

”Somebody talk to me!”

– Patientens upplevelser och sjuksköterskans bemötande i det akuta omhändertagandet

FÖRFATTARE	Tobias Creutz Johan Pettersson Sebastian Wiik
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Andersson
EXAMINATOR	Annika Janson Fagring

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	”Somebody talk to me!” – Patientens upplevelser och sjuksköterskans bemötande i det akuta omhändertagandet
Titel (engelsk):	”Somebody talk to me!” – The patient’s experiences and the nurse’s treatment in the emergency care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng /Examensarbete i omvårdnad
Kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Tobias Creutz Johan Pettersson Sebastian Wiik
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Annika Janson-Fagring

SAMMANFATTNING

För patienten innebär den akuta sjukdomen eller skadan en plötslig kontakt med akutsjukvården och hon eller han blir då tvungen att förlita sig på andras kompetens. Den traumatiska händelsen sätter människans bild av världen som trygg ur spel och eftersom hon eller han inte förväntat sig att hamna i denna situation kan reaktionerna på händelsen bli väldigt olika. Syftet var att belysa patientens upplevelser av det akuta omhändertagandet samt vad sjuksköterskan kan göra för att bemöta patienterna och deras upplevelser. Litteraturöversikten gjordes på sammanlagt 13 artiklar. Analysen av artiklarna genomfördes med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar att upplevelsen av förlorad kontroll är något som är vanligt förekommande hos den akut sjuka eller skadade patienten. Den akut sjuka eller skadade patienten upplever sig som ensam och övergiven trots att ett stort antal vårdgivare är närvarande. Oro och ångest var känslor som många deltagare upplevde vid akut sjukdom eller skada i flera av studierna. Dessa känslor kan sjuksköterskan enligt litteraturöversikten lindra genom ett tryggt och säkert bemötande, kontinuerlig information, närvaro, beröring och stärkande kommunikation. Oberoende av hur osäker och stressad sjuksköterskan känner sig bör hon eller han uppträda lugnt och kontrollerat för att skapa tillit. Sjuksköterskan kan med enkla medel tillgodose patientens psykosociala behov utan att det behöver påverka kvalitén på den medicinska vården.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sjuksköterskans roll i det akuta omhändertagandet	1
Trygghet	3
Hotet mot tryggheten	4
Kommunikation	4
<i>Den professionella kommunikationen</i>	4
<i>Tio grundläggande kommunikationstekniker</i>	5
<i>Information</i>	5
<i>Beröring</i>	6
<i>Tillit</i>	6
<i>Hopp</i>	7
SYFTE	8
METOD	8
ARTIKELSÖKNING	8
ANALYSMETOD	10
RESULTAT	10
PATIENTENS UPPLEVELSER	10
Känsla av att förlora kontrollen	10
Känslor av ensamhet och övergivenhet	11
Känslor av oro och ångest	11
SJUKSKÖTERSKANS BEMÖTANDE	12
Att se hela patienten	12
Att skapa tillit	13
Att vara närvarande	14
Att informera	14
Att stärka patienten	15
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	16
Slutsats	19
REFERENSER	21
BILAGA	
Litteraturoversikt	

INTRODUKTION

INLEDNING

Att bli akut sjuk eller skadad kan innebära en hastig och chockartad förändring i vardagen. Den akuta sjukdomen eller skadan innebär en plötslig kontakt med akutsjukvården och patienten blir tvungen att förlita sig på andras kompetens. Vi har under vår verksamhetsförlagda utbildning samtalat med patienter som varit akut sjuka. De har beskrivit hur skrämmande situationen upplevdes och att deras känslor inte uppmärksammades. Under vår grundutbildning till sjuksköterskor har vi lärt oss att ha en holistisk syn på patienten, alltså inte bara se de fysiska, utan även de psykosociala behoven. Då sjuksköterskan är den som har omvårdnadsansvaret bör han eller hon se patientens alla behov i mötet. Som blivande sjuksköterskor kommer vi att behandla akut sjuka eller skadade patienter, därför vill vi belysa hur patienten upplever det akuta omhändertagandet samt vad sjuksköterskan kan göra för att bemöta dessa patienter och deras upplevelser på bästa sätt.

BAKGRUND

Sjuksköterskans roll i det akuta omhändertagandet

Inom sjukvården möts olika yrkeskategorier som alla skall arbeta för att vårda patienter som på ett eller annat sätt är i behov av sjukvård. Det står i 2§ Hälso- och sjukvårdslagen:

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”

(SFS 1982:763)

Inom akutsjukvården och den prehospitala sjukvården möter sjuksköterskan dagligen patienter som har eller upplever sig ha behov av sjukvård. Det kan vara en akut sjukdom eller skada, till exempel akut smärta i bröstet, ett brutet ben eller en blödning. Tanken med akutsjukvården är att patienten bedöms vara så allvarligt skadad eller sjuk att hon eller han inte kan vänta med att söka sig till en vårdcentral. Det är dock viktigt att beakta att merparten av de patienter som söker sig till en akutmottagning inte lider av något omedelbart livshotande tillstånd. Exempelvis kan det vara patienter som sedan tidigare är sjuka men som nu upplever en försämring i sin sjukdomsbild. Det kan också vara patienter som kommer till akutmottagningen på grund av ensamhet eller åldersrelaterade besvär. Även om det inte är akut så är det av största vikt att alla patienter blir omhändertagna på ett säkert sätt och med ett korrekt bemötande. Med ett korrekt bemötande menas att patientens symtom tas på allvar även om det inte klassificeras som livshotande (Wikström, 2006; Suserud & Svensson, 2009).

Inom både akutsjukvården samt den prehospitala sjukvården måste sjuksköterskan vara väl förtrogen med det rent medicinska och ha goda kunskaper inom omvårdnad.

Även om medicin och vårdvetenskap går in i varandra så skiljer sig dessa två områden på vissa väsentliga punkter. Inom medicin och naturvetenskap så är det brukligt att fokusera på det generella medan vårdvetenskapen brukar fokusera på det individuella hos patienter. Inom akutsjukvården skall dessa två områden komplettera varandra (Suserud & Svensson, 2009).

Den medicintekniska utvecklingen går ständigt framåt och akutsjukvården och den prehospitaled sjukvården är inget undantag. Den prehospitaled sjukvården har gått från att tidigare varit mer eller mindre ett transportsystem, där patienten så fort som möjligt skulle transporteras till sjukhuset för vård, till att dagens ambulanser utrustats med all nödvändig utrustning för att så tidigt som möjligt inleda vården av den sjuka patienten. Det kan till exempel vara i patientens hem eller på olycksplatsen vid en bilolycka (Suserud & Svensson, 2009). År 2005 höjdes kompetenskraven inom den prehospitaled sjukvården när Socialstyrelsen beslutade att endast läkare och sjuksköterskor får administrera läkemedel i ambulansen. Detta innebär att det skall finnas minst en sjuksköterska i varje ambulans (Socialstyrelsen, 2005b). I en ambulans skall det enligt socialstyrelsens regler finnas utrustning för att: skapa och upprätthålla fria luftvägar, ge assisterad andning, administrera läkemedel, övervaka och registrera vitala funktioner, stabilisera och immobilisera frakturer, utföra avancerad hjärtlungräddning (A-HLR), stoppa yttre blödningar, förflytta patienter på ett säkert sätt, samt överföra medicinska data (Socialstyrelsen, 2009). Om patienten har blivit omhändertagen av ambulanspersonal eller om patienten själv har transporterat sig till en akutmottagning skall inte spela någon roll, alla patienter skall så snabbt som möjligt få träffa en sjuksköterska som skall göra en första bedömning av patientens tillstånd.

