



LUNDS
UNIVERSITET

MEDICINSKA FAKULTETEN

Sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter med panikattack

Författare: Amanda Hallberg och Elvira Rönnerholm

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2021

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och
sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter med panikattack

Nurses´ experiences of assessing patients with panic attacks

Författare: Amanda Hallberg och Elvira Rönnerholm

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2021

Abstrakt

Bakgrund: Att bedöma patienter med panikattack kan upplevas som svårt för sjuksköterskor. En panikattack är ett ofarligt men obehagligt tillstånd med symtom som liknar ett livshotande tillstånd. Upplevelsen av att bedöma patienter med panikattack kan ge uttryck för flera olika tankar och känslor hos sjuksköterskor. **Syfte:** Syftet var att genom en litteraturstudie sammanställa befintlig forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter med panikattack **Metod:** Denna osystematiska litteraturstudie genomfördes med en induktiv ansats baserad på sju vetenskapliga artiklar. För att analysera resultatet användes en integrerad analys. **Resultat:** Fem kategorier identifierades: Att kunna prioritera sin tid, Att behöva bedöma patientens besvär under stressiga förhållanden, Att behöva klinisk erfarenhet, Att känna osäkerhet och Att kunna fatta ett beslut. **Diskussion:** Sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter med panikattack var påfrestande men kunde underlättas genom olika faktorer.

Nyckelord

Bedömning, Henderson, Omvårdnad, Osäkerhet, Triage.

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Panikattack	2
Panikattackernas likhet med andra sjukdomstillstånd	4
Omvårdnad och behandling	5
Triage	6
Henderson omvårdnadsteori	6
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Att kunna prioritera sin tid	13
Att behöva bedöma patientens besvär under stressiga förhållanden	14
Att behöva klinisk erfarenhet	15
Att känna osäkerhet	16
Att kunna fatta ett beslut	17
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	20
Slutsats och kliniska implikationer	24
Referenser	25
Bilaga 1 (1)	29

Introduktion

Problemområde

Som sjuksköterska kan det vara svårt att möta patienter med panikattack (Greenslade et al., 2017). Panikattacker är ett obehagligt men ofarligt tillstånd som kan kännas livshotande för patienten och kan manifesteras i symtom som liknar ett livshotande tillstånd, till exempel bröstsmärtor och andningssvårigheter (Derrick et al., 2019). På en akutmottagning kan det vara svårt för sjuksköterskan att identifiera om det är en panikattack eller ett livshotande tillstånd (Greenslade et al., 2017). De akuta symtomen för en panikattack är manifestationer för ”fight or flight” systemet vilket i grunden är till för att skydda oss men kan vara mycket obehagligt (Derrick et al., 2019). Detta system yttrar sig genom att öka och frisätta katekolaminer vilket resulterar i hyperventilation och det är det främsta symtomet för en panikattack (Derrick et al., 2019). Cirka tio procent av befolkningen i Sverige har någon gång i livet upplevt en panikattack (Ottosson, 2015). Panikattacker är ett vanligt förekommande fenomen i sjukvården och framförallt på akutmottagningar (Socialstyrelsen, 2017).

På en akutmottagning måste först ett eventuellt livshotande tillstånd uteslutas innan en panikattack utreds (Greenslade et al., 2017). Men att identifiera panikattacker är oerhört viktigt för patientens hälsa. Panikattacker som inte blir diagnostiserade och inte behandlas leder till att patienten har mer återkommande bröstsmärtor och därmed fler besök till akutmottagningar samt en högre risk för självmordstankar (Greenslade et al., 2017). Det finns många olika faktorer som kan vara påfrestande för sjuksköterskan när en patient upplever en panikattack, dels osäkerheten av att göra en felbedömning av patientens hälsa men även oron för eventuellt bristande patientsäkerhet (Greenslade et al., 2017). Det saknas sammanställd forskning kring sjuksköterskors upplevelser av bedömning av patienter med panikattack och detta orsakar brist på kunskap. Genom att sammanställa befintlig forskning om sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att bemöta patienter med panikattack är förhoppningen att förståelsen ska öka kring sjuksköterskors upplevelser om detta problem.

Bakgrund

Panikattack

En panikattack är en mycket intensiv, obehaglig och skrämmande upplevelse. Panikattacken har en diffus karaktär, personen i fråga har panik men det finns inget i omvärlden som kan förklara varför (Ottosson, 2015). Tolkningen som de flesta patienter beskriver vid en

panikattack är att det känns som de håller på att dö, blir galna eller tappar kontrollen (Ottosson, 2015; Derrick et al., 2019). En person som upplever en panikattack för första gången kan ofta med stor säkerhet ange den exakta tidpunkten för attacken samt alla de yttre omständigheterna, detta är för att en panikattack kan ge ett otroligt starkt intryck på personen (Ottosson, 2015). Panikattacker kommer ofta plötsligt och försvinner igen efter bara några minuter (Ottosson, 2015; Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2006). Upplevelsen kan vara mycket skrämmande för personen som kan utveckla en rädsla för att ytterligare en panikattack ska återkomma. Rädslan för återkommande panikattacker kan leda till beteendeförändringar, exempelvis att personen undviker att gå till mataffären (Ottosson, 2015). Det finns tretton olika symtom som kan uppkomma vid en panikattack och några av symtomen är till exempel snabba och kraftiga hjärtslag, andningssvårigheter och känslor som rädsla att tappa kontrollen eller att bli galen (Ottosson, 2015; Greenslade et al., 2017). För att det ska definieras som en panikattack behöver minst fyra av följande symtom uppfyllas: hårt bultande hjärta, ökad frekvens eller palpitationer, skakning eller darrning, svettning, andningssvårigheter, kvävningsskänslor, obehag eller bröstsmärtor, magbesvär eller illamående, svimfärdig, ostabil, yr eller känsla av svindel, frossbrytning eller värmevallning, domning, depersonalisationskänslor (att vara fristående från sig själv) eller derealisation (överklighetskänslor), rädsla för att tappa förståndet eller kontrollen, eller dödsångest (Ottosson, 2015; Greenslade et al., 2017).

Tre till fyra procent av befolkningen har upprepade panikattacker och ungefär tio procent av befolkningen upplever någon gång en isolerad panikattack (Ottosson, 2015). I en del fall föregås en panikattack av en tids olust, spänning, nedstämdhet eller en stressig händelse (Ottosson, 2015; Greenslade et al., 2017). Panikattacker kan också komma helt oförutsägbart och hastigt. Behovet av hjälp vid en panikattack upplevs vara mycket stort och det är vanligt att personerna kommer direkt till akutmottagningen eller inkommer med ambulans med blåljus och sirener. Med eller utan behandling kommer så småningom panikattacken att avta och efterlämnar då en känsla av trötthet och tacksam förvåning (Ottosson, 2015).

Ett centralt symtom för en panikattack är hyperventilation och det tros vara det som triggar igång en panikattack (Derrick et al., 2019). Hyperventilation tillsammans med "fight or flight" systemet är ett vanligt förekommande problem kopplat till en panikattack (Ottosson, 2015). Symtomen som uppkommer vid aktivering av "fight or flight" är ett resultat av en ökning och frisättning av katekolaminer samt en konsekvens av hyperventilation (Derrick et

al., 2019). Katekolaminer är en benämning för de fysiologiskt viktiga ämnena adrenalin, noradrenalin och dopamin (Nationalencyklopedin, u.å). Hyperventilation är en av de vanligaste fysiska responserna till en panikattack (Derrick et al., 2019). Bröstsmärtor i samband med hyperventilation kan bero på en överanvändning av bröstväggsmuskulerna (Derrick et al., 2019). Hyperventilationen kan både vara utlösare och en följd till en panikattack (Ottosson, 2015). En person som hyperventilerar har en så kallad oekonomisk andning och det betyder att andningen hos en ångestfylld person är samma i vila som en ångestfri person har vid maximal ansträngning. Andningen kan då kännas otillräcklig och överansträngd men det är den inte ur ett fysiologiskt perspektiv (Ottosson, 2015).

Panikattackernas likhet med andra sjukdomstillstånd

Panikattacker är vanligt i vården men går ofta obemärkt och obehandlad förbi (McGrandles & McCaig, 2010). En panikattack kan många liknande symtom som andra sjukdomstillstånd, vilket kan skapa svårigheter i bedömningen av patienten (Derrick et al., 2019; SBU, 2006). Kardiovaskulära och respiratoriska tillstånd samt hypotyreos är exempel på sjukdomstillstånd som kan likna symtomen för en panikattack. Panikattacker är också vanligt förekommande hos patienter med hjärtsjukdomar. Lungemboli kan ge samma symtom som en panikattack men är till skillnad från panikattacken livshotande. Även Crohns sjukdom och magsår kan ge liknande symtom och misstolkas för att vara en panikattack (Derrick et al., 2019).

