

EXAMENSARBETE – MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008: 4

Patienters upplevelser av det akuta omhändertagandet

Annika Berntsson
Malin Pettersson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Patienters upplevelser av det akuta omhändertagandet.
Författare: Annika Berntsson, Malin Pettersson
Ämne: Vårdvetenskap
Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs: Anestesisjuksköterskeutbildningen
Handledare: Anders Jonsson
Examinator: Björn-Ove Suserud

Datum: _____ Namn: _____
Namnförtydligande: _____

Sammanfattning

Alla människor kan drabbas av en akut sjukdom eller skada. Hur de drabbade hanterar händelsen är mycket varierande. Känslor som rädsla, oro och smärta kan öka risken för mer eller mindre långdragna psykiska reaktioner. Om det akuta vårdteamet har kunskap om den intima kopplingen mellan människans kropp och psyke kan de ge ett korrekt stöd och bemötande redan i ett tidigt skede och därmed kanske minska patientens psykiska lidande. Trots att traumavården gör stora tekniska framsteg finns endast liten kunskap om hur det är att vara traumapatient. Syftet med studien är därför att belysa patienters upplevelse av det akuta omhändertagandet. Empirisk kvalitativ innehållsanalys användes som metod då författarna avsåg att undersöka patienters upplevelser i en specifik situation.

Resultatet är en bearbetning av 10 vetenskapliga artiklar som belyser patienters upplevelser av akut omhändertagande på akutmottagningar och intensivvårdsavdelningar. Vid bearbetningen av artiklarna framkom flera områden som visar på patienternas upplevelser. Dessa har kategoriserats enligt följande: trygghet, professionalism, närhet, att ta kontroll samt kommunikation. Trygghet upplevdes som kärnan då övriga kategorier tycktes bidra till dess övergripande betydelse. Ett viktigt resultat som framkom var att vårdpersonalens tekniska kompetens upplevdes som viktigare än deras bemötande initialt i det akuta omhändertagandet. Förutom att patienterna hade ett behov av att få tydlig information så behövde de också känna att personal, familj och vänner fanns i deras närhet även om de inte kommunicerade med varandra. För att patienternas behov av trygghet skall tillgodoses vid det akuta omhändertagandet är det viktigt att vårdpersonalen ser till helheten och tar hänsyn till den enskilda individens psykiska status just i den aktuella situationen.

Nyckelord: patient experience, patient perceptions, acute care, trauma care, trauma-nursing

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Människans behov av trygghet.....	2
Kris	3
Normala krisreaktioner	3
Personalens bemötande av patienter i kris	4
Sjuksköterskans möte med lidande och död	4
Anestesisjuksköterskans roll vid akut omhändertagande	5
Att vara patient	6
Teoretisk ram	7
Tidigare forskning	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
Datainsamling.....	9
Databearbetning genom kvalitativ innehållsanalys.....	10
RESULTAT	11
Trygghet.....	12
Professionalism.....	12
Vårdpersonalens förmåga att samarbeta.....	12
Vårdpersonalens tekniska kompetens.....	12
Vårdpersonalens bemötande	13
Närhet.....	14
Att vara nära vårdpersonalen.....	14
Att vara nära familj och vänner	15
Att vilja ha kontroll	16
Att skaffa sig information.....	16
Att få autonomi genom delaktighet	16
Att hantera den svåra händelsen	17
Kommunikation	18
Formell kommunikation	18
Empatisk kommunikation	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion	20
Professionalism	20
Vårdpersonalens förmåga att samarbeta	20
Vårdpersonalens tekniska kompetens	20
Vårdpersonalens bemötande	21
Närhet.....	22
Att vara nära vårdpersonalen.....	22
Att vara nära familj och vänner.....	23
Att vilja ha kontroll.....	24

Att skaffa sig information	24
Att få autonomi genom delaktighet.....	25
Att bearbeta den svåra händelsen	26
Kommunikation.....	27
Formell kommunikation	27
Empatisk kommunikation	28
Trygghet	29
Känslan av sammanhang vid det akuta omhändertagandet.....	29
Författarnas tankar kring studiens hållbarhet	31
<i>SLUTSATS</i>	<i>31</i>
<i>REFERENSLISTA</i>.....	<i>33</i>
<i>BILAGOR</i>.....	<i>36</i>
Bilaga 1: Sökhistoria.....	36
Bilaga 2: Artikelöversikt	38

INLEDNING

Alla människor kan utsättas för traumatiserande upplevelser, händelser som plötsligt inträffar i livet helt utan förvarning (Lennqvist, 2007). Vid akut sjukdom eller skada hamnar fokus kanske först på kroppsliga skador och inte på att det inträffade kan ge upphov till psykiska reaktioner. Hur den drabbade upplever sjukdomen eller skadan är individuellt och påverkas av dennes tidigare erfarenheter (Axelsson, 1997). Om vårdpersonalen ser den intima kopplingen mellan kroppen och psyket kan de lättare förstå patienternas reaktioner och kan då ge ett bättre och mer adekvat omhändertagande. Det bemötande, den information och det stöd patienten får i det akuta skedet har stor betydelse för hur han går vidare med den fortsatta bearbetningen (Lennqvist, 2007).

Motivet för vårt ämnesval var att vi i vår blivande profession som anestesijuksköterskor kan komma att möta svårt sjuka eller skadade patienter. Som anestesijuksköterskor kommer vi att ha många ansvarsområden vid ett akut omhändertagande. Detta innebär att vi ofta kommer att befinna oss nära dessa patienter och vi har då stor möjlighet att möta deras oro och rädsla. Vår förhoppning är att utifrån kunskap om patienters upplevelser av akut omhändertagande finna likheter i deras behov som gör att de kan hantera den stressfyllda situationen på bästa sätt.

BAKGRUND

All sjukvårdspersonal kan när som helst ställas inför uppgiften att ta hand om en svårt sjuk eller skadad patient. Tid finns då sällan till att konsultera eller invänta någon med annan kompetens (Lennqvist, 2007). Då det primära omhändertagandet ofta måste ske direkt på olycksplatsen eller insjuknandeplatsen kan situationen försvåras av begränsade resurser (Renck, 1998). Kvalitén på vården samt när och hur de vårdande åtgärderna utförs har en helt avgörande betydelse för utgången (Renck, 1998; Lennqvist, 2007). Det är därför viktigt med en väl fungerande organisation men det är också kostnadseffektivt och humanitärt angeläget med en god utbildning av personal på olika nivåer (Lennqvist, 2007).

Ett akut insjuknande kan komma plötsligt och få ett mycket snabbt förlopp. En känd sjukdom kan ligga bakom insjuknandet men det kan även bero på en sjukdom som kommer helt oväntat (Axelsson, 1997). Trauma orsakas istället av olyckor med olika sorters fordon, sport och lek, arbetsolyckor men även till följd av andras illvilja (Centrum för traumaforskning, 2007). Vid såväl sjukdom som skador är det viktigt att kunna ge god omvårdnad och att kunna upprätthålla vitala livsfunktioner. Att vårdpersonalen kontinuerligt tränar iakttagelseförmågan är nödvändigt för att kunna göra en korrekt bedömning av den sjuke och för att få en helhetsbild av patientens hälsotillstånd (Axelsson, 1997).

Akut omhändertagande avser oftast ett omhändertagande utan tidsfördröjning av en skadad eller sjuk person direkt på olycksplatsen, insjuknandeplatsen eller på sjukhusets akutmottagning. I olika delar av vårdkedjan används olika modeller för att prioritera behovet av det akuta omhändertagandet. För bedömning av det akuta tillståndets svårighetsgrad har flera poängsystem utarbetats t.ex. Reaction Level Scale och Glasgow Coma Scale. Utifrån dessa system bedöms den sjuke och skadades vitalfunktioner huruvida livshotande de är (Socialstyrelsen, 1994). Hur en sjukdom eller skada prioriteras kan variera starkt både mellan olika typer men också under förloppet. Prioriteringen måste därför omvärderas kontinuerligt

och vid varje ny position i vårdkedjan beroende på hur situationen ser ut just vid det aktuella tillfället (Lennqvist, 2002; Lennqvist, 2007).

Akut omhändertagande och vård av en svårt sjuk eller skadad innefattar en kedja av händelser: omhändertagande på olycksplats/insjuknandeplats, transport till vårdenhet, primärt omhändertagande på akutmottagningen, kirurgisk behandling (operation), intensivvård och rehabilitering. Det är inte frågan om vilken länk som är viktigast utan hela vårdkedjan måste fungera optimalt. Om en del i kedjan är bristfällig så har en förstklassig organisation och kompetens i övriga led inget värde för patienten. Åtgärder på olycksplatsen, insjuknandeplatsen eller under transport måste fungera lika väl som insatserna av teamet på akutavdelningen och på operationsavdelningen. Samverkan måste ske över gränserna mellan de olika yrkesrollerna och specialiteterna (Lennqvist, 2007). För att arbetet skall fungera optimalt krävs ett mycket bra teamarbete där varje medlem måste veta om sina uppgifter och skyldigheter (Lennqvist, 2002; Wiman, Wikblad och Idvall, 2007). Idag finns som regel en förberedd och tränad organisation för omhändertagande av svårt sjuka och skadade. Det är viktigt att arbetet sker efter en inövad mall så att ingenting missas eller glöms bort i det akuta omhändertagandet (Lennqvist, 2002).

Människans behov av trygghet

Ett av människans grundläggande behov är känslan av trygghet. Det är därför inte orimligt att anta att det behov som dominerar mest hos en sjuk eller skadad individ är just trygghet (Wikström, 1997). Ordet trygg definieras som skyddad, utom fara, säker, obekymrad, pålitlig, lugn, förtröstansfull och ombonad (Malmström, Györki och Sjögren, 1998). Människans inre trygghet grundläggs i barndomen och har en förankring i gemenskap, tillhörighet och tillåtelse. Den inre tryggheten kan växa genom positiva upplevelser i livet men också av negativa erfarenheter som att t.ex. gå igenom en kris (Andersson, 1988). Vid kris kan den inre tryggheten raderas och behöver då kompenseras av den yttre tryggheten. Denna utgörs av vårt hem, arbete, ekonomi, skola, sjukvård men även av nära relationer som präglas av förståelse, öppenhet, respekt, pålitlighet och acceptans (Fyhr, 1999).

En av de viktigaste orsakerna till att människor känner sig hotade är otrygghet. När det är svårt att förstå vad som händer och varför det händer kommer otryggheten att finnas kvar. Bristfällig information om diagnos och behandling är därför det som är mest ångestskapande för patienten. För alla människor är det naturligt att agera aktivt för att få mer information om sådant de är osäkra på och inte förstår. För patienten som befinner sig längst ner i hierarkin i sjukhusets maktstruktur är dock dessa möjligheter små. En patient kan dra sig för att ställa frågor då han inte vill besvära, han kanske inte heller vet vilka frågor han skall ställa. Frågan kan även uppfattas annorlunda än vad som var avsett och svaret blir då meningslöst för patienten. Om de svar patienten får är vaga och oklara eller kan tolkas på flera olika sätt kan det bidra till otryggheten. Ett budskap som är självklart för vårdpersonalen kan vara ottydligt för patienten (Järhult & Offenbartl, 1997).

Kris

Ordet kris används i dagligt tal när något svårt håller på att hända (Ekselius, Notini och Öberg, 1977). Krisen är de inre effekterna av ett psykiskt tryck som orsakas av en yttre händelse. Måttligt psykiskt tryck brukar kallas stress vilket dock kan vara mycket påfrestande, i synnerhet om det blir långvarigt. Stressreaktionen kan övergå till en krisreaktion om trycket ökar (Nauckhoff, 1994). När en människa står inför en så svår situation att hon inte ser hur hon ska klara av den så kallas det för en psykisk kris. Om människan inte vet hur hon ska handla vid en svår händelse kan hon uppleva ångest och känna att situationen är främmande och inte längre är hanterbar (Ekselius m.fl, 1977).

Ett psykiskt trauma, på grund av en svår sjukdom eller akut kroppsskada, medför en stor påfrestning på både kropp och själ (Hawley, 2000; Lennqvist, 2007). Detta innebär att patienten blir mer sårbar också mentalt. Påslaget av stresshormoner förstärks av såväl fysisk smärta som av ovisshet och rädsla (Lennqvist, 2007). Att på ett eller annat sätt reagera på en sjukdom eller skada är en normal reaktion (Lennqvist, 2002; Lennqvist, 2007). De flesta reaktioner är förståeliga och förväntade med tanke på vad som hänt patienten. En patient som just genomgått sitt livs kanske svåraste upplevelse behöver hjälp att återfå kontrollen och kontakten med andra människor (Lennqvist, 2007). Lugn och trygghet är en förutsättning för att patienten skall kunna bearbeta händelsen på ett bra sätt (Fyhr, 1999) men också för att han snabbare skall tillfriskna (Lennqvist, 2007).

Normala krisreaktioner

De flesta som drabbas av en kris upplever att de tar in, bearbetar och lagrar informationen annorlunda än normalt. Denna reaktion kommer omedelbart och är viktig då den hjälper oss att möta faran. Människor som befinner sig i kris beskriver ofta att de upplever situationen som överklig, de får ofta känslan av att stå utanför det hela som åskådare. Tidsuppfattningen kan förändras och upplevas som att tiden går i slow-motion, massor av tankar kring livet kan då hinna passera. I vissa fall kan tiden istället upplevas gå snabbt. Ytterligare ett kännetecken på den akuta reaktionen är att alla sinnesintryck, såväl positiva som negativa, inpräglas med en detaljrikedom som är långt mer intensiv än den normala (Dyregrov, 2002).

Vid en kris har människor stort behov av närhet och ibland även fysisk kontakt. Familj och vänner har ett starkt behov av att få vara tillsammans för ömsesidigt stöd och tröst. De har ett behov av att få tala om de traumatiska upplevelsorna och att få fysisk kontakt i form av beröring och kramar (Dyregrov, 2002).

I svåra situationer kan människor drabbas av överreaktioner som hysteri och panik. Det som en utomstående person kan uppleva som en panikartad situation är dock ett rationellt beteende om man istället ser det ur den drabbades synvinkel. När panik uppstår upplever den drabbade att han befinner sig i omedelbar livsfara och att dödshot föreligger, just nu finns en chans att undkomma faran men denna möjlighet minskar snabbt. Om en människa istället befinner sig i en situation där det inte längre finns hopp om att överleva, är det vanligare med uppgivenhet än att ett panikartat beteende infinner sig (Dyregrov, 2002).

Personalens bemötande av patienter i kris

Patientens bearbetning av en kris sker framförallt genom konfrontation med verkligheten och känslorna. Krishjälpen skall då utformas så att den genom socialt och emotionellt stöd förstärker patientens, anhörigas och efterlevandes möjlighet att bemästra situationen. Den hjälp och det stöd vårdpersonalen ger skall vara aktivt, uppsökande, positivt, flexibelt men också kännetecknas av en optimistisk grundsyn. Ett öppet emotionellt klimat krävs, sanningen måste fram och känslor skall tillåtas strömma fritt utan några fördömande, hämmande eller straffande reaktioner från sjukvårdspersonalen. Den information som ges måste alltid vara ärlig, aktuell och förståelig (Renck, 1998).

