



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Traumaomhändertagande på akutmottagningen – Upplevelser ur patientens perspektiv

Författare:

Antonia Björkman och Ulrika Hult

Handledare:

Susanne Forsgren

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp

Kandidatnivå

HT 2011

Traumaomhändertagande på akutmottagningen – Upplevelser ur patientens perspektiv.

Trauma care in the emergency department – Experiences from patients perspective.

Författare	Antonia Björkman och Ulrika Hult
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art	Examensarbete, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2011
Antal sidor	18

Background: A trauma is a potential life threatening state which demands special resources and optimal care. Trauma doesn't just mean physical violence against the body, it can also put the patient in a psychological crisis. The trauma care in the emergency department is a short and intensive assessment between the patient and the emergency staff, where there is a risk that the patient may feel exposed and uncomfortable. For the nurse to be able to provide security and meet the patients' needs of well-being during the trauma care, the nurse has to try to understand the patients' needs and experiences. **Aim:** The aim of this study was to illuminate the patient's experiences during trauma care in the emergency department. **Method:** The study is implemented as a literature review where nine earlier studies were analyzed for the purpose to investigate knowledge which is available in this area. The results of the patient's experiences were divided in to themes and subthemes. **Result:** Three themes emerged from the result. Communication with subthemes I receive no information and I relieve information. Relatives' with the subtheme my relatives are present. I got taken care of with subtheme they touch me, they see me, the room is full of people and I am being examined. **Conclusion:** There were similarities and differences in the patients' experiences. Patients found it important to receive information and they felt secure when the trauma team were with them and showed them compassion. Experiences of family presence during trauma care showed differences between men and female patients. The experiences that have emerged in this study still show patterns that can give nurses more understanding and awareness for the patient experiences. It's hard to draw any reliable conclusions about the results. This is because of the lack of research in this area.

Keywords

Caring, emergency department, experience, patient, trauma care

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Trauma	1
Traumats konsekvenser för patienten.....	2
Sjuksköterskans profession	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	4
Urval.....	5
Analys.....	6
Resultat.....	7
Kommunikation.....	7
Närvaro av anhöriga.....	8
Jag blir omhändertagen	9
Diskussion	10
Metoddiskussion.....	10
Resultatdiskussion.....	12
Konklusion	14
Referenser.....	15
Bilaga I	
Bilaga II	

Inledning

Trauma är idag ett stort hälsoproblem i världen. Enligt World Health Organization [WHO] (2004) dör varje dag 16000 människor till följd av de kroppsliga skador som trauma orsakar. Trots den höga dödsiffran är det allt fler som överlever tack vare snabbt omhändertagande. Ett traumaomhändertagande på akutmottagningen innebär ett kort möte mellan vårdpersonal och patient, där fokus oftast ligger på det fysiska omhändertagandet. Det är dock viktigt att inte glömma bort patientens upplevda behov då traumat även medför en psykisk påverkan och skapar en förändring i patientens livsvärld (Cullberg, 2003). I denna studie fokuseras patientens upplevelser vid traumaomhändertagandet.

Bakgrund

Trauma

Ordet trauma kommer från det grekiska språket och betyder sår. Trauma innebär ett yttre våld mot kroppen. Detta våld kan vara av olika karaktär, skarpt eller trubbigt. Skarpt våld ger skador på en begränsad yta oftast med hjälp av redskap, exempelvis vassa föremål. Trubbigt våld ger skador på större ytor av kroppen och kan ge upphov till skador på flera anatomiska strukturer (Cullberg & Crantz, 2011). Enligt Lennquist (2009b) kan kriterierna för vad som är ett trauma skilja sig åt från sjukhus till sjukhus. Grundläggande är dock att våldet som patienten utsatts för utgör ett potentiellt livshotande tillstånd som kräver speciella resurser för optimalt omhändertagande. Vid ankomst till akutmottagningen blir patienten triagerad. Det innebär att det görs en riskbedömning av patienten utifrån vitala parametrar och behovet av vård identifieras (Grossman, 2003).

En patient som utsatts för ett trauma blir omhändertagen av ett traumateam. Patienten förs då till ett rum anpassat för den vård som krävs vid ett traumaomhändertagande. Ett traumateam består av läkare och sjuksköterskor med god erfarenhet av akut omhändertagande av en svårt skadad patient. Sammansättningen av teamet kan även här variera från sjukhus till sjukhus. Traumateamet som patienten möter arbetar utifrån en metod kallad Advanced Trauma Life Support [ATLS] (Lennquist, 2009a). ATLS – principen innebär att omhändertagandet kan utföras mer effektivt och viktig tid kan sparas i arbetet med att rädda patientens liv. Då patienten förts till traumarummet utförs en utvärdering av patienten enligt A-E konceptet som är en del av ATLS-principen. Det innebär att traumateamet stegvis utvärderar och undersöker patienten från A till E. A innebär kontroll av fria luftvägar, B står för kontroll av andning, vid C kontrolleras cirkulationen, D innebär kontroll av medvetande och vid E ses patienten över i syfte att hitta ytterligare skador (Cudmore, 1996). A-E konceptet är ett systematiskt och effektivt arbetssätt som är noga inlärt och inövat i syfte att förhindra att viktiga steg i omhändertagandet glöms bort (Lennquist, 2002).

Enligt Laffertys (2011) litteraturstudie har det de senaste 10-20 åren skett en förändring och utveckling i sjuksköterskans funktion i ett traumateam på akutmottagningen. Detta innefattar uppgifter om vad sjuksköterskan förväntas kunna och utföra i samband med ett traumaomhändertagande. Tidigare var sjuksköterskans funktion enbart omvårdnadsorienterad. Den har nu utvecklats till att ha kompetens som innefattar kunskaper och handlingsberedskap när det gäller akut skadad patient. Handlingsberedskapen innefattar förutom en god

omvårdnad kunskaper om medicinsk teknisk apparatur, kirurgi och medicin. Exempel på arbetsuppgifter som sjuksköterskan kan behöva utföra under ett traumaomhändertagande är dokumentation, administrera läkemedel, hantera defibrillator och upprätthålla andningen. Beroende på traumats karaktär, organisation och sjukhusets rutiner kan de variera.

Traumats konsekvenser för patienten

Då en människa utsatts för ett trauma innebär det inte bara ett fysiskt våld utan även förändring i hennes livsvärld vilket kan leda till en krisupplevelse (Lennquist, 2002). En kris innebär att patienten utsatts för en situation som är främmande, där kunskap och erfarenhet för att hantera den nya upplevda situation saknas. Även ett fysiskt trauma innebär ett hot mot patientens fysiska existens, sociala identitet och trygghet, vilket är faktorer som kan utlösa en kris hos patienten (Cullberg 2003). Förutom en krisupplevelse aktiverar patientens livshotande tillstånd det limbiska systemet i hjärna, vilket skapar ett försvar mot det hot och den stress ett trauma innebär. Försvaret består bland annat av reaktioner som kan visa sig i rädsla, skräck, hjälplöshet och överklighetskänsla. Vid ett trauma är det vanligt med kroppsliga reaktioner så som darrningar, skakningar, och hjärtklappning. Dessa reaktioner beror på att patienten får ett påslag av det sympatiska nervsystemet (Berg-Johannesson & Lundin, 2009). Det också är vanligt att patienter upplever smärta till följd av traumat. En akut smärtupplevelse ger upphov till stort obehag och kan orsaka oro för patienten (Lome, 2005).