Det finns många olika sjukdomstillstånd som ger symtom som till exempel andningssvårigheter, yrsel, bröstsmärtor, panikkänslor och stickningar vilket skapar svårigheter i bedömningen av en patient som inkommer med dessa symtom. Symtomen måste tas på allvar och de livshotande tillstånden måste först uteslutas innan andra tillstånd undersöks (Derrick et al., 2019). Ett tydligt exempel på detta kan ses i artikeln av Mirsch (2011) där en sjuksköterska felbedömde patienten i tron om att patienten hade en panikattack, som istället visade sig vara ett livshotande tillstånd. Sjuksköterskan gjorde ett klassiskt misstag som kallas *wrong train syndrome* vilket kan ge allvarliga konsekvenser. *Wrong train syndrom* kan översättas till *fel spår* vilket innebär att sjuksköterskan låser fast sig vid en viss uppfattning eller diagnos och därmed tar fel spår. I detta fall ledde de till att patienten avled på grund av en brusten mjälte. Sjuksköterskan bestämde sig tidigt under samtalet för att patienten hade en panikattack då symtomen stämde överens med det. Alla frågor som ställdes var för att bekräfta den diagnosen i stället för att hålla dörren öppen för andra tillstånd (Mirsch, 2011).

Upp till en tredjedel av alla patienter som åker in till akuten med bröstsmärtor har en panikattack eller ett ångestsyndrom. Chansen att det igenkänns som en panikattack är dock liten (Greenslade et al., 2017). I SBU:s (2006) rapport om ångestsjukdomar skriver författaren att ungefär var femte person som inkommer med bröstsmärtor läggs in på en hjärtintensivavdelning men visar sig senare inte ha någon hjärtsjukdom (SBU, 2006).

Omvårdnad och behandling

Patienter med panikattack söker sig ofta till akutmottagningar och de kräver ett empatiskt bemötande (Ottosson, 2015). Många av patienterna med panikattack känner att sjukvårdspersonalen inte tar dem på allvar och de känner sig oförstådda. När sjuksköterskan säger att det inte är något fel upplevs det som en paradox för patienterna eftersom deras upplevelse är att de höll på att dö (Derrick et al., 2019; Ottosson, 2015). Den första kontakten är därför viktig och borde bestå av en somatisk undersökning av sjuksköterskan samt information om panikattacken (Ottosson, 2015). Först och främst ska en kroppsundersökning göras på patienten med rüststatus och EKG för att utesluta differentialdiagnoser. När det sedan är klart att det är en panikattack måste sjuksköterskan skapa förtroende och visa empati vid förklaringen av tillståndet till patienten. Upplevelsen ska inte bagatelliseras och sjuksköterskan ska inte heller vara rädd för att beskriva hur tillståndet brukar kännas, samtidigt som försäkring om patientens upplevelse måste ges. Exempelvis "Trots att det känns som om..., så är det inte så. Man dör inte. Man blir inte tokig" (Ottosson, 2015, s. 190). Behandling av en panikattack sker genom kognitiv beteendeterapi, farmakologisk behandling eller genom en kombination av dessa (Ottosson, 2015; Socialstyrelsen, 2017). Att informera patienten om tillståndet är en central del i behandlingen då det kräver att patienten har förståelse för sina besvär (Derrick et al., 2019; Ottosson, 2015; Socialstyrelsen, 2017). Andningsinstruktioner kan även vara mycket användbart vid lindring av hyperventilation (Ottosson, 2015).

Enligt artikeln av Kerrison & Chapman (2007) har sjuksköterskor som inte har en utbildning i psykiatri dålig kunskap gällande patienter med psykiatriska besvär. Sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning är först och främst utbildade för att bedöma och behandla fysiska sjukdomar och trauman (Plant & White, 2013). På akutmottagningar inkommer dock ofta patienter med psykiska besvär till exempel en panikattack (Ottosson, 2015). Det finns en oro hos sjuksköterskor för att bedöma patienter med ett psykiskt besvär som främst grundar

sig i en bristande erfarenhet hos sjuksköterskan för dessa typer av patienter (Plant & White, 2013). I studien av Plant & White (2013) beskriver sjuksköterskor att oavsett deras nuvarande kunskap och färdighet är det mycket utmanande att bedöma patienter med psykiska besvär (Plant & White, 2013) exempelvis en panikattack (Ottosson, 2015).

Triage

Triage är en prioriteringsprocess för att prioritera och sortera patienter i ett akut skede (Werntoft, 2009). Det utförs exempelvis på akutmottagningar och på vårdcentraler, i de flesta fallen av en sjuksköterska. Syftet med triage är att snabbt bedöma patienten efter vårdbehov, vårdnivå och prioriteringsgrad. Prioriteringsgraden är uppdelad i nummer och färger, numren är ett till fem och färgerna är röd, orange, gul, grön och blå. De olika prioriteringsgraderna har referenstider vilket innebär att patienten ska omhändertas inom en bestämd tid. Den högsta prioriteringsgraden är nummer ett och har färgen röd, den betyder att patienten behöver omedelbar vård och referenstiden i denna prioriteringsgrad är noll minuter. Den lägsta prioriteringsgraden är nummer fem och har färgen blå, den betyder att det inte är akut och referenstiden i denna prioriteringsgrad är 240 minuter. De andra prioriteringsgraderna har referenstider på tio, 60 respektive 120 minuter (Werntoft, 2009).

Att som sjuksköterska vara osäker på sina beslut betraktas som en oundviklig verklighet i alla delar av den kliniska verksamheten (Brown & Clarke, 2014). Antalet beslut som måste tas på en akutmottagning är fler än inom andra områden i hälso- och sjukvården. Besluten som tas på en akutmottagning kan innebära risker för livet, vilket gör att de blir en utmaning för sjuksköterskan. Besluten som tas inom triage av sjuksköterskan är anmärkningsvärt annorlunda jämfört med andra områden. Sjuksköterskor som arbetar med triage är vanligtvis de första som möter och bedömer en patient och majoriteten av patienterna som inkommer till en akutmottagning är okända för sjuksköterskan. Eftersom bedömningen ska ske relativt snabbt finns det en stor osäkerhet för beslutstagandet hos sjuksköterskan (Brown & Clarke, 2014).

Henderson omvårdnadsteori

Virginia Hendersons omvårdnadsteori har sin bas i grundprinciperna i omvårdnaden av patienten (Henderson, 1967). Enligt Henderson är människan sammansatt som en psykologisk, biologisk, andlig och social person med 14 grundläggande behov. Henderson betonar även att de grundläggande behoven är liknande hos alla människor men att människor

har olika sätt att tillfredsställa dem på. Enligt Henderson är en persons hälsa direkt kopplad till personens förmåga att oberoende kunna tillgodose sina grundläggande behov. Hendersons teori utgår från att sjuksköterskan ska tillfredsställa patientens behov när patienten själv inte har förmågan att göra det och sjuksköterskan ska skapa förutsättningar för patienten att själv kunna tillgodose sina behov. Inom dessa behov finns även de behov som traditionellt inte anses vara betydande inom sjukvården, exempelvis behov av distraktion och tidsfördriv eller religiösa behov. För att omvårdnaden ska vara god enligt Henderson krävs det att sjuksköterskans huvud, händer och hjärta har kontakt med varandra. God omvårdnad som främjar patientens oberoende ska också planeras tillsammans med patienten (Henderson, 1967).

Henderson hävdar att alla människor, både friska och sjuka, har olika grundläggande behov (Henderson, 1967). Kläder, husrum, mat, uppskattning, kärlek, samhörighet och känslan att känna sig till nytta är exempel på dessa grundläggande behov. Maslows behovstrappa diskuteras även som en utgångspunkt för Hendersons teori och anses vara en viktig del. I Hendersons teori identifieras 14 olika komponenter som ska stå till grund för omvårdnaden. Den första är att hjälpa patienten med att andas och efter den kommer hjälp med att äta och dricka för att sedan fortsätta med de olika omvårdnadskomponenterna. Teorin framhäver även vikten av att sjuksköterskan är uppfinningsrik och har patientens önskemål som utgångspunkt. I teorin beskrivs även patientbegreppet vilket innebär att en individ inte själv kan tillgodose sina behov på grund av bristande kraft, kunskap eller vilja. Då ska sjuksköterskan träda in och stödja patienten. Henderson beskriver även vikten av att förstå och tolka patienten utefter de grundläggande kroppsliga och känslomässiga behoven (Henderson, 1967).

