

I trygga händer på akutmottagningen

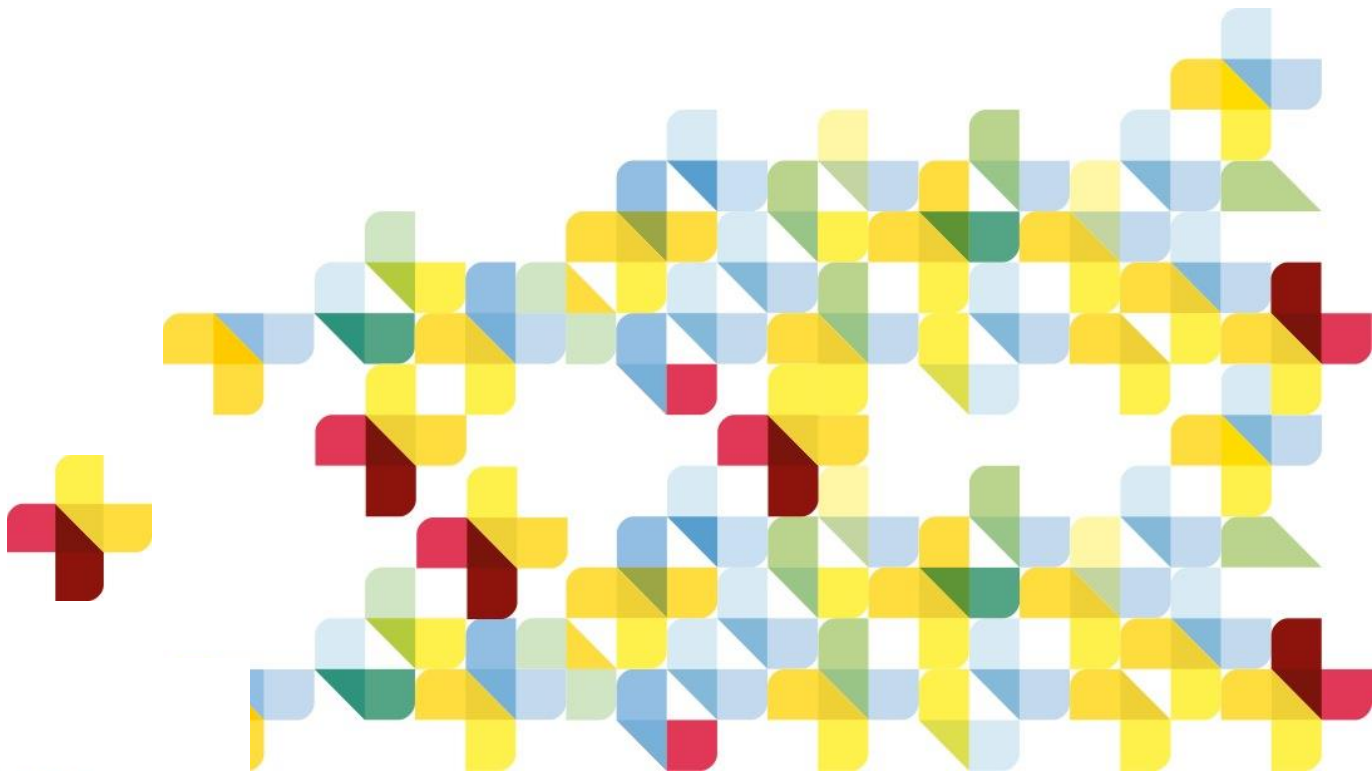


Hur kan sjuksköterskan främja trygghet hos den akut sjuka patienten på akutmottagningen?

Kandidatnummer:371
Lovisenberg diakonale högskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord:10311
Datum:14.04.16



Titel: I trygge händer på akutmottagningen

ABSTRAKT

Problemstilling: Hur kan sjuksköterskan främja trygghet hos den akut sjuka patienten på akutmottagningen?

Metod: Metod i oppsatsen  r en litteraturstudie huvudsakligen baserad på relevant fack- og forskningslitteratur, samt praktikerfarenhet på en akutmottagning.

Teoretisk perspektiv: Trygghet forklaras og diskuteras med utgångspunkt i sjuksköterskan Kerstin Segestens analys om patienters opplevelser av trygghet og otrygghet. For åt belysa tematiken utifrån ytterligere ett sjuksk tersketeoretisk perspektiv är Kari Martinsens omsorgsfilosofi vald som ett fundament i oppsatsen, vilken g r i träd med Segestens trygghetsdimensjoner.

Diskussion: Jag har diskutert patienters reaksjoner og behov vid akut sjukdom, og patientens ulike strategier for  t hantera sin situasjon på akutmottagningen. Segestens trygghetsdimensjoner  r gjennomgående i diskussionen. Kari Martinsens omsorgst nkende står også sentralt, den relationelle, praktiske og moraliske omsorgen. Social relation, helhetsforståelse, kunnskap, fornimelse, svak paternalisme og moralen  r framtr dende. Diskussionen omfatter videre om hur informasjon, patientmedverkan, en god relation og kunnskap, kan främja trygghet hos den akut sjuka patienten. Etiske og juridiske aspekter  r inkludert i diskussionen.

Konklusjon: Patientens reaksjoner og behov vid akut sjukdom  r individuelt. Den främmande situasjonen kan kännas osäker og uf ruts gbar, og kan därmed ge patienten ett  ktet trygghetsbehov. Vad trygghet år og vad som främjar trygghet  r den enskilda individens opplevelse. Som sjuksköterska måste man ha en forståelse for vilka omsorgshandlinger som kan främja trygghet. Forskning viser at informasjon og patientmedverkan främjar trygghet, likaså om sjuksköterskan etablerer en god relation till patienten. Tillit, sjuksköterskans h llninger, kontinuitet og stabilitet, beröring og åt vara tilgjengelig for patienten är en utgångspunkt for trygghet. Patienter vill kunna lita på åt sjuksköterskan innehar de kunnskaper som krävs for åt ge akutsjukvård. En akutmottagning k nneteknes av korte standardiserte möten, og sjuksköterskor oppfatter at tiden  r en faktor som kan hindre god omsorg. Sjuksköterskan bör samtidigt vara medveten over hur hon forvalter den tid hon har till rådighet med patienten.

Nyckelord: Akut sjukdom, trygghet, akutmottagning, helhetlig omsorg, patient-sjuksk terskerelation

Innehållsförteckning

1. Inledning och bakgrund för val av tema	1
1.1 Presentation av problemställning	1
1.2 Definition av centrala begrepp	2
1.3 Avgränsning	2
1.4 Uppsatsens disposition	3
2. Metod	4
2.1 Litteraturstudium som metod	4
2.2 Litteratursök	4
2.3 Källkritik	6
3. Teoretisk referensram	8
3.1 Akut sjukdom	8
3.2 Att vara akut inlagt på en akutmottagning	8
3.3 Sjuksköterskans ansvar på en akutmottagning	9
3.4 Ramfaktorer på en akutmottagning	10
3.5 Trygghet	11
3.5.1 Trygghet som begrepp	11
3.5.2 Trygghet som grundläggande behov	11
3.5.3 Tre dimensioner av trygghetsupplevelsen	12
3.6 Kari Martinsens omsorgsteori	13
3.6.1 Relationell omsorg	13
3.6.2 Praktisk omsorg.....	14
3.6.3 Moralisk omsorg	14
3.7 Yrkesetiska retningslinjer och relevanta lagar	15
4 Hur kan sjuksköterskan främja trygghet hos den akut sjuka patienten på akutmottagningen?	16
4.1 Patienters reaktioner och behov vid en akut inläggning	16
4.1.1 Patients olika strategier för att hantera sin situation på akutmottagningen	16
4.2 Omsorg sett från Kari Martinsens perspektiv	17
4.3 Information och medverkan- en betydning för trygghet	18
4.3.1 Nyckelord som verktyg för att minska patient ångest och säkra konsekvent vård	21
4.4 En god relation – en utgångspunkt för trygghet	22
4.4.1 Tillit och hållningar.....	23
4.4.2 Kontinuitet och stabilitet	25
4.4.3 Beröring och tillgänglighet.....	26
4.5 Kompetens främjar trygghet	27
5 Avslutning	30
Litteraturlista	31

1. Inledning och bakgrund för val av tema

De största akutmottagen i Norge tar emot upp till 45 000 patienter per år, vilket ger 125 patienter i dygnet (Engebretsen, 2015). Patienter som ankommer akutmottagningen blir omhändertagna för olika behov och upplevda symptom, och det krävs att sjuksköterskan har kunskaper för att kunna möta patienters behov för akut sjukvård. En akutmottagning kännetecknas av snabba, korta och standardiserade möten, där många patienter förses med vård och behandling, och det är ett begränsat utrymme för att ge individualiserad omvårdnad. (Andersson, Jakobsson, Furåker, & Nilsson, 2012). Forskning visar att patienter upplever en sårbarhet relaterat till sin situation på akutmottagningen, och har ofta känslor som hjälplöshet, rädsla, ensamhet och att vara beroende av andra (Elmqvist & Frank, 2015). Helsetilsynets (2008) rapport om försvarlig patientbehandling i akutmottagen, visar att vid stor patientbelastning blir inte patienter med oklar diagnos tillräckligt observerade och uppföljda under tiden de väntar på en läkarundersökning.

Under sjuksköterskeutbildningen har jag haft praktik på en medicinsk akutmottagning, vilket väckte mitt intresse för akut sjukvård och sjuksköterskans ansvar i mötet med akut sjuka patienter. Jag har upplevt att ovissheten, väntandet och de okända omgivningarna kan göra patienten ängslig, något som kan resultera i att inläggningen kan kännas obehaglig för många. Situationen kan kännas oförutsägbar och ge patienten ett ökat trygghetsbehov, och som sjuksköterska är det viktigt att ha en förståelse för vad trygghet och otrygghet är, och vilka omsorgshandlingar som närmast kan leda till att patienten kan känna sig trygg i förhållande till sjuksköterskan (Segesten, 2010). I svensk hälso- och sjukvårdslag framhävs patientens rätt till trygghet, medan den norska patient- och brukerrettighetsloven inte använder konkret själva ordet, men framhäver i flera paragrafer förhållanden som direkt kan kopplas till upplevelse av trygghet (SFS, 1982, Patient- och brukerrettighetsloven, 1999). Med denna uppsats vill jag undersöka vad sjuksköterskan kan förverkliga, trots korta effektiva möten, för att få patienten att känna sig omhändertagen och i trygga händer på akutmottagningen.

