

BAKGRUND

En sjuksköterska som arbetar prehospitalt har ofta korta vårdmöten med de skadade och därför är det av stor vikt att på kort tid kunna skapa ett förtroende, få kunskap om den skadades totala situation och sjukhistoria. Detta för att kunna göra rätt bedömning och snabbt påbörja vård med rätt utförda och riktade åtgärder. Lundin (1992) hävdar att ett snabbt omhändertagande och en tidig behandling, ökar chanserna till en rätt ställd diagnos samt till en positiv prognos. Vidare hävdar Eriksson (1997) att om en sjuksköterska agerar snabbt med prioritet och styrning av de förebyggande hjälpinsatserna samt använder sina kunskaper på ett adekvat sätt till att förutsäga de psykiska reaktionerna, så ökar chanserna till en förtroendegivande kontakt. Varje år skadas i en mellanstor stad som Karlskrona ca 3500 personer sig så allvarligt att ambulans måste tillkallas (Håkansson, 2000). Socialstyrelsen (1995) hävdar att alla medborgare ska garanteras tillgänglighet av prehospital sjukvård. Ett förtroendegivande akut omhändertagande av personer utsatta för *trauma, yttre våld* (Malmst 2000) är en av de viktigaste funktionerna för hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 1995).

Under senaste åren har det skett en snabb utveckling inom svensk prehospital sjukvård (Sjöström & Johansson 2000). Mer eller mindre avancerad medicinska bedömnings-, undersöknings-, och behandlingsmetoder har införts i den dagliga verksamheten. Detta ställer krav på högre grundkompetens, klinisk erfarenhet samt utvecklingsarbete (Socialstyrelsen 1996). Ambulanssjukvården regleras av § 6 och § 31 i HSL, men även av andra föreskrifter (Sahlin 2000, Socialstyrelsen 1998, 1995 & 1996). Till exempel har socialstyrelsen reglerat ambulanssjukvårdarnas möjlighet att via delegering administrera läkemedel (Socialstyrelsen 1998). Vidare anför Socialstyrelsen (1991) att kompetens och kunskap om akutsjukvård hos sjuksköterskan är en förutsättning för att den skadade ska känna förtroende vid omhändertagandet. All sjukvårdspersonal har även i sin yrkesprofession ett ansvar att ständigt förbättra och intressera sig för den utveckling som sker inom sitt gebit (Socialstyrelsen 1996).

Vård av svårt skadade patienter prehospitalt utgör en av akutsjukvårdens viktigaste funktioner och svåraste situationer då skadornas typ och omfattning varierar mycket. Människor som är med om ett trauma drabbas alla mer eller mindre av traumatisk stress (Eriksson 1997).

Omhändertagandet av en traumatiserad patient kräver därför mycket kunskap. Dels kunskap om psykiska reaktioner men även systemreaktioner som gör sig gällande i traumasituationer. De lokala skadorna ska också bedömas och åtgärdas. För att erhålla optimal patientvård är det nödvändigt att ett flertal olika specialiteter deltar (Gerdin, Haglund, Nilsson, Persson & Wiklund 1996). Prehospitalt är det i första hand sjukvårds- och räddningspersonal som omhändertager drabbade vid en olycka (Socialstyrelsen 1991). Svårigheter i omhändertagandet kan ligga bland annat i samarbetet mellan sjukvårds- och räddningspersonal, karaktären på olyckan, karaktären på skadorna hos den drabbade, svårtillgänglig miljö, personalens tillfälliga status, bristande utrustningsresurser, bristfällig kompetens hos personalen med mera. Angående kompetensen anser Suserud & Haljamäe att sjuksköterskor som är utbildade i anestesi och intensivvård är de som är bäst lämpade och förberedda för prehospital akut sjukvård. De är både duktiga medicinskt och bra på att ge psykologisk hjälp till offren och dess anhöriga (Suserud & Haljamäe 1997). En optimal vård av svårt skadade patienter förutsätter ett integrerat och självständigt arbete mellan vårdpersonalen (Gerdin mfl. 1996). Enligt Gerdin mfl. (1996) krävs en noggrann vårdplanering, enkla rutiner och ett samövat team som gått igenom och löst strukturella problem för en optimal vård.

Ambulanssjukvårdens verksamhet utgörs av flera betydelsefulla åtgärder. Med betydelsefulla åtgärder menas att på bästa sätt omhänderta, bemöta, utöva färdigheter samt förmedla goda kunskaper till de skadade för att på så sätt skapa tillit och förtroende (Lundin 1992). Förmågan till samspel kan användas för att skapa närhet, gemenskap, acceptans samt uppskattning. Samspel skapar, vidmakthåller och förändrar relationer mellan människor (Nilsson & Waldemarsson 1994). Samspelet kan kallas för kommunikation som betyder ”stå i förbindelse med”. Kommunikation är en komplicerad process, där det kan vara svårt att nå fram till varandra och bli rätt uppfattad. Vi lever alla i olika föreställningsvärldar. Även om vi pratar samma språk, har samma bakgrund, uppväxt, utbildning och kultur har orden inte samma innebörd för oss. Ett exempel på detta kan vara två syskon som till det yttre är lika men syskonen ser ändå olika på samma situation (Smith 2001). Kommunikation är dels verbal och dels ickeverbal. Verbal kommunikation är det talande eller det skrivna ordet medan ickeverbal står för till exempel kroppsspråk och beröring. Den ickeverbala delen utgör ca 90 procent av kommunikationen och

ger mycket information om våra känslor. All kommunikation är av betydelse för att förtroende mellan sjuksköterskan och patienten skall uppstå (Franck Wihlberg 1995).

Öppenhet är en förutsättning för att få ett möte till stånd. All förändring till det bättre förutsätter öppenhet. I en kommunikation deltar båda parter på lika villkor och påverkas av dialogens förlopp. Var och en får större förståelse både för sig själv och för den andres existentiella situation, genom dialogen blir vi bekräftade som människor (Smith, 2001).