Enligt Hendersons omvårdnadsteori ska sjuksköterskan först och främst hjälpa patienten att andas (Henderson, 1967). Genom att hjälpa patienten att andas lugnt och långsamt kan patienten återfå kontroll över sin kropp och andning (Derrick et al., 2019). Genom att lära patienten andningsövningar för att själv kunna sakta ner sin andning (Derrick et al., 2019) ger sjuksköterskan sedan patienten förutsättningarna för att själv kunna tillgodose sina behov (Henderson, 1967). Nästan gång patienten får de första symtomen på hyperventilation kan patienten använda sig av andningsövningarna för att sakta ner sin andning. Därmed borde symtomen avta och inte utvecklas till en panikattack (Derrick et al., 2019), sjuksköterskan har gett patienten förutsättningar för att vara oberoende och självständig (Henderson, 1967). Att vara oberoende och självständig är direkt kopplat till Hendersons definition av hälsa,

Henderson menar att hälsa inte bara är frånvaron av sjukdom, utan kan även innebära sociala relationer eller en meningsfull sysselsättning (Henderson, 1967).

Syfte

Syftet var att genom en litteraturstudie sammanställa befintlig forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter med panikattack.

Metod

Uppsatsen genomfördes som en litteraturstudie med en induktiv ansats. En litteraturstudie innebär att hitta relevanta studier som redan är publicerade genom att använda olika databaser (Polit & Beck, 2017). En induktiv ansats betyder att söka mönster i materialet och att analysen baseras på berättelser och erfarenheter. Denna ansats passar bra till studien då den är baserad på tidigare forskning om sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter med en panikattack. Slutsatsen formades genom att utgå från delarna som sedan blev en helhet (Polit & Beck, 2017).

Urval

I denna litteraturstudie användes PubMed och Cinahl som sökdatabaser. PubMed är den största sökdatabasen och innehåller referenser kring omvårdnad och medicin, därför var den relevant att använda (Willman et al., 2016). Cinahl är en databas för forskning inom omvårdnad. Sökningar har även gjorts i PSYCinfo som innehåller forskning inom psykologi och angränsande områden som omvårdnad och medicin. Men PSYCinfo gav liknande artiklar och resultat som PubMed och Cinahl, därför ansågs det inte relevant att använda denna databas. Det var viktigt att sökningarna gjordes i olika databaser för att undvika ett snedvridet resultat (Willman et al., 2016). Sökningarna i PubMed gav flest artiklar och sökningarna genomfördes med MeSH termer och fritextord. Sökningen i Cinahl genomfördes med Cinahl headings. MeSH termer och Cinahl headings är ämnesord, skillnaden är att Cinahl headings bygger på MeSH termerna men innehåller fler vård- och omvårdnadsrelaterade termer (Willman et al., 2016).

Undersökningen gjordes på publicerade studier av sjuksköterskors upplevelser när en patient har sökt vård på grund av en panikattack. Urvalet består av sju vetenskapliga artiklar. Inklusionskriterier var att patienterna som sjuksköterskornas upplevelser grundade sig på

skulle vara minst 18 år gamla och att studierna utgår från hur panikattacker bedöms på en akutmottagning. Anledningen till varför patienterna skulle vara minst 18 år gamla är för att barn är i ständig utveckling och skiljer sig mycket i omvårdnad från en vuxen människa (Ygge, 2015). Barn har även mindre luftvägar och det kan leda till att de lättare blir andningspåverkade av flera tillstånd (Radell & Bredlöv 2015). Dessa inklusionskriterier ansågs vara viktiga för att kunna ge ett fylligt resultat och besvara syftesformuleringen. En avgränsning i tid gjordes på artiklarna vilken var att de skulle vara publicerade inom de senaste femton åren. Fler inklusionskriterier var att endast artiklar skrivna på svenska eller engelska samt artiklar som fanns tillgängliga i fulltext användes. Forskningsdesignen skulle vara kvalitativ då syftet var att utgå från upplevelser och erfarenheter, vilket var relevant för denna litteraturstudie. Ett annat exklusionskriterium var om studien inte gav upphov till någon förståelse för sjuksköterskans upplevelse av att bedöma patienter med panikattack.

Datainsamling

Söktermer och fritextord formades baserat på inklusions- och exklusionskriterierna samt litteraturstudiens syfte. För att skapa sökblock kopplades närliggande begrepp samman och de booleska sökoperatörerna AND och OR användes (Kristensson, 2014). Booleska-termer är sökkommandon som används för att utöka eller begränsa sökningar i databaser (Willman et al., 2016).

För att besvara syftet i litteraturstudien var nyckelord samt en definition på fenomen till fördel (Kristensson, 2014). I denna studie undersöktes sjuksköterskans upplevelse av att bedöma patienter med en panikattack. I relation till syftet valdes sökord som *nursing care* OR *nurses* OR *nurses perspective*, vilket är olika begrepp som undersöker sjuksköterskans roll och omvårdnad. Sjuksköterskans roll var i fokus genom hela studien och var därför mycket relevant i alla sökningar. Ytterligare sökord som användes var *panic disorder* OR *panic attacks*, *chest pain* och *mental health triage*. Dessa sökord var grunden för vilket problem vi ville undersöka, med fokus på panikattacker. Anledningen till att de tre olika sökningarna har olika söktermer är för att en panikattack kan manifesteras sig i många olika symtom (Derrick et al., 2019). Efter första sökningen (tabell 1) insåg författarna till studien att patienter som inkommer till akutmottagningen med bröstsmärtor kan visa sig uppleva en panikattack. Detta skapade sökningen i tabell 2 och 3 och är anledningen till att söktermerna *chest pain* och *mental health triage* även blev relevanta för sökningen. Efter att läst olika studier från sökningen i tabell 2 kunde författarna förstå sjuksköterskans upplevelser av att bedöma

patienter med panikattacker och därför ansågs sökningen vara relevant trots att söktermerna skiljer sig från varandra. Ytterligare sökord som användes var frisöksorden *perspective* OR *view* OR *experience* OR *attitude*. Dessa valdes eftersom syftet var att undersöka en upplevelse och dessa begrepp ansågs kunna bidra till det.

Tabell 1. Sökning i PubMed.

Databas: PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultat
#1	panic disorder OR panic attacks	13 568				
#2	nursing care OR nurses	902 550				
#3	perspective OR view OR experience OR attitude	2 006 277				
#4	#1 AND #2 AND #3	52	20	10	6	3

I sökningen i tabell 1 hittades en artikel under "similar articles" till en annan artikel. Artikeln finns inte med i sökschemat och återfanns inte i någon av sökningarna. Dock ansågs den kunna bidra till ett relevant resultat relaterat till syftesformuleringen, därav togs den med i litteraturstudien.

Tabell 2. Sökning i PubMed.

Databas: PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultat
#1	Chest pain	87 938				
#2	Nurses perspective	16 174				
#3	#1 AND #2	21	10	4	1	1

Tabell 3. Sökning i Cinahl.

Databas: PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultat
#1	Decision making	155 193				
#2	Mental health triage	522				
#3	#1 AND #2	44	12	4	2	2

I första steget lästes alla artiklarnas titlar för den slutliga sökningen i varje tabell för att få en överblick och kunna välja ut artiklar som var relevanta till litteraturstudiens syftesformulering. Efter att fått en överblick över rådande forskning och om sökningen var tillräcklig gick författarna vidare till abstractläsning. Efter att författarna hade läst abstract på de valda artiklarna selekterades de artiklar som skulle gå vidare till fulltextläsning. Till sist kvalitetsgranskades de kvarstående nio artiklarna som ansågs vara relevanta utifrån studiens syfte.

Kvalitén av de kvarstående nio artiklarna granskades utifrån SBU:s (2020) granskningsmall för kvalitativa studier. SBU:s (2020) granskningsmall består av åtta frågor med tillhörande följdfrågor som bedömer hur hög risken för bias är. Granskningsmallen är till för att bedöma

svagheter och styrkor i studierna och fungerar som ett stöd för att bedöma kvalitén. Sammanlagt finns det 25 frågor som ska besvaras från SBU:s (2020) granskningsmall och varje positivt svar ger ett poäng och inadekvat eller negativt svar ger noll poäng. Poängen användes sedan för att räkna ut en procent för att bedöma kvalitén. Enbart artiklar med medelhög till hög kvalitet fick ingå i litteraturstudien. För att kvalitén ska räknas som hög ska över 80% av kriterierna vara uppnådda. Om det däremot är under 50 % uppnådda kriterier räknas kvalitén som låg. Mellan 50–80% kommer därför klassificeras som medelgod kvalitet. Kvalitetsgranskningen gjordes genom att noggrant gå igenom respektive artikel utifrån granskningsmallen. Efter kvalitetsgranskning enligt SBU:s granskningsmall återstod fem artiklar från PubMed och två artiklar från CINAHL. Ingående artiklars kvalitet presenteras i Bilaga 1.

