



Traumaomhändertagande på akutmottagning

- Patientens erfarenheter

Marcus Hellberg Anna Saarinen

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå

Sjuksköterskeprogrammet

Institutionen för Hälsovetenskap/Högskolan Väst

Höstterminen 2015

**Traumaomhändertagande på akutmottagningen - patientens erfarenheter.
Trauma resuscitation at the emergency department - the patients' experiences**

Författare	Anna Saarinen Marcus Hellberg
Handledare	Susanne Forsgren
Examinator	Azar Hedemalm
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2015
Antal sidor	14

Background: *Every two seconds a person dies by the result of a trauma. The trauma teams' initial assessment is a structured and systematic concept, where the treaters in the acute care setting are involved in excluding life-threatening conditions and to do an accurate medical examination of the patient. The trauma resuscitation is a fast encounter between the patient and the trauma team. Patients is often affected by the acute event when they lose control over their own situation.*

Aim: *The aim of this study was to describe the patient experience of the trauma resuscitation at the emergency department.*

Method: *A literature review has been made of 5 qualitative and 5 quantitative articles. Articles were analyzed by searching for similarities and differences. The analyzed articles were published between 2004-2015.*

Results: *The result showed that patients had unique needs such as; be treated like individuals and be cared for by competent personnel. The results also showed the importance of sufficient information on examination and treatment. The patient could feel either insecure or cared for in the trauma resuscitation depending on nurses' communication.*

Conclusion: *The trauma resuscitation is a complex concept and involves many aspects that a nurse should keep track of. The nurse and the traumateam need to face the high requirements of the resuscitation to provide good and safe care for the patient under the whole intervention.*

Keywords: *experiences, literature-review, patient, resuscitation, trauma*

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Trauma	1
Konsekvenser av trauma	2
Sjuksköterskans möte med patientens livsvärld och lidande vid trauma.....	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	4
Urval.....	5
Analys.....	6
Resultat	6
Ett tryggt omhändertagande	7
Att behandlas som en individ	7
Att vara i säkra händer.....	7
En förtroendeingivande sjuksköterska.....	8
Att veta vad som händer	9
Diskussion.....	9
Metoddiskussion.....	9
Resultatdiskussion.....	11
Att bli behandlad som en individ.....	11
Att vara i säkra händer.....	12
Att veta vad som händer	13
Slutsats	14
Praktiska implikationer	14
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	14
Referenser:	15

BILAGA I Översikt sökhistorik

BILAGA II Översikt analyserat material

BILAGA III Mallar för kvalitetsgranskning

Inledning

Inom Europeiska Unionen (EU) dör en person orsakat av trauma varannan minut. Att utsättas för ett trauma orsakar lidande för patienten (Socialstyrelsen, u.å.). Varje år spenderas mer än 53 miljoner vård dagar på att behandla skadade patienter, det motsvarar 9 % av alla vård dagar inom EU (EuroSafe, 2013). Patienter som utsatts för trauma omhändertas initialt på akutmottagningen av ett traumateam. Traumaomhändertagandet är ett snabbt möte mellan patienten och traumateamet, där skador som hotar patientens liv skall identifieras och åtgärdas (Berlin & Carlström, 2008). Patienter påverkas ofta av den akuta händelsen då de plötsligt förlorar kontrollen över sin egen situation och hamnar i en beroendeställning (Wiman & Wikblad, 2004). Vid ett traumaomhändertagande läggs fokus på patientens fysiska kropp såväl som patientens psykologiska behov. Det är därför av intresse för sjuksköterskan att ha kunskap om hur patienten påverkas av omhändertagandet. Fokus i denna studie är att belysa patienters upplevelser och erfarenheter av ett traumaomhändertagande på akutmottagningen.

Bakgrund

Trauma

Trauma kommer från grekiskan och betyder sår (Krantz, 2015). Trauma innebär att kroppen har blivit utsatt för hög- eller lågenergiskt våld och som har eller kan utvecklas till livshotande tillstånd. Högenergiskt våld kan exempelvis vara kollision med fordon, tryckvåg efter detonation eller fall från hög höjd. Lågenergiskt våld kan exempelvis vara vridvåld, fall från låg höjd eller knivstick (Lennquist, 2007a, 2009). Wikström (2012) skriver att en premis för att en svårt skadad patient skall ha goda överlevnadschanser är att få kompetent vård inom den första timmen ("the golden hour"). En viktig del i denna kedja för överlevnad är den prehospitala personalens rapport till ansvarig sjuksköterska på akutmottagningen som bedömer allvarlighetsgraden av skadan och avgör därefter nivån på traumat (Ekström, Göransson, Karlsson & Wireklint, 2014; Ekwall, 2014). Detta kallas för triagering. Ordet triage härstammar från franskans trier och betyder sortera. Triage innebär en snabb medicinsk bedömning av skadade personer och de med högst vårdbehov prioriteras först (Grossman, 2003). Malmgren (2015a) beskriver att majoriteten av sjukhus triagerar patientens skador och till sin hjälp har sjuksköterskan ett nationellt bedömningsinstrument som kallas Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS). Utifrån patientens vitalparametrar, specifika skador samt skademekanism bedöms allvarlighetsgraden. Vid ett rött trauma har patienten påverkan på vitala parametrar såsom luftväg, andning, cirkulation, neurologiskt bortfall, medvetandesänkning, fraktur på mer än två rörben eller instabilt bäcken, vilket betyder att patienten har ett livshotande tillstånd. Om det inte är ett potentiellt livshot och vitala parametrar inte är påverkade bedömer sjuksköterskan det som ett orange trauma enligt RETTS (Ekström et al., 2014; Widgren, 2012). Oavsett gradering av trauma krävs det ett omhändertagande. När ambulansen anländer står traumateamet redo på akutmottagningen för att ta hand om den skadade (Gaarder et al., 2008; Wikström, 2012). Ett traumateam kan bestå av 11-13 personer tillhörande olika yrkeskategorier (Ekwall, 2014). Det är läkare, sjuksköterskor och undersköterskor med olika kompetenser beroende på vilken skada patienten utsatts för. Genom teamarbete kompletterar deltagarnas olika kompetenser varandra för att uppnå bästa resultat för patienten (Ekström et al., 2014). Alla deltagare i traumateamet är lika betydelsefulla för att ge patienten en effektiv vård (Harkins, 2009). Omhändertagandet sker i ett akutrum där det ska finnas läkemedel, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning tillgänglig för att personalen ska kunna fokusera på den skadade patienten (Ekwall, 2014). I det akuta omhändertagandet är vårdarna i första hand involverade i att utesluta livshotande tillstånd och

att göra en noggrann kroppslig medicinsk bedömning (Elmqvist, 2011). Traumateamet arbetar strukturerat och systematiskt utifrån Advanced Trauma Life Support-konceptet (ATLS) (Lennquist, 2007c) vilket innebär en snabb primär och strukturerad undersökning för att utesluta direkta livshot (Malmgren, 2015b). Det innebär att teamet arbetar efter alfabetets fem första bokstäver (Lennquist, 2007c, 2009). A (airway) innebär att säkerställa en fri luftväg, samt säkrande av halsrygg. B (breathing) innebär att säkerställa andning, C (circulation), innebär att säkerställa cirkulationen, D (disability) innebär att kontrollera patientens neurologiska status och E (exposure) innebär en helkroppsundersökning, då man letar efter skador som tidigare kan ha missats (Wiklund, 2012; Lennquist, 2007c, 2009; Malmgren, 2015b). Genom ett välutbildat och samordnat team kan många av de olika aspekterna i den första bedömningen och behandling hanteras samtidigt (Gaarder et al., 2008). Nyare forskning visar att sjuksköterskan upplever att ATLS-konceptet är tryggt att arbeta efter då alla i teamet följer samma rutiner och vet vad de ska göra (Boström, Magnusson och Engström, 2012). Under den sekundära undersökningen så görs en mer grundlig undersökning, för att få en översiktsskild av omfattningen av skadorna (Lennquist, 2009). Patientansvarig sjuksköterska från akutmottagningen ansvarar förutom att ta emot information från den prehospitala personalen att dokumentera hela händelseförloppet. I sjuksköterskans omvårdnadsansvar ingår även att se till att patienten har det bekvämt, ta hand om närstående och att finnas till hjälp för de andra i teamet (Ekwall, 2014).

Konsekvenser av trauma

Att utsättas för ett trauma innebär en stor påfrestning på patienten, inte bara fysiskt utan också psykiskt (Bergh M Johannesson, 2007). Vävnadsskada eller potentiell vävnadsskada leder till smärta som är en obehaglig och sensorisk upplevelse (Kneale & Peter Davis, 2005). Aktuell forskning visar att traumatiska händelser skapar känslor av ångest, chock och förlust hos de skadade (Tan, Lim & Chiu, 2008). Annan aktuell forskning visar även att förväntad ångest om en hotande smärta kan ge en ökad känslighet för smärta (Colloca & Benedetti, 2007). Det akuta omhändertagandet innebär, utöver de medicinska åtgärderna, även att vara ett stöd utifrån den enskilda människans situation och behov (Elmqvist, Rask & Berglund, 2014; Elmqvist, 2011). När en allvarlig yttre händelse hotar den fysiska existensen, sociala identiteten och tryggheten kan det leda till en traumatisk kris. Den traumatiska krisen kan delas in i olika faser, där chock- och reaktionsfas utgör den akuta krisen. Under den akuta krisen behöver patienten få ett gott allmänt omhändertagande som får patienten att känna sig trygg. Att inte lämna patienten ensam och hålla patienten i handen eller hålla om patienten är handlingar som inger trygghet (Cullberg, 2006).