Patienternas önskan och krav om information och delaktighet i vården har också blivit mer påtaglig (Wilde 1993). Patienten har rätt enligt Hälso- och sjukvårdslagen att få information om sin sjukdom, behandling och prognos. Rättigheterna återfinns i *Yrkes och verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, Disciplinpåföljdslagen, Patientjournalagen, Förvaltningslagen, sekretesslagen och föreskriften om kvalitetssystem i sjukvården* (Sahlin 2000, Socialstyrelsen 1998, 1995 & 1996).

Med hänvisning till Wilde är kunskaper om patientens önskemål något av en förutsättning för att kunna skapa förtroende och få en tillfredsställd patient. Författaren beskriver i sin artikel vilka uppfattningar patienterna har om vad som utgör god kvalitet i vården, som möten med vårdaren, existerande vårdstruktur, förväntningar och erfarenheter. Patientens önskemål beträffande sin vård är av två slag, dels en rationell aspekt och dels en human aspekt. Den rationella aspekten innebär att patienten eftersträvar en slags ordning, en slags förutsägbarhet och kalkylerbarhet i vården. Gällande den rationella aspekten önskar patienten att vårdorganisationen skall inneha medicinskteknisk kompetent personal med fysiska och tekniska förutsättningar. Önskemålen har även en human sida det vill säga att patienten önskar att hänsyn tas till hans eller hennes unika situation. Ur den humana aspekten önskar även patienten att vårdorganisationen skall tillhandahålla personal som har ett identitetsorienterat förhållningssätt och en gynnsam social-kulturell atmosfär (Wilde 1993). Socialstyrelsen (1991) skriver att de somatiska och de psykiska insatserna måste präglas av medmänsklighet för att uppnå tillfredsställelse hos patienten. I det akuta omhändertagandet bör känslorna hos den skadade få komma fram och visas samt att stöd från sjukvårdspersonal finns att tillgå (André-Sandberg, Törnebrandt & Åberg 1997).

SYFTE

Syftet är att beskriva hur en förtroendefull kontakt kan skapas mellan sjuksköterskan och en akut skadad person i en prehospita situation.

Frågeställningar:

- Vad är det som underlättar för sjuksköterskan i förtroendeskapandet?
- Vilka handlingar leder till att patienten känner tillit?

METOD

Genomförande

Uppsatsen bygger på en litteraturstudie. I föreliggande litteraturstudie valdes den kvalitativa ansatsen för att få en djupare förståelse och helhetssyn för hur en förtroendefull kontakt kan skapas av sjuksköterskan i en akut prehospita situation. Holme & Solvang (1991) menar att en kvalitativ ansats kan ge en djupare förståelse av ett problem.

Studien utgår från sjuksköterskans perspektiv och belyser mötet med den enskilda patienten i den akuta situationen. Studien baseras på patienter som råkat ut för trauma. Vidare studerade vi vilka möjligheter sjuksköterskan har att skapa kontakt, inte de svårigheter/störningar som kan uppstå. Exempel på svårigheter och störningar är bristande resurser materiellt, omständigheter kring själva olyckan som närståendes bortgång, flera skadade, miljön etc.

I studien användes begrepp tillit och förtroende. Betydelsen av begreppet *tillit* är beroende av vilken vetenskaplig disciplin det rör sig om. Ur ett socialt perspektiv domineras bilden av termer som relationer, processer och kommunikation (Stervin 1998). Med tillit menar vi att patienten vågar utlämna sig på ett sådant sätt att han/hon öppnar sig och berättar om sina känslor och tankar

för vårdpersonalen. Att sätta sin tillit till någon innebär att överlämna en del av sig själv (Stervin 1998).

Förtroende kan tolkas som ett samtycke mellan två individer (Purtilo 1982). Enligt svenska akademien 1993 kan förtroende ses som tillit, aktning, tillgivenhet eller förlitande till någon eller något. Tilltro till något med avseende till dess goda egenskaper. Vår syn på förtroende är att patienten skall känna sig trygg, lugn och mindre orolig i mötet med sjukvårdspersonalen, våga ställa frågor etc. Vi instämmer med Purtilos syn, men från svenska akademien skiljer sig vår innebörd något. Vi håller med om att förtroende rör sig om förlitande. Vår ståndpunkt utgick dock ifrån att patienten inte ska känna aktning och tillgivenhet till vårdaren. Enligt vår mening leder detta till att patienten känner sig underlägsen, vilket skulle försvåra en kommunikation.

Gränsen av betydelse av begreppen i studien är hårfin. Relation och kommunikation är begrepp som återkommer i studien och dessa syftar på samspelet mellan individer.

Smith (2000) beskriver kommunikation i termer av att stå i förbindelse med varandra. Med kommunikation menar författarna samspelet mellan sjuksköterskan och patient vad gäller överföring av budskap. Till skillnad från relation som vi ser som det känslomässiga samspelet. Begreppet relation har inte beskrivits i någon av artiklarna till studien. Svenska Akademiens Ordbok (1993) beskriver dock ordet i termer av att ha kontakt eller förbindelse med någon. Vi ser kommunikation som ett samspel vad gäller att överföra budskap och relation som det känslomässiga samspelet. Med förtroendefull kontakt menar vi ett ömsesidigt samspel mellan sjuksköterska och patient gällande känslor och budskap.