Dataanalys

Resultatet i artiklarna analyserades, tolkades och sammanställdes för att identifiera sjuksköterskans upplevelser (SBU, 2020). En litteraturstudie ska ha en tydlig och logisk uppbyggnad och resultatet bör visa samband samt likheter och eventuella skillnader (Friberg, 2017). Analysen av den insamlade datan utfördes med hjälp av Kristenssons (2014) beskrivning av integrerad analys. Denna metod används för att på bästa sätt kunna redovisa och sammanställa resultatet i litteraturstudien på ett överskådligt sätt. Anledningen till att en integrerad analys passar till en litteraturstudie är för att resultatet sannolikt kommer peka åt olika riktningar och då behöver resultatet presenteras integrerat (Kristenssons, 2014). Enligt Kristensson (2014) ska analysen göras i tre olika steg. I första steget lästes de sju artiklarna i fulltext för att identifiera likheter och skillnader i resultaten. I nästa steg identifierades fem kategorier för att jämföra likheterna för att sedan kunna sammanfatta resultaten. Författarna skrev ut alla artiklar i pappersformat och sedan ströks alla likheter under med en gemensam färg för att få en överblick över studiernas likheter och olikheter. Därefter sammanställdes och identifierades kategorierna. Slutligen skapades fem underkategorier från sammanfattningen som sammanställde resultatet (Kristenssons, 2014). Kategoriernas benämningar ändrades under arbetets gång då författarna ansåg att de ursprungliga benämningarna inte passade till den data som framkom från de vetenskapliga artiklarna.

Forskningsetiska avvägningar

Samtliga studier som användes i litteraturstudien har blivit granskade av en etisk kommitté eller har ett etiskt resonemang. Det finns fyra olika etiska forskningsprinciper att förhålla sig

till i forskning som involverar människor: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (World Medical Association, 2018). I denna litteraturstudie vägde dessa fyra principer tungt vid valet av artiklar som inkluderades.

Informationskravet betyder att forskare skall informera deltagarna i studien om deras uppgift i projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande (World Medical Association, 2018). De ska också upplysas om att deltagande är frivilligt och om rätten att avbryta medverkan utan att ange skäl. Samtyckeskravet handlar om att forskarna ska inhämta deltagarnas samtycke. De som medverkar i studien ska kunna bestämma själv om hur länge och på vilka villkor de deltar. De ska också kunna avbryta sin medverkan utan att det blir några negativa följder för dem. Konfidentialitetskravet tar upp att alla som medverkar i forskningsprojektet och har tillgång till information som kan identifiera deltagarna eller vara etiskt känsliga för deltagarna bör underteckna en förbindelse om tystnadsplikt. Alla uppgifter som kan identifiera deltagare skall antecknas, förvaras och avrapporteras på ett sådant sätt att den enskilda individen inte kan identifieras av utomstående. Nyttjandekravet innebär att alla uppgifter om enskilda individer som är insamlade för forskningsändamål ej får användas eller utlånas för kommersiellt bruk (World Medical Association, 2018).

Resultat

För att redovisa resultatet utifrån syftesformuleringen har fem kategorier som sammanställer sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter med panikattack identifierats. Dessa kategorier är Att kunna prioritera sin tid, Att behöva bedöma patientens besvär under stressiga förhållanden, Att behöva klinisk erfarenhet, Att känna osäkerhet och Att kunna fatta ett beslut.

Att kunna prioritera sin tid

Prioritering av tid kom upp som en utgångspunkt för sjuksköterskans arbete i bemötandet av patienter med en panikattack (Andersson et al., 2006; Dias et al., 2018; Hamer et al., 2009; Hamer & McCallin, 2006; Sands, 2009). Hur väl tiden hanterades var kopplat till sjuksköterskans problemlösningsförmåga (Hamer & McCallin, 2006). Prioritering av tid till mötet när en patient inkommer till en akutmottagning visade sig vara värdefull. Efter den kliniska undersökningen insåg sjuksköterskor att det borde funnits mer tid att fråga patienterna om symtomen kunde berott på ett psykologiskt snarare än ett fysiskt problem. Att

fatta snabba beslut som sjuksköterska kräver rätt prioriteringar (Andersson et al., 2006). Det är svårt att ta korrekt grundade beslut på grund av att tiden ofta är pressad (Andersson et al., 2006). Sjuksköterskor som hade längre erfarenhet hanterade och prioriterade tiden bättre än oerfarna sjuksköterskor (Hamer & McCallin, 2006).

I studien av Dias et al. (2018) beskriver sjuksköterskor att de inte tror sig vara tillräckligt kunskapsmässigt förberedda för att bedöma patienter med en panikattack eller liknande symtom. Det krävs reflektion över sitt agerande i efterhand för att med större säkerhet kunna bedöma nästkommande patient med en panikattack. Sjuksköterskan behöver vara beredd på att tiden för mötet kan vara knapp (Dias et al., 2018). Reflektioner som sker efter omvårdanden är viktiga för att kunna ta med sig nya erfarenheter till framtiden. Att hinna lyssna, ha en dialog och speciellt att vara human under omvårdnaden kan vara svårt under tidspress, men skapar också dessa viktiga reflektioner (Andersson, 2006; Dias et al., 2018). Att vara upptagen och tidspressad ska dock inte utesluta att kunna fråga en patient om hen till exempel vill ha en kopp te (Hamer & McCallin, 2006). Sjuksköterskor beskriver det som att när patienten inte har ett medicinskt behov kände de sig inte lika involverade i patientens omvårdnad, då det fanns andra patienter som skulle kunna behöva hjälpen mer (Carnesten et al., 2021). I artikeln av Hamer et al. (2009) beskrivs vikten av att prioritera tiden rätt och att vara informativ till patienten om panikattacken. Det visade sig hjälpa och underlätta för patienten vilket betyder att prioritering av tid är viktigt. Att bedöma en patient med panikattack är inte en enkel uppgift för sjuksköterskan då det är tidskrävande, symtomen är svårbedömda (Hamer et al., 2009). Oavsett om bröstsmärtorna beror på en panikattack eller annan diagnos är det viktigt att inte uttrycka sig fel till patienten, då patienten annars kan känna att hen slösar bort sjuksköterskornas tid (Hamer & McCallin, 2006).

Att behöva bedöma patientens besvär under stressiga förhållanden

Sjuksköterskor i studien av Andersson et al. (2006) ansåg att upplevelsen av stress kan påverka sjuksköterskans förmåga att göra en korrekt bedömning av en patients tillstånd (Andersson et al., 2006). Ibland är sjuksköterskorna så pass stressade att det är lättare att endast fokusera på den kliniska bilden av en patients tecken på ohälsa (Hamer & McCallin, 2006). För lite tid och en stressig situation leder till att sjuksköterskor hoppar över de psykosociala orsaker som kan leda till bröstsmärtor (Hamer & McCallin, 2006) exempelvis en panikattack (Dias et al., 2018; Hamer & McCallin, 2006) och endast förlitar sig på den kliniska bilden (Hamer & McCallin, 2006).

Enligt Carnesten et al. (2021) kan en kombination av kompetens och erfarenhet leda till att sjuksköterskor känner sig säkra på sin kliniska kompetens även i stressiga situationer (Carnesten et al., 2021). Sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning upplever de högsta nivåerna av stress i jämförelse med andra avdelningar (Sands, 2009). Men genom att ha en bred klinisk kompetens kan sjuksköterskan känna sig säker och lugn i sin professionella roll även i stressiga och intensiva situationer (Carnesten et al., 2021). Det som sjuksköterskor ansåg vara utmanande och stressfullt är att vara ensam i processen för beslutsfattande (Sands, 2009). Det ansågs vara speciellt stressande att fatta beslut under press och detta kan ha en negativ inverkan på sjuksköterskors vilja av att fortsätta arbeta på en akutmottagning (Sands, 2009).

Tiden behöver bli väl investerad i rätt åtgärder (Hamer & McCallin, 2006). Prioritering av dokumentation visade sig vara slöseri med tid snarare än värdefullt i en tidspressad situation. Sjuksköterskor upplevde inte ha tillräckligt med kunskap för att kunna förstå när patienten inte led av livshotande bröstsmärtor utan i stället av ett psykiskt besvär. Svårigheterna som sjuksköterskorna upplevde var att valen som skulle prioriteras var lika viktiga, vilket skapade osäkerheter i prioriteringen. Att arbeta som sjuksköterska under tidspressade situationer innebär komplexitet och utmaningar (Hamer & McCallin, 2006). I tidspressade situationer kände sig sjuksköterskor osäkra på kvaliteten i deras tagna beslut (Sands, 2009). När beslut togs under tidspress oroade sig sjuksköterskor för om de verkligen hunnit fundera över alla risker kring sina beslut. Det finns evidens för att beslut som tas under tidspress kan försämrats avsevärt (Sands, 2009).

