deras tankeprocesser. Det påverkade deras fokus och bidrog till att de ständigt hade en känsla av få börja om efter att ha blivit avbruten.

*“Man blir ju avbruten på en akutmottagning, det är ju ett dynamisk flöde så att säga”  
(Informant, A)*

*“Jag vill gärna lyssna men jag tror jag blev avbruten tre gånger och jag tror han [patienten] tröttnade rätt så mycket på att försöka prata med mig och märkte nog dessutom att jag blev stressad. Det är ju oftast flera patienter samtidigt och inte helt omöjligt att jag får springa på larm emellan...” (Informant, C)*

#### *Organisationens funktion*

Akutmottagningens organisatoriska uppbyggnad ger vissa bestämda förutsättningar som informanterna var tvungna att förhålla sig till. Det kunde handla om hur patienter förväntas

tas om hand vid ankomst med ambulans, vilka väntetider som rådde för röntgen och provtagning eller hur vårdplatssituationen gav möjlighet för patienterna att komma till en vårdavdelning. Detta var yttre förutsättningar som informanterna inte hade kontroll över men som till stor del påverkade deras förutsättningar att ge omvårdnad. Informanterna berättade om upplevelser av otillräcklighet då omvårdnad utfördes i korridorer där patientens integritet inte kunde värnas. Akutmottagningen beskrevs som en verksamhet i en större organisation där de kringliggande funktionerna påverkade sinsemellan situationen som den enskilda sjuksköterskan skulle arbeta under. Informanterna upplevde sig veta vad de hade för uppgifter att utföra men att de organisatoriska strukturerna påverkade möjligheterna.

*“...Detta är en akutmottagning och att det inte är meningen att man ska ligga här och bli omhändertagen jättelänge men vårdplatserna gör att det blir så”* (Informant, F)

*“...Om man har ambulanser som kommer och vill rapportera och man ska ta hand om de nya patienterna så kan det lätt bli att man skjuter fram att man ska byta ett inkontinensskydd till exempel, för att man vet ju om att det kan ju inte göra, eller det kan de väl, men att det inte gör lika stor skada som om man missar att ta blodprover i tid till exempel...”* (Informant, H)

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att ge omvårdnad på en akutmottagning. Kvalitativ metod med induktiv ansats valdes då data inhämtades via intervjuer och en innehållsanalys genomfördes. För att belysa ett fenomen med kvalitativ ansats är utgångspunkten för att nå trovärdighet att använda lämplig metod där pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet gör att studiens syfte uppnås (Danielson, 2017; Graneheim et al., 2017). Därför är detta en lämplig metod att använda när individers upplevelser och erfarenheter ska undersökas. Med induktiv ansats finns det möjlighet att genom analysprocessen utgå från en specifik frågeställning för att därigenom finna gemensamma och mer generella resonemang i deltagarnas berättelser (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020). Genom ett strategiskt och ändamålsenliga urval, då de som har erfarenheten intervjuas, erhålls störst sannolikhet att få rika beskrivningar av fenomenet (Danielson, 2017).

Genomarbetade inklusionskriterier ger möjlighet att definiera de optimala deltagarna för en studie (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020). Ett inklusionskriterium var att deltagarna skulle inneha en fast anställning på utvald akutmottagning och inte vara under introduktion. Dessa inklusionskriterier fastställdes för att nå de sjuksköterskor som arbetar under de förutsättningar som definierar en akutmottagning. Antal år som verksam sjuksköterska vara inte avgörande för deltagandet då det var upplevelsen i den akuta kontexten som avsågs undersökas och att den upplevelsen var ett faktum oavsett hur länge sjuksköterskan arbetat. Sjuksköterskor i resursteam eller anställda vid bemanningsföretag innebar exklusion. Författarna diskuterade att dessa sjuksköterskor arbetar en begränsad tid på flera olika arbetsplatser och att det skulle kunna påverka resultatet av det som denna studie hade som avsikt att undersöka. Att ha en flexibel anställning i resursteam eller bemanningsföretag, och inte vara kontinuerligt knuten till en och samma arbetsplats, skulle kunna bidra till en annan upplevelse av sitt omvårdnadsarbete på den då tillfälliga arbetsplatsen.