Efter ett trauma kan patienten få en känsla av att inte ha kontroll över situationen, vilket kan leda till otrygghet och kränkning (Eide & Eide, 2009). Traumaomhändertagandet är ett kort och intensivt möte med vårdpersonalen där miljön och situationen är ny och omtumlande för patienten (Lennquist, 2002). För en patient kan det då vara en trygghet att vårdpersonalen vägleder i den nya situationen. Det är även av stor vikt att vara lyhörd och öppen för patientens önskemål och upplevelser. Det ger patienten möjlighet att uppleva delaktighet i omhändertagandet och visar även att hänsyn och respekt tas till patientens lika värde och autonomi. Kommunikationen i det korta mötet måste dock vara anpassad efter patientens förmåga att ta till sig informationen den nya situationen (Eide & Eide, 2009). Coping som innebär bemästring av en situation är ett sätt för patienten att skapa en mening i den otrygga situationen. Det finns två typer av coping när det finns ett yttre hot mot patientens hälsa, emotionell coping och problemlösande coping. Emotionell coping innebär att hotet hanteras med hjälp av känslomässiga reaktioner och psykisk bearbetning. Problemlösande coping domineras av kognitiva funktioner och patienten försöker skapa en mer detaljerad förklaring till det som inträffat. För patienten innebär coping ett eget skapande av kontroll och hopp i en främmande och otrygg situation, vilket främjar återhämtning (Berg – Johannesson & Lundin, 2009). Omvårdnadsteoretikerna Benner och Wrubel (1989) menar att i en situation där tillstånd av sjukdom/skada upplevs är det viktigt att patienten har en förståelse för det som pågår. Om patienten är helt ovetande om vad som pågår i situationen begränsar det förmågan att skapa mening och en känsla av trygghet. Är patienten medveten om vad som händer skapar det i sin tur en bra grund för relationen mellan patient och vårdpersonal. Omvårdnadsteoretikerna menar vidare att patienten med hjälp av känslor kan bli involverade i den främmande situationen och på så vis skapa en copingstrategi (Benner & Wrubel, 1989).

Sjuksköterskans profession

Enligt ICNs etiska kod för sjuksköterskor är det sjuksköterskans ansvar att förebygga sjukdom, främja hälsa och återställa hälsa samt lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2005) står det att sjuksköterskan ska ha goda kunskaper för att kunna bedriva vård av patienter med medicinska så väl som omvårdnadsbehov. Behoven innefattar fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. Sjuksköterskans profession består inte enbart av omvårdnad utan också av förmågan att kunna observera, prioritera, värdera, dokumentera samt ha en handlingsberedskap när det gäller patienters psykiska och fysiska tillstånd. I mötet med patienter ska sjuksköterskan kunna uppmärksamma och möta patientens lidande och sjukdomsupplevelse och om möjligt kunna utarbeta åtgärder som kan lindra detta. Det är även viktigt att sjuksköterskan förstår sin roll när det gäller att tillgodose patientens välbefinnande genom att inge trygghet under omvårdnadssituationer. Sjuksköterskan har inte bara ansvar för patienten utan ska också kunna bemöta dennes livsvärld på ett lyhört respektfull och empatiskt vis.

Benner och Wrubel (1989) menar att omsorg skapar kärnan i all omvårdnad. Det finns inga färdiga mallar för när, hur och vilken omvårdnad som ska utföras. En god omvårdnad bygger på att patienten känner tillit till sjuksköterskan. Denna tillit skapas då sjuksköterskan möter patienten i dennes upplevda värld, där tidigare erfarenheter och känslor beaktas. De menar också att genom att skapa denna tillit kan sjuksköterskan hjälpa patienten så att den är villig att ta emot hjälp och samtidigt känna sig sedd. Grunden för omvårdnad ligger också i att sjuksköterskan försöker förstå hur patienten upplever ohälsa samt är lyhörd för patientens behov. Benner och Wrubel (1989) menar att alla tillstånd som patienten upplever som ett sjukdomstillstånd är ett avbrott i livet. Detta skapar ett stresstillstånd som definieras som förlust av mening och förståelse för den nya situationen. Det är inte sagt att alla patienter upplever liknande situationer på samma vis. Patienten som upplever ohälsa och som hamnat i en krissituation tolkar och hanterar situationen utifrån tidigare erfarenheter samt social och kulturell bakgrund.

Det är viktigt att vara medveten om att ett trauma kan påverka patienter på olika vis, vilket ställer krav på att sjuksköterskan bemöter utifrån patientens egna behov och upplevelser (Lennquist, 2002). Ett gott omhändertagande är en viktig komponent vid ett traumaomhändertagande. Traumaomhändertagandet bör så långt som möjligt utföras i samförstånd med patienten (Lennquist, 2009b). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), SFS 1982:763) har patienten rätt till en vård där sjuksköterskan respekterar patientens rätt till integritet och autonomi. Vid ett traumaomhändertagande kan det vara svårt för sjuksköterskan att tillgodose detta till fullo då patienten är utlämnad och avklädd för stunden. Sjuksköterskan måste därför ta hänsyn till patientens upplevelse av utsatthet och psykologiska status. En individuellt anpassad omvårdnad stärker patienten och skapar en trygghet under pågående behandlingar. För att en individuell omvårdnad ska kunna ske i praktiken är det viktigt att undersöka patientens upplevelser av omvårdnadssituationer. En patient som får ett gott helhetsbemötande som är anpassat till situationen och som är lugn och trygg har en större chans att återhämta sig snabbare (Lennquist, 2009b). Enligt Berg-Johannesson och Lundin (2009) är det viktigt att sjuksköterskan är mentalt förberedd samt har förmågan att kunna distansera sig för att kunna arbeta rationellt och fokuserat, vilket skapar en säkerhet och stärker självkänslan hos sjuksköterskan. Detta leder till att hela omhändertagandet blir säkrare för patienten.

Problemformulering

Ett trauma innebär förutom ett fysiskt våld mot kroppen även en krisartad förändring i patientens upplevda livsvärld. Ett traumaomhändertagande på akutmottagningen är ett kort möte mellan vårdpersonal och patient då störst fokus ligger på det medicinska tillståndet, samtidigt som miljön och situationen är ny för patienten. Grunden för omvårdnad ligger i att patienten känner tillit till sjuksköterskan. Detta skapas genom att sjuksköterskan försöker förstå hur patienten upplever ohälsa samt är lyhörd för dennes behov. Sjuksköterskan ska kunna ge trygghet och tillgodose patientens välbefinnande under traumaomhändertagandet. Studien skall ge en ökad förståelse för patientens upplevelser vid ett traumaomhändertagande på akutmottagningen, för att sjuksköterskan ska kunna utföra en så god omvårdnad som möjligt.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa patientens upplevelser vid traumaomhändertagande på akutmottagningen.

Metod

I denna studie har en litteraturöversikt valts enligt Friberg (2006). Målet med studier enligt denna metod är att undersöka vilken kunskap det finns inom ett avgränsat område och skapa en översikt över befintlig forskning. Metoden kan även ligga till grund för ytterligare forskning om det framkommer att det finns begränsade områden med få genomförda studier.

Litteratursökning

Redan inledningsvis var intresset för studiens fokus traumaomhändertagandet på akutmottagningen. För att skaffa en uppfattning över området trauma gjordes en översikt enligt det Friberg (2006a) kallar ett helikopterperspektiv. Detta innebär att det skapas en uppfattning som inte begränsar sig till enskilda studiers detaljer utan öppnar upp för det som utmärker sig inom området. För att skapa helikopterperspektivet gjordes en generell litteratursökning i databaserna Cinahl, PubMed, Academic Search Elite och i litteratur i Högskolan Västs bibliotek. Därefter fastställdes traumaomhändertagandet på akutmottagningen som fokus för studien. Utifrån valet av område formulerades sedan syftet. Då syftet var klart formulerat inleddes den egentliga sökningen i databaserna Cinahl, PubMed och Academic Search Elite. Dessa databaser valdes eftersom de tillhandahåller tillförlitliga vårdvetenskapliga artiklar som är vetenskapligt granskade. Enligt Polit och Beck (2008) är Cinahl den viktigaste databasen för sjuksköterskor då den tillhandahåller mer än en miljon vårdvetenskapliga artiklar. Vår litteratursökning riktade sig till att finna kvalitativa så väl som kvantitativa artiklar. Enligt Friberg (2006a) görs ingen avgränsning i valet av kvalitativa eller kvantitativa artiklar då en litteraturöversikt utförs.