Litteratursökning

Sökning efter vetenskapliga artiklar samt aktuell forskning har gjorts i databaserna Medline, Cinahl, PsykInfo, SweMed, PubMed samt Ideal utifrån sökorden *förtroende, tillit, trauma, kontakt, bemötande, ambulans, speak, touch, psychological stress disorders, Professional-Patient-relations, Stress-Psychological, Crisis-Intervention och prehospital emergency care*. Vi har verifierat sökordet i varje databas med omskrivningar av orden. Exempel på kombinationer som användes var: *Stress-Psychological* - 3319 träffar och *Trauma* - 2200 träffar i kombination

minskades antalet till 28 och vidare kombinerades dessa med *emergency* och antalet minskade då till 4 artiklar. *Touch-* gav 11131 träffar och *ambulans* 1112 träffar och i kombination gav dessa 8 träffar. *Touch* kombinerades även med *listening*, i kombination blev resultatet 37 träffar. Även ett antal andra kombinationer användes för att ringa in problemområdet till fullo. Abstrakten lästes för att gallra bort de artiklar som inte var relevanta för syftet. De artiklar som berörde problemområdet beställdes och granskades ytterligare. Böcker har författarna funnit genom sökning i LIBRIS. Litteraturen har beställts hem från Borås, Göteborgs och Lunds universitet genom bibliotekarien på Blekinge Tekniska Högskola.

Analys

Enligt Polit & Hungler (1997) finns det inga direkta regler för hur datan skall analyseras i en kvalitativ studie. Analysen har gjorts i tre steg. I första steget gjorde vi en allmän genomläsning av den utvalda litteraturen för att skapa en allmän överblick och uppfattning om hur området beskrivs. Anteckningar och understrykningar av text som svarar på frågor rörande problemformuleringen gjordes för att lättare få materialet överskådligt. Dessa delar lästes ytterligare för att få en djupare dimension över innehållet i textmassan och ytterligare kontrollera om materialet var relevant för studiens genomförande. Författarna undersökte dessutom litteratur som tog upp forskning om vad patienten anser vara betydelsefulla vårdkvalitetskomponenter. Med nyförvärvade kunskaper kunde vi i steg två se tre olika område växa fram. Områdena sågs som betydelsefulla utifrån att skapa en förtroendefull kontakt med den akut skadade personen. De olika områdena var *kommunikation*, *kroppsspråk* och *beröring*. I det tredje steget läste vi texterna ännu en gång, men denna gång utifrån de tre ämnesområdena. Texterna sorterades med utgångspunkt från innehållet för att tydligare se vilken artikel som berörde respektive område, med anledning av att få en översiktlig bild och för att lättare kunna strukturera utformningen av resultatet. Till arbetet studerade författarna även lagar och föreskrifter som reglerar ambulanssjukvården. Utifrån förvärvade kunskaper från litteraturen skapades en bild om vad som var relevant och irrelevant att belysa utifrån studiens syfte.

RESULTAT

Det adekvata förtroendegivande omhändertagandet på en olycksplats har visat sig vara förebyggande både när det gäller psykiska och somatiska eftereffekter. Samma förtroendegivande omhändertagande måste utvecklas vid små som vid stora trauman (Lundin T. 1992).

Att tänka på i mötet

I sjukvården har sjuksköterskan traditionellt använt sig omväxlande av empati, beröring, ingripande, social kontakt, samt att lyssna. Dessa egenskaper har positiv verkan på den skadade personen. Om sjuksköterskan visar empati, förståelse, ger av sig själv samt lär patienten att slappna av minskar risken för att stress utvecklas. Sjuksköterskan får en lugnare patient att jobba med och patienten får bättre förutsättningar att klara av situationen. Patienten bör själv tro på sjuksköterskan för att uppnå en förtroendefull kontakt, därför måste sjuksköterskan vara tydlig och övertygande när han talar till den skadade (Wells-Federman mfl. 1995).

Betydelsen av att förstå och tolka patienten

Att vårda en patient i en akutsituation kräver mycket mer än teknisk kunskap och färdighet. Kvalitet i vårdandet kräver att sjuksköterskan förstår de faktorer som bidrar till det känslomässiga tillståndet och beteendet (McKnight 1976).

Patienter som råkat ut för olyckor ställs inför situationer som är överväldigande och psykologiskt stötande. En patient i en akutsituation har inte tid att förbereda sig inför händelsen och upplever plötslig en skrämmande förändring och hans psykologiska tillstånd förändras (McKnight 1976). Patienten blir orolig och stressad (Rusch 1998), vilket kan bidra till att hans beteende förändras (McKnight 1976). En känsla av hjälplöshet börjar redan vid olyckstillfället. En skadad har ingen kontroll och godtar kanske behandlingen skenbart av orsak att han känner sig hjälplös. Som exempel frågar patienten sällan sjuksköterskan vad han gör, utan accepterar behandlingen tystlåtet (McKnight 1976).

I en akut situation upplever patienten även psykologisk stress vilket kan resultera i att patienten inte är kapabel till att kommunicera effektivt eller kanske försöker dölja information (Meade 1999). Den psykologiska stressen kan även resultera i att patienten inte uppfattar eller förstår allt som förklaras för honom. Sjuksköterskan bör hjälpa honom att förstå med enkla förklaringar om proceduren och utrustningen samt repetera för honom (McKnight 1976). Genom att ha kunskap om icke verbal kommunikation och kroppsspråk kan sjuksköterskan reducera dessa. Förståelse av kroppsspråk hjälper till att få en mer effektiv kommunikation, eftersom enkla observationer kan ge värdefulla ledtrådar. Till exempel kan du genom att observera se om patienten har smärtor, är rädd, har dyspné, eller om balansen är påverkad (Meade 1999).

Brobyggarens förhållningssätt

Smith (2001) framhåller vikten av att vi samtalar med varandra med ”kärlek”, i syfte att hjälpa varandra. Hon anser att vi människor behöver ett öppet accepterande av varandra sådana som vi är och att vi använder vår empatiska förmåga, det vill säga att vara lyhörd och känna in den andra. Att lyssna empatiskt betyder att ge av sig själv och ta emot av andra (Smith 2001).