1.1 Presentation av problemställning

På bakgrund av valt tema är följande problemställning utarbetad:

Hur kan sjuksköterskan främja trygghet hos den akut sjuka patienten på akutmottagningen?

1.2 Definition av centrala begrepp

Här avklaras och definieras kort om centrala begrepp som har betydning för problemställningens förståelse.

Akut sjukdom

Begreppet akut har synonymer som kritisk, plötslig, våldsam, brått. Akut pekar på en plötslig, oväntad uppstådd tillstånd. Akut sjukdom definieras av Helse- og omsorgsdepartementet i NOU:

Med akutte somatiske tilstander menes tilstander hvor det kreves uoppholdelig diagnostikk og eventuell terapi for å: gjenopprette og/eller vedlikeholde de vitale funksjoner respirasjon og sirkulasjon, forhindre og/eller begrense funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, gi adekvat smertebehandling ved svære smertetilstander (NOU, 1998, s. 22).

Akutmottagning

Helsedirektoratets definition av en akutmottagning:

” Akuttmottak er en avdeling eller enhet i sykehus med akuttberedskap, for mottak, diagnostikk og behandling av pasient med akutt oppstått sykdom, akutt forverring av eksisterende sykdom eller skade.” (1999, s. 8).

Trygghet

Trygghet anges i synonymer som sikker, lugn, sorgfri, obekymrad, tillitsfull, selvmedveten og självsäkerhet (Segesten, 2010, s.126). Begreppet trygghet blir vidare beskrivit i kapitel 3.5.

1.3 Avgränsning

Akutmottagning är vald som kontext, då jag vill utforska hur sjuksköterskan kan främja trygghet i mötet med patienten på akutmottagningen. Jag har valt att fokusera på vuxna akut sjuka patienter, som inte har ett sjukdomstillstånd med en hastande allvarlighetsgrad, därmed är kritisk sjuka patienter och större trauman inte inkluderade i uppsatsen. Akut sjukdom får konsekvenser för både patientens fysiska och psykosociala behov, men problemställningen

inriktas på patientens psykosociala behov (Stubberud, 2013a). Patienten är från tidigare frisk och har därmed lite eller ingen tidigare erfarenhet med vistelse på sjukhus. Jag har valt att inte basera patienten utifrån ett specifikt sjukdomstillstånd, då patienten ofta är ovetandes om vad som är orsaken till att hälsotillståndet är försämrat. Anhöriga kan främja trygghet hos den akut sjuka patienten, och det är av stor betydning för patientens återhämtning och vistelse på sjukhuset att anhöriga är tillgängliga (Stubberud, 2013a). Jag har valt att se närmare på relationen mellan patienten och sjuksköterskan, och anhöriga vill därmed enbart nämnas kort i kontext med behov för trygghet. Vidare fokuseras uppsatsen på patienter med västlig bakgrund.

1.4 Uppsatsens disposition

Vidare följer metodkapitel, där uppgiftens metod presenteras, samt framgångssätt för inhämtning av data. Därefter följer teoridelen, som är grundläggande teori för att belysa problemställningen. Efter teori följer ett diskussionskapitel, där jag vill diskutera min problemställning utifrån resultat av facklitteratur och forskningsartiklar, samt egen erfarenhet ifrån praktik. Avslutningsvis uppsummeras det jag har kommit fram till efter arbetet med denna uppsats.

2. Metod

Metod är hur man går till väga för att inskaffa och efterpröva kunskap, det är redskapet som används för att finna det man önskar att undersöka. Syftet med att välja en bestämd metod är att vi menar den vill ge oss god data och belysa vår fråga på ett intressant sätt (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudium som metod

Metod som används i denna uppsats är ett litteraturstudium efter Høyskolens kriterier för uppsatsskrivning. Enligt Dalland är litteraturstudium en forskningsöversikt, där målet är att använda den kunskap som redan finns, inte söka efter ny kunskap om temat. Jag tar utgångspunkt i utvald fack- och forskningslitteratur, samt egen erfarenhet ifrån praktik för att diskutera olika förhållanden runt problemställningen. Jag har använt mig av forskningsartiklar med kvalitativ metod, vilken inriktas på att fånga upp mening och upplevelse som inte låter sig kvantifieras eller målas. Kvalitativ forskningsintervju försöker att förstå världen sett från intervjupersonens sida. Målet är att fånga upp betydningen av människors erfarenhet och avslöja hur dem upplever världen (Dalland, 2012).

2.2 Litteratursök

Litteratur är inhämtad ifrån biblioteket på Lovisenberg diakonale høyskole via databas Oria, och Høyskolens bibliotek. För att belysa problemställningen har jag sökt efter relevant litteratur om akut sjukdom, patientens reaktioner och behov vid akut sjukdom, akutmottagning, sjuksköterskans ansvar och funktion på en akutmottagning, trygghet, och sjuksköterskeperspektiv. Jag har även sökt efter teori om ramfaktorer på en akutmottagning, samt etiska och juridiska aspekter.

För att finna relevanta vetenskapliga artiklar och forskningsartiklar har jag sökt i databas Cinhal. Gemensamt för alla sök är språk (english language), referentgranskning (peer-review), samt att artiklar är avgränsat till att inte vara äldre än 10 år. Totalt 7 artiklar används, där 6 av dem är forskningsartiklar med IMRaD-struktur. Då det engelska språket saknar en direkt motsvarighet till ordet trygghet, gav det svårigheter med att finna engelska artiklar som handlade konkret om trygghet. Sökord som security och safety, gav mer träff på patientsäkerhet än trygghet. För att undersöka problemställningen, fick jag därmed utnyttja andra relevanta sökord. Vidare följer sökhistorik av samtliga artiklar, samt kort om artikelns

relevans för min uppgift. Resultat och slutsats i artiklar vill bli närmare presenterat i kapitel 3 och 4.

Artikel 1

Sökord: Emergency nursing och ethics, avgränsat till år 2010-2016, antal träff 87. En kvalitativ forskningsartikel av Langeland och Sørli (2011). Metod är en fenomenologisk hermeneutisk studie. Artikeln beskriver etiska dilemman på en akutmottagning utifrån sjuksköterskors perspektiv. Jag anser artikeln som nyttig då den ger en inblick i sjuksköterskans olika utmaningar i mötet med patienten på akutmottagningen.

Artikel 2

Sökord: Emergency service och patient participation, avgränsat till år 2006-2016, antal träff 33. En svensk kvalitativ forskningsartikel av Frank, Asp och Dahlberg (2009). Metod är en fenomenologisk studie. Jag har valt artikeln då den får fram patienters olika uppfattningar runt medverkan i egen vård på akutmottagningen.

Artikel 3

Sökord: Nurse- patient relations och emergency service kombinerat med emergency patients, eller emergency nursing, eller communication, avgränsat år 2010-2016, antal träff 38. En amerikansk fagartikel av Baker (2011). Jag ser artikeln som intressant, då den beskriver hur sjuksköterskan kan använda nyckelord för att minska patientens ångestupplevelse, samtidigt som det säkrar konsekvent vård.

Artikel 4

Sökord: Emergency service och safety, avgränsat år 2010-2016, antal träff 140. En svensk kvalitativ studie av Elmqvist och Frank (2015). Metod är en sekundär analys av kvalitativa intervjuer. Artikeln belyser patienters olika strategier för att hantera sin situation på akutmottagningen, vilket gör den relevant för min uppgift för att få en närmare förståelse för hur sjuksköterskan kan identifiera dessa strategier och bemöta patientens individuella behov.

Artikel 5

Sökord: Emergency service och patient attitudes, avgränsat år 2010-2016, antal träff 122. En svensk kvalitativ forskningsartikel av Möller, Fridlund och Göransson (2010). Metod är en

fenomenologisk studie. I artikeln beskriver patienter sin uppfattning av prioriteringssystemet, triage. Jag anser artikeln som nyttig då den belyser att sjuksköterskan bör observera patientens helhetssituation på akutmottagningen.

Artikel 6

Sökord: Emergency care och content analysis, avgränsat år 2010-2016, antal träff 60. En svensk kvalitativ forskningsartikel av Andersson, Jakobsson, Furåker och Nilsson (2012). Metod är en kvalitativ explorativ undersökning. Artikeln är relevant, då den ger en förståelse för sjuksköterskans dagliga arbete på en akutmottagning.

Artikel 7

Sökord: Nurse patient relations och anxiety, avgränsat årtal 2010, antal träff 66. En amerikansk vetenskaplig artikel av Wagley och Newton (2010). Artikeln är vald då den tar upp hur sjuksköterskan kan bemöta patientens rädsla och ångest på akutmottagningen

2.3 Källkritik

Enligt Dalland är källkritik de metoder som används för att fastslå om en källa är sann. Detta innebär att bedöma och karaktärisera litteraturen och de källor som har använts. Vid att presentera källkritik kan läsaren ta del i reflektioner som författaren har gjort, om vilken relevans och giltighet litteraturen har när det gäller att belysa problemställningen (Dalland, 2012).

Jag har undersökt om använda källor är av relevans för att belysa min problemställning. Vidare har jag bedömt litteraturens giltighet och hållbarhet vid att förexempel se på vem författaren är, artikelns ändamål och när texten är skriven (Dalland, 2012). Facklitteratur och forskningsartiklar av nyare datum är använd, med undantag av sjukskötersketeoretikern Kerstin Segetsen, som förklarar och diskuterar trygghet som ett livsfenomen, vilket alltjämt används i nyare fack- och forskningslitteratur. Därmed har jag bedömt Segetsen som en säker källa. Omvårdnadsvetenskaplig forskning om trygghet och otrygghet är dock begränsad, vilket kan bero på av att vi alla har en intuitiv känsla om vad trygghet innebär, och gör det därmed mindre intressant att fördjupa sig i. Litteratur om Kari Martinsens omsorgsfilosofi är också av äldre datum, men hennes idéer har haft stor inflytelse på den teoretiska utvecklingen av omvårdnad i hela Skandinavien och anses som aktuell även idag.

Enligt Dalland är målet med forskning att det inte ska gå på bekostnad av andra människors integritet, därmed har jag valt artiklar som är etisk godkända. Artiklarna jag har valt är även referentgranskade (peer-review), vilket innebär att experter har bedömt och godkänt artikeln innanför det vetenskapliga området (Dalland, 2012). Flertal av de artiklar jag har använt är svenska. Utifrån teori, har jag bedömt resultat i artiklar som överförbart till Norge, på bakgrund av att förhållanden på en akutmottagning i dessa två länder har många likheter. Två av artiklarna är amerikanska, vilka också ses som överförbara till Norge. Jag har i stor grad använt mig av primärkällor och sökt efter senaste utgivningsår, då det styrker uppsatsens trovärdighet. Delar av den litteratur och forskning jag använder refererar till andra, vilket gör att jag står i fara för att påverkas av författarens syn och tolkning när jag diskuterar, men jag har haft i baktanke om att granska de olika källorna kritiskt.

