

# Låt oss få träffa våra barn!

Kartläggning av upplevelser och behov hos  
närstående till barn i akut livshotande tillstånd

FÖRFATTARE	Åsa Halvarsson Henrik Rodéhn
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp/ Omvårdnad – Eget arbete  VT 2008
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Kristina Andersson
EXAMINATOR	Azar Hedemalm

Titel (svensk):	Låt mig få träffa mitt barn! – Kartläggning av upplevelser och behov hos närstående till barn i akut livshotande tillstånd
Titel (engelsk):	Let me see my child! – Exploration of experiences and needs of relatives to children in acutely life-threatening situations
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp/Omvårdnad – Eget arbete/kursbeteckning: OM2240/SPN9
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	16 sidor
Författare:	Åsa Halvarsson och Henrik Rodéhn
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Azar Hedemalm

## SAMMANFATTNING

Direkt drabbade vid en olycka är förutom patienten även närstående. Patientens akuta tillstånd kräver största koncentration från personalen, vilket gör att det finns en risk att de närstående hamnar i skymundan. God vårdmiljö utmärks av trygghet och trivsel, samt av att vara hälsobefrämjande. Vårdmiljö innefattar den fysiska, psykiska och sociala omgivningen. En god kommunikationsteknik är ett bra hjälpmedel för att kunna ge ett gott stöd och omsorg, för att förstå patienten och dess närstående, och för att kunna ge bättre hjälp. Syftet med detta arbete var att kartlägga upplevelser och behov hos närstående till barn i akut livshotande tillstånd inom akutsjukvård.

Uppsatsen gjordes i form av en litteraturstudie av tio artiklar. Närstående upplevde sjukhusmiljön och situationen när deras barn blev akut sjuk som mycket stressande. De hade ett stort behov av att vara närvarande hos barnet, både för sin egen skull och för barnets skull. Närstående ville ha god och frekvent kommunikation med personalen och få ärliga besked om barnets tillstånd, behandling och prognos. Rollskiftet som närstående genomgick i och med deras barns hospitalisering var stressande och kunde frambringa känslor av kontrollförlust. Närvaron kunde hjälpa de närstående psykiskt genom att de fick se att allt gjordes för barnet och därmed minska framtida funderingar och skuldkänslor. För att underlätta kontakten med närstående bör man på akutavdelningarna ha fasta rutiner för vem som har ansvar för dem. Vi anser att det behövs mer forskning inom området närstående till barn i akutsjukvård.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
Inledning.....	1
Definitioner.....	1
<i>Livshotande tillstånd</i> .....	1
<i>Akutsjukvård</i> .....	2
<i>Närstående</i> .....	2
<i>Barn</i> .....	3
Miljö .....	3
Stress.....	4
Kommunikation.....	4
<i>Professionell kommunikation</i> .....	5
Socialt stöd .....	6
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
Analysmetod.....	6
<b>RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
Upplevelse av stress .....	8
<i>Upplevda stressmoment</i> .....	8
<i>Upplevelse av stressreaktioner</i> .....	9
Att vara närvarande .....	9
<i>Att vara närvarande för barnets skull</i> .....	9
<i>Att vara närvarande för sin egen skull</i> .....	10
Kommunikation.....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>11</b>
Metoddiskussion.....	11
Resultatdiskussion .....	13
<i>Stress</i> .....	13
<i>Miljö</i> .....	13
<i>Socialt stöd och närvaro</i> .....	14
<i>Kommunikation</i> .....	15
Reflektioner.....	16
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>17</b>

### **Bilaga 1**

    Artikelsammanställning

### **Bilaga 2**

    Akutjournal enligt METTS-A

### **Bilaga 3**

    Traumajournal enligt METTS-T

# INTRODUKTION

## Inledning

*”Vad säger man som sjuksköterska egentligen till närstående som har ett barn som är väldigt illa därän?”* Ungefär så löd vår ursprungliga idé till denna uppsats. Som blivande sjuksköterskor får vi lära oss att ta hand om patienten och närstående. I helhetssynen av patienten ingår även att kunna bemöta och ta hand om närståendes behov, något som vi därför vill fokusera på i detta arbete. Detta blir särskilt intressant inom akutsjukvård, då den närstående hastigt hamnar i en oväntad och obehaglig situation. Patientens akuta tillstånd kräver största koncentration från personalen, vilket gör att det finns en risk att de närstående hamnar i skymundan. Ett gemensamt intresse av akutsjukvård gör att vi vill se närmare på detta område. Då vi även ser barnsjukvård som ett intressant område, och vi båda kommer att arbeta inom detta, vill vi fokusera vår uppsats på barnsjukvård.

Direkt drabbade vid en olycka är förutom patienten även närstående (1). I möten med närstående i den initiala fasen vid en allvarlig händelse, måste ofta sjuksköterskan bemöta närstående som känner förtvivlan, ilska, skuld, rädsla, eller hjälplöshet (2). I NOBAB:s (Nordisk förening för sjuka barns behov) lista över rättigheter barn har på sjukhus, är en punkt att *”barn har rätt att ha föräldrar eller andra närstående hos sig under hela sjukhusvistelsen”*. Där står även att läsa att *”personal som vårdar och behandlar barn skall ha sådan utbildning och kompetens att de kan bemöta de fysiska och psykiska behoven hos barnet och dess familj”* (3).

I Statens offentliga utredningar (4) kan man läsa att det är en viktig del av sjuksköterskans arbete att stödja närstående. Under utbildningen har vi också lärt oss att det skiljer en del mellan olika kulturer hur man tar hand om närstående på sjukhus och även vilka som ses som närstående. För svenskar är det vanligast att bara närmsta familjen är med på sjukhuset, medan det inom andra kulturer ofta ses som en skyldighet för storfamiljen att vara närvarande vid sjukdom (5). Närståendes upplevelser inom akutsjukvård tror vi är sammankopplade med stress och hur miljön är, både den fysiska och den psykiska. Deras behov antar vi handlar om kommunikation och socialt stöd. Därför har vi valt att beskriva miljö, kommunikation, stress och socialt stöd som bakgrund till vår litteraturstudie.

## Definitioner

### *Livshotande tillstånd*

Livshotande definieras i NE.se som något *”som innebär livsfara, vanligen om skada eller sjukdom”* (6). Enligt triagesystemet METTS-A (Medical Emergency Triage and Treatment System Adult) (bilaga 1), som används på bland annat Sahlgrenska Universitetssjukhuset, anses de som prioriteras röda, det vill säga de med högst prioritet, vara i livshotande tillstånd. Ofri luftväg, en syremättnad i blodet under 90 % med tillförd syrgas, andningsfrekvens över 30 andetag eller under 8 andetag per minut är några indikationer på röd prioritering. Vidare är en regelbunden puls över 130 eller oregelbunden puls över 150 slag per minut en indikation på livshot, samt om det systoliska blodtrycket är under 90 mmHg. Dessutom prioriteras

medvetlöshet eller pågående krampanfall alltid som röda (7). För traumapatienter används också en traumajournal, som har vissa tillägg för allvarliga skador som är indikationer på en röd prioritering (bilaga 2). En variant som heter metts-p (-pediatric) är också framtagen med värden anpassade efter barnens ålder och kroppsstorlek, men har ännu inte kommit i bruk (7). Ibland används också Manchestermodellen, som på ett liknande sätt prioriterar patienter enligt vitalparametrar, det vill säga hur de livsviktiga funktionerna fungerar, för att på så sätt kunna göra säkra och jämförbara bedömningar (8). I en studie på Sahlgrenska Universitetssjukhuset var mortaliteten bland patienter med röd prioritet 7 % på akut- och olycksfallsmottagningen. Hos patienter som blivit triagerade som orangea, d.v.s. de med näst högst prioritet, var mortaliteten 0,2 %, medan den var 0 % hos de med lägre prioritet (9). Med underlag av detta, definierar vi akut livshotande tillstånd som: ”patienter som borde bli klassade med högsta prioritet (”röda”, ”prio 1”) i en triagering”.

### *Akutsjukvård*

År 2003 fanns i Sverige 60 kompletta akutsjukhus med dygnetruntöppna akutmottagningar samt 16 akutmottagningar som fungerar delar av dygnet eller endast betjänar medicinska akutfall (10). På en akutmottagning tar man emot patienter med en akut skada eller sjukdom. Här arbetar undersköterskor, sjuksköterskor och administrativ personal, samt läkare, som ofta jobbar på andra avdelningar eller mottagningar men har avsatta jourpass på akuten (10, 11). Förutom allmänna sjuksköterskor på en akutmottagning finns det även sjuksköterskor med specifik specialistutbildning med inriktning på akut- och olycksfallssjukvård. Andra vanliga specialistutbildningar för arbete inom akutsjukvård är anesthesi- och intensivvård (11). Inom barnsjukvård finns dessutom barnsjuksköterskor och barnsköterskor. Till intensivvårdsavdelningen kommer patienter som löper risk eller utsatts för svikt av de vitala funktionerna. Detta kan vara andnings- och blodcirkulationsproblem, påverkat medvetande, rubbningar i vätske- eller syra-basbalans, eller störning av kroppens ämnesomsättning. Intensivvård bedrivs oftast på särskilda intensivvårdsavdelningar som karaktäriseras av hög bemanning av specialistutbildad personal och avancerad medicinsk teknik för konstant övervakning och behandling (12). På en barnintensivvårdsavdelning (BIVA) arbetar specialistutbildade sjuksköterskor, undersköterskor och barnsköterskor samt läkare (13). I Sverige finns det tre specialiserade barnintensivvårdsavdelningar, där man endast tar emot barn upp till 18 år (14). Närstående ska ha chansen att vara hos barnet dygnet runt under barnets tid på BIVA (13).