Trauma orsakar stort lidande för patienten (Lennquist, 2007b). Eriksson (1994) beskriver tre lidanden som vården möter: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande innebär det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling. Relationen mellan smärta och lidande är central. Den kroppsliga smärtan begränsas oftast till en kroppsdel som fångar hela människans uppmärksamhet. Detta försvårar möjligheten att bemästra lidandet men genom att reducera smärtan kan detta lidande lindras. Sjukdomslidandet är inte enbart fysiskt utan kan även vara själsligt och andligt, där känslor av skam, skuld och förnedring kan upplevas av patienten. Vårdlidande upplevs i direkt anslutning till vårdsituationen och beskrivs av som ett onödigt lidande. Vårdlidande kan uppstå genom att patienten upplever maktlöshet, inte förstår vad som händer, att inte bli bemött som en person eller inte får sitt lidande bekräftat (Dahlberg, 2003; Dahlberg & Segesten, 2010). Varje människas lidande är unikt och lidandet är en kamp för människans värdighet och frihet. Att möta en människa som lider och dela lidandet med människan kräver en stor finkänslighet av sjuksköterskan. Att förmedla till den lidande patienten "jag ser" är att bekräfta dennes lidande och innebär en tröst (Ericsson, 1994).

I International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor står att det i sjuksköterskans ansvarsområden ingår att lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Sjuksköterskans möte med patientens livsvärld och lidande vid trauma

Sjuksköterskan behöver ha kunskap om patientens livsvärld för att kunna förstå hur patienten upplever en situation, vad som är av värde för att hen ska må bra och kunna känna välbefinnande. Det är genom livsvärlden människan förstår sig själva och sina handlingar, andra människor och deras handlingar samt vilken betydelse dessa handlingar har för oss och andra. Utgångspunkt för livsvärlden är hur människan uppfattar omvärlden, hur hen upplever, känner, tänker och handlar i relation till andra människor och omvärlden. Det handlar om vad och hur vi uppmärksammar något i vår omgivning (Ekebergh, 2015). Ett livsvärldsperspektiv innebär ett fokus på hur patienten upplever sin hälsa, lidande, välbefinnande eller vården. Genom ett livsvärldsperspektiv så kan patientens utsatthet i den aktuella vårdsituationen förstås (Dahlberg & Segesten, 2010). Patientens livsvärld måste bekräftas för att kunna förstå hur patienten upplever situationen (Nyström, 2003). Sjuksköterskans ansvarsområde är omvårdnad och innebär att sjuksköterskan skall ha förmåga att tillgodose patientens behov av omvårdnad såväl fysisk som psykisk, samt ha förmåga att tillämpa kunskaper i omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Theodoridis (2013) innebär omvårdnad en handgriplig delaktighet i individens unika existentiella behov. Behandling efter ett trauma ska så långt som det är möjligt ske i samförstånd med patienten (Bergh Johannesson & Lundin, 2009). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska så ska sjuksköterskan ha förmåga att göra patienten delaktig i sin vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005). Sjukhusvistelse förvärrar den stress som traumapatienter upplever och har en negativ inverkan på hälsotillstånd, behandlingar och påverkar patientens återhämtning negativt. Därför behöver sjuksköterskan vara medveten om patientens sårbarhet och ständigt kommunicera med patienten om den vård som ges (Tan et al., 2008). Ett traumaomhändertagande ställer höga krav på snabba och effektiva åtgärder där fokus initialt ligger på de akuta fysiska behoven (Bergh M Johannesson, 2007). Vid traumaomhändertagande där korta och intensiva möten med patienten sker behöver sjuksköterskan integrera sina medicinska kunskaper med omvårdnad. Sjuksköterskan måste kunna hantera avancerad teknologi och potenta läkemedel samtidigt som patientens utsatthet och lidande behöver tillgodoses. Lidandet kan vara av olika slag och svårighetsgrad. Fysiskt lidande kan handla om allt från stora blödningar, svår smärta till livshotande andningshinder. Det psykiska lidandet kan vara svår ångest, djup skräck, förtvivlan, ängslan och/eller ovisshet (Nyström, 2003). För ett optimalt traumaomhändertagande behöver sjuksköterskan ha medicinska kunskaper men också kunskaper om hur patientens existentiella behov kan mötas (Elmqvist, 2011). Att hamna på sjukhus kan leda till att patienten upplever att identitet, autonomi och oberoende förloras (Bergh M Johannesson, 2007). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982: 763) ska sjukvården bedrivas så att patientens behov av trygghet tillgodoses, patientens integritet och autonomi respekteras samt bidra till goda kontakter mellan patient och personal. Enligt Bergh M Johannesson (2007) så underlättas patientens återhämtning och tillfrisknande av ett gott helhetsbemötande och genom att patienten och dennes närstående får relevant information. Sjuksköterskan ska ha förmåga att bemöta patienten med respekt, lyhördhet och empati (Socialstyrelsen, 2005). Enligt ICN's etiska kod för sjuksköterskor ingår respektfullhet och lyhördhet i sjuksköterskans yrkesmässiga värden och sjuksköterskan ska ha förmåga att uppvisa dessa (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Problemformulering

Att utsättas för ett trauma innebär en stor påfrestning på patienten, inte bara fysiskt utan också psykiskt. Trauma orsakar stort lidande för patienten och det ligger i sjuksköterskans ansvar att lindra detta lidande. Ett traumaomhändertagande är ett kort och intensivt möte, där sjuksköterskan samarbetar i ett traumateam för att omhänderta patienten efter en förarbetad rutin. För att sjuksköterskan skall kunna få en djupare insikt i patienters upplevelse av traumaomhändertagande och därmed kunna ge god vård vill vi med denna studie tillföra kunskap om patientens upplevelser och erfarenheter vid ett traumaomhändertagande.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva patientens upplevelser och erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutmottagningen.

Metod

Denna studie kommer att utföras enligt Fribergs (2012a) metod för litteraturöversikt, där motivet är att göra en översikt över hur kunskapen inom omvårdnadsområdet ser ut. En litteraturöversikt kan användas för ett fristående arbete eller som grund för vidare studier. Vi har valt att avgränsa området till patientens erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutmottagningen.

Litteratursökning

Redan tidigt i arbetet var fokus att studien skulle behandla området trauma och patientens upplevelse. En inledande litteratursökning gjordes först i Primo som är bibliotekets söktjänst, Östlundh (2012) skriver att en sådan söktjänst erbjuder sökningar hos olika källor samtidigt och är ett bra alternativ för den inledande sökningen. Databaserna Cinahl, ProQuest och PubMed användes också för att vidga sökningarna. Vidare skriver Östlundh (2012) att den inledande litteratursökningen inte bör vara särskilt systematisk utan vara mer övergripande och experimentell för att få fram tillräckligt med bakgrundsfakta och sedan gå vidare till den egentliga litteratursökningen. Friberg (2012a) skriver att ett helikopterperspektiv anläggs för att få en överblick över forskningsområdet. I den inledande litteratursökningen används nyckelord eller fraser som rör området i studien (Polit & Beck, 2012). Sökorden trauma och omhändertagande användes inledningsvis. Efter den inledande litteratursökningen beslutades att studiens fokus skulle vara patientens erfarenhet av traumaomhändertagande. När tillräckligt med information till bakgrunden fanns, påbörjades den egentliga litteratursökningen.

Genom den egentliga litteratursökningen söks artiklar fram som ska ligga till grund för analysen och presenteras i resultatet (Friberg, 2012b). Inledningsvis i den egentliga litteratursökningen användes patient*, "trauma unit", experience* och trauma, vilka valdes utifrån studiens syfte. Under litteratursökningens gång tillkom sökorden perception*, resuscitation, memories, perspective, traumansuring, traumacenter och "trauma resuscitation unit". För att bredda sökningen ytterligare tog vi hjälp av bibliotekarien som gav tips om ämnesord som kunde leda till ytterligare resultat. I de vidgade sökningarna kombinerades en rad ämnesord tillsammans med sökord. Ämnesord som användes var (MH "trauma"), (MH "emergency patients"), (MH "professional-patient relations"), (MH "patient care") samt (MH "nurse-patient relations"), se *Bilaga I*. Även varianter av "traumateam" användes som sökord men det visade sig inte vara användbart då inga relevanta artiklar framkom. De sökord och ämnesord som genererade mest resultat var "patient* perception*", "patient* experience*" och ("MH "emergency patients").

De olika sökorden kombinerades genom att använda operatoren AND och i ett fall OR. Detta kallas för boolesk söklogik och används för att koppla ihop sökord och för att bestämma relationen de valda orden skall ha till varandra. Operatoren AND används för att koppla ihop sökord medan operatoren OR genererar träffar på endera den ena sökordet eller det andra. Detta är praktiskt då ett begrepp kan beskrivas med flera olika synonymer (Östlundh, 2012). Polit och Beck (2012) skriver att genom att sätta citationstecken framför och efter två ord säkerställs att sökresultatet innehåller artiklar där sökorden står den kombinationen. Efter en del av sökorden placerades en asterisk* efter och det kallas enligt Östlundh (2012) för trunkering. Genom att trunkera ett ord så inkluderas alla ordets böjelser. Sökningen patient* inkluderar alltså då både "patient" och "patients". Vidare skriver Östlundh (2012) att ämnesord är deskriptorer och beskriver de olika dokumentens innehåll och återfinns i databasernas ordlista.

Fremst användes databasen Cinahl för sökningar efter artiklar. Sökningar gjordes även i databaserna PubMed och ProQuest, men inga nya artiklar tillkom. Cinahl och PubMed är de databaser som är mest aktuella inom omvårdnadsforskning (Axelsson, 2012). Cinahl är speciellt användbar för sjuksköterskor då den innehåller över en miljon artiklar inom vårdvetenskap (Polit & Beck, 2012). Ingen avgränsning gjordes gällande kvalitativ eller kvantitativ forskning, då båda kan ingå i en litteraturoversikt (Friberg, 2012b). Östlundh (2012) beskriver vetenskapligt material som färskvara så därför gjordes avgränsningen att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2005-2015, för att få fram så ny forskning som möjligt.