Den egentliga litteratursökningen inleddes med systematiska sökningar och följdes sedan av osystematiska sökningar i syfte att finna fler artiklar och även nya sökord. Enligt Östlundh (2006) innebär en systematisk sökning att sökningarna i databaserna dokumenteras och genomförs strukturerat. Systematik uppnås bäst då sökningarna inleds med enstaka sökord för att skapa bredd och sedan byggs på med ytterligare sökord för att avgränsa området.

Påbyggnaden av sökord skapar erfarenheter som hjälper till att ringa in de bästa sökorden för att hitta litteratur. Osystematisk sökning innebär ett mindre strukturerat sätt att söka litteratur där det inte sker någon dokumentation över tillvägagångssättet. Litteratur och nya idéer kan sökas i böcker och med hjälp av slumpmässiga sökningar i databaser.

Under vår systematiska sökning användes inledningsvis sökorden trauma, patient, nurs*, experience och caring. De valdes utifrån syftet med studien. Under den systematiska sökningen tillkom sökorden resuscitation, attitude, memories, perception, perspective och emergency (se Bilaga 1). Tillkomsten av ytterligare sökord gjordes med utgångspunkt från förekommande sökord i de abstract som lästes samt om de passade i relation till studiens syfte. Sökorden kombinerades enligt vad Östlundh (2006) kallar för boolesk söklogik där AND användes för att kombinera sökorden. De sökord som i olika kombinationer gav bäst träffar var trauma, patient, experience, attitude och nurs*.

Då sökningarna enligt det systematiska tillvägagångssättet gav få eller inga träffar med artiklar motsvarande studiens syfte gjordes osystematiska sökningar för att hitta ytterligare sökord och även artiklar. I den osystematiska sökningen söktes tidigare examensarbeten fram som belyser området trauma. Utifrån det framkom sökorden life, multiple, comfort och encounter. Den systematiska sökningen gjordes bred till en början där enstaka sökord användes. Sökningarna gjordes sedan mer fokuserade då olika sökord kombinerades med varandra. Trunkering som enligt Östlundh (2006) innebär att en asterisk bifogas till ett sökord för att sökningen ska ge träffar med ordets alla böjningsformer, användes på ordet nurse för att inte missa relevanta artiklar och göra sökningen så bred som möjligt.

Urval

Inklusionskriterier respektive exklusionskriterier för artiklarna som ingick i studien var följande. Inklusionskriterier - Studier gjorda på patienter utsatta för trauma omhändertagna på akutmottagningen, artiklar med patienter från 15 år och äldre, artiklar publicerade från år 1995 - 2011, artiklar skrivna på engelska, svenska, norska och danska, artiklar som uppfyller kraven för en vetenskaplig artikel enligt (Friberg, 2006a), artiklar där resultatet uppfyller studiens syfte. Exklusionskriterier - Studier på patienter utsatta för trauma omhändertagna på annan plats än akutmottagningen.

Vid urvalet av artiklar som ingick i studien lästes titlarna på de sökningar där sökträffarna var maximalt 350. Detta gjordes för att göra läsningen möjlig och hanterlig, eftersom en del av sökorden gav upp till 783631. Så många träffar var ett orimligt antal att läsa igenom då fler sökningar skulle göras. De artiklar vars abstract stämde överens med studiens syfte lästes igenom och värderades av båda författarna. Artiklar som stämde överens med studiens inklusionskriterier samt motsvarade syftet valdes ut för analys.

Till en början var artiklar med 2006 som tidigast år för publicering de artiklar som var intressanta för studien. Valet av artiklarnas tidigaste publiceringsår fick utökas till att innefatta artiklar publicerade efter år 1995 eftersom tillgången på artiklar var mycket begränsad.

Vid den egentliga systematiska sökningen i databaserna Cinahl och Academic Search Elite användes enbart Peer Reviewd som avgränsning. Östlundh (2006) beskriver Peer Reviewd som ett hjälpmedel som avgränsar sökningen till att bara visa artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Att den användes som enda avgränsning gjordes för att inte begränsa resultatet av sökningen för mycket, då studiens fokus är ett smalt område.

I databasen PubMed gjordes inga avgränsningar initialt. Efter ett antal sökningar gjordes avgränsningen Nursing Journal eftersom de träffar som framkom visade artiklar som till stor del var irrelevanta för studiens syfte. Avgränsningen ledde till att de artiklar som visades var mer relevanta. Ur databasen Academic Search Elite lästes inga artiklar eftersom de träffar som var relevanta redan visat sig i sökningar gjorda i Cinahl. Sökningen av artiklar avslutades då inga nya artiklar som motsvarade syftet framkom, samtidigt som de artiklar som redan valts ut för att läsas igenom upprepade sig i sökningarna. Från den systematiska sökningen lästes elva artiklar, varav fem ingick i studien.

Fyra artiklar som ingick i studien söktes och hittades via osystematiska sökningar genom att referenslistor på tidigare examensarbeten lästes igenom. De artiklar som var troliga att motsvara studiens syfte söktes fram via Cinahl och Högskolan Västs tryckta tidskrifter och lästes igenom. De artiklar vars resultat motsvarade studiens syfte samt inklusions – och exklusionskriterier valdes sedan ut till studien. Vilket resulterade i sex kvalitativa och tre kvantitativa artiklar (se Bilaga 2). De artiklar som lästes men som inte ingick i studien exkluderades på grund av att det inte beskrevs upplevelser ur patientens perspektiv samt brist på patientens upplevelser från akutmottagningen.

Analys

Analys av artiklarna gjordes enligt Fribergs (2006a) metod för analys av litteratur vid litteraturöversikt. Friberg (2006a) beskriver att analysen bör utföras i tre steg. Först ska artiklarna läsas igenom flera gånger för att en känsla för materialet ska skapas. Efter det söks likheter och skillnader fram i artiklarnas resultat. Till sist sorteras de likheter och skillnader som handlar om samma sak in i olika teman eller kategorier, vilket resulterar i resultatet.

Artiklarna som valts lästes av var och en, där resultatet sedan jämfördes, diskuterades och slutligen sammanställdes. I första steget lästes resultatet i varje artikel igenom flera gånger. Därefter markerades texten i resultatet där patienternas upplevelser beskrevs. Ur textmaterialet framkom likheter och skillnader. Dessa likheter och skillnader sorterades och färgmarkerades för att skapa överskådlighet. I tredje steget sorterades text med samma färgkodning ihop. Efter det identifierades och tydliggjordes tre teman av upplevelser samt sju underteman vilket sammanställdes utifrån likheter och skillnader vilket ledde fram till studiens resultat.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån kategorier och underkategorier som beskriver patienternas upplevelser.

Tabell 1 Översikt av resultatets teman och underteman

Teman	Underteman
Kommunikation	Jag får ingen information Jag får information
Närvaro av anhöriga	Mina anhöriga finns närvarande
Jag blir omhändertagen	De rör vid mig De ser mig Rummet är fullt med människor Jag blir undersökt

Kommunikation

I sju av de analyserade artiklarna var kommunikation ett återkommande tema av upplevelser från patienterna. I temat framkom två underteman: Jag får ingen information och Jag får information.