### *Närstående*

I uppslagsverk definieras närstående bland annat som familjemedlem (15), anhörig, släkting (15, 16), besläktad, nära förbunden, samhörande (16), och som någon som står nära (17). I Statens offentliga utredningars rapport om hemvård står att orden anhörig och närstående inte alltid har samma innebörd. I hälso- och sjukvårdslagstiftning används ordet närstående, som de anser är ett något vidare begrepp än anhörig. Begreppet närstående föredras, då det är individen själv som bestämmer vem den ser som sina närstående (4). Det beskrivs också hur närstående lever nära en annan människas lidande (18) och hur närstående precis som patienten är delaktig och påverkas av beslut angående vården (19). I den engelska litteraturen används ofta ordet ”family”, vilket i vissa fall definieras som de närmsta släktingarna, men även som personer som är beroende av varandras stöd:

emotionellt, fysiskt och ekonomiskt (20). Vilka som räknas till familjen bestämmer man själv (2, 20). Andra engelska ord som används för att beskriva närstående är: "parents", "next of kin" och "relatives". Vi har valt att översätta samtliga dessa ord till närstående. Eftersom det inom barnsjukvård oftast är föräldrar som är närstående använder vi ordet föräldrar synonymt med ordet närstående i detta arbete. Vår definition av ordet närstående i denna uppsats är: "*de som en person anser stå honom/henne nära*". Detta kan innefatta familj, släkt och vänner.

### *Barn*

Enligt NE.se (21) är ett barn en människa i stadiet mellan födseln och vuxen ålder. I Barnkonventionen definieras ett barn som alla människor under 18 år, om inget annat gäller juridiskt (22). I denna uppsats definierar vi ordet barn som: "*alla personer under 18 år*".

### **Miljö**

Bland konsensusbegreppen (metaparadigmbegreppen) som består av helhetsbegrepp som identifierar omvårdnadens disciplin, finns förutom begreppen människa, hälsa och omvårdnad även begreppet miljö med. I begreppet miljö avses en persons närstående och den fysiska omgivningen, men även den atmosfär i vilken omvårdnad sker, från hemmet eller kliniken till samhället i stort. De fyra konsensusbegreppen länkas samman av påståenden som klarlägger relationerna mellan begreppen. För människa och miljö beskrivs att omvårdnaden berörs av människans beteende i interaktioner med miljön i vanliga livshändelser och kritiska livssituationer. Miljö och hälsa kopplas samman genom att en människas helhet och hälsa påverkas i samtidig interaktion med omgivningen (23).

I Socialstyrelsens allmänna råd för omvårdnad inom hälso- och sjukvården (24) står att läsa att "*omvårdnaden innefattar åtgärder som syftar till att skapa en hälsobefrämjande miljö*". I Hälso- och sjukvårdslagen (25) beskrivs krav på miljön som "*där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges*". Redan Nightingale (26) talade om betydelsen av miljön. Fokus lades på den fysiska miljön, där miljön främst syftar på människans påverkan av ljus, ljud, lukt, ventilation och värme. Nightingale menar att en optimal omgivning kan hjälpa patienten i sin naturliga läkningsprocess. Det låg på sjuksköterskans ansvar att tillse en god omgivning, eftersom denna påverkar både kropp och själ. Först sedan den fysiska miljön är tillfredsställande kan patientens emotionella behov tillgodoses (26). Även sjuksköterskor på barnakutmottagningen på Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus uttryckte att miljön främst handlade om den fysiska omgivningen (Personlig kommunikation, 080208).

Miljön beskrivs också vara en förutsättning och ett förhållande som påverkar människan. Sjukhusmiljö har exempelvis en direkt inverkan på patienten (27). I ICN:s (Internation Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor menas att sjuksköterskan ska verka för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar respekteras, såväl hos individer som familjer och samhällen i stort (28). Även den estetiska miljön är sjuksköterskans ansvarsområde. Där ingår skyddande, stödjande och förbättrande av fysisk, psykisk, social och andlig miljö (27). God vårdmiljö utmärks av trygghet och trivsel, samt av att vara

hälsobefrämjande. Vidare förklaras att vårdmiljö innefattar den fysiska, psykiska och sociala omgivningen. Det viktiga i den psykiska miljön är den emotionella atmosfären, personalens kommunikation och diskretion, tillgången till information, samt möjlighet till både samvaro och enskildhet (29).

## **Stress**

Alla upplever stress under sitt liv och i viss grad är detta nyttigt, motiverande och stödjande för en persons välbefinnande. Omåttlig eller långvarig stress har dock negativa resultat. Faktorer som kan framkalla stress är sjukdom, smärta och hospitalisering. Förutom för patienten, kan en sjukdom leda till stress även hos närstående. Stress kan utlösa en mängd reaktioner, både fysiskt och psykiskt, men reaktionerna kan skilja mycket från person till person. På det emotionella planet kan stress framkalla bland annat irritabilitet, aggression, apati, gråtattacker, misstänksamhet och minskad initiativförmåga (30). Coping kan beskrivas som bemödanden för att bemästra interna eller externa krav där tidigare rutiner inte räcker till. Barn har inte lika utvecklad psykisk coping-mekanism som vuxna, vilket kan medföra att de aggressivt utagerar sin rädsla och oro (31, 32). Eftersom detta kan försvåra undersökning och behandling, krävs extra hänsynstagande. Om möjligt, bör det därför vara med någon som barnet känner i traumarummet. För vuxna närstående kan stressen de upplever visa sig genom att de är upprörda, omedgörliga eller anklagande. Detta bör sjukvårdspersonalen ta särskild hänsyn till (32).

## **Kommunikation**

Enligt NE.se (33) är kommunikation ett ömsesidigt utbyte eller överföring av information mellan människor, och är ett primärt behov för en fullvärdigt psykisk, social och kulturell utveckling samt för att kunna förmedla sig. Kommunikation är en process där tankar och känslor delas och överförs (34). För att kunna kommunicera krävs ett språk eller en kod (33). Kommunikation är något alla människor använder från tidig ålder. Redan spädbarn använder sin blick och sin gråt för att kommunicera med omvärlden (35).

Kommunikation delar man upp i två huvudtyper: verbal och icke-verbal kommunikation. Med verbal kommunikation menas något som förmedlas i ord, medan icke-verbal kommunikation yttrar sig i form av ansiktsuttryck, tonfall och kroppshållning som förmedlar eller förstärker det som sagts (34, 35). Språket utgör endast ca 1/3 av den totala kommunikationen (5). För det mesta används både verbal och icke-verbal kommunikation när ett budskap förmedlas, några ord med ett tillhörande leende eller tonfall. Dessa två typer är ofta lika viktiga i en kommunikation mellan människor. Givaren kan aldrig med säkerhet veta att mottagaren helt förstår den icke-verbala signalen. De icke-verbala uttrycken måste tolkas, då det är de som utgör grunden för närhet och avstånd, samt samarbete och misstro (35). Kommunikation utan symboler, d.v.s. utan gemensamma ord eller tecken, kan ske både medvetet och omedvetet, medan den med symboler och språk alltid är medveten. Ett budskap kan vara omedvetet avsänt, men tolkas på ett medvetet plan av mottagaren (36). Problem som kan framkomma under en verbal kommunikation är att inte ha gemensamt språk. Även om samma språk talas, kan det hända att gemensamma symboler saknas, alltså att ordet inte har samma betydelse beroende på kultur. Vid delvis behärskning av ett språk kan nyanseringen ställa till

problem och det kan vara svårt att hitta exakta ord. Ansiktet och blicken är bland de viktigaste kommunikationskanalerna i en icke-verbal kommunikation (5, 35). Via ansiktet uttrycker vi bland annat glädje, sorg, ångest och ilska. Att se i samtalsmottagarens ögon betyder att personen inte känner sig nonchalerad, utan får full uppmärksamhet. En blick kan väcka känslor som lugn eller oro hos mottagaren (35). Den icke-verbala kommunikationen ger oftare en mer sanningsenlig bild av de tankar och känslor personen försöker förmedla i ord. Detta beror på att ansiktsuttryck är svårare att medvetet kontrollera (5). Ansiktsuttryck för känslor är ofta lika i olika kulturer, medan gester kan ha väldigt olika betydelse från en kultur till en annan. Även det fysiska avståndet mellan individer skiljer sig mycket mellan olika kulturer (35). Sjuksköterskor på barnakutmottagningen vid Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus beskrev kommunikation bland annat som samtal och förmedling, kroppsspråk, ömsesidig förståelse och ”att nå fram” (Personlig kommunikation, 080208).

### *Professionell kommunikation*

Med professionell kommunikation menar man den som sker inom yrket och bygger på de gemensamma grundläggande värderingar yrket har. I arbetet är vi experter, yrkesutövare och professionella behandlare som kommunicerar med kollegor eller personer som av olika anledningar behöver hjälp eller assistans. Eide och Eide (35) påpekar att professionella ofta har kort tid på sig att skapa kontakt med närstående. Travelbee (34) anser att kommunikation är något som sker varje gång sjuksköterskan är med omvårdnadens mottagare. Avsikten med kommunikation kan vara att komma personer närmare, att ta avstånd, att ge hjälp eller att såra.

Kommunikation är en process som kan hjälpa sjuksköterskan att etablera ett mellanmänniskt förhållande och därmed kunna nå målet med omvårdnaden, nämligen att hjälpa patienten och närstående med att förebygga och hantera erfarenheter med sjukdom och lidande, och om nödvändigt hjälpa dem att finna en mening i dessa upplevelser. Kommunikation kan även ske effektivt utan att ett mellanmänniskt förhållande etableras. En god kommunikationsteknik är ett bra hjälpmedel för att kunna ge ett gott stöd och omsorg, för att förstå patienten och dess närstående, och för att kunna ge bättre hjälp (34). Att ha en förmåga att kommunicera innebär att kunna växla mellan rollen som sändare och mottagare (37).