För att optimera överförbarheten av en kvalitativ studies resultat är det av vikt att hitta de deltagare som har erfarenhet av fenomenet som avses att undersökas (Graneheim & Lundman, 2004). Därför valdes den aktuella akutmottagningen som är väletablerad och utför omhändertagande i alla specialiteter som var applicerbart gällande författarnas syfte och därför bidrog till att ge underlag till rika berättelser. Datainsamlingen genomfördes med sjuksköterskor som informanter och i deltagargruppen fanns elva personer. Sju var kvinnor och fyra män, de hade varierande åldrar, år av erfarenhet som sjuksköterskor på akutmottagning och erfarenhet av att arbeta i dygnet-runt-verksamhet. Graneheim et al. (2017) menar att ett differentierat urval kan ge underlag till variationer och därför kan det ligga till grund för möjligheten att nå flera olika erfarenheter och upplevelser. De skillnader i kön, ålder och yrkesverksamma år på en akutmottagning som deltagarna representerar tillsammans ökar kvaliteten för den insamlade datan. I kvalitativ metod ökar sannolikheten för överförbarhet vid ett varierat urval (a.a.).

Datainsamling genomfördes med individuella intervjuer. En semistrukturerad intervjuguide användes vid intervjutillfällena. Pilotintervjun som genomfördes innebar inte att några förändringar av frågor gjordes men att någon ändring i ordning gjordes. Intervjuarna blev trygga med den tekniska utrustningen och sin roll som intervjuare (Danielsson, 2017). Genom detta förfarande stärks studiens pålitlighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna är själva sjuksköterskor på en akutmottagning och har därför en förförståelse för omvårdnadsarbete i den kontext som undersöktes. Därför valdes att inte genomföra studien på hemmahörande arbetsplats utan att undersöka fenomenet på annan ort. Det finns en risk i datainsamlingen och analysarbetet att författarna färgas i sina tolkningar av sin förförståelse. Men att författarna har kännedom om det undersökta ämnet anses också kunna öka trovärdigheten genom att skapa gynnsammare förutsättningar i mötet med deltagarna (Malterud, 2009). För att säkerställa att förförståelsen hos författarna inte påverkar pålitligheten och trovärdigheten har det genom arbetets gång vidtagits åtgärder. Diskussioner har förts mellan författarna, men också med hjälp av triangulering, där analysarbetet presenterats för handledare som tredje part med akademisk kunskap (Danielson, 2017).

Med hjälp av den semistrukturerade intervjuguiden som är utformad utifrån syftet är det med öppna frågor störst möjlighet att erhålla innehållsrika svar (Ryan et al., 2009). Innehållsrika svar har större sannolikhet att ge ökad tillförlitlighet i kvalitativa studier därför använde författarna följdfrågor som vad, hur, varför som stöd under intervjuerna för att skapa en naturlig och öppen dialog med de intervjuade (a.a.).

Telefonintervju eller frågor utskickade via mejl är tillvägagångssätt som ökat inom kvalitativa studier på grund av sin kostnadseffektivitet (Ryan et al., 2009; Gray et al., 2020). Dessutom upplever den som intervjuas sig mer bekväm i sin egenvalda miljö och mer trygghet att svara på frågor om sina upplevelser och upplevelsen av tillgänglighet i tid och rum är då en faktor av mindre relevans (Gray et al., 2020). Förfarandet med intervjuer via videolänk tros därför ha bidragit till studiens trovärdighet. Det finns dock en sannolikhet att ett visst bortfall skulle kunna vara på grund av den tekniska lösningen som intervjuerna genomfördes med eller att rådande pandemi bidrog till att möjlighet och tid inte upplevdes tillgänglig. Datainsamlingen pågick under fyra veckor och på grund av möjligheten att utföra intervjuerna via videolänk tillsammans med att deltagandet kunde ske närhelst deltagaren valde anses det vara gynnsamt för studiens pålitlighet. Dock kan det inte uteslutas att någon möjlig deltagare har avstått att delta med anledning av tillvägagångssättet eller till följd av att de disponibla veckorna inte passade.