Jag får ingen information

I undertemat framkom inga skillnader i patientupplevelserna. I Wiman, Wikblad och Idvall (2006) upplevde patienterna ett missnöje, besvikelse, utanförskap och i vissa fall även ilska då de inte fick information om traumats fysiska och psykiska konsekvenser. Ett missnöje riktades också mot bristfällig information om vad som sker vid traumaomhändertagandet. Franzén, Björnstig och Jansson (2006) beskriver att patienterna kände osäkerhet och oro då det fanns brist på kommunikation från vårdpersonalen. Bristfällig kommunikation upplevde patienterna då vårdpersonalen inte förklarade vad som skulle hända. Ringdal, Plos och Bergbom (2008) beskriver att patienterna kände panik då vårdpersonalen gav dem vaga svar och information om konsekvenserna av traumat samt hur det skulle gå. I artikeln O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) uttryckte patienterna en rädsla för det okända. Att inte veta hur svårt skadade de var och vad vårdpersonalen skulle göra med dem gjorde att patienterna upplevde rädsla. Hos patienter som tidigare aldrig vårdats på sjukhus var rädslan mer framträdande. Även patienterna som ingick i Jays (1996) studie kände rädsla för det okända.

De upplevde att de ville veta vad som hände nu och vad som kommer att hända vid traumaomhändertagandet. Byrne och Heyman (1997) redovisar i sin studie att 92 av 96 patienter upplevde oro då de inte visste vad som skulle hända med dem. 53 av 96 patienter upplevde oro då de själva hade tankar där de spekulerade om vad som kunde vara fel med dem. Att inte veta vad som var fel med dem upplevdes som ett orosmoment hos 50 av 96 patienter.

Jag får information

I undertemat framkom likheter i patienternas upplevelser av att få information och att vara involverade i det som hände med dem vid traumaomhändertagandet. I O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) upplevdes det positivt att personalen informerade om vad som skulle hända. Patienterna fick information under tiden som vårdpersonalen arbetade praktiskt med dem och även före en åtgärd skulle utföras. Detta ledde till att patienterna kände sig sedda, involverade, mindre rädda och även trygga. I Hayes och Tyler-Ball (2007) studie graderades patienternas upplevelser av att få information och instruktioner från vårdpersonalen till medeltal fyra (min 4 – max 6). Detta innebar att de upplevde att de oftast fick information och instruktioner. Jay (2006) beskriver att patienterna upplevde att vårdpersonalen pratade med dem och informerade om vad som hände.

Franzén, Björnstig och Jansson (2006) beskriver att patienterna upplevde säkerhet och förtroende när vårdpersonalen lyssnade aktivt och förmedlade information om traumat de utsatts för och dess konsekvenser. Även patienterna i Wiman et als. (2006) studie upplevde säkerhet då de fick information om traumat från vårdpersonalen. Dessutom kände patienterna en känsla av välbefinnande.

Franzén, Björnstig och Jansson (2006) belyste att patienterna upplevde att de fick information, men då vårdpersonalen använde ett bryskt tonläge gjorde det att patienterna kände sig osäkra, oroliga och mindre lugna. O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) beskrev också hur viktigt vårdpersonalens sätt att prata med patienten var. Ibland var inte innehållet i informationen så viktigt utan en lugnande röst gjorde att patienterna kände sig omhändertagna och att det fanns medlidande för dem.

Närvaro av anhöriga

I sju av de analyserade artiklarna var anhöriga ett återkommande tema. Det var främst patienternas upplevelser av anhörigas närvaro som var i fokus. I de olika studierna framkom det skillnader i patienternas upplevelser.

Mina anhöriga finns närvarande

I undertemat framkom skillnader i patienternas upplevelser av att ha anhöriga närvarande vid traumaomhändertagandet. I Eichhorn et als. (2001) studie ville patienterna ha anhöriga närvarande under traumaomhändertagandet. Då de fanns där kände sig patienterna mer trygga och mindre rädda. De kände även att de fick stöd och var älskade. Detta gjorde att de kunde hantera den kris traumat försatt dem i. Även Ringdal et al. (2006) beskriver patienternas upplevelser av att vilja ha anhöriga närvarande. Om de inte fanns i närheten kände patienterna sig otrygga och rädda. Wiman et al. (2006), Franzén, Björnstig och Jansson (2006) och Jay (1996) beskriver att familjens närvaro ledde till att patienterna kände trygghet och säkerhet. Rädslan och oron minskade och en känsla av förtroende etablerades.

Om familjen inte fanns närvarande vid traumaomhändertagandet upplevde 51 av 96 patienter i Byrne och Heymans (1996) studie oro och ångest över att deras familjemedlemmar inte visste vart de var och att de var skadade. I Eichhorn et al. (2001) upplevde patienterna att familjen förklarade saker för dem och hjälpte dem att förstå information. Patienterna ansåg även att anhörigas närvaro gjorde att vårdpersonalen var tvungna att se dem som människor och inte enbart som en skada eller ett tillstånd. Atmosfären runt omkring dem upplevdes som empatisk och de fick medlidande. Den skillnad som fanns i studierna när det gäller patienternas upplevelser av anhörigas närvaro visade sig i O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie. Där skiljde sig upplevelserna åt mellan könen. Manliga patienter ville inte ha anhöriga närvarande eftersom de upplevde att deras närvaro kunde störa vårdpersonalen i deras arbete. De kvinnliga patienternas ville ha anhöriga närvarande eftersom de upplevde att deras närvaro utgjorde en tröst under traumaomhändertagandet.

Jag blir omhändertagen

I temat Jag blir omhändertagen framkom fyra underteman: De rör vid mig, De ser mig, Rummet är fullt med människor och Jag blir undersökt.

De rör vid mig

I undertemat framkom det skillnader i hur patienterna upplevde beröring från vårdpersonalen. Patienterna i Jays (1996) studie kände att de fick närhet då de fick beröring och tröstande ord av vårdpersonalen. Vårdpersonalen höll dem i handen vilket gjorde att patienten upplevde trygghet och oro och rädsla lindrades. Patienterna som ingick i O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie upplevde att beröring från vårdpersonalen var viktigt. Då vårdpersonalen rörde vid dem kände de sig trygga. Beröringen upplevdes fungera som en livlina vilket gav energi till patienterna. Patienterna som ingick i Hayes och Tyler-Balls (2007) studie graderades förekomsten av beröring som omvårdnadshandling från sjuksköterskan till fyra (min 4 – max 6). Vilket innebar att de upplevde att det oftast fick beröring. Patienterna ansåg dock att beröring från vårdpersonalen inte var något positivt. De såg det som en handling som inte var vårdande.

De ser mig

I undertemat framkom det likheter i patienternas upplevelser. I O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie upplevde patienterna att vårdpersonalen gav intryck av att genuint se dem som individer och att de brydde sig om dem. Det ledde till att patienterna fick en känsla av säkerhet och tillit. Patienterna som ingick i Franzén, Björnstig och Janssons (2006) studie kände ett förtroende för vårdpersonalen då de blev behandlade som individer med unika behov. Då patienterna fick känslan av att det saknades medlidande för dem framkallade det ilska. Wiman et al. (2006) belyser patienternas upplevelser av att vårdpersonalen kände empati och var genuint intresserade. Känslan av närvaro från vårdpersonalen ledde till att patienterna kände tillit och välbefinnande.

I Franzén, Björnstig, Jansson, Stenlund och Brulins (2006) kvantitativa studie graderade de svårt skadade traumapatienterna (MAIS2+) upplevelsen av att få individanpassat bemötande och vårdande från vårdpersonalen till medeltal 3,4 av 4. Vikten av att bli behandlade som individer graderades även detta till medeltal 3,4 av 4. Sammanfattningsvis visade resultatet att patienterna upplevde en hög kvalitet på omvårdnaden.

I Hayes och Tyler – Balls (2007) kvantitativa studie upplevde patienterna att sjuksköterskan oftast såg patientens behov för att kunna hantera situationen de befann sig i. Vilket innebar en fyra (min 4 – max 6) i graderingssystemet. De kände även att sjuksköterskan oftast försökte hjälpa dem att växa i situationen vilket även det innebar en fyra (min 4 – max 6).