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning listas under kompetensområdet Bemötande, information och undervisning bland annat att kunna kommunicera med patienter och närstående med respekt, lyhördhet och empati, samt att ge stöd åt patient och närstående och få dem delaktiga i vården (38). En sjuk människa är extra känslig för hur bemötandet är. Även närstående till patienter i en akut situation befinner sig i en problematisk situation och kan vara extra känsliga för tonfall, ordval, gester och uppträdande. De är ofta osäkra på vad de får, kan eller törs göra. Därför måste vårdaren tänka på hur han/hon uppträder mot patienter och närstående. Information som ges ska vara lättförståelig och vårdaren bör vara beredd på att upprepa informationen flera gånger, då patienten och den närstående kan ha svårt att ta till sig den på grund av omständigheterna (39). Travelbee (34) anser vidare att en sjuksköterska och en patient inte kan etablera ett förhållande, utan att personer endast kan skapa en relation när de ser varandra som människor. Ett mellanmänniskt förhållande är något som byggs upp genom kontakt och som tar olika lång tid.



## **Socialt stöd**

Socialt stöd kan ses som det bistånd en grupp människor, exempelvis vänner och familj, kan erbjuda i stressfyllda situationer (40). Att få tillhöra en grupp kan göra att en människa känner sig trygg och gör att man kan få tröst och stöd (41).

Emotionellt stöd innefattar möjligheten att uttrycka sina känslor och kunna få tröst, sympati och omsorg. Kognitivt stöd kan innefatta att få information och vägledning (42). En persons sociala stöd kan fungera som en buffert mot stress (40) och kan öka personens förmåga att hantera omvälvande händelser (41). Socialt stöd kan även bli en negativ buffert. Detta kan ske om stödet kommer på fel sätt eller vid fel läge, vilket gör att den känns påträngande (40). Ifall ett socialt nätverk överbelastas, exempelvis om en eller flera medlemmar drabbas av en kris, kan det hända att det fallerar. Detta medför en dubbel belastning för den enskilde personen, dels krisen i sig, dels att nätverkets stöd inte fungerar (41).

## **SYFTE**

Att kartlägga upplevelser och behov hos närstående till barn i akut livshotande tillstånd inom akutsjukvård.

## **METOD**

### **Artikelsökning**

Uppsatsen är gjord i form av en litteraturstudie. Artikelsökningar gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO, som tillhandahåller vetenskapliga artiklar inom omvårdnad och medicin samt beteendevetenskap. De sökord som användes var de som vi fann överensstämde med syftet. Kombinationer av sökorden användes för att få ett så brett urval av artiklar som möjligt. De sökord som resulterade i artiklar som inkluderades, redovisas i tabell 1. För att endast få aktuella artiklar, avgränsades sökningarna i databaserna till artiklar publicerade 1993 eller senare. I Cinahl begränsades artiklarna till sådana som är "Peer Reviewed" och "Research Article", vilket innebär att de är vetenskapligt granskade. Sökningar på PsycINFO gav inga artiklar som vi inte redan täckt in med våra tidigare sökningar i de båda andra databaserna. Från artiklar som hittades, sökte vi även på "Related Articles" i PubMed och kunde på så sätt få fram ytterligare artiklar. Andra manuella sökningar gjordes utifrån hittade artiklars referenslistor och på så sätt hittades ytterligare en artikel. Utöver angivna sökord i tabell 1 användes även sökorden ambulance, paramedic, trauma, pediatric, life-threatening, child, pediatric trauma, samt next of kin utan att få ytterligare träffar på nya artiklar.

### **Analysmetod**

Efter att artiklar valts ut, granskades dessa enligt checklistan för artikelbedömning som tillhandahölls av Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet. Artikelgranskningen utgår från bl.a. hur syfte, metod, undersökningsgrupp och dataanalys beskrivs i respektive artikel. Artiklarna lästes igenom flera gånger och meningsbärande enheter plockades ut ur respektive artikels resultat (43). Dessa meningsbärande enheter diskuterades, kodades och kategoriserades sedan. Kategorierna strukturerades och bands samman till tre teman med underrubriker.

Tabell 1

Databas	Datum	Sökord/sökning	Begränsningar	Antal träffar	Ref.-nr. till utvalda artiklar
Cinahl	080121	family AND needs AND emergency AND caring	Peer reviewed & Research Article, publicerat 1993 eller senare	14	51
PubMed	080121	”critical illness” AND children AND nursing AND family	Publicerat 1993 eller senare	44	48
		acute AND care AND children AND parents		53	49
PubMed	080124	Manuell sökning via Related Article på PubMed till (48)		–	53
Cinahl	080318	family AND needs AND critical	Peer reviewed & Research Article, publicerat 1993 eller senare	248	46
PubMed	080318	family AND experiences AND child AND ”critical illness”	Publicerat 1993 eller senare	19	50
		relatives AND experiences AND children AND critical		95	45
		”pediatric emergency department” AND experiences		–	52
	080318	Manuell sökning via referenslistan till (51)		–	44
	080318	Manuell sökning via referenslista till (50)		–	47

## RESULTAT

Vid analysen framkom följande teman över upplevelser och behov närstående till barn i akut livshotande tillstånd kan ha:

- Upplevelse av stress
  - Upplevda stressmoment
  - Upplevelse av stressreaktioner
- Att vara närvarande
  - Att vara närvarande för barnets skull
  - Att vara närvarande för sin egen skull
- Kommunikation

### Upplevelse av stress

#### *Upplevda stressmoment*

Närstående till barn på en barnintensivvårdsavdelning upplever hela situationen som stressande. Miljön och åsynen av många sjuka barn känns främmande och närstående upplever ofta ljud från monitorer, konstant starkt ljus och ständigt vakande personal som stressande (44-46). Att se barnets hjärtfrekvens, upplever många mödrar till kritiskt sjuka barn också som stressande (44). Att se barnet få injektioner eller nålar, samt att se barnet ha slangar i kroppen, upplevs som stressande av föräldrarna. Det kan också upplevas vara stressande att se barnet få hjälp av en maskin att andas (44, 45). När barnet ser ut att ha smärta eller när det är rädd, påverkar närstående mycket (47). Även när barnets utseende har ändrats, upplever föräldrarna hög stress (45).

Att inte kunna ta hand om, få hålla eller kunna hjälpa sitt barn, upplever fäder som stressande (46), medan mödrar anser att det är stressande att ha för många personer i personalen att prata med (44). Närstående till intuberade barn upplevde det som mer stressande med smärtsamma ingrepp på barnet, medan närstående till icke intuberade upplevde mer stress över barnets uppträdande och emotionella gensvar.

Kommunikationssvårigheter med personalen kan också upplevas som stressande av närstående (46). Närstående upplever rollskiftet till att vara förälder till ett kritiskt sjukt barn som mycket stressande. Även att inte veta hur de kan hjälpa sitt barn upplevs som mycket stressande, och kan medföra en initial kris och chock. Beroende på barnets situation, upplever närstående olika behov för att underlätta rollskiftet. Tidigare erfarenheter kan hjälpa föräldrarna i detta rollskifte, och kan även påverka deras förväntningar på situationen (47-49). Vidare upplever föräldrar från högre socioekonomisk klass mer stress på grund av den kontrollförlust ett kritiskt tillstånd innebär (46).

### *Upplevelse av stressreaktioner*

Närstående upplever att det är en stor börda att ha ett kritiskt sjukt barn på sjukhus (46) och att denna ångest och oro orsakar stress (49). De kan uppleva att de är chockade, rädda, oroliga, olyckliga och lidande när deras barn är kritiskt sjuk. Samtidigt som närstående kan känna sig oerfarna, osäkra och rädda kan de vara medvetna om den kritiska situationen, och vara uppmärksamma och vaksamma för förändringar. Deras fokus ligger på barnet och inte på arbetet eller omgivningen. Föräldrarna upplever att de pendlar mellan hopp om välmående när barnets tillstånd visar förbättring, och hopplöshet och förtvivlan vid försämring eller oförändrat läge (50, 51).

Initialt kan föräldrarnas upplevda ångest nå paniknivåer och de är känsliga för stimuli från omgivningen (46). Väntan kan dessutom ge upphov till obehagliga känslor. Stressen närstående upplever kan visa sig som huvudvärk, irritabilitet, orkeslöshet, obehagliga tankar eller aptitlöshet. Stressen kan också yttra sig som sömnlöshet, avtrubning/domning, ångest, olustkänsla, utmattning: både fysiskt och emotionellt, och som rädsla för det värsta (44-46, 48). Oftast påvisas inga skillnader i stressymptom mellan mammor och pappor (48) men i vissa fall framkommer att pappor säger att de oroar sig för mycket (45) och att mammor upplever mer stress och deppighet. Stressymptomen närstående upplever kan förvärras eftersom de ofta försummar sina egna behov och sällan frågar efter mat, dryck eller bekvämligheter (44, 46).

Barnets kritiska tillstånd medför att närstående kan uppleva att deras värld raseras och att de blir åskådare till sitt egna liv. Sjukhusmiljön upplevs som obekant och de närstående kan uppleva att de inte hör hemma där, utan är i ett främmande land som de saknar tidigare erfarenheter av (50). Det som upplevs som mycket stressande för föräldrarna är rollskiftet, vilket påverkar familjens funktion och föräldrarnas roll och kan ge upphov till en känsla av hjälplöshet (46).

### **Att vara närvarande**

Närstående upplever ett stort behov av att vara närvarande hos sitt barn (46, 47, 49-52).

### *Att vara närvarande för barnets skull*

Närstående upplever att de bör vara närvarande för att barnet behöver dem (49, 50, 52). De upplever också att barnets behov går före de egna behoven (48). Närstående upplever att deras största intresse är resultatet av vården och att stötta barnet (51). De vill ge stöd till barnet, genom att vara där, prata med det och lugna det. Föräldrarnas närvaro gör att barnet inte behöver vara ensam och rädd bland främmande människor och ger dem en chans att visa barnet att de älskar det. Föräldrarna vill vara där för att ge barnet styrka och vissa närstående upplevde det som ett måste att vara där för sitt barn. Eftersom närstående har en central roll i barnets liv och har varit där i barnets olika livsfaser, upplever de att ett kritiskt tillstånd inte är ett undantag för närvaro. Föräldrarna upplever ett stort behov av att känna att de är viktiga för barnet återhämtning och de tror att deras närvaro hjälper barnet (51-53).