Intervjuerna genomfördes med båda författarna på plats och varje tillfälle startade med att författarna presenterade sig och gav deltagarna en bild av sig själva. En av författarna ställde frågorna och den andra författaren hade möjlighet att komma in i intervjun för att ställa följdfrågor. Båda författarna förde även stödanteckningar. Dessa tillvägagångssätt stärker

pålitligheten och tillförlitligheten då båda författarnas perspektiv av intervjusituationerna bejakades (Danielson, 2017). Alla deltagare erbjöds att själva avgöra om de ville ha kamera på vid intervjun. På grund av rådande pandemi är deltagarna vana vid social distansering och möten av denna karaktär. Genomförandet av intervjuerna via videolänk upplevdes naturliga och att förtrolighet kunde skapas mellan författarna och deltagarna.

Denna typ av videosamtal för intervjuer har en ökad användbarhet och kan ändå ge en känsla av att ett personligt möte infinner sig (Gray et al., 2020).

För dataanalys följdes de rekommenderade stegen i innehållsanalys som Lindgren et al. (2020) redogör för, för att erhålla trovärdighet. Med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats gavs författarna möjlighet att analysera de insamlade texterna och systematisera fram gemensamma kategorier och slutligen finna det övergripande temat. Analysarbete har genomförts både enskilt och gemensamt, till exempel togs de meningsbärande enheterna fram enskilt för att därefter i gemensam diskussion komma fram till kondenserade enheter. Tillförlitligheten ökar vid detta förfarande (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020). Genom triangulering under analysprocessen ökar tillförlitlighet (Danielson, 2017). Därför har det under analysen förts diskussioner med handledaren och tredje part med stor akademisk kompetens för att nå samsyn i kategorier och subkategorier.

Genom att följa stegen i metoden och presentera dataanalysprocessen i en tabell (se tabell 1) ökar att giltigheten, pålitligheten och tillförlitligheten för analysen (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020). Hög kvalitet i ett kvalitativt arbete avgörs när den som tar del av det uppfattar en tydlighet och klarhet i redovisat förfarande och resultat (a.a.). Därför har författarna presenterat metodens steg noggrant och resultaten har redovisats med hjälp av tabell, figur och citat. Genom att använda citat för att illustrera de framanalyserade resultatkategorierna finns möjlighet att följa hur metoden svarar på studiens syfte. Redovisning i tabellform ger möjlighet att följa analysprocessen stegvis (Graneheim & Lundman, 2004). Det är viktigt att påpeka att trots att presentationen i tabell får analysarbetet att framstå som ett förbestämt och regelstyrt förlopp ändå innefattar ett dynamiskt arbete med diskussioner och resonemang mellan författarna.

## Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad på en akutmottagning. Flera tidigare studier lyfter patienternas upplevelser av att vara på en



akutmottagning och hur deras omvårdnadsbehov togs om hand (Rantala et al., 2021; Shankar et al., 2014; Dahlen et al., 2012; Ekwall, 2013; Muntlin et al., 2006), men eftersom det saknas kunskap om sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad på en akutmottagning genomfördes denna studie. Det övergripande temat som framkom från resultatet var en känsla av *otillräcklighet* hos sjuksköterskorna, vilket grundade sig i tre kategorier som uppkom ur sjuksköterskornas upplevelser av att ge omvårdnad på akutmottagning; *förväntningar av att ge omvårdnad, tillgångar i omvårdnadsarbetet* och *yttre förutsättningar för omvårdnadsarbetet* på en akutmottagning.

### *Otillräcklighet*

Informanterna som deltog i denna intervjustudie berättade om sina upplevelser av att ge omvårdnad på en akutmottagning. Den övergripande känslan var otillräcklighet och den baserades bland annat på faktorer som brist på tid, material och organisatoriska förhållanden samt faktorer som baserades på egna inneboende förmågor att hantera olika situationer. Känslan av att inte räcka till var genomgående i alla delar av resultatet när förväntningarna av att ge omvårdnad och tillgångarna i omvårdnadsarbetet inte gick att uppnå och när de yttre förutsättningarna i omvårdnadsarbetet brast. Det har tidigare påvisats att arbetsförhållanden för omvårdnadsarbete för sjuksköterskor på en akutmottagning är mindre gynnsamma än för sjuksköterskor i allmänhet och att det är flera faktorer som bidrar till att det är så (Adriaenssens et al., 2011). Dessa faktorer handlade om arbetsbelastning, känsla av upplevd kontroll och specifika organisatoriska förutsättningar för akutmottagning (a.a.), vilket är i linje med föreliggande resultat.