I bakgrunden beskrev vi forskning kring vad patienten upplever som tillfredsställande i mötet med sjuksköterskan. Kunskaper om patientens perspektiv på vården bör enligt författarna ligga

till grund för vårdarens agerande. Kunskap är en förutsättning för att sätta sig in i patientens situation och utifrån den skapa tillit och förtroende (Wilde 1993). Shaner & Bechtel skriver i sin artikel *Bridging the gap* hur sjuksköterskan kan använda sig av några generella kommunikationsstrategier i mötet med patienten. Grundtanken är att sjuksköterskan ska behandla den skadade så som den själv skulle vilja bli behandlad om situationen vore omvänd. Har sjuksköterskan förmågan att sätta sig in i den skadades situation, så kan sjuksköterskan också ha förståelse för den skadades olika reaktioner. Sjuksköterskan och den skadade skall befinna sig på samma nivå och sjuksköterskan skall inta en kroppslig-position som möjliggör ögonkontakt. Att prata med en mjuk röst har också en positiv funktion i kommunikationen. Enligt Shaner & Bechtel kommunikationsstrategier bör beröringen vara mjuk och händerna vara varma. Sjuksköterskan bör också förklara för den skadade att han är där för att hjälpa, och att den skadade har rätt till att känna rädsla, oro, smärta med mera. Vidare anser Shaner & Bechtel att sjuksköterskan ska förklara för den skadade vad han tänker göra i konkreta termer och hur det eventuellt kommer att kännas. Sjuksköterskan bör vara ärlig, tala med enkla ord samt vara klar och tydlig så att missförstånd undviks. En sjuksköterska får inte ta för givet att den skadade uppfattar precis vad som har sagts till honom. Omvänt behöver en sjuksköterska även kunna anstränga sig att lyssna, och då på ett empatiskt och konstruktivt sätt för att verkligen försöka förstå vad den skadade menar. När en sjuksköterska lyssnar med empati har han sitt fokus på den skadades känslor och behov (Shaner & Bechtel 1997). Empatisk förmåga är att lämna sig själv för att kunna leva sig in i den andres upplevelsevärld. Sympati betyder att känna ”för” någon, men empati är att känna ”med” någon; medkänsla (Smith 2001). Det innebär inte att sjuksköterskan måste känna för, tycka om eller hålla med patienten för att visa empati. Sjuksköterskan bör däremot vara ödmjuk och omsorgsfull samt visa respekt och hänsyn för att relationen dem emellan ska bli empatisk. Wahlin, Weislander & Fridlund (1995) anser att varje handling av vård är en moralisk utmaning det vill säga sjuksköterskan bör vara öppen gentemot den skadade och tillåta att honom att tala om känslor. Under en ambulanstransport är sjuksköterskan i de flesta fall ensam med den skadade i sjukhytten. Naturligt leder detta till en nära kontakt både kroppsligt och själsligt mellan sjuksköterskan och patienten. Under dessa omständigheter är det naturligt att en genuin relation och kontakt utvecklas (Wahlin mfl. 1995).

Sjuksköterskan kan tala till patienten enligt en utarbetad metod som kallas för ”comfort talk”. Detta innebär att sjuksköterskan talar med lugn och tydlig röst, tar hänsyn till patientens ålder, hur många som lyssnar samt grad på stress. Effekten blir att sjuksköterskan får kontakt samt en lugn patient (Morse, Proctor & Shirin Khonsari 1995).

Wells-Federman, Stuart, Deckro, Mandle, Baim & Medich (1995) skriver i sin artikel *The mind-body connection* att en sjuksköterska först måste veta vad som sker i kroppen för att kunna förstå de psykologiska reaktionerna. Med lätta mentala stimulanser som till exempel ord, fraser och attityd kan patienten hjälpas att slappna av. Att knyta samman kropp och själ har visat sig ha stor betydelse för det autonoma nervsystemet, muskulaturen samt psykoneuroendokrina systemet. Dessa system är konstant beredda att ta emot meddelanden som kan relateras till stress. I det akuta skedet bör sjuksköterskan hjälpa patienten att slappna av. Kroppen reagerar med att sänka blodtrycket, pulsen och andningen (Wells-Federman mfl. 1995).

Självisikt en bropelare

Om sjuksköterskan är medveten om sitt eget kroppsspråk kan det vara avgörande för hur kontakten kommer att se ut (Meade 1999). McKnight (1976) skriver att sjuksköterskans uppförande, ansiktsuttryck, kliniska fingerfärdighet och röstläge endast är ett fåtal av de saker som påverkar om det blir en bra kontakt. Lika väl som alla kan misstolka eller missförstå patientens kroppsspråk kan alla genom sina egna reaktioner sända negativa budskap. Därför är det viktigt att sjuksköterskan lär sig identifiera omedvetna beteenden som försvårar kommunikationen med patienten. Sjuksköterskan kanske tappar den mentala biten och omedvetet koncentrerar sig enbart på skadan. Utan att inse har han gjort patienten rädd och orolig (Meade 1999). Den psykologiska vården skall integreras med den fysiska även när arbetet är akut. Alla människor är unika och det som fungerar på en patient behöver därför inte fungera på en annan. Varje patient behöver bli behandlade som en individ innan effektiv psykisk hjälp ges (McKnight 1976).

Kroppsspråk säger mer än ord

Kroppsspråket kan i vissa fall ge mer värdefulla indikationer på patientens känslomässiga tillstånd än hans berättelse (Meade 1999). Därför är det viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på alla beteenden. Observationer på beteende kan också vara till hjälp för att avvärja en instabil

situation innan den blir okontrollerbar samt identifiera patientens behov (McKnight 1976). Vidare kan kroppsspråket användas till att skilja på de patienter som är i akut patologiskt behov av vård från de som inte är patologiskt akuta. Till exempel har inte patienter med benen/anklarna korsade eller armarna bakom huvudet en akut skada, det vill säga att patientens kroppsspråk kan ge oss klinisk viktig data (Meade 1999).