Urval

Inklusionskriterier för studien var, studier där patienterna blivit traumaomhändertagna på akutmottagningen, skrivna på engelska eller svenska och patienterna skulle vara 18 år eller äldre. Ytterligare inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2005-2015. Artiklarna skulle vara peer-reviewed och etiskt granskade. Polit och Beck (2012) skriver att när människor ingår i forskning måste deras rättigheter skyddas. Det sker genom att de flesta institutioner har kommittéer som granskar forskarnas föreslagna forskningsplaner, för att garantera att deltagarnas rättigheter skyddas. I de fall där det inte uttryckligen stod att de var etiskt granskade sökte vi upp riktlinjerna för forskning på de institutioner som författarna hade utfört forskningen på och kunde på så sätt se att forskningen var etiskt granskad, därefter inkluderades även dessa. Artiklarna som inkluderades hade hög eller medelbetyg efter kvalitetsgranskning. Exklusionskriterier var studier där patienterna omhändertagits prehospitalt eller varit utsatta för psykiskt trauma samt studier där endast sjukvårdpersonalens erfarenheter belysts.

I de inledande litteratursökningarna användes inga avgränsningar, men i de egentliga litteratursökningarna användes några få men relevanta avgränsningar. Östlundh (2012) beskriver att peer-reviewed är en avgränsning man kan göra i databaser för att garantera att få fram endast artiklar som varit publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Det mesta vetenskapliga materialet är publicerat på engelska, genom att välja avgränsningen engelska och svenska sorterades även språk som författarna inte behärskar bort. Abstract available användes också som avgränsning, abstract är en sammanfattning av artikeln och är bra att läsa för att få en uppfattning om vad artikeln handlar om (Östlundh, 2012). För att säkerställa att allt material blev grundligt undersökt och inga relevanta artiklar missades så lästes alla titlar och abstract som framkom efter att avgränsningarna var gjorda, sammanlagt lästes 167 titlar och abstract. De artiklar vars abstract som tycktes svara mot studiens syfte lästes, sammanlagt lästes 23 artiklar. De artiklar som svarade mot studiens syfte och stämde överens med inklusionskriterierna inkluderades i studien. Detta resulterade i att 8 artiklar inkluderades. Två

sekundärsökningar gjordes där två artiklar tillkom. Östlundh (2012) beskriver att sekundärsökningar är en effektiv metod som bör tillämpas vid all informationssökning. Sekundärsökningen utförs exempelvis genom att studera referenslistor och se om något relevant material finns där. Den ena artikeln återfanns i flera av de andra artiklarnas referenslistor och resultatet svarade mot syftet med denna studie. Den andra artikeln som inkluderades hittades i ett examensarbete som också det studerade traumaomhändertagandet, även det resultatet svarade på studiens syfte. När konsensus var uppnådd om vilka artiklar som skulle inkluderas i studien med tanke på inklusions och exklusionskriterierna gjordes en kvalitetsgranskning. Friberg (2012b) beskriver att genom att granska artiklarnas kvalitet så kan man bättre förstå vad den enskilda artikeln handlar om och man kan ta ställning till om artikeln passar mot syftet och om kvaliteten är tillräckligt god. För att granska artiklarnas kvalitet använde vi oss av Högskolan Västs mall för kvalitetsgranskning, se *Bilaga II*. Efter kvalitetsgranskningen kunde tio artiklar med hög eller medel kvalitet inkluderas. 5 av artiklarna var kvantitativa och 5 var kvalitativa.

Analys

Analysen av artiklarna gjordes enligt Fribergs (2012a) metod för analys av litteratur vid litteraturöversikt. Analysen utförs i tre steg. Det första steget innebär att artiklarna läses igenom flera gånger för att skapa en känsla över materialet och för att få en förståelse för deras helhet. Först lästes artiklarna igenom flera gånger av författarna var för sig för att få en förståelse för artiklarnas innehåll. I samband med att artiklarna lästes igenom gjordes markeringar med en märkpenna. Efter att artiklarna lästs igenom ett flertal gånger bytte författarna artiklar med varandra och jämförde varandras markeringar och diskuterade resultatet tills att konsensus uppnåts om vad som var relevant resultat.

Andra steget innebär att likheter och skillnader i artiklarnas resultat plockas ut (Friberg, 2012a). Författarna använde sig av markeringarna från det första steget och plockade ut likheter och skillnader i resultatet som svarade mot studiens syfte. Det markerade resultatet skrevs sedan på post-it-lappar. Post-it-lapparna underlättade sorteringen av likheterna och skillnaderna från resultatet.

Det sista steget innebär att likheter och skillnader sorteras in under teman eller kategorier och skapar resultatet (Friberg, 2012a). Efter att allt resultat hade plockats ut sorterades materialet. Detta genom att post-it-lappar flyttades runt och grupperades om och om igen tills det inte gick att gruppera om resultatet mer. Ett tema skapades med fyra tillhörande underteman av erfarenheter utifrån likheter och skillnader som sammanställdes och ledde till studiens resultat. I analysen av de kvantitativa artiklarna har vi presenterat alla upplevelser som förekommer i studierna oavsett om dessa ansågs vara signifikanta eller ej.

Resultat

Under temat *ett tryggt omhändertagande* framkom fyra underteman. Patienterna uppgav att det betydde mycket för dem *att bli behandlad som en individ* vid traumaomhändertagandet, en annan betydelsefull erfarenhet var vikten av *att vara i säkra händer* när traumateamet arbetar. Patienterna uttryckte i undertemat *en förtroendeingivande sjuksköterska* att sjuksköterskans sätt att kommunicera påverkade om de kände sig omhändertagna eller otrygga under traumaomhändertagandet. Det var viktigt för patienterna *att veta vad som händer* under omhändertagandet.

TEMA	UNDERTEMA
Ett tryggt omhändertagande	<p>Att behandlas som en individ</p> <p>Att vara i säkra händer</p> <p>En förtroendeingivande sjuksköterska</p> <p>Att veta vad som händer</p>

Ett tryggt omhändertagande

Att behandlas som en individ

I O'Brien och Fothergill-Bourbonais (2004) studie framkommer att patienterna upplevde att traumateamet genom att finnas där för dem visade ett vårdande förhållningssätt. Traumateamet visade att de brydde sig om patienten som person genom att de rörde vid patienten för att få patienten att känna sig bättre samt genom att informera familj och vänner om att patienten fanns på akutmottagningen. I likhet med studien av Franzén, Björnstig och Janssons (2006) så beskriver patienterna att när de blev behandlade som individer med unika behov så ledde det till att de kände tillit till traumateamet. Det framkommer i Tutton, Seers och Langstaff (2008) studie att patienterna la märke till personal som visade att de brydde sig om dem, vilket visade sig genom att de slutförde uppgifter och såg till att beslut togs. I Hayes och Tyler-Balls (2007) studie upplevde patienterna att sjuksköterskan oftast hade förmåga att spegla patientens behov av att anpassa sig till eller att klara av situationen vilket innebar att sjuksköterskan hjälpte patienten att växa. Liknande erfarenheter framkommer i studien av Wiman, Wikblad och Idwall (2007) där patienten upplevde att sjuksköterskan var genuint intresserad av patienten som person när hen uppmuntrade till delaktighet. I Berg, Spaeth, Sook, Burdsal och Lippoldts (2012) studie värderade patienterna att de upplevde att den interpersonella vården var tillfredställande. Liknande resultat framkommer i studien av Franzén, Björnstig, Jansson, Stenlund och Brulin (2008) där patienterna uppgav att de upplevde att sjuksköterskan hade ett individanpassat förhållningssätt. Det framkom även att patienterna ansåg att det var viktigt att sjuksköterskan hade ett individanpassat förhållningssätt. En skillnad som framkommer i studien av O'Brien och Fothergill-Bourbonais (2004) är att trots att patienterna var omgivna av traumateamets medlemmar så kunde de stundvis känna sig ensamma och isolerade. De kände att de på egen hand behövde "ta sig igenom" upplevelsen. Ensamheten beskrevs i negativa termer så som rädd eller skrämmd men dessa negativa känslor försvann om patienterna såg personalen.

Att vara i säkra händer

I O'Brien och Fothergill-Bourbonais (2004) studie beskriver patienterna att de var i säkra händer. Känslan av att vara i säkra händer skapades genom det höga tempot traumateamet arbetade i, genom deras handlingar och den levererade vården. Patienterna uppmärksammade att traumateamet hade en nära bekantskap och att de ofta arbetade tillsammans vilket ingav en känsla av att teamet hade förmåga att effektivt omhänderta patienten. Centralt för upplevelsen av säkerhet var patienternas tro på att traumateamet var experter på att ta hand om deras skador då de på daglig basis arbetade med traumatiska skador samt det organiserade arbetssättet. Det framkom också i studien av Wiman et al. (2007) att snabba beslut togs och noggranna undersökningar av patientens fysiska kropp gjordes. I den initiala fasen av omhändertagandet

så fokuserade traumateamet på att agera och patientens fysiska tillstånd var högsta prioritet, vilket gjorde att patienterna upplevde en känsla av att vara i säkerhet. Även mindre positiva känslor som skam och att vara generad upplevdes under tiden då de fysiska behoven tillgodosågs och undersökningar gjordes. Att ha samma sjuksköterska närvarande under hela omhändertagandet skapade också känslor av säkerhet. Även i O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie framkom att patienterna kände sig säkra när sjuksköterskan kontrollerade och såg efter dem, exempelvis genom att se efter skador samt stämma av med kollegor. I Wrights (2011) studie upplevde patienterna känslan av att vara omhändertagen och säker nästan konstant under traumaomhändertagandet. I studien framkommer det även att patienterna upplevde de första timmarna av traumavården som nära utomordentlig. Liknande resultat presenteras i Merrill, Hayes, Clukey och Curtis (2012) studie där patienterna upplevde att sjuksköterskan hade förmåga att möta patientens uttalade och outtalade behov. Patienterna upplevde även att sjuksköterskan var säker med patienten. I likhet med studien av Berg et al. (2012) framkommer det att patienterna kände sig positiva till traumaomhändertagandet. I Franzén et al. (2008) studie värderade patienterna kvaliteten på vården högt. I O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) framkommer att patienterna kände sig säkra genom att traumateamet tog hand om deras skador på ett effektivt sätt i kombination med att finnas där för patienten. I Franzén et al. (2006) studie framkommer att patienterna upplevde känslor som ångest och otrygghet om sjuksköterskan verkade ointresserad av att lyssna till patienten. En annan faktor som framkom i studien var att när närstående var närvarande ledde det till att patienterna upplevde att de befann sig i säkerhet. I studien av Ringdal, Plos och Bergbom (2008) framkommer det att patienterna saknade sina nära och kära. När närstående inte var kontaktbara kände sig patienterna ensamma och osäkra. De uttryckte att närstående skulle bli oroliga när de fick reda på att patienten varit med om en olycka. I studien av O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) framkommer att det finns en skillnad mellan könen när det gäller närstående. Männerna ville i större utsträckning inte ha närstående närvarande vid traumaomhändertagandet, då de upplevde att det skulle störa traumateamet, till skillnad från kvinnorna som upplevde en känsla av säkerhet av att ha sina närstående närvarande.