3. Teoretisk referensram

Följande kapitel är en genomgång av samlad litteratur och forskningsartiklar, vilket bildar kunskapsgrundlaget för att belysa problemställningen.

3.1 Akut sjukdom

Inledningsvis förklarades kort att akut sjukdom uppstår plötslig. Stubberud påpekar att det utvecklas snabbt utan en föregående sjukdomshistoria, men kan också fort gå över. Exempel på akut somatisk sjukdom är hjärtinfarkt, hjärnslag, akut pankreatit, akut njurskada, olika infektioner, olika cancersjukdomar, skador i centralnervsystemet, brandskador, samt benbrottskador. Akut sjukdom kan utvecklas till kritisk sjukdom, där förexempel en hjärtinfarkt kan medföra kronisk hjärtsvikt, men patienten vill som regel fort bli bättre efter riktig medicinsk behandling och omvårdnad. Liggetid på sjukhuset varierar, beroende på sjukdomens karaktär och behandlingstid (Stubberud, 2013a, s.17).

3.2 Att vara akut inlagt på en akutmottagning

Det som kännetecknar flertalet av akut sjuka patienter är att de inte har en diagnos, men blir inlagda med ett oklart problem (Helsetilsynet, 2008). En akut inläggning på sjukhus kan kännas dramatiskt och stressfull, då patienten kan uppleva oro relaterat till att inte veta varför sjukdom har uppstått, och hur allvarligt tillståndet är. Dessa känslor kan få konsekvenser för patientens psykosociala behov (Wagley & Newton, 2008). Enligt Stubberud har psykosociala behov vid sjukdom sin utgångspunkt som ett upplevt fenomen, det vill säga hur patienten upplever det att vara sjuk. Stubberud påpekar att patientens reaktioner och behov vid akut sjukdom är en subjektiv upplevelse, och har sammanhäng med flera faktorer som sjukdomens allvarlighetsgrad, tidigare erfarenhet, ålder, kön, personlighet, utbildning, etnicitet, kultur, emotionella och kognitiva faktorer, samt om patienten har en psykisk lidelse. Akut sjukdom kan för många upplevas som en kris, och utlösa en tankeprocess om vad som är viktigt och betydningsfullt för en i livet. Stubberud understryker vidare att akut sjuka patienter ofta har lite insikt och kontroll över situationen, och kan därmed uppleva ångest. Omgivningen kan upplevas otrygg, som en hektisk miljö med okända ljud, lukter och nya folk. Den främmande situationen kan skifta mellan trygghet och otrygghet, visshet och ovisshet, hopp och hopplöshet (Stubberud, 2013a, s.21). I en studie utförd av Elmqvist och Frank beskriver patienter en känsla av sårbarhet relaterat till sin situation på akutmottagningen. Patienter

innehar ofta känslor som rädsla, hjälplöshet, ilska, ensamhet och att vara beroende av någon annan. Osäkerhet är också en vanlig upplevelse hos patienten, som ofta har anknytning till brist på information runt vad som sker med dem. Patienter beskriver även dåliga relationer till sjuksköterskan, som upplevs ha ett övervägande fokus på medicinska aspekter än patientens psykosociala behov. Det får patienter att känna sig oviktiga och överlämnade till sig själva (Elmqvist & Frank, 2015).

Sammanfattningsvis kan akut sjuka patienter uppleva sin situation som en kris, där känslor som rädsla, stress, otrygghet, osäkerhet, ensamhet, ilska, ångest och hjälplöshet ofta föreligger. Vid akut sjukdom är patienten i behov av information, och har ett behov om att sjuksköterskan är tillgänglig och visar ett genuint intresse. Patienten vill också kunna lita på att sjuksköterskan har tillräckligt med kompetens och skapar en god relation, och ser patientens helhetliga behov.

3.3 Sjuksköterskans ansvar på en akutmottagning

Patienter som blir inlagda på akutmottagningen blir oftast mött av en sjuksköterska (Helsetilsynet, 2008). I Sverige, som i de flesta västländer, startar akut sjukvård med att sjuksköterskan utför triage, vars syfte är att snabbt och säkert bedöma patientens hälso- och sjukvårdsbehov, vårdnivå och prioritering. Baserat på medicinskt behov, sorteras patienter i olika nivåer med tidsintervall från omedelbar behandling av livshotande tillstånd, till mer lindrig sjukdom och skada (Elmqvist & Frank, 2015). Sjuksköterskans ansvarsområde under triage är ett inkomstsamtal med patienten, ta vitala målningar, samt sätta igång nödvändiga tilltag och administrera medikamenter förordnat av läkaren (Helsetilsynet, 2008, Andersson et al., 2012). Engebretsen poängterar viktigheten av att sjuksköterskan har ett gott klinisk blick, förmågan att ta snabba beslut och genomför enklare och mer avancerade interventioner för att omhänderta patientens grundläggande behov (2015, s 701,704) Sjuksköterskan har ett stort ansvar runt diagnostisering, då läkarens beslut ofta är baserat på hennes observationer (Langeland & Sørli, 2011).

Wagley och Newton påpekar att sjuksköterskan på akutmottagningen har ett viktigt ansvar om att bemöta och hantera patientens psykosociala behov, då psykosociala interventioner kan ha betydning för behandlingsresultat och minska patientens rädsla och ångest. Psykosociala interventioner innebär att sjuksköterskan etablerar tillit till patienten, ger information och är

emotionellt närvarande (Wagley & Newton, 2010). Stubberud betonar viktigheten av att sjuksköterskan är tillgänglig och försöker förstå patientens upplevelse av sjukdom (Stubberud, 2013a, s.22,24).

3.4 Ramfaktorer på en akutmottagning

Helsetilsynet skriver att akutmottagningen har olika organisatoriska placeringar på sjukhusen. Akutmottag kan vara en egen avdelning innanför en akutmedicinsk eller medicinsk klinik, eller en sektion i avdelningen. Läkare blir ofta inhämtade ifrån andra avdelningar, medans sjuksköterskor ofta är fast ansluten personal till akutmottagningen (Helsetilsynet, 2008). Engebretsen skriver att det också föregår daglig samhandling med ambulanspersonal, radiografer, bioingenjörer och portörer (2015, s.703) Helsetilsynet påpekar att på bakgrund av att många av sjukhusets avdelningar är involverade i tjänsterna på akutmottagningen, och för att säkra försvarlig patientbehandling, krävs det att olika tvärprofessioner samarbetar, både på ledningsnivå och operativt nivå. Det ställer stora krav om flexibilitet och kommunikation (Helsetilsynet, 2008).

Andersson et al. påpekar att det förutsätts goda yrkeskunskaper för att bemöta patientens behov för akutsjukvård och att det finns nationella beskrivningar på den kompetens som krävs för registrerade sjuksköterskor på en akutmottagning. Arbetssituationen på akutmottagningen kan fort ändras ifrån översiktlig till mer kaotisk, därmed kan det vara tidsbrist och en begränsad räckvidd för att utöva individualiserad vård (Andersson et al., 2012). Hastandegrad och kapacitet på avdelningen är avgörande för när patienten blir mottagen av sjuksköterskan. (Engebretsen, 2015, s.707). Helsetilsynet rapporterar, att vid hög belastning på akutmottagningen får patienter med olösta diagnoser ofta begränsad tillsyn och uppföljning under tiden de väntar på en läkarundersökning. På de övriga avdelningarna på sjukhuset är det ofta brist på platser, vilket medför att patienter ofta får vänta en längre tid på akutmottagningen innan de blir överflyttade för eventuell vidare behandling. Omvårdnadsresurser kan därmed bli upptagna med att försöka slussa patienter vidare in i sjukhuset (Helsetilsynet, 2008). Socialstyrelsen skriver om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige. De främsta orsakerna till att väntetider kan bli långa är jourssystemet och/eller läkarbemanning, tillströmning av icke akuta patienter och överbeläggningar vid sjukhuset (Socialstyrelsen, 2013, s.27)

3.5 Trygghet

Kerstin Segesten är en svensk sjuksköterska, vårdlärare, filosofie doktor och docent. Segesten (2010) påpekar att människor i nordén lever i fred och utan någon större risk för naturkatastrofer. De flesta av oss har ett hem, ett jobb, en fungerande ekonomi och barn har möjlighet att få gå till skolan. Vi har tillgång till ett polis- och rättsväsende, och har rätten till sjukvård om vi skulle bli sjuka eller få en skada. Vi lever med andra ord ett relativt tryggt liv, men många av oss ser ofta trygghet som en självklarhet. Segesten skriver vidare att som sjuksköterska är det viktigt att få en djupare förståelse för vad det innebär att vara trygg och otrygg, och vilka handlingar inom vården som får patienten och hans anhöriga att uppleva trygghet (Segesten, 2010, s.125).

3.5.1 Trygghet som begrepp

Trygghet är enligt Thorsen relationell, den står alltid i förhållande till något. Thorsen har sett på begreppets ursprung, vilket beskrivs utifrån olika språk som pålitlig, säker, säkrad, obekymrad, tro, ärlig och sann. Ord som ärlighet, pålitlighet och trofasthet kännetecknar gärna egenskaper som det är önskligt att sjuksköterskan har (Thorsen, 2011, s.107). Segesten (1994) omtalar trygghet som ett fenomen, det vill säga att definitionen av vad trygghet är, baseras på människans medvetande runt trygghet. Man kan finna och skapa förutsättningar för trygghet, men trygghet och otrygghet är alltid en upplevelse av den enskilde individen. Segesten har hittat en semantisk analys av begreppet trygghet utifrån 11 svenska ordböcker, som fastslår att en person är trygg när han är fredad, lugn, säker, självmedveten och förtröstningsfull. Segesten påpekar dock att en semantisk analys kan utgöra ett stöd och en utgångspunkt, men att den måste byggas på med andra analyser utifrån ett bestämt sammanhang (Segesten, 1994, s.3,10,11).