Informanterna berättade om att de hade utvecklat strategier för att klara av att genomföra omvårdnadsarbetet. De återgav att lyckade samarbeten i teamet var en strategi som hade möjlighet att sätta patientens behov i fokus. När informanterna upplevde att de som ansvariga för omvårdnadsarbetet lyckades ta vara på kunskapen som fanns i hela teamet sammanföll den medicinska vården med omvårdnaden och teamet fungerade optimalt. I likhet har sjuksköterskors strategier för att hantera omvårdnadsarbetet på en akutmottagning undersökts tidigare av Frank & Elmquist (2019). De har funnit att sjuksköterskor använder både proaktiva och reaktiva strategier. Att arbeta proaktivt handlar om att förbereda sig inför det oberäkneliga flödet av arbetsbelastning genom att till exempel klargöra vem som har ansvar för vad och att kontrollera flöden av patienter genom prioriteringsarbete. De reaktiva

strategierna innebar framför allt att använda sin tid optimalt och att anpassa varje samtal och tidsåtgång till mötet med patienten (a.a.). Strategier var alltså ett sätt som informanterna använde för att motverka otillräcklighetskänslan som uppkom i omvårdnadsarbetet. När de lyckades med att få patienten att känna sig sedd, det kunde handla om att ge några minuter extra tid och innebära både att vara ett stöd och att hjälpa till med fysiska behov, gav det dem en tillfredsställande känsla.

En unik omständighet på akutmottagningar, som inte ses någon annanstans på sjukhus, är att det inte finns någon borte gräns för antal patienter vilket innebär att det aldrig går att garantera hur många patienter en sjuksköterska kommer ansvara för (Gorman, 2019). Det i sin tur sammanfaller med en ökad känsla av att vara klämd i givna organisatoriska förutsättningar och att det kolliderar med att utföra omvårdnadsarbete (a.a.). Informanterna beskrev att det är svårt att uppnå känslan av tillräcklighet när de gav omvårdnad, att de förlorade kontrollen och upplevde att det var svårt att se individen i det större organisatoriska sammanhanget.

#### *Förväntningar av att ge omvårdnad*

I resultatet framkom vikten av att se patienten, det var ett aktivt arbete att få patienten att känna sig sedd. Det avsåg både att bistå med fysiska basala behov och att möta patienten i psykosociala frågor. Det återgavs dessutom att vid de tillfällen informanterna upplevde att de lyckats få patienten att känna sig sedd återspeglade det deras egen känsla av att ha genomfört ett tillfredsställande omvårdnadsarbete. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård definierar att personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt som akutsjuksköterskan ska arbeta med och aktivt för. Det innebär att patientens behov och förutsättningar styr vården och att patienten involveras (SSF, 2017). Personcentrerat arbete förutsätter att patienten upplever sig sedd. Ur patientperspektiv framkommer liknande resultat där äldre patienters upplevelse av kvalitet i akutsjukvård visar att de har stora förväntningar på den vårdpersonal de möter. Patienterna värderar vårdpersonalens förmåga att hjälpa till genom att leda vårdarbetet och kommunicera vårdförloppet. De uppgav att sjuksköterskor i en akut verksamhet bidrog till deras upplevelse av minskad ångest i förhållande till de ofta långa väntetiderna och brist på information under den tiden (Shankar et al., 2014). Detta framkom som en viktig del för informanterna även i denna studie.