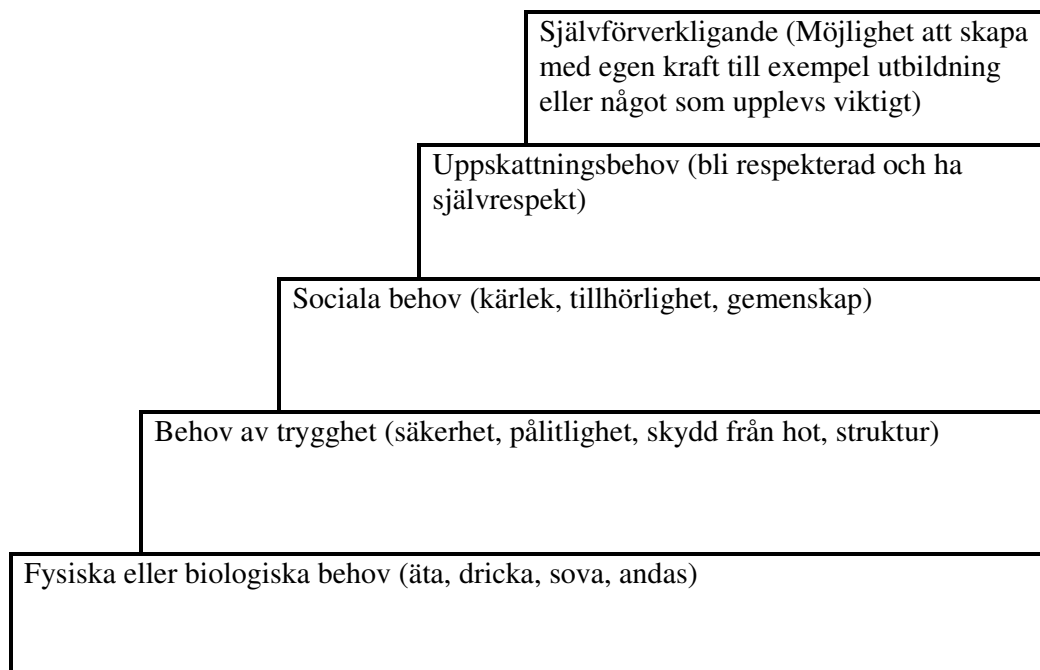
Inom akutsjukvården använder man sig av ett prioriteringssystem som kallas triage. Triage kommer från det franska ordet trier som betyder just välja ut eller sortera (Wikström, 2006). Triagering är en metod där personalen på en vårdenhets systematiskt delar in patienter i olika kategorier beroende på hur pass allvarligt tillstånd som patienten befinner sig i (SBU, 2010). Syftet med triage är att på ett så snabbt och säkert sätt bedöma, för att sedan kunna prioritera, vilken vård som den enskilda patienten behöver. Oavsett om det är på en akutmottagning eller i en ambulans så är det sjuksköterskan som är patientens första kontakt i vårdkedjan (Suserud & Svensson, 2009).

I Socialstyrelsens skrift *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005) står det att sjuksköterskan skall utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan skall också visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Vidare skall sjuksköterskan tillvarata patientens och närståendes kunskaper och erfarenheter. Hon eller han skall också visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar (Socialstyrelsen, 2005).

I sjukvården är förhållandet mellan vårdare och vårdtagare ofta asymmetriskt. Sjukvården är ett av de områden i samhället där den enskilde mest upplever sig sakna inflytande och känner störst maktlöshet. Vårdgivaren förfogar över resurserna och inte sällan får patienten överlämna sig både fysiskt och psykiskt till främmande människor (Rynning, 1996).

Trygghet

Alla människor har ett behov av trygghet. Det här tog Maslow (1970) upp i sin berömda behovshierarki. I den beskrev han att människans olika behov kan kategoriseras och placeras i en behovshierarki. De mest grundläggande behoven som en människa har är fysiologiska behov som exempelvis mat, dryck och sömn. Vidare i behovshierarkin kommer människans behov av trygghet. Behovet av att känna trygghet är oftast som störst som barn eller när människan blir äldre. Längre upp i hierarkin kommer sedan människans behov av tillhörighet, kärlek och uppskattning samt behov av självförverkligande. Vad Maslow menade var att när de elementära behoven är uppfyllda har vi som människor ett behov av att känna trygghet. Han tar upp olika behov som alla kan samlas under kategorin trygghetsbehov. Det kan vara till exempel behov av stabilitet, pålitlighet och skydd. Det kan också vara att människan upplever sig vara fri från rädsla, oro och ångest. Maslow tar också upp behovet av struktur som något som kan vara viktigt för att individen skall känna sig trygg (Maslow, 1970).



Figur. Maslows behovshierarki

Begreppet trygghet kan delas in i grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet. Grundtryggheten, och tron på sig själv, grundläggs tidigt i livet då tryggheten byggs upp om barnet ser världen som välbekant och förutsägbar med samma människor och händelser runt sig. Det är av detta som grundtrygghet byggs upp och genom att lita på omvärlden lär människan sig att lita på sig själv. Den situationsrelaterade tryggheten träder in först när tryggheten kan kopplas till den faktiska situationen. I en situation där personen känner sig hotad upplever han eller hon, i varierande grad, en förlust av trygghet. Grundtryggheten och den situationsrelaterade tryggheten utgör tillsammans människans känsla av trygghet. Det är lättare att hantera en situationsrelaterad trygghetsförlust om personen har med sig en god grundtrygghet (Andersson, 1984). Människan har en förväntad genomsnittsmiljö, alltså en miljö där

människan utsätts för påfrestningar och anpassningsproblem, som hon förväntas genomgå och klara av. Situationer som ligger utanför denna förväntade genomsnittsmiljö, det oväntade livsläget, kan upplevas som ett hot och utlösa en akut traumatisk kris (Cullberg, 2006).

Hotet mot tryggheten

Den traumatiska händelsen sätter människans bild av världen som trygg ur spel och eftersom han eller hon inte förväntat sig att hamna i denna situation kan reaktionerna på händelsen bli väldigt olika. Ett trauma, alltså en händelse där människan utsätts för en livshotande upplevelse, aktiverar de mer primitiva delarna i hjärnan och utlöser ofta människans försvarsmekanismer (Lennquist, 2009). Försvarsmekanismerna kan visa sig som förnekelse eller panikreaktioner. Det är inte heller ovanligt att försvarsmekanismerna gör att den hotade personen blir orörlig, apatisk, förvirrad och darrig. Ofta utvecklar sig detta tillstånd senare till att fokus riktas mot att försöka få en överblick över situationen och försäkra sig om anhörigas välmående (Andersson, 1984). Reaktioner som skräck, avstängdhet, hjälplöshet, ilska, ångest och överklighetskänsla är också vanliga reaktioner i dessa situationer. Reaktionerna kan även visa sig fysiskt genom trötthet, huvudvärk och tryck över bröstet (Lennquist, 2009). Nivåerna för hur hög upplevelsen av hot behöver vara för att utlösa olika känsloreaktioner och försvarsmekanismer varierar mellan olika individer (Andersson, 1984).

Hotet mot vår trygghet, som utlöser den traumatiska stressen, ger även andra effekter på människan. Plötsligt kan minnen och känslor som varit bortträngda en lång tid komma tillbaka då bortträngningsfunktionen upphör att fungera. Det kan kännas som att hela livet passerar framför ens ögon och hela minnesförrådet kan lysas upp på en gång. För den vuxne som tillfälligtvis mister sin trygghet kan det bli nödvändigt att förmedla trygghet som nästan påminner om den moderliga omsorgen (Michel, Lundin, Otto, 2001).

Kommunikation

Den professionella kommunikationen

Det skapas alltid en relation mellan personer som möts. Ibland reduceras kommunikation till enbart överföring från en människa till en annan men det räcker inte för att förklara kommunikationens komplexitet (Thornquist, 2001). I litteraturen skiljs kommunikation och professionell kommunikation åt. Det är när vi som sjuksköterskor utövar kommunikation i vårt yrke som vi använder oss av den professionella kommunikationen. Den professionella kommunikationen fungerar stödjande och främjar god kontakt. Vad detta innebär varierar beroende på situationen patienten befinner sig i men det är viktigt att alltid försöka utgå från hans eller hennes behov. Sjuksköterskans mål med den professionella kommunikationen är att få patienten att känna sig sedd, förstådd och tillfredsställd (Eide & Eide, 2006). Att som vårdare ha förmågan att vara inkännande, lyssna och ta sig tid att anstränga sig för att kunna ta del av patientens önskingar och tankar kännetecknar en stabil och säker vårdare. Patienten skapar sig ofta en uppfattning av vårdaren inte bara

genom att lyssna utan även genom att tolka gester, ansiktsuttryck och tonfall. Utstrålar vårdaren osäkerhet och rädsla kan detta i sig utgöra en risk att det avspeglar sig på hur patienten reagerar på situationen. Är vårdaren osäker och rädd blir patienten också osäker och rädd. Patienten kräver öppen och tillitsfull kommunikation och skapas inte denna tillit förlorar vårdaren sin auktoritet i mötet (Suserud & Svensson, 2009).