En förtroendeingivande sjuksköterska

I O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) framkommer att patienterna kände förtroende för sjuksköterskan och förtroendet skapades under de första ögonblicken vid ankomst till akutmottagningen genom att sjuksköterskan engagerade sig i att kommunicera med patienten. I Ringdal et al. (2008) studie framkommer däremot att patienterna hade minnen av ångest, rädsla och övergivenhet vid ankomst till akutmottagningen. I Wiman et al. (2007) studie framkommer tre olika former av kommunikation: formell, avledande och humoristisk kommunikation. Formell kommunikation upplevdes i början av omhändertagandet och handlade alltid om skadan och dess konsekvenser. Avledande kommunikation var mer lättsam och uppfattades inte ha som syfte att informera om vården men hade alltid koppling till situationen. Både den formella och avledande kommunikationen gjorde att patienterna kände förtroende för sjuksköterskan och att de kände sig bekväma i situationen. Efter de fysiska undersökningarna var avklarade fick sjuksköterskan ett mer uppmärksamt sätt genom ett kontinuerligt och empatiskt engagemang. Kommunikationen blev mer informell, avledande och humoristisk, om närstående var närvarande bjöds även de in i samtalet. Det gjorde att patienterna kände förtroende för sjuksköterskan och känslan av att vara i trygghet. Den humoristiska kommunikationen uppkom både under och efter den fysiska undersökningen och handlade om patientens situation. Patienterna i Franzén et al. (2006) studie beskriver att sjuksköterskan aktivt lyssnade vilket skapade en känsla av tillit och förtroende. I Tutton et al. (2008) studie framkommer det att sjuksköterskan genom att lyssna till patienten och

uppmärksammade dennes behov uppfattades som stödjande. Det framkommer också att en vänlig atmosfär i traumarummet gav patienterna en känsla av normalitet. Även i O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie framkommer det att sjuksköterskans sätt att kommunicera var viktigt för patienterna då det påverkade patientens känsla av säkerhet och lugn. Med ett lugnande tonläge så visade sjuksköterskan medmänsklighet, intresse för patienten och ledde en känsla av att vara omhändertagen, medan om sjuksköterskan istället uppfattades som brysk ledde det till känslor som oro och otrygghet.

Att veta vad som händer

Det framkom både likheter och skillnader i erfarenheterna av att veta vad som händer i traumarummet. I O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie framkom det att patienterna ansåg att personalen gjorde sitt bästa för att låta dem veta vad som pågick. När det fanns tid, så berättade traumateamet vad de skulle göra, exempelvis vid repositionering, vilket resulterade i minskad rädsla och att patienterna upplevde att de var i trygghet. Traumateamet hade förmåga att simultant ge fysisk vård till patienterna och förse dem med relevant information gällande behandling och status. Det framkommer även att i Tutton et al. (2008) studie att patienterna kände sig mer avslappnade när personalen bekantat sig med och visste hur de skulle hantera patienternas kroppar. I studien av Franzén et al. (2008) framkommer att kunskap om skadornas mekanismer och konsekvenser gav en upplevelse av lugn. I Hayes och Tyler-Balls (2007) studie framkommer att sjuksköterskan oftast hade förmåga att ge instruktioner och undervisa patienten. I studien av O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie framkommer det att information som gavs till patienterna främjade en känsla av trygghet i att personalen behandlade deras skador korrekt. I motsats så kunde brist på kunskap leda till att patienten upplevde rädsla. Likväl kunde brist på information enligt Wiman et al. (2007) studie leda till att patienterna upplevde traumaomhändertagandet som bristande och traumateamet upplevas som oengagerat. Information som patienterna saknade i de fallen var information om skadorna och dess konsekvenser, eventuell efterföljande vård samt traumats psykiska konsekvenser. I Franzén et al. (2006) studie beskriver patienterna att de blev olyckliga när traumateamet gav otillräcklig information om vad som gjordes med dem. I O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie framkommer att patienterna kände sig som en del av teamet när traumateamet gav dem uppgifter att fokusera på, exempelvis som att fortsätta andas eller svälja under tiden de satte en nasogastrisk sond.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa patienters erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutmottagningen. Författarna valde att göra en *litteraturöversikt* utifrån Fribergs (2012a) trestegsmodell. Att göra en litteraturöversikt ansågs lämplig för denna studie då det visade sig finnas lite forskning på området. Friberg (2012a) beskriver att syftet med metoden är att skapa en översikt och belysa kunskapsläget över ett forskningsområde. Vid en litteraturöversikt behöver ingen avgränsning till kvalitativ eller kvantitativ forskning göras.

De valda artiklarna *kvalitetsgranskades* samt analyserades utifrån likheter och skillnader och resulterade i en beskrivande översikt. Det framkom mest likheter bland patientens erfarenheter men ett fåtal skillnader framkom. Kvalitetsgranskning av artiklarna gjordes med hjälp av två granskningsmallar, en för kvalitativa artiklar och en för kvantitativa artiklar, se *bilaga III*. För att öka trovärdigheten på studien inkluderades de artiklar med hög eller medelbetyg i kvalitetsgranskningen.

Författarna valde att inkludera en artikel där även patienter under 18 år fanns med. Polit och Beck (2012) skriver att om man inkluderar patienter som inte är myndiga så kan det innebära en *etisk* fråga då patienten själv inte har behörighet att ge sitt medgivande till att ingå i studien. Då skall istället vårdnadshavare eller förmyndare ge sitt medgivande. Författarna diskuterade detta och kom fram till att artikeln skulle inkluderas trots detta, då det framgår tydligt att det var föräldrar eller närstående som svarade på frågorna i de fallen. Författarna försäkrade sig om att alla artiklar hade blivit etiskt granskade och blivit godkända. Polit och Beck (2012) beskriver att forskning inom omvårdnad måste förhålla sig till etiska principer. En formell presentation av studien för en etisk kommitté krävs ofta och då granskas varje aspekt av studien för att se till att deltagarna är skyddade på rätt sätt. En annan etisk aspekt som författarna förhållit sig till är att eftersom artiklarna var skrivna på engelska och detta inte var författarnas modersmål så lästes artiklarna igenom flera gånger och en noggrann översättning gjordes. Författarna tog hjälp av ett engelsk-svenskt lexikon för att undvika att förvanskning eller feltolkning av resultatet skulle ske. Då en litteraturoversikt 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, 2012).

Det framkom under *litteratursökningen* att det fanns lite forskning där patienternas erfarenheter av enbart traumaomhändertagandet på akutmottagningen belystes. Därför inkluderades artiklar där även patientens erfarenheter av det prehospitala traumaomhändertagande, traumaomhändertagandet på akutmottagningen och traumavården på intensivvårdsavdelningen belystes. Då det i artiklarna framkom det tydligt utifrån vilka vårdperioder erfarenheterna härstammade, ansågs de lämpliga att inkludera. Trots att det fanns begränsat med forskning inom området så uppnåddes syftet med studien. I litteratursökningarna användes främst CINAHL som är en databas med omvårdnadsfokus. För att bredda sökningarna användes även Pubmed och Proquest, som även de har omvårdnadsfokus men det tillkom inga nya artiklar via dessa. Friberg (2012a) skriver att det kan krävas flera olika informationskällor för att få ett tillfredsställande träffresultat, då allt inte finns på ett och samma ställe. De databaser som användes genererade relevanta artiklar för denna studies syfte. En bibliotekarie rådfrågades för att säkerställa att alla relevanta databaser hade genomsökts. Östlundh (2012) skriver att artiklar är en färskvara vilket betonar innebörden av att få tag i så ny forskning som möjligt. För att få fram ett resultat som visar på aktuella kunskaper söktes artiklar som var publicerade mellan 2005-2015. Då det inte framkom tillräckligt med artiklar genom den egentliga litteratursökningen så gjordes två sekundärsökningar. En av artiklarna som hittades var utanför tidsperioden och var publicerad 2004. Författarna diskuterade lämpligheten i att inkludera denna och kom fram till att den skulle inkluderas då den var innehållsrik och svarade mot studiens syfte på ett relevant sätt. Författarna upptäckte tidigt att det fanns svårigheter att hitta relevanta artiklar som speglade patientens erfarenheter utifrån traumaomhändertagandet. Istället återfanns en stor del artiklar som handlade om det prehospitala traumaomhändertagandet, personalens erfarenheter eller upplevelser, hur traumat påverkar patienten i efterhand samt trauma i samband med sexuellt våld och/eller övergrepp. Det är möjligt att detta beror på att lite studier är gjorda för att belysa patientens upplevelse av traumaomhändertagandet men kan även bero på att ordet trauma har olika betydelser. Friberg (2012a) beskriver att om man finner ett område lite beforskat så är det ett viktigt fynd i sig. Det kan visa på att forskningsintresset inte är så stort just där. Författarna har diskuterat att det inte behöver betyda att det inte finns intresse att studera detta område, utan att det istället kan bero på svårigheter att studera patienters erfarenheter av ett traumaomhändertagande, då patienterna behöver ha varit vid medvetande och ha minnen från omhändertagande för att kunna återberätta upplevelser. Då området var sparsamt beforskat resulterade det i att sammanlagt 10 artiklar

inkluderades i studien. Trots det låga antalet artiklar så valde författarna att genomföra studien då artiklarnas resultat var relevant. Artiklarna hittades både genom egentliga systematiska litteratursökningar och sekundärsökningar. Vid de egentliga litteratursökningarna lästes 167 titlar och abstract. Detta gjordes för att skapa en försäkran om att inga relevanta artiklar missades. Det kan ändå vara så att användbara artiklar har missats på grund av att författarna till studien kan ha förbisett väsentliga sökord. Men med de sökord som använts så bedömdes det att inga betydelsefulla artiklar har kunnat förbises.