Felaktigt genomförda eller uteblivna åtgärder för att lindra den psykiska krisen kan innebära försvårad och förlängd bearbetning av händelsen (Malmsten, 1992). Grunden för ett första psykologiskt omhändertagande innebär att försöka skapa en kontakt med och ett engagemang för den drabbade. Förutom det rent kroppsliga omhändertagandet och att tillgodose de basala och medicinska behoven måste patienten så långt det är möjligt bemötas med varsamhet, medmänsklighet, trygghet och omtanke. Patienten kan behöva hjälp att få uttrycka sina behov och få bekräftelse på sina tankar och känslor. Att ha en lugn och stabil blickkontakt när man samtalar med patienten är därför viktigt. Kroppskontakt och beröring kan, om den drabbade upplever det lämpligt, vara till hjälp (Lennqvist, 2007).

Den första kontakten är betydelsefull men det är viktigt att inte vara för påträngande. Den egna nyfikenheten får inte ta över, patienten får inte pressas på detaljer han inte är mogen att berätta om. Om den drabbade är mycket ängslig behöver åtgärder som lugnar prioriteras. Det kan vara nödvändigt att tala extra långsamt om patienten är mycket orolig och stressad. En primär åtgärd för att lugna patienten är ofta att ta kontakt med anhöriga. Varsam och saklig information om vad som hänt, vad som sker just nu och vad som planeras ske hjälper patienten att få en förståelse för situationen (Lennqvist, 2007).

Sjuksköterskans möte med lidande och död

I sitt yrke konfronteras ofta sjuksköterskor med patienter vars öde, lidande, smärta, livshotande sjukdomar eller skador totalt kan rycka undan den trygga basen. Hur varje sjuksköterska tolkar sådana situationer är helt individuellt. Vissa som engagerar sig personligt i sitt arbete kan känna stark upplevelse av förståelse och personlig växt medan andra kan uppleva situationen som smärtsam, hotande och farlig. I många situationer ställs sjuksköterskan inför den svåra uppgiften att finna mening i det som kan upplevas som meningslöst. Varierande känslor och föreställningar kan uppstå när hon reflekterar över nedanstående frågor (Almå, 2002).

- Hur känns det att möta ett barn som råkat ut för en svår trafikolycka och som måste hållas vid liv med respirator?
- Hur känns det att vårda en döende patient i sin egen ålder som lämnar efter sig hustru och två små barn?
- Hur känns det att stödja en anhörig som just fått veta att maken eller maken nyss har avlidit?

Många gånger skulle sjuksköterskan nog tycka det vore skönt att kunna avskärma sig från patientens rädsla såväl som den egna. Lidande, död och sorg kan upplevas som ett hot mot

den egna självuppfattningen både på det personliga och professionella planet. Det är därför inte konstigt med känslor som rädsla, oro, hjälplöshet, frustration, förtvivlan och ilska. Hur den enskilda sjuksköterskan tolkar och upplever situationen beror på hennes tidigare erfarenheter och uppfattningar. Smärtsamma minnen, egna värderingar, känslor som skuld och osäkerhet kan vara några orsaker som påverkar hennes känslor i mötet med patienterna. De flesta sjuksköterskor har trots dessa känslor god förmåga att hantera situationer av lidande och död på ett bra sätt. En situation som kan kännas stressande och hotande kan även upplevas som utvecklande och berikande. För sjuksköterskan är det dock viktigt att hon lära känna sina egna reaktioner och känslor. Hon kan då själv lägga märke till när hon visar negativa tecken på stress men också utveckla sin självbild och finna balans i hur mycket stress hon klarar utifrån de egna resurserna (Almås, 2002).

Anestesisjuksköterskans roll vid akut omhändertagande

Anestesipersonalens första bedömning av den svårt sjuka eller skadade patienten kan komma att ske vid olika tillfällen under det akuta omhändertagandet. Ibland kan det ske redan ute på skadeplatsen eller insjuknandeplatsen och ibland sker den första bedömningen på akutmottagningen. Oavsett var den sker, görs bedömningen utifrån principerna för primärt omhändertagande. Anestesisjuksköterskans fokus är i denna situation framförallt fria luftvägar, andning och cirkulation som monitoreras och kontrolleras intensivt inför fortsatt handläggning. Förberedelser inför eventuell anestesi och operation bör påbörjas eller delegeras så snart som möjligt (Lennqvist, 2007).

En svårt sjuk eller skadad patient som behöver akut anestesi inför en primär eller definitiv kirurgi ställer anestesimedlemmarna i akutteamet inför två centrala överväganden. Dels måste hänsyn tas till tidsperspektivet dvs. hur snart operationen måste utföras men också till de fysiologiska och patofysiologiska effekterna av just den sjukdom eller skada som den aktuella patienten utsatts för. Målet är att genomföra anestesi och kirurgin på ett så säkert sätt som möjligt. Utgångspunkten är att operationen skall utföras när risken med att skjuta upp den är större än de risker som anestesi i sig innebär (Hovind, 2005).

Akuta fall kan vara mer eller mindre brådskande. Den tid som då finns till förfogande måste därför effektivt användas till att optimera den drabbades tillstånd och att planera anestesi. Trots tidspressen skall i stort sett samma bedömningar som vid planerad anestesi göras före den akuta operationen, den måste dock kortas ner. Tiden som går åt för att flytta patienten till operationsbordet, sätta venkanyler och koppla upp monitorering måste därför utnyttjas på ett medvetet och effektivt sätt för att inhämta viktig information om patienten (Hovind, 2005).

Det som anestesisjuksköterskan också måste prioritera vid en akut anestesi och operation är att finnas vid patientens sida och att skärma av mot intryck. I en sådan situation bör patienten inte få allt för utförlig information om vad som skall göras. En person som befinner sig i kris är som regel inte mottaglig för några längre förklaringar. Informationen måste därför anpassas och förmedlas med enkla ord (Hovind, 2005). Det gäller också att stärka patientens psykiska tillstånd och förmåga att hantera sin stress inför det som skall ske (Järhult & Offenbartl, 1997; Halldin & Lindahl, 2005; Hovind, 2005). Det väsentliga är att ge patienten trygghet och lugn men också en förvissning om att han är i goda händer (Halldin & Lindahl, 2005). För att kunna individualisera omvårdnaden måste anestesisjuksköterskan hela tiden vara närvarande i sitt möte med patienten. Detta kräver inte bara tillmötesgående, närhet och medmänsklighet (Hovind, 2005) utan hon måste även kunna förmedla det med röst, blickar, ansiktsuttryck,

beröring, gester, kroppsställning och avstånd (Halldin & Lindahl, 2005). Det är i de små omärkliga gesterna som hon kan bekräfta patienten och påverka hans känslor av mänsklig värdighet (Svensson, 1993).

Det som är unikt med anestesijuksköterskans arbete vid akut omhändertagande är att hon på mycket kort tid skall försöka identifiera och tillgodose patientens olika former av omvårdnadsbehov (Hovind, 2005). Trots tidspress är det viktigt för såväl patienten som för anestesijuksköterskan att försöka uppnå en förtroendefull vårdrelation. Om det första mötet med patienten blir bra blir vanligtvis även resten av vårdförloppet bra (Järhult & Offenbartl, 1997; Halldin & Lindahl, 2005). Om mötet däremot går snett och patienten är ängslig och svår att få kontakt med uteblir samförståndet och såväl det eventuella anestesiförloppet (Halldin & Lindahl, 2005) som patientens bearbetning av krisen kan påverkas (Malmsten, 1992).

Att vara patient

Den friska människan har förmåga och resurser att ta ansvar för sig själv och att kunna tillgodose sina behov (Axelsson, 1997). Hon lever mycket för framtiden och glömmer det ena ögonblicket så fort hon sträcker sig efter nästa (Almå's, 2002). Människan tänker vanligtvis inte på sin kropp då hon hela tiden använder den i vardagens arbete. Vid sjukdom eller skada gör sig kroppen dock påmind i form av smärta, obehag eller minskat välbefinnande (Almå's, 2002; Dahlberg, Fagerberg, Nyström, Segesten, Suserud, 2003). Som sjuk eller skadad går det därför inte att slippa undan nuet. Det som sker här och nu i form av smärta och obehag blir det viktigaste för individen och framtiden minskar därför i betydelse (Almå's, 2002).

Vid akut sjukdom eller skada kan hela livssituationen förändras på ett ögonblick (Axelsson, 1997). Händelsen som är helt oväntad kan upplevas både dramatisk och skrämmande. Några möjligheter till att förbereda sig på att något sådant skall inträffa finns inte (Almå's, 2002). Förutom den psykiska upplevelsen av att bli svårt sjuk eller skadad med allt vad det innebär av smärta, oro och ängslan omges den drabbade av en främmande miljö och okända människor. Alla individer har olika förmåga att klara av psykiska svårigheter och stress (Axelsson, 1997). Gemensamt för alla som drabbas av en akut sjukdom eller skada är att det innebär ett avbrott i det dagliga livet men också att träda in i en ovan situation och en ny roll (Almå's, 2002; Hovind, 2005). Den invanda sociala roll som människan har i samhället som förälder, yrkesutövare och som man eller kvinna förändras då totalt (Hovind, 2005).

Patientrollen är en underordnad och beroende roll. Läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal övertar ofta ansvaret för sådana uppgifter som patienten i normala fall sköter själv (Cullberg, 1992; Almå's, 2002). Möjligheten att få ge uttryck för sin personlighet blir därför vanligtvis liten. Rollen som sjuk påverkar autonomin, självbilden och den egna identiteten men även föreställningen av hur andra uppfattar en (Cullberg, 1992; Hovind, 2005; Lennqvist, 2007). Att vara patient innebär ofta en känsla av maktlöshet och att ha förlorat kontrollen över vad som händer och sker. Det kan även innebära att beroende och passivitet ökar genom att denne kan uppleva sig som en börda, oförmögen att ta initiativ i positiv riktning (Hovind, 2005; Lennqvist, 2007).

Ibland kan det bli nödvändigt med ett kirurgiskt ingrepp vid en akut sjukdom eller skada (Almå's, 2002). Under anestesi och operation fråntas patienten, helt eller delvis, möjligheten till autonomi och egenomsorg. Såväl patientens fysiska som psykiska tillstånd påverkas men

även de naturliga försvarsmekanismerna reduceras (Renck, 1998; Almås, 2002) De flesta patienter som skall få anestesi och opereras känner sig osäkra och spända (Järhult & Offenbartl, 1997; Lagerström & Bergbom, 2006). Operationens betydelse för patienten påverkar också hur han kan hantera och anpassa sig till patientrollen. Om patienten förväntar sig att bli frisk, bättre eller åtminstone smärtfri efter operationen kan upplevelsen av stress bli mindre. Om operationen däremot har en osäker utgång eller om patienten har dåliga erfarenheter från tidigare operationer kan stressupplevelsen bli större (Hovind, 2005).

Vårdpersonalens bedömning av hur patienten upplever situationen överensstämmer nödvändigtvis inte med patientens egen. Hos de flesta patienter som skall genomgå en behandling eller operation är upplevelsen av maktlöshet dock övergående och kortvarig. Situationen innebär då ett mindre hot för patienten och påverkar inte hans självbild och identitet speciellt mycket. Det finns dock patienter som genomgår en djupare förändring som är mer varaktig. Rollen som sjuk, maktlösheten och sjukdomsbeteendet kan då bli ett livsmönster. Om patienten förlorar tron på sin egen förmåga att hantera och klara av situationen kan hans identitet förändras (Hovind, 2005).

Teoretisk ram

Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, intresserade sig tidigt för vad det är som gör att en del människor, trots att de utsätts för omfattande och kraftiga påfrestningar, klarar av att bibehålla sin hälsa. I sin teori utgår han från ett medicinskt perspektiv. Antonovsky lägger fokus på hälsa och han använder då en salutogenetisk modell (salus, ett latinskt ord för hälsa och välfärd; genesis, ett grekiskt ord för födsel eller ursprung). Han flyttar därmed uppmärksamheten från att förebygga och behandla sjukdom till att befrämja hälsa (Antonovsky, 1991; Kristoffersson, 1998).

Antonovsky menar att en människas känsla av sammanhang (KASAM) i tillvaron har en avgörande betydelse för hur hon reagerar i en stressfylld situation. Han menar att grunden till individens KASAM bygger på händelser och livssituationer som inträffar i barnåren, ungdomsåren och det tidiga vuxenlivet. Återkommande livserfarenheter där entydighet, balans mellan under- och överbelastning samt delaktighet i beslut bygger upp en stark känsla av KASAM. Människor upplever olika grad av sammanhang i sin tillvaro, vissa upplever hög grad medan andra har denna känsla i lägre grad. De som har en stark KASAM upplever problemen som begripliga och hanterbara. Förmågan att se situationen som en utmaning och att förvandla kaos till ordning är god. Personer med svag KASAM tror däremot att kaos inte går att undvika och ger på förhand upp alla försök att göra stressituationen förståelig. KASAM är normalt en djupt rotad livsinställning och är relativt stabil hos vuxna men kan ändå förstärkas eller försvagas av nya livshändelser (Antonovsky, 1991; Kristoffersson, 1998).

Huvudpunkterna i Antonovskys modell är begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. Begriplighet innebär att få förståelse och kontroll över tillvaron, att veta vad som händer och varför. Detta ger en ökad känsla av trygghet och förutsägbarhet i tillvaron. Upplevelsen av meningsfullhet gör det lättare att vara uthållig och att klara av sin livssituation trots att den är svår. Vad som är meningsfullt kan vara olika för olika personer, det viktiga är att individen själv upplever meningsfullhet och motivation. Hanterbarhet innebär att ha inflytande och möjlighet att påverka den aktuella situationen. Det är dock inte nödvändigt att klara av situationen på egen hand. Det viktiga är att ha vetskap om att det finns resurser till förfogande

som en hjälp för att hantera och bemästra situationen (Antonovsky, 1991; Kristoffersson, 1998). En person kan trots en svår och påfrestande situation uppleva begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet (Kristoffersson, 1998).

Tidigare forskning

Vid genomgång av tidigare forskning visade det sig att endast ett fåtal studier beskriver patienters upplevelser vid akut omhändertagande. Trots att det har skett stora framsteg i utvecklingen av det akuta omhändertagande i traumavården, så finns det lite kunskap om hur det är att vara traumapatient på en akutmottagning (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Hayes & Tyler-Ball, 2007).

Fossbinder studerade (i Wiman m.fl, 2007) sjuksköterske- och patientrelationen där patienterna blev tillfrågade om deras upplevelse av sjuksköterskornas omhändertagande. Patienterna lade fokus på den mellanmänskliga kompetensen och inte på de arbetsuppgifter som sjuksköterskan utförde. Wood hävdar i sin studie (i Byrne & Heyman, 1996) att kommunikationen mellan sjuksköterskorna och patienterna till stor del kretsade kring arbetsuppgifterna och den fysiska vård som patienten fick. Den kontakt som var nödvändig för patienternas hantering av situationen lade sjuksköterskorna inte så stor vikt vid. Nyström, Dahlberg, Carlsson, Wiman och Wikblad visade (i Wiman m.fl 2007) att den omhändertagande kulturen på svenska akutmottagningar har brister i sjuksköterskornas helhetssyn på patienten. Dessa studier visade även att sjuksköterskans uppmärksamhet i huvudsak var riktad mot patientens fysiska kondition. Sjuksköterskorna gav liten eller ingen uppmärksamhet till patientens psykiska behov. Nyström m.fl. menade (i Wiman m.fl, 2007) att detta berodde på de organisatoriska kraven på effektivitet.