Att behöva klinisk erfarenhet

Studier beskriver hur sjuksköterskors professionella erfarenhet påverkar bedömning och beslutstagande rörande patienter med panikattacker (Andersson, 2006; Carnesten et al., 2021; Clarke et al., 2015; Dias et al., 2018; Hamer & McCallin, 2006; Sands, 2009). Sjuksköterskor som hade mer erfarenhet bedömde och prioriterade patientens besvär mera korrekt än oerfarna sjuksköterskor (Hamer & McCallin, 2006). Alla patienter med bröstsmärtor ska bedömas som att de har ett livshotande tillstånd tills motsatsen är bevisad. Detta förhållningssätt hade erfarna sjuksköterskor lättare att tillämpa jämfört med oerfarna sjuksköterskor. De oerfarna sjuksköterskorna diskuterade istället med sina kollegor angående diagnosen bröstsmärta alternativt panikattack (Hamer & McCallin, 2006).

Att identifiera en panikattack kan vara svårt och brist på erfarenhet av situationen kan försvåra ytterligare (Dias et al., 2018). I studien studeras även sjuksköterskors kunskap om utvärdering av en panikattack och studien visar att sjuksköterskors erfarenhet spelade en stor roll i bedömningen. Det faktum att många sjuksköterskor inte kände sig tillräckligt förberedda för att bedöma patienter som inkommer med panikattacker grundades på att de inte hade upplevt situationen tidigare. På grund av sin bristande erfarenhet visades en oro för att symtomen var svåra att identifiera. Detta kan även skapa problem i kontakten mellan patienten och sjuksköterskan. Sjuksköterskorna som deltog i studien upplevde att de hade svårt att hålla en god kontakt med patienten som inkommit med en panikattack, detta skapade en osäkerhet för båda parter (Dias et al., 2018).

Sjuksköterskans förmåga att kunna ta ett korrekt beslut påverkas också av tidigare erfarenheter inom vården (Andersson, 2006). Sjuksköterskor som hade kortare erfarenhet beskriver att de vänder sig till någon som har längre erfarenhet och är mer kapabel till att göra en adekvat prioritering när det finns osäkerheter (Andersson, 2006). Angående frågan om hur sjuksköterskor tar beslut på en triageavdelning framkom det att sjuksköterskorna samfällt tyckte att de grundade sina beslut på sina tidigare erfarenheter (Sands, 2009). Att uppleva känslan av att inte ha gjort rätt val i att bedöma svårighetsgraden på problemet relaterat till brist på erfarenhet hos sjuksköterskorna uppmärksammades i studien av Clarke et al. (2015). Studien belyser fenomenet *diagnostic overshadowing* som innebär att sjukvårdspersonal fokuserar på patientens psykiska diagnos i stället för patientens fysiska behov (Clarke et al., 2015). Bröstsmärta ska alltid räknas som ett livshotande tillstånd oavsett om patienten gången innan inkommit med en panikattack, därför är det viktigt att inte fokusera enbart på patientens psykiska diagnos (Hamer & McCallin, 2006). Detta hänger samman med behovet av erfarenhet av att bedöma patienter med en panikattack och är ett vanligt fel hos sjuksköterskor med bristande klinisk erfarenhet (Clarke et al., 2015).

Att känna osäkerhet

Alla sjuksköterskor är någon gång osäkra på sina beslut (Andersson et al., 2006) och i studien av Dias et al. (2018) framgår det att det finns en osäkerhet av att bedöma patienter med en panikattack. Osäkerheten grundar sig i att sjuksköterskan inte vet hur de ska identifiera en panikattack (Dias et al., 2018) och osäkerheten ökar ångesten hos sjuksköterskor (Hamer & McCallin, 2006; Sands, 2009). Ångest hos sjuksköterskor upplevs inte endast på grund av om

det är ett livshotande tillstånd eller inte, utan även om det finns en sannolikhet för att tillstånd kan bli livshotande i en nära framtid (Hamer & McCallin, 2006; Sands, 2009). Att bedöma om det finns en sannolikhet att ett tillstånd kan bli livshotande gör att osäkerheten ökar (Sands, 2009). Sjuksköterskor upplever att det är en fälla hur de än gör, eftersom det finns fall där den medicinska utredningen har visat att patienten inte haft ett livshotande tillstånd där patienten trots denna utredning avlidit på vägen ut från sjukhuset (Hamer & McCallin, 2006).

Det finns en osäkerhet hos sjuksköterskor av att göra en adekvat bedömning av bröstsmärtor (Hamer & McCallin, 2006; Sands, 2009; Andersson et al., 2006; Dias et al., 2018). Eftersom en akutmottagning är en biomedicinsk miljö kan de psykiska orsakerna av bröstsmärtor tonas ner (Hamer & McCallin, 2006). Dessa två mycket olika perspektiven gör att sjuksköterskor känner att de måste välja det ena eller det andra, men båda alternativen är negativa. Det första alternativet är att sjuksköterskan inte gör en psykisk bedömning av patienten. Det andra alternativet är att sjuksköterskan gör en psykisk bedömning men är medveten om att det förmodligen kommer att leda till att patienten skrivs ut snabbt, vanligtvis utan att en psykiatrisk uppföljning genomförts (Hamer & McCallin, 2006).

Sjuksköterskor använder sig av systematiska frågor tillsammans med kliniska parametrar för att få fram viktig information att en patient har allvarliga och hotande symtom (Andersson et al., 2006) exempelvis hyperventilation och bröstsmärtor (Dias et al., 2018). Ett livshotande symtom kan alltid tyda på en allvarlig sjukdom eller ett allvarligt tillstånd (Andersson et al., 2006). Bröstsmärtor räknas alltid som ett livshotande tillstånd tills motsatsen är bevisad, eftersom ena gången kan patientens bröstsmärtor bero på en panikattack men nästa gång kan det vara ett livshotande tillstånd (Hamer & McCallin, 2006). Det är just där som mycket av osäkerheten hos sjuksköterskor ligger, det vill säga att inte veta om tillståndet har en fysisk eller psykisk orsak (Hamer & McCallin, 2006; Clarke et al., 2015).

Att kunna fatta ett beslut

Sjuksköterskor är medvetna om det underliggande allvaret av bröstsmärtor, trots sannolikheten att ett livshotande tillstånd uteslutits (Andersson et al., 2006; Carnesten et al., 2021; Hamer & McCallin, 2006). De flesta sjuksköterskorna känner till de olika orsakerna till att en patient kan uppleva bröstsmärtor (Hamer & McCallin, 2006) exempelvis på grund av en panikattack (Dias et al., 2018). Genom att sjuksköterskan kan identifiera symtom och tecken på en panikattack (Dias et al., 2018) kan sjuksköterskan därmed avgöra att det inte är ett

livshotande tillstånd (Hamer & McCallin, 2006). Sjuksköterskor med kortare klinisk erfarenhet kan ha svårt att bedöma detta vilket gör det svårare för dem att fatta ett beslut gällande patientens vård (Hamer & McCallin, 2006). I studien av Dias et al. (2018) framgår det att endast ett fåtal av sjuksköterskorna som blev intervjuade var beredda att bedöma en patient med panikattack. Hur lång yrkeserfarenhet sjuksköterskor har påverkar deras förmåga att fatta beslut (Dias et al., 2018; Sands, 2009) därför behöver oerfarna sjuksköterskor konsultera de mer erfarna sjuksköterskorna innan beslut tas (Andersson et al., 2006; Hamer & McCallin, 2006). Sjuksköterskor känner att deras utbildning inte gav dem tillräckligt med kunskap för att bedöma patienter i triage (Andersson et al., 2006; Sands, 2009) vilket gör det svårare för dem att ta ett beslut gällande patientens vård (Hamer & McCallin, 2006).

Den biomedicinska bedömningen fungerar bra vid misstänkte om ett livshotande tillstånd eftersom den ger faktiska bevis på tillståndet (Hamer & McCallin, 2006). Symtomen vid en panikattack kan upplevas som ett livshotande tillstånd för både patienten och sjuksköterskan (Dias et al., 2018; Hamer et al., 2009; Hamer & McCallin, 2006), men en biomedicinsk bedömning ger bevis på att det inte är livshotande. Detta kan dock ge upphov till andra frågor hos sjuksköterskor, exempelvis en rädsla av att säga fel saker och göra tillståndet värre för patienten (Hamer & McCallin, 2006).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Författarna till litteraturstudien genomförde analysen genom kategorisering, det vill säga att från artiklarnas resultat sammanställa liknande upplevelser (Kristenssons, 2014) för sjuksköterskor vid bedömning av patienter med panikattack. Kvalitativ metod användes med motiveringen att det skulle ske en beskrivning av sjuksköterskans upplevelse. Vikten låg i att beskriva ett fenomen och inte framställa resultatet i siffror. Författarna valde att göra en litteraturstudie för det ansågs kunna besvara syftesformuleringen. En litteraturstudie beskriver kunskapen som finns inom det specifikt valda området (Kristenssons, 2014) och i denna studie var det sjuksköterskornas upplevelser av att bedöma patienter med panikattack. En styrka som kan ses i litteraturstudien är att samtliga inkluderade vetenskapliga artiklar har medelgod till hög kvalitet. Alla artiklarna har även ett etiskt resonemang eller är granskade av en etisk kommitté. Detta skapar en bra grund för litteraturstudien och dess trovärdighet.