Analysen av artiklarna genomfördes gemensamt och som Lundman och Graneheim (2012) beskriver så ökar trovärdigheten på resultatet genom att göra på detta sätt. Vid analys ansåg författarna att det var lätt att analysera de kvalitativa artiklarna, då texten var djupgående, överblickbar och tydlig. Friberg (2012c) beskriver att kvalitativa studiers främsta uppgift är att skapa förståelse. De kvantitativa artiklarna var desto svårare att analysera. Som Segersten (2012) skriver så är målet med kvantitativa studier att mäta och jämföra och där presenteras resultatet i form av siffror och inte ord. Erfarenheterna presenterades i form av siffror vilket gjorde det svårare att förstå vad erfarenheterna egentligen bestod av. De kvantitativa artiklarna gav inte ett önskat djup utan var mer övergripande. I de kvantitativa studierna har forskarna använt sig av mätinstrument som har besvarats med Likert-skala. Likert-skalan är den mest använda mättekniken vid kvantitativa mätningar och används för att mäta skillnader av exempelvis attityder, rädslor eller behov och deltagaren skattar till vilken grad hen håller med eller inte håller med (Polit & Beck, 2012). Syftet med litteraturöversikten var att belysa patienternas erfarenheter av traumaomhändertagandet så detta sätt att mäta erfarenheter är därför relevant för de artiklar som inkluderats. Det ökar trovärdigheten på studien då det mäter det som avsetts att mätas (Lantz, 2014). Studierna som inkluderades i litteraturöversikten var genomförda i USA, Kanada, Storbritannien och Sverige. Då samtliga av dessa länder arbetar efter samma riktlinjer under det initiala omhändertagandet (American College of Surgeons, u.å.) så anses resultaten överförbara till de patienter som omhändertas utifrån dessa riktlinjer. Polit och Beck (2012) skriver att med överförbarhet menas i vilken utsträckning resultaten kan överföras till eller kan tillämpas i andra sammanhang eller grupper än de som undersökts i studien. Författarna har diskuterat om resultatet kunde ha sett annorlunda ut om det funnits studier som inte utförts i västerländska länder. Enligt Polit och Beck (2012) kan studiens trovärdighet öka genom att en variation av deltagare återfinns i studien då detta ger en spegling av olika perspektiv.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa patientens upplevelser och erfarenheter av traumaomhändertagandet på akutmottagningen. Det framkom att patienten har en rad upplevelser och erfarenheter av detta och i resultatet framkom ett huvudtema med fyra underteman som beskriver dessa utifrån likheter och skillnader.

Att bli behandlad som en individ

Resultatet visar att patienten upplevde att hen blev behandlad som en individ och att det var viktigt för patienten. Elmquist (2011) beskriver att i det akuta omhändertagandet så är traumateamet i första hand involverade att utesluta livshotande tillstånd men det initiala omhändertagandet innebär även att sjuksköterskan ska vara ett stöd utifrån individens behov och situation. Dahlberg (2002) beskriver att vårdlidande kan uppstå om patienten upplever att hen behandlas som en sak och inte en individ. Författarna till denna studie diskuterar om orsaken till detta skulle kunna vara att det kan vara svårt att tillgodose patientens individuella behov då traumaomhändertagandet går fort och fokuserar på livsupprätthållande åtgärder.

Vidare diskuterar författarna att traumateamets storlek och det strukturerade arbetssättet kan ha positiv inverkan på det individuella förhållningssättet. Detta genom att alla har specifika arbetsuppgifter och ansvarsområden, så att även patientens unika behov kan tillgodoses under det akuta omhändertagandet. Resultatet visar att trots att traumateamet behandlade patienten som en individ framkom det att det fanns patienter som stundtals kände sig isolerade och ensamma. Ensamheten beskrevs som att patienten kände sig rädd eller skrämmd, vilket försvann om patienten såg personalen igen. Bergh M Johannesson (2007) beskriver att när en person gått igenom en traumatisk händelse behöver denne få hjälp med att återfå kontakt med andra människor vilket kan åstadkommas genom att ha ögonkontakt med patienten. Författarna till denna studie anser att det är anmärkningsvärt att patienten hade erfarenheter av att de var ensamma och isolerade, då traumateamet består av ett stort antal personal och diskuterar om det är möjligt att patienten ådragit sig allvarliga skador vilket resulterat att personalen ägnade tid till att ta hand om dessa och kontakten med patienten därmed blev lidande och när skadan var åtgärdad återupprättades kontakten med patienten. Men som Tan, Lim och Chiu (2008) beskriver så skapar traumatiska händelser känslor av ångest, chock och förlust hos de drabbade. Att känslorna av ensamhet och isolering skulle kunna bero på själva traumat och osäkerheten i skadans allvarlighetsgrad och inte själva traumaomhändertagande är något som författarna till denna studie diskuterar. Enligt HSL (SFS 1982: 763) ska sjukvården bedrivas så att patientens integritet och autonomi respekteras samt bidra till goda kontakter mellan patient och personal. Författarna till denna studie diskuterar att det är viktigt att som sjuksköterska vara medveten om patientens behov av att behandlas som en individ även under ett akut omhändertagande.

Att vara i säkra händer

I resultatet framkommer det erfarenheter av att patienterna upplever det som att de är i säkra händer. Ett snabbt tempo och snabba beslut i kombination med att traumateamet sågs som experter som arbetade med detta dagligen skapade en upplevelse av att vara i säkra händer. Lennquist (2007c) skriver att det är av största vikt för patientens chanser för överlevnad att snabba och korrekta beslut tas. Guzzo och Dickson (1996) visar att arbetsgrupper som består av personer som är bekanta med varandra arbetar mer effektivt än grupper som består av främlingar. Detta visar att det strukturerade arbetssättet och ett sammansvetsat team ger patienten goda förutsättningar att kunna ha det bra även under ett traumaomhändertagande. Lennquist (2007) skriver att om patienten är lugn och trygg tillfrisknar hen fortare. Författarna till denna studie anser att det är intressant att en del av patienterna kände sig säkra i omhändertagandet medan en del kände sig osäkra. Resultatet visar att en faktor till osäkerheten var att patienterna kunde uppleva att sjuksköterskan verkade ointresserad av att lyssna på patienten. Författarna till denna studie diskuterar om det kan vara så att sjuksköterskan har lagt sitt fokus på att tillgodose de fysiska behoven och brustit i att uppmärksamma patientens unika behov och det då kunnat upplevas som att sjuksköterskan varit ointresserad av patienten. Socialstyrelsen (2005) beskriver att sjuksköterskan ska ha förmåga att tillgodose patientens behov av trygghet under undersökningar och behandling. Enligt HSL (SFS, 1982:763) så skall vården vara god och på lika villkor och inge trygghet för varje patient.

Det framkommer i resultatet att känslan av säkerhet även skapades av att patientens närstående närvarade vid traumaomhändertagandet. Även tidigare forskning visar att familjens närvaro under traumaomhändertagandet var tröstande för patienten, gjorde att patienten kände sig mer säker och mindre rädd och att närvaron av närstående ansågs vara till nytta för patienten (Redley, Botti & Duke, 2004). Det framkom en skillnad mellan könen i resultatet när det gäller synen på närstående. Män ville i större utsträckning inte ha närstående närvarande då de ansåg att de kunde störa traumateamet medan kvinnor ville ha närstående närvarande då det skapade

en säkerhet för dem. Författarna till denna studie diskuterar kring varför det skiljer sig i synen på att ha närstående närvarande mellan könen och kan endast spekulera. En av orsakerna skulle kunna vara könsnormer som gör att åsikterna skiljer sig från varandra. En annan skulle kunna vara personliga preferenser och relationen till de närstående.

Att veta vad som händer

Resultatet visar att patienterna hade behov av att få information och veta vad som händer framkommer i flera av studierna. När patienterna upplevde att de fick tillräcklig information skapade detta upplevelser av lugn, säkerhet och avslappning. I motsats framkom det att om patienten inte fick tillräcklig information kunde patienten känna sig rädd, olycklig samt uppleva traumaomhändertagandet och traumateamet som bristande. Socialstyrelsen (2005) skriver att sjuksköterskan ska ha förmåga att informera och undervisa patienter och ta hänsyn till situationen. Författarna till denna studie diskuterar kring att det är viktigt som patient att få information under ett traumaomhändertagande, då detta kan påverka en rad känslotillstånd hos patienten. Det blir tydligt att patienten blir beroende av personalen och att patienten är i en utsatt situation. Tidigare forskning stärker detta påstående och visar att patienter ofta påverkas av den akuta händelsen där de plötsligt förlorat kontrollen över sin egen situation och hamnat i en beroendeställning. Sjuksköterskan måste vara känslig i sådana situationer och ha förmåga att tolka eller förutsäga patientens behov (Wiman & Wikblad, 2004). Genom att ge patienten varlig men korrekt information om vad som hänt, vad som görs och vad som planeras att göras hjälper det patienten att få en struktur på och att klara av situationen (Bergh M Johannesson, 2007).