### *Att vara närvarande för sin egen skull*

Närstående upplever det som att det är en entydig rätt och ett ansvar att vara närvarande hos sitt barn. Dock vill de själva kunna välja om de ska vara närvarande eller inte, då detta upplevs ge en känsla av kontroll (51). Närstående upplever ett behov av att vänta i närheten av barnet och att se barnet frekvent (46). Att tvingas vänta i väntrummet orsakar ångest hos närstående, då de föreställer sig det värsta. Föräldrarna blir även oroliga för vad de ska få höra istället för vad de kunde ha sett. Det skapar även en känsla av att de hålls utanför och att de inte ska få reda på något (50, 51). Att inte få vara med sitt gråtande barn upplever föräldrar som mycket stressande (47) och att inte få närvara under vissa ingrepp upplevs som svårt att hantera av närstående. Närstående upplevde det även som svårt att lämna ifrån sig barnet och inte veta om de får se det vid liv igen. När föräldrarna inte kan vara med barnet i kritiska ögonblick upplever de det som svårt att själva ta emot hjälp och stöd (50). Närstående upplever att det viktigaste är att vara hos barnet och att inget annat var viktigt. Närvaron ger närstående en möjlighet att se vad som händer, att se allvaret i barnets tillstånd och att se att allt möjligt görs för barnet (49-52). De undrar vad som skulle hända om de inte var där (49). Nästan alla närstående upplevde att deras närvaro hjälpte dem personligen och gav dem en viss sinnesro (47, 52). Deras starka rädsla för det okända angående barnets tillstånd lättade när de var närvarande, och de kände sig trygga av att själva kunna ta hand om barnet. Närvaron gav även föräldrarna en känsla av kontroll över situationen och barnets liv. Delaktighet i barnets vård och behandling hjälper dem att tackla situationen (46, 50, 52). Föräldrarna söker förståelse för vad som händer när deras barn är kritiskt sjuk (50) och upplever att närvaron gör det lättare för dem att läka psykiskt och att det kan bidra till att ge ett avslut på situationen (51). Även om de flesta närstående anser att de har rätt att vara där, tror de inte att deras närvaro påverkar hur vården utförs (52).

### **Kommunikation**

Närstående upplevde god vård för barnet samt information och kommunikation med personal som mycket viktigt. Föräldrar vill veta och förstå vad som händer, få en realistisk bild av situationen och det förväntade utfallet samt känna att det finns hopp (46, 47, 50, 53).

Närstående vill ha tydlig och exakt information, men upplever att sjuksköterskan inte alltid ger adekvat information (49, 50). Behovet av information innefattar att få fullständig vetskap angående barnets tillstånd och vilken slags behandling barnet får. Föräldrarna har även ett behov av att veta att bästa möjliga vård ges och att personalen bryr sig om barnet. Viktigt för närstående är att veta att frågor blir ärligt besvarade (46, 47, 50, 53). Närstående vill ha information vid rätt tillfälle. De vill inte bli uppehållna från att vara med sitt barn, utan upplever att tid för frågor och svar kommer senare (51). När närstående får information av vårdpersonal känner de sig som en del av vårdteamet (50). Den stressande situationen med barn på sjukhus gör att närstående upplever att stödande kommunikation från sjuksköterskan behövs (49). Vissa närstående upplever att det vore stödande med en ur personalen som kan svara på frågor och att detta stöd kan hjälpa dem i situationen (48, 51).

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Vår ursprungliga idé var att utreda hur sjuksköterskan kan bemöta närstående till barn i akut livshotande tillstånd på en akutmottagning. Det visade sig dock att det var mycket svårt att hitta artiklar som var relevanta för detta ämne. Därför ändrades syftet till att fokusera på närståendes upplevelser och behov. Att hitta artiklar inriktade enbart på akutmottagning visade sig också vara mycket svårt, vilket gjorde att vi utökade sökfältet till att även innefatta barnintensivvård. Vi har fått uppfattningen att det i stort sett bara arbetar specialistutbildade sjuksköterskor på barnintensivvårdsavdelningar (BIVA) men eftersom arbetet fokuserar på närståendes upplevelser och behov anser vi att dessa avdelningar i högsta grad är relevanta. Det resultat som framkommer från BIVA borde således även i stor utsträckning vara tillämpligt på andra avdelningar med akutsjukvård. Anledningen till att artiklar som enbart handlade om neonatalintensivvårdsavdelningar (NIVA) valdes bort, berodde på att vi ansåg att detta föll utanför vad vi ville undersöka. Relationen till ett nyfött barn skiljer sig förmodligen från en relation till ett äldre barn, då de inte hunnit skapa samma kontakt. Tillsammans med andra faktorer som är specifika för NIVA, exempelvis att det akuta tillståndet oftast rör sig om prematurt födda barn gör att vi anser att detta område skiljer sig för mycket för att kunna inkluderas och jämföras med BIVA och akutmottagning. Ett ämne som det finns mycket forskning om är närståendes närvaro vid återupplivning. Dessa artiklar har vi generellt valt att exkludera då vi anser att detta är ett område vi inte vill utreda närmare. Dock valde vi att inkludera två artiklar där detta ämne behandlas. I den ena artikeln (51) framkom mycket som vi ansåg vara högst relevant för vårt område med barn i akut livshotande tillstånd. Den andra artikeln (52) togs både återupplivning och invasiva ingrepp på barn upp och den bidrog med resultat vi ansåg vara relevant för att svara på vårt syfte. Båda dessa artiklar handlade om akut livshotande tillstånd på barnakutmottagningar och de kom upp under våra sökord, vilket gjorde att de inkluderades. I ett tidigt skede gjordes pilotsökningar på ambulanssjukvård som i högsta grad borde räknas som akutsjukvård, men då det över lag fanns mycket få relevanta artiklar om ambulanssjukvård beslöt vi oss för att utesluta detta område helt.

Överlag fanns det relativt få artiklar som behandlade upplevelser och behov hos närstående till barn inom akutsjukvård. Inom intensivvård har ett mätinstrument för närståendes behov utvecklats och detta verktyg är vida använt, vilket medför att det finns stora mängder artiklar inom detta fält. Inom barnintensivvård är utbudet dock klart begränsat. Ett liknande mätverktyg för närståendes behov, med anpassade frågor för akutmottagning, har nyligen utvecklats (54) men ingen tillgänglig forskning har framkommit.

I uppsatsens syfte beskrivs att tillståndet hos patienterna ska vara akut livshotande. I artiklarna används dock ofta andra termer för att beskriva detta tillstånd. Kritisk sjukdom eller skada (45, 46, 49, 50, 53) är de begrepp som använts. I övriga artiklar har barnets inläggningsorsak redovisats, exempelvis meningit, sepsis och bilateral pneumothorax och vi har tolkat dessa som akut livshotande tillstånd.

Den metod vi använde för att analysera artiklarna, där vi plockade ut

meningsbärande enheter samt kategoriserade och tematiserade dessa utgick från en artikel som tillhandahölls av institutionen (43). Metoden ser vi som relevant och välbeprövad.

Databaserna vi sökte i: Cinahl, PubMed och PsycINFO ansåg vi vara lämpliga databaser för att hitta artiklar inom vårt ämne i. I PsycINFO framkom inga ytterligare artiklar som vi inte redan fått fram via Cinahl eller PubMed. PubMed har den svagheter att man inte kan exkludera artiklar som inte är vetenskapligt granskade. Detta gjorde att vi fick fram några artiklar som vi efter genomläsning uteslöt. De sökord vi använde valdes utifrån vårt syfte. När syftet sedan ändrades från sjuksköterskans bemötande till närståendes upplevelser och behov, gjordes kompletterande sökningar med sökorden "needs" och "experiences". De sökord som användes anser vi vara relevanta. Sökningarna i databaserna avgränsades till artiklar publicerade 1993 och senare. Då vårt ämne inte är särskilt utforskat, ansåg vi att 15 år var ett lämpligt tidsintervall för att ett större antal artiklar att välja mellan. Av de artiklar vi valde att inkludera i studien var dock ingen skriven före 1997 och sju av artiklarna är publicerade de senaste fem åren, vilket vi anser är en styrka i vårt arbete. I uppsatsen har vi endast inkluderat artiklar som funnits tillgängliga i fulltext på internet. Detta var ingen begränsning vi gjorde, utan i de fall artiklar inte fanns i elektronisk form, sökte vi upp dem på Biomediciska biblioteket vid Göteborgs Universitet. En artikel valdes bort, eftersom den visade sig endast finnas på portugisiska. Avgränsningar kunde ha gjorts i databaserna för att utesluta artiklar skrivna på andra språk än exempelvis engelska och svenska. En artikel valdes bort på grund av att den endast kunde beställas från USA, vilket vi ansåg skulle ta för lång tid för att vi skulle kunna använda den.

Litteraturstudien innefattar fem kvantitativa artiklar, tre kvalitativa artiklar, en litteraturstudie, samt en artikel som är både kvalitativ och kvantitativ. Det hade varit intressant att ha fler kvalitativa artiklar men det begränsade antalet artiklar inom barnakutsjukvård gjorde att vi inte fann fler relevanta kvalitativa artiklar inom ämnet.

Endast två av våra artiklar är från Europa: en från Danmark och en från England. En artikel är från Australien och resterande kommer från USA. Under våra sökningar fann vi inga relevanta artiklar från Sverige. Detta är en klar svaghet i vårt arbete då vi tror att kultur och uppfattningar i andra länder angående närståendes medverkan och närvaro kan skilja sig från svenska värderingar.