Empati, eller förmågan att kunna sätta sig in i patientens situation, är en viktig del i den professionella kommunikationen. Empati är inte en förutsättning för sympati men det är viktigt att vara medveten om både egna negativa och positiva känslor för patienten för att kunna hålla sig så professionell som möjligt i mötet. En annan elementär del i den professionella kommunikationen är att kunna förmedla hopp, vilket innebär att förmedla positiva förväntningar inför vad som komma skall. En person i kris behöver någon som kan vara den ställföreträdande optimismen. Genom att vara trygg, lyssnande och ha förtröstan kan patienten bli stärkt av detta och "låna" hjälpgivarens trygghet och styrka (Eide & Eide, 2006).

Tio grundläggande kommunikationstekniker

Eide & Eide (2006) listar en rad tekniker som en god vårdare bör behärska och som gör det lättare att hantera olika utmanande situationer i yrket.

- 1. Att lyssna*
 - 2. Att observera och tolka verbala och ickeverbala signaler*
 - 3. Att skapa goda och jämlika relationer*
 - 4. Att möta andras behov och önskemål på ett bra sätt*
 - 5. Att stärka motpartens resurser och möjligheter*
 - 6. Att strukturera ett samtal eller en behandlingsplan*
 - 7. Att förmedla information på ett klart och förståeligt sätt*
 - 8. Att skapa alternativa perspektiv och öppna för nya handlingsalternativ*
 - 9. Att vara öppen för svåra känslor och existentiella frågor*
 - 10. Att samarbeta för att finna bra lösningar"*
- (sid. 19, Eide & Eide, 2006)

Att enbart ha kännedom om de olika kommunikationsteknikerna teoretiskt räcker inte utan man behöver ha den teoretiska kunskapen i kombination med praktisk övning (Eide & Eide, 2006).

Information

En viktig del i sjuksköterskans kommunikation med patienten är att kunna förmedla information vilket behövs för att patienten överhuvudtaget ska kunna ha något inflytande och kontroll över sin situation (Rynning, 1996). Patienten upplever oftast det okända som mer skrämmande än det välbekanta, då det är mycket svårare att avgöra graden av hot i den okända situationen (Michel et al., 2001). Sjukdomen föder oro och ångest som patienten kan ha svårt att hantera. Dessa känslor förväntas sjuksköterskan hjälpa patienten att hantera och då är information elementärt. Informationen som ges ska inte ges via fack- eller gruppspråk då patienten kan ha svårt att förstå detta. Det kan leda till att patientens osäkerhet och rädsla eskalerar.

Ofullständig och osäker information skapar alltid spekulationer och det är vårdarens skyldighet att informera den sjuke om den aktuella situationen (Beck-Friis, 1996). Motsägelsefull information bidrar till en ökad rädsla och stegrande hotupplevelse. Vid kontrollförlust och maktlöshet ökar behovet av en auktoritet och behovet av att bli omhändertagen. Denna roll bör vårdaren ta och informera patienten upprepade gånger om den rådande situationen, då det utsatta läget gör att information blir svårt att ta till sig. Informationen bör ges på ett konkret sätt utan försköningar (Michel et al., 2001).

Beröring

Beröring är också en viktig del i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient då det kan föra dem närmare varandra på kort tid. Beröring förmedlar kontakt, sympati och omsorg. Undersökningar visar att patienter som är mycket sjuka eller skadade uppskattar att man håller i dem och berör dem (Eide & Eide, 2006). Då människan använder kroppen som ett redskap för kommunikation får beröring stor betydelse för människans självkänsla och identitet. Beröringen kan fungera som en kontakt mellan patienten och omgivningen och ger en speciell möjlighet till närvaro och bekräftelse (Thornquist, 2001).

Det har länge varit känt att beröring har en lugnande effekt på människan. Detta kopplas till frisättningen av hormonet oxytocin, som ökar vid beröring. Oxytocinet har en ångestdämpande effekt och skapar mod genom en minskad upplevelse av fara. Förutom denna lugnande effekt har oxytocinet också en förmåga att dämpa smärtan (Uvnäs Moberg, 2000).

Tillit

Att känna tillit är en viktig förutsättning för att kommunikationen mellan patient och sjuksköterska skall fungera. För patienten som upplever sitt liv som kaotiskt och hotfullt behövs det oftast en utomstående person, exempelvis en sjuksköterska, som kan leda patienten genom den svåra situationen. Den sjuka eller skadade patienten beskriver sin upplevelse utifrån sina symtom och är den som upplever situationen vilket betyder att det är hon eller han som har mest kunskap om sina problem och behov. För att patienten skall kunna delge vårdpersonalen sin upplevelse är det viktigt att tillit till vårdpersonalen finns (Eide & Eide, 2006). Tillfällig förlust av självständigheten eller oberoendet upplevs ofta som traumatiskt och att inte vara fri och inte ha kontroll över sig själv kan upplevas som väldigt nedvärderande och obehagligt. Denna känsla förvärras ofta betydligt om vårdaren inte har uppmärksamheten riktad mot patienten och visar bristande intresse (Michel et al. 2001; Thornquist, 2001). Då patienten lämnar över kontrollen över sin kropp eller hamnar i situationer som de inte behärskar är det viktigt att patienten upplever att vårdpersonalen kan sitt jobb. Det kan till exempel vara att patienten känner att personalen besitter gedigen faktakunskap, erfarenhet samt att personalen har metodisk skicklighet när de utför medicintekniska uppgifter (Edberg & Wijk, 2009). Exempel på medicintekniska uppgifter kan till exempel vara att sätta en kateter, ta ett venprov eller sätta en perifer venkateter snabbt och effektivt. Att enbart besitta metodkompetens är inte tillräckligt utan det är när sjuksköterskan kan kombinera

dessa med emotionell kompetens som vården blir individuellt anpassad. Emotionell kompetens kan beskrivas som att sjuksköterskan anpassar sig till varje unik situation och tar hänsyn till allt obehag som vården kan orsaka (Edberg & Wijk, 2009).

Hopp

En annan elementär del i kommunikationen är sjuksköterskans förmåga att kunna förmedla hopp till patienten. Hopp är ett mentalt tillstånd som kan beskrivas som en önskan om att uppfylla ett mål. Detta mål uppfattas som möjligt att uppnå och patienten har förväntningar om målen skall uppfyllas. Den hoppfulle människan tror att när målen uppfylls så förbättras livssituationen. Svårt sjuka eller skadade människor kan ibland ha orealistiska mål på grund av sin obotliga sjukdom eller svåra skada. Hoppfullheten i sig är viktig då den som saknar hopp inte ser några utsikter till förbättringar i livet. Hopp hjälper människor att bemästra svåra situationer, förluster, tragedier, nederlag ensamhet och lidande (Travelbee, 1971). Hopp är något som alltid finns närvarande men som blir tydligare under svåra förhållanden vilket hjälper människan att övervinna nuets begränsningar (Edberg & Wijk, 2009).

Begreppet hopp innefattar även två andra begrepp; coping och optimism. Coping innebär att man har en tillit till att situationen inte blir okontrollerbar. Coping är en tro på att man klarar av de fysiska och psykiska aspekterna av sitt tillstånd. Realistiska mål stärker motivationen och gör bemästrandet av tillståndet lättare. Orealistiska mål kan däremot fungera tvärtom och hindra hopp. När patienten har personer runt sig som tror på att situationen kommer lösa sig kan optimism växa vilket är väldigt viktigt i svåra stunder. En hjälpgivare som är optimistisk bidrar till att stärka och ge patienten nytt hopp i svåra situationer (Eide & Eide, 2006). En uppgift för sjuksköterskan är att hjälpa patienten att hålla fast vid hoppet och undvika hopplöshet. I arbetet med att främja hopp är det viktigt att sjuksköterskan är tillgänglig och villig att hjälpa den sjuka eller skadade (Travelbee, 1971).

SYFTE

Syftet var att belysa patientens upplevelser av det akuta omhändertagandet samt vad sjuksköterskan kan göra för att bemöta patienterna och deras upplevelser.