Resultatet visar att patienter som genomgår ett traumaomhändertagande har behov av information, behov av att bli bemött som en individ för att omhändertagandet ska vara optimalt och inte skapa onödigt lidande för patienten. Vårdlidande beskrivs som ett onödigt lidande. Vårdlidande kan uppstå om patienten inte förstår vad som händer, om patienten inte blir bemött som en person eller att hen inte får sitt lidande bekräftat (Dahlberg, 2003; Dahlberg & Segesten, 2010). I vårt resultat finns återkommande återspeglings av vårdlidande. I undertemat *att behandlas som en individ* återges problematiken av att en patient inte blir bemött som person. I undertemat *att vara i säkra händer* återspeglas att patienten inte får sitt lidande bekräftat. Till sist återspeglas att patienten inte förstår vad som händer i undertemat *att inte veta vad som händer*. Att förmedla till den lidande patienten "jag ser" är att bekräfta dennes lidande och innebär en tröst för patienten (Eriksson, 1994). Bergh M Johannesson (2007) skriver att genom att patienten får möjlighet att ge uttryck för sina känslor och upplevelser så bekräftas patienten. Att möta en människa som lider kräver en stor finkänslighet av sjuksköterskan, då varje människas lidande är unikt (Eriksson, 1994).

Genom att bekräfta patientens livsvärld kan man förstå hur patienten upplever sin situation (Nyström, 2003). I resultatet framkommer en rad olika erfarenheter hos patienterna under traumaomhändertagandet. Det är viktigt att sjuksköterskan bekräftar patientens livsvärld för att kunna tillgodose god omvårdnad i traumaomhändertagandet anser författarna till denna studie. Ekwall (2014) skriver att personalens agerande under traumaomhändertagandet kan få betydelse för patientens resterande liv. Vilket innebär att traumaomhändertagandet kommer att påverka patientens livsvärld framöver. Resultatet visar att patienterna upplever omhändertagandet som tryggt när deras närstående var närvarande, när de kunde se personalen, när traumateamet fokuserade på att agera samt när de upplevde att sjuksköterskan såg efter deras skador. Det är viktigt som sjuksköterska att vara medveten om och främja det som skapar

trygghet hos patienter vid ett traumaomhändertagande och att dessa beteenden innebär att patientens livsvärld bekräftas anser författarna till denna studie.

Slutsats

Litteraturstudien visar att patienter har mestadels liknande erfarenheter av traumaomhändertagandet. Patienterna uttrycker behov av att behandlas som individer med unika behov samt att bli omhändertagna av kunnig personal. Det är också viktigt att patienten får information om vad som händer. Sjuksköterskans sätt att kommunicera, både med patienten och med de andra i teamet, påverkar om patienten får en positiv eller negativ upplevelse av omhändertagandet. För att patienten skall få en god och trygg omvårdnad under hela traumaomhändertagandet behöver sjuksköterskan ha förmåga att vara förtroendeingivande, att behandla patienten som en individ, att patienten upplever sig vara i säkra händer och tillgodose patienten med information så att hen vet vad som händer. Man kan dra slutsatsen att traumaomhändertagandet med andra ord är komplext och involverar många aspekter som en sjuksköterska skall hålla reda på.

Praktiska implikationer

Studiens resultat visar att information och kommunikation från sjuksköterskan inger förtroende. För att kvalitetsutveckla omvårdnadsarbetet vid ett traumaomhändertagande föreslår författarna att en person ur traumateamet har som ansvar att närvara och ge information till patienten under hela omhändertagandet. Detta för att minimera känslorna av ensamhet och isolering, samt att optimera det individuella omhändertagandet av en traumapatient. För att kunna tillgodose patienten detta saknas utbildning i personcentrerad vård inom akutsjukvården vilket skulle behöva implementeras för att utöka kunskapen om patientens unika behov.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Med grund i studiens resultat anser författarna att det saknas kvalitativ forskning om hur patienterna upplever traumaomhändertagandet. Författarna anser att det behövs studier som beskriver patientens perspektiv, erfarenheter och upplevelser av alla moment som utförs under traumaomhändertagandet. Författarna efterfrågar även forskning från andra länder än de västerländska då det varit intressant att se om kulturella skillnader eller likheter i omhändertagande finns. Vi som studerande vid grundutbildningen till sjuksköterska ser ett behov av att kurser i akutsjukvård integreras i utbildningen så att alla nyutexaminerade sjuksköterskor är utbildade i detta inför sitt kommande yrkesliv.

Referenser:

- American College Of Surgeons (u.å.). *Advanced Trauma Life Support*. Hämtad 2016-01-06, från <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/atls>
- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 203-220). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, G. M., Spaeth, D., Sook, C., Burdsal, C., & Lippoldt, D. (2012). Trauma Patient Perceptions of Nursing Care. *Journal Of Trauma Nursing*, 19(2), 104-110 7p. doi:10.1097/JTN.0b013e3182562997
- Bergh Johannesson, K. & Lundin, T. (2009). Psykologiskt och socialt omhändertagande av drabbade. I S. Lennquist (red.). *Katastrofmedicin* (ss. 355-371). Stockholm: Liber.
- Bergh M Johannesson, K. (2007). Psykologiskt omhändertagande av skadade. I S. Lennquist (Red.). *Traumatologi* (ss. 473-482). Stockholm: Liber.
- Berlin, J., & Carlström, E. (2008). The 20-minute team – a critical case study from the emergency room. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(4), 569-576.
- Boström, M., Magnusson, K., & Engström, Å. (2012). Nursing patients suffering from trauma: Critical care nurses narrate their experiences. *International Journal Of Orthopaedic & Trauma Nursing*, 16(1), 21-29 9p. doi:10.1016/j.ijotn.2011.06.002
- Colloca, L., & Benedetti, F. (2007). Nocebo hyperalgesia: how anxiety is turned into pain. *Current Opinion In Anesthesiology*, 20(5), 435-439 5p.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. (5. omarb. och utök. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård I Norden*, 22(63), 4-8. doi: 10.1177/010740830202200101
- Dahlberg, K. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Ekebergh, M. (2015). Patientens värld: när människan blir patient. I M. Arman, K. Dahlberg & M. Ekebergh (Red.) *Teoretiska grunder för vårdande* (ss. 63-90). Stockholm: Liber.
- Ekström, L., Göransson, K., Karlsson, R., och Wirelint, S. (2014). Organisation på akutmottagning. I C. Elmquist & S. Almerud Österberg (Red.). *Akut omhändertagande av trauma: På skadeplats och akutmottagning* (ss.115-139). Lund: Studentlitteratur.

- Ekwall, A. (2014). Akut omhändertagande på akutmottagning. I C. Elmqvist & S. Almerud Österberg (Red.), *Akut omhändertagande av trauma : på skadeplats och akutmottagning* (ss.141-162). Lund: Studentlitteratur.
- Elmqvist, C. (2011). Akut omhändertagande: i mötet mellan patienter, närstående och olika professioner på skadeplats och på akutmottagning (Doctoral dissertation). Växjö, Kalmar: Linnaeus University Press.
- Elmqvist, C., Rask, M., & Berglund, H. (2014). Stöd under och efter akut omhändertagande. I C. Elmqvist & S. Almerud Söderberg (Red.). *Akut omhändertagande av trauma - på skadeplats och akutmottagning* (ss. 179-198).
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.
- EuroSafe (2013). Injuries in the European Union: Report on injury statistics 2008-2010. Amsterdam: EuroSafe.
- Franzén, C., Björnstig, U., & Jansson, L. (2006). Injured in traffic: experiences of care and rehabilitation. *Accident & Emergency Nursing*, 14(2), 104-110 7p.
- Franzén, C., Björnstig, U., Jansson, L., Stenlund, H., & Brulin, C. (2008). Injured road users' experience of care in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 726-734.
- Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Tankeprocesser under examensarbetet. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 37-46). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012c). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Grossman, V.G.A. (2003). *Quick reference to triage*. (2. ed.) Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guzzo, R. A., & Dickson, M. W. (1996). Teams in organizations: Recent research on performance and effectiveness. *Annual Review Of Psychology*, 47(1), 307.
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., & Mckendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7425), 1219-21.
- Harkins, D. (2009). Trauma is a team sport. *Journal Of Trauma Nursing*, 16(2), 61-63 3p. doi:10.1097/JTN.0b013e3181ac90e8

- Hayes, J., & Tyler-Ball, S. (2007). Perceptions of nurses' caring behaviors by trauma patients. *Journal Of Trauma Nursing*, 14(4), 187-190 4p.
- Kneale, J., & Peter Davis S. (2005). *Orthopaedic and trauma nursing* (2.nd ed.). Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone.
- Krantz, P., (2015). Trauma. I Nationalencyklopedin. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/trauma>
- Lennquist, S. (2007a). Effekter av olika typer av våld: Stort trauma. I S. Lennquist (Red.) *Traumatologi* (ss. 27-34). Stockholm: Liber.
- Lennquist, S. (2007b). Organisation och metodik. I S. Lennquist (Red.). *Traumatologi* (ss 11 26). Stockholm: Liber.
- Lennquist, S. (2007c). Primärt omhändertagande. I S. Lennquist (Red.). *Traumatologi* (ss 61 84). Stockholm: Liber.
- Lennquist, S. (2009). Skador orsakade av fysiskt våld. I S. Lennquist (Red.) *Katastrofmedicin* (ss. 199-264). Stockholm: Liber.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur AB.
- Malmgren, J. (2015a). Trauma - Epidemiologi och organisation. Hämtad 2015-11-24, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5740>
- Malmgren, J. (2015b). Trauma på akuten. Hämtad 2015-11-24, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5739>
- Merrill, A., Hayes, J., Clukey, L., & Curtis, D. (2012). Do they really care? How trauma patients perceive nurses' caring behaviors. *Journal of Trauma Nursing : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 19(1), 33-7. DOI:10.1097/JTN.0b013e318249fcac
- Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning: om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.
- 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), 216-297 15p.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Redley, B., Botti, M., & Duke, M. (2004). Family member presence during resuscitation in the emergency department: An Australian perspective. *Emergency Medicine Australasia : EMA*, 16(4), 295-308.