3.5.2 Trygghet som grundläggande behov

Segesten (2010) framhäver att vara trygg anses som något gott och positivt, det är viktigt för oss människor och det är något vi erfar genom livets gång. Segesten relaterar till psykoanalytiker Freud, som kopplar trygghet med människans grundläggande drivkraft för överlevnad. Freud ser trygghet som en del av psykoanalysens njutningsprincip, där människan söker efter välbehag och undviker smärta. Trygghet kan ses som ett välbehag och bidrar till att vi trivs och är välmående (Corsini, refererat av Segesten, 2010, s.126,127). Innanför omvårdnad har det enligt Thorsen (2011) varit vanligt att se på trygghet som ett behov

människan har. Thorsen visar till den humanistiska psykologen Maslow, som har bidragit till vår förståelse för fenomenet trygghet. Maslow beskriver våra behov utifrån en behovspyramid, där fysiologiska behov som mat, dricka och sömn kommer först, därefter söker människan efter trygghetsbehovet. Med trygghet menar Maslow behov för förutsägbarhet och att vara beskyddad (Maslow, refererad av Thorsen, s.110). Thorsen (2011) hävdar vidare att bli sett och att få uppmärksamhet har ett nära sammanhäng med människans behov för trygghet. Sjuksköterskan måste våga vara tillgänglig och lyssna på patienten. Inläggning på sjukhus kan försvaga förutsägbarheten och medföra förändringar i livets sammanhäng, och trygghet är därmed ett behov som de flesta har i samband med den främmande situationen på sjukhus (Thorsen, 2011, s.111-112).

3.5.3 Tre dimensioner av trygghetsupplevelsen

Segesten (1994) har utfört en kvalitativ undersökning, där 20 patienter på en somatisk avdelning intervjuades. Syftet var att få en inblick i vad som sker med trygghetsupplevelsen under en sjukhusvistelse. Utifrån sin analys av samtliga intervjuer, delar Segesten in begreppet trygghet i tre dimensioner; trygghet som en känsla, en inre trygghet och en yttre trygghet. Känslan av trygghet blir beskrivit i termer som balans, värme, glädje, lycka, tillit, och harmoni. Självtryggheten, den inre tryggheten är en grundtrygghet, som framstår vid en positiv uppväxt och i anknytning till en livssyn. Den yttre dimensionen av trygghet är relaterat till yttre förhållanden, människans livssituation, och delas vidare in i relationstrygghet, kunskaps- och kontrolltrygghet och förlita- sig- på- andra- trygghet (Segesten, 1994, s.12-16).

Enligt Segesten är relationstrygghet förknippat med nära och solida relationer, och omfattar familj, vänner och bekanta. Det är viktigt för patienten att det är kontinuitet i vårdrelationen och att kontakten hålls med anhöriga. Öppenhet, gensidighet och förståelse kännetecknar trygga relationer. Att vara tillgänglig och ha en fysisk närhet vid att kanske hålla någon i handen upplevs som viktigt vid relationstrygghet (Segesten, 1994, s.13,16)

Kunskaps- och kontroll-trygghet innebär att ha kontroll över situationen, att få besked och att veta vad som ska ske, olika roller, förväntningar och krav som ställs. Det handlar också om tryggheten i vardagen och känslan om att vara delaktig (Segesten, 1994, s.16)

Segesten belyser att när en person hamnar i en situation han inte har kontroll över, är förlitlighet -på- andra- tryggheten en viktig faktor. Patienten är beroende av att de som ger hjälp använder sina kunskaper och färdigheter. Sjuksköterskan har ett stort ansvar om att ta vara på de patienter som kan vara totalt beroende av oss. Segesten skriver att det talas om att vara i ”trygga händer” och att få lov att vara ”trygg och hjälplös” hos någon annan (Segesten, 1994, s.16)

3.6 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen är en norsk sjuksköterska, magister i filosofi och filosofie doktor. Martinsen är vald som sjuksköterskeperspektiv, då jag har uppmärksammat att delar av hennes omsorgstänkande är i tråd med Segestens (1994) trygghetsdimension om vad som främjar trygghet hos patienten. I *Omsorg, sykepleie og medisin* (2003), framhäver Martinsen att omsorg är den fundamentala förutsättningen för allt mänskligt liv. Betydningen av omsorg är att vi människor är totalt beroende av varandra, och vi inte kan leva i isolation (Martinsen, 2003, s.69) Vid sjukdom och lidelse träder beroendet av andra speciellt fram, och med utgångspunkt i patientens beroende måste omsorg vara sjuksköterskans värdegrundlag (Martinsen, 2003, s.75). Omsorg har med välgörenhet att göra, och att man ska behandla andra så som vill bli behandlad själv. Martinsen beskriver omsorg vidare utifrån tre dimensioner; den relationella, praktiska och moraliska (Martinsen, 2003, s.14-17).

3.6.1 Relationell omsorg

Den relationella omsorgsdimensionen tar utgångspunkt i gemenskap och att vi människor är beroende av varandra. I vårdsituationer är patienten beroende och mottar, medan sjuksköterskan utövar och ger omsorg (Martinsen, 2003.s 69). Detta förutsätter det Martinsen (2003) beskriver som generaliserad gensidighet, vilket bygger på att omsorgsytaren inte ska förvänta sig något i gengäld. Generaliserad omsorg är en reflektion av förståelsen av att alla människor kan hamna i situationer där man är i behov av omsorg, och förståelse för den andras situation är en förutsättning för att kunna handla omsorgsfullt. För att vi ska kunna förstå varandra måste vi dela en dagligvärld där vi har en gemensam erfarenhet om förexempel normer, regler, behov eller verksamheter (Martinsen, 2003, s.15, 69,75).

3.6.2 Praktisk omsorg

Martinsen påpekar att omsorg är en praktisk handling. Omsorgens handling växer utifrån den konkreta situationen och bygger på en helhetsförståelse (Martinsen, 2003, s.16) Martinsen förklarar detta närmare med liknelsen om den barmhärtiga samariten, där tre förbipasserande ser en främmande skadad man med olika perspektiv. Samariten hjälper den skadade mannen, han ställer sig inte utanför som de två andra, utan han deltar aktivt och blir berört av situationen. Det är en konkret handling med villkorlös hjälp. Samariten såg med ögon som inte gjorde någon skillnad, samtidigt som det gjorde en skillnad. Martinsen använder här en metafor om det registrerande och det förnimmande ögat, där det registrerande ögat försöker hitta sammanhäng vid att sätta allt i ett system vid att systematisera, rangera och klassificera. Genom att se med det förnimmande ögat håller vi oss öppna, uppfattande och tolkar sinnesintryck. Martinsen menar att den professionella sjuksköterskan använder sig av båda dessa ögon, det hon kallar att se med ett hjärtligt deltagande öga. Det innebär att använda sig av yrkesmässig förståelse, genom vetenskap och teknologi, samtidig uppmärksamma patienten bak sjukdom (Martinsen, 2000, s.10-36).

3.6.3 Moralisk omsorg

Omsorgens moraliska dimension är enligt Martinsen kopplat till förhållandet mellan människor, som är präglad av makt och beroende. Moralen spelar en viktig roll i förhållandet till hur man förvaltar makten och beroendet. Omvårdnad som omsorg måste bygga på moralisk ansvarig maktanvändning, där sjuksköterskan måste lära sig hur ansvaret om den svaga ska praktiseras (Martinsen, 2003, s.17) Martinsen (2005) beskriver det som en svag paternalism, där sjuksköterskan sätter sig in i den andra situation och respekterar patientens autonomi, samtidigt som hon använder sin yrkeskompetens och handlar till det bästa för patienten. Om det gagnar patienten ska han involveras i beslutningar om sin omvårdnad, men sjuksköterskan måste använda sina kunskaper och överväga om upplysningar är till det bästa för patienten där och då. Sjuksköterskan ska också vara medveten över sina hållningar som kan bidra till att den andras liv antingen känns hotfullt eller tryggt. Martinsen understryker att den moraliska sidan av omsorg är överordnad den praktiska och relationella omsorgen (Martinsen, 2005, s.136,143,146).

3.7 Yrkesetiska retningslinjer och relevanta lagar

Enligt yrkesetiska retningslinjer för sykepleiere er grunden för omvårdnad respekt för den enskilda individens liv och inneboende värdighet. Omvårdnad ska byggas på medkänsla, omsorg och respekt för de mänskliga rättigheterna, och vara kunskapsbaserad. Sjuksköterskan har ett personligt ansvar om att egen yrkesutövning är professionell, etisk och juridisk försvarlig. Sjuksköterskan ska omhänderta patientens behov för helhetlig omsorg och främja patientens möjlighet för att ta självständiga val genom att ge tillräcklig anpassad information och försäkra att informationen är förstådd (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), ger patienten rätten till att delta i genomförandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Det inkluderar patientens rätt att delta i valet mellan tillgängliga och lämpliga undersökningar och behandlingar. Patienten bör ha den information som krävs för att få en inblick i sitt hälsotillstånd, samt innehåll i hälso- och sjukvården. Patienten ska också informeras om möjliga risker och biverkningar. Informationen bör anpassas individens förmåga att ge och ta emot information (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Hälso- och sjukvårdspersonal ska enligt Helsepersonelloven utföra sitt arbete i enlighet med kraven på professionellt ansvar och omsorgsfull hjälp som kan förväntas baserat på deras kvalifikationer, arbetets natur och situationen i allmänhet. Den som utövar hälsovård skal ge information till den som har krav på det och inom vårdinrättningar ska informationen ges av den som institutionen utser (Helsepersonelloven, 1999)

4 Hur kan sjuksköterskan främja trygghet hos den akut sjuka patienten på akutmottagningen?

I detta kapitel diskuteras svar på problemställningen på bakgrund av teoretiskt ramverk och resultat ifrån fack- och forskningsartiklar, samt egen erfarenhet ifrån praktiska studier. Först diskuteras akut sjuka patienters reaktioner och behov, patienters olika strategier för att hantera sin situation på akutmottagningen, samt omsorg sett från Kari Martinsens perspektiv. I kapitel 4.3-4.5 följer diskussionen vidare om hur sjuksköterskan kan främja trygghet hos den akut sjuka patienten på akutmottagningen.