En svaghet med litteraturstudien är att endast sju vetenskapliga artiklar inkluderades i resultatet. Att ha för få inkluderade studier kan leda till att resultatet inte uppnår mättnad, det vill säga att även om fler artiklar hade inkluderats hade de inte gett upphov till ytterligare kategorier (Ahrne & Svensson, 2011). Författarna till denna litteraturstudie ansåg dock att de sju vetenskapliga artiklar som inkluderades gav ett fylligt resultat. Ytterligare en svaghet är att inga subkategorier identifierades.

Efter att första litteratursökningen gjorts insåg författarna att fler sökord behövde inkluderas och det berodde på att det finns en bristande forskning kring sjuksköterskans perspektiv på panikattacker. Trots detta fick författarna tillräckligt med material för att kunna besvara litteraturstudiens syftesformulering. Därför ansågs de nuvarande sökorden vara adekvata. Detta var även anledningen till att sökningen i PubMed gjordes två gånger med olika sökord. En inkludering som gjordes i sökningarna var att sjuksköterskans upplevelse inte skulle vara baserad på ett barn med en panikattack. Denna inkludering kan ses som en nackdel ur perspektivet att det faktiskt finns barn som upplever en panikattack (Diler, 2003) och då hade kunnat vara till nytta för att få en helhetsbild bland olika åldrarna.

En styrka enligt författarna är att sökningen gjordes i tre databaser, varav två av databaserna är inkluderade i litteraturstudien. Anledningen till att enbart två databaser inkluderades var för att sökningen i den tredje databasen visade samma vetenskapliga artiklar som författarna redan funnit. Till en början hade studien enbart en databas men detta utvecklades senare till två olika databaser då det ansågs vara fördelaktigt och kunna bidra till en ökad trovärdighet för resultatet. En annan styrka för litteraturstudien är att de vetenskapliga artiklarna som inkluderats är från flera olika länder vilket skapar ett brett perspektiv. Det kan dock finnas olikheter i sjuksköterskeutbildning och hur sjuksköterskor bedömer patienterna (Vårdförbundet, 2021). Trots olika ekonomiska förutsättningar arbetar sjuksköterskor mot samma mål, patientens hälsa (Vårdförbundet, 2021), vilket gör att litteraturstudien trots olikheter i sjuksköterskeutbildning fortfarande fyller sitt syfte. Även om litteraturstudien har svagheter som få inkluderade vetenskapliga artiklar och avsaknad av viss åldersgrupp bedömer författarna att litteraturstudien redovisar sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienter med panikattack på ett ärligt och korrekt sätt.

Diskussion av framtaget resultat

I resultatet framkommer olika kategorier för hur en sjuksköterska upplever bedömning av patienter med en panikattack. Författarna har valt att fokusera på tre av de viktigaste fynden som framkom i resultatet. Dessa relaterar till de identifierade kategorierna Att kunna prioritera sin tid, Att behöva klinisk erfarenhet och Att kunna fatta ett beslut.

Denna litteraturstudie visade att kunskapen av att prioritera sin tid rätt var viktig för sjuksköterskor i bedömningen av patienter med panikattack (Andersson et al., 2006; Hamer et al., 2009). Hur väl en sjuksköterska prioriterade sin tid rätt ansågs bero på olika faktorer: problemlösningsförmåga, erfarenhet, kunskap, självreflektion och tidspress. Att ha en god problemlösningsförmåga är kopplat till hur väl tiden skulle komma att prioriteras (Hamer & McCallin, 2006). I studien av Derrick et al. (2019) framkommer det att en panikattack kan manifesteras sig i flera olika symtom liknande livshotande tillstånd och därav behöver tiden prioriteras väl. En sjuksköterska som bedömer en patient med en panikattack eller potentiellt livshotande tillstånd måste alltid arbeta utifrån ett tidsperspektiv (Derrick et al., 2019; SBU, 2006) där prioriteringen kan vara livsavgörande, därför är prioritering av tid viktigt för sjuksköterskan (Derrick et al., 2019).

Som patient är det mycket obehagligt att uppleva en panikattack vilket gör att sjuksköterskans bemötande är centralt och kräver empati (Ottosson, 2015; Hamer & McCallin, 2006). I Hendersons (1967) omvårdnadsteori beskrivs betydelsen av att tolka och förstå patienten utifrån de grundläggande känslomässiga och kroppsliga behoven. Detta kan kopplas till en patient som inkommer med en panikattack, patienten behöver i de flesta fall hjälp med andningen på grund av hyperventilation som förekommer hos de flesta patienter med en panikattack (Derrick et al., 2019). Att kunna andas normalt är ett kroppsligt behov som en patient med panikattack för stunden inte själv kan tillgodose (Henderson, 1967). Enligt Hendersons (1967) omvårdnadsteori är det sjuksköterskans ansvar att tillgodose patientens behov vilket kan innebära en ökad press på sjuksköterskan. Denna studie visar att sjuksköterskor upplever en osäkerhet vid bedömning av patienter med en panikattack. Enligt författarnas tolkning av resultatet kan ett gott första bemötande ge upphov till tillit mellan patienten och sjuksköterskan, detta i sin tur kan påverka att sjuksköterskan känner sig tryggare vilket resulterar i ett säkrare beslutstagande trots begränsning av tiden. Det framkom också att självreflektion var viktigt och kunde bidra till förbättring av tidsperspektivet (Dias et al., 2018). Författarnas bedömning är att om sjuksköterskan reflekterar efter varje enskilt fall

där en bedömning av en panikattack gjorts kan det bidra till en förbättring i bedömningen till nästkommande patient med panikattack. På detta sätt kan sjuksköterskan använda sig av tidigare erfarenheter för att öka sin kunskap om bedömning och prioritering av tid (Andersson, 2006; Hamer & McCallin, 2006). På en akutmottagning behöver sjuksköterskan bedöma och prioritera patienterna som inkommer, så kallad triagering (Werntoft, 2009). En patient med en panikattack eller potentiellt livshotande tillstånd är svårbedömd och kräver att tiden blir rätt prioriterad. Detta skapade osäkerheter hos sjuksköterskorna då tiden ofta är knapp (Werntoft, 2009).

Denna litteraturstudie indikerar att sjuksköterskans kliniska erfarenhet är viktig i bedömningen av en patient med panikattack (Carnesten et al., 2021; Clarke et al., 2015; Dias et al., 2018; Hamer & McCallin, 2006;). Sjuksköterskor som hade längre erfarenhet bedömde patienter snabbare och säkrare än sjuksköterskor som inte hade lika lång erfarenhet (Carnesten et al., 2021). Skillnaden visade sig vara att erfarna sjuksköterskor hade förhållningssättet att det är ett livshotande tillstånd till motsatsen är bevisad, medan oerfarna sjuksköterskor konsulterade sina kollegor. Författarnas tolkning är att det kan vara en fara att bli för trygg i sin roll som sjuksköterska och att patientsäkerheten därmed kan befaras. Det framkommer i resultatet att prata med och ta hjälp av kollegor gör att misstagen minimaliseras eftersom fler kan regera på varningsflaggor, vilket bekräftas av Weller et al. (2014) i sin studie om hur teamarbete kan främja patientsäkerheten. Tidigare redovisat exempel med sjuksköterskan som av misstag felbedömde patienten med en panikattack som senare avled (Mirsch, 2011) visar vikten av att ta hjälp av kollegor och att arbeta i team. Hade sjuksköterskan rådfrågat en kollega eller varit mer noggrann i sin bedömning hade kanske patienten överlevt. Det kan vara svårt att se om den kliniska erfarenheten alltid hänger samman med rätt beslut. Författarna tolkar att en nyexaminerad sjuksköterska oftast ställer fler frågor och ber om sina kollegors hjälp, medan erfarna sjuksköterskor lättare kan ta för givet att de har kunskapen att göra en korrekt bedömning ensam. Slutsatsen att självförtroende och kunskap alltid leder till en bättre bedömning är inte korrekt.