- Ringdal, M., Plos, K., & Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patients' care trajectory after physical trauma. *BMC Nursing*, 712p-12p 1p.
- Segesten, K. (2012) Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (ss. 111-132). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Hämtad 2015-12-03 från https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs1982-763/
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-12-03, från https://disco.hv.se/courses/9733/157664/files/kompetensbeskrivning_f_r_sjukskor_social.pdf
- Socialstyrelsen (u.å.). Hämtad 2015-11-09, från <https://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregistret/svenskatraumaregistret>
- Svensk sjuksköterskeförening, (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2015-12-05 från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etikpublikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Tan, K. L., Lim, L. M., & Chiu, L. H. (2008). Orthopaedic patients' experience of motor vehicle accident in Singapore. *International Nursing Review*, 55(1), 110-116. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00581.x
- Theodoridis, K. (2013). Omvårdnad som filosofisk aktivitet — en teoretisk studie. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(2), 11-15. doi:10.1177/010740831303300203
- Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2008). Professional nursing culture on a trauma unit: Experiences of patients and staff. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 145-153. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04471.x
- Widgren, B.R. (2012). *RETTS: akutsjukvård direkt*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård - Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(4), 422-429 8p. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x
- 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 9p.

Wright, A. J. (2011). Trauma Resuscitations and Patient Perceptions of Care and Comfort. *Journal Of Trauma Nursing*,18(4), 231-240 10p.
doi:10.1097/JTN.0b013e31823a49eb

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss.57-79).
Lund: Studentlitteratur

Översikt egentliga litteratursökningar

Databas/datum Cinahl 11/11-15	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	“patient*”	837994				
#2	“trauma unit”	115				
#3	#1 AND #2	91	91			
Begränsningar: 2005-2015, abstract, peer-reviewed, engelska		55	55	55	4	1

Databas/datum Cinahl 11/11-15	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(“MH “emergency patients”	4926				
#2	“patient* experience*”	7158				
#3	“patient* perception*”	2792				
#4	#2 OR #3	9786				
#5	#1 AND #4	42	42			
Begränsningar abstract, engelska, 2005-2015, peer-reviewed		32	32	32	4	3

Databas/datum 11/11-15	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH “professional-patient relations”)	18977				
#2	(MH “trauma”)	8570				
#3	#1 AND #2	72	72			
Peer-reviewed, abstract, engelska, 2005-2015		30	30	30	4	1

BILAGA I

Databas/datum Cinahl 13/11-15	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "trauma")	8570				
#2	(MH "patient care")	12612				
#4	#1 AND #2	140	140			
Begränsningar: 2005- 2015, abstract, peer- reviewed, engelska		60	60	60	7	1

Databas/datum Cinahl 16/11-15	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Nurse-Patient Relations")	19367				
#2	(MH "trauma")	8570				
#3	"trauma"	39468				
#4	#2 OR #3	39468				
#5	#4 AND #1	124	124			
Begränsningar Peer-reviewed, engelska, 2005-2015		45	45	45	4	2

Antal artiklar genom systematisk litteratursökning
 Antal artiklar genom osystematisk litteratursökning
 Totalt antal artiklar i analysen

8
2
 10

Översikt analyserat material	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och deltagare	Huvudsakligt resultat	Kvalitet granskn
Berg, G. M., Spaeth, D., Sook, C., Burdsal, C., & Lippoldt, D. (2012). Trauma Patient Perceptions of Nursing Care. USA	<p>Problem: En tidigare studie visar att patienter har förmågan att bedöma kortsiktiga vårdresultat och komfort i vården och att patienter lättare svarar på den interpersonella aspekten av vården men att patienter inte kan bedöma de tekniska aspekterna av vården.</p> <p>Syfte: undersöka relationen mellan omvårdnad, både socialt och tekniskt, och patientens känsla av bekvämlighet.</p>	<p>Ansats: Kvantitativ Metod: Tvärsnittstudie, Likert skala (1=negativ, 6=positiv), Frågor som ingick var övergripande tillfredsställelse , uppsåt att rekommendera/återvända till anläggningen , självupplevd hälsostatus, självupplevd förmåga att bedöma kvaliteten i vården och demografi . Respondenterna ombads att minnas sjuksköterskorna och sedan gradera dem efter tillfredsställelse på social (t.ex. artighet , vänlighet) och teknisk vård (t.ex. , noggrannhet, behörighet). Respondenterna fick definitioner för alla interpersonella och tekniska termer som värderades. Statistisk analys: Chi square test</p>	<p>278 deltagare. Urval: patienter som varit med om ett akut eller brådskande trauma. Exklusionskriterier: patienter som inte kunnat lämna telefonnummer, icke-engelsktalande, svår psykisk sjukdom, inspärrade, eller döda.</p>	<p>De 278 patienterna skattade i genomsnitt övergripande tillfredsställelse av vård till 5.49 (av 6) vilket är nära väldigt nöjd. övergripande upplevd interpersonell vård skattades till 5.09 (av 6) vilket också är nära väldigt nöjd. övergripande upplevd teknisk vård skattades till 5.19 som likvärdigt är nära väldigt nöjd.. Det framkommer även att om patienten skattade den interpersonella vården högt så skattades även ett högt resultat i upplevd teknisk vård</p>	90% Hög
Franzén, C., Björnstig, U., & Jansson, L. (2006). Injured in traffic: Experiences of care and rehabilitation. Sverige	<p>Problem: det finns lite forskning gjord på hur patienten upplever vård efter trauma</p> <p>Syfte: att undersöka patientens upplevelse av prehospitäl vård, sjukhusvård och rehabilitering efter trauma</p>	<p>Ansats: Kvalitativ induktiv Metod: Narrativa intervjuer som bandades som transkriberades ordagrant. Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Urval: skadade AIS >2 som vårdats på ett universitetssjukhus. exklusion: patienter med demens eller psykisk sjukdom Deltagare: 9 deltagare (8 kvinnor, 1 man),</p>	<p>Det framkom att patienterna kände förtroende för traumateamet när blev behandlade som individer med unika behov och de kände sig trygga när närstående var nära. När de kom till akutmottagningen fick de en känsla av säkerhet som uppkom när personalen lyssnade aktivt. När patienterna upplevde brist på stöd från vårdarna uppkom känslor som oro och osäkerhet. De kände ibland ilska och förtvivlan, på grund av sjukhusets regler och rutiner som föregick deras behov, samt hade en total brist på medkänsla.</p>	91% Hög
Franzén, C., Björnstig, U., Jansson, L.,	<p>Problem: Inga tidigare studier har analyserat</p>	<p>Ansats: Kvantitativ, Deduktiv, grounded theory</p>	<p>Urval: bilister, cyklist och</p>	<p>Patienter med stora skador (MAIS 2+) värderade kvaliteten på vården högre</p>	71%, medel

<p>Stenlund, H., & Brulin, C. (2008). Injured road users' experiences of care in the emergency department. Sverige</p>	<p>hur olika skadade trafikanter upplever vårdkvalitet eller hur de värdesätter olika vårdhandlingar.</p> <p>Syfte: Beskriva patientens uppfattning av vårdkvaliteten på en akut-mottagning samt analysera sambandet mellan patientens bakgrund och beräknad uppfattning av vårdkvaliteten</p>	<p>Metod: Tvärsnittstudie, med frågeformulär (kortform av QPP= Quality from the Patients Perspective questionnaire), med likertskala från 1-4. 1=håller inte med/avingen/liten betydelse, 4= håller helt med/av högsta betydelse.</p> <p>Mann-Whitney's U-test, Kruskal-Wallis test och logistisk regression.</p>	<p>fotgängare, 18-70 år 62% kvinnor och 36% män Studiegruppen: de grupper de jämför är de som tackar ja mot de som inte besvarar förfrågan om deltagande, för att se om de varit med om liknande olyckor.</p>	<p>än de med små skador (MAIS 1). Upplevd medicinsk teknisk kompetens (MAIS2) 3.3 samt (MAIS) 2.7. Individanpassat förhållningsätt upplevdes som god i båda grupperna, MAIS2värderade den till 3.4 av 4, och MAIS1 värderade den till 3.0 av 4.. Studien visar att korta väntetider och mais, hög utbildning och hög ålder var mest betydelsefulla faktorer för att värdera upplevd vård högt.</p>	
<p>Hayes, J., & Tyler-Ball, S. (2007). Perceptions of nurses' caring behaviors by trauma patients. USA</p>	<p>Problem: det finns lite forskning gjord på hur patienten upplever omvårdningen på akutmottagning en efter trauma Syfte: undersöka hur traumapatienter upplever sjuksköterskans omvårdningsbeteende</p>	<p>Ansats: deskriptiv kvantitativ, induktiv Metod: CBI-enkät (Caring Behaviours Inventory) anpassad för akutmottagning med 42 punkter som värderades med men likertskala från 1-6. 1= aldrig, 2=nästan aldrig, 3= emellanåt, 4=ofta, 5=nästan alltid, 6= alltid.</p>	<p>Urval: medel till svårt skadade patienter, över 18 år, pratade engelska eller spanska, ej medvetandesä nkt</p>	<p>Patienterna värderade omvårdningshandlingarna att behandla patientinformation enligt sekretess högst. Sjuksköterskans omvårdningsbeteende att ge instruktioner/undervisa, spendera tid med patienten, röra patienten för att kommunicera omvårdnad värderades till 4 (av 6). Det innebär att sjuksköterskan utförde dessa omvårdningshandlingar ofta. Flera patienter påpekade dock att de inte gillade handlingen att röra patienten för att kommunicera omvårdnad, de ansåg inte heller att det var en omvårdningshandling.</p>	81% Hög
<p>Merrill, A. S., Hayes, J. S., Clukey, L., & Curtis, D. (2012). Do they Really Care? How Trauma Patients Perceive Nurses' Caring Behaviors.</p>	<p>Problem: Lite forskning är gjord för hur omvårdande beteende uppfattas av patienter, ännu mindre är gjord på patienter med allvarliga skador. Syfte: utvärdera hur trauma patienter uppfattar sjuksköterskans omvårdningsbeteende och hur det tedde sig demografiskt.</p>	<p>Ansats: kvantitativ, deskriptiv Metod: studie med intervjuer, forskaren läste 42 påståenden som beskrev sjuksköterskans vårdande beteende. Frågeformuläret de använde sig av var Caring Behaviour Inventory (CBI). patienten värderade påståendena med en 6-poängs Likertskala. 1= aldrig, 2=nästan aldrig, 3= emellanåt, 4=ofta,</p>	<p>Urval: patienter, med multipla skador efter trauma, engelsktalande, över 18 år. 105 patienter mellan 18-90 år</p>	<p>patienterna värderade sjuksköterskans omvårdningsbetenden högt med medianen, 5.45 av medelvärden mellan 4.52-5.75. De handlingar som patienterna värderade lägst var att beröra för att kommunicera omvårdnad, vara hoppfull för patienten. de handlingar som värderades höst var möta patientens uttalade och outtalade behov, vara säker med patienten samt att ge läkemedel och behandling i tid.</p>	90% Hög