Joyce Travelbee definierar i sin omvårdnadsteori att det är i mötet mellan patienten och sjuksköterskan som omvårdnad sker, att det är en mellanmänsklig process. Travelbee är kritisk till begreppen sjuksköterska och patient, och menar att fokus ska vara att nå det unika i varje individ och de mötet. För att nå det mellanmänskliga mötet bör kommunikation användas som redskap. Genom kommunikation finns möjlighet att lära känna patienten och enligt Travelbee kan sjuksköterskan genom att skapa denna relation bidra till den enskildes förmåga att klara av lidande och sjukdom (Travelbee, 1971). De intervjuade sjuksköterskorna berättar om hur det första mötet med patienten hade möjlighet att prägla upplevelsen av hela akutmottagningsbesöket för patienten. Informanterna var medvetna om att de kommunicerade både verbalt och med kroppsspråk, de upplevde att det genom att lyckas med detta möte fanns möjlighet att skapa tillit hos patienten. Att lyckas med god kommunikation i det första mötet med patienten på en akutmottagning kunde vara en utmaning. Informanterna angav att de hade en medvetenhet om att kommunikation var ett viktigt verktyg för omvårdnad och spelade en stor roll i det första, ofta korta, mötet. Det har visats att upplevelser hos vårdpersonal, som arbetar i första ledet på akutmottagning och som är de första i vårdkedjan anpassar sin kommunikation med patienten (Elmqvist et al., 2012; Blackburn et al., 2018). De berättar att de ofta kommunicerade kortfattat då de visste att det var fler patienter som väntade och av rädsla för att få följdfrågor och då ta mer tid i anspråk gjorde anpassningar (a.a.). Med hjälp av kommunikation finns en möjlighet att skapa tillit och trygghet hos patienten berättar informanterna i intervjuerna men det fanns samtidigt en risk att inte uppnå det på grund av bristande förutsättningar för att ge omvårdnad.

### *Tillgångar i omvårdnadsarbetet*

Upplevelsen av faktorer som påverkar patientsäkerhet på en akutmottagning har Källberg et al. (2017) undersökt i en intervjustudie där deltagarna var både sjuksköterskor och läkare. Den visade på en komplexitet i det dagliga arbetet som bidrog till upplevda patientsäkerhetsrisker där flera olika faktorer inverkade, till exempel höga patientflöden, svårighet att prioritera mellan arbetsuppgifter, oerfarna kollegor och otillräcklig bemanning. När flera bidragande faktorer pågick samtidigt upplevdes patientsäkerheten riskeras mer och den största risken angavs vara att kommunikationen sinsemellan personal äventyras (a.a.). En ökad bemanning och högre utbildningsnivå av sjuksköterskor i kombination med en bättre arbetsmiljö har också visats ge bättre överlevnad för patienter (Aiken et al., 2011). I resultatet av föreliggande studie bidrog avsaknad av tillräcklig bemanning, avsaknad av tid och

utrustning till upplevelsen av otillräcklighet. Upplevelsen var att brist på sjuksköterskor försvårade prioritering i omvårdnadsarbetet. Informanterna angav att det var just avsaknad av den egna professionen som hade störst påverkan.

Det framkom i intervjuerna att sjuksköterskornas upplevelse av tid i förhållande till omvårdnadsarbete var otillräcklig. De såg och kunde konstatera att det fanns omvårdnadsbehov men var tvungna att prioritera på grund av tidsbrist. Att de medicinska uppgifterna kommer i första hand på akutmottagningar visade även en studie av Andersson et al. (2011), där det också framkom att dessa utförs på ett mer automatiserat sätt än på ett vårdande sätt. Det beskriver att tillgångarna i omvårdnadsarbetet begränsas av tid per patient och att standardiserade processer hjälper till men innebär att sjuksköterskorna jobbade mindre personcentrerat (a.a.). Kategorin tillgångar i omvårdnadsarbetet skulle kunna ses som ett uttryck för detta. Då känslan av otillräcklig hos informanterna som uppkom på grund av tidsbrist och prioriteringar i arbetet var det som lett till att vissa av dem berättade att de omvärderat sin bild av omvårdnad.

En annan aspekt av den upplevda otillräckligheten var lokalerna som deras verksamhet bedrevs i, att de inte var optimala att utföra omvårdnad i. Det framkommer i intervjuerna att det bidrar till ytterligare en negativ upplevelse att inte ha tillgång till rätt utrustning och lokaler i omvårdnadsarbetet. Brister på tillgångar i omvårdnadsarbetet innebär att de intervjuade sjuksköterskorna arbetar under tidsbrist och med underbemanning. Det innebar att de inte kan utföra den omvårdnad de är specialister i och det kan innebära en risk för patientsäkerheten.