Creamer har (enligt Michel & Bergh-Johannesson, 2007) studerat återhämtningsförmågan hos personer som fysiskt skadats efter trauman. Resultatet visade att de drabbade vanligtvis har en god psykologisk anpassning efter sådana tillstånd. Michel och Bergh-Johannesson (2007) refererar till Sijbrandijs studie där resultaten var likartade, det var inte skadan i sig som bidrog till symtom på posttraumatisk stressyndrom. Det som påverkade patienterna mest var tillgången till socialt stöd, graden av smärta, akut stressyndrom, upplevt ansvar för olyckan och emotionell hantering. Fullerton, Ursano, Kao och Barthiya framhäver (i Michel, Bergh-Johannesson och Lundin, 2006) att många som drabbas av traumatiska händelser och som då får stöd av sina anhöriga mer sällan drabbas av psykiska problem efter en katastrof.

Redan under 1980- och 1990-talet riktades stor uppmärksamhet mot att försöka förhindra utvecklingen av psykiska störningar efter traumatiska upplevelser (Michel, Bergh-Johannesson, Lundin, 2006). Hart och Orner (i Michel m.fl, 2006) menar att människor efter en katastrof är upptagna med en anpassningsprocess. Den stress och rädsla som de drabbade ger uttryck för anser de bör betraktas mer som förväntade signaler än som symtom. De praktiska åtgärder som vårdpersonalen utför i anslutning till en katastrof anser de ska ske i överenskommelse med den drabbade. Michel m.fl (2006) menar att ett professionellt psykiskt stöd i första hand bör inriktas på drabbade som har mer uttalade symtom. Stödet bör i första hand fokusera på att erbjuda hjälp, att hantera akuta behov och problem men också att stödja den egna förmågan att hantera situationen.

Moore och Schwartz (i Wiman m.fl, 2007) studerade kommunikationen mellan sjuksköterskor och traumapatienter på akutmottagningar. Sjuksköterskorna upplevde själva att de kommunicerade både verbalt och icke-verbalt med patienten. Observationer visade dock att sjuksköterskorna inte gav den helhetssyn och det psykiska stöd som de trodde att de gjorde. I studien framkom även att sjuksköterskorna hade lättare för att kommunicera med patienter i deras egen ålder.

I Gardner och Wheelers studie (i Essen och Sjärdén, 2003) fick patienterna ranka olika teman som de ansåg var viktiga egenskaper hos sjuksköterskorna. De rankade följande tre teman som viktigast: att sjuksköterskorna hjälpte mig att känna mig trygg, att sjuksköterskorna var vänliga och att sjuksköterskorna visade intresse för mig.

PROBLEMFÖRMULERING

De psykologiska effekterna efter svåra och traumatiska upplevelser kan bli långvariga och i vissa fall svåra. Trots detta finns liten kunskap om patienters upplevelser vid ett akut omhändertagande. Människor som utsatts för plötsliga traumatiska händelser kan utveckla fortsatta stressreaktioner och då riskera att råka ut för t ex posttraumatiskt stressyndrom. För att patienternas psykiska välmående efter ett trauma eller en akut sjukdom skall kunna förbättras är det viktigt att all vårdpersonal och därmed också anestesijuksköterskan får kunskap om hur patienterna upplever ett akut omhändertagande. Utifrån dessa upplevelser kan vårdpersonalen få kunskap om vilka åtgärder de kan ta till för att lindra och minimera patientens negativa känslor.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa patienters upplevelser av det akuta omhändertagandet.

METOD

Datainsamling

Inledningsvis utfördes en artikelsökning i databaserna CINAHL och MEDLINE. Olika sökord valdes ut som ansågs kunna relatera till syftet. Svårigheter med att hitta artiklar som stämde till syftet gjorde att sökningen fick vidgas till att även gälla intensivvårdspatienters upplevelser av akut omhändertagande. De sökord som användes samt resultatet av sökningen redovisas i tabell 1. Vid datasökningen framkom att flera artiklar förekom samtidigt i de båda databaserna.

Inklusionskriterier:

- Artiklarna skulle relatera till syftet.
- Artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade.
- Publikationsåren begränsades till 1998-2008.
- Sökningen begränsades till litteratur på engelska och de skandinaviska språken.

Exklusionskriterier:

- Artiklar som relaterades till barn och ungdomar upp till 18 år uteslöts.

Samtliga artiklars abstrakt genomlästes och de artiklar som inte ansågs stämma gentemot syftet valdes bort. Från de artiklar vars abstrakt ansågs stämma överens med syftet hittades ytterligare artiklar med hjälp av referenslistorna och genom manuell sökning i tidskrifter. Datasökningen och den manuella sökningen redovisas i Bilaga 1. Datasökningen och den manuella sökningen resulterade slutligen i 10 artiklar som relaterade till studiens syfte (bilaga 2).

Databearbetning genom kvalitativ innehållsanalys

Artiklarna analyserades enligt metoden kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalys är en empirisk vetenskaplig metod som används för att dra slutsatser om innehållet i olika slag av kommunikation, intervjuer, observationsprotokoll och tidningsartiklar. De två huvudinriktningarna inom innehållsanalys är en kvantitativ och en kvalitativ gren. Den kvantitativa grenen används främst inom mediaforskning medan den kvalitativa grenen har ett vidare användningsområde och denna gren har inte någon direkt avgränsning när det gäller val av intresseområde. Med den empiriska kvalitativa inriktningen kan exempelvis livsvillkoren för människor i en viss situation undersökas och kan resultera i en beskrivning av vad man har sett. Den kvalitativa innehållsanalysen kan även ge svar på hur man kan se på den företeelse som valts att studeras. Vad gäller resultatets tillförlitlighet vid en kvalitativ innehållsanalys talas det inte om validitet och reabilitet utan istället om trovärdighet, beroende och överförbarhet. Det är därför viktigt att öppet redovisa metoden och hur datainsamling och kategoriseringen har skett. Den kvalitativa analysen utförs i fyra faser enligt nedan (Bryder, 1985; Allmänmedicin vid Institutionen för medicin, 2008).

I den *första fasen* skall författaren göra sig bekant med texten i artiklarna. Samtliga artiklar bör läsas i sin helhet några gånger för att få en förståelse för textens innehåll.

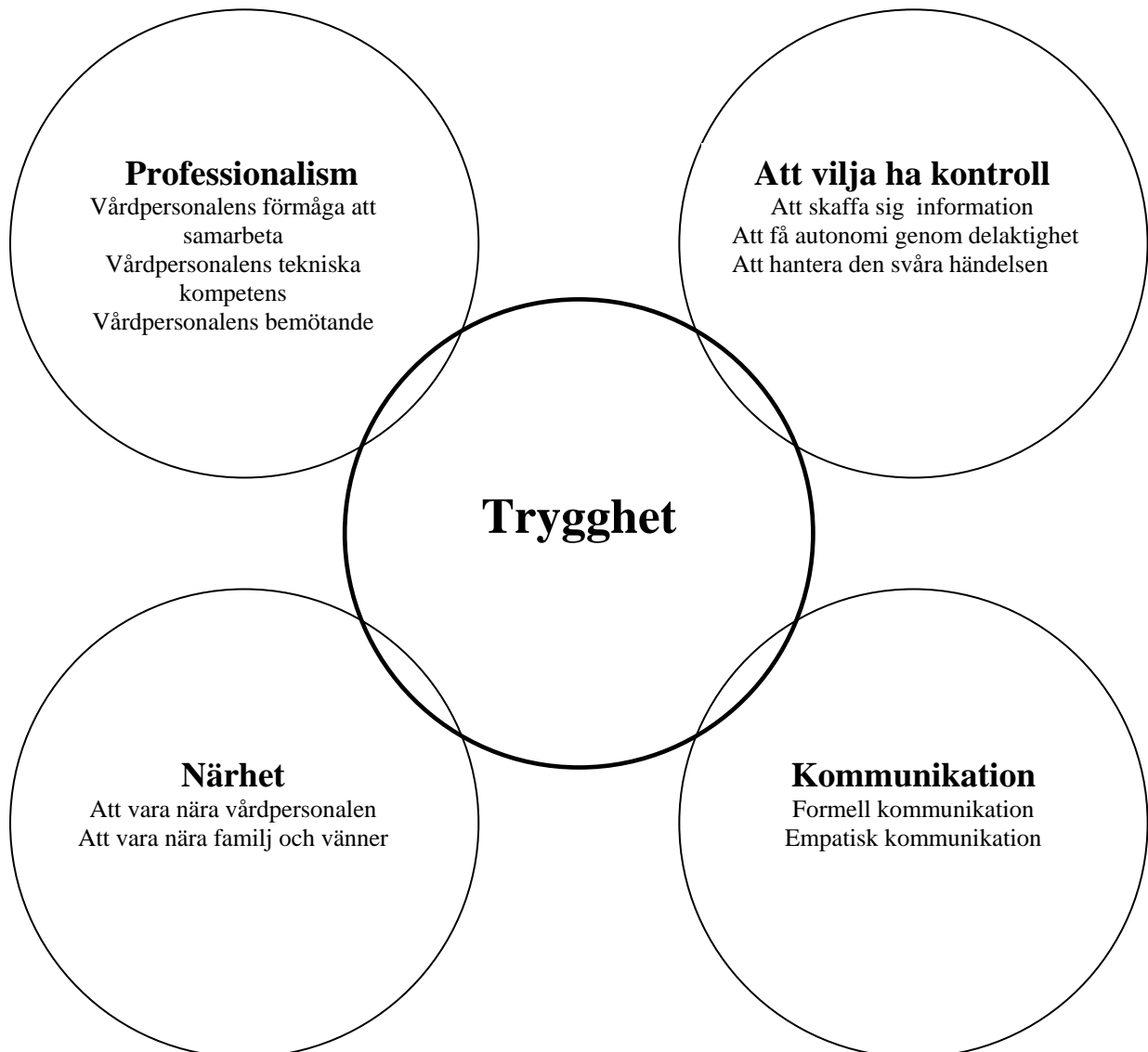
I den *andra fasen* görs en fördjupning genom att ställa frågor mot texten. Markeringar görs i texten och i marginalerna där likheter, skillnader, samband och mindre teman hittas.

I den *tredje fasen* bearbetar författaren de likheter och mindre teman som hittats i den tidigare fasen. Genom att kreativt bearbeta de teman som hittas kan så småningom större kategorier framträda.

I den *fjärde och sista fasen* formuleras samband och mönster till begrepp eller kategorier vilka beskriver det man valt att undersöka. Ett eller flera begrepp kan ibland föras samman till en teori men detta är inte nödvändigt.

RESULTAT

Resultatet bygger på 10 studier där totalt 513 patienter deltagit. Efter att ha bearbetat artiklarna framkom fem kategorier och tio subkategorier som belyser patienters upplevelser av ett akut omhändertagande. Kategorin ”trygghet” fick utgöra kärnan i resultatet då övriga kategorier tycktes bidra till dess övergripande betydelse. Samtliga kategorier och subkategorier presenteras i figur 1.



Figur 1. Sammanställning av kategorier och subkategorier som visar på patienters upplevelser av det akuta omhändertagandet.

Trygghet

Akut sjuka och skadade patienter upplever att det är mycket viktigt att känna trygghet. Känslor som rädsla, skräck och sårbarhet av varierande grad kan upplevas initialt vilket i sin tur kan leda till frustration och upprördhet. Många faktorer som t ex en god kontakt och tillit till personalen, kunskap om det som sker samt familjens och personalens närvaro påverkade patienternas upplevelse av trygghet (Hupcey, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Sjuksköterskan på akutmottagningen är ofta den första och mest kontinuerliga kontakten patienten har med mottagningens professionella personal. Patienterna upplevde att denna sjuksköterska hade en central roll i deras upplevelse. De omvårdnadsstrategier som vårdpersonalen använder vid det akuta omhändertagandet medför trygghet, tröst och mindre oro (Hawley, 2000; Hupcey, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Professionalism

Vårdpersonalens förmåga att samarbeta

I två olika studier som undersökte patienters upplevelse av akut omhändertagande framkom att en central del i att patienterna kände trygghet vid det akuta omhändertagandet var att teamet arbetade organiserat (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). Patienterna noterade att trots det stora antalet traumamedlemmar som var inblandade så visste alla vad de skulle göra, de hade sin egen uppgift. Detta ansågs av flera patienter vara ett resultat av ett välorganiserat system och gjorde att teamet hade kontroll på allt. Patienterna kommenterade också interaktionen mellan medlemmarna i teamet. Den familjära andan, att de arbetade bra tillsammans ansågs vara orsaken till att de kunde ge en effektiv vård. En bra organisation, med en lätt identifierbar ledare och med experter i teamet som är inarbetade i sina roller samt säkra beslutstaganden sågs som viktigt (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). I en annan traumastudie kommenterade patienterna teamets uppmärksamhet och teamarbete. Deras samspel och snabba ingripande genererade i känslor av bekvämlighet, trygghet och tillfredsställelse (Wiman m.fl, 2007).

Vårdpersonalens tekniska kompetens

Att traumateamet arbetade snabbt, effektivt och med god kvalitet imponerade på patienterna och ingav känslan av att de var i goda händer. Snabbheten ihop med kvalitén gynnade känslan av säkerhet och trygghet. Patienterna upplevde trygghet då medlemmarna i traumateamet kontrollerade olika saker t ex skadan och cirkulationen, att de stämde av med sina kollegor men även att de kontrollerade att patienternas privata tillhörigheter fanns med. Den information som gavs till patienten upplevdes även vara en form av personalens egenkontroll och säkerhet (Hawley, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007).

De flesta patienter rapporterade att de fick uppmärksamhet direkt. För de svårast sjuka och skadade var deras ankomst väntad och sjuksköterskorna stod då redo att ta emot dem vid ankomsten. Sjuksköterskorna, ibland flera stycken åt gången, arbetade snabbt och ställde inte en massa frågor under tiden. De hade kontroll och fokuserade på det akuta problemet (Hawley, 2000; Baldursdottir & Jonsdottir, 2002). En patient uttryckte att de fick nålen snabbt på plats, han märkte inte ens att de stack honom. De satte syrgas på honom, tog blodtryck och

EKG och han upplevde att detta bara tog några få minuter. En annan patient uttryckte att han var imponerad av att sjuksköterskan stämde av med läkaren via telefon att allt som skulle göras var utfört innan läkaren kom, så att ingen tid gick till spillo. Sjuksköterskan gjorde ett välplanerat jobb för att hålla saker och ting igång enligt planen och därigenom undvika dröjsmål för patienten (Hawley, 2000). Att känna sjuksköterskornas kompetens och att de visste vad de gjorde var mycket viktigt för patienterna. Patienterna kände förtroende, trygghet och kunde slappna av när uppmärksamhet gavs till de fysiska skadorna. Flera patienter upplevde att sjuksköterskorna var experter och patienterna kände att de var i de bästa händer (Hawley, 2000).