METOD

ARTIKELSÖKNING

Vi har valt att göra en litteraturöversikt och har således sökt, sorterat och analyserat befintlig forskning inom vårt ämne. Arbetet startade med sökning efter vetenskapliga artiklar. Litteratursökningarna gjordes elektroniskt på databasen Cinahl. Artiklar söktes fram genom att kombinera olika sökord som vi ansåg var aktuella för vårt syfte. Då sökningarna genomfördes på engelska tog vi vid behov hjälp av svenska MeSh med översättningen. Sökorden vi använde oss av var: *care, emergency nursing, meet, trauma, encounter, comforting, emergency patients, nursing, participation, emergency department, patient, encounters, nurse, emergency* och *nurse caring*. Efter genomförd sökning lästes rubrikerna igenom på alla artikelträffarna. De artiklar som ansågs relevanta plockades ut och abstrakten lästes. Urvalet gjordes utifrån hur väl artiklarnas abstrakt och titel stämde överens med vårt syfte. Artiklar som handlade om minderåriga exkluderades då vi valt att inrikta oss på vuxna patienter. Vi begränsade våra artikelsökningar genom att bara söka efter artiklar som var skrivna på engelska samt att de var vetenskapligt granskade, peer reviewed.

Ett mål vid artikelsökningen var att använda så aktuell forskning som möjligt. Då vi hittade relevant forskning som var äldre än tio år och som stämde väl överens med vårt syfte valde vi trots detta att inkludera dem i vår litteraturöversikt.

Två vetenskapliga artiklar inkluderades efter att ha gjort sekundärsökningar i de redan funna artiklarnas referenslistor eftersom artikelnamnen passade väl in på vårt syfte. Litteraturöversikten gjordes på sammanlagt 13 artiklar.

Tabell 1 Litteratursökning

Cinahl Sökord	Artikel träffar	Utvalda artiklar	Artikelnamn (artikelnummer, se bilaga)
Care + Emergency nursing + Meet	36	2	<ul style="list-style-type: none"> Nurse-Patient/Visitor Communication in the Emergency Department (1) Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of Accident and Emergency interventions (2)
Trauma + Encounter	65	2	<ul style="list-style-type: none"> More than medical treatment: The patient's first encounter with prehospital emergency care (4) Trauma patient's encounters with the team in the emergency department-A qualitative study (5)
Trauma + Comforting	11	1	<ul style="list-style-type: none"> Maintaining Patient Endurance – The Comfort Work of Trauma Nurses (10)
Emergency patients + Trauma + Nursing	47	2	<ul style="list-style-type: none"> Perceptions of nurses' caring behaviours by trauma patients (12) The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients (7)
Participation + Emergency department + Patient	60	1	<ul style="list-style-type: none"> Patient participation in emergency care – A phenomenographic study based on patients' lived experience (6)
Encounters + Nurse + Emergency	20	2	<ul style="list-style-type: none"> Caring and Uncaring Encounters in Nursing in an Emergency Department (11) Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organisation (13)
Nurse caring + Emergency department	8	1	<ul style="list-style-type: none"> The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department (3)
Funnen som referens i artikel: Trauma patient's encounters with the team in the emergency department-A qualitative study			<ul style="list-style-type: none"> Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence (8)
Funnen som referens i artikel: The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients			<ul style="list-style-type: none"> Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients (9)

ANALYSMETOD

Efter att artiklarna valts ut lästes dessa igenom grundligt ett flertal gånger. Detta gjordes enskilt och alla blev på så sätt välbekanta med materialet. Vi fick kunskap om materialet som helhet innan artiklarna analyserades mer noggrant. Resten av analysprocessen gjorde vi sedan tillsammans.

Analysen av artiklarna genomfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Analysprocessen inleddes med att meningsbärande enheter som ansågs vara relevanta för vårt syfte togs ut ur texten. Dessa enheter kondenserades sedan genom att innehållet förkortades utan att kärnan togs bort. Utifrån de kondenserande meningsenheterna skapades koder. Efter att ha gått igenom materialet framkom åtta underkategorier under vilka vi delade in våra koder. Innehållet som togs ut ur artiklarna passar bara in under respektive underkategori vars namn speglar dess innehåll. Underkategorierna vi kom fram till var: *känsla av att förlora kontrollen, känslor av ensamhet och övergivenhet, känslor av oro och ångest, att se hela patienten, att skapa tillit, att vara närvarande, att informera samt att stärka patienten.* underkategorierna delades i sin tur in i två övergripande kategorier: *Patienters upplevelser* och *Sjuksköterskans bemötande*. Resultatet redovisas utifrån dessa kategorier.

RESULTAT

PATIENTERS UPPLEVELSER

Känsla av att förlora kontrollen

När patienterna beskrev sina upplevelser av det första mötet med akutsjukvården var en vanlig beskrivning känslan av att de tappat kontrollen. Elmqvist, Fridlund och Ekebergh (2008) beskrev detta i sin studie som att den akut sjuka eller skadade patienten under dramatiska förhållanden förlorade sin känsla av oberoende. Känslor av överklighet och att man tappat kontrollen över sin kropp var också något som patienterna beskrev (Elmqvist et al., 2008). Även Wiman & Wikblad (2004) lyfte fram patientens kontrollförlust och patienterna uttryckte även ett behov av att någon annan tog kontrollen. I en annan studie uttryckte deltagare känslan av att vara utlämnad till personalen och en känsla av hjälplöshet och sårbarhet;

”Vulnerable... you don’t control your own destiny... I couldn’t take care of myself. I had to give myself to their care-my care to them. I had to trust them.”

(O’Brien & Fothergill-Bourbonnais, sid. 222, 2004)

Även i Jays (1996) studie beskrev patienter förvandlingen från att vara oberoende till att plötsligt hamna i en situation fylld av rädsla och beroende. Forskaren påtalade patientens behov av att hitta ett sätt att återta kontrollen över den, för patienten, nya situationen (Jay, 1996). Ett fenomen som uppmärksammades var att smärtan blev påtaglig först när patienten lämnat över kontrollen över sin kropp. Innan hjälpen

anlänt var patienten tvingad att vara stark och ta ansvar över sin kropp själv och då blev smärtupplevelsen underordnad (Elmqvist et al., 2008). En patient uttryckte det;

"I think the worst pain came when they (ambulance and fire services) were coming, and my body in one way gave up all responsibility... or... how the brain disconnects, they are taking care of me// because it was not until then that it really did hurt."
(Elmqvist et al., sid. 188, 2008)

Forskarna tog vidare upp i studien att patienten insåg att han eller hon måste ge upp sin integritet för att få nödvändig vård. Hotet mot livet blev större än behovet av integritet (Elmqvist et al., 2008).

Känslor av ensamhet och övergivenhet

En annan dominerande upplevelse hos den akut sjuka eller skadade patienten var känslor av ensamhet och övergivenhet. Detta beskrevs i Elmqvist et al. (2008) studie där patienter berättade hur de hamnade oförberedda i en utsatt situation vilket väckte starka känslor av ensamhet och övergivenhet. Deltagare i O'Brien & Fothergill-Bourbonnais (2004) studie beskrev att de kände sig ensamma och isolerade trots det stora antalet vårdare som befann sig runt patienten. Patienterna beskrev också en känsla av att de var tvungna att ta sig igenom upplevelsen själva och att detta upplevdes som väldigt skrämmande (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Patienterna upplevde det som att de var gäster i en ny miljö och om personalen inte hela tiden var närvarande förstärktes känslor av ensamhet och övergivenhet. Patienterna uttryckte i en sådan situation ett behov av mänsklig kontakt (Jay, 1996).

"The only contact I had with her was when she came with huge needles. Again, they do not observe other needs, when they come to me it's when they have to do something to me, give me a jab or take me somewhere"
(Frank, Asp & Dahlberg, sid. 17, 2009)

Att bli ignorerad av personalen ökade dessa känslor av ensamhet och övergivenhet vilket fick patienten att känna sig som ett offer (Wiman & Wikblad, 2004). Om vården var alltför inriktad på de fysiska behoven och inte tillgodosåg patientens psykosociala behov kunde hon eller han känna sig negligerad. En kvinna i studien uttryckte behovet av bekräftelse som: *"Somebody talk to me!"* (Morse & Proctor, sid. 257, 1998) då allt fokus lades på den fysiska kroppen och människans känslor och upplevelser glömdes bort. Detta ledde troligtvis även till att smärtupplevelsen förvärrades (Morse & Proctor, 1998).