Det finns likheter med patienters upplevelser av att vårdas på en akutmottagning, där det visar sig att de två vanligaste orsakerna till fysiskt obehag för patienterna är britsarna och upprätthållande av den personliga integriteten (Shankar et al., 2014). Britsarna bidrog ofta till att det var svårt att hitta en skön position att vila i och orsakade nya smärtor. Generellt i akutmottagningens lokaler upplevde patienter det svårt att värna sin integritet (a.a.). De patienterna som befinner sig på en akutmottagning i väntan på en vårdplats, det vill säga de som har ett konstaterat omvårdnadsbehov känner sig överlämnade, upplever en ovisshet och en rädsla över vad som ska ske härnäst. De upplevde att det var ingen bland personalen på akutmottagningen som såg dem, att det var otillräckligt med tid för sjuksköterskorna att hinna med den omvårdnad som de behövde och miljön på akutmottagningen var inte en de ville vårdas i. Avsaknaden av smärtlindring, sängar, mat, dryck, den höga ljudnivån och ljuset som

konstant var tänt i taket lyfts av patienterna. Trots sitt eget lidande återberättade de hur de observerade sjuksköterskornas försök att arbeta i denna miljö och kände empati för deras arbetssituation. De beskrev den som lika illa för patienterna själva som för omvårdnadspersonalen, de betonade vikten av den stress de såg att sjuksköterskorna bar och beskrev akutmottagningen som en tågstation där vårdpersonalen sprang fram och tillbaka (Rantala et al., 2021).

#### *Yttre förutsättningar i omvårdnadsarbetet*

Förutsättningar som påverkade informanternas möjlighet att utföra omvårdnad var omständigheter som fanns utanför akutmottagningens organisation, och således låg utanför sjuksköterskans kontroll. Det hade ändå stor betydelse och påverkan på premisserna de arbetade under. En av aspekterna som bidrar till oförutsägbarheten i patienternas flöde bestäms av tillgången på vårdplatser på sjukhuset. Det innebär att sjuksköterskor som arbetar under förhållandet crowding, som Chen et al. (2018) beskriver, orsakar att sjuksköterskor upplever stor maktlöshet. I sin tur påverkar det sjuksköterskorna att ifrågasätta om akutmottagningen är det ställe de vill arbeta på då de inte får en positiv känsla för sin profession där (a.a.).

En observationsstudie som utfördes på två akutmottagningar i Sverige visades det att personalens aktiviteter ägnades åt mindre än 10 % till direktkontakt med patienter och anhöriga (Berg et al., 2012; Berg et al., 2013). Den aktivitet som upptog störst del av personalens arbetstid var informationsutbyte vilket också var den aktivitet som oftast utfördes vid tillfällena då personal blev avbruten. Att göra flera arbetsuppgifter samtidigt kallas också multitasking, det visar sig att sjuksköterskor är den yrkesgrupp som oftast ägnar sig åt multitasking. Under denna tid skedde i genomsnitt cirka fem avbrott i timmen hos akutmottagningens personal. Det leder till ett högre antal patienter, vilket ökar behovet av multitasking och att avbryta andra i personalen i deras uppgifter (a.a.). Att bli avbruten i samband med patientmöten är vardag för informanterna yrkesverksamma på en akutmottagning. Detta skapade en negativ känsla hos dem då hen blir medveten om att patientmötet blir påverkat.

## **Konklusion och implikationer**

Studiens resultat visade att informanterna upplevde en stark och övergripande känsla av otillräcklighet i sitt omvårdnadsarbete. Det grundade sig på deras föreställningar och upplevelser av att ge omvårdnad på en akutmottagning. Det var flera faktorer som spelade in; att det inte fanns tillräckligt med tid, att bemanningen var otillräcklig, att utrustning och material saknades. Sammantaget bidrog detta till deras känsla av att inte ha någon kontroll över det kontinuerliga inflödet av patienter som ständigt pågick, patienter som de skulle vara omvårdnadsansvariga för. Även deras medvetenhet om fenomenet att bli avbruten kontinuerligt och att det kan gå ut över omvårdnadsmötet med patienten bidrog. Det fanns en otillräcklighetskänsla hos informanterna att deras upplevelse förknippad med stressen som uppstod i samband med avbrotten orsakade negativ inverkan på omvårdnaden och patientens upplevelse och tillit till dem. Trots dessa upplevelser i omvårdnadsarbetet var det viktigt för informanterna att arbeta för att få patienten att känna sig sedd. Att se individuella behov, att se hela personen, att finnas till hands och att vid tillfälle ge det lilla extra till patienterna angavs vara en viktig drivkraft i ett bra utfört omvårdnadsarbete.