Rummet är fullt med människor

I undertemat framkom likheter i patienternas upplevelser. Patienterna som ingick i Ringdal et al. (2008) studie kände att de blev omhändertagna av vårdpersonalen. De upplevde att det var många människor omkring dem som arbetade i ett snabbt tempo och gjorde det som behövde göras, vilket skapade trygghet för patienterna. Liknande upplevelser framkom i O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie där patienterna upplevde att det var många som tog hand om dem och att de arbetade organiserat med bestämda uppgifter vilket minskade rädslan och tröstade i situationen. De kände att vårdpersonalen var effektiva, kapabla och hade kontroll vilket gav patienterna en känsla av säkerhet och tillit till personalen. När patienterna kände skräck och rädsla framkallade det känslor av ensamhet. Dessa känslor försvann när patienterna kände att vårdpersonalen var närvarande. Wiman et al. (2006) beskriver att patienterna hade positiva känslor över att personalen i teamet var de samma och att det fanns en kontinuitet i omhändertagandet. De upplevde också att vårdpersonalen var effektiva och arbetade bra ihop vilket ledde till välbefinnande, säkerhet och att de kände sig nöjda. Vid de tillfällen som patienterna kände att de blev lämnade ensamma fanns det obesvarade frågor som skapade en känsla av att de var betydelselösa och övergivna. Att bli övergiven och förbisedd var också känslor som patienterna beskrev i Jays (1996) studie. I studien beskrevs också positiva känslor över att ha vårdpersonalen nära som en hjälp för att hantera situationen. Närhet och närvaro av vårdpersonal förhindrade känslor av ensamhet och rädsla.

Jag blir undersökt

I undertemat framkom olikheter i hur patienterna upplevde att det var att bli undersökta. Ringdal et al. (2008) beskriver i sin studie att patienterna upplevde skam, förlägenhet och en känsla av förlorad identitet då deras kläder avlägsnades vid traumaomhändertagandet. I Byrnes och Heymans (1996) kvantitativa studie där förekomsten av oro och ångest i olika situationer vid omhändertagande på akutmottagningen undersöktes upplevde 69 av 96 patienterna oro och ångest över att bli avklädda under omhändertagandet. En situation som skapade oro hos alla 96 patienterna var att bli omhändertagna av en okänd läkare. Att inte kunna kontrollera vad som hände med dem under omhändertagandet var för 95 av 96 patienterna också en källa till oro. Patienterna i O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie upplevde däremot att när vårdpersonalen kontinuerligt undersökte dem kunde de känna sig trygga.

Diskussion

Metoddiskussion

Vid litteratursökningen framkom att det fanns begränsat med artiklar där enbart upplevelser vid traumaomhändertagandet på akutmottagningen belystes. I studien inkluderades därför även artiklar som beskrev patientupplevelser som inte enbart handlade om

traumaomhändertagandet på akutmottagningen. Dessa upplevelser kunde komma från det prehospitala omhändertagandet och intensivvårdsavdelningen. Vi valde att använda dessa artiklar eftersom det tydligt fanns redovisat vart upplevelserna kom ifrån.

I studien ingick artiklar publicerade från 1996 fram till 2008. Enligt Östlundh (2006) är vetenskapligt material en färskvara vilket motiverar vikten av att få tag i så nya studier som möjligt. Detta för att få fram ett resultat som speglar de kunskaper som finns nu. Vi valde ändå att utöka artiklarnas publicerings år för att finna fler artiklar som beskrev det område som motsvarade studiens syfte. Eftersom studien var en litteraturöversikt ansåg vi det befogat att använda även äldre artiklar för att kunna skapa en översikt av de kunskaper som finns inom området. Friberg (2006) skriver att ett område som är mindre studerat inte behöver innebära ett problem för en litteraturstudie. Studien har istället styrkan att den kan visa var det finns brister och mindre kunskaper inom omvårdnadsforskningen av det specifika området.

Vid sökningen av artiklar i de databaser som användes framkom det svårigheter i att finna relevanta artiklar som besvarade vårt syfte. Dock framkom det större tillgång på studier gjorda inom specialistsjuksköterskans område. Dessa studier belyste främst traumapatienternas och sjuksköterskans upplevelser på intensivvårdsavdelningen. Svårigheterna att få tag på artiklar som besvarade vårt syfte ledde till att endast nio artiklar ingick i studien. Vi ansåg det ändå relevant att genomföra studien med de artiklar som fanns att tillgå, eftersom artiklarna beskrev tillräckligt med patientupplevelser som gick att analysera. Vi är medvetna om att begränsningen att enbart läsa sökningar med maximalt 350 träffar kan ha inneburit att relevanta artiklar har missats och därför inte ingått i studien. Vi ansåg ändå att det var för ohanterligt att läsa mer än 350 och valde istället att använda fler sökord som ringade in sökningarna mer och gav färre träffar.

Vi valde att inkludera studier där det fanns beskrivningar av upplevelser från patienter i åldrarna 15 år och äldre. Att inkludera patienter som inte är myndiga kan innebära en etisk fråga då patienten själv inte har behörighet att ge sitt medgivande till att ingå i studien (Polit & Beck, 2008). Vi ansåg det ändå av värde att inkludera dessa patienters upplevelser då studien genomgått en etisk granskning och blivit godkänd. Traumaomhändertagandet är det samma för en 15-årig patient så väl som för en vuxen patient. Vi ansåg därför att även deras upplevelser var viktiga för vår studie.

Vid analysen av artiklarna var det svårare att tolka och läsa av resultaten i de kvantitativa artiklarna. Eftersom patienternas upplevelser mättes och redovisades i form av siffror och kategorier var det svårt att få en djupare inblick i patienternas känslor och upplevda situation. Detta var betydligt lättare att analysera i de kvalitativa artiklarna eftersom deras syfte var att mer djupgående beskriva patienternas upplevelser. Enligt Friberg (2006) har kvalitativa studier som främsta uppgift att skapa förståelse. Segesten (2006) beskriver att syftet med kvantitativa studier är att mäta och jämföra. Detta gör det svårare att få en djupare förståelse för patienternas upplevelser. Att analysera materialet utifrån Fribergs (2006) metod att finna likheter och skillnader var lätt då patienternas upplevelser framkom tydligt i studierna. Till stor del var upplevelserna samstämmiga i alla teman med några undantag. De skillnader som visade sig bestod främst i att patienter i en enskild studie upplevde något annorlunda eller att en enskild grupp i en studie upplevde något annorlunda. De enstaka skillnader som framkom fick oss att fundera på varför de fanns.

I arbetet med denna litteraturöversikt har vi försökt att förhålla oss etiskt till artiklarnas resultat och dess författare. Då en litteraturöversikt innebär att redan gjorda studier tolkas och sammanställs till ett resultat är det viktigt att analysera materialet grundligt och återge det så korrekt som möjligt (Polit & Beck, 2008).

Vid analysen av studiens artiklar försökte vi att förhålla oss så nära som möjligt till det artikelförfattarna presenterat i sina studiers resultat. Det faktum att alla artiklar var skrivna på engelska gjorde att vi var extra noga med att det vi skrev på svenska verkligen motsvarade det artikelförfattarna ville förmedla.

Resultatdiskussion

Patienternas upplevelser av att få information och att inte få information var likartade. Att få information var en positiv upplevelse som gjorde att de kände sig trygga, involverade och mindre rädda. Dessutom fick de en känsla av välbefinnande och förtroende för vårdpersonalen. Att inte få information upplevdes som negativt och framkallade känslor av missnöje och utanförskap. De kände även ilska, rädsla och oro för att inte veta vad som skulle ske vid traumaomhändertagandet (Byrne och Heyman, 1997; Franzén, Björnstig och Jansson 2006; Hayes & Tyler-Ball, 2007; Jay, 1996; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Ringdal, Plos & Bergbom & 2008 Wiman et al., 2006).