Känslor av oro och ångest

Känslor av oro och ångest var vanligt förekommande i patienternas beskrivning av den akuta sjukdomen eller skadan. Detta upplevde alla deltagare i studien av Hawley (2000) där varierande grad av rädsla och ångest beskrevs. Känslorna uttrycktes i termer som nervositet, oro, rädsla och skräck. En av deltagarna uttryckte rädsla för vad vårdpersonalen skulle göra medan en annan upplevde dödsångest;

"I was actually scared of dying. It's quite the feeling. You'd hear of someone having a heart attack, but you never put much thought into it until it happens to you. It's different altogether then. It's that 30 seconds that you're sweating and you know that you're starting to pass out and you're wondering if it's all over for you."
(Hawley, sid. 449, 2000)

En annan deltagare betonade vikten av att sjuksköterskan förstår att det kan vara skrämmande att för första gången hamna på sjukhus (Hawley, 2000). Rädslan förstärktes om det var patientens första akuta kontakt med sjukvården (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais 2004). Patienter berättade att, förutom själva olyckan eller sjukdomstillståndet, var det mest skrämmande i händelseförloppet att anlända till sjukhuset och traumarummet (Morse & Proctor, 1998). Att inte kunna bedöma sina skador och inte veta vad som kommer att ske i traumarummet beskrev deltagarna som oerhört skrämmande (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais 2004). Deltagare beskrev rädslan för det okända och önskan om att få veta vad som hänt, vad som händer och vad som skall hända med dem (Jay, 1996). Patienter som upplevde starka ångestkänslor kombinerat med oerhörd smärta kan uppfatta traumateamets vård som en attack på deras skadade kropp. När patienten utsattes för många smärtsamma ingrepp av flera personer samtidigt kan en reaktion av detta bli att patienten blir så stressad och förvirrad att han eller hon motarbetar vårdteamet (Morse & Proctor, 1998).

SJUKSKÖTERSKANS BEMÖTANDE

Att se hela patienten

I fyra av studierna togs problemet upp att vårdpersonalen endast fokuserade på de fysiska behoven och förbisåg de psykosociala behoven (Morse & Proctor, 1998; Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003; Wiman & Wikblad, 2004; Frank, et al., 2009). Wiman & Wikblad (2004) fokuserade på detta fenomen i en studie där de videofilmade omvårdnadssituationer på en akutmottagning och sedan analyserade personalens vårdande och ickevårdande beteende. En del i det ickevårdande beteendet som identifierades var att sjuksköterskorna ägnade läkare och andra kollegor mer uppmärksamhet än patienterna. Sjuksköterskorna inväntade läkarnas order istället för att bry sig om patienten. För att se hela patienten måste sjuksköterskan kunna byta fokus mellan ett medicinskt perspektiv och ett humanistiskt perspektiv. När patienten uppfattade sjuksköterskan som känslolokal och likgiltig blev detta destruktivt för honom eller henne. Det ickevårdande beteendet var dominerande i studien vilket indikerade att patientens psykologiska behov negligerades. Sjuksköterskan behöver ha en öppen attityd och kommunicera öppet med patienten (Wiman & Wikblad, 2004). Det framkom även patienter som uttryckte förnöjsamhet med att sjuksköterskan fokuserade på de fysiska behoven framför de psykosociala behoven. I den initiala fasen uttryckte patienterna förnöjsamhet med detta bemötande och att de kände sig trygga, säkra och nöjda (Wiman, Wikblad & Idvall 2007).

Ett empatiskt förhållningssätt uppmuntrade till delaktighet hos patienten (Wiman et al., 2007). Delaktighet uppstod då personalen lyssnade på patientens känslor angående rädsla, osäkerhet och ångest. När patienter inte upplevde att de var

delaktiga och inte hade den kontakten med vårdteamet de skulle vilja ha, ledde detta till frustration hos patienten. Patienterna beskrev att de kände sig delaktiga när personalen visade intresse och ställde öppna frågor (Frank et al., 2009). Patienter uttryckte hur de blev delaktiga i vården genom att få en uppgift att fokusera på (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). En patient uttryckte det som;

"They always kept me informed...that's a positive, that was a very positive reassurance that I was part of the team getting me better! You know, I'm not just standing on the sidelines. Basicly my orders were 'keep breathing, keep breathing'. I had to focus on, I had to focus on 'keep breathing.'"

(O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, sid.220, 2004)

Genuin omtänksamhet och ett holistiskt tänkande visade på en sjuksköterska som brydde sig uppriktigt om patienten (Wiman & Wikblad 2004). Sjuksköterskan kan visa att hon eller han bryr sig på ett personligt plan bland annat genom att höra av sig till patientens anhöriga och informera om situationen (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais 2004).

Att skapa tillit

Patienterna i Baldursdottir & Jonsdottir (2002) studie värdesatte egenskapen *"know what they are doing"* högst hos akutsjuksköterskan. Detta var en grundläggande egenskap för att skapa tillit till sjuksköterskan vilket var viktigt när patienten hade förlorat kontrollen över situationen (Hawley, 2000). Faktorer som skapade tillit till vården var bland annat att patienten upplevde organisationen som tydlig med en lätt identifierbar ledare. Att vårdteamet arbetade effektivt efter en förutbestämd plan och dagligen hanterade livshotande tillstånd var andra viktiga faktorer för att skapa tillit. Fanns det en familjär stämning mellan personalen skapades en känsla av att teamet arbetade ihop dagligen och vården uppfattades då som effektiv. Andra deltagare betonade att effektivitet och snabbhet tillsammans med omsorg och kvalité skapade en känsla av att patienten var i säkra händer (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

"I knew they were experts. I could tell they were experts by the way they were talking. They knew what they were doing and I felt confident that everything was going to be all right, really."

(Hawley, sid. 451, 2000)

Tillit skapades när personalen arbetade effektivt och fokuserade på sin uppgift. Detta bidrog till att personalen uppfattades ha kontroll över situationen. När sjuksköterskorna tog hand om det primära problemet uppfattades de som kompetenta vilket gjorde att patienterna kände sig säkra och kunde koppla av och lita på vårdgivarna (Hawley, 2000). Ett lugnt intryck befriat från stress och ångest från sjuksköterskan skapade också en känsla av att hon eller han hade situationen under kontroll (Jay, 1996; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Att vara närvarande

Flera patienter uttryckte vikten av att ha någon nära då detta hjälpte dem att uthärda känslorna av ensamhet och rädsla (Jay, 1996). Det är troligt att även smärtupplevelsen minskar om patienten har en sjuksköterska som leder patienten genom processen som hela tiden pratar med patienten och är närvarande (Morse & Proctor, 1998). Patienter berättade att vetskapen om att sjuksköterskans närvaro hjälpte dem att slappna av och gav ny kraft och de kände sig mindre ensamma (Hawley, 2000);

”She was just there all the time; she made me feel comfortable and confident that she knew what she was doing.”

(Hawley, sid. 453, 2000)

Hawleys (2000) studie betonade vikten av att prata med patienten under behandling för att etablera en kontakt vilket hade en positiv inverkan på relationen. Många deltagare i studien påpekade även den bekräftande effekten av att bli kallad vid sitt namn (Hawley, 2000). Patienter berättade även om betydelsen av att få känna sig viktig. Denna känsla uppkom då ett stort vårdteam var närvarande och fokuserade på patienten (O’Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Att vara nära och använda sig av fysisk kontakt var viktiga element i den existentiella bekräftelsen av patienten och var även en viktig del i att hålla en traumatiserad person vid liv (Elmqvist et al., 2008). Beröring beskrevs i en studie som en livlina. Genom beröring förde traumateamet över sin energi till patienten, en energi som behövdes för att uthärda situationen. Personalen hade fysisk kontakt med patienten i den medicinska vården, som exempelvis vid insättning av en nasogastrisk sond, men det var beröringen utan medicinskt syfte som uttryckte att personalen brydde sig och bekräftade patienten. Detta gjorde att patienterna kände sig säkra och trygga (O’Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Deltagare i Jays (1996) studie beskrev också ett behov av beröring och upplevde en tröstande effekt av beröringen. Då sjuksköterskan arbetade nära patienten blev beröring en viktig del av kommunikationen i relationen med patienten (Jay, 1996). Beröringen bekräftade att sjuksköterskan var närvarande (Morse & Proctor, 1998). Dock fann forskarna i en annan studie att en del av patienterna inte upplevde beröring som tröstande eller önskvärt. För de patienterna var inte beröring en vårdande handling (Hayes & Tyler-Ball, 2007)

Att informera

I en av studierna värderade deltagarna information om sin vård som den viktigaste kommunikationsuppgiften för sjuksköterskan (Pytel, Fielden, Meyer, Albert, 2009). Patienter uttryckte att rädslan och osäkerheten lindrades genom att de fick information om vad som hänt och vad som skall hända (Hawley, 2000). Sjuksköterskan stärker patienten genom att ge honom eller henne information då informationen är nödvändig för att patienten skall kunna förstå den nya omgivningen (Jay, 1996). Att däremot inte bli informerad höjde ångesten och fick patientens fantasi att skena iväg (Hawley, 2000).