I en studie (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002) där patienterna fick välja ut och rangordna de tio vårdbetenden som de tyckte var viktigast hos sjuksköterskorna på akutmottagningen framkom att sjuksköterskornas kompetens och kunnighet var viktigast. Kompetens innebar för patienterna att sjuksköterskorna visste vad de gjorde, att de kunde hantera utrustning men också att de visste när de skulle kalla på läkaren.

Wiman m.fl (2007) undersökte i sin studie hur patienterna uppfattade traumateamets vårdande beteende. Det framkom att teamets medlemmar var kompetenta och visade på stort intresse och engagemang. Det visade sig att detta även kunde framkalla negativa känslor hos de patienter som kom till akutmottagningen och inte var så skadade som traumateamet först hade antagit. Patienterna kunde då känna skuld och uppleva situationen som pinsam.

De patienter som saknade förtroende för personalen gav uttryck för hur de själva blev vaksamma över sin egen vård då de kände oro över personalens kompetens. Patienterna kände sig inte trygga av att bli vårdade av personalen och trodde inte att de såg till deras bästa. Som ett resultat var patienterna alltid på sin vakt. En patient uttryckte att hon kände att hon inte kunde försvara sig och hon blev därför spänd när personalen kom för att ta hand om henne (Hawley, 2000).

Vårdpersonalens bemötande

Flera patienter upplevde att förtroendet för traumateamet etablerades redan vid det första ögonblicket då de anlände till akutmottagningen. En patient uttalade att han trodde att personal på akutmottagningar är extra skickliga på att möta svårt skadade patienter då de gör detta dagligen. Två huvudfaktorer gjorde att patienterna upplevde trygghet, dels det akuta omhändertagandet men också relationen mellan traumateamets medlemmar och patienten. Omhändertagandet uppfattades av patienterna som effektivt och traumateamet brydde sig om dem som individer. Den dynamiska kombinationen av effektivitet och att de brydde sig skapade en miljö där patienterna kunde känna sig trygga (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Attree och Dingman hävdar (i Pryzby, 2004) att många patienter värderar den individuella vården högt. När sjuksköterskorna intresserar sig och tar hänsyn till patienternas individuella behov känner sig patienterna mer tillfredsställda och betydelsefulla.

I en studie (Hawley, 2000) där patienternas syn på sjuksköterskornas omvårdnadshandlingar vid akut omhändertagande undersöktes framkom att sjuksköterskornas strategier gav positiva effekter på patienternas fysiska och emotionella status vid ankomst till akutmottagningen. De positiva effekterna visade sig som ökad trygghet och säkerhet, mindre oro, mindre nervositet, de kände sig mer avslappnade och kapabla att klara av både smärta och det som upplevdes främmande. Patienterna upplevde att sjuksköterskorna hade en central roll i deras upplevelse

av det akuta omhändertagandet. En patient med smärta uppgav att sjuksköterskorna besitter det där lilla extra och speciella och att de gör sitt bästa för att lindra den svåra situationen. Många upplevde också att sjuksköterskorna gjorde allt för att inte ytterligare öka patienternas lidande genom öm vård och försiktig hantering. Patienterna ansåg att sjuksköterskorna var duktiga på att instinktivt uppfatta deras fysiska behov. I ett flertal studier (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; Pryzby, 2004) framkom dock att patienterna ansåg att sjuksköterskornas tekniska kunnande och kompetens trots allt var viktigare än att de var snälla och omtänksamma.

I Hupceys (2000) studie framkom att personalens bemötande också kunde orsaka stress hos patienterna. Vissa sjuksköterskor beskrevs som råa och ohövliga, de lyssnade och brydde sig inte och de var inte ärliga. Sjuksköterskorna kunde säga att det inte skulle göra ont fast det gjorde det. En patient uttryckte att han inte hann med att tänka, trots att han försökte, då sjuksköterskan var stressad och kastade ur sig en massa frågor till honom. Detta gjorde att han kände att sjuksköterskans stress överfördes även till honom.

Närhet

Att vara nära vårdpersonalen

I flera olika studier där patienternas upplevelser av sjuksköterskornas omvårdnad på en akutmottagning undersökts visade det sig att det var viktigt för patienterna att känna att sjuksköterskorna fanns i närheten. Att veta att sjuksköterskorna var där, monitorerade och bedömde deras fysiska status hjälpte dem att slappna av. Detta förstärkte känslan av att vara omhändertagen och att de inte var ensamma (Hawley, 2000; Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; Wiman m.fl, 2007). En patient uttryckte att han kände sig bekväm och säker när sjuksköterskan var hos honom hela tiden. Andra patienter kände sig trygga i att sjuksköterskorna fanns i närheten hela tiden, redo att snabbt agera på förändringar i patienternas tillstånd eller förklara ljud och signaler från apparater och monitorer. Patienterna kände sig också trygga och säkra av att veta att de snabbt kunde kalla på hjälp om det behövdes (Hawley, 2000).

Samtliga patienter i O'Briens & Fothergill-Bourbonnais studie (2004) ansåg att personalen genom sina omvårdnadshandlingar visade att de brydde sig om dem på ett personligt plan. Hur de pratade med patienterna, att de lät familj och vänner få veta att patienten fanns på akutmottagningen, att personalen alltid fanns vid deras sida och att de rörde vid patienten gjorde så att de kände sig bättre. Under tiden traumateamet befann sig vid sängkanten bekräftade de patienterna genom att använda sig av beröring. Beröring användes för att understryka och fylla i nödvändiga uppgifter men också utan direkt syfte och ansågs av patienterna vara en viktig komponent för deras känsla av trygghet. Beröring av personalen beskrevs också som en livlina ur vilken patienterna fick energi att överleva skadorna. En patient uttryckte att personalen var villiga att ge av sin energi för att hålla honom motiverad. I en annan studie (Hayes & Tyler-Ball, 2007) tyckte inte patienterna om att få för mycket beröring då de inte ansåg att detta var en omvårdnadshandling.

Trots att patienterna var omringade av medlemmar ur traumateamet upplevde vissa att de stundvis var ensamma och att de var isolerade. Ensamheten var i huvudsak negativ och beskrevs då i termer som rädsla och skräck (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Flera patienter upplevde att traumateamet initialt var engagerade men när den fysiska bedömningen

var utförd blev medlemmarna i teamet oengagerade och drog sig så småningom tillbaka. Patienterna blev då lämnade ensamma med obesvarade frågor och med känslor av inte vara betydelsefulla och att vara övergivna (Jay, 1996; Wiman m.fl, 2007). Upplevelserna av ensamhet och rädsla minskade om patienterna hade möjlighet att se att personalen var närvarande. Det stora antalet medlemmar i teamet och deras närvaro gav patienterna tröst och omsorg. En patient uttalade att när så många personer engagerade sig för just honom kände han sig viktig (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Att vara nära familj och vänner

Patienternas upplevelse av trygghet påverkades mycket av familj, vänner och personal. En patient uttryckte att det som verkligen hjälper en igenom detta är familjen och de människor som tar hand om en (Hupcey, 2000). Bara att familjen och vännerna var närvarande upplevdes tryggt även om de inte kommunicerade med varandra. En patient uttryckte att det kändes bra att se någon han kände igen, att känna en varm hand eller få några uppmuntrande ord. Familjen och vännernas närvaro gjorde att patienterna kände sig mer bekväma. För de patienter vars familjer inte var närvarande upplevdes ändå en viss trygghet av att veta att de bara var ett telefonsamtal bort (Jay, 1996; Hupcey, 2000).

Ett intressant resultat som framkom i O'Briens & Fothergill-Bourbonnais studie (2004) var att det fanns stora skillnader mellan kvinnors och mäns önskan att ha familj och vänner hos sig på akutmottagningen. Manliga patienter ansåg oftare att de inte ville ha familjen vid sängkanten då detta kunde hindra personalen i deras arbete. Kvinnor ville istället ha familjen hos sig då de menade att deras närvaro gav tröst.

Relationen mellan sjuksköterskor och familj var en viktig bit för att patienterna skulle känna trygghet. När det fanns en tillitsfull relation dem emellan gavs familjen mer tid till att vara hos den anhörige. I gengäld blev familjen mindre misstänksam och tillät sjuksköterskorna att utföra sitt arbete utan att detta övervakades. När sjuksköterskorna arbetade nära familjen och gjorde dem delaktiga så kände dessa sig som ett viktigt stöd för patienten (Hupcey, 2000). I två studier framkom att patienterna kände trygghet och tröst av att sjuksköterskorna gjorde familjerna delaktiga i vården. Sjuksköterskorna gav familjemedlemmarna information men tog också hand om deras känslomässiga behov (Hawley, 2000; Hupcey, 2000). En patient uttryckte att hon upplevde att sjuksköterskan behandlade henne och hennes make som en och samma individ. Detta gjorde att maken kände sig delaktig i sin frus vård. För patienter som kände obehag och rädsla för att vara ensamma tilläts familj och vänner att närvara, speciellt under perioder av lång väntan. Detta uppskattades och gav tröst till patienterna (Hawley, 2000).

Ibland orsakade de människor som skulle hjälpa patienten att känna trygghet en viss stress (Byrne & Heyman, 1996; Hupcey, 2000). Några patienter i Hupceys studie (2000) klagade över att familjen inte var där när de behövdes. Andra sa att deras familj och vänner drog sig tillbaka när de verkligen behövde prata. Att familjen ibland undanhöll information var en källa till oro, de lämnade patienten med frågor eller undranden, är det något som verkligen är illa med mig? Patienterna blev också stressade när familj och vänner var ledsna och chockade (Hupcey, 2000). I en studie (Byrne & Heyman, 1996) där det undersöktes vad som var källan till oro hos patienterna på akutmottagningen framkom att de anhörigas ovetande om det som hade hänt medförde stress och oro hos patienterna. Några patienter upplevde också att om de

anhöriga inte visste vad som skulle ske så var detta en stor källa till stress och oro för patienten.

Att vilja ha kontroll

Att skaffa sig information

Många patienter talade om rädsla över det okända t ex läkare som de inte träffat tidigare, en ny främmande miljö och att genomgå undersökningar som de inte har kunskap om. Patienterna ville ha information om vad som hänt och vad som skulle ske i vården, om de fick information minskade deras rädsla och oro (Byrne & Heyman, 1996; Jay, 1996; Cornock, 1997; Hawley, 2000; Hupcey, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007).

I en studie (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004) framkom att patienterna var nöjda med den information som de fick av personalen i akutteamet. Under tiden personalen gav fysisk omvårdnad gav de relevant information om behandling och status om utrymme fanns. Trots att många patienter upplevde rädsla och oro för det okända framhävde de det överväldigande intrycket av trygghet då de kom till akutmottagningen.

I Hupceys studie (2000) ansåg patienterna att kunskap om vad som sker och skall ske omkring dem medförde tillförsikt och stöd för dem att ta sig igenom den hemska upplevelsen. Patienterna pratade om ett varierande behov av information, men om de inte visste och hade kontroll kunde detta yttra sig i form av att vägra behandling, bli oense med personalen, rädsla och i vissa extrema fall kunde de känna att personalen var ute efter dem. Ofta fungerade familjen som en källa till information, men i vissa fall var det även så att de undanhöll information till patienten. Dessa patienter försökte då lyssna till vad sjuksköterskor och läkare diskuterade vid ronderna för att skapa sig en uppfattning om sin situation och för att få bitarna på plats. Andra patienter upplevde att de fick kontinuerlig information, men på grund av deras hälsotillstånd eller medicinering så var de inte kapabla att uppfatta eller komma ihåg det som sagts. En patient uttryckte, att veta för honom innebar att en skrämmande upplevelse förändrades till en mer hanterbar upplevelse.

Att ha kunskap om sin eventuella sjukdom eller skada uppfattades inte alltid som något positivt. För vissa patienter kom känslor av rädsla, nervositet och oro från deras egen misstanke och vetande om en specifik diagnos. En patient uttryckte stark rädsla eftersom han visste att hans smärta hade med hjärtat att göra. För andra patienter infann sig istället en oro och rädsla för ovissheten om vilken sjukdom eller skada de drabbats av. Information som gavs med ord som patienterna inte förstod kunde lätt feltolkas och medförde onödig oro och rädsla hos patienten (Hawley, 2000).

Att få autonomi genom delaktighet

Att som patient få klara uppgifter att fokusera på vid ett akut omhändertagande som till exempel att andas lugnt och att svälja gjorde att de kände sig delaktiga och som en medlem i teamet (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). En patient uttryckte att det kändes bra att vara delaktig och att inte bara stå bredvid (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Att återfå kontrollen över sitt liv sågs som en viktig del hos patienterna. Initialt kände de flesta patienter en total förlust av kontroll. Några patienter klagade över bristen på kontroll över sina besök och att vara fängslad vid sängen. Andra hade mer intensiva känslor av total brist på självständighet då de inte kunde ta hand om eller ta beslut om sig själva. Patienterna gjorde skillnad på att vara helt utan kontroll och att ha brist på kontroll. Att vara helt utan kontroll var en extremt skrämmande upplevelse medan brist på kontroll istället orsakade frustration och känsla av otrygghet (Hupcey, 2000).

I Byrnes och Heymans studie (1996) utförd på två olika akutmottagningar skulle 96 patienter ta ställning till ett flertal förslag på källor till oro. Det framkom att 84 av dem upplevde att inte kunna klara de vanliga aktiviteterna kunde vara en källa till oro och rädsla för dem själva. I en liknande studie (Cornock, 1997) utförd på två intensivvårdsavdelningar visade det sig att patienterna rankade ”att inte ha kontroll över sig själv” som den sjätte största källan till oro.

Att hantera den svåra händelsen

I Jays studie (1996) framkom att det inte är helt lätt att få vetskap om patienternas upplevelser och behov vid ett akut omhändertagande då dessa ofta har begränsat minne direkt efter olyckstillfället trots en hög medvetandegrad. Det begränsade minnet kunde bero på en undermedveten copingstrategi i form av förnekelse men också att patienterna selektivt väljer bort hotande eller obehaglig information.

I en studie där IVA-patienters upplevelse av stress undersöktes framkom att de inte upplevde tiden där som så stressande och jobbig som vårdpersonalen trodde (Cornock, 1997). Att få god information i tid inför en obehaglig eller smärtsam behandling gav patienterna möjlighet att förbereda sig mentalt. De kunde då mobilisera kraft och använda sig av de egna copingstrategierna för att hantera situationen på bästa sätt (Hawley, 2000).

Patienterna upplevde att kontinuerlig uppmuntran av familj och vänner hjälpte dem att hålla hoppet uppe och att orka fortsätta kämpa för att överleva. Sjuksköterskorna ansågs också inge hopp hos de anhöriga vilket i sin tur överfördes till patienten. Familj och vänner försökte berätta om vad som hände ute i världen. De tog också med sig bilder på barn och barnbarn för att försöka uppmuntra patienterna att de hade något att kämpa vidare för. En patient uttryckte att utan familjen och vännernas omtanke, stöd och uppmuntran hade jag inte klarat detta. Familj, vänner och religion upplevdes påverka patienternas känsla av hopp. Att bevara hoppet sågs som mycket viktigt för patienterna då brist på hopp innebar att ha gett upp. Flera patienter uttryckte att om man behåller hoppet så har man en chans (Hupcey, 2000).