Kroppsspråk är en fysisk handling som understödjer meningen med verbal kommunikation. Kroppsspråket spelas ut på många sätt dels genom utnyttjandet av fysiskt utrymme, kroppshållning, armar och händer, ansiktsuttryck och ögonkontakt. Att tolka olika beteende kan enligt McKnight (1976) vara en ledtråd i att se när patienten är bekväm i situationen och se hur han svarar på behandlingen. Det fysiska utrymmet är beroende av patienten känslomässiga tillstånd, till exempel blir avståndet mindre om patienten är rädd och om patienten är arg blir avståndet större. Förståelsen för användandet av utrymmet påverkar direkt hur sjuksköterskan utför sitt arbete, eftersom de ofta rör sig i patientens personliga och intima sfär. Omtanke måste tas så sjuksköterskan inte gör intrång utan orsak och utan patientens tillåtelse, eftersom patienten då kan bli orolig, skräckfylld och fientlig (Meade 1999).

Den ickeverbala kommunikationen har större betydelse än den verbala, anser Shaner (1997). Pettigrew (1990) skriver i sin artikel *Intensive Nursing Care* att orden ibland kan vara onödiga. Bara att finnas där och lyssna kan betyda mer än ord. Om orden ej finns att tillgå kan sjuksköterskan ställa sig frågan: Hur ska jag hjälpa den skadade för att kommunikationen ska bli meningsfullt? Lego (1999) understryker i sin artikel *The one-to-one nurse-patient relationship* vikten av den ickeverbala kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten. Författaren skriver om "Learning to Trust", att ett grundläggande förtroende måste skapas för att en kommunikation ska utvecklas. Om en ickeverbal kommunikation ska komma till stånd krävs det att sjuksköterskan visar empati för den skadade (Shaner 1997). Wahlin mfl. (1995) skriver att bra vård ges av den som kan identifiera sig med andra och har en stark vilja att minska mänskligt lidande. Samspel bör enligt Smith ses som en handling av "kärlek" och bryta marken av osjälviskhet. "Kärlek" är den grund som en relation mellan människor kan byggas på. För att kommunikation mellan två personer ska utvecklas till gemensamma lösningar och möjligheter,

krävs det att båda lyssnar, accepterar och respekterar varandra. Då som först kan ett förtroende komma till stånd (Smith 2001).

Olika typer av beröring

Funktionell eller teknisk beröring är en stor del av den beröring som sjuksköterskan använder i omvårdnadsarbetet i form av tvättning, omläggningar, injektioner och undersökningar. Den tekniska beröringen bör utföras på ett känsligt och respektfullt sätt för att stödja patientens autonomi (Björvell mfl. 1997). Den moderna teknologin, exempelvis elektroniska blodtrycksmacheter har reducerat behovet av att röra patienten. I akutsjukvården har teknologin skapat en lägre prioritet för icke teknisk beröring, vilket i sin tur har reducerat känslan av ett mänskligt omhändertagande (Loveridge 2000). Den tekniska beröringen är i de flesta fall smärtsam, exempel på detta är nålsättning, injektioner och palpation, vilket gör att patienten får en bild av vården som en rad smärtsamma handlingar. Detta får patienten att känna sig som ett objekt och inte en känslomässig individ (Feiner 1997). Även Loveridge (2000) hävdar att den tekniska beröringen associeras till smärta och värdighetsförlust vilket enligt honom leder till att patienten blir avhumaniserad. Bilden av vården blir att de känslomässiga behoven har en låg prioritet och vi vårdar skadorna och inte patienten. Vidare kan teknologin göra att patienten blir spänd och stressad, vilket gör att patienten ännu mer behöver en kärleksfull vård (Wahlin mfl. 1995).

Förtroendefull kontakt skapas genom beröring

Även om vi människor inte tänker så mycket på beröringens betydelse i vårt dagliga liv, är beröringssinnet det mest omfattande sensoriska systemet och spelar en viktig roll i det mänskliga beteendet, både psykiskt och fysiskt (Ekengren & Hjerpe 1995). Alla har ett behov av att beröra och att bli berörd för att kunna utvecklas till friska och livskraftiga individer (Mattsson 1998). Genom att använda sig av beröring i vården kan sjuksköterskan komma en patient nära (Ardeby 1995). Beröring ges av känslomässiga skäl och för att kommunicera. För att kunna ha nytta av beröring måste sjuksköterskan förstå beröringens språk och dess effekter (Loveridge 2000).

Först och främst måste vi vara medvetna om vad vi vill uppnå med beröringen. En sjuksköterska som är bekväm och spontan i att uttrycka sig genom beröring kan förmedla tydliga livsnödvändiga

meddelande till patienten. Beröringen har till uppgift att nå ett psykologiskt terapeutiskt resultat. Denna beröring kan tolkas som det tysta språket, som har förmågan att reflektera sanna känslor (Loveridge 2000). Loveridge (2000) hävdar att beröring är den sanna kommunikationen, du kan inte beröra utan att bli berörd. Enligt Feiner har studier visat att beröring kan ha positiva effekter, då hjärnan genom beröringen stimuleras att producera smärtstillande endorfiner. Vid en kris upplever patienten muskelspänningar, takykardi och hypertension och hjärnan går på helfart (Feiner 1997). Patienten blir rädd, känner sig hjälplös och arg (Loveridge 2000). När sjuksköterskan berör meddelar han patienten ickeverbalt att akutsituationen avtar. I hypofysen produceras då ett hormon som heter oxytocin som går ut i kroppen och fungerar som en signalsubstans i hjärnan. Kroppen producerar även mindre norepinephrine och cortisol och flyktbeteendet avtar. Det sympatiska nervsystemet slår över till parasympaticus som hjälper till att sakta ner cirkulation och andning. Patienten tillåter sig att prata mer öppet om sig själv, sina problem och sin rädsla, vilket hjälper till att skapa en dialog och en känsla av tillit (Feiner 1997).