Utifrån våra egna erfarenheter av patienternas upplevelser av att få information och att inte få information när de önskade var resultatet inte så överraskande. I mötet med patienter i olika situationer har vi träffat på patienter som blivit rädda och oroliga när de inte fått tillräckligt med information. Vi har även träffat på patienter som inte visat eller uttryckt oro då de fått den information de ansett sig behöva. Resultatet och de vi själva upplevt stämmer överens med Eide och Eides (2009) beskrivning av kommunikationens betydelse för patienterna. Där det är viktigt att vara lyhörd och anpassa informationen efter patienternas önskemål och förmåga att ta den till sig. Även Benner och Wrubels (1989) omvårdnadsteori som belyser vikten av att patienten förstår vad det är som pågår stämmer överens med vårt resultat. De menar att en patient som är ovetande får svårigheter att skapa mening och får det svårare att uppleva trygghet.

Det var överraskande att alla patienterna ville ha information om vad som hände under traumaomhändertagandet. I praktiken har vi mött patienter som inte har velat veta vad som händer med dem, utan överlämnat sig totalt i vårdpersonalens händer. Att resultatet visade att alla patienterna ville ha information tror vi beror på att det potentiellt livshotande tillståndet och den stora förändringen i deras livsvärld fick patienterna att vilja ha kontroll över situationen. Att ställas inför en livshotande situation tror vi kan göra att patienterna ville ha alla medel som fanns att tillgå för att ta sig ur och bemästra situationen. Berg-Johannesson och Lundin (2009) beskriver det som vi benämner som bemästring av situationen som coping. Precis som patienterna upplevde i situationerna menar de att information kan hjälpa patienten att skapa mening i den nya situationen. Som vi ser det visar resultaten av patienternas upplevelser att behovet att vilja ha information är en problemlösande copingstrategi. Detta innebär att patienten försöka skapa en detaljerad förklaring av traumat.

Patienternas upplevelser av anhörigas närvaro under traumaomhändertagandet var till stor del samstämmiga. De flesta patienterna vill ha anhöriga nära eftersom det ingav trygghet och hjälpte dem att hantera krisen de hamnat i (Byrne & Heyman, 1996; Eichhorn et al., 2001; Franzén, Björnstig och Jansson, 2006; Jay, 1996; Ringdal et al., 2006 & Wiman et al., 2006). Undantaget var de manliga patienter som ingick i en av studierna. Anhöriga upplevdes av dem som störande under omhändertagandet där deras närvaro troddes kunna utgöra en risk för att fokus försvann från patienten (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). I relation till detta resultat ställer vi oss frågande till orsaken för dessa upplevelser då de inte framkom i de övriga studierna.

Varför de enbart framkom i en av studierna kan vara svårt för oss att spekulera i. Vi tror att skillnaderna i upplevelser möjligen kan vara beroende av anhöriga, genusbetingade, kulturell och social bakgrund eller även slumpmässiga för den enskilda studien.

Enligt Morse och Poolers (2002) studie kan anhörigas närvaro vid traumaomhändertagandet yttra sig i att de antingen är lugna och hanterar situationen eller att de blir känslomässigt lidande. De anhöriga som hanterar situationen är lugna, tysta och håller sig ur vägen för vårdpersonalen. De anhöriga som är känslomässigt lidande uttrycker sig med mycket känslor där de är högljudda och gråter. Utifrån det vi kommit fram till i vårt resultat där patienterna upplevde att det kunde finnas både för och nackdelar med närvaro av anhöriga visar Marrone och Fogg (2003) likheter i sin studie. De presenterar både för och nackdelar med att ha anhöriga närvarande i traumarummet. Fördelarna visar att närvaro av anhöriga kan vara positivt för patienternas upplevelser under omhändertagandet. Patienterna får en känsla av att var mindre ensamma och sårbara. Nackdelarna visar att närvaro av anhörig kan vara negativt för omhändertagandet då de kan störa vårdpersonalen i deras arbete och stjäla från patienten. Vi tror att närvaro av anhöriga i traumarummet för det mesta är positivt för patienten, då det är patientens behov och upplevelser som bör stå i fokus när det gäller omvårdnad. Däremot anser vi att det kan vara en svårighet för vårdpersonalen att arbeta och samtidigt tillgodose anhörigas behov. Även om anhöriga ter sig lugna kan de vara i behov av information om vad som händer från vårdpersonalen. Vi tror också att anhörig kan vara en tillgång för både patient och vårdpersonal vid de tillfällen då patienterna är oroliga. Enligt Benner och Wrubel (1989) finns det inga färdiga mallar för hur omvårdnad ska utföras. Det måste finnas en lyhördhet från vårdpersonalen för patienternas behov. Vi anser att anhörigas närvaro kan ses som en del av omvårdnaden. Vårdpersonalen måste vara lyhörd för patientens önskan att ha anhöriga närvarande eller inte. Detta sätter vi i samband med patienternas lagliga rättigheter enligt HSL (SFS 1982:763), där de har rätt till den vård som de är i behov av.

Under traumaomhändertagandet upplevde patienterna att det kände sig trygga och fick tillit till vårdpersonalen om de såg personen bakom skadan, visade medlidande och gav uttryck för att genuint bry sig om dem. De blev behandlade som individer med unika behov. Men kände de att det inte fanns medlidande för dem framkallade det ilska hos patienterna (Franzén, Björnstig & Janssons, 2006; Franzén, Björnstig, Jansson, Stenlund & Brulin, 2006; Hayes & Tyler – Balls, 2007; O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004 & Wiman et al., 2006). Att som vårdpersonal ha en holistisk människosyn och visa patienterna omtanke och medlidande anser vi vara en mycket viktig del i vårdandet av patienten. Enligt Benner och Wrubel (1989) ska sjuksköterskan kunna bemöta patienterna så att de känner sig sedda och villiga att ta emot den hjälp de behöver. Överlag kan det ses i vår studie att patienterna kände att de fick en god omvårdnad under traumaomhändertagandet. Enligt Wiman och Wikblad (2004) fanns det brister i sjuksköterskors omvårdnad av traumapatienter. De menade att patienterna under omhändertagandet bemöttes på ett sätt som inte var god omvårdnad. Bristen i omvårdnaden bestod i att sjuksköterskan inte var engagerad i patienten emotionellt utan bara fokuserade på skadan. I vårt resultat framkom även att patienterna stundtals upplevde att det fanns brister i omvårdnaden. Däremot ser inte vi att bristerna skulle vara så stora. Vi ställer oss frågan om det kan bero på att vår studie och Wiman och Wikblads (2004) är gjorda utifrån olika perspektiv. Då vår studie baseras på patienternas upplevelser och Wiman och Wikblads (2004) studie baseras på observationer av sjuksköterskans beteende under traumaomhändertaganden är det inte säkert att deras resultat stämmer överens med patienternas upplevelser.

I vårt resultat framkom det att patienterna för det mesta upplevde att de kände obehag och negativa känslor som skam, förlägenhet och känslan av förlorad identitet över att befinna sig i traumarummet och bli avklädda och undersökta (Byrnes och Heymans, 1996 & Ringdal et al., 2008). Dessutom framkom det i en av studierna att patienterna kände sig trygga när de blev undersökta (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Det här får oss att fundera på varför patienterna just i den studien kände på det viset. Kan det vara så att patienterna som ingick i den studien fick en annan omvårdnad än övriga patienter i de andra studierna? Varför kände inte de här patienterna skam, kränkning och förlorad identitet? Lennquist (2002) menar att patienter som utsätts för trauma kan få en känsla av att förlora kontrollen vilket kan leda till att de blir otrygga och känner sig kränkta. En trygghet i traumaomhändertagandet kan vara att vårdpersonalen vägleder patienterna i den främmande situationen. Vi tror att orsaken till de olika resultaten i studierna kan bero på att vårdpersonalen i studien där patienterna hade positiva upplevelser av att bli avklädda och undersökta, kan ha lyckats bättre i att läsa av patienternas upplevda individuella behov.