Patienterna ansåg att deras erfarenhet av traumat medförde en möjlighet att reflektera över livet före och efter olyckan. För några patienter innebar detta att de uppskattade livet, familj och vänner på ett nytt sätt efter det som hänt. Deras förutfattade meningar om vårdsystemet förändrades och en negativ episod i deras liv ledde till att livet fick en mer positiv riktning. En patient uttalade att han blev en helt annan person efter olyckan, han tänkte annorlunda och han mötte människor på ett nytt sätt (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Kommunikation

Formell kommunikation

Akut sjuka eller skadade patienter ansåg att formell kommunikation hade ett syfte och att den hade en direkt koppling till skadan och dess konsekvenser (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). I en studie (Wiman m.fl, 2007) framkom att kommunikationen initialt var formell då personalen fokuserade på att snabbt få information om patienternas fysiska status och medicinska historia. När läkarna och sjuksköterskorna tog reda på den medicinska bakgrunden kommunicerade de båda formellt med patienterna. Huvudsakligen stod läkarna för den formella kommunikationen och när vården påbörjades gav både sjuksköterskorna och läkarna patienterna information om tillvägagångssätt, händelseförlopp och deras fysiska status. Patienterna uttryckte tillfredsställelse och trygghet då kommunikationen fokuserades på det fysiska tillståndet då de ansåg att det fysiska var viktigast initialt.

I en annan studie utförd på en akutmottagning upplevde patienterna att sjuksköterskorna pratade med dem under tiden de utförde teknisk och fysisk vård. Genom att sjuksköterskorna hela tiden berättade vad de gjorde och varför så skapade de en känsla av trygghet samtidigt som de etablerade en kontakt med personen som var i deras vård. Detta hade också en god inverkan på patienterna och gjorde så att de fick en mer positiv utsikt om sin situation (Hawley, 2000). Det är dock viktigt för patienterna att kommunikationen är tydlig och att personalen använder ett språk som patienterna förstår (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Vakna, intuberade patienter på IVA ansåg även att kommunikation har stor betydelse. De upplevde det mycket stressande att inte kunna kommunicera (Cornock, 1997).

Empatisk kommunikation

Empatisk kommunikation innebar för patienterna att sjuksköterskorna förstod och brydde sig om deras situation. Patienternas känslor vid motgångar togs på allvar och sjuksköterskorna hade förmåga att läsa patienternas repliker och vinkar. Att få sina känslor bekräftade som normala och förväntade gav patienterna tröst. En patient som hade fått missfall förklarade hur meningsfullt det var för henne att sjuksköterskan bekräftade hennes förlust och ärligt kände sorg med henne på ett varmt och omsorgsfullt sätt (Hawley, 2000). Flera patienter kommenterade även den förmänskligande effekten av att bli kallad vid sitt namn. De kände sig då mer betydelsefulla och respekterade (Hawley, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Vilken ton personalen använde och hur de pratade med patienterna upplevdes av patienterna ha en stor påverkan på deras psykiska välmående och känsla av trygghet och tröst. Det viktiga var inte vad personalen sa utan hur de sa det (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Genom att personalen använde en lugn röst och genom att de repeterade uppmuntrande fraser som till exempel du kommer att klara dig, du är okej så upplevde patienterna att de lättare kunde fokusera på deras röst. Detta gjorde att de fick motivation att kämpa vidare för att överleva (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). Den lugna rösten hos personalen visade att de inte bara gjorde ett jobb utan gav också en känsla av omsorg och medkänsla (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Att personalen använde humor var mycket uppskattat (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). Personalen använde den humoristiska kommunikationen framförallt under och efter den fysiska

bedömningen. Patienterna upplevde att skämten ofta grundade sig på deras situation och inleddes både av dem själva och av medlemmarna i akutteamet (Wiman m.fl, 2007).

Patienterna upplevde att den positiva och uppmuntrande kommunikationen hade en lugnande effekt framförallt om de var extremt oroliga och rädda (Hawley, 2000; Wiman m.fl, 2007). Flera patienter kommenterade det uppmuntrande samtalet och hur detta gjorde så att de fick självförtroende och kunde behålla kontrollen över sig själva även i stunder av extrem rädsla och smärta. De tyckte att sjuksköterskorna var kapabla att hjälpa dem att stå ut genom att de pratade dem igenom det hela (Hawley, 2000). Fraser som t ex ta det lugnt, ta lugna och fina andetag upplevdes av patienterna som lugnande (Jay, 1996; Hawley, 2000). En patient uttryckte att sjuksköterskan talade ömt till henne och att hon upplevde henne som mänsklig (Hawley, 2000).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Datasökningen utfördes till en början i databaserna CINAHL och MEDLINE. Vid datasökningen upptäcktes svårigheter med att hitta artiklar som till fullo stämde överens med studiens syfte. Författarna fick därför utöka sökandet till att även gälla intensivvårdspatienters upplevelser av det akuta omhändertagandet. Genomläsning av artiklarnas abstrakt skedde med stor noggrannhet redan vid datasökningen varför ett flertal artiklar valdes bort direkt då de inte ansågs överensstämma med studiens syfte. Vid den manuella sökningen, bland annat från de datasökta artiklarnas referenslistor, hittades ytterligare ett fåtal artiklar som stämde med studiens syfte. Några artiklar hade äldre publikationsår än vad inklusionskriterierna avsåg, men på grund av det ringa antalet funna artiklar ansågs de ändå värdefulla för studiens resultat. De artiklar som valts belyser patienters upplevelser vid akut omhändertagande på akutmottagning och intensivvård samt också vad dessa patienter anser är källor till rädsla och stress. Då studiens syfte var att belysa patienters upplevelser vid akut omhändertagande ansåg författarna att kvalitativa artiklar var mest relevanta att använda. Detta gjorde att studiens resultat övervägande bygger på kvalitativa artiklar. I de kvantitativa artiklarna har författarna även analyserat artiklarnas diskussioner för att få hjälp med en bättre tolkning av siffrorna i resultaten.

Då kvalitativ innehållsanalys kan användas för att undersöka livsvillkoren för människor i en viss situation valdes denna metod till studien. Med kvalitativa studier som utgångspunkt kan vi bättre förstå vad lidande innebär och hur patientens erfarenheter, upplevelser och behov kan mötas (Friberg, 2006). Den kvalitativa innehållsanalysen utfördes enligt de fyra stegen. Vid bearbetningen av artiklarna hittade författarna likheter och samband som så småningom bildade de fyra kategorierna och kärnan ”trygghet”. På grund av språkliga svårigheter var det ibland svårt att tolka in rätt budskap och innebörd av texten vilket resulterade i att det några gånger var svårt att placera in vissa delar under rätt kategori. Underkategorierna upplevdes ibland även överlappa och påverka varandra vilket också försvårade kategoriseringen. Kategorin ”trygghet” fick utgöra kärnan i resultatet då övriga kategorier tycktes bidra till dess övergripande betydelse.

Resultatdiskussion

Professionalism

Vårdpersonalens förmåga att samarbeta

Patienterna upplevde trygghet då de såg det akuta vårdteamets organiserade arbete och att det fanns en väl synlig ledare. De ansåg också att en viktig faktor var att teamets arbete fungerade väl och att alla visste vad de skulle göra. När patienterna upplevde att arbetet flöt på menade de att detta var ett resultat av en väl fungerande organisation (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). Det är ytterst viktigt för patienten att de olika vårdteamens insatser fungerar som de skall och att varje medlem har god kunskap och är väl medveten om sina uppgifter (Lennqvist, 2002, Lennqvist, 2007). Det krävs att varje medlem är tränad och förberedd och att arbete sker efter en inövad mall så att inget glöms bort eller missas (Lennqvist, 2002). Författarna tror att patienternas positiva upplevelse av vårdteamet arbetsinsats och deras samarbete berodde på att patienterna själva inte hade någon kontroll i den traumatiska situationen och då kände rädsla och stress. När de såg hur väl arbetet fungerade och att vårdteamet tog över kontrollen kunde patienterna till viss del slappna av och känna tillfredsställelse. Om arbetet inte hade fungerat och vårdteamet visat osäkerhet hade säkerligen patienternas oro och rädsla ökat.

För vårdteamet innebär ett akut omhändertagande många gånger att arbetet måste ske snabbt och effektivt och utan tidsfördröjning (Socialstyrelsen, 1994; Lennqvist, 2007). För anestesisyksköterskan kan förutom det akuta omhändertagande arbetet också innebära att hon måste förbereda patienten och sig själv för en akut operation. För att klara detta måste hon arbeta på ett strukturerat och väl organiserat sätt för att utnyttja den ibland korta tid som finns till förfogande på ett effektivt sätt (Hovind, 2005). I resultatet framkom att patienterna upplevde att personalen ingrep snabbt vilket gjorde att patienterna kände sig väl omhändertagna och trygga (Wiman, 2007).

Resultatet visade att teamets förmåga att samarbeta och den familjära andan dem emellan gav patienterna känslor av trygghet, bekvämlighet och tillfredsställelse (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman, 2007). Författarna anser att vårdteamets familjära stämning är viktig för patienters totala upplevelse av det akuta omhändertagandet. Alla människor vill vara del i en gemenskap och det är ju alltid behagligare att vara med i en gemenskap där det finns värme och kamratskap än där det råder oenighet och disharmoni.

Vårdpersonalens tekniska kompetens

Grunden för ett första psykologiskt omhändertagande vid kris är att försöka skapa en god kontakt och relation med patienten. Förutom det fysiska omhändertagandet krävs att patienten bemöts med varsamhet, omtanke och medmänsklighet (Lennqvist, 2007). Det sociala och emotionella stödet anses viktigt för att patienten skall kunna bemästra situationen (Renck, 1998). Det är därför intressant att det i resultatet framkommer att den fysiska och tekniska kompetensen var viktigast. Många patienter upplevde att personalen var fokuserade på det akuta problemet och hade kontroll på vad de gjorde (Hawley, 2000; Baldursdottir & Jonsdottir, 2002). Patienterna kommenterade att det som var allra viktigast för att känna tröst och trygghet var vårdpersonalens tekniska och fysiska kompetens (Hawley, 2000). Att känna sjuksköterskorna kompetens, att de kunde hantera utrustning och nålar samt att

uppmärksamhet gavs åt de fysiska skadorna gjorde att patienterna kände förtroende, trygghet och kunde slappna av (Hawley, 2000; Baldursdottir & Jonsdottir, 2002).

Några patienter uppgav att de inte kände något förtroende för personalen och var oroliga över hur kompetenta de var. De upplevde sig otrygga och oroliga i vårdsituationen och trodde inte att personalen såg till deras bästa (Hawley, 2000). Vissa patienter upplevde också att den stora personalstyrkan som var omkring dem gav dem negativa känslor. När dessa patienter kom till akutmottagningen och det visade sig att de inte var så skadade som akutteamet först hade trott, kände patienterna pinsamhet och skuld (Wiman m.fl, 2007). Lika viktigt som ansvar, värme och omsorg hos vårdteamet är deras praktiska och tekniska kunskaper och färdigheter. För att patienten i sin utsatta position och beroendeställning skall känna trygghet och välbefinnade anser författarna att det krävs en kombination av både teknisk kompetens och ett bra bemötande. Kan det vara så att patienterna framhäver vårdpersonalens tekniska kompetens som viktigast på grund av att detta är handlingar som patienterna kan se? Personalen gör något konkret i den akuta situationen vilket patienterna förhoppningsvis upplever har en direkt effekt. Att patienterna kände att den fysiska och tekniska kompetensen var viktigast kanske är en helt normal känsla just i det akuta skedet. Det kanske inte är då som behovet av omtanke och närhet är som störst utan detta behov kanske kommer först när händelsen har sjunkit in och den psykiska reaktionen kommer. Det viktigaste för patienterna är trots allt att vårdpersonalen ser varje individs specifika behov och att dessa kan variera under tiden som vården pågår.

Vårdpersonalens bemötande

Vid en traumatisk händelse kan människans trygghet raseras helt och behöver då kompenseras av det som utgör individens yttre trygghet. Här kan relationen till personalen, om den präglas av förståelse, öppenhet och respekt medföra trygghet (Fyhr, 1999). Litteraturen säger att det bemötande och det stöd patienten får i det akuta skedet har stor betydelse för hur han går vidare med den fortsatta bearbetningen (Lennqvist, 2007). Om patientens fysiska men också psykiska behov tillfredsställs kan efterförloppet påverkas i positiv riktning (Renck, 1998; Almås, 2002). Lugn och trygghet är en förutsättning för att patienten skall kunna bearbeta krisen på ett bra sätt (Fyhr, 1999). I resultatet framkom att sjuksköterskornas omvårdnadshandlingar gav positiva effekter på patienterna. De upplevde ökad trygghet och säkerhet, mindre oro och nervositet och de kände sig också mer avslappnade och kapabla att klara av det som kändes främmande (Hawley, 2000). Patienterna ansåg att personalen genom sina omvårdnadshandlingar visade att de brydde sig om dem på ett personligt plan (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Som patient är det viktigt att sjuksköterskan är närvarande i sitt möte. Är hon stressad och kanske någon annanstans i tankarna blir mötet inte bra och patienten känner sig inte respekterad och betydelsefull. Han måste få känna att den tid som för stunden ägnas åt honom bara är hans egen.

I resultatet framkom det att det är viktigt att sjuksköterskan ser till hela patienten (Dahlberg m.fl, 2003). Hon måste överväga såväl patientens psykiska, fysiska som sociala status. Hon måste också inkludera patienternas känslomässiga svar på den aktuella situationen och ta sig tid att locka fram det som i detalj oroar patienterna. Resultatet visade även att patienterna upplevde att det akuta omhändertagandet men också att relationen till traumateamets medlemmar var viktig för deras upplevelse av trygghet (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Eriksson (1997) menar att det väsentliga i en relation är äktheten. Relationen formas

många gånger till ett tomt och meningslöst givande av konkreta ting och tjänster utan något egentligt innehåll. Det är endast när människan kan se en annan människa som en helhet som hon kan möta denna i en äkta relation.

I resultatet framkom också att personalens bemötande ibland kunde orsaka negativa känslor hos patienterna. Vissa sjuksköterskor beskrevs som råa, ohövliga och de brydde sig inte (Hupcey, 2000).

Att några patienter upplever sig dåligt bemötta av viss vårdpersonal är inte bra. I sin utsatta position skall de inte behöva känna oro över vem som skall ta hand om dem. Författarna kan ändå inte låta bli att fundera över patientens eget ansvar i bemötandet och relationen. Om patienten har för avsikt att mötet med vårdpersonalen skall bli bra måste även han visa öppenhet och samarbetsvilja och kanske vara realistisk i sina förväntningar kring vården. Både patientens och vårdpersonalens vilja och engagemang krävs för att deras möte skall bli bra. Det gäller dock att inte glömma av att patienten befinner sig i ett underläge och därmed kanske upplever det svårare att vara bekväm och aktiv i relationsskapandet.