Denna studie riktar sig till vårdpersonal inom akutsjukvård och vill skapa diskussion och öka medvetenheten om omvårdnad på akutmottagningar. En förhoppning finns att tillsammans med tidigare forskning kunna utveckla det omvårdnadsarbete som sjuksköterskor på en akutmottagning bedriver. Dock behövs mer forskning utifrån sjuksköterskornas upplevelser och hur det sedan återspeglas i vårdförloppet för patienterna. Författarna har som förhoppning för framtiden att kunna implementera ett förbättringsarbete där mer fokus ligger på att sjuksköterskan ska ha möjlighet att bedriva sitt huvudansvar: omvårdnad.

## Referenser

Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: Predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1317–1328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x>

Andersson, H., Jakobsson, E., Furåker, C., & Nilsson, K. (2011). The everyday work at a Swedish emergency department – The practitioners' perspective. *International Emergency Nursing*, 20, 58-68. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.06.007>

Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H.L., Flynn, L., & Neff, D.F. (2011). The effects of nurse staffing and nurse education of patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047-1053.

[doi:10.1097/MLR.0b013e3182330b6e](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e)

Ball, J. E., Griffiths, P, Rafferty, A-M, Lindqvist, R, Murrells, T, & Tishelman, C-A. (2016). Cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 72(9): 2086–2097 [doi: 10.1111/jan.12976](https://doi.org/10.1111/jan.12976)

Ball, J. E., Murrells, T, Rafferty, A-M, Morrow, E, & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*. 2014;23(2):116-25.

Berg, L. M., Ehrenberg, A, Florin, J, Östergren, J & Göransson, K. E. (2012). An observational study of activities and multitasking performed by clinicians at two Swedish emergency departments. *European Journal of Emergency Medicine*. 2012; 19:246–51.

Berg, L. M., Källberg, A. S., Göransson, K. E., Östergren, J, Florin, J, & Ehrenberg, A. (2013). Interruptions in emergency department work: an observational and interview study. *BMJ Quality and Safety*. 2013; 22:656-63.

Blackburn, J., Ousey, K. & Goodwin, E., (2018). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing* 42, 30-35.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>

Chen, L.C., Lin, C.C., Han, C.Y., Hsieh, C.L., Wu, C.J. (Jo), & Liang, H.F. (2018). An Interpretative Study on Nurses' Perspectives of Working in an Overcrowded Emergency Department in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 12(1), 62–68.

Dahlen, I., Westin, L., & Adolfsson, A. (2012). Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychology research and behavior management*, 5, 1-9.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143–153). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285–297). Lund: Studentlitteratur.

Derlet, R, W. (2002). Overcrowding in the ED. *The Journal of Emergency Medicine* 1992;10:93-94.

Ehrenberg, A., Enarsson, P., Wijk, H., & Condelius, A. (2015). *Äldre personers rätt till omvårdnad - Behov, kompetenser, myter och evidens*. Svensk Sjuksköterskeförening. <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/aldre.personers.ratt.till.omvardnad.webb.pdf>

Ekwall, A. (2013). Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 39(6):534-8. doi: 10.1016/j.jen.2010.10.003

Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2012). Trapped between doing and being: First providers' experience of "front line" work. *International Emergency Nursing*, 20(3), 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.07.007>

Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P., & Craftman, Å. (2018). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6). doi:10,1111/jocn.14143



Frank, C., & Elmqvist, C. (2019). Staff strategies for dealing with care situations at an emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34, 1038-1044. doi: 10.1111/scs.12812

Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P., & Stein-Parbury, J. (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing & health sciences*, 16(4), 449-453. doi: 10.1111/nhs.12137

Gorman, V. L-A. (2019). Future Emergency Nursing Workforce: What The Evidence Is Telling Us. *Journal of Emergency Nursing: JEN*, 45(2), 132–136. doi: 10.1016/j.jen.2018.09.009

Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi: 10,1016/j.nedt.2003,10.001

Gray, L. M., Wong-Wylie, G., Rempel, G. R., & Cook, K. (2020). Expanding qualitative research interviewing strategies: Zoom video communications. *The Qualitative Report*, 25(5), 1292-1301.