Konklusion

Det är viktigt för patienterna med en god kommunikation. Där kontinuerlig information från vårdpersonalen är grundläggande för att de ska känna sig trygga. Brist på information är negativt för patienterna då det kan orsaka oro och rädsla för det okända och vad som ska hända. Anhörigas närvaro visade sig vara viktig då majoriteten av patienterna kände sig trygga och mindre rädda då anhöriga fanns närvarande. De upplevde att de fick stöd och kände sig älskade vilket gjorde att de lättare kunde hantera situationen. En studie visade att upplevelserna skiljde sig åt mellan män och kvinnor. Beröring som en omvårdnadshandling upplevs olika av patienterna. Beröringen kunde leda till känsla av närhet, trygghet och lindrande av oro och rädsla. Men kunde också ses som en handling som inte var vårdande. Det är viktigt för patienterna vid traumaomhändertagandet var att bli sedda som individer på ett empatiskt vis. Där vårdpersonalen inte bara uppmärksammar skadan utan också ser helheten av patienternas upplevda behov. Konsekvenserna av detta blir att patienterna känner förtroende, trygghet och välbefinnande. Att traumarummet är fullt med vårdpersonal upplevdes som positivt. Patienterna kände sig trygga och omhändertagna då vårdpersonalen uppfattades som effektiva och verkade veta precis vad de skulle göra. Att bli undersökt upplevdes olika av patienterna. Det kunde skapa känslor som förlust av identitet, skam och oro. Det kunde även upplevas som en trygghet att bli undersökt kontinuerligt.

Utifrån studiens resultat var det svårt att dra slutsatser som är tillförlitliga nog att använda sig av fullt ut i praktiken. Det finns för lite forskning inom området vilket gör att studiens resultat blir begränsat av detta. Mönster utifrån patienternas upplevelser vid traumaomhändertagandet kan ändå identifieras från resultatet. Detta kan ge en inblick i traumapatienternas upplevelser vilket kan skapa en ökad förståelse och medvetenhet för sjuksköterskan.

Det är tydligt att det krävs ytterligare forskning om traumapatienternas upplevelser på akutmottagningen. Då det framkom i studien att patienterna i en del situationer hade negativa känslor under omhändertagandet. Det är viktigt att patienterna känner sig trygga i all omvårdnad vilket motiverar vidare studier för att kunna förbättra traumaomhändertaganden. Vidare forskning skulle även kunna vara att undersöka sjuksköterskans upplevelser under traumaomhändertagandet på akutmottagningen och jämföra detta med patienternas upplevelser.

Referenser

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Berg- Johannesson, K & Lundin, T. (2009). Psykologiskt och socialt omhändertagande av drabbade. I S. Lennquist (Red.), *Katastrofmedicin* (s. 355-372). Stockholm: Liber.

Byrne, G. & Heyman, R. (1997). Patient anxiety in the accident and emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 6(4), 289-295.

Cudmore, J. (1996). Clinical Trauma nursing: a team approach. *British Journal of Nursing (BJN)*, 5(12), 736.

Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur

Cullberg, J. & Crantz, P. (2011). Trauma. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 13 oktober, 2011, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/lang/trauma>

Eichhorn, D. J., Meyers, T. A., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E. & Calvin, A. O. (2001) Family presence during invasive procedures and resuscitation: Hearing the voice of the patient. *American Journal of Nursing*, 101(5), 48-55.

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (2006a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.115-124). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.105-114). Lund: Studentlitteratur.

Franzen, C., Björnstig, U. & Jansson, L. (2006). Injured in traffic: Experiences of care and rehabilitation. *Accident & Emergency Nursing*, 14(2), 104-110. doi:10.1016/j.aaen.2006.01.003

Franzen, C., Björnstig, U., Jansson, L., Stenlund, H., & Brulin, C. (2008). Injured road users' experiences of care in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 726-734. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01873.x

Grossman, V. G. A. (2003). *Quick reference to triage*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hayes, J. & Tyler-Ball, S. (2007). Perceptions of nurses' caring behaviors by trauma patients. *Journal Of Trauma Nursing*, 14(4), 187-190.

Jay, R. (1996). Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of accident and emergency interventions. *Accident & Emergency Nursing*, 4(3), 125-131.

Lafferty, B. (2011). Trauma Nurse Practitioners: Variations in Utilization and Role Expansion. *Journal of Trauma Nursing*, 18(2), 115-120. doi:10.1097/JTN.0b013e31821f647f

Lennquist, S. (2002). *Katastrofmedicin*. Stockholm: Liber.

Lennquist, S. (2009a). Sjukhusets beredskap och insats. I S. Lennquist (Red.), *Katastrofmedicin* (s. 117-140). Stockholm: Liber.

Lennquist, S. (2009b). Skador orsakade av fysiskt våld. I S. Lennquist (Red.), *Katastrofmedicin* (s. 199-264). Stockholm: Liber.

Lome, B. (2005). Acute pain and the critically ill trauma patient. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(2), 200-207.

Marrone, L. & Fogg, C. (2003). Should the family be present during resuscitation? Are policies allowing family into the trauma room humane and necessary -- or just asking for trouble?. *Nursing*, 33(10), 32cc1-2.

Morse, J. M. & Pooler, C. (2002). Patient – family – nurse interactions in the Trauma – Resuscitation Room. *American Journal of Critical Care*, 11, 240-249.

O'Brien, J., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma resuscitation in the emergency department: themes from seven patients. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 30(3), 216-224. doi:10.1016/j.jen.2004.02.017

Polit, D. F & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Ringdal, M., Plos, K., & Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patients' care trajectory after physical trauma. *BMC Nursing*, 7(8). doi:10.1186/1472-6955-7-8

Segesten, K. (2006) Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund I analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-114). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2 februari, 2012. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 15 oktober, 2011, Från socialstyrelsen, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 18 oktober, 2011, Från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Turnbull, G. & Gibson, M. (2001). The aftermath of traumatic incidents: a model in support of early intervention. *Bereavement Care*, 20(1), 3-5.

Wiman, E. & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 422-429.

Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2007). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department -- a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 714-722. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.01.014.

World Health Organization. (2004) *Guidelines for essential trauma care* (Guidelines for essential trauma care/Injuries and Violence Prevention Department, World Health Organization and the International Association for the Surgery of Trauma and Surgical Intensive Care) Geneve: WHO. Från <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.45-70). Lund: Studentlitteratur.

Översikt av litteratursökning

Cinahl

Datum för sökning: 111110

Avgränsningar: Peer Reviewd

Söknr.	Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Antal analyserade artiklar
1	Trauma	26878		
2	Patient	301840		
3	Nurs*	400074		
4	Experience	69351		
5	Trauma AND Nurs*	3349		
6	Trauma AND Patient AND nurs*	1187		
7	Trauma AND Patient AND nurs* AND Experience	154	1	1
8	Caring	22222		
9	Trauma AND Patient AND Experience AND caring	24		
10	Trauma AND Experience AND patient	570		
11	Emergency	74033		
12	Trauma AND Experience AND Patient AND Emergency	141		
13	Resuscitation	12170		
14	Trauma AND Experience AND Resuscitation	76		
15	Attitude	67244		
16	Trauma AND Patient AND Attitude	144	2	1
17	Memories	1678		
18	Trauma AND Patient AND Memories	20		
19	Health	658073		
20	Trauma AND Patient AND Experience AND Health	157		
21	Perspective	31073		
22	Trauma AND Patient AND Perspective	84	1	1
23	Trauma AND Patient AND Experience AND life	92		
24	Life	138687		
25	Multiple	82213		
26	Multiple AND Trauma AND Patient	992		
27	Multiple AND Trauma AND Patient AND Experience AND Emergency	22		
28	Patient perception AND Trauma	76	2	

29	Trauma AND Encounter AND Patient	42	1	
30	Emergency caring AND Patient Comfort	8		
31	Trauma AND Family AND Encounter	4		

