



MEDICINSKA FAKULTETEN

Se döden i vitögat - traumapatienters erfarenheter av sjuksköterskors omvårdnad

En litteraturstudie

Författare: Feisal Mousawi, John Sundberg

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

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

Se döden i vitögat – traumapatienters erfarenheter av sjuksköterskors omvårdnad

En litteraturstudie

Stare death in the eyes – how trauma patients experience nursing care

A literature review

Författare: Feisal Mousawi, John Sundberg

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

Abstrakt

Bakgrund: Varje år skördar fysiskt trauma 4,4 – 5 miljoner dödsfall och i Sverige vårdas närmare 9 000 patienter årligen för fysiskt trauma. Konsekvenser av ett trauma kan vara fysiska och även psykiska beroende på allvarlighetsgraden av händelsen. Under vårdtiden är det vanligt att oro och osäkerhet uppstår hos patienten som kan befinna sig i ett utsatt tillstånd, därmed är det kritiskt att sjuksköterskan besitter kunskaper för att bemöta dessa patienter på ett adekvat och professionellt sätt. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva patienters erfarenhet av sjuksköterskans omvårdnad efter ett fysiskt trauma. **Metod:** En icke-systematisk litteraturstudie med induktiv ansats där elva kvalitativa studier ingår, dessa analyserades sedan med en integrerad översikt. **Resultat:** Utifrån resultaten i studierna kunde tre relevanta teman utrönas: Information till och från patienten, Främjandet av individen och Ytterligare lidande och förutsättningar för en positiv framtid. **Slutsats:** Kommunikation och främjandet av individen ska vara i fokus för att patienten ska erhålla god vård. Om dessa inte är i fokus kan det leda till fysiska och psykiska konsekvenser för patienten.

Nyckelord

Trauma, patienter, erfarenheter, sjuksköterska, omvårdnad, kommunikation, individfrämjande, personcentrerad vård

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	4
Ett fysiskt trauma	4
Sjuksköterskans omhändertagande av en traumapatient	5
Konsekvenser för patienten	6
Fysiska konsekvenser av trauma	6
Psykiska konsekvenser av trauma	6
Joyce Travelbee	8
Cullbergs fyra krisfaser	9
Sjuksköterskans utgångspunkt	10
Syfte	12
Metod	12
Urval	12
Inklusionskriterier	13
Exklusionskriterier	13
Datainsamling	13
Dataanalys	15
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	15
Betydelsen av god kommunikation mellan patient och sjuksköterska	17
Främjandet av individen bakom sjukdomen	18
Förutsättningar för en hoppfull framtid	19
Diskussion	21
Diskussion av vald metod	21
Diskussion av framtaget resultat	23
Betydelsen av god kommunikation mellan patient och sjuksköterska	23
Främjandet av individen bakom sjukdomen	25
Förutsättningar för en hoppfull framtid	27
Slutsats och kliniska implikationer	29
Författarnas arbetsfördelning	30
Referenser	31
Bilaga 1 (1)	40

Introduktion

Problemområde

Fysiska trauman drabbar flera miljoner människor varje år varav 8 712 i Sverige år 2020 (SweTrau, 2021; WHO, 2021). Konsekvenser av trauma kan leda till livsomvälvande konsekvenser och hos de drabbade kan tecken på fysiska, psykiska och sociala förändringar observeras och dessa är viktiga för patienten att kunna uttrycka och bearbeta (WHO, 2021). Enligt World Health Organization [WHO] (2013) drabbas två tredjedelar av alla människor för trauma under deras livstid, även om fysiska skador inte nödvändigtvis orsakas, kan psykiska ärr uppkomma i samband med eller efter upplevelsen.

Efter ett fysiskt trauma kan patienter behöva vård, detta kan ske inom både primärvård och inom somatiken beroende på allvarlighetsgrad. Hos patienter som