Artiklarnas kvalitet bedömdes utifrån den checklista som tillhandahålls av Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg Universitet. En artikel har en knapphändig metodbeskrivning (49), och i samtliga kvantitativa artiklar är populationen relativt små (44, 45, 47, 51-53). I en artikel innefattar populationen endast mödrar (48). Detta ses som svagheter för respektive artikel. Två av artiklarna som fokuserar enbart på fäder (45) respektive mödrar (44) är sammankopplade och skrivna som delstudier för en större studie. En övervägande del av närstående i de flesta artiklar är kvinnor.

Resultatet redovisades i tre teman med underrubriker. Inga procentsatser eller siffror används i resultatet, utan vi har konsekvent tolkat och uttryckt dessa resultat med ord. De kvantitativa artiklarna använde sig oftast av en Likert-skala, där man anger

hur väl man anser ett påstående överensstämmer. Likert-skalorna hade i vissa fall olika graderingar, vilket gjorde det mycket svårt att på ett överskådligt och lättförståeligt sätt redovisa resultaten med siffror, vilket medförde att vi valde att redovisa resultatet enbart i text.

Uppsatsen har inte behandlat några etiska frågeställningar. Dock kan man se att ämnet i sig innefattar en del etiska ställningstagande för vårdpersonal, till exempel i frågan om närvaro kontra faktorer som motsäger närvaro.

## **Resultatdiskussion**

### *Stress*

Förutom att sjukhusvistelse kan orsaka stress hos patienten, kan den även framkalla stress hos närstående (30). Närstående upplevde hela situationen på sjukhus som stressande. Det var dels procedurer och ingrepp på barnet, samt att se barnet lida som kändes stressande, dels var det den skrämmande fysiska miljön med främmande ljud, ljus och utrustning som orsakade stress hos föräldrarna (44-46, 47, 49, 50). Denna stressupplevelse kan bero på att de befinner sig i en situation som för dem är helt annorlunda jämfört med vardagen och att de därmed inte kan veta hur de kan trösta och hjälpa barnet. Då sjukhus för de flesta oftast är en obekant miljö, kan det säkert leda till osäkerhet och stress. Att ha personal som vakade över barnet dygnet runt var stressande på det psykosociala planet (46). Man kan anta att det inte är själva närvaron av personal som närstående upplevde som stressande, utan att personalens ständiga närvaro betonar det faktum att det är en allvarlig situation. Personalens närvaro borde främja den kommunikation närstående behöver, men kanske är denna personal för inriktad på det tekniska vårdandet av barnet.

Annat som var stressande var rollskiftet som närstående upplevde i samband med barnets sjukdom eller skada, där de inte visste hur de kunde hjälpa eller ta hand om sitt barn (45, 47-49). Normalt är det föräldrarna som har rollen av att vara den omhändertagande och vårdande, men i situationen av att ha ett barn på sjukhus kan de uppleva en kontrollförlust. Sjukhuset kan för dem vara en okänd miljö, och de kan då övergå till att känna osäkerhet och maktlöshet. Tidigare erfarenheter av sjukhusmiljö kunde hjälpa föräldrarna i rollskiftet (48) och kunde även påverka deras förväntningar på situationen (49). Detta kan antas bero på att varken situationen eller miljön är lika främmande.

### *Miljö*

Med miljö avses en persons närstående och den fysiska omgivningen och den atmosfär där omvårdnad sker (23). Enligt Nightingale är det sjuksköterskans ansvar att se till att det finns en god omgivning då denna påverkar både kropp och själ och även kan underlätta patientens läkningsprocess. Det är först när den fysiska miljön är tillfredsställd som de emotionella behov patienten har kan tillgodoses (26). Man kan anta att detta också borde gälla närståendes känslomässiga behov då de oftast finns med hos patienten. Dock visade resultaten att den fysiska miljön visst kunde kännas skrämmande men att det inte på något sätt var något primärt behov att tillfredsställa. Tvärtom, visade det sig att det var viktigast att få emotionella behov tillfredsställda först, genom att träffa sitt barn. (44, 46-48, 50, 51)



### *Socialt stöd och närvaro*

Närstående upplevde det som viktigt att vara närvarande i första hand för barnets skull. De upplevde att deras närvaro gav barnet stöd, styrka och en chans att visa att de älskade barnet (49-52). Barn har enligt NOBAB rätt att ha med sig förälder eller annan närstående under en sjukhusvistelse (3). Då barn har en sämre coping-mekanism och kan utagera sin rädsla och oro, bör de ha med en närstående som kan ge stöd till barnet (31, 32). De flesta barnavdelningar i Sverige verkar ha räknat med att närstående närvarar och uppmuntrar detta för att ge barnet stöd. Ett socialt stöd kan öka en persons förmåga att hantera stressande händelser (41). Bara att barnet får ha en person närvarande som de känner väl, kan nog hjälpa dem mycket i den obehagliga situationen. Att närstående upplever att de ger barnet stöd, kan även bidra till att upplever en mening med sin närvaro.

Att ha ett nätverk runt familjen, som kan bidra till stöd i den stressande situationen, är viktigt (40). Hos dessa kan de närstående få tröst och omsorg (42) och borde även kunna få hjälp med mer praktiska behov som till exempel barnpassning av syskon. Om ett socialt stöd överbelastas, kan det hända att det kollapsar. Detta i sin tur orsakar dubbel belastning för den enskilde individen (41). Därför är det viktigt att vårdpersonal erbjuder närstående det stöd de behöver för att själva klara av att hantera situationen. Om inte närstående får något stöd från omgivningen, kan de ha svårigheter att själva orka med att ge barnet stöd.

Vi tror att barnsjukvård över lag är mycket bättre än övriga sjukvården på att ta hand om närstående. Kanske beror detta på att man anser att barn inte har förmågan att klara sig själva, utan måste ha stöd från sina föräldrar. Att detta behov inte tillgodoses lika bra så fort man fyllt 18 år, kan tyckas märkligt. Trots att en vuxen person troligen är mer självständig än ett barn, borde man fortfarande ha behov av stöd från sina närstående.

I Sverige känns det självklart att närstående ska vara med sitt barn som är akut sjuk för att kunna trösta och stötta barnet, medan det i andra länder förmodligen inte är lika givet att man får närvara. I till exempel USA upplever vi det som att det ibland är läkaren som bestämmer om närstående ska få vara närvarande eller ej. Det som talar mot närvaro är att det kan upplevas som mycket skrämmande att se sitt barn lidande. Dock tror vi att närståendes närvaro påverkar deras medvetenhet om situationen, och framför allt främjar deras framtida psykiska sorgearbete och läkning hur utfallet än blir.

Närvaron upplevdes hjälpa de närstående psykiskt, gav dem en trygghet och en känsla av kontroll. Att vara närvarande gav de närstående en chans att se vad som hände, förstå barnets tillstånd och att se att allt möjligt gjordes för barnet (50-53). Att närstående vill se att allt görs för barnet kan ses som en naturlig del av ett föräldraskap. Att närvaron gör att de ser vad som händer kan antas främja deras förståelse och kontroll i situationen, eftersom den ickeverbala kommunikationen i detta fall kan vara tydligare än den verbala kommunikationen med vårdpersonalen. Detta blir extra påtagligt när närstående uppenbarligen har svårare att ta till sig information på grund av situationens stressande faktorer. Även att få välja om de ville vara närvarande eller ej, ansåg de närstående ge en känsla av kontroll (51). Detta tror vi kan vara betydande för föräldrarnas coping i situationen, då en brist på kontroll upplevs som stressande. Att däremot tvingas vänta i väntrummet

frambringade olika känslor av stress och uteslutning (56). I och med detta utesluts de dessutom helt från den delaktighet i vården som de har rätt till. I Socialstyrelsens allmänna råd för hälso- och sjukvården (24), står att omvårdnaden innefattar åtgärder för att främja miljön. Närståendes närvaro kan antas hjälpa barnet i situationen och därmed borde närståendes närvaro vara en del av åtgärderna för att främja en god vårdmiljö för patienten.

Begreppet närvaro är inget som tas upp i bakgrunden då vi inte fann någon litteratur som framhävde detta som viktigt. I resultatet visade sig detta däremot vara av största vikt. Att vara närvarande för att kunna visa barnet att de älskar det borde vara av stor betydelse för föräldrarna. Dessa känslor kommuniceras förmodligen till stor del ickeverbalt med klappar och annan beröring. Genom att läsa av barnets signaler kan närstående erbjuda det stöd som passar bäst för stunden. Att närstående vill känna sig viktiga för barnets återhämtning (53) kan bero på att de vill uppleva en mening i den omvälvande situationen.

En aspekt man inte får glömma i diskussioner kring behov och bemötande av närstående är de etniska och kulturella skillnader som kan finnas. I vissa kulturer är det en plikt för närstående att vara med patienten på sjukhus (5). Detta kan göra att det blir mycket folk och oroligt på avdelningen. I frågan om närståendes närvaro i det mest kritiska skedet skiljer det även mellan länder i västvärlden. Vi har fått uppfattningen om att man i Sverige ser det som självklart att närstående ska få möjligheten att närvara i alla lägen i det akuta skedet, så länge det är praktiskt möjligt, något som också i resultatet visat sig vara mycket viktigt (46, 49, 50-52).

### *Kommunikation*

Kommunikation är ett sätt att etablera ett mellanmänniskt förhållande mellan sjuksköterska, patient och närstående. Detta för att kunna hjälpa dem att förstå vad som händer och kunna ge stöd och omsorg (35). Att ta sig tid att prata med närstående verkar ge dem en känsla av tilltro och stöd, vilket underlättar hela situationen för de närstående. Kommunikationssvårigheter med personalen upplevdes som en stressfaktor (46). Kommunikation är en del i ledet av att kunna bemöta, informera och undervisa patienter och deras närstående med respekt, lyhördhet och empati (38). Föräldrarna upplevde att kommunikation med vårdpersonalen var mycket viktig. Detta för att få veta hur det går för barnet och få en realistisk bild av läget (46, 47, 50, 53). Även för sjuksköterskan är det viktigt att ha en bra kommunikation med närstående, då det är de som känner barnet bäst och kan beskriva vad som har inträffat.