Helsingforsdeklarationen. (2018). World Medical Association Helsingforsdeklarationen. Hämtad 2021-03-24 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

International Council of Nurses (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Hämtad 2020-11-22 från: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf)

Kilcoyne, M., & Dowling, M. (2007). Working in an overcrowded accident and emergency department Nurse's narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25, 21–27.

Kjellström, E (2017). Forskningsetik. I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–77). Lund: Studentlitteratur.

Källberg, A., Ehrenberg, A., Florin, J., & Göransson, K. (2017). Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 33, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.01.002>

Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H., (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, Aug; 108:103632. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103632

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Morgan, J. & Wood, I. (2013). Inledande bedömning av akut sjuka personer. (A. Ekwall, Trans.). I Wood, I. & Garner, M. (red.). *Inledande omhändertagande av akut sjuka personer: en bok för sjuksköterskor*. (s. 23–49) (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Muntlin, A., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1045–1056. doi:10.1111/j.1365–2702,2006, 01368.x

Organisation for economic co-operation and development (2018). Health statistics. Hämtad 19 november, 2020, från [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#)

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Stockholm: Socialdepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Rantala, A, Nordh, S, Dvorani, M & Forsberg, A. (2021). The Meaning of Boarding in a Swedish Accident & Emergency Department: A Qualitative Study on Patients' Experiences of Awaiting Admission. *Healthcare (Basel)*, 9(1), 66. 1–13 doi: 10.3390/healthcare9010066

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2017).

*Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård.*

Stockholm: SSF. Hämtad 22 november, 2020, från

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231c00/1584088433640/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20akutsjukv%C3%A5rd.pdf>

Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 309–314. doi:10.12968/ijtr.2009.16.6.42433

Shankar, K. N., Bhatia, B. K., & Schuur, J. D. (2014). Toward patient-centered care: A systematic review of older adults' views of quality emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 63(5), 529–550. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.07.509.

Smeds Alenius, L, Tishelman, C, Lindqvist, R, Runesdotter, S, & McHugh, M. D. (2016). RN assessments of excellent quality of care and patient safety are associated with significantly lower odds of 30-day inpatient mortality: A national cross-sectional study of acute-care hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, (61), 117–124. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.06.005.

Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2019*. Hämtad 19 november, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-10-6951.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Statistikdatabas för akutmottagningar, väntetider och besök*. Hämtad 8 Mars, 2021, från [https://sdb.socialstyrelsen.se/ift\\_avt\\_manad/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/ift_avt_manad/val.aspx)

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Rapport februari 2013. Hämtad 24 november, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2013-12-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Rapport december 2015. Hämtad 26 november, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-12-11.pdf>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspect of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis.

Wikström, J. (2018). *Akutsjukvård: omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.



## Intervjuguide

### *Bakgrund:*

- Kön
- Ålder
- Yrkesverksamma år som sjuksköterska
- Yrkesverksamma år på akutmottagning som allmän/specialistsjuksköterska
- Specialistsjuksköterskeexamen årtal

### *Öppna frågor:*

- 1) Vad är omvårdnad för dig?
  - a. Vad baserar du det på? (litteratur? erfarenhet? annat?)
- 2) Vad är omvårdnad för dig på en akutmottagning?
  - a. Skiljer det sig från andra arbetsplatser som du arbetat på som sjuksköterska?
- 3) Utgå från ditt senaste arbetspass, beskriv den omvårdnad du gav då? Finns det något du tänker var på avancerad nivå (i motsats till grundnivå)? Vad gjorde du (i relation till patienten) som du inte skulle beskriva som omvårdnad?
- 4) Hur kommunicera du omvårdnad till en patient på akutmottagningen?
- 5) Hur tänker du kring vad som underlättar omvårdnaden på akutmottagningen? Kan du ge något exempel på när du gav, i din mening, god omvårdnad?
  - a. Kan du ge något exempel på när du upplever att det inte var möjligt, och vad du tänker att det berodde på?
- 6) Hur gör du för att hålla dig uppdaterad om det aktuella kunskapsläget inom omvårdnad och akutsjukvård?

### *Avslutande fråga:*

Skulle du vilja ge förslag eller önskemål på hur och när omvårdnaden kan utföras på en akutmottagning? Är det något du vill tillägga?

*Följdfrågor kan förekomma: Vad, hur, varför & berätta mer?*