Närhet

Att vara nära vårdpersonalen

Vid en kris har människor ofta ett stort behov av närhet för att få tröst och stöd. De har behov av att få tala om det som hänt men också att få fysisk kontakt i form av beröring och kramar (Dyregrov, 2002). Resultatet visade att patienter upplevde att traumateamet i sina omvårdnadshandlingar använde sig av beröring för att understryka viktiga uppgifter men också då det inte fanns något direkt syfte. Patienterna upplevde att detta var viktigt för att de skulle känna trygghet. De upplevde också att beröring fungerade som en livlina ur vilken de kunde hämta motivation och energi för att överleva skadorna (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004).

Att patienter upplever att beröring ger trygghet kan komma sig av den fysiska känslan av tillfredställelse som detta ger. Det kan också bero på att beröring även i normala sammanhang är en gest som människor använder sig av när de vill visa att de tycker om eller bryr sig om varandra. Så gott som alla människor känner sig nog trygga bland dem som visar henne omtanke och kärlek. Eftersom människan hela tiden pendlar mellan en längtan efter närhet och en önskan om att vara självständig är det viktigt att vårdpersonalen endast använder beröring om patienten upplever att det känns bekvämt. Patientens integritet måste respekteras.

Vid en kris då patientens inre trygghet har raserats så behöver den kompenseras av den yttre tryggheten. Den yttre tryggheten kan utgöras av alla nära relationer som präglas av pålitlighet, respekt och förståelse (Fyhr, 1999). Resultatet visade att patienterna tyckte det var viktigt att personalen fanns i närheten. Att veta att sjuksköterskorna var där, monitorerade och bedömde deras fysiska status hjälpte dem att slappna av. Det förstärkte också deras känsla av att de inte var ensamma och att de var väl omhändertagna (Hawley, 2000; Baldursdottir & Jonsdottir, 2002, Wiman m.fl, 2007). Patienterna kände sig också trygga av att veta att de snabbt kunde få hjälp om det skulle behövas (Hawley, 2000). Om patienterna känner att de kan lita på vårdpersonalen och att dessa kommer så fort patienterna önskar skapas en tillit och ett förtroende. När patienterna känner att tilliten till personalen är tillräckligt stor kan de kanske också känna trygghet även då personalen inte är inom synhåll. Patienterna vet då att de finns i personalens tankar även när de inte kan se varandra.

Trots att många patienter upplevde att de var omringade av medlemmarna ur traumateamet upplevde vissa att de stundvis var ensamma och isolerade. Ensamheten beskrevs då som rädsla och skräck (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Flera patienter upplevde också att teamet var engagerade så länge som den fysiska bedömningen pågick men att de drog sig tillbaka när denna var klar vilket resulterade i att patienterna kände sig övergivna och ej betydelsefulla (Jay, 1996; Wiman m.fl, 2007). Då människan är en social varelse har hon ett behov av att vara omgiven av andra. Närhet blir då en förutsättning för att livet skall kännas meningsfullt. (Bunkholdt, 1997). Författarna tror att patienternas känsla av ensamhet och isolering vid det akuta omhändertagandet kan bero på att en tillräckligt stark och tillitsfull relation inte hunnit skapas. Det kan också tänkas bero på att personalen omkring dem har tagit kontrollen över deras kropp, patienterna har inget annat alternativ än att överlämna den i deras händer. När de personer som tagit kontrollen över deras kropp sedan går därifrån kanske patienterna känner att de måste återta kontrollen igen vilket kan kännas oroligt och skrämmande. Författarna anser att patienter som råkat ut för en svår händelse inte skall lämnas ensamma utan behöver stöd och närhet av såväl personal som anhöriga till dess att de känner sig redo att successivt återta kontrollen igen.

Att vara nära familj och vänner

Människans behov av trygghet grundläggs i barndomen och har förankring i gemenskap och tillhörighet. Den inre tryggheten kan växa genom såväl positiva som negativa upplevelser (Andersson, 1988). Vid en traumatisk händelse kan denna trygghet raseras och då kan individens sociala nätverk i form av familj och vänner ta över och ge stöd (Fyhr, 1999). Om det sociala nätverket är levande och det finns en aktiv kontakt mellan människorna kan dessa fungera som ett säkerhetsnät för patienten så länge krisen pågår. De kan också fungera som en försäkring om att den sjuka eller skadade individen inte är ensam i sin sorg (Bunkholdt, 1997). Vid en kris har familj och vänner ett starkt behov av att få vara tillsammans (Dyregrov, 2002). Patienterna upplevde att familj och vänner gav dem trygghet, även om de bara var närvarande och inte kommunicerade (Jay, 1996; Hupcey, 2000). För de patienter vars familjer inte var närvarande upplevdes ändå en viss trygghet av att veta att de bara var ett telefonsamtal bort (Hupcey, 2000). Författarna anser att om patienten känner trygghet av att ha sina anhöriga hos sig så skall detta tas tillvara. Patientens bästa måste alltid gå först och familjen kan bli en resurs ur vilken han kan få kraft och ork att kämpa vidare.

I resultatet framkom en intressant skillnad mellan kvinnor och mäns önskan om att ha anhöriga närvarande på akutmottagningen. Kvinnor ville i större utsträckning ha familjen hos sig och menade att detta gav dem tröst. Männerna däremot ansåg att anhöriga kunde vara i vägen för personalen i deras arbete (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Författarna tror att denna skillnad i kvinnors och mäns känsla kan bero på deras olika funktion och sociala roller i samhället. Mannen ses oftast som den starka och trygga individen i familjen där känslor och problem inte visas lika öppet som hos kvinnor.

Relationen mellan sjuksköterskan och familjen var en viktig del i om patienten kände trygghet. När det fanns en förtroendefull relation mellan sjuksköterskan och familjen fick de mer tid till att vara hos sin anhörige. Sjuksköterskan fick i sin tur förtroende att utföra sitt arbete utan att bli övervakad. När sjuksköterskorna arbetade nära familjen och gjorde dem delaktiga kände de anhöriga sig som ett viktigt stöd för patienterna (Hawley, 2000; Hupcey, 2000). Författarna anser att de anhörigas insatser i vården kan vara en resurs. Om

vårdpersonalen och de anhöriga har en tillitsfull relation gagnar det patienten. Om de tar till vara varandras kunskaper kan de tillsammans ge bättre stöd åt patienten i den akuta vården.

Ibland orsakar de människor som ska hjälpa patienten att känna trygghet en viss stress. Patienterna upplevde oro över att de anhöriga inte visste vad som hade hänt eller vad som skulle ske med patienten (Byrne & Heyman, 1996). Patienterna blev också stressade när familj och vänner var ledsna och chockade (Hupcey, 2000).

Författarna anser att patienterna behöver känna stöd från familjen och vännerna genom deras närhet. Om familjen och vännerna är ledsna och chockade kan de inte överföra sin trygghet till patienterna som de så väl behöver. Det är därför viktigt att vårdpersonalen inte glömmer bort att även ge stöd åt de anhöriga och bekräfta deras känslor så att de orkar vara lugna och trygga inför patienten.

Att vilja ha kontroll

Att skaffa sig information

En av de viktigaste orsakerna till att människor känner sig hotade är otrygghet. Rädslan för det okända bidrar till denna känsla men också att vi inte förstår vad och varför saker sker. Av naturen försöker människan aktivt att skaffa sig information om det som upplevs osäkert och oförståeligt. För patienter som har fått bristfällig information om diagnos och behandling är det därför inte ovanligt med känslor av ångest och oro. Varsam och saklig information om vad som sker just nu och vad som planeras ske, kan hjälpa patienten att få förståelse för situationen (Lennqvist, 2007). Många patienter ville ha information om vad som hade hänt och vad som skulle ske. När de fick information och kunskap minskade deras rädsla och oro (Byrne & Heyman, 1996). När patienterna visste vad som skulle ske medförde det också tillförsikt och kraft så att de kunde ta sig igenom jobbiga procedurer och upplevelser. Behovet av information varierade men om de inte visste och inte hade kontroll yttrade sig detta i rädsla och negativa känslor (Hupcey, 2000). God information kan bidra till patientens känsla av trygghet. Författarna tror att det är viktigt att patientens individuella frågor och funderingar får komma fram. Dessa måste ges tid och tas på allvar då information som patienten inte frågat efter kanske inte tas in på samma sätt.

Information och kunskap uppfattades dock inte alltid som något positivt. Några patienter kände oro och rädsla då deras kunskap gjorde att de misstänkte en specifik diagnos (Hawley, 2000). Författarna anser att patienternas känsla av oro kan komma sig av att deras tankar skenar iväg. Patienter kan i en sådan här situation behöva stöd och uppmuntran för att kunna ta en sak i taget. Vårdpersonalen kan därför användas som en realistisk bas och som ett stöd för att kunna ta till sig informationen korrekt.

Resultatet visade att det fanns ett behov av att ha kontroll och av att veta. Detta gjorde att vissa patienter, vars familjer undanhållit viss information, istället försökte tolka in och lyssna till vad läkare och sjuksköterskor diskuterade vid rondan. De försökte på så vis bilda sig en uppfattning om situationen för att få bitarna på plats (Hupcey, 2000).

Författarna tror att just dessa patienter kanske har behov av men också klarar mer information även om den skulle ge ett tråkigt besked. De söker därför aktivt på alla tillgängliga fronter för att få kontroll över sin situation. Författarna ställer sig frågan över varför de anhöriga ibland får en annan information än vad patienten får. Frågan är om det blir bäst med lika mycket information till båda parter eller om de anhöriga ibland bör få veta mer?

Några patienter upplevde att de fick kontinuerlig information men på grund av deras hälsotillstånd eller medicinering kunde de inte uppfatta eller komma ihåg det som sagts (Hupcey, 2000). De patienter vars tillstånd inte möjliggör att information uppfattas korrekt behöver upprepad och tydlig information. Vårdpersonalen måste då försäkra sig om att patienten verkligen har förstått budskapet och inte bara nöja sig med att informationen är given.

Patienter som skall genomgå en anestesi och operation känner sig ofta osäkra och spända då de har liten eller ingen kunskap om vad som skall ske (Järhult & Offenbartl, 1997; Lagerström & Bergbom, 2006). För patienter som måste genomgå en operation akut och därför inte hunnit förbereda sig mentalt är det lätt att tänka sig att oron och rädslan är ännu större. Litteraturen säger att det vid en akut anestesi och operation är viktigt att anestesijuksköterskan finns vid patientens sida och att hon ibland måste skärma av mot intryck. En person som befinner sig i kris är som regel inte mottaglig för allt för mycket information (Hovind, 2005). Detta upplever författarna till viss del motsäger resultatet av studien där många patienter uppgav att information medförde mindre oro och rädsla. Det framkom dock inte om dessa patienter hade behövt genomgå någon operation. Många var svårt skadade men det behöver inte betyda att de befinner sig i kris. I resultatet framkom skillnader i patienternas grad av rädsla och oro. Kvinnor, yngre personer och de patienter som råkat ut för svårare skador eller sjukdomar var mer oroliga och rädda än de övriga. Det diskuterades dock om det kunde vara så att dessa kategorier av patienter hade lättare för att uttrycka sina känslor än andra grupper (Byrne & Heyman, 1996). Författarna anser att den information som patienten behöver måste anpassas till rådande situation. Vårdpersonalen måste vara lyhörd och försöka förstå vad det är för patient de har framför sig och vad som kan vara bäst för just den personen. Det kan dock vara så att patientens upplevelse av kunskap och kontroll inte stämmer överens med personalens.

Att få autonomi genom delaktighet

Att vara patient innebär ofta en känsla av maktlöshet och att ha förlorat kontrollen över vad som händer och sker (Hovind, 2005; Lennqvist, 2007). Att vara patient innebär också att vara i en underordnad och beroende roll. Uppgifter som patienten i normala fall sköter själv får lämnas över till läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal (Cullberg, 1992; Almås, 2002). Rollen som sjuk påverkar autonomin och den egna identiteten men även föreställningen av hur andra uppfattar en (Cullberg, 1992; Hovind, 2005; Lennqvist, 2007). Många patienter kände oro över att mista kontrollen över sig själva och förmågan att inte självständigt klara vardagliga aktiviteter (Byrne & Heyman, 1996; Cornock, 1997). Det framkom också att om patienterna fick klara uppgifter att fokusera på vid ett akut omhändertagande som till exempel att andas lugnt, kände de sig delaktiga och som en del i teamet (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). Eriksson (1997) menar att det är i relationen till andra som människan genom ömsesidigt utbyte ges möjlighet att påverka och att påverkas. Att få känna sig som en del i en gemenskap och att där få delta med egna och betydelsefulla uppgifter tror författarna är extra viktigt för att en patienten skall kunna återta en del av sin förlorade kontroll.

Många patienter kände att de initialt hade en total förlust av kontroll. De ansåg att det var viktigt att återfå kontrollen över sitt liv. Patienterna tyckte dock att det fanns en skillnad mellan att ha total avsaknad av kontroll och att ha brist på kontroll. Total avsaknad av kontroll innebar för patienterna en skrämmande upplevelse medan brist på kontroll orsakade

frustration och känsla av otrygghet (Hupcey, 2000). För att patienterna skall kunna återta en del av sin autonomi gäller det att personalen ser den enskilda individen och att denna har en egen vilja och egna resurser som kan tas tillvara. Lazure framhäver (i Hupcey, 1997) att små saker som att själv kunna sköta TV, radio, lampa och draperier men också att få inflytande över besökstiderna hjälper patienterna att återfå en viss känsla av autonomi och delaktighet. Författarna tror att patienterna skulle kunna känna sig mer delaktiga om de fick mer tid. På grund av tidsbrist och ibland hög arbetsbelastning hos personalen kan det nog vara så att de tar över saker som patienterna skulle klara själva. Personalen tar nog också över saker i all välmening då de så gärna vill hjälpa till och underlätta för patienten. Patienterna behöver uppmuntran att göra små saker själv om än i liten omfattning och få känna att de är delaktiga.

Att bearbeta den svåra händelsen

En frisk människa har förmåga och resurser att ta ansvar för sig själv och sina behov. Vid akut sjukdom eller skada kan emellertid hela livssituationen förändras på ett ögonblick (Axelsson, 1997). Några möjligheter till att förbereda sig finns inte (Almås, 2002). Människor som drabbas av en kris kan uppleva att de tar in, bearbetar och lagrar informationen annorlunda än normalt. De kan uppleva situationen som överklig och de får ofta känslan av att stå utanför det hela som åskådare. I den akuta situationen blir alla sinnesintryck, positiva som negativa mycket mer intensiva och förstärkta än normalt (Dyregrov, 2002). Resultatet visade dock att patienter i samband med olyckstillfället hade begränsat minne trots att de haft en hög medvetandegrad. Det diskuterades om det begränsade minnet kunde bero på förnekelse eller om patienten selektivt väljer bort hotande eller obehaglig information (Jay, 1996).