Det som är typiskt för en kontakt inom den akuta sjukvården är det korta mötet med både patienten och de närstående (35). Detta gör att det är viktigt för sjuksköterskan att på ett enkelt och informativt sätt ge den information som för stunden är nödvändig (39). Då närstående ville träffa sitt barn så snart som möjligt, kunde de hellre tänkas vänta med den mer ingående informationen om barnets tillstånd till lite senare. De ville alltså ha information vid rätt tillfälle (51). Detta är något man som sjuksköterska kan tänka på i mötet med närstående. På grund av den stressande situationen att ha ett barn på sjukhus kan det vara svårt för närstående att ta till sig den information som ges (39). Informationen bör delas upp på flera tillfällen och bör dessutom upprepas, eftersom närstående kan ha svårt att ta till sig all information vid ett tillfälle. Sättet att ge information bör anpassas till varje individ och kan ges både

skriftligt och muntligt om möjligt för en större förståelse. En god kommunikationsteknik är här önskvärd för att kunna stötta patienten och dess närstående (35). För att underlätta kontakten med närstående, bör man på akutavdelningarna ha fasta rutiner för vem som har ansvar på närstående. I det mest akuta skedet kan det vara lämpligt att avsätta en person enbart för närståendes skull. Man bör då vara tydlig med att påpeka att denna person endast är till för närstående och att det inte kommer gå ut över patientens vård. Detta gäller framför allt på akuten eller i det mest akuta skedet. Att ha en person som ansvarig för närstående borde även underlätta kommunikationen mellan närstående och vårdpersonal. Denna kontaktperson kan även, i ett senare skede, ge praktiskt information angående faciliteter och omgivning, men även förklara teknisk utrustning. Detta är kanske viktigare på intensivvårdsavdelningen, där det är många främmande apparater och mycket utrustning.

### **Reflektioner**

Vi anser att mer forskning behövs inom området upplevelser och behov hos närstående till barn inom akutsjukvård. Detta framför allt på akutmottagning, där aktuell litteratur inom ämnet är mycket begränsad. Vidare vill vi se mer forskning på vad sjuksköterskan kan göra för att bemöta behov hos närstående till barn inom akutsjukvård, då vi anser att det är något som är högst relevant för helhetssynen av patienten.

## REFERENSLISTA

1. Räddningsverket. Prehospitalt akut omhändertagande – Enligt principen L-ABCDE. Karlstad: Räddningsverket; 2004.
2. Kamienski MC. Family Centered Care in the ED. Am J Nurs. 2004;104(1)59-62.
3. Svenska NOBAB. Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård. Tillgänglig på internet <http://www.nobab.se/standard/nordstand.html> Senast tillgänglig 080330.
4. Socialdepartementet. Sammanhållen hemvård. Statens offentliga utredningar, 2004. (SOU;2004:68) Tillgänglig på internet [http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3281&dok\\_id=GSB368d2](http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3281&dok_id=GSB368d2) Senast tillgänglig 080312.
5. Hanssen I. Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2007.
6. NE.se. Livshotande. Tillgänglig på internet [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=O230333](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O230333) Senast tillgänglig 080330.
7. Widgren BR, Persson L, Matrinius A, Nilsson G, Jönsson K. Manual METTS – Protokoll för Triage och Vårdprocess för patienter på akutmottagningen. 2007. Tillgänglig på internet [http://sahlgrenska.se/upload/SU/omrade\\_sahlgrenska/AKOM/METTS/METTS%20manual.pdf](http://sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_sahlgrenska/AKOM/METTS/METTS%20manual.pdf) Senast tillgänglig 080129.
8. Widfeldt N, Örtenwall P. Triage – metod för bästa möjliga omhändertagande på akutmottagningen. Läkartidningen 2005;102(39)2751-3.
9. Widgren BR, Jourak M, Martinius A. Ny träffsäker triagemetod. METTS-A ger underlag för prioritering till rätt vårdnivå. Läkartidningen 2008;105(4):201-4.
10. Säfwenberg U. Akutläkare är på frammarsch i Sverige. Läkartidningen 2008;105(4):205-6.
11. Wikström J. Akutsjukvård – Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada. Lund: Studentlitteratur; 2006.
12. NE.se. Intensivvård. Tillgänglig på internet [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=212325](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=212325) Senast tillgänglig 080330.
13. Universitetssjukhuset i Lund. Välkommen till BIVA, Barnintensivvårdsavdelningen. Tillgänglig på internet <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=163056> Senast tillgänglig 080401.
14. Karolinska Universitetssjukhuset. Barnintensivvårdsavdelningen (BIVA). Tillgänglig på internet <http://www.ks.se/templates/DivisionStart.aspx?id=54826&epslanguage=SV> Senast tillgänglig 080401.
15. Walter G. Bonniers Synonymordbok. Stockholm: Bonnier Fakta Bokförlag; 1991.
16. Palmér J, Friedländer H (red.) Ord för ord – svenska synonymer och uttryck. Stockholm: PA Nordstedt & söners förlag; 1977.

17. Gellerstam M, Norén K. Svenska ord – med uttal och förklaringar. Solna: Esselte studium; 1984.
18. Sand AM. Se mig också – att vara närstående. I Almås H red. Klinisk omvårdnad – Del 1. 3 uppl. Stockholm: Liber; 2002.
19. Efraimsson E. Vårdplaneringsmötet [avhandling]. Umeå: Umeå Universitet; 2005.
20. Hanson SMH. Family Health Care Nursing: An Introduction. I: Hanson SMH red. Family Health Care Nursing – Theory, Practice, and Research. 2 uppl. Philadelphia, USA: FA Davies Company; 2001.
21. NE.se. Barn. Tillgänglig på internet  
[http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=124088](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=124088) Senast tillgänglig 080129.
22. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. Genève, Schweiz: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2002. Tillgänglig på internet  
<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm> Senast tillgänglig 080129.
23. Fawcett J, Contemporary Nursing Knowledge – Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2 uppl. Philadelphia, USA: F.A. Davis Company; 2005.
24. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens allmänna råd – Omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 1993 (SOSFS;1993:17). Tillgänglig på internet  
[http://www.sos.se/sosfs/1993\\_17/1993\\_17.htm](http://www.sos.se/sosfs/1993_17/1993_17.htm) Senast tillgänglig 080402.
25. Socialdepartementet. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet; 1982 (HSL;1982:763). Tillgänglig på internet  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763> Senast tillgänglig 080402.
26. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is, and what it is not. Jubileumssuppl. Philadelphia, USA: J.B. Lippincott Company; 1992.
27. Rooke, L. Omvårdnad – Teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. 2 uppl. Stockholm: Liber; 1995.
28. International Council of Nurses. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Genève, Schweiz: International Council of Nurses; 2006. Tillgänglig på internet <http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf> Senast tillgänglig 080402.
29. Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. Vård: ett uttryck för omsorg. Stockholm: Liber; 1996.
30. Byrne CM, Hunsberg M. Stress, Crisis and Coping. I Betz CL, Hunsberg M, Wright S red. Family-centered Nursing Care of Children. 2 uppl. Philadelphia, USA: W.B. Saunders Company; 1994.
31. Hadfield-Law L. Trauma Life Support. I Dolan B, Holt L red. Accident and Emergency: Theory into Practice. Edinburgh, Skottland: Bailliere Tindall; 2000.
32. Andrén-Sandberg Å. Innan bakjouren kommit: riktlinjer för akut omhändertagande av svårt skadade på akutmottagningen. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2005.
33. NE.se. Kommunikation. Tillgänglig på internet

- [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=228277](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=228277) Senast tillgänglig 080212.
34. Travelbee, J. Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje. 3 uppl. Köpenhamn, Danmark: Munksgaard; 2006.
  35. Eide T, Eide H. Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg. Stockholm: Liber; 2006.
  36. Granlund M, Olsson C. Kommunícera Mera. Stockholm: Stiftelsen ALA; 1988.
  37. Lundgren UP (red.). Pedagogisk uppslagsbok. Stockholm: Informationsförlaget; 1996.
  38. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Tillgänglig på internet <http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf> Senast tillgänglig 080305.
  39. Benneland Å. Ambulansmedicin. Solna: Esselte Studium; 1986.
  40. Niven N, Robinson J. Omvårdnadspsykologi. Stockholm: Liber; 1994.
  41. Jonsson A. Stress efter traumatiska händelser – Ambulanspersonalens vardag [avhandling]. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2004.
  42. Benkel I, Wijk H. "Bara att det finns någon där" – Socialt stöd till närstående efter dödsfall på en palliativ enhet. Nordisk Geriatrik 2006;1:4-6. Tillgänglig på internet [http://www.nordiskgeriatrik.se/artiklar/NG1-06-StodNarstaende\\_Benkel.pdf](http://www.nordiskgeriatrik.se/artiklar/NG1-06-StodNarstaende_Benkel.pdf) Senast tillgänglig 080401.
  43. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004(24):105-12.
  44. Board R, Ryan-Wenger N. Stressors and Stress Symptoms of Mothers With Children in the PICU. J Pediatr Nurs 2003;18(3):195-202.
  45. Board R. Father Stress During a Child's Critical Care Hospitalization. J Pediatr Healthcare 2004;18:244-9
  46. Shudy M, de Almeida ML, Landon C, Groft S, Jenkins TL, Nicholson CE. Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: A Systematic Literature Review. Pediatr 2006;118(3)203-18.
  47. Seideman RY, Watson MA, Corff KE, Odle P, Haase J, Bowerman JL. Parent Stress and Coping in NICU and PICU. J Pediatr Nurs 1997;12(3):169-77.
  48. Noyes J. The impact of knowing your child is critically ill: a qualitative study of mothers' experiences. J Adv Nurs 1998;2(29):427-35.
  49. Roden J. The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting. J Child Health Care 2005;9(3):222-40.
  50. Hall EOC. Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. Scand J Caring Sci 2005;19:179-85.
  51. McGahey-Oakland PR, Lieder HS, Young A, Jefferson LS. Family Experiences During Resuscitation at a Children's Hospital Emergency Department. J Pediatr Healthcare 2007;21(4):217-25.