Att fatta ett beslut som sjuksköterska kan vara utmanande (Andersson et al., 2006; Dias et al., 2018; Hamer & McCallin, 2006; Sands, 2009). Denna litteraturstudie visar att sjuksköterskor med kortare erfarenhet har svårare att bedöma skillnaden mellan en panikattack och ett eventuellt livshotande tillstånd vilket gör det svårare för dem att ta ett beslut gällande patientens vård (Dias et al., 2018). Yrkeserfarenhet har en stor inverkan på sjuksköterskans

beslutförmåga, därav är det endast ett fåtal sjuksköterskor som känner att de är beredda på att bedöma en patient med en panikattack (Sands, 2009; Dias et al., 2018). Sjuksköterskor upplever också att deras utbildning inte gav dem tillräcklig kunskap för att kunna ta beslut gällande patienters vård i triage. Oerfarna sjuksköterskor konsulterar därför gärna med mer erfarna sjuksköterskor innan beslut tas (Hamer & McCallin, 2006). Enligt Brown och Clarke (2014) är sjuksköterskor som arbetar med triage vanligtvis isolerade, vilket innebär att de måste fatta ett beslut själva utan att kunna konsultera med sina kollegor. Akutmottagningar inom somatisk vård är främst utformade för att bedöma och behandla patienter med en fysisk sjukdom eller trauma, men att bedöma patienter med psykisk ohälsa förekommer också. Att bedöma patienter med psykisk ohälsa, exempelvis en panikattack, har väckt en osäkerhet hos sjuksköterskor eftersom de känner att de inte har tillräckligt med kunskap för att kunna bedöma denna typ av patient. När en patient har frågor gällande psykisk ohälsa så som panikattacker kan sjuksköterskor uppleva olika känslor och tankar, till exempel känslan av att inte ha tillräckligt med kunskap eller erfarenhet. Kunskapsbrist och att vara kliniskt oerfaren är faktorer som kan påverka sjuksköterskors beslutagande gällande patientens vård negativt (Brown & Clarke, 2014).

Osäkerhet kommer alltid vara en faktor när det gäller att fatta ett beslut om patienter med psykiska besvär, exempelvis en panikattack (Brown & Clarke, 2014). Eftersom symtomen vid en panikattack även kan vara symtom på ett livshotande tillstånd finns det alltid en underliggande osäkerhet hos sjuksköterskan som arbetar med triage. Denna osäkerhet beror på att besluten som tas kan vara på liv eller död (Brown & Clarke, 2014). Oavsett hur lång klinisk erfarenhet en sjuksköterska har känner sjuksköterskor att de adekvat och självsäkert kan bedöma en patient med ett komplext medicinskt problem (Plant & White, 2013). Trots stor kunskap och färdighet har identifiering och bedömning av patienter med psykiska besvär alltid varit och fortsätter att vara utmanande (Plant & White, 2013). Kerrison och Chapman (2007) beskriver att sjuksköterskor anser att deras utbildning inte gett dem tillräckligt med kunskap för att kunna bedöma patienter med psykiska besvär, exempelvis en panikattack vid triage. En tolkning som författarna har gjort är att sjuksköterskan, för att kunna fatta beslut, bör ställa öppna frågor, lyssna och ge patienten möjligheten att förklara sina symtom. Genom att ställa öppna frågor och ha ett öppet sinne för alternativa diagnoser kan sjuksköterskan undvika att göra misstaget som kallas *wrong train syndrome* (Mirsch, 2011). Att ställa öppna frågor kan därmed hjälpa sjuksköterskan att skilja på en panikattack och ett livshotande tillstånd.

Virginia Hendersons (1967) omvårdnadsteori definierar omvårdnad som sjuksköterskans arbetsuppgift vilken är att hjälpa en person, sjuk eller frisk, att utföra åtgärder för att främja hälsa eller tillfrisknande. Detta görs genom att sjuksköterskan tillgodose patientens behov tills patienten blir oberoende och själv kan åtgärda sina behov. Hendersons (1967) omvårdnadsteori kan kopplas till denna litteraturstudie eftersom den går att applicera på både sjuka och friska personer. En patient som inkommer med en panikattack kan känna sig mycket sjuk och många patienter upplever att det känns som att de håller på att dö (Greenslade et al., 2017). Men rent fysiskt är patienten frisk eftersom en panikattack är ett psykiskt besvär vilket triggat igång kroppens "fight or flight" system (Derrick et al., 2019). I Hendersons (1967) omvårdnadsteori har 14 olika komponenter identifierats som ska stå till grund för omvårdnaden. Den första komponenten är andning, att sjuksköterskan ska hjälpa patienten att andas (Henderson, 1967). Det främsta symtomet vid en panikattack är hyperventilation (Derrick et al., 2019) därav kan teorin kopplas till denna litteraturstudie eftersom sjuksköterskans första arbetsuppgift när en patient inkommer med en panikattack är att hjälpa patienten med andningen (Henderson, 1967). Sjuksköterskan behöver vara observant för att kunna bedöma om det är en panikattack eller ett livshotande tillstånd. Patienter med panikattack har annorlunda behov i jämförelse med patienter i ett livshotande tillstånd. Det sjuksköterskan kan göra för en patient som inkommer med en panikattack är att tillgodose patientens behov tills patienten kan återvinna sitt oberoende.

Under litteraturstudiens gång har författarna fått insikt i att behovet av forskning fortfarande finns. Det behövs mer aktuell forskning kring sjuksköterskans perspektiv då behovet finns och syns tydligt i denna litteraturstudie. Många sjuksköterskor är inte tillräckligt förberedda och upplever en osäkerhet vid bedömning av patienter med panikattack. Det har varit svårt att hitta vetenskapliga artiklar som belyser sjuksköterskans upplevelse i bedömningen av patienter med panikattack. Patientperspektivet har dock uppmärksamats mer i forskningen. Studier som ställer sjuksköterskeperspektivet och patientperspektivet mot varandra hade enligt författarna varit värdefullt ur ett omvårdnadsperspektiv. Det hade kunnat bidra till ökad förståelse för vad som faktiskt är viktigt och relevant i bemötandet, bedömningen och omvårdnaden. Majoriteten av de inkluderade vetenskapliga artiklarna var gjorda på akutmottagningar men det hade varit värdefullt att förstå fenomenet på en somatisk vårdavdelning och hur sjuksköterskan upplever bedömningen där. Behovet av fortsatt

forskning finns samt behövs då bedömning av patienter med panikattack är mycket påfrestande för såväl sjuksköterska som patient.

Slutsats och kliniska implikationer

Att prioritera tiden rätt är viktigt speciellt vid triage eftersom bedömning av patienten ska ske snabbt och effektivt. Självreflexion efter bedömning av patienter med panikattack är värdefullt. Det är värdefullt för att sjuksköterskan ska kunna förstå vad som gjordes rätt och vad som kan förbättras till bedömningen av nästkommande patient med panikattack. Klinisk erfarenhet underlättar för sjuksköterskan vid bedömning av patienter med panikattack. Men för mycket självsäkerhet i sin kliniska roll kan bidra till misstag i bedömningen när besluten tas på egen hand. Därav är det viktigt att ta hjälp av kollegor vid bedömning för att öka patientsäkerheten. Sjuksköterskor kan känna sig osäkra i sitt beslut gällande bedömning av patienter med en panikattack och kan då uppleva en känsla av ensamhet. Att konsultera sina kollegor innan beslut tas behöver inte bero på okunskap utan är snarare en försäkring kring att rätt bedömning och beslut har gjorts. Misstag i bedömningen sker troligen på grund av de faktorer som framkom i denna litteraturstudie och därav är ytterligare forskning om sjuksköterskans upplevelse vid bedömning av patienter med panikattack relevant.

Författarnas arbetsfördelning

Litteratursökningen genomfördes tillsammans av författarna. Fulltextläsning och kvalitetsgranskning av de inkluderande artiklarna genomfördes enskilt och diskuterades efterhand. Tillsammans utformade författarna kategorier och underkategorier. Analys och utformande av resultatet har skett enskilt och tillsammans med diskussion och reflektion mellan författarna. Arbetsbördan mellan författarna har varit jämnt fördelad och båda författarna har bidragit lika mycket till kandidatuppsatsen.

Referenser

Ahrne, G. & Svensson, P. (Red.). (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Liber.

Andersson, A., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department - a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care, 11*(3), 136–144. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x>

Brown, A-M., & Clarke, D. (2014). Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: Examining triage decision-making. *International Emergency Nursing, 22*(1), 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.01.005>

Carnesten, H., Asp, M., & Holmberg, M. (2021). Caring approach for patients with chest pain - Swedish registered nurses' lived experiences in emergency medical services. *International journal of qualitative studies on health and well-being, 16*(1), Artikel 1901449. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1901449>

Clarke, D., Boyce-Gaudreau, K., Sanderson, A., & Baker, J. (2015). Ed triage decision-making with mental health presentations: a ‘‘think aloud’’ study. *Journal of emergency nursing, 41*(6), 496–502. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.04.016>

Derrick, K., Green, T., & Wand, T. (2019). Assessing and responding to anxiety and panic in the Emergency Department. *Australasian Emergency Care, 22*(4), 216–220. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.08.002>

Dias, B., Pereira, L., Lima, M., & Silva, R. (2018). Panic disorder: is the nurse prepared to identify an attack?. *Nursing & Care Open Access Journal, 5*(3), 124–127.