4.1 Patienters reaktioner och behov vid en akut inläggning

Enligt Stubberud är patientens reaktioner och behov vid akut sjukdom en subjektiv upplevelse, och har sammanhäng med flera faktorer som sjukdomens allvarlighetsgrad, tidigare erfarenhet, kön, ålder, utbildning, personlighet, etnicitet, kultur, emotionella och kognitiva faktorer, samt om patienten har en psykisk lidelse. Akut sjuka patienter har ofta lite insikt och kontroll över sitt tillstånd, och kan uppleva ensamhet, samt att vara totalt beroende av andra (Stubberud, 2013a). Elmquist och Frank belyser utifrån sin studie, att patienter ofta upplever en sårbarhet runt det att bli akut inlagt på akutmottagningen och vanliga känslor patienten innehar är rädsla, stress, hjälplöshet, ilska, ångest, och osäkerhet. Patienter på akutmottagningen framhäver viktigheten av få tillräckligt med information och få möjligheten att vara delaktig i planerandet och genomförandet av vård. Patienter är i behov av en god relation till hälsopersonal och ha en tilltro om att få den hjälps som är nödvändig (Elmquist & Frank, 2015). Resultat i Wagley och Newtons (2010) studie indikerar på vanliga rädslor patienter på akutmottagningen ofta innehar, som att inte kunna göra vanliga aktiviteter som förr oro om att förlora jobbet, orsaken till att sjukdom har uppstått och akutmottagningens miljö. Att läkaren ska ta en felaktig avgörelse, genomgå smärftfulla eller obekväma procedurer, injektioner och att bli kateteriserad är andra rädslor patienten har (Wagley & Newton, 2010).

4.1.1 Patients olika strategier för att hantera sin situation på akutmottagningen

I Elmquist och Franks (2015) studie upplever patienter att de har samma behov för vård, oavsett om det är akut sjuka eller inte, men hur de hanterar sin främmande situation på akutmottagningen är individuell. Resultat i studien visar att patienter, oberoende av diagnos

och medicinsk behandling, använder passiva och aktiva strategier för att hantera sin situation. Den passiva strategin innebär att vara tålmodig genom en tyst anpassning och vara tillmötesgående utan att störa någon. Akutmottagningens kliniska regler kontrollerar situationen och patienten underlägger sig sjukvårdsorganisationen. Att acceptera situationen är ett annat sätt att visa tålmodighet på. När patienter tänker på vad som kan förbättra sin situation, som att ställa frågor och att få sig något att dricka, avstår dem ifrån att kontakta någon och väntar hellre på sin tur. Det beskrivs som en aktiv dold strategi när patienter överlåter sig helt till hälsopersonalen. När patienter upplever att dem inte har tillräckligt med kunskap, litar dem på hälsopersonalens kompetens och tänker att dem är trygga i deras händer. Andra patienter är angelägna om att inskaffa kunskap på fältet, då dem tror att det ger en fördel för att kunna stå upp för sina rättigheter och få det dem önskar. Elmquist och Frank skriver vidare om en annan dold strategi, där patienter trots sin rädsla, ilska och frustration, väljer en positiv inställning. Patienter upplever att dem är i en beroendesituation och istället för att vara en besvärlig patient, är dem tillmötesgående för att få en större chans om att bli mött med vänlighet. En synlig aktiv strategi innebär att patienter väcker intresse fysiskt och verbalt, för att på så vis få sin röst hörd och påverka sin situation. För att få uppmärksamhet kan patienter ropa och skrika högt för att försäkra sig om att inte vara bortglömda (Elmquist & 2015). Av egen erfarenhet ifrån akutmottagningen har jag mött både passiva och aktiva patienter. En del patienter överlämnade sig helt utan att ställa några frågor, medans andra patienter var mer skeptiska till olika undersökningar och sökte mer tydligt efter information. Det kan tänkas att de patienter som ger mer uttryck för sina behov också får mer uppmärksamhet än de patienter som inte väcker lika mycket uppsyn. Elmquist & Frank (2015) belyser vidare viktigheten av att kunskap om dessa strategier inskaffas, så att sjuksköterskan istället kan stötta patienter och uppmärksamma deras individuella behov.

4.2 Omsorg sett från Kari Martinsens perspektiv

Enligt yrkesetiska retningslinjer för sykepleiere, ska sjuksköterskan ta utgångspunkt i att omvårdnad baseras på omsorg, medkänsla och respekt (Norsk sykepleierforbund, 2011). Hälso- och sjukvårdspersonal är samtidigt pliktade till att utföra sitt arbete med krav om professionellt ansvar och omsorgsfull hjälp (Helsepersonelloven, 1999). En studie av Wagley och Newton visar resultat om att sjuksköterskans omsorgsbeteende är viktigt för patienten. Patienter anser det som god omsorg när sjuksköterskan behandlar patienten som en enskild individ, när sjuksköterskan vet vad hon gör, visar respekt, sin fulla uppmärksamhet och

omtänksamhet, samt svarar tydligt på frågor (Wagley & Newton, 2010). Martinsen framhäver att omsorg är den mest grundläggande förutsättning för allt mänskligt och att omvårdnad byggs på omsorg. Omsorg är en social relation, som har med gemenskap och solidaritet att göra. Omsorg har med förståelse för andra att göra och det är de situationer vi har erfarenhet om som vi kan förstå. Omsorg ska vara äkta och sjuksköterskan måste förhålla sig till patienten med en hållning som erkänner den andras situation (Martinsen, 2003, s.71). Martinsens tre omsorgsdimensioner, den relationella, den praktiska och den moraliska, vilka beskrevs i kapitel 3.6.1-3.6.3, utgör ett fundament för den vidare diskussionen om hur sjuksköterskan kan främja trygghet hos den akut sjuka patienten.

4.3 Information och medverkan- en betydning för trygghet

I Segestens (1994) undersökning om vad som sker med patienters trygghetsupplevelse under en sjukhusvistelse, blir kunskap- och kontroll- trygghet belyst, vilket innebär att patienter önskar att få besked, bekräftelse, kunskap och få lov att vara delaktiga (Segesten, 1994). Enligt pasient- og brukerrettighetsloven har patienten rätt att delta i genomförandet av hälso- och sjukvårdstjänster, vilket inkluderar rätt till den information som krävs för att få inblick i sitt hälsotillstånd, samt innehåll i sjukvård (pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Sjuksköterskan har samtidigt ett ansvar om att omhänderta patientens behov för helhetlig vård och främja patientens möjlighet att ta självständiga val, samt plikt till att ge patienten tillräcklig anpassad information och försäkra att informationen är förstådd (Norsk sykepleierforbund, 1999, Helsepersonelloven, 1999).

Att vänta på akutmottagningen utan att få information kan upplevas av patienter som att lida tvåfaldigt. Patienter kan uppleva brist på information om prioriteringssystem, samt förväntad väntetid på akutmottagningen (Elmqvist & Frank, 2015). I en studie utförd av Möller, Fridlund och Göransson (2010) poängterar dock patienter att information om prioriteringssystemet anses som meningslös kunskap. Patienter kunde vara glada för brist på information, då dem i efterhand förstod att deras sjukdomstillstånd blivit prioriterad till lägsta akuta nivå. Hade dem haft mer information hade dem blivit upprörda och klagat på systemet. De patienter som hade fått tillräckligt med information, kunde däremot vara mer acceptabla till systemet och väntetid, och samtidigt vara mer förberedda på både positiva och negativa ändringar (Möller et al., 2010).

Enligt Segestens analys om önskemål om personalen och deras agerande för att öka trygghetsupplevelsen på sjukhus, önskar patienter att sjuksköterskan visar öppenhet och inte ljuger eller gömmer sig bak fasader och spelar säker när man är osäker. Patienter vill att sjuksköterskan delar med sig av sina kunskaper och ger sådana besked att utrymme för egen fantasi begränsas. Det innebär att sjuksköterskan inte ska ge felaktig information och bygga upp förväntningar som inte kan hållas. Vidare önskas konkret information, om exempelvis biverkningar, så att patienten vet vad han har att vänta sig, och att sjuksköterskan även lyssnar på den information patienten innehar (Segesten, 1994).

Enligt Möller et al. (2010) kan patienter på akutmottagningen uppleva rädsla för att bli bortglömda efter det första mötet med sjuksköterskan. Baker (2011) påpekar att sjuksköterskan kan förebygga oro om att glömmas genom att ge information om att utifrån bedömning av patientens hälsotillstånd är det tryggt att vänta. Under praktiken på akutmottagningen upplevde jag att det var betryggande för patienter att ha ett tidsperspektiv att förhålla sig till och att veta att hjälp fanns nära till hands. Sjuksköterskor informerade om att de skulle se till patienten med jämna mellanrum och avtalade när de skulle komma tillbaka igen. De patienter som låg i sin säng med hjärtövervakning, informerades om att deras hjärtrytm observeras även när sjuksköterskan inte befann sig hos patienten, och att hälsopersonal följer med på deras tillstånd och är inom räckhåll om förvärring skulle uppstå. Patienter fick också information om vem som var deras ansvarssjuksköterska och hur de kunde tillkalla hjälp vid ifrån sina rum.

I Franks, Asp och Dahlbergs studie om patientmedverkan på akutmottagningen, upplever patienter mer tillfredsställelse när dem får lov att medverka i sin situation. Patienter beskriver att medverkan främjar förtroende och att vara mindre beroende, samt att återfå en viss kontroll över sin situation. Patienter anser att dem är medverkande när dem får tillräckligt med information runt deras hälsotillstånd och vad som föregår runt dem (Frank et al. 2009). I en studie om det dagliga arbetet på akutmottagningen i Sverige, påpekar en sjuksköterska att det är svårt att ge patienten adekvat information. Sjuksköterskan upplevde stora krav för att kunna förmedla patienten det hon önskade och stora krav för att kunna förklara varför situation var som den var (Andersson et al., 2012). Enligt Langeland och Sørli upplever sjuksköterskor ett dilemma runt akutmottagningens öppenhet och pekar på svårigheter med att ge vård till patienter som måste ligga i korridoren på grund av stor patientbelastning och sjukhusets kapacitet. Frågor ställs och andra patienter kan över höra informationen, vilket ger

sjuksköterskan en utmaning om att förhålla sig till sin tystnadsplikt (Langeland och Sørlie, 2011).

Eide och Eide framhäver att sjuksköterskan bör ge så fullständig information som möjligt, men samtidigt inte överlasta patienten med information, som han inte har förmåga att komma ihåg eller förhålla sig till. Information ska bidra till att situationen blir mest möjlig förutsägbar och bör därför komma på rätt tidpunkt och i god tid (Eide & Eide, 2013, s.293). Det är läkarens huvudansvar att fastställa en diagnos och vilken behandling som krävs, och att ge den informationen till patienten (Andersson et al., 2012) Fullständig information innebär att patienten har krav på information om behandlingstilltag, procedurer, undersökningar och behandlingsförlopp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Målet är att patienten ska uppleva kontroll, men inte nödvändigtvis bestämma behandlingsformen. Patienten har rätt till medverkan och information, men ska inte styra det som är relaterat till sjuksköterskan och läkarens myndighet och ansvar. Informationen bör också alltid upprepas, då patienten lätt glömmer den på grund av stress, utmattning eller påverkande av smärtstillande (Stubberud, 2013b, s.77, 85).