För att förstå om beröring kan ge en känsla av tillit måste det finnas en terapeutisk relation mellan sjuksköterskan och patienten. Med terapeutisk relation menas ett partnerskap mellan sjuksköterskan och patienten, så att de psykologiska och emotionella behoven kan uppskattas och behandlas på ett optimalt sätt för patienten (Loveridge 2000). Ett viktigt element i att bygga upp en terapeutisk relation är förmågan att som sjuksköterska lyssna på patienten på ett positivt och dynamiskt sätt och där igenom överföra en känsla av empati och omtanke (Jay 1996). Meningen med en terapeutisk relation är enligt Loveridge (2000) att förbättra patientens fysiska och psykiska kapacitet samt få en bild av rädslan som patienten känner.

Patienter som råkat ut för trauma är för tillfället även psykologiskt traumatiserade (Rusch 1998). Dessa behöver känna sig mänskliga och centrala i processen att åter få liv. För sjuksköterskan är det viktigt att gå tillbaks och identifiera behovet av psykologiskt stöd likväl som det fysiska. Detta kan stödjas av icke teknisk beröring för att höja den terapeutiska relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Relationen innefattar empati och omvårdnad (Loveridge 2000). Beröring är enligt Feiner ineffektiv om sjuksköterskan inte möter det patienten har att säga genom att lyssna på patientens ord och på tystnaden mellan dem. Vissa patienter som upplever medicinska kriser sluter sig i sig själva och vill undvika att bli berörda (Feiner 1997). Dessa

patienten behöver empati, samtidigt som de behöver veta att sjuksköterskan är utanför skador, smärta och rädsla. Med andra ord bör sjuksköterskan visa empati för patientens psykiska och emotionella behov (Loveridge 2000). Sjuksköterskan bör även fokusera sig på vad patienten har att säga och motstå frestelsen att avbryta konversationen. Vidare anser Feiner att sjuksköterskan inte ska döma patienten oavsett vad denna säger, utan istället visa med ord och handlingar att han hört vad patienten sagt (Feiner 1997). Beröring hjälper även till att sända budskap. Beröringen gör att patienten lättare förstår och tar emot det sjuksköterskan avser att förmedla genom att klargöra budskapets mening. Vidare känner sig patienten central i vårdprocessen och utanför sjuksköterskans intresse och oro över vården för den, vilket gör att patienten vågar prata fritt med sjuksköterskan och uttrycka sina känslor (Loveridge 2000).

Det privata utrymmet

Alla behöver ett privat utrymme, en zon. Gör sjuksköterskan intrång i utrymmet utan tillåtelse reagerar patienten med att bli nervös och irriterad. Ibland måste sjuksköterskan bryta igenom zonen för att uppnå emotionell kontakt med patienten. Att hålla en hand i stress- och ångestsituationer ger den skadade en ökad trygghet. Genom beröring kan sjuksköterskan förstärka kontakten men det sker endast om patienten känner att beröringen är av välvilja och att sjuksköterskan respekterar patientens integritet. Att beröra en annan person är det sista stadiet att reducera avståndet mellan människor. Det som avgör hur länge sjuksköterskan får röra patienten beror på den relation som har skapats mellan dem och vilken situation det är (Ardeby 1995). Enligt Feiner blir ofta patienter som är rädda eller protesterar ignorerade av sjuksköterskan. Dessa patienter kräver istället mycket uppmärksamhet och en vårdande beröring kan bryta en eventuell tystnad (Feiner 1997). Vidare är det viktigt att dessa patienters känslor blir centrala i vårdprocessen (Loveridge 2000). Om patienten accepterar att bli berörd uppvisar denne en avslappnande respons. Positiva indikatorer är djupandning, öppna händer, okorsade armar, gäspningar, öppen mun, falla i sömn, skratt samt ögonkontakt. Negativa indikationer är knutna händer, slutna läppar, korsade armar och ben, spända muskler, grimaser eller att vända kroppen från vårdaren eller maskinerna. Även om sjuksköterskans beröring inte gör mer än lättar patientens ångslan, har den nått sitt mål. En minskad rädsla eller en minskad ångslan leder till en ökad analgetisk effekt (Feiner 1997).

Slutsats

För att uppnå en förtroendefull kontakt med en skadad människa i en akut situation krävs det framför allt att en kommunikation kommer till stånd. Flera slutsatser av resultatet är att en sjuksköterska måste uppfylla vissa krav för att en kontakt ska bli betydelsefull. Handlingar som leder till att patienten känner tillit är olika kommunikationsstrategier som sjuksköterskan ska ha kunskap om i mötet. Genom att använda beröringen stärker sjuksköterskan kontakten med patienten (Ardeby 1995), vilket leder till en avslappnad respons (Feiner 1997). Beröringen ska vara mjuk och med varma händer för att uppnå en positiv effekt (Shaner 1997). Det är av stor vikt att sjuksköterskan har förmåga att avväga när det är lämpligt att beröra och inte för att kunna skapa tillit (Feiner 1997). Det är även viktigt att sjuksköterskan informerar patienten om läget och förklara vad som sker, så att patienten känner sig central i vårdprocessen. Patientens förståelse om vad som sägs förbättras genom att sjuksköterskan understödjer meningen med sitt kroppsspråk. Likväl som kroppsspråket kan användas för att avläsa patienten kan det användas för att förtydliga de budskap du avser att förmedla (McKnight 1976).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att kommunikation är en förutsättning för att en förtroendefull kontakt mellan sjuksköterskan och den skadade skall komma till stånd. En viktig del för att en förtroendefull kontakt skall kunna skapas är sjuksköterskans förhållningssätt samt kunskaper om effekter av handlande och agerande. Sjuksköterskan bör vara medveten om både sitt och patientens kroppsspråk för att kommunikationen skall bli effektiv och missförstånd undvikas. Det är även av stor vikt att sjuksköterskan informerar patienten om läget samt förklarar vad som sker, för att tillit och förtroende ska kunna skapas.