Flera patienter uttryckte att det var viktigt att sjuksköterskan informerade i förväg inför en smärtsam procedur. Detta gav patienten möjlighet att mobilisera sina egna försvarsmekanismer (Hawley, 2000). Enligt Morse & Proctor (1998) var läkare sämre på detta och gav information samtidigt som de utförde proceduren vilket kan ge reaktioner såsom motstånd, protester, tillbakadragning och ilska. Patienter uppskattade när de fick detaljerade förklaringar och information om procedurer och att sjuksköterskan försäkrade sig om att de verkligen förstod (Fosbinder, 1994). En deltagare uttryckte det;

"She explained it step by step. You knew what was comin' on. It makes You feel good"
(Fosbinder, sid.1087, 1994)

Enligt Morse & Proctors (1998) studie borde sjuksköterskan fungera som kontakten mellan vårdteamet och patienten och hela tiden förvarna och informera patienten om vad som händer och vad som skall hända. Det vore idealiskt om en sjuksköterska ansvarar för all kommunikation mellan vårdteamet och patienten (Morse & Proctor, 1998). Då all aktivitet runtomkring patienten vid akuta situationer kan upplevas som skrämmande bör sjuksköterskan informera att detta är fullt normalt och inget att oroa sig för (Hawley, 2000).

Att stärka patienten

Flera patienter påtalade att stärkande kommunikation stärkte självförtroendet och hjälpte dem att hantera och uthärda den utsatta situationen. Den stärkande kommunikationen uttrycktes i fraser som "oroa dig inte", "du kommer bli bra", "vi tar hand om dig" och "bra jobbat" och detta möjliggjorde för deltagarna att se mer positivt på situationen de befann sig i (Hawley, 2000). Deltagare i Jays (1996) studie berättade även de att upplyftande ord var något önskvärt. Den stärkande kommunikationen hjälpte patienterna att bibehålla kontrollen, bli mindre stressade och uppleva mindre smärta. Detta bidrog i sin tur till att vårdpersonalen kunde ge vård snabbt och säkert. Stärkande kommunikation karakteriseras av sin långsamma takt, enkla meningar och ett uttal som ger ett klart rytmiskt mönster (Morse & Proctor, 1998). Tonläget på den stärkande kommunikationen har större betydelse än vad som egentligen sägs för att stärka patienten (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Deltagare i Hawleys (2000) studie påtalade att när sjuksköterskan brydde sig om de anhörigas behov så stärkte detta patienten. Detta kunde vara att sjuksköterskan kontinuerligt informerar anhöriga om patientens vård och tillstånd.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med arbetet var att belysa patienters upplevelser och sjuksköterskans bemötande vid akut omhändertagande. Den bästa källan till att belysa dessa

upplevelser är genom patienternas egna ord. Då det finns befintlig forskning på området och uppsatsen skulle skrivas under en begränsad tidsperiod valde vi att göra en litteraturöversikt. Målet med litteraturöversikten var att skapa en överblick över forskning på det valda området. Då det var upplevelser som skulle belysas valdes en fokusering på kvalitativa artiklar. Två kvantitativa artiklar inkluderades även i studien för dess relevans.

Vid litteratursökningen användes databasen Cinahl då vi var väl bekanta med den sedan innan. Vi är medvetna om den eventuella bristen i att endast använda en databas men då vi hittade relevant och tillräckligt med artiklar på Cinahl nöjde vi oss med en databas. Artiklar från främst akutmottagningar har använts då de akuta mötena mellan patient och sjuksköterska oftast utspelas i dessa miljöer. Även en artikel från prehospital miljö användes då den var relevant för syftet.

Alla artiklar hade ett patientperspektiv och fokuserade på mötet mellan patient och sjuksköterska. I litteraturöversikten inkluderades både patientens upplevelser och sjuksköterskans bemötande då vi var intresserade av hur patienten upplever situationen och hitta konkreta omvårdnadsåtgärder för att stärka patienten. Vi är medvetna om att syftet kan uppfattas som tudelat men vi upplever att patientens upplevelser och sjuksköterskans omvårdnad går hand i hand.

Som analysmetod valdes innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Denna analysmetod valdes då vi tyckte den passade litteraturöversikten bra. I dataanalysen växte åtta underkategorier fram vilka delades in i två övergripande kategorier, dessa var *patienters upplevelser* och *sjuksköterskans bemötande*.

Artiklarna som valdes var från Sverige, USA, Kanada och Island. Att använda artiklar från andra länder än Sverige ansågs inte som ett problem då sjukvården i de övriga länderna inte skiljer sig avsevärt gentemot Sverige. Deltagarna i studierna har varit medvetna vid tillfället och kommer ihåg hur de upplevde situationerna. Som bl.a. Jay (1996) belyser blir det ett naturligt bortfall då situationen är traumatisk och ofta medför minnesstörningar och varierande medvetandegrad.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet i vår litteraturöversikt har lyft fram patienters upplevelser av det akuta omhändertagandet. Det har också belyst viktiga åtgärder som sjuksköterskan kan göra för att det akuta mötet skall bli så bra som möjligt.

Upplevelsen av förlorad kontroll är något som är vanligt förekommande hos den akut sjuka eller skadade patienten (Wiman & Wikblad, 2004; Elmqvist et al., 2008). Denna känsla av kontrollförlust beskrivs av Michel et al. (2001) som traumatisk och Thornquist (2001) beskriver den som nedvärderande och obehaglig. Den skadade eller sjuka personen har inte längre kontroll över sin egen kropp och kanske är det detta som ligger till grund för känslan av otrygghet. Sannolikt är den värsta känslan att inte veta hur allvarlig situationen är och vad som kommer hända. Tankar riktade till sina anhöriga, konsekvenserna av skadan eller sjukdomen, saker som hade kunnat göras annorlunda och saker i livet som missats flyger troligen runt i huvudet och personen kan inte göra någonting åt sin situation.

Patienten blir i den utsatta situationen beroende av att någon annan tar kontrollen (Wiman & Wikblad, 2004). Maslow (1970) betonade behoven av stabilitet, pålitlighet och skydd som trygghetsfaktorer. Att patienten känner tillit till personalen blir en sådan trygghetsfaktor vid upplevelse av förlorad kontroll. Enligt resultatet uppkommer denna tillit då patienterna uppfattar vården som organiserad, effektiv och att personalen ger intryck av att ha kontroll (Hawley, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais 2004). När patienten känner tillit till vårdgivarna och deras kompetens kan patienten slappna av och lämna över ansvaret för sin kropp. Att då framstå som en kontrollerad och kompetent sjuksköterska i denna stressiga situation kan vara svårt, framförallt om man är oerfaren i sin yrkesroll. Ger man ett intryck av att vara osäker och rädd förlorar man sin auktoritet och patientens rädsla förstärks enligt Svensson & Suserud (2009). Oberoende av hur osäker och stressad sjuksköterskan känner sig bör hon eller han uppträda lugnt och kontrollerat för att skapa tillit. Utöver det lugna och kontrollerade uppträdandet bör sjuksköterskan även visa att han eller hon ser människan, och inte bara en kropp, för att skapa tillit. Troligtvis är sjuksköterskans metodiska kompetens det viktigaste för patienten i den akuta situationen men den emotionella kompetensen är också nödvändig för att skapa en tillitsfull relation. En metodiskt skicklig sjuksköterska kan förstöra den tillitsfulla relationen genom ett bristfälligt bemötande. Samtidigt kan den emotionellt kompetenta sjuksköterskan förlora patientens tillit om han eller hon uppträder osäkert och inte har kontroll på situationen. För att skapa tillit måste alltså dessa två kompetenser komplettera varandra.