I resultatet framkom att patienterna på en intensivvårdsavdelning inte upplevde tiden där som så stressande. Det diskuterades om det kunde bero på att patienterna anpassade sig till den snälla patientrollen och inte vill vara till besvär. En annan orsak ansågs också kunna vara att människan är socialiserad att förvänta sig visst obehag när de är patienter och blir därmed fogligare till vården och behandlingen. En ytterligare anledning som diskuterades var att IVA-patienter kanske använder förnekelse som försvarsmekanism och de kommer då inte ihåg sina upplevelser (Cornock, 1997). I en studie där olika copingstrategier bland patienter som råkat ut för akuta handskador undersöktes, framkom vikten av att se till varje patients individuella sätt att hantera den specifika stressen. Om vårdpersonal försöker hjälpa en patient som använder sig av texten "att upprätthålla kontroll" som copingstrategi kan de förstöra patientens sätt att hantera situationen vilket i sin tur kan medföra förlängd eller försvårad bearbetning. Patienten måste få hjälp på ett sådant sätt att han ändå känner att han själv har kontroll över situationen (Gustafsson, Persson och Amilon, 2001).

En patient som just genomgått sitt livs kanske svåraste upplevelse behöver hjälp att återfå kontrollen och kontakten med andra människor (Lennqvist, 2007). Om en människa står inför en så svår situation att hon inte ser hur hon ska klara av den kan hon uppleva ångest och känna att situationen är främmande och inte längre hanterbar (Ekselius m.fl., 1977). Familj, vänner och även religionen ansågs påverka patienternas sätt att hantera situationen. Det stöd och den uppmuntran de medförde innebar att patienternas hopp kring sin situation ökade. Familjen tog även med sig kort och bilder på barn och barnbarn för att uppmuntra patienterna till att orka kämpa vidare. Genom sina samtal gav de också patienterna en bild av vad som hände ute i världen (Hupcey, 2000). Patienten kan behöva hjälp att klara såväl känslomässiga som praktiska problem. Personer i patientens sociala nätverk kan engageras i patientens vård i ett tidigt skede. Patienten kan då få hjälp att hantera den traumatiska upplevelsen men också

att lösa andra problem (Gustafsson m.fl, 2001). Författarna anser att de sociala relationer som patienten normalt har runt omkring sig, blir en enorm tillgång för patientens hantering och bearbetning vid en sådan här situation. Vårdpersonalen måste därför förstå familjens värde kring en svårt sjuk eller skadad patient.

Att genomgå ett trauma kan innebära en möjlighet att reflektera över livet på ett nytt sätt. Tiden före och efter olyckan kan se helt olika ut. I resultatet ansåg några patienter att de uppskattade livet, familj och vänner på ett nytt sätt efter olyckan. En patient uttalade att han blev en helt annan person, han tänkte annorlunda och mötte människor på ett nytt sätt (O'Brien & Fothergill- Bourbonnais, 2004).

Alla individer har dock olika förmåga att hantera psykiska svårigheter och stress (Axelsson, 1997). Det finns patienter som genomgår en djupare och mer varaktig negativ förändring. Rollen som sjuk eller skadad kan då bli ett livsmönster. Om patienten tappar tron på sin förmåga att hantera och klara av situationen kan hans identitet förändras (Hovind, 2005).

Kommunikation

Formell kommunikation

Den formella kommunikationen ansågs av patienterna ha ett syfte och den var direkt kopplad till skadan och dess konsekvenser (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). I resultatet upplevde patienterna att kommunikationen vid det akuta omhändertagandet initialt var formell då personalen fokuserade på att snabbt få information om det fysiska och medicinska statuset. Patienterna tyckte att detta medförde trygghet då de ansåg att det fysiska var viktigast och därför måste få komma i första hand i den akuta situationen (Wiman m.fl, 2007). Det framkom också att den formella kommunikationen utfördes under tiden som den fysiska vården utfördes och att personalen under tiden berättade vad de gjorde. Samtidigt som detta gjorde att en kontakt skapades upplevde patienterna att de fick en ökad känsla av trygghet och en mer positiv utsikt om sin situation (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). I resultatet framkom dock inget om patienternas egen delaktighet i den formella kommunikationen. Författarna anser att patienternas roll i den formella kommunikationen inte får underskattas. Vid ett akut omhändertagande måste kommunikationen vara konstruktiv och kräver därför ett samarbete mellan parterna. Målet för såväl patienten som för vårdpersonalen är ju gemensamt och det är då viktigt att ta tillvara på varandras kunskaper.

Patienterna upplevde att det var viktigt att den kommunikation som användes var tydlig och att personalen använde ett språk som patienterna förstod (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004) Det är viktigt att patienten blir förstörd och bekräftad i sin utsatta situation. På grund av den nya och främmande rollen som svårt skadad eller sjuk kan situationen upplevas både skrämmande och dramatisk. Patienten kan då dra sig för att ställa frågor, han kanske saknar kunskap och kanske inte heller vill besvara. Personalen måste därför vara medvetna om att ett budskap som är självklart för dem kan vara oförståeligt eller otydligt för patienten. (Järhult & Offenbartl, 1997). Vad personalen säger och hur de säger det kan tolkas fel och då upplevas som skrämmande av patienten vilket beskrivs i Hawley (2000):

En patient berättade att han skulle flyttas till en IVA-enhet för att genomgå en hjärkateterisering men han hade feltolkat informationen och trodde istället att han skulle genomgå en hjärtransplantation. Han var så rädd att han inte heller kom sig för att fråga. Väl på IVA fick han information av annan personal och blev då omedelbart lättad när han förstod att så inte var fallet.

Empatisk kommunikation

Empatisk kommunikation innebar för patienterna att personalen förstod och brydde sig om deras situation. Att patienternas känslor bekräftades och togs på allvar gav tröst (Hawley, 2000). Vikten av att bli kallad vid sitt namn, att bli respekterad och känna sig betydelsefull ansågs viktigt (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Författarna anser att kommunikation handlar om så mycket mer än att prata. För patienten är det kanske ännu viktigare att personalen ärligt kan lyssna och uppfatta patientens rätta budskap för att han skall känna sig bekräftad som den individ han är. Endast på detta sätt kan ett samspel och en gemensam tillit skapas.

Patienterna upplevde också att det sätt personalen pratade på och vilken ton de använde hade en stor inverkan på deras psykiska välmående. De ansåg att det viktigaste var hur och med vilken ton personalen uttryckte saker och ting och inte själva innehållet i budskapet (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Då personalen använde en lugn röst och upprepade uppmuntrande fraser, vid det akuta omhändertagande, kunde patienterna lättare fokusera på rösten. Detta gjorde att de kände sig mer fokuserade på att kämpa vidare (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). Patienterna upplevde också att den lugna rösten hos personalen visade att de inte bara gjorde sitt jobb utan också att de ärligt brydde sig om dem (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Författarna anser att språket har en mycket central betydelse i omvårdnadsarbetet och utgör där ett av de viktigaste verktygen. Om patienterna upplever att vårdpersonalen använder sig av olika kommunikationssätt och kanske också tar till icke-verbal kommunikation känner patienterna att vårdpersonalen gör allt för att skapa en god relation.

Icke-verbal kommunikation kan också vara bra om patienten behöver förberedas inför akut anestesi och operation då patientens psykiska tillstånd behöver stärkas (Järhult & Offenbartl, 1997; Halldin & Lindahl, 2005; Hovind, 2005). Det är i de små, nästan omärkliga gesterna som vårdpersonalen kan bekräfta patienten och påverka hans känslor och värdighet (Svensson, 1993). Om anestesijuksköterskan genom gester, beröring och ansiktsuttryck visar att hon finns där bara för patienten kan han uppleva en ökad känsla av trygghet (Halldin & Lindahl, 2005).

Hos de patienter som var extremt rädda och oroliga hade den uppmuntrande och coachande kommunikationen en lugnande effekt (Hawley, 2000; Wiman m.fl, 2007). Flera patienter kommenterade att detta gjorde så att de fick självförtroende att klara av svåra och jobbiga situationer och att behålla kontrollen över sig själva. Personalen var duktig på att hjälpa patienterna att stå ut genom att prata dem igenom det hela (Jay, 1996; Hawley, 2000). Människor som befinner sig i en akut kris kan uppleva situationen som överklig och känna att de står utanför det hela (Dyregrov, 2002). Om vårdpersonalen kommunicerar med patienten på ett lugnt och tryggt sätt kan han uppleva ett stöd och få kraft att bemästra situationen. Det kan vara nödvändigt att de talar extra långsamt med de patienter som är ängsliga och rädda och att de ger en varsam och saklig information om vad som har hänt och vad som skall ske. Patienterna kan då lättare få en förståelse för hela situationen (Lennqvist, 2007).

Även för vakna intuberade patienter är kommunikationen mycket viktig. I resultatet framkom att dessa patienter var mycket stressade av att inte kunna kommunicera (Cornock, 1997). Hafsteinsdottir framhäver (i Hupcey, 2000) att även de intuberade patienterna som var vid medvetande har stort behov av att känna delaktighet och gemenskap trots att de inte kan delta i kommunikationen. De vill också ha information och förklaringar om vad som händer och sker även om de inte kan ställa frågor eller svara tillbaka.

Författarna anser att dialogen med patienten kan hindras av vårdpersonalens begränsningar och brist på påhittighet. Kroppsspråk, blinkningar, handtryckningar, papper och penna samt pektavlor kan vara till hjälp för patienten att få uttrycka sig. Då patientens önskan är att känna delaktighet i kommunikationen måste vårdpersonalens ansvar att skapa en bra dialog poängteras.

Trygghet

Ett av människans grundläggande behov är känslan av trygghet (Wikström, 1997). Trygghet grundläggs i barndomen och har en förankring i gemenskap, tillhörighet och tillåtenhet. En individs upplevelser i livet såväl positiva som negativa påverkar dennes grad av trygghet (Andersson, 1988). I resultatet framkom att akut sjuka och skadade patienter initialt kunde känna rädsla, skräck och sårbarhet. Om de fick en god kontakt med personalen, kunskap och information om det som sker samt kände familjens närvaro påverkades deras känsla av trygghet (Hupcey, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Patienterna upplevde också att vårdpersonalens omvårdnadsstrategier medförde positiva känslor som trygghet, tröst och mindre oro (Hawley, 2000; Hupcey, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Författarna anser att kategorierna professionalism, närhet, att vilja ha kontroll och kommunikation bidrar till patienternas känsla av trygghet vid ett akut omhändertagande. Om patienterna upplever trygghet kan de känna sig mer avslappnade och blir då även mer kapabla till att klara av både smärta och allt det som upplevs som skrämmande i situationen. Författarna anser också att det räcker med att någon av kategorierna saknas vid det akuta omhändertagandet för att en patient inte skall uppnå en optimal känsla av trygghet. Om vårdpersonalen inte kommunicerar med patienten spelar det ingen roll hur effektiva och professionella de är, patienten kommer inte i en sådan situation att känna delaktighet och kontroll. Om vårdpersonalen hela tiden finns nära och pratar med patienten men är dåliga på att samarbeta och inte vet vad som måste göras i den akuta situationen kommer patienten inte heller att känna trygghet. Författarna menar att ett helhetstänkande där alla dessa bitar ges utrymme krävs för att patienterna skall känna sig trygga vid ett akut omhändertagande men också för att de skall kunna hantera situationen på bästa sätt.

Känslan av sammanhang vid det akuta omhändertagandet

En människas känsla av sammanhang (KASAM) har en avgörande betydelse för hur hon reagerar i en stressfylld situation. KASAM byggs upp genom händelser och livssituationer som inträffar i barndomen, ungdomen och det tidiga vuxenlivet. För att utveckla starkt KASAM måste det finnas en balans i människans livserfarenheter samt att hon får känna delaktighet i de beslut som tas under livets gång. Människor med starkt KASAM upplever livets stora och små motgångar som hanterbara utmaningar. Personer med svagt KASAM upplever däremot dessa motgångar som bakslag, något de råkar ut för och som de inte kan förstå eller hantera (Antonovsky, 1991).

Vid en akut händelse har patienten tvingats in i en situation som är främmande för honom och han behöver då hitta ett sätt att återta kontrollen (Ekselius m.fl, 1977). I resultatet framkom att patienterna upplevde trygghet när alla i traumateamet visste vad de skulle göra och arbetet flöt på (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). För en patient som råkat ut för en svår sjukdom eller skada kan vårdteamets välorganiserade arbete medföra ett stöd och en hjälp för att patienten ska få förståelse för den traumatiska situation han befinner sig i.

Även om patienten är en individ med starkt KASAM och därmed borde ha en förmåga att klara av stressande händelser kan han behöva hjälp att bemästra en allvarlig och livsavgörande situation. Han kan då uppleva att teamet är en resurs som står till hans förfogande varifrån han tar hjälp för att hantera situationen.

Personer med starkt KASAM är mer benägna att fokusera på det instrumentella problemet och ser det som en utmaning att finna resurser för att möta problemet (Antonovsky, 1991). I ett flertal studier (Hawley, 2000; Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007) upplevde patienterna att vårdpersonalens tekniska kompetens var viktigast. De upplevde att traumateamet arbetade snabbt, effektivt och med god kvalitet och det ingav patienterna en känsla av säkerhet och trygghet (Hawley, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman m.fl, 2007). Författarna funderar på om patienter med starkt KASAM upplever vårdpersonalens tekniska kompetens som konkreta handlingar, de ser att personalen gör något som har en direkt effekt. Patienterna kanske upplever just de effektiva och beslutsamma handlingarna som något konkret att knyta an till för att få kontroll över situationen. De konkreta handlingarna blir meningsfulla i patienternas ögon. Patienterna kan då känna att det kommer att ordna sig och får därmed motivation och ork att kämpa vidare. Patienter med svagt KASAM kanske däremot ser de konkreta handlingarna som ett kaos som de inte kan förstå. Detta kan göra att de känner sig övergivna och ensamma i den stressande situationen.

Många patienter ville ha information om vad som hade hänt och vad som skulle ske för att de skulle kunna känna trygghet (Byrne & Heyman, 1996; Jay, 1996; Cornock, 1997; Hawley, 2000; Hupcey, 2000; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004, Wiman m.fl, 2007). Genom att sjuksköterskorna berättade vad de gjorde och varför, kände patienterna sig trygga (Hawley, 2000). Patienterna ansåg dock att det var viktigt att kommunikationen var tydlig och lättförståelig (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Patienters behov av att förstå vad som händer och sker anser författarna kan kopplas till KASAM och komponenten begriplighet. En person med starkt KASAM ser information som något gripbart som kan ordna upp och ge struktur i det kaos han befinner sig i. En patient med svagt KASAM ser däremot inte meningen med informationen och att den skulle kunna vara en hjälp för att få ordning på kaoset. De känner uppgivenhet och ger därför upp alla försök att förstå vad som händer och sker omkring dem.

Patienterna upplevde att familjen och vännernas uppmuntran var till hjälp för att de skulle kunna behålla hoppet och orka kämpa vidare för att överleva (Hupcey, 2000). Familj och vänner medförde också stöd och trygghet (Jay, 1996). Patienter som upplever meningsfullhet i situationen känner sig motiverade och mer uthålliga att klara av den svåra händelsen. Det är dock individuellt vad varje individ upplever som meningsfullt (Antonovsky, 1991). Författarna tror att familjen och vännerna ger patientens liv en mening vilket gör att patienterna lättare kan behålla fokus på vad som är verklighet och inte. Familjen och vännerna går att lita på och är den verklighet som patienterna ville sträva mot. För patienter med starkt KASAM blir därför familjen och vännerna en resurs i den akuta situationen.