För att skapa tillit och förtroende krävs det att sjuksköterskan får till stånd en kommunikation. Syftet med kommunikationen är att bekräfta patienten genom att lyssna och finnas där för denne. Kontentan blir en avslappnad och lugn patient, stressen och oron avtar. Om patienten kan bli hjälpt med att identifiera källan till oron, har man kommit närmre att eliminera den.(McKnight

1976). Följden blir att patienten tillåter sig att prata mer öppet om sig själv och sin rädsla. En sådan här kommunikation underlättar på många sätt för sjuksköterskan, dels får hon lättare att ställa en diagnos samt identifiera patientens fysiska och psykiska behov (Wells-Federman mfl. 1995). Enligt vår uppfattning får patienten lättare att uppfatta budskap och information från sjuksköterskan om denne kompletterar den verbala kommunikationen med den icke verbala.

En adekvat kommunikation är en förutsättning för att tillit och förtroende skall växa fram. I en akut situation är det extra viktigt att sända budskap genom alla spektra. Det vill säga både genom verbal och icke verbal kommunikation. Sjuksköterskans förmåga att förmedla och ta emot information spelar en stor roll för hur patienten kommer att uppleva relationen. För att kommunikationen skall bli effektiv i en akutsituation krävs det att sjuksköterskan lyssnar med både "ögon" och öron. Kunskaper om beröringens lugnande effekter kan vara till stor nytta för sjuksköterskan. En lugn patient kan på ett metodiskt sätt redogöra för vad som hänt och om det fysiska och psykiska tillståndet. Genom detta kan sjuksköterskan snabbare ställa diagnos och på börja en eventuell behandling. Detta kan leda till att sjuksköterskan också får mer tid över till att ägna sig åt patientens psykiska problem. Det primära är enligt vår uppfattning att stabilisera det fysiska först för att i ett lugnare skede även vårda den mentala biten. Det är dock viktigt att sjuksköterskan tänker på vad han säger och hur han agerar för att inte äventyra möjligheterna till en bra kontakt. För att förtroende skall uppstå är det viktigt att fokusera på patienten och låta denna vara primär i vård processen. För att patienten skall känna sig primär krävs att sjuksköterskan fokuserar på hela patienten och inte enbart på skadorna.

En akut skadad person drabbas mer eller mindre av traumatisk stress (Eriksson 1997). Omhändertagande av akut skadade patienter kräver därför mycket kunskap om psykiska reaktioner. I studien har vi inte tagit upp på vilket sätt dessa kunskaper skulle kunna underlätta förtroende skapandet. Vi har i stället fokuserat oss på vilka handlingar som kan vara till hjälp för att uppnå ett förtroende. Vi anser att kunskaper om de psykiska reaktionerna kan vara till hjälp, men att det viktigaste är att veta grunderna för hur du skall kommunicera. Vet du hur du skall kommunicera och agera för att komma bakom patientens oro har du som sjuksköterska kommit en bra bit på vägen för att skapa en förtroendefull kontakt. Kunskaper om de psykiska

reaktionerna kan öka sjuksköterskans förståelse för patientens beteende, men enligt vår uppfattning spelar det inte så stor för förtroendeskapandet.

Resultatet påvisar vilken komplex situation sjuksköterskan ställs inför samt vilken bred kunskap som fordras för att patienten skall känna förtroende. Det vi har fokuserat på i studien är sjuksköterskans agerande. Givetvis spelar en mängd andra faktorer in så som miljö och typ av skada. En av faktorerna är sjuksköterskans förmåga att avläsa patientens psykiska tillstånd samt förmågan att vara flexibel i möte med människor. Det är viktigt att sjuksköterskan inte har några fördomar om patienten och ser patienten som en unik individ.

I studien ligger fokus på förtroende skapandet. Förtroende skapandet är inte bundet till någon speciell situation vilket gör att kunskaperna kan användas både på sjukhuset och prehospitalt. Vikten är att få kontakt med patienten och därigenom skapa förtroende i en akut situation, men kunskaper kan även vara till nytta då situationen inte är akut. Syftet är framför allt att få tillstånd ett förtroende snabbast möjligt.

Metoddiskussion

Kommunikation ser vi som nyckeln till att skapa en förtroendeingivande kontakt, oavsett om kommunikationen är verbal eller inte. I arbetet har vi tagit upp tre olika områden som vi anser viktiga för att skapa en förtroendeingivande relation mellan sjuksköterskan och patienten. Dessa områden var kommunikation, beröring och kroppsspråk, vilka vi först och främst använt för att hitta litteratur. Alla områden speglar en form av kommunikation och går därför in i varandra. I det första området tog vi upp betydelsen av kommunikation och vilken effekt de har på patienten, för att senare ta upp de specifika delarna beröring och kroppsspråk och dess betydelse och inverkan. Områdena har till största del använts för att strukturera arbetet. En risk med detta arbetssätt är att lägga för stor vikt vid områdena och eventuellt missa andra viktiga delar. Men eftersom vi har varit medvetna om problemet tror vi oss har minimerat risken för detta.