Academic Search Elite

Datum för sökning: 111111

Avgränsningar: Peer Reviewd

Söknr	Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Antal analyserade artiklar
1	Trauma AND Experience	2387		
2	Emergency AND Trauma AND Experience	213		
3	Emergency AND Trauma AND Experience AND Caring	14		
4	Perception AND Trauma AND Patient	84		
5	Trauma caring	114		
6	Trauma caring AND Patient attitude	2		
7	Trauma caring AND family	32		
8	Trauma AND Patient AND nurs* AND Experience	17		
9	Trauma AND Patient AND Perspective			
10	Trauma patient AND Encounter	23		
11	Trauma AND Patient AND comfort	14		
12	Trauma AND Patient AND Memories	121		
13	Trauma resuscitation AND Perception	0		
14	Multiple trauma AND Attitude	16		

PubMed

Datum för sökning: 111111

Avgränsningar: Inga

Söknr.	Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Antal analyserade artiklar
1	Trauma	783631		
2	Trauma AND Patient	257268		
3	Trauma AND Patient AND Experience	17208		
4	Trauma AND Patient AND Experience AND Caring	134	1	1
5	Trauma AND Patient AND nurs* AND Caring	410		

6	Trauma AND Patient AND Nurs* AND Caring AND Emergency			
7	Multiple trauma AND Emergency AND Memories	0		

Datum för sökning: 111112

Avgränsningar: Nursing Journal

Söknr	Sökord	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Antal analyserade artiklar
8	Emergency care AND Patient comfort	94	2	
9	Emergency care AND Patient encounter	51		
10	Emergency trauma AND Patient experience	72	1	1

Totalt:

11

5

Antal analyserade artiklar efter systematisk sökning: 5

Antal analyserade artiklar efter osystematisk sökning: 4

Översikt av analyserade artiklar

Hämtad från: Cinahl

Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
O'Brien & Fothergill-Bourbonnais (2004)	The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients	Att bestämma patientens perspektiv av erfarenheten av trauma återupplivning på akutmottagningen. Bestämma om patienten har upplevelser av sårbarhet under traumaåterupplivning på akutmottagningen. Bestämma om det finns faktorer som påverkar patientens upplevelser	Kvalitativ studie med tolkande hermeneutisk metod. Semistrukturerad intervju av 7 traumapatienter vid två tillfällen, 31 – 55 år	Fyra teman framkom: ”Jag kommer ihåg”, ”Jag var rädd”, ”Jag kände mig säker” och ”Jag kommer bli bra”. Faktorer som en tydligt identifierad traumaledare, vårdande beteende som beröring och tonläge var viktigt för en positiv upplevelse
Ringdal, Plos & Bergbom (2008)	Memories of being injured and patients care trajectory after physical trauma	Skaffa sig en djupare förståelse av patienters minnen av att skada sig och vården före, under och efter deras vistelse på intensivvårdsavdelningen.	Kvalitativ studie med fenomenologisk hermeneutisk induktiv metod. Intervju av 18 traumapatienter äldre än 18 år. 2 bortfall	Traumapatienterna hade minnen från fem områden: olycksplatsen, akutmottagningen, intensivvårdsavdelningen, vårdavdelningen och att komma hem. Utifrån detta framkom fyra teman: En surrealistisk värld, en skadad kropp, vård och tacksamhet för livet.
Wiman, Wikblad & Idvall (2006)	Trauma patients' encounters with the team in the emergency department – A qualitative study	Utforska traumapatientens föreställningar av mötet med traumateamet	Kvalitativ studie med fenomenografisk metod. Semistrukturerad intervju av 23 traumapatienter.	Tre aspekter från patientens perspektiv: veta hur, kommunikation och involvering.

Hämtad från: PubMed

Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Franzén, Björnstig, Jansson, Stenlund & Brulin (2006)	Injured road users' experiences of care in the emergency department	Att beskriva patientens uppfattningar av kvalitet på vården på en akutmottagning och analysera samband mellan patientens bakgrund och upplevelse av vård	Kvantitativ studie med tvärsnittsstudie som metod. Stratifierat urval av 565 deltagare, 18-70 år, som besvarat ett frågeformulär. Frågorna graderades enligt skalan 1-4 där 1 stod för "håller inte med alls/inte viktigt" och 4 stod för "håller med till fullo/mycket viktigt". Patienter indelade enligt MAIS och MAIS2+. MAIS: patienter med lindriga skador. MAIS2+: Patienter med större skador som frakturer, inre blödningar, allvarligare och även skador som potentiellt kunde leda till döden	Uppfattningen av kvalitet på vården och betydelsen av kvalitet på vården befann sig på den övre halvan på den graderade skalan vilket innebar att patienterna uppfattade vården tillfredställande. Faktorer som var påverkande för positiva upplevelser av kvalitet på vård var korta väntetider, måttliga och allvarliga traumaskador, hög ålder samt hög utbildningsnivå.
Jay (1996)	Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of accident and emergency interventions	Att utforska och beskriva frågor i relation till omvårdnad som är viktiga för traumapatienter på akutmottagningen. Att identifiera sjuksköterske handlingar som är särskilt hjälpsamma eller ohjälpsamma för traumapatienten på akutmottagningen.	Kvalitativ studie Semistrukturerad intervju av 5 traumapatienter	Två rubriker: Vad utgör tillförändret av trygghet och effektiv omvårdnad. Kommer patienterna berätta om deras riktiga behov.

--	--	--	--	--

Hämtad från: Osystematisk sökning

Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Byrne & Heyman (1996)	Patient anxiety in the accident and emergency department	Identifiera källor till oro hos traumapatienter på akutmottagningen och undersöka sambandet mellan oro och ålder, kön, grad av skada och avdelning	Kvantitativ studie. Strukturerade intervjuer av 96 patienter.	Det traumapatienterna ansåg vara största orsaken till oro var 'att inte kunna utföra sina vanliga aktiviteter', 'att inte veta vad som ska hända på akutmottagningen', 'att genomgå obekväma procedurer', 'känna smärta' och 'att inte veta vad som är fel'.
Eichhorn, Meyers, Guzzetta, Clark, Klein, Taliaferro & Calvin (2001)	Family presence during invasive procedures and resuscitation: Hearing the voice of the patient	Att bestämma patientens upplevelser av familjenärvaro vid invasiva ingrepp och återupplivning	Kvalitativ och kvantitativ studie. Intervju av 9 traumapatienter, äldre än 15 år, med hjälp av det semistrukturerade formuläret Family presence Patient Interview Guide (FPPIG).	Sju teman framkom, där tre teman presenterade positiva effekter för traumapatienten vid närvaro av familj. Två teman belyser familjenärvaro reflekterar det ömsesidiga band patient och familj har till varandra och patientens rätt att ha familjen närvarande. De två sista temana karaktäriseras av hur trauma patienten upplevde att händelsen och sjukvårdsmiljön påverkade familjen.
Franzén, Björnstig & Jansson (2006)	Injured in traffic: Experiences of the care and the rehabilitation	Beskriva de skadade individernas upplevelser av prehospitäl vård, sjukhusvård och rehabilitering	Kvalitativ studie. Intervju av 8 patienter, 19 -70 år.	Fyra teman: möter uppståndelse, upplever förtroende och säkerhet, avsaknad av säkerhet och stöd samt kämpar för att återvända till det vardagliga livet.

<p>Hayes & Tyler-Ball (2007)</p>	<p>Perceptions of nurses' caring behaviours by trauma patients</p>	<p>Att beskriva upplevelsen av sjuksköterskors omvårdnads beteende hos svårt skadade trauma patienter</p>	<p>Kvantitativ studie med deskriptiv metod. Intervju av 70 patienter med hjälp av frågeformuläret Caring Behaviours Inventory (CBI). Gradering av upplevelser enligt poäng vilket resulterade i kategorierna: 4="oftast", 5="nästan alltid", 6="alltid".</p>	<p>Patienter som fått traumavård uttrycker en allmänt positiv bild av omsorg från vårdpersonal.</p>
--------------------------------------	--	---	--	---