Författarna kan inte låta bli att fundera på vad personalens KASAM har för betydelse för patienten i det akuta skedet. Om en sjuksköterska med ett svagt KASAM möter en patient som även han har svagt KASAM, vad händer då? Om sjuksköterskan har lägre KASAM än patienten, hur upplever då patienten mötet? Kan dessa möten orsaka mer kaos för patienten än om sjuksköterskan är den person som har högst KASAM av dem båda och därmed fungerar som resurs i den akuta situationen?

Enligt Antonovsky utvecklas KASAM från barnåren och fram till det tidiga vuxenlivet. Han menar att KASAM efter detta är relativt stabilt men att tillfälliga förändringar kan ske vid svåra händelser. Individens nivå av KASAM återgår dock snart till den ursprungliga nivån igen (Antonovsky, 1991). Detta anser författarna är en svag punkt i hans teori då de tror att såväl positiva som negativa händelser även senare i livet kan påverka graden av KASAM. Om en person i vuxen ålder och som har ett starkt KASAM t ex råkar ut för en extremt svår händelse eller kanske flera mindre svåra händelser efter varandra så tror författarna att en förändring i graden av KASAM kan bli mer eller mindre bestående.

Författarnas tankar kring studiens hållbarhet

Resultatet i studien bygger på artiklar från Nordamerika, England och Norden. Författarna anser att mellanmännsliga relationer i dessa länder är snarlika vilket gör att studiens resultat lätt kan överföras till att användas vid akut omhändertagande i Sverige. Trots det begränsade antalet artiklar anser författarna att resultatet går att överföra i anestesijuksköterskans kontext. Problemen med att hitta artiklar hade kunnat undvikas om vi istället valt att undersöka det akuta fysiska och tekniska omhändertagandet eller sjuksköterskornas upplevelse av det akuta omhändertagandet. Trots detta valde författarna att hålla fast vid syftet då ämnet ansågs viktigt för deras kommande arbete som anestesijuksköterskor. Författarna anser att syftet har uppnåtts och att de har fått värdefulla och fördjupade kunskaper.

SLUTSATS

Föreliggande studie visar hur patienter upplever ett akut omhändertagande. Hur varje enskild individ reagerar är högst individuellt men behovet av ett bemötande som gynnar känslan av trygghet är gemensam för alla. För att tillgodose behovet av trygghet är det viktigt att lyssna till varje patients individuella synpunkter och önskemål, även dem som inte uttalas. Patienterna upplevde att personalens professionalism, närheten till andra individer, kommunikationen med vårdteamet men också att det egna behovet av att återta kontrollen var viktiga faktorer för deras känsla av trygghet. Att många patienter såg personalens tekniska kompetens som viktigare än ett trevligt bemötande innebär ju inte att vårdpersonalen kan bortse från bemötandet. En kombination krävs för att helheten skall bli bra.

Vilken betydelse har då denna studie för anestesijuksköterskan vid det akuta omhändertagandet? En slutsats man kan dra är att oavsett vilken roll hon har i den akuta vårdkedjan t ex på skadeplatsen, i ambulansen, i traumateamet på akutmottagningen, i operationsteamet eller på intensivvårdsavdelningen, så möter hon en patient som kan befinna sig i kris och som är i stort behov av trygghet. Det akuta omhändertagandet utgör en möjlighet att stödja patientens hantering av situationen i en positiv riktning men också för att undvika posttraumatiskt stressyndrom. Det är därför viktigt att detta möte blir så optimalt som möjligt för patienten. Anestesijuksköterskans roll vid det akuta omhändertagandet är inte alltid att söva patienten. Hennes ansvarsområden kan vara många och kan innebära allt ifrån smärtlindring och fria luftvägar till att ta stort ansvar vid brådska transporter av svårt sjuka eller skadade patienter. Anestesijuksköterskan har vid det akuta omhändertagandet stora möjligheter att möta patientens oro och rädsla. Goda kunskaper om hur svårt sjuka eller skadade patienter upplever det akuta omhändertagandet är därmed viktigt.

Forskningsområdet kring patienters upplevelser av traumavård och akut omhändertagande är mycket intressant. Då traumapatienterna ofta har mer eller mindre amnesi kring det akuta omhändertagandet innebär det dessvärre att det är ett mycket svårt område att forska om. Det finns endast liten tidigare forskning i ämnet men då det hela tiden sker stora framsteg inom det tekniska och fysiska omhändertagandet av traumapatienter krävs också att kvalitativa studier om dessa patienters upplevelser utförs parallellt. I samma takt som tekniken och medicinen gör stora framsteg måste också fokus läggas på patienternas psykiska upplevelser vid det akuta omhändertagande för att bättre kunna möta deras behov.

REFERENSLISTA

- Allmänmedicin vid Institutionen för medicin. (2008). Sahlgrenska Akademien. Göteborg Universitet. Hämtad 2008-04-15 <http://infovoice.se/fou/>
- Almås, H. (2002). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.
- Andersson, M, K. (1988). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Arlöv: Esselte Studium AB.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Axelsson, M. (1997). *Omvårdnad vid akut sjukdom och skada*. Lund: Studentlitteratur.
- Baldursdottir, G. & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung*. 31 (1), 67-75).
- Bryder, T. (1985). *Innehållsanalys som idé och metod*. Åbo: Åbo Akademi.
- Bunkholdt, V. (1997). *Psykologi. En introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. Lund: Studentlitteratur.
- Byrne, G. & Heyman, R. (1996). Patient anxiety in the accident and emergency department. *Journal of Clinical Nursing*. 6, 289-295.
- Centrum för traumaforskning. (2007). Hämtad 2008-01-21 från http://www.strc.se/about_trauma/trauma_research/index_se.html
- Cornock, M. (1997). Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 27, 518-527.
- Cullberg, J. (1992). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K. & Suserud, B-O. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov, A. (2002). *Katastrofpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekselius, E., Notini, D. & Öberg, G. (1977). *Människor i kris*. Stockholm: Esselte Studium.
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.
- Essen von, L. & Sjäöden, P-O. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*. 40, 487-497.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.

- Fyhr, G. (1999). *Hur man möter människor i sorg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gustafsson, M., Persson, L-O och Amilon, A. & (2002). A qualitative study of coping in the early stage of acute traumatic hand injury. *Journal of Clinical Nursing*. 11, 594-602.
- Halldin, M. & Lindahl, S. (2005). *Anestesi*. Stockholm: Liber AB.
- Hawley, P. (2000). Nurse Comforting Strategies. Perceptions of Emergency Department Patients. *Clinical Nursing Research*. 9 (4), 441-459.
- Hayes, J. & Tyler-Ball, S. (2007). Perceptions of Nurses' Caring Behaviors by Trauma Patients. *Journal of Trauma Nursing*. 14 (4), 187-190.
- Hovind, I. (2005). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hupcey, J. (2000). Feeling Safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 32 (4), 361-367.
- 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.
- Järhult, J. & Offenbartl, K. (1997). *Kirurgiboken*. Stockholm: Liber AB.
- Kristoffersson, N. (1998). *Allmän omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.
- Lagerström, E. & Bergbom, I. The care given when undergoing operations and anaesthesia – the patients' perspective. *Journal of advanced Perioperative Care*. 2 (4), 183-192.
- Lennqvist, S. (2002). *Katastrofmedicin*. Stockholm: Liber AB.
- Lennqvist, S. (2007). *Traumatologi*. Stockholm: Liber AB.
- Malmsten, C. (1992). *Psyksiska reaktioner vid olyckor och hotreaktioner*. Stockholm: Nordiska räddningsförlaget AB.
- Malmström, S., Györki, I. & Sjögren, P. (1998). *Bonniers Svenska ordbok*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag AB.
- Michel, P-O., Bergh-Johannesson, K. & Lundin, T. (2006). *Psykologisk första hjälp i samband med katastrofer och olyckor*. *Läkartidningen*. 39 (103), 2855-2856.
- Michel, P-O. & Bergh-Johannesson, K. (2007). *Rapport från ISTSS konferens*. Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri. Hämtad 2008-01-30 från <http://www.katastrofpsykiatri.uu.se/Rapport%20ISTSS%20konferens%20i%20Baltimore%20nov%202007.pdf>
- Nauckhoff, P. (1994). *Katastrofer. Psyksiska reaktioner och första hjälp*. Stockholm: Birka.

- 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, 216-224.
- Pryzby, B. (2004). Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*. 21, 16-23.
- Renck, H. (1998). *Svikt av vitala funktioner*. Torekov: Aniva Förlag.
- Socialstyrelsen. (1994). *Medicinsk faktadatabas. Ett svenskt program för resultatuppföljning*. Tema: Akut omhändertagande. Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade, 1994:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensson, R. (1993). *Samhälle, medicin, vård. En introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Wikström, B-M. (1997). *Estetik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- 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.

BILAGOR

Bilaga 1: Sökhistoria

Sökord	Databas	Resultat	Antal valda artiklar	Antal artiklar i resultatet
Patient experience And Critical care	CINAHL	3	0	0
	MEDLINE	4	0	0
Patient experience And Accident	CINAHL	0	0	0
	MEDLINE	1	0	0
Patient experience And Trauma nursing	CINAHL	0	0	0
	MEDLINE	0	0	0
Nurse patient relations Or Professional-patient relations	CINAHL	21 266	0	0
	MEDLINE	134	0	0
Trauma or Trauma nursing And Nurse patient relations Or Professional-patient relations	CINAHL	45	4	2
	MEDLINE	0	0	0
Feeling safe	CINAHL	33	2	1
	MEDLINE	38	0	0
Emergency department	CINAHL	8 768	0	0
	MEDLINE	23 958	0	0
Anxiety	CINAHL	7 122	0	0
	MEDLINE	35 621	0	0
Emergency department And Anxiety	CINAHL	45	2	1
	MEDLINE	86	0	0
Stress and stressors	CINAHL	4 603	0	0
	MEDLINE	10 437	0	0
Patient experience And Intensive care	CINAHL	7	0	0
	MEDLINE	1	0	0

Patient perceptions				
And				
Intensive care	CINAHL	3	0	0
	MEDLINE	0	0	0
Intensive care unit	CINAHL	7 114	0	0
	MEDLINE	22 509	0	0
Stress or stressors				
And				
Intensive care unit	CINAHL	65	2	1
	MEDLINE	50	0	0
Trauma resuscitation	CINAHL	74	1	1
	MEDLINE	177	0	0
Manuell sökning			6	4
Totalt			17	10

Bilaga 2: Artikelöversikt

Titel: The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department.
Författare: Baldursdottir G, Jonsdottir H
Tidskrift: Heart & Lung
Syfte: The purpose of the study was to identify which nurse caring behaviors are perceived by patients in an ED as important indicators of caring.
Metod: Kvantitativ, icke experimentell, deskriptiv metod användes. Ett frågeformulär mailades hem till 300 patienter som hade fått vård på en akutmottagning. Responsen var 60.7%.
Antal ref: 40
Publ år: 2002
Land: Island

Titel: Patient anxiety in the accident and emergency department.
Författare: Byrne G, Heyman R
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing
Syfte: The aim of the study was to identify sources of anxiety for patients in the A & E department and examine the relationship of anxiety to variables of age, sex seriousness of condition and department.
Metod: Kvalitativ och kvantitativ strukturerad intervjustudie där 96 patienter på två olika akutmottaningar deltog.
Antal ref: 22
Publ år: 1997
Land: England

Titel: Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses.
Författare: Cornock M A
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing
Syfte: The aim of the study was to investigate the perception of nurse and patients regarding the stressors faced by patients in a United Kingdom intensive care unit environment. One of the aims was also to discover if the results could be replicated from an American intensive care unit.
Metod: Kvantitativ intervjustudie där The Environmental Stressors Questionnaire användes. 71 patienter och 71 sjuksköterskor deltog i studien.
Antal ref: 9
Publ år: 1998
Land: England

Titel: Nurse Comforting Strategies, Perceptions of Emergency Department Patients.
Författare: Hawley M P
Tidskrift: Clinical Nursing Research

Syfte: The purpose of the study was to address the following questions: What nurse strategies do ED patients perceive as comforting? and What do patients perceive as outcomes of nurse comforting strategies?

Metod: Kvalitativ explorativ metod där 14 patienter som initialt fått vård på en akutmottagning deltog

Antal ref: 23
Publ år: 2000
Land: Canada

Titel: Perceptions of Nurses' Caring Behaviors by Trauma Patients.

Författare: Hayes J S, Tayler-Ball S

Tidskrift: Journal of Trauma Nursing

Syfte: The purpose of the study was to describe the perceptions of nurses' caring behaviors by moderately to severely injured trauma patients.

Metod: Kvalitativ deskriptiv intervju studie där 70 patienter deltog.

Antal ref: 8
Publ år: 2007
Land: USA

Titel: Feeling safe: The Psychosocial Needs of ICU patients.

Författare: Hupcey J E

Tidskrift: Journal of Nursing Scholarship

Syfte: The purpose of the study was to describe the psychosocial needs of critically ill patients, including descriptions of patients experiences when these needs are not met, and behaviors of families, friends and ICU staff that help or impede meeting these needs.

Metod: Kvalitativ ostrukturerad intervjustudie där 45 IVA-patienter deltog.

Antal ref: 37
Publ år: 2000
Land: USA

Titel: Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of Accident and Emergency interventions

Författare: Jay R

Tidskrift: Accident and Emergency Nursing

Syfte: The aims of the study were:
To explore and describe issues in relation to nursing care that are important to trauma patients in A & E.
To identify nursing interventions that are particularly helpful or unhelpful to trauma patients whilst in the A & E department.

Metod: Kvalitativ intervjustudie där Critical Incident Technique användes. 5 patienter intervjuades.

Antal ref: 26
Publ år: 1996
Land: England

Titel: The Experience of Trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes From Seven Patients.
Författare: O'Brien J-A, Fothergill-Bourbonnais F
Tidskrift: Journal of Emergency Nursing
Syfte: The purpose of the study was to determine (1) patient perspectives of the experience of trauma resuscitation in the emergency department; (2) if patients have perceptions of vulnerability during trauma resuscitation in the emergency department; and (3) if there are factors that influence the patients' experience.
Metod: Kvalitativ intervjustudie där 7 patienter deltog.
Antal ref: 19
Publ år: 2004
Land: Canada

Titel: Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care.
Författare: Pryzby B J
Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing
Syfte: The purpose of the inquiry was to examine the effects of the nurse caring behaviours and a family-centred approach to care on family stress responses related to acute illness or trauma.
Metod: Litteratursammanfattning
Antal ref: 27
Publ år: 2005
Land: USA

Titel: Trauma patients' encounters with the team in the emergency department – A qualitative study.
Författare: Wiman E, Wikblad K, Idvall E
Tidskrift: International Journal of Nursing Studies
Syfte: The aim of the study was to explore trauma patients' conceptions of the encounter with the trauma team.
Metod: Kvalitativ induktiv intervjustudie där 23 patienter deltog
Antal ref: 28
Publ år: 2007
Land: Sverige