Patienter kan på den andra sidan uppleva att hälsopersonal ger information utan att fråga patienten om vad de önskar att veta mer om (Frank et al. 2009). Eide och Eide påpekar att om sjuksköterskan ger patienten kontroll på information, utan att tänka på patientens behov och förutsättningar, kan det skapa osäkerhet hos patienten. Det krävs omtanke för att tillpassa information och patienten ska både kunna se, höra förstå och komma ihåg det som är nödvändigt (Eide och Eide, 2013, s.292). Engebretsen poängterar att när den akut sjuka patienten ankommer akutmottagningen krävs det att sjuksköterskan tar snabba avgörelser och genomför enklare och mer avancerade interventioner vilka är livsnödvändiga för att avklara patientens allvarlighetsgrad och omhändertaga grundläggande behov (Engebretsen, 2015, s.701). För att läkaren ska kunna ange en medicinsk diagnos, utför sjuksköterskan olika undersökningar, som blodtryck, puls, syremättnad, temperatur, blodprov, urinprov och EKG. Sjuksköterskan bör informera patienten parallellt medans undersökningar och procedurer utförs, vilket kan få patienten att känna sig tryggare på det som föregår (Andersson et al.,2012).

Martinsen (2005) påpekar på den andra sidan att sjuksköterskan bör använda sin förståelse för vad som är relevant och nödvändig information och om patienten ska involveras i sin

behandling. Sjuksköterskan har ett ansvar för den svaga och bör överväga om upplysningarna är till det bästa för patienten. Martinsen skildrar det som en svag paternalism, där sjuksköterskan går in den andras situation, använder sina kunskaper och färdigheter och utför det som gynnar patienten mest möjligt i den konkreta situationen. När den akut sjuka patienten kommer till akutmottagningen och är beroende av hjälp står sjuksköterskan i en maktposition. Den moraliska omsorgen spelar en viktig roll i hur sjuksköterskan förvaltar den makten hon har över patientens beroende. Sjuksköterskan har makt över patientens förståelse och kunskap, samt patientens förmåga och känsla av att hantera sin situation. Patientens uppfattning om vad som är relevant information kan också vara en helt annan än den sjuksköterskan har (Martinsen, 2005, s.145,146). Eide och Eide poängterar att sjuksköterskan bör tänka igenom det sätt hon informerar på och varför det görs just på det sättet. Även om patienten ser oberörd ut efter ha fått en chocknyhet är behovet för omsorg och trygghet stort. Sjuksköterskan har då ett ansvar om att bistå patienten med emotionell stötta för att hantera sin situation (Eide & Eide, 2013, s.292,299). Sjuksköterskan ska svara på frågor, eller finna bistånd om det är nödvändigt för att få svar, och har plikt till att dokumentera den information och omvårdnad som har getts, samt patientens reaktioner och behov. (Helsepersonelloven, 1999).

4.3.1 Nyckelord som verktyg för att minska patient ångest och säkra konsekvent vård

Enligt Baker (2011) kan sjuksköterskan på akutmottagningen använda nyckelord som verktyg för att minska patientens ångestupplevelse och samtidigt säkra konsekvent vård. ”*AIDET*”, förkortning på Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation och Thank You, är ett nyckelord som kan användas. *Acknowledge* innebär att sjuksköterskan är bekräftande och verkliggör patienten genom att visa ett leende, ha ögonkontakt och verbalt hälsar på patienten vid namn. Patienten upplever samtidigt det som en patientsäkerhet. *Introduce* betyder vidare att sjuksköterskan presenterar sig och sin titel, så att patienten vet vem som tar hand om honom. Under *duration* ingår information om hur lång väntetiden kan förväntas att bli för olika undersökningar, samt när resultat kan fås. Patienter visar uppskattning om sjuksköterskan är ärlig och hellre anger ett längre tidsintervall än ett för kort. Sjuksköterskan kan på nytt informera om det tar längre tid. *Explanation* innebär att patienten får tillräckligt med information runt medicinska aspekter och vad som ska göras om symptom förvärras eller kommer tillbaka. Efter att patienten har samtalat med läkaren, kan sjuksköterskan på nytt fråga patienten om han har ytterligare frågor och samtidigt försäkra att information är

förstådd. Till sist följer *Thank You*, där poänget är att sjuksköterskan visar omsorg och medkänsla och tackar för att ha fått lov att hjälpa patienten när han väl ska hem (Baker, 2011).

Information och medverkan kan vara en nyckel för att främja trygghet. Uppsummeringsvis bör sjuksköterskan undersöka patientens individuella behov och finna en balansgång om vad som är för mycket eller för lite information, och huruvida patienten ska involveras.

Informationen bör vara nödvändig och relevant och vara till det bästa för patienten i den konkreta situationen. Sjuksköterskan bör vara ärlig och lyssna på den information patienten innehar. Nyckelord kan användas för att minska patientens upplevelse av ångest, samtidigt som konsekvent vård säkras.

4.4 En god relation – en utgångspunkt för trygghet

Stubberud betonar viktigheten av att sjuksköterskan har en helhetsförståelse för vad som sker och kan ske med den akut sjuka patienten, på bakgrund av sjukdom, skada, tidigare upplevelser, behandling, kultur och etnicitet (Stubbred, 2013b, s.69). Segesten (1994) beskriver att självtryggheten, den inre tryggheten, kopplas till upplevelser av barndomen, men kan också byggas upp hos vuxna genom erfarenhet, positiva upplevelser, samt bearbetning av det som skapar otrygghet. Upplever patienten trygghet på yttre faktorer, är det större förutsättning att känna en inre trygghet. Segesten framhäver att en av de yttre dimensionerna av trygghet, relationstryggheten, är av betydning för patienter som är inlagda på sjukhus. Relationstryggheten är förknippat med nära och solida relationer och patienter påpekar att det är viktigt med kontinuitet i vårdrelationen. Det lyfts fram att den person som har trygghet ger trygghet (Segesten, 1994).

Enligt Elmqvist och Frank (2015), beskriver patienter en känsla av sårbarhet på akutmottagningen, relaterat till ensamhet och att vara beroende av någon annan. Martinsens relationella omsorgsdimension tar utgångspunkt i gemenskap om att vi människor är totalt beroende av varandra, och vid sjukdom och lidelse träder beroendet av andra speciellt fram. Akut sjuka patienter är beroende och mottar hjälp, medans sjuksköterskan utövar och ger omsorg. Martinsen påpekar att det förutsätter en förståelse för den andras situation och en generaliserad gensidighet, vilket bygger på att sjuksköterskan ska ge omsorg till den akut sjuka patienten utan att förvänta sig något i gengäld (Martinsen, 2003).

I Möllers et al. studie om patientens uppfattning av prioriteringssystemet triage, poängterade patienter att de uppskattar om sjuksköterskan har en positiv tillnärmning under det första mötet. Patienter beskrev det som en känsla av öppenhet, vilket var ovärderligt. När sjuksköterskan var omtänksam, varsam, lugn och gav tröst beskrev patienter det som fantastisk personal (Möller et al., 2010). På den andra sidan rapporterar patienter på akutmottagningen om dåliga relationer till hälsopersonal, då dem upplever att sjuksköterskan uppmärksamhet gradvis minskas när deras fysiska tillstånd är förbättrad. Det får patienter att känna sig överlämnade till sig själva med många praktiska problem (Elmqvist & Frank 2015).

Langeland och Sørli (2011) har utfört en norsk studie, utifrån sjuksköterskans perspektiv, om etiska utmaningar på akutmottagningen. En av de mest framträdande etiska utmaningarna anses vara svårigheter med att prioritera arbetsuppgifter och brist på tid med patienter. Sjuksköterskor möter svårigheter med att utföra lämplig och adekvat vård. Prioriteringar kan medföra en inre konflikt när det gäller egna ambitioner och förväntningar om att vara en bra sjuksköterska. I studien betonar sjuksköterskor vidare en etisk utmaning om den stora ansvarskänslan för allvarligt sjuka patienter och de upplever att det är nödvändigt med en enorm kapacitet för att tillgodose och tillfredsställa samtliga patienters behov. En sjuksköterska påpekade att hon inte alltid upplevde att hon hade utfört ett bra jobb även om det grundläggande var täckt, och det var inte en obehaglig känsla att bära inom sig efter en lång dag på jobbet. Sjuksköterskor kan inte undvika etiska dilemman i mötet med patienter på akutmottagningen, och det ger dem ett stort ansvar över patienten (Langeland & Sørli, 2011).

4.4.1 Tillit och hållningar

Martinsen (2005) betonar att tillit är centralt i omvårdnadsomsorg. Att visa tillit betyder att våga sig fram, att utelämnas sig och bli mött. Tillit är grundläggande i varje samtal och den ton vi har med andra. Vår hållning till varandra genom vår röst, blick och händer är med på att ge varandra livets ton. Martinsen understryker att den moraliska sidan av omsorg innebär att sjuksköterskan är medveten över sina hållningar inför patienten. Hållningar kan bidra till att göra patientens liv hotfullt eller tryggt. Det är en uppmaning till sjuksköterskan att ta vara på det liv som tilliten lägger i vår hand. Enligt Martinsen har sjuksköterskan två möjligheter, antingen att ta vara på den andra eller bryta ned tillitsrelationen. Patientens tillit kan missbrukas genom att sjuksköterskan utelämnar patienten och ställer sig som en åskådare,

vilket kan skapa misstillit. Det är nödvändigt att relationens styrs av regler, för exempel norm om att inte missbruka information, för att hindra att misstilliten växer. När sjuksköterskan tar emot den andras sårbarhet utvecklas kvaliteter i relationen (Martinsen, 2005, s.136,143,144). Enligt Baker har sjuksköterskan dagliga möjligheter om att sätta patienten i ett positivt ljus och minska patientens ångest. Men det är sjuksköterskans val, och det är ett val som måste göras aktivt varje dag (Baker, 2011). Patienter har ett behov för att bli behandlade med respekt, och respekt kan visas vid att sjuksköterskan omhändertar helhetlig omvårdnad och visar hänsyn till patientens psykosociala behov och inte bara det fysiska (Stubberud, 2013b, s.101). Wagley och Newton (2010) understryker att akut sjuka patienter ofta känner rädsla och ångest då de ankommer akutmottagningen relaterat till att inte veta vad som föregår runt dem. Sjuksköterskan kan omhänderta dessa känslor genom psykosociala interventioner, som etablering av tillit och att vara emotionellt närvarande. Att bemöta patientens rädsla och ångest, kan förbättra behandlingsresultat och förebygga att patienter blir våldsamma (Wagley & Newton, 2010). Andersson et.al (2012) påpekar att en relation mellan patient och sjuksköterskan är grundläggande för att skapa tillit, men enligt sjuksköterskor på akutmottagningen är det en utmaning. Sjuksköterskor anser att det kan vara otillräckligt med tid för att etablera en relation med patienten och att det är en viss tendens att fokusera på mer tekniska uppgifter än psykosociala interventioner (Andersson et al., 2012).