		5=nästan alltid, 6=alltid.			
O'Brien, J.-A., & Fothergill-Bourbonnais, F.. (2004). The Experience of Trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes From Seven Patients. Kanada	Problem: lite forskning är gjord om patientens traumaomhände rtagande på akutmottagning en. Syfte: 1. undersöka patientens upplevelse av traumaomhände rtagandet på akutmottagning en. 2. om patienten har upplevelser av sårbarhet under traumaomhände rtagandet. 3. om det är faktorer som påverkar patientens upplevelser	Ansats: Kvalitativ, induktiv Metod: studie med semistrukturerade intervjuer som bandades.	Urval: 18 eller äldre, har utlöst traumakod, GCS ≥ 13 eller RTS ≥ 10 och fysiskt och kognitivt kapabla att delta. Tala engelska.	Fyra teman framkom genom analysen, "Jag kommer ihåg", "Jag var rädd", "Jag kände mig säker", "Jag kommer att bli okej". I studien framkommer att patienterna upplevde att de levde genom smärta och chock. Det framkom att trots att de var omgivna av traumateamet så kände sig stundvis ensamma och isolerade. Brist på kunskap om procedurer under omhändertagandet kunde få patienterna att känna rädsla. Det framkom två faktorer som gjorde att patienterna kände sig säkra. Det var själva processen av omhändertagandet och relationen mellan traumateamet och patienten. Det framkom att det kändes som om personalen brydde sig om patienterna på ett personligt plan snarare än ur ett kliniskt perspektiv.	91% Hög
Ringdal, M., Plos, K., & Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patients' care trajectory after physical trauma. Sverige	Problem: Det är inte klart hur vanföreställda minnen eller minnesförlust i samband med skada och omhändertagande påverkar patientens liv Syfte: Syftet med studien var att få en djupare förståelse för patientens minnen av att bli skadad och vårdkedjan (före, under och efter intensivvård)	Ansats: Kvalitativ induktiv fenomenologisk hemeneutik Metod: Intervjuer med öppna frågor som ägde rum 20-36 månader efter skadan.	Urval: över 18 år, (22-67 år) vårdade efter trauma på IVA och som ville prata om sina erfarenheter därifrån. Exklusionskriterier: Självmoordsförsök, kognitiv nedsättning, inte boende i Sverige eller okänd adress. 18 patienter, 9 kvinnor och 9 män.	Det framkom att patienterna hade minnen av ensamhet och att de saknade nära och kära. Patienterna mindes att de ville berätta där dem om de ändrade planerna som olyckan hade skapat, de uttryckte också att de närliggande skulle bli oroliga när de fick reda på olyckan. I de fallen där de närliggande inte var nåbara beskrev patienterna en upplevelse av ensamhet och osäkerhet. De hade även minnen av rädsla och ångest och att vara övergiven vid ankomst till akutmottagningen.	84% Hög
Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2008). Professional nursing culture on a trauma unit: Experiences of patients and staff. Storbritannien	Problem: Sjukhusvården är endast en liten del av återhämtning efter trauma,, därför är det viktigt att förstå de processer som underlättar eller försvårar patienternas återhämtning	Ansats: kvalitativ, etnologisk, induktiv Metod: Intervjuer med öppna frågor.	Urval: patienter och personal som hade erfarenhet från traumaenheten och som kunde prata om det, 40 patienter (23-99 år), 19 personal,	Patienter identifierade att personalen uppmärksammade deras känslomässiga behov, personal som lyssnade på dem, som fick dem att känna sig säkra och hjälpte dem att hantera känslor. En vänlig atmosfär gav patienterna en känsla av normalitet. Patienterna kände sig mer avslappnade när personalen bekantat sig med patienten och visste	100% Hög

	Syfte: att undersöka hur patienter och personal upplever att vara på en traumaenhet			hur de skulle hantera deras kroppar. Patienter identifierade personal som visade att de brydde sig om dem, genom att de slutförde uppgifter och såg till att besluts tog.	
Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2007). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department— A qualitative study. Sverige	<p>Problem: inga tidigare studier har gjorts om teamets handlingar under traumaomhände tagandet</p> <p>Syfte: Syftet var att utforska traumapatienters uppfattningar av mötet med traumateamet.</p>	<p>Ansats: kvalitativ, induktiv</p> <p>Metod: fenomegrafisk kontextuell analys, semistrukturerade intervjuer som genomfördes 9 till 35 dagar efter skadan</p>	<p>Urval: varit utsatt för högenergiskt våld utan livshotande skador, vid full medvetande under omhändertagandet, vårdad mindre än 24 timmar på sjukhuset, svenskatalande, åver 18 år. 23 patienter</p>	<p>I den initiella fasen av omhändertagandet så fokuserade traumateamet på att agera, patientens fysiska tillstånd hade högsta prioritet, detta gav en känsla av att traumateamet var engagerat. snabba beslut togs och noggranna undersökningar av patientens gjordes. Vid agerande skapades känslor av trygghet, förtroende och tillfredsställelse. mindre positiva känslor som skam och generad upplevdes då de fysiska behoven tillgodosågs och vid undersökningar. Tre former av kommunikation framkom: formell, avledande och humoristisk. Formell och avledande kommunikation ledde till att patienterna kände förtroende för sjuksköterskan och kände sig bekväm i situationen. humoristiska kommunikation uppkom både under och efter den fysiska undersökningen. Efter att de fysiska undersökningarna fick sjuksköterskan ett mer uppmärksamt sätt genom ett kontinuerligt och empatiskt engagemang. Kommunikationen blev mer informell, avledande, humoristisk, närstående bjöds in i samtalet. Detta gav patienterna förtroende och trygghet. Patienten upplevde sjuksköterskan som genuint intresserad av patienten vid uppmuntran till delaktighet. Brist på information kunde leda till att patienterna kunde uppleva traumaomhändertagande som otillräckligt och oengagerat</p>	91% Hög
Wright, A. J. (2011). Trauma Resuscitations and Patient	<p>Problem: ATLS-konceptet ökar patientens överlevnadscha</p>	<p>Ansats: kvantitativ, induktiv</p> <p>metod: frågeformulär med 22</p>	<p>34 patienter, 12 kvinnor, 22 män, 18 år och äldre (19-75), anlant till</p>	<p>Majoriteten av respondenterna värderade den övergripande vården högt, nästan utmärkt (medeltal 4,5). De flesta</p>	81% Hög

BILAGA II

<p>Perceptions of Care and Comfort. USA</p>	<p>nser, men det kan upplevas som hårt och opersonligt och det kan orsaka ångest för patienten</p> <p>Syftet:undersöka hur patienten upplever omvårdnaden under traumaomhändertagandet</p>	<p>frågor, besvarades med Likert skala. Fråga1-4 värderade den övergripande vården och vård från specifik vårdgivare. Likertskala från 1-5. 1= uppfattning av vården som "dålig", 3= uppfattning av vården som "medelmåttlig", 6= uppfattning av vården som "utmärkt". Fråga 5-14 innebar en generell bedömning av specifika känslotillstånd med en Likertskala från 1-5. 1= "aldrig", 3= "ibland" och 6= "konstant/hela tiden"</p>	<p>sjukhus med helikopter, flyg eller ambulans,GC S >13, utsatt trubbig våldskada exklusion: medfödd kognitiv nedsättning, gravida kvinnor</p>	<p>patienter värderade känslor som omhändertagen (4.2), trygg(4) och tacksam(4), mellan ibland och alltid.</p>	
--	--	---	---	--	--

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011).

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Informantkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

- Datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Beskrivs vilket/-n fenomen, upplevelse/mening?

Är beskrivning/analys adekvat? Ja Nej Vet ej

Ja Nej Vet ej

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%) 79% grad II (70-79%) 69% grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem

Peer review

Double
blinded

Single
blinded

Ej
angivet

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Beskrivning av studien Forskningsmetod

Kontrollgrupp/-er

Patientkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Adekvata exklusioner

Ja Nej

Intervention.....

.....

Vad avsåg studien att studera? (syftet)

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....

.....

... Urvalsförfarandet beskrivet?

Ja Nej

Ja Nej

Representativt urval?

Randomiseringsförfarandet

beskrivet? Likvärdiga grupper vid start?

Ja Nej Vet ej

Ja Nej Vet ej

Blindning av patienter?

Blindning av vårdare?

Blindning av forskare?

Ja Nej Vet ej

Ja Nej Vet ej

Ja Nej Vet ej

Bortfallsanalysen beskriven?

Bortfallsstorleken beskriven?

Ja Nej

Ja Nej

Adekvat statistisk metod?

Etiskt resonemang?

Ja Nej

Är instrumenten valida?

Är instrumenten reliabla?

Ja Nej

Ja

Ja

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se