52. Mangurten J, Scott SH, Guzzetta CE, Clark AP, Vinson L, Sperry J, Hicks B, Voelmeck W. Effects of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in a Pediatric Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2006;32:225-33.
53. Scott LD. Perceived Needs of Parents of Critically Ill Children. *J Soc Pediatr Nurs* 1998;3(1):4-12.
54. Redley B, LeVasseur SA, Peters G, Bethune E. Families' needs in emergency departments: instrument development. *J Adv Nurs* 2003;6(43):606-15.

## Bilaga 1

### ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

**Referensnr:** 44

**Titel:** **Stressors and Stress Symptoms of Mothers With Children in the PICU**

**Författare:** Board R, Ryan-Wenger N

**Tidskrift:** Journal of Pediatric Nursing

**Tryckår:** 2003

**Syfte:** Att beskriva orsaker till stress, och stresssymptom hos mödrar med ett barn på barnintensivvårdsavdelningen, samt att jämföra detta med mödrar med ett barn på en allmän avdelning.

**Metod:** Kvantitativ studie med ett antal påstående om orsaker till stress samt 90 påstående om stressymtom, där mödrarna fick ange hur väl påståendena överensstämde

**Urval:** Trettioen mödrar till barn på BIVA, samt 32 mödrar till barn på sjukhus.

**Referenser:** 24

**Land:** USA

---

**Referensnr:** 45

**Titel:** **Father Stress During a Child's Critical Care Hospitalization**

**Författare:** Board R

**Tidskrift:** Journal of Pediatric Healthcare

**Tryckår:** 2004

**Syfte:** Att undersöka stress och specifika stresssymptom hos fäder med ett barn på BIVA, och jämföra dessa med fäder till barn på en allmän avdelning.

**Metod:** Beskrivande, jämförande kvantitativ studie, med påstående där fäderna anger hur väl respektive påstående överensstämmer.

**Urval:** Femton fäder till barn på BIVA och tio fäder till barn på sjukhus.

**Referenser:** 23

**Land:** USA

---

**Referensnr:** 46

**Titel:** **Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: A Systematic Literature Review**

**Författare:** Shudy M, de Almeida ML, Landon C, Groft S, Jenkins TL, Nicholson CE

**Tidskrift:** Pediatrics

**Tryckår:** 2006

**Syfte:** Att beskriva vad som är känt och vad som ännu är okänt i litteraturen om inverkan på närstående av kritisk sjukdom och skada hos barn.

**Metod:** Litteraturstudie av 115 artiklar.

**Urval:** –

**Referenser:** 110

**Land:** USA

---



**Referensnr:** 47

**Titel:** **Parent Stress and Coping in NICU and PICU**

**Författare:** Seideman RY, Watson MA, Corff KE, Odle P, Haase J, Bowerman JL

**Tidskrift:** Journal of Pediatric Nursing

**Tryckår:** 1997

**Syfte:** Att identifiera och jämföra föräldrars upplevelse av stress och coping med barn på barnintensivvårdavdelning (BIVA) och neonatalintensivvårdavdelning (NIVA)

**Metod:** Kvantitativ enkät med 44 respektive 47 påståenden, där föräldrarna fick ange hur väl respektive påstående om stress och coping överensstämde.

**Urval:** Trettioen föräldrar till barn på NIVA och 20 föräldrar till barn på BIVA.

**Referenser:** 32

**Land:** USA

---

**Referensnr:** 48

**Titel:** **The impact of knowing your child is critically ill: a qualitative study of mothers' experiences**

**Författare:** Noyes J

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing

**Tryckår:** 1999

**Syfte:** Att belysa mödrars upplevelse av kris och coping, och även deras upplevelse av omvårdnad, när deras barn oväntat blivit inlagda på barnintensivvårdsavdelning.

**Metod:** Kvalitativa öppna och reflekterande intervjuer.

**Urval:** Tio mödrar till barn i åldrarna tre månader till 15 år som oväntat blivit inlagda på barnintensivvårdsavdelning i ett livshotande tillstånd.

**Referenser:** 47

**Land:** England

---

**Referensnr:** 49

**Titel:** **The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting**

**Författare:** Roden J

**Tidskrift:** Journal of Child Health Care

**Tryckår:** 2005

**Syfte:** 1) Att förstå föräldrars upplevelser av medverkan i vården av deras barn. 2) Att identifiera faktorer som påverkat föräldrarnas upplevelse av medverkan i vården av deras barn. 3) Att undersöka barnsjuksköterskornas attityder gentemot föräldrars medverkan i vård av deras barn. 4) Att klargöra de faktorer som har påverkat barnsjuksköterskornas upplevelse av deras medverkan i vård av dessa barn.

**Metod:** Kvalitativ triangulationsmetod, med halvstrukturerade intervjuer av föräldrar, fokusgruppsdiskussion med sjuksköterskor, samt återkoppling och komplettering med speciellt utvalda föräldrar.

**Urval:** Fjorton närstående till akut sjuka barn på allmän barnavdelning, samt sju barnsjuksköterskor.

**Referenser:** 40

**Land:** Australien

---

**Referensnr:** 50

**Titel:** **Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill**

**Författare:** Hall EOC

**Tidskrift:** Scandivian Journal of Caring and Science

**Tryckår:** 2005

**Syfte:** Att indentifiera danska föräldrars upplevelser när ett nyfött eller litet barn är kritiskt sjuk.

**Metod:** Två ostrukturerade kvalitativa intervjuer med föräldrarna som analyserades med hjälp av Van Manens fenomenologiska metod.

**Urval:** Tretton föräldrar till kritiskt sjuka barn.

**Referenser:** 43

**Land:** Danmark

---

**Referensnr:** 51

**Titel:** **Family Experiences During Resuscitation at a Children's Hospital Emergency Department**

**Författare:** McGahey-Oakland PR, Lieder HS, Young A, Jefferson LS

**Tidskrift:** Journal of Pediatric Health Care

**Tryckår:** 2007

**Syfte:** 1) Att beskriva närståendes upplevelser när barnen genomgick återupplivning på akutmottagningen på ett barnsjukhus. 2) Att identifiera viktig information om närståendes upplevelser, för att förbättra framtida förhållande för närstående. 3) Att undersöka psykisk och fysisk hälsa hos närstående.

**Metod:** Kvalitativ, beskrivande, retrospektiv analys av bandade halvstrukturerade intervjuer, samt kvantitativ enkät med tolv påstående.

**Urval:** Tio närstående till barn som genomgått återupplivning påbörjad innan närstående anlant till akutmottagningen.

**Referenser:** 35

**Land:** USA

---

**Referensnr:** 52

**Titel:** **Effects of Family Prensence During Resuscitation and Invasive Procedures in a Pediatric Emergency Department**

**Författare:** Mangurten J, Scott SH, Guzzetta CE, Clark AP, Vinson L, Sperry J, Hicks B, Voelmeck W

**Tidskrift:** Journal of Emergency Nursing

**Tryckår:** 2006

**Syfte:** Att bestämma effekten av ett protokoll för närståendes närvaro, samt beskriva närståendes upplevelser.

**Metod:** Tjugoen ja eller nej-frågor om närståendes påverkan av vården, samt 31 respektive 48 kvantitativa påståenden, där föräldrar och vårdgivare får ange hur väl respektive påstående överensstämmer.

**Urval:** Tjugotvå föräldrar och 92 vårdgivare till barn som genomgår återupplivning eller invasiva ingrepp på en barnakutmottagning.

**Referenser:** 20

**Land:** USA

---

**Referensnr:** 53  
**Titel:** **Perceived Needs of Parents of Critically Ill Children**  
**Författare:** Scott LD  
**Tidskrift:** Journal of the Society of Pediatric Nurses  
**Tryckår:** 1998  
**Syfte:** Att identifiera behov hos föräldrar till kritiskt sjuka barn på sjukhus, som de upplevs av föräldrar och sjuksköterskor, och även att identifiera skillnader mellan dessa två grupper.  
**Metod:** Beskrivande, jämförande kvantitativ studie, med 53 enkätfrågor med påståenden.  
**Urval:** Tjugoen föräldrar eller målsmän till kritiskt sjuka barn, samt 17 sjuksköterskor inom barnintensivvård.  
**Referenser:** 27  
**Land:** USA