Stubberud påpekar dock att det nödvändigtvis inte är tiden som avgör om patienten upplever att bli sedd, men hur sjuksköterskan uppträder tillsammans med patienten. Patienter beskriver att trygghet och tillit kan uppnås när dem upplever att sjuksköterskan bryr sig, genom att dem visar god uppföljning och frågar hur patienten har det. Sjuksköterskan bör prata med patienten och inte till patienten. Akut sjuka patienter har ofta kort liggetid på akutmottagningen innan dem blir utskrivna eller sänds vidare till en annan avdelning för vidare behandling, därmed är sjuksköterskans uppträdande avgörande för att skapa tillit hos patienten (Stubberud, 2013b, s.98-99). Av egen upplevelse ifrån akutmottagningen, kan tillit innebära att när patienten ringer på hjälp, har han förväntningar om att det kommer en sjuksköterska som kan observera och bedöma hans tillstånd, och ge den hjälp som krävs.

Enligt Eide och Eide (2013) kan sjuksköterskan respondera genom att vara bekräftande eller avvisande, bemötande eller engagerad. Sjuksköterskan kan se i taket och låta den andra prata eller faktiskt möta den andres blick och lyssna på patienten. Sjuksköterskan bör förmedla en professionell hållning om en vilja och intresse att hjälpa patienten. I mötet med patienten är

det viktigt att sjuksköterskan är medveten över sitt kroppsspråk. Att ha en sittställning mot patienten under ett samtal förmedlar intresse och önskan om kontakt, vilket bidrar till förtrolighet och trygghet. Kroppens signaler är ofta små, men ihop med ansiktsuttryck, ögonkontakt och verbala signaler kan det prägla kontaktsituationen. Ett litet nick eller en handrörelse kan vara tillräckligt för att visa att sjuksköterskan lyssnar. Att visa stress och oroliga rörelser kan avleda uppmärksamheten och överföra oro till patienten och därmed är det viktigt att sjuksköterskan är avslappnad och har en lugn respiration. Om sjuksköterskan vänder sig kroppsligt till patienten och utstrålar ro, visas en öppenhet och ett intresse för patienten (Eide & Eide, 2013, s.198,208,209).

4.4.2 Kontinuitet och stabilitet

Enligt Thorsen kan en sjukhusinläggning försvaga patientens förutsägbarhet. Thorsen visar vidare till Maslows behovspyramid, där människan söker efter fysiologiska behov först, som mat, dricka och sömn, därefter söks trygghetsbehovet. Maslow förklarar att trygghet är ett behov för förutsägbarhet (Maslow, 1954, refererat av Thorsen, 2011, s.110). Under tiden patienten befinner sig på akutmottagningen har sjuksköterskan ett ansvar om att bemöta patientens grundläggande behov. Patientens bör erbjudas mat och dricka, informeras om möjligheter för toalettbesök, samt andra bekvämligheter, som att ge den frusna patienten en filt (Andersson et al.,2012).

Enligt Stubberud är målet är att patienten ska uppleva mest möjlig förutsägbarhet, genom att det är kontinuitet i hälsohjälpen och stabilitet i behandlingssituationen. Patienten ska inte behöva upprepa sina problem och ständigt erfara att behandlingen inte följs upp. Syftet är att patientens ska uppleva minst möjlig otrygga situationer. Kontinuitet kan bidra till att patienten upplever kontroll och autonomi, och därmed trygghet (Stubberud, 2013b, s. 81-82). Frank et al. skriver i sin studie att patienter ser det som betydelsefullt att personalen är igenkännbar, då det kan öka tillitskänslan. Denna tillit kan byggas på att det är minst möjligt sjuksköterskor att förhålla sig till (Frank et al., 2009). Martinsen påpekar att sjuksköterskan måste göra patienten till en deltagare utifrån hans bakgrund och göra situationen mellan dem mer trygg och känt. Det patienten ser och hör i sjukhusvärlden är ofta främmande, vilket sjuksköterskan borde förmedla på ett mer dagligspråk genom att inte använda onödigt många främmande föremål och ord (Martinsen, 2003, s.76). Den akut sjuka patienten på akutmottagningen är i behov av information för att kunna uppleva förutsägbarhet och minska den stress som ofta är förbundet

med att inte veta vad som föregår. Om sjuksköterskan förbereder en beskrivelse för patienten om procedurer och undersökningar, som när han ska till röntgen, ta blodprover eller vilken avdelning han eventuellt ska vidare till, kan patienten på förhand skaffa sig en bild om det som ska ske och förbereda sig mer mentalt (Stubberud, 2013b, s.77). Utifrån lov om helsepersonell §39, har sjuksköterskan plikt till att dokumentera omvårdnad och behandling, vilket kan säkra kontinuitet och att patienten får ett helhetligt tillbud (helsepersonelloven, 1999).

4.4.3 Beröring och tillgänglighet

I Segestens (1994) undersökning om patientens upplevelse av trygghet på sjukhus, nämnde patienter att de önskade fysisk kontakt för att öka trygghetsupplevelsen, genom att sjuksköterskan rörde vid och höll om, eller höll patienten i handen. Andersson et al. poängterar att sjuksköterskor på akutmottagningen använder sig av beröring och placerar sig intill patienten, för att skapa förtroende. Sjuksköterskor upplever det lättare att upptäcka förändringar i patientens status om en känsla av närhet har etablerats (Andersson et al., 2012).

Eide och Eide hävdar på den andra sidan att beröring kan vara komplext, och att det varierar ifrån person till person om det uppfattas som positivt eller negativt. Enskilda patienter sätter pris på beröring och det kan föra till att patienten och sjuksköterskan kommer varandra närmare på kort tid (Eide & Eide, 2013, s.210). Stubberud påpekar att patienter kan uppleva beröring som stöttande, lugnande och betryggande, med kan också uppfattas som inträngande. Alla människor har en gräns. (2013b, s.105). Eide och Eide förklarar närmare att sjuksköterskan ska vara medveten över hur hon förvaltar sin maktposition med fysisk närhet, och inte placera sig själv över den andra och vara nedlåtande och ha ett förmyndaraktigt beteende. Om beröring ska upplevas positivt måste sjuksköterskan visa närhet och vara närvarande, och tolka patientens verbala och inte verbala signaler. En stillhet kan också upplevas betryggande för patienten. När patienten förmedlar något kan det vara avsiktsmässigt att sjuksköterskan inte alltid svarar, men istället stå i en aktiv lyssnande position. Om sjuksköterskan håller sig lite tillbaka och är tyst kan det skapas rum för patientens reflektion, eftertanke och möjlighet att välja vägen vidare. Aktiv stillhet kan visa en öppenhet för tankar och känslor, vilket vidare signalerar trygghet och intresse för patienten (Eide & Eide, 2013, s.211-212).

Segesten förklarar närmare att relationstrygghet beskrivs av patienter om att slippa vara ensam och att sjuksköterskan är tillgänglig, samt har förståelse. Patienter medger att trygghetsupplevelsen främjas när sjuksköterskan utstrålar mänsklig värme, genom att visa lugn, ömhet, vänlighet och har en trygg röst. Att få lov att vara ledsen och gråta, och vara huvudpersonen för en stund är önskligt hos patienter (Segesten, 1994, s.16-17). En akutmottagning kännetecknar höga krav på effektivitet, snabb behandling och stor oförutsägbarhet, vilket Elmqvist och Frank (2015) menar kan resultera i korta och fragmenterade möten mellan patienten och sjuksköterskan. Helsetilsynet (2008) understryker att vid hög belastning på sjukhuset, får ofta patienter moderat tillsyn, eftersom sjuksköterskans resurser kan gå till att försöka överflytta patienter vidare in i systemet. Av egen erfarenhet ifrån praktik på akutmottagning, är detta något jag känner igen. Situationen på akutmottagningen kunde vara översiktlig, men plötsligt ändras till mer hektisk. Då det var en lugnare stund, fanns det mer tid till att vara tillgänglig för patienten, men när det kom många patienter samtidigt minskade den möjligheten. Patienter kunde få mindre tillsyn, eftersom sjuksköterskan skulle vara på flera platser samtidigt och hade många uppgifter som skulle utföras på kort varsel. Jag upplevde att de små ting som att uppträda lugnt, att hålla i patientens hand, och att ge besked om hur sjuksköterskan kunde kontaktas, kunde utgöra en stor skillnad för patientens trygghetsupplevelse. Sjuksköterskan bör därmed ta vara på de stunder hon har med patienten och utnyttja de möjligheter som finns för att trygga patienten.

4.5 Kompetens främjar trygghet

På bakgrund av Segestens analys om patienters trygghetsupplevelse och vad som kan främja trygghet, är det viktigt att sjuksköterskan förmedlar kvalitet på sina kunskaper. Den akut sjuka patienten vill kunna lita på hälsopersonals kompetens, att han är i trygga händer och får den hjälp som krävs. Segestens analys visar att patientens trygghetsupplevelse ökar när konkreta åtgärder utförs för att förbättra hälsotillståndet, som att få smärtstillande när man behöver det och att det är tillgänglig kompetent personal om något skulle uppstå (Segesten, 1994, s.17). Stubberud understryker att om sjuksköterskan visar osäkerhet och brist på kunskaper, kan patienten uppleva frustration, ångest och uppgivenhet. Att vara famlande och tvekan över omvårdnadshandlingar, kan leda till att patienten blir förvirrad och irriterad. För att patienter ska kunna känna sig trygga och ha tilltro, krävs det att sjuksköterskan uppträder lugnt, och har en översikt och en förståelse för patientens totala situation (Stubberud, 2013b, s.84).

Sjuksköterskan ska ha en översikt och kontroll, och enligt Helsepersonelloven (1999) inrätta sig efter sina kvalifikationer, men samtidigt aldrig gå utöver sin egen kompetensnivå.