Känslan av kontrollförlust, som tidigare konstaterats, är troligtvis oundviklig vid akut sjukdom eller skada. Även om kontrollförlusten antagligen är oundviklig är det ändå viktigt att få patienten så delaktig som möjligt. Rynning (1996) skriver att sjukvården skapar asymmetriska möten där sjuksköterskan är i en maktposition gentemot patienten. Sjuksköterskan måste vara medveten om detta maktförhållande och aktivt arbeta för att stärka patientens delaktighet då brist på delaktighet enligt resultatet skapar en frustration hos patienten (Frank et al., 2009). ”Att skapa goda och jämlika relationer” är en av de tio grundläggande kommunikationstekniker som varje god vårdgivare bör behärska (Eide & Eide, 2006). Kanske är det så att de asymmetriska mötena inom akutsjukvården är tydligare än inom många andra delar av sjukvården. Tidspressen i det akuta mötet kan begränsa utrymmet för patientens delaktighet. Då snabba beslut måste fattas på kort tid är det ojämna maktförhållandet sannolikt ett nödvändigt ont. Något sjuksköterskan kan göra för att främja patientens delaktighet är att kontinuerligt informera patienten om vad som händer och vad som skall hända. Genom att hela tiden uppdatera patienten bekräftas hon eller han och förutsättningar för en mer jämställd relation skapas. Ett annat konkret sätt att göra patienten delaktig som framkom i resultatet var att ge patienten en uppgift att fokusera på (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). När patienten koncentrerar sig på en uppgift, som till exempel kan vara att andas lugnt, kan fokus förflyttas från den kaotiska situationen. Det är troligt att patienten då känner sig mer delaktig eftersom han eller hon hjälper till i vården och blir på så sätt en del av vårdteamet. Detta är ett bra exempel på en omvårdnadsåtgärd som enkelt men effektivt kan lugna patienten och skapa delaktighet i vården.

Den akut sjuka eller skadade patienten upplever enligt resultatet sig som ensam och övergiven trots att ett stort antal vårdgivare är närvarande. Patientens som människa glöms bort och blir reducerad till en fysisk kropp. Upplevelsen beskrivs som skrämmande och förstärks när patienten känner sig negligerad av vårdpersonalen

(O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). När patienten känner sig ensam och övergiven blir mänsklig kontakt i form av beröring, närvaro och bekräftelse sannolikt viktigt. Thornquist (2001) menar att kroppen är människans bas för kommunikation och betonar vikten av beröring. Detta bekräftas i flera studier där patienter uttrycker att beröring har en tröstande effekt samt visar att personalen är närvarande. Några patienter beskrev till och med att vårdpersonalens beröring var "*en livlina*" där deras energi överfördes till patienten (Jay, 1996; Morse & Proctor, 1998; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Fysisk beröring, som att hålla patientens hand, kan alltså betyda väldigt mycket för patientens förmåga att hantera den utsatta situationen. Det var anmärkningsvärt och intressant att beröring och fysisk närvaro kan vara avgörande för patientens vilja att överleva. Det är dock viktigt att sjuksköterskan ser varje patient som unik med olika behov av beröring. Det framkom i Hayes & Tyler-Balls (2007) studie att inte alla patienter fann beröring som tröstande eller önskvärdt. Sjuksköterskan måste därför se varje möte och situation som unik och hela tiden känna av vad den enskilda patienten har för behov. Det är möjligt att det finns kulturella skillnader i behov av närhet och beröring vilket denna uppsats inte fokuserar på. Detta är en intressant vinkel som kan utforskas vidare, framför allt i dagens mångkulturella samhälle. Sjuksköterskan kan inte ta för givet att alla patienter har samma behov av närhet och beröring i det akuta omhändertagandet.

Oro och ångest var känslor som många deltagare upplevde vid akut sjukdom eller skada i flera av studierna. Många beskrev en rädsla för vad som skulle hända med dem och därför är det viktigt att sjuksköterskan informerar om pågående vård och vad han eller hon kan vänta sig (Jay, 1996; Morse & Proctor, 1998; Hawley, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Ofullständig och osäker information skapar onödiga spekulationer hos patienten (Beck-Friis, 1996). Genom att sjuksköterskan informerar patienten så att hon eller han verkligen förstår vad som händer och vad som väntar kan onödig oro och ångest lindras. För en person som inte varit i kontakt med sjukvården tidigare kan allt som händer vara helt nytt medan det är vardag för personalen. Det är då lätt som sjuksköterska att inte tänka på att patienten sannolikt inte besitter samma kunskap om rutiner och processer inom sjukvården. Sjuksköterskan bör hela tiden försöka möta patienten på hans eller hennes kunskapsnivå för att försäkra sig om att patienten blir välinformerad. Vården blir på så sätt mer individuellt anpassad. En av studierna kommer fram till att läkare generellt sett är sämre på att ge information innan medicinska procedurer än vad sjuksköterskan är (Morse & Proctor, 1998). Att smärtsamma procedurer utförs utan förvarning förvärrar sannolikt en redan skrämmande och otrygg situation. En medveten sjuksköterska bör därför uppmärksamma detta beteende och försöka få alla i vårdteamet att informera patienten innan procedurer för att få en väl förberedd patient.

En annan viktig del i sjuksköterskans bemötande av den akut sjuka eller skadade patienten är att kunna förmedla hopp. I resultatet beskrivs det hur hopp förmedlas genom stärkande kommunikation och när patienten upplevde hoppfullhet minskades stressen och smärtupplevelsen (Jay, 1996; Morse & Proctor, 1998; Hawley, 2000). Om sjuksköterskan bidrar med ett optimistisk synsätt kan troligtvis detta ge patienten nytt hopp i den svåra situationen (Eide & Eide, 2006). Något som var intressant i en av studierna var att tonläget var viktigare än själva innehållet i den stärkande kommunikationen (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). När man som sjuksköterska möter akut sjuka eller skadade patienter kan det ibland vara svårt att hitta de "rätta orden" för att uttrycka sin empati. Då är det viktigt att tänka på att

orden i sig inte betyder mest utan sättet man säger dem på och framför allt att man säger någonting överhuvudtaget.

Enligt en av studierna vore det idealiskt att endast en sjuksköterska ansvarar för kommunikationen mellan patienten och vårdteamet (Morse & Proctor, 1998). Detta kan vara ett bra sätt att minska risken för att patientens psykosociala behov förbises. När endast en sjuksköterska ansvarar för kommunikationen med patienten uppstår dessutom kontinuitet i vårdandet. Huruvida det ges möjlighet att avsätta en sjuksköterska till detta ändamål i dagens slimmande organisationer kan vidare diskuteras men metoden är intressant och vidare studier hur detta påverkar patientens upplevelser av akutsjukvården vore spännande.

Flera av studierna visade på att vårdpersonalen fokuserade på det rent medicinska och inte uppmärksammade patientens psykosociala behov (Morse & Proctor, 1998; Nyström et al., 2003; Wiman & Wikblad, 2004; Frank et al., 2009). Det här går stick i stäv med vad som står i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005). Där står det bland annat att sjuksköterskan skall visa respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Det är en stor utmaning för vårdpersonalen att se hela patienten under det korta och intensiva mötet som hon eller han har med patienten. Eftersom mötet mellan patient och sjuksköterska inom akutsjukvården är så kort och intensivt är det extra viktigt att sjuksköterskan kan växla mellan ett medicinskt och humanistiskt perspektiv. Detta påpekade Wiman & Wikblad (2004) vikten av i sin studie. Det framkommer i deras studie att det ibland förekommer ett icke-holistiskt vårdbeteende hos personalen. Detta beteende upplevs som mekaniskt och känslolokalt av patienterna. Eide & Eide (2006) menar att sjuksköterskan måste utgå ifrån patientens behov för att patienten skall känna sig sedd, förstådd och tillfredställd.

Det ska poängteras att många patienter också uttryckte förnöjsamhet med att vårdpersonalen fokuserade på det medicinska framför det psykosociala (Wiman et al., 2007). Att fokus ska ligga på det medicinska inom akutsjukvården är en självklarhet men vi anser att det ena inte behöver utesluta det andra. Den holistiska synen på patienten bör även råda inom akutsjukvården. När patientens psykosociala behov tillgodoses underlättas den medicinska vården, då en lugn och trygg patient har bättre förutsättningar att hantera situationen.

Slutsats

Sjuksköterskans bemötande i det akuta omhändertagandet som uppsatsen föreslår är inte någonting som är begränsat till akutmottagningar eller prehospital vård. Akuta situationer kan uppkomma på alla sorters avdelningar och vi tror inte patientens känslor i situationen skiljer sig avsevärt beroende på miljön. Omvårdnadsåtgärderna som framkommit i uppsatsen är alltså till nytta även för sjuksköterskor som inte arbetar inom akutsjukvården.