Diler, R. (2003). Panic disorder in children and adolescents. *Yonsei Medical Journal, 44*(1), 174–179. <https://doi.org/10.3349/ymj.2003.44.1.174>

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl.). Studentlitteratur.

Greenslade, J. H., Hawkins, T., Parsonage, W., & Cullen, L. (2017). Panic Disorder in Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain: Prevalence and Presenting Symptoms. *Heart, Lung and Circulation*, 26(12), 1310–1316.
<https://doi.org/10.1016/j.hlc.2017.01.001>

Hamer, H & McCallin, A. (2006). Cardiac pain or panic disorder? Managing uncertainty in the emergency department. *Nursing and Health Science*, 8, 224–230. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2006.00287.x>

Hamer, H., McCallin, A., & Garrett, N. (2009). Searching for self: The layers and labels of panic disorder: A New Zealand study. *Nursing and Health Sciences*, 11, 51–57. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00430.x>

Henderson, V. (1967). *The nature of nursing* (2a uppl.). The Macmillan Company.

Kerrison, S, A., & Chapman, R. (2007). What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 15(1), 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2006.09.003>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

McGrandles, A., & McCaig, M. (2010). Diagnosis and management of anxiety in primary care. *Clinical focus*, 8(7), 310–318. <https://doi.org/10.12968/npre.2010.8.7.48935>

Mirsch, H. (5 oktober 2011). Bedömning på liv och död. *Vårdfokus*.
<https://www.vardfokus.se/nyheter/bedomning-pa-liv-och-dod/>

Nationalencyklopedin. (u.å). *Katekolaminer*.

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/katekolaminer>

Ottosson, J. (2015). *Psykiatri* (8 uppl.). Liber.

Plant, L. D., & White, J. (2013). Emergency Room Psychiatric Services: A Qualitative Study of Nurses' Experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(4), 240–248.

<https://doi.org/10.3109/01612840.2012.718045>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9 uppl.). Wolters Kluwer.

Radell, P. & Bredlöv, B. (2015). Det akut sjuka barnet I Hallström, I. & Lindberg, T. (Red.) *Pediatrisk omvårdnad*. (2 uppl., s. 177–190). Liber.

Sands, N. (2009). An exploration of clinical decision making in mental health triage. *Archives of Psychiatric nursing*, 23(4), 298–308. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.08.002>

Socialstyrelsen. (januari 2017). *Paniksyndrom*.

<https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/paniksyndrom/516>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (6 oktober 2020). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*.

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2006). *Behandling av ångestsjukdomar*.

https://www.sbu.se/contentassets/d60a23363abb480c89fa09b123372d4c/angestsjukdomar_fragor_svar_2006.pdf

Vårdförbundet. (2021). *Vårdförbundets internationella arbete*.

<https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-paverkar-vardforbundet/vardforbundets-internationella-arbete-pdf.pdf>

Weller, J., Boyd, M., Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J* 90, 149–154.

<http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>

Werntoft, E. (2009). Styrning och prioriteringar i vården. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder – ansvar och utveckling* (1:6 uppl., s. 271–299). Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (4 uppl.). Studentlitteratur.

World Medical Association. (9 juli 2018). *Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Ygge, B-M. (2015). Att vårdas på sjukhus. I Hallström, I. & Lindberg, T. (Red.) *Pediatrik omvårdnad*. (2 uppl., s. 117–122). Liber.

Nr	Författare År Land	Tidskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1.	Andersson, A-K., Omberg, M. & Svedlund, M. 2006 Sverige	Nursing in Critical Care. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making a decisions.	Att beskriva hur sjuksköterskor implementerar triage när patienter inkommer till en akutmottagning och även framföra faktorerna som påverkar prioritering i kombination med beslutstagandet.	Kvalitative studie. Observation och djupintervjuer med 19 sjuksköterskor.	Resultatet är uppdelat i två olika områden, inre och yttre faktorer. De inre faktorerna kom att presentera sjuksköterskans kompetens och personliga kapacitet. De yttre reflekterade kring arbetsmiljön, där högt arbetstempo och praktiska arrangemang också inkluderades.	Hög.
2.	Carnesten, H., Asp, M. & Holmberg, M. 2021 Sverige	International Journal of Qualitative studies on health and Well-being. Caring approach for patients with chest pain – Swedish registered nurses´ lived experiences in Emergency Medical Services.	Att beskriva sjuksköterskors inställning till omvårdnad i mötet med en patient som upplever bröstsmärtor.	Kvalitativ studie. Djupintervjuer med sju sjuksköterskor.	Inställningen till omvårdnaden i bemötandet av patienten med bröstsmärtor delades upp i två delar. Tillit baserat på självförtroende och kompetens samt den kollegiala strävan efter att uppnå bästa möjliga vård. Tilliten är uppdelad i tilliten till sig själv och strävan efter att uppnå patientens tillit. Kompetens och erfarenheter kombinerat resulterade i självssäkerhet inför stressade situationer.	Hög.

3.	Clarke, D, E., Boyce-Gaudreau, K., Sanderson, A. & Baker, J, A. 2015 Storbritannien	Journal of Emergency Nursing. ED triage decision- making with mental health presentations: a "think aloud" study.	Att undersöka sjuksköterskors problemlösningsförmåga på en akutmottagning när patienter med psykiska sjukdomar eller mentala hälsoproblem inkommer. Även hur sjuksköterskorna upplever hur det är att ta beslut under dessa omständigheter.	Kvalitativ studie. "Think aloud" metod med 11 sjuksköterskor.	Olika teman i resultatet visade hur väl sjuksköterskan kom fram till önskad triagepoäng på patienten, inkluderat var användning av intuition och tidig bedömning. Beaktande var även den nuvarande miljön på akutmottagningen, hantering av osäkerhet och risker samt självförtroende av att kommunicera med patienter i akut tillstånd.	Hög.
4.	Dias, B, V, B., Pereira, L, A., Lima, M, S. & Da Silva, R, A. 2018 Brasilien	Nursing & Care Open Access Journal. Panic disorder: is the nurse prepared to identify an attack?	Syftet var att undersöka om sjuksköterskor kände sig tillräckligt förberedda för att identifiera en panikattack.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer där 15 sjuksköterskor deltog.	I resultatet framkom olika teman. Professionell erfarenhet, klinisk bedömning, träning, brist på erfarenhet, specialisering och tillvägagångssätt på universitetet. Sjuksköterskor visade sig ha olika erfarenheter och det skulle även påverka hur förberedda de kände sig. Osäkerhet relaterat till att identifiera symtom vid en panikattack uppkom också i resultatet under de olika teman som fanns.	Hög.
5.	Hamer, H, P. & McCallin, A, M. 2006 Nya Zeeland	Nursing and Health Sciences.	Att utforska akutsjuksköterskors uppdelning av icke livshotande bröstsmärta	Kvalitativ studie. Fokusgruppsintervjuer med åtta sjuksköterskor.	Tre teman identifierades. Och resultatet bekräftar att en panikattack är inte alltid diagnosticerad när	Hög.

		Cardiac pain or panic disorder? Managing uncertainty in the emergency department.	från panikångest och att diskutera omvårdnaden för sådana patienter.		biomedicinska bedömningar görs utan en psykosocial bedömning. Akutsjuksköterskor är avgörande för att förhindra att patienter med panikattack behöver uppsöka akutmottagningar upprepade gånger.	
6.	Hamer, H, P., McCallin, A, M. & Garrett, N. 2009 Nya Zeeland	Nursing and Health Sciences. Searching for self: The layers and labels of panic disorder.	Att förstå patientens perspektiv på panikångest och hur det påverkar livskvaliteten och stödet i återhämtningen från denna bestående psykologiska störning.	Kvalitativ studie. Intervjuer med öppna frågor där 10 kvinnor deltog.	Resultatet ger ett psykosocialt perspektiv på panikångest som kan hjälpa sjuksköterskor som arbetar med denna typ av patienter. Sjuksköterskor är viktiga när det gäller att lära patienter om kroppens svar på stress och ångest samt ge kompletterande hälsoinformation och att i god tid hänvisa till specialistbehandlingar.	Medelgod
7.	Sands, N. 2009 Australien	Archives of Psychiatric Nursing. An exploration of clinical decision making in mental health triage.	Att identifiera viktiga data för att beskriva struktur, sammansättning, egenskaper och organisationen av psykiatrisk triage och att utforska omfattningen av psykiatrisk triage.	Kvalitativ och beskrivande metod. Enkät och semistrukturerade intervjuer. 139 sjuksköterskor svarade på enkäten och 21 blev intervjuade.	Det finns en brist på evidensbaserade beslutsramar som kan användas för att stödja sjuksköterskor i triage. I psykiatrisk triage är beslutsfattandet starkt beroende av att sjuksköterskans erfarenhet och det finns lite kunskap kring teoretiska modeller som kan underlätta beslutstagandet.	Medelgod