Andersson et al. (2012) har utfört en studie om det dagliga arbetet på en svensk akutmottagning, utifrån hälsopersonalens perspektiv. Resultat i studien visar att akutmottagningen karaktäriseras av snabb behandling, korta och standardiserade möten, vilket ger begränsad möjlighet att utföra individualiserad omvårdnad. För att bemöta patientens behov vid akut vård krävs kunskap. Hälsopersonal upplever att medicinsk behandling utförs mer mekaniskt än på ett omtänksamt sätt, och att de har svårigheter med att balansera och uppnå krav i det dagliga arbetet (Andersson et al., 2012). Patienter kan uppleva att integriteten hotas när utstyr och behandling rättar sig mot speciella organ och funktioner, och inte patientens upplevelse av situationen. Sjuksköterskan på akutmottagningen bör ha kompetensen till att uppmärksamma patienten samtidigt som hon administrerar procedurer och tekniskt utstyr. Det kan innebära att under tiden fråga om hur patienten har det, eller att bara samtala allmänt med patienten (Stubberud, 2013b, s. 98-99).

För att kunna bemöta den akut sjuka patienten på akutmottagningen krävs det att sjuksköterskan har kunskaper om sjukdom, behandling och teknologi, vilket Martinsen (2000) hävdar är att se patienten som ett objekt med ett öga som inte har känslor, och som endast är registrerande. Sjuksköterskan måste samtidigt se med ett förnimmande öga, som håller oss öppna för sinnesintryck, vilket gör att vi kan uppmärksamma patientens upplevelse av sjukdom. Att se med båda dessa ögon, skildrar Martinsen som att se med ett hjärtligt deltagande öga, där sjuksköterskan genom sin praktiska handling också skaffar sig en helhetsförståelse för patientens behov (Martinsen, 2000, s.9-35). Enligt Martinsen är inte huvudsaken med handlingar i praktiken att skapa, producera eller att göra något färdigt. Våra handlingar övervägs utifrån kvaliteten i själva relationen. Sjuksköterskan har ett ansvar om den svaga och bör använda sina kunskaper för att visa omsorg till den sjuka, men det ansvaret måste läras. Med lite erfarenhet, vill sjuksköterskans handlingar styras av regler. När vi får mer lärdom genom livets gång, vill vi handla mindre regelstyrt och engagera oss i situationens helhet, och utifrån den övervägs olika handlingsalternativ (Martinsen, 2003, s.48). Martinsen framhäver vidare sjuksköterskans förmåga om att visa empati för att uppnå tillit i relationen med patienten. För att ha en empatisk förmåga behöver inte sjuksköterskan ha varit sjuk själv och varit patient, men hon bör ha en insikt om sjukdom och sjukdomsupplevelse, samt

erfarenhet med patientsituationer som kan användas i relationen med patienten (Martinsen, 2005).

Enligt Thorsen (2011, s.112) har trygghet ett närt sammanhäng med att bli sedd och att bli uppmärksam. I Möllers et al. (2010) studie påpekade patienter att när dem kom till akutmottagningen upplevde dem ångest relaterat till olika områden, vilket sjuksköterskan inte uppmärksammade. Patienter gav under det första mötet vidare uttryck för att dem hade mer behov än medicinsk behandling. En möjlig förklaring till att sjuksköterskan inte la märke till patientens samlade behov, menar Möller et.al (2010) kan vara att målet med medicinska uppgifter är mycket tydligare än vad dem runt omvårdnad är. Enligt Franks et al. (2009) studie önskar patienter att sjuksköterskan är tillgänglig, samt lyssnar och förstår oroligheter som inte endast angår medicinska frågor. När sjuksköterskan bemöter personen och inte bara hans medicinska tillstånd, upplever patienter att sjuksköterskan är uppriktigt intresserad av vad som är bekymringsfullt. Patienter vill att sjuksköterskan tar i betraktning hela deras livssituation. Att behov kan ändras över tid, önskar också patienten att sjuksköterskan har förståelse för. En patient i studien gav uttryck för att den enda kontakten han hade med sjuksköterskan var när hon kom till honom med en stor spruta. Hon observerade inte hans andra behov, utan kom endast för att göra någonting med honom eller för att ta honom någonstans (Frank et al.,2009).

Möller et al. påpekar att sjuksköterskans prioriteringsmöte med patienten pågår normalt i fem minuter och borde inkludera en humanistisk tillnärmning, vilket lätt kan glömmas när medicinska aspekter står i fokus. Patienter beskriver värdet av en gott bemötande när dem kommer till akutmottagningen och när sjuksköterskans visar omtanke (Möller et al., 2010). Enligt Stubberud förutsätter etablering av kontakt tid, eller mer korrekt en medvetenhet om sin kvalitativa användning av tid. Det krävs att sjuksköterskan använder sina kunskaper och har en förmåga till att tolka patientens signaler när hon väl är hos patienten (2013b, s.245). Av egen erfarenhet ifrån akutmottagningen har sjuksköterskan möjligheten till att observera och omhänderta patientens psykosociala behov samtidigt som tekniska procedurer och undersökningar utförs, och det borde därmed inte prioriteras bort eller ned. Jag upplevde att de goda omsorgshandlingarna inte bara är det praktiska, som att följa med på patientens vitala mätningar och ge smärtstillande medikamenter, men också skapa en relation och våga involvera sig, genom att vara tillsammans med patienten, vara lyssnande, förstående och visa respekt.

5 Avslutning

Vid att skriva denna uppsats har jag fått en bättre förståelse för vad som främjar och hämmar patientens trygghetsupplevelse på en akutmottagning. Problemställningen blev diskuterad på bakgrund av Segestens analys av trygghet, i tråd med Martinsens tre dimensioner, den relationella, den praktiska och den moraliska omsorgen.

Resultat i detta litteraturstudium, visar att akut sjuka patienter har individuella reaktioner och behov, och använder sig av olika strategier för att hantera sin situation. Patienter är i behov av information för att uppleva trygghet, och önskar information om sitt hälsotillstånd, väntetider och vad som föregår på akutmottagningen. Sjuksköterskan bör samtidigt finna en balansgång om vad som är nödvändig och relevant information, då både för mycket och för lite information kan vara belastande för patienten. En god relation mellan patienten och sjuksköterskan är en förutsättning för att främja trygghet. Sjuksköterskan har ett ansvar om att ta hand om den svaga och visa tillit. Sjuksköterskan bör vara medveten över sina hållningar, vilka kan bidra till att göra patientens liv hotfullt eller tryggt. Kontinuitet och stabilitet i omvårdnaden, bidrar till förutsägbarhet och kan främja patientens trygghet. Att sjuksköterskan visar respekt och är tillgänglig kan trygga patienten. Beröring kan också vara betryggande, men sjuksköterskan måste tolka patientens signaler om det upplevs som positivt eller negativt. Trygghet kan främjas när den akut sjuka patienten litar på att sjuksköterskan innehar tillräckligt med kompetens och ger den omvårdnad som krävs. Sjuksköterskan bör ha kunskap om sjukdom, behandling och teknologi, men också patientens upplevelse av sjukdom. En förutsättning för att förstå och kunna omhänderta patienten helhetssituation är att aktivt använda sina sinnesintryck, det Martinsen kallar att se med ett hjärtligt deltagande öga. Tid på akutmottagningen kan vara en faktor som hindrar individualiserad vård, men sjuksköterskan bör vara medveten om sin kvalitativa användning av tid för att kunna handla omsorgsfullt. Vid att sjuksköterskan på akutmottagningen har ett medvetet fokus på ovanstående områden, kan trygghet främjas hos den akut sjuka patienten och skapa en upplevelse om att vara i trygga händer.

Litteraturlista

- Andersson, H., Jakobsson, E., Furåker, C., & Nilsson, K. (2012). The everyday work at a Swedish emergency department – The practitioners' perspective. *International Emergency Nursing*, 20(2), 58-68 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2011.06.007>
- Baker, S. J. (2011). Key Words: A Prescriptive Approach to Reducing Patient Anxiety and Improving Safety. *Journal Of Emergency Nursing*, 37(6), 571-574
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2011.07.011>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Eide, H & Eide, T. (2013) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal
- Elmqvist, C & Frank, C. (2015). Patients's strategies to deal with their situation at an emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (29), 145-151.
<http://dx.doi.org/10.1111/scs.12143>
- Engebreetsen, S. (2015). Sykepleie til pasienter i akuttmottak. I T. Gulbrandsen & D-G, Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie*. 3. utg. (s. 701-718) Oslo: Akribe
- Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care - a phenomenographic analysis of caregivers' conceptions. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(18), 2555-2562. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02477.x>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hämtad ifrån
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_4
- Helsetilsynet. (2008). «Mens vi venter...» - forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oslo: Helsetilsynet. Hämtad ifrån
<https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2008.pdf>

Helsedirektoratet. (1999). *Definisjonskatalog for AMK-/LV-sentraler*. KITH Rapport 3/99.

Hämtad ifrån <http://www.kith.no/upload/947/R03-99DefKatAMK-LV-v1.pdf>

NOU. (1998). *Hvis det haster.....Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Langeland, K., & Sørli, V. (2011). Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(13/14), 2064-2070

<http://dx.doi.org/10.1111/j.13652702.2010.03606.x>

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlag

Martinsen, K. (2005). *Samtalen skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget

Möller, M., Fridlund, B., & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(4), 746-754 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x>

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesyrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hämtad ifrån https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

NOU (1998). *Hvis det haster.....Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hämtad ifrån:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/8087d548c0a04059aa88f416fe19f3cc/no/pdf/nou199819980009000dddpdfa.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter. Hämtad ifrån <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Segesten, K. (1994). *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten.

Segesten, K. (2010). Trygghet og otrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I U. Knutsad, *Sentrale begrepper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2.* (s. 125-136). Oslo: Akribe

SFS, Svensk författningssamling (1982:763). Hälso-och sjukvårdslag. Hämtat ifrån https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar.* Hämtad ifrån <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>

Stubberud, D. G. (2013a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D. G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Oslo: Gyldendal.

Stubberud, D.G (2013b). Å ivareta den voksne pasientens psykosiale behov. I D. G. Stubbred (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom.* (s.66-107). Oslo: Gyldendal

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Norvedt & E-A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer.* 2.utg. (s. 106-132). Oslo: Gyldendal

Wagley, L., & Newton, S. (2010). Emergency Nurses' Use of Psychosocial Nursing Interventions for Management of ED Patient Fear and Anxiety. *Journal Of Emergency Nursing*, 36(5), 415-419. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.022>