I arbetet har vi använt vissa begrepp som synonymer. Anledningen till vi gjort detta är att använda samma begrepp som respektive författare. Begreppen ligger även varandra så nära i betydelse vilket gör risken för missförstånd relativt liten. En anledning till att vi stött på problem

under arbetets gång är att det finns så lite skrivet inom detta område. För att överhuvud taget kunna genomföra arbetet har vi varit tvungna att även söka litteratur inom närliggande område. Svårigheterna med detta har varit att vissa författare berört vårt område till så liten del att det har varit problem att överföra kunskaperna till vår studie. I studien har vi använt oss av elva artiklar som kan knytas direkt till prehospital akutsjukvård. Övriga artiklar har vi använt för att stärka och utveckla dessa elva. Artiklarna som vi använt för att förankra kunskaperna har till största delen handlat om kontaktskapande mellan sjuksköterskan och patienten. På grund av att vi använt oss av detta arbetssätt kan kunskaperna även appliceras på andra områden inom vården och användas av en rad yrkeskategorier.

Källkritik

I arbetet har vi valt att ta med två artiklar som inte är vetenskapliga. Dessa artiklarna har vi använt oss av på grund att dom belyser kunskapen ur en annan synvinkel. Avsikten med dessa artiklarna är att lyfta fram kunskapen på ett mer allmänmänniskt synsätt samt öppna dörren för nytänkande. Med studien avser vi att väcka tankar och funderingar kring hur en sjuksköterska bör handla i mötet med en skadad person.

REFERENSLISTA

Andrén-Sandberg, Å., Törnebrandt, K., & Åberg, T. (1997). *Katastrofsjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Ardeby, S. (1995). Det är livsviktigt för alla att bli berörda. *Vårdfacket* 7, 30-32.

Björvell, H., Forsberg, C., & Krusebrandt, Å. (1997). *Taktil massage*. Socialstyrelsen: Spri.

Ekengren, K., & Hjerpe, B. (1995). *Beröring - vår viktigaste förnimmelse*. Umeå: SIH Läromedel.

Eriksson, N. (1997). Posttraumatic stressreactions among the survivors. Feeling of continuity is a protective factor when death is threatening. *Läkartidningen* 94 (13) : 1202-04.

Feiner, B. (1997). Touch and go. *Emergency Medical Services* 26 (2):15-8.

Franck Wihlberg, M. (1995). Sjuksköterskans kommunikation med döende- vilka faktorer påverkar. *Omvårdaren* 2, 1995.

Gerdin, B., Haglund, U., Nilsson, O., Persson, L., & Wiklund, L. (1996). Specialistsamverkan vid optimal traumavård - Klassning, prioritering och ansvarsfördelning. *Läkartidningen* 93, 30-31.

- Håkansson, E. (2000). *Ambulanstransporter 1998-2000*.
- Holme, I-M., & Solvang, B-K. (1991). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- Lego, S. (1999). The one- to- one nurse- patient relationship. *Nursecom* 35 (4): 4-23
- Loveridge, N. (2000). The therapy of touch. *Emergency nurse* 7 (10): 9-13.
- Lundin, T. (1992). *Traumatisk stress och personlig förlust*. Arlöv: Almqvist & Wiksell Förlag.
- Malmsten, C. (2000). *Akutsjukvård på skadepplats*. Ystad: Centraltryckeri.
- Mattson, B. (1998). Beröringen - förbisedd faktor i relationen mellan patient och läkare. *Läkartidningen* 85, 19. 1692-1693.
- McKnight, W. (1976). Understanding the Patient in Emergency. *The Canadian Nurse* 72 (7): 20-3.
- Meade, D. (1999). Mixed messages: interpreting body language. *Calif. Emergency Medical Services* 28 (9): 59-62.
- Morse, J., Proctor, A., & Shirin Khonsari, E. (1995). Sounds of comfort in the trauma center: How to talk to patients in pain. *Social Science and Medicine* 42 (12): 1669-80.
- Nilsson, B., & Waldermarsson, A-K. (1994). *Kommunikation, samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Pettigrew, J. (1990). Intensive nursing care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2,3.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Essentials of Nursing Research Methods, Appraisals, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Purtilo, R. (1982). *Vård, vårdare, vårdad, interaktion mellan vårdpersonal och patient*. Solna: Esselte Studium.
- Rusch, M. (1998) Psychological response to trauma. *Neb. Plastic Surgical Nursing* 18 (3): 147-53, 184-7.
- Salin, J. (2000) *Hälso- och sjukvårdslagen*.
- Shaner, K., & Bechtel, N. (1997). Bridging the gap. How to communicate with pediatric patients. *Emergency medical services* 26 (3): 46-9, 65.

Sjöström, B., & Johansson, B. (2000). *Ambulanssjukvård*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Smith, A-C. (2001). *Giraffspråket: känslans kommunikation - en väg till kontakt och förändring*. Höganäs: Kommunlitteratur.

Socialstyrelsen (1996). *Ambulanssjukvård i systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Fritze.

Socialstyrelsen (1998). *Skyldighet för hälso- och sjukvårdens personal*. Stockholm: Fritze.

Socialstyrelsen (1995). *SoS föreskrifter och allmänna råd om ansvar, kvalitetssäkring och läkemedelsförsörjning inom ambulanssjukvård*. Stockholm: Fritze.

Socialstyrelsen (1996). *SoS föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Fritze.

Socialstyrelsen (1991). *Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer*. Stockholm: Graffic Systems/Modin.

Stervin, P. (1998). *Tillitskrisen*. Lund: KFS AB.

Suserud, B., & Haljamäe, H. (1997). Role of nurses in pre-hospital emergency care. *Intensive and critical care nursing* 5 (3): 145-51

Svenska Akademin (1993). *Ordbok över svenska språket*. Arlöv: Berlings.

Wahlin, U., Weislander, I., & Fridlund, B. (1995). Loving care in the ambulance service. *Intensive and critical care nursing* 11 (6): 306-13.

Wells-Federman, C., Stuart, E., Deckro, J., Mandle, C., Baim, M., & Medich, C. (1995). The mind - body connection 2. *Clinical nurse specialist* 9 (1): 56-66.

Wilde, B. (1993). Quality of care from a patients perspective: A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7 (2): 113-20.