PVK	PVK	sign	PVK	sign	sign	KAD	sign
	<input type="checkbox"/> Bladderscan Volym <input type="text"/> ml.						
Närstående	Närstående	Tel.			Närstående kontaktad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Medföljer		
	Tillvarataget <input type="checkbox"/> Värdesaker/kläder tillvaratagna <input type="checkbox"/> Värdesaker lämnat till anhörig	sign	ID-band <input type="checkbox"/> ID-band sedan tidigare <input type="checkbox"/> Patient fått ID-band	sign			
Omvårdnadsåtg/händelser	Rond/tillsyn						
	Kontakt med hemsjukvård/hemtjänst inför hemgång Hemsjukvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hemtjänst/boende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Anhörig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						
	Nycklar finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Journalanteckning medskickad/faxad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Remiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						
	Transportsätt _____ beställt kl. _____ Hämtas av anhörig _____						
	Kommentar _____						
	*Flexlab ur <input type="checkbox"/> Urin sparad <input type="checkbox"/> Odling skickad						
Labsvar*	Hb _____ K <sup>+</sup> _____ pH _____ BE _____ CRP _____ U-gl _____ U-prot _____						
	Glu _____ Ca <sup>2+</sup> _____ pO <sub>2</sub> _____ Lac _____ LPK _____ U-ket _____ U-nit _____						
Na <sup>+</sup> _____ Krea _____ sO <sub>2</sub> _____ d-dimer _____ TPK _____ U-ery _____ U-leu _____							
<input type="checkbox"/> Arteriell blodgas analyserad (normalt venös) pCO <sub>2</sub> _____ TNI _____ kl. _____ kl. _____ U-pH _____ U-hcg _____							
LÄKARORDINATIONER TILL AVDELNINGEN	Orsak/diagnos/ICD10 <input type="text"/>	Ansv Läk _____	Vårdbehov: <input type="checkbox"/> IVA/CIVA <input type="checkbox"/> MAVA/KAVA/MIVA				
	PBD/ÅTG _____		<input type="checkbox"/> Strokevård <input type="checkbox"/> Vårdavd. <input type="checkbox"/> Geriatrik				
	Per os <input type="checkbox"/> Fasta <input type="checkbox"/> Fritt flytande <input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Op-anmäld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hygien och fallrisk <input type="checkbox"/> Skärpt hygien/GE <input type="checkbox"/> MRSA isolering <input type="checkbox"/> Ökad fallrisk						
	Kompleterande provtagning avd: <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Elstatus <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> PK/APTT <input type="checkbox"/> TNI-serie <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> Blododling <input type="checkbox"/> Bastest <input type="checkbox"/> Urinodling						
	Röntgen och undersökningar från _____						
	Allmänna ordinationer			Syrgas: % via specialmask: eller _____ liter/minut <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Grinna			
	Ordinerade basala kontroller <input type="checkbox"/> Uppkopplad på monitor <input type="checkbox"/> Puls, Blodtryck, Saturation (POX) _____ ggr per dygn <input type="checkbox"/> Vakenhet (RLS), Temp _____ ggr per dygn			Monitorering <input type="checkbox"/> Ischemiövervakning <input type="checkbox"/> Urinmätning <input type="checkbox"/> Telemetri <input type="checkbox"/> Bladderscan <input type="checkbox"/> Vätskelista <input type="checkbox"/> Timdiures			
	Enligt vårdprogram <input type="checkbox"/> Akut coronarsyndr <input type="checkbox"/> Stroke/TIA <input type="checkbox"/> DKA/HNKS <input type="checkbox"/> KOL <input type="checkbox"/> Commotio <input type="checkbox"/> Ompalp BUK <input type="checkbox"/> Annat:						
	Komplettering: _____						
	Avdelning <input type="text"/>	Bakavd. <input type="text"/>	Rapporterad av ssk/sign: _____				

Bilaga 3

Traumajournal enligt METTS-T™ SU/Sahlgrenska

Datum	Ankomsttid
Besöksorsak TRAUMA	Hämtplats <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Ute
Hämtadress:	
Sekretess <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Förbehåll

ID: \_\_\_\_\_ Rum: \_\_\_\_\_

---

Skademekanism

SpO <sub>2</sub>	AF	Puls	BT	/	RLS	Bortfall	Temp
Överkänslighet <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Ja				Blodsmitta <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej		AK behandling/ Blödningsbenägenhet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej	
A, B, C, D påverkan	<input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> < 90% med O <sub>2</sub> eller ofri luftväg		<input type="checkbox"/> AF > 30 eller < 8		Utlöst Traumalarm		
	<input type="checkbox"/> Puls > 130		<input type="checkbox"/> Systoliskt BT < 90		<input type="checkbox"/> RÖTT Traumalarm		
	<input type="checkbox"/> RLS > 3, GCS < 12		<input type="checkbox"/> Neurologiskt bortfall		<input type="checkbox"/> ORANGE Trauma		
Skada	<input type="checkbox"/> Penetrerande skada på huvud, hals eller bål		<input type="checkbox"/> Trauma med rökskada eller brännskada över 18%		<input type="checkbox"/> Annat:		
	<input type="checkbox"/> Minst 2 frakturer på långa rörben		<input type="checkbox"/> Trauma med drunkningstillbud eller nedkyllning				
	<input type="checkbox"/> Instabil bäcken		<input type="checkbox"/> Instabil bröstorg				
	<input type="checkbox"/> Amputation ovan hand eller fot		<input type="checkbox"/> Ryggskada med neurologisk påverkan				
Mekanism	<input type="checkbox"/> Bilolycka - avkörning vid viss hastighet		<input type="checkbox"/> Utkastad ur fordonet		<input type="checkbox"/> MC/Mopedolycka > 30 km/h		
	<input type="checkbox"/> > 70 km/t med bälte eller utlöst krockkudde		<input type="checkbox"/> Dödsfall i samma fordon				
	<input type="checkbox"/> > 50 km/t utan bälte eller ej utlöst krockkudde		<input type="checkbox"/> Fotgängare eller cyklist påkörd av motorfordon				
	<input type="checkbox"/> Fordonet voltat, personen fastklämd		<input type="checkbox"/> Fall från höjd över 3 meter				

Sign Larmsjuksköterska

---

Primärbedömning

SpO <sub>2</sub>	AF	Puls	BT	/	RLS	Bortfall	Temp
Larmnivåbeslut <input type="checkbox"/> RÖTT Traumalarm <input type="checkbox"/> ORANGE Trauma <input type="checkbox"/> Avblåsa traumalarm (GUL prioritet)							Sign traumaledare
Röntgenundersökningar på traumarummet					Pat kan lyfta armarna i samband med RTG JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Rtg Thorax	<input type="checkbox"/> Rtg Bäckén	<input type="checkbox"/> Ultraljud FAST		Ansvarig Läkare:		DECT	
Röntgen CT				Övriga röntgenundersökningar			
<input type="checkbox"/> CT Skalle	<input type="checkbox"/> CT Thorax+Buk	<input type="checkbox"/> CT Ansiktsskelett	<input type="checkbox"/> CT Halsrygg				

---

Fyll i tidsaxeln där fet linje = 15 minuter

Händelse med 1, 2, 3 etc. och förklaring på baksidan	Klockslag	
	Händelse	
	200	
	180	
	170	
	150	
	140	
	120	
	90	
	70	
	60	
	40	

Symboler:  
Systol BT v  
Diastol BT^  
Puls .

Saturation/AF	
RLS/GCS	
O <sub>2</sub> /min <input type="checkbox"/> gramma <input type="checkbox"/> mask	Sign

Kontroller, vätskor, blod och läkemedel

Läkemedel och dropp

Komplement	PVK	PVK	Sond	KAD	
	Artärnål	CVK	Thoraxdrän höger utbyte: <input type="checkbox"/> Luft <input type="checkbox"/> Blod ml _____	Thoraxdrän vänster utbyte: <input type="checkbox"/> Luft <input type="checkbox"/> Blod ml _____	
	Provtagning på traumarummet <input type="checkbox"/> Röda Traumaprover tagna <input type="checkbox"/> Oranga Traumaprover tagna		Övriga provtagning på traumarummet		
	Undersökningar på traumarummet <input type="checkbox"/> EKG taget <input type="checkbox"/> Peritoneal lavage <input type="checkbox"/> Thoracotomi/ annan op:			Övriga undersökningar på traumarummet	
Händelse	Nummer Händelse				
	Övervakning på Röntgen utförs av: AKOM <input type="checkbox"/> Narkos <input type="checkbox"/>				
	Kontakt med ansvarig SSK på AKOM: Sektionsledare: 0736 601 624		Pat färdig på AKOM klockan:		
Primär bedömning	A	B	C	D	E
	Fri luftväg <input type="checkbox"/>	UA <input type="checkbox"/>	UA <input type="checkbox"/>	UA <input type="checkbox"/>	UA <input type="checkbox"/>
	Intubation <input type="checkbox"/>	AF > 25 <input type="checkbox"/> POX < 90 <input type="checkbox"/>	Puls > 120 <input type="checkbox"/> Syst BT > 90 <input type="checkbox"/>	RLS > 3 <input type="checkbox"/>	Temp > 35 <input type="checkbox"/>
	Kirurgisk luftväg <input type="checkbox"/>	Nedsatta andningsljud hö <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/>	Instabilt bäcken <input type="checkbox"/>	Pupiller <input type="checkbox"/>	
Larynxmask <input type="checkbox"/>	Instabil bröstorg <input type="checkbox"/>	Femurfraktur hö <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/>	Bortfall:		
Närstående	Närstående			Tel	Närstående kontaktad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Medföljer
	Tillvarataget <input type="checkbox"/> Värdesaker/kläder tillvaratagna <input type="checkbox"/> Värdesaker lämnat till anhörig		Sign	ID-band <input type="checkbox"/> ID-band sedan tidigare <input type="checkbox"/> Pat har fått ID-band	Sign
Skaderapport	Skador upptäckta på AKOM samt efter röntgen				
	Skall tas ur traumatransfer				
	Sekundär bedömning <input type="checkbox"/> Sekundär bedömning utförd	Vårdnivå <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> CIVA <input type="checkbox"/> TVE <input type="checkbox"/> Avdelning <input type="checkbox"/> Åter AKOM	Tid färdig efter röntgen		
MEDELÄNDE TILL AVDELNINGEN	Inläggningsorsak	ICD-10	Inläggande läkare	Operationsprioritering <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	Kompleterande provtagning från avdelningen				
	Röntgen eller undersökningar från avdelningen				
	Per os <input type="checkbox"/> Fasta <input type="checkbox"/> Fritt flytande <input type="checkbox"/> Normalkost			Syrgas liter/minut <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Grinna	
	Basala kontroller <input type="checkbox"/> Uppkopplad på monitor <input type="checkbox"/> Puls, Blodtryck, Saturation (POX) <input type="checkbox"/> Vakenhet (RLS), Temp			Monitorering <input type="checkbox"/> Vätskelista <input type="checkbox"/> Urinmätning <input type="checkbox"/> Bladderscan <input type="checkbox"/> Timdiures	
	Allmänt meddelande till avdelningen				
Avd	Avdelning	Bakavd.	Rapporterad till ssk Kirurg/Traumajour rapporterat till TVE	Värdesaker <input type="checkbox"/> Värdesaker inlämnat till akutvaktmästare	Sign