Uppsatsen resulterade i tre dominerande känslor vid akut sjukdom eller skada. Dessa känslor kan sjuksköterskan enligt litteraturöversikten lindra genom ett tryggt och säkert bemötande, kontinuerlig information, närvaro, beröring och stärkande kommunikation. Dessa omvårdnadsåtgärder har vi funnit evidens för att de gör patienten lugnare och tryggare i den utsatta situationen. Omvårdnadsåtgärderna

behöver inte vara tidskrävande eller avancerade utan kan utföras i samband med medicinsk behandling. Sjuksköterskan kan med enkla medel tillgodose patientens psykosociala behov utan att det behöver påverka kvalitén på den medicinska vården.

REFERENSER

Tidskrifter

- Baldursdottir, G., Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart and Lung, 31(1)*, 67-75.
- Elmqvist, C., Fridlund, B., Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: The Patient's first encounter with prehospital emergency care. *International Emergency Nursing, 16*, 185-192.
- Fosbinder, D. (1994). Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 1085-1093.
- Frank, C., Asp, M., Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care – A phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing, 17*, 15-22.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112
- Hawley, M.P. (2000). Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients. *Clinical Nursing Research, 9*, 441-459.
- Hayes, J.S., Tyler-Ball, S. (2007). Perceptions of Nurses' Caring Behaviors by Trauma Patients. *Journal of Trauma Nursing, 14(4)*, 187-190.
- Jay, R. (1996). Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of Accident and Emergency interventions. *Accident and Emergency Nursing, 4*, 125-131.
- Morse, J.M., Proctor, A. (1998). Maintaining Patient Endurance – The Comfort Work of Trauma Nurses. *Clinical Nursing Research, 7(3)*, 250-274.
- Nyström, M., Dahlberg, K., Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies, 40*, 761-769.
- O'Brien, J-A., Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes From Seven Patients. *Journal of Emergency Nursing, 30(3)*, 216-224.
- Pytel, C., Fielden, N., Meyer, K., Albert, N. (2009). Nurse-Patient/Visitor Communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing, 35(5)*, 406-411.
- Wiman, E., Wikblad, K., Idvall E., (2007). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department-A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 44*, 714-722.
- Wiman, E., Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing 13*, 422-429.

Böcker & rapporter

- Andersson, K. (1984) *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Arlöv: Berlings
- Beck-Friis, B. Statens medicinsk-etiska råd. (1996) *Information och samtycke*. Stockholm: Fritzes
- Cullberg, J. (2006) *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur
- Edberg, A-K., Wijk, H. (2009) *Omvårdnadens grunder*. Studentlitteratur
- Edie, T., Eide, H. (2006) *Kommunikation i praktiken*. Oslo: Liber
- Maslow, A. (1970) *Motivation and personality*. New York: Harper & RowH
- Michel, P-O., Lundin, T., Otto, U. (2001) *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur
- Lennquist, S. (2009) *Katastrofmedicin*. Stockholm: Liber
- Rynning, E. Statens medicinsk-etiska råd. (1996) *Information och samtycke*. Stockholm: Fritzes
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Suserud, B-O., Svensson, L. (2009) *Prehospital sjukvård*. Författarna och Liber
- Thornquist, E. (2001) *Kommunikation i kliniken*. Lund: Studentlitteratur
- Travelbee, J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davies
- Uvnäs Moberg, K. (2000) *Lugn och beröring*. Borås: Natur & kultur
- Wikström, J. (2006) *Akutsjukvård - handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur

Elektroniska källor

- SBU. *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 197. ISBN 978-91-85413-33-1 Hämtad 2010-03-29 <http://www.sbu.se/triage>
- Socialstyrelsen (2009). *Socialstyrelsen Författningssamling, Ambulanssjukvård m.m.* Hämtad 2010-03-30 http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10/Documents/2009_10.pdf
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* Hämtad 2010-03-30 http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2005b). *Läkemedelshantering inom ambulanssjukvården från och med 1 november 2005*. Hämtad 2010-05-05 http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9816/2005-1-20_2005120.pdf

Bilaga

Litteraturoversikt

Art nr	Titel /Tidskrift /Författare	År /Land	Typ av studie	Antal deltagare	Syfte med studien
1.	Nurse-Patient/Visitor Communication in the Emergency Department. /Journal of Emergency Nursing 35(5), 406-411. / Pytel, C., Fielden, N., Meyer, K., Albert, N.	2009 /USA	Kvantitativ	187 deltagare	Att undersöka vilka kommunikationsbehov som patienter har på en akutmottagning och hur väl dessa uppfylls.
2.	Reasuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of Accident and Emergency interventions. /Accident and Emergency Nursing 4, 125-131. / Jay, R	1996 /England	Kvalitativ	5 deltagare	Att upptäcka och beskriva beteenden hos sjuksköterskan som den allvarligt sjuka/skadade patienten anser vara god omvårdnad eller inte.
3.	The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. /Heart and Lung 31(1), 67-75. / Baldursdottir, G., Jonsdottir, H.	2002 /Island	Kvantitativ	182 deltagare	Att identifiera vilka sjuksköterskebeteenden som patienter på en akutmottagning ansåg vara viktiga för att skapa trygghet.
4.	More than medical treatment: The patient's first encounter with prehospital emergency care /International Emergency Nursing 16, 185-192. / Elqvist, C., Fridlund, B., Ekebergh, M	2008 /Sverige	Kvalitativ	18 deltagare	Att beskriva och förstå patienters och "first responders" erfarenheter av det första mötet av prehospital sjukvård.
5.	Trauma patient's encounters with the team in the emergency department-A qualitative study /International Journal of Nursing Studies 44, 714-722. / Wiman, E., Wikblad, K., Idvall, E.	2007 /Sverige	Kvalitativ	23 deltagare	Att undersöka traumapatienters uppfattning av bemötandet av det akuta teamet.
6.	Patient participation in emergency care – A phenomenographic study based on patients' lived experience /International Emergency Nursing 17, 15-22. / Frank, C., Asp, M., Dalhberg, K.	2009 /Sverige	Kvalitativ	9 deltagare	Att beskriva patienters olika uppfattningar av patientdelaktighet på en akutmottagning.

7.	The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients /Journal of Emergency Nursing 30(3), 216-224. / O'Brien, J-A., Fothergill-Bourbonnais, F.	2004 /Kanada	Kvalitativ	7 deltagare	Att undersöka patienters perspektiv av traumavård och om de känner sig sårbara samt faktorer som påverkar detta.
8.	Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence /Journal of Advanced Nursing 20 ,1085-1093. / Fosbinder, D.	1994 /USA	Kvalitativ	52 deltagare	Att undersöka vad som anses vara viktiga mellanmänniska beteenden hos sjuksköterskor enligt patienter.
9.	Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients /Clinical Nursing Research 441-459. / Hawley, M.P.	2000 /USA	Kvalitativ	14 deltagare	Att beskriva sjuksköterskors strategier för att skapa god omvårdnad på en akutmottagning ur ett patientperspektiv.
10.	Maintaining patient endurance: the comfort work of trauma nurses /Clinical Nursing Research 7(3), 250-274. / Morse, J.M., Proctor, A.	1998 /Kanada	Kvalitativ	67 deltagare	Att förklara mönstren av tröstande handlingar som sjuksköterskan använder vid vård av allvarligt skadade eller sjuka patienter. Hur sjuksköterskan hjälper patienten att utstå smärta och behålla kontrollen.
11.	Caring and Uncaring Encounters in an Emergency Department /Journal of Clinical Nursing 13, 422-429. / Wiman, E., Wikblad, K.	2004 /Sverige	Kvalitativ	15 deltagare	Att belysa mötet mellan sårade patienter och sjuksköterskor i traumateamet samt undersöka om teorin om hur omsorg ges och ej fungerar på akutmottagningen.
12.	Perceptions of nurses' caring behaviours by trauma patients /Journal of Trauma Nursing 14(4), 187-190 / Hayes, J.S., Tyler-Ball, S.	2007 /USA	Kvalitativ	70 deltagare	Att beskriva hur patienter som var allvarligt sårade upplevde sjuksköterskans vårdande handlingar.
13.	Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organisation. /International Journal of Nursing Studies 40, 761-769. / Nyström, M., Dalhberg, K., Carlsson, G.	2003 /Sverige	Kvalitativ	18 deltagare	Att analysera och beskriva bemötanden som inte beskrivs som god omsorg på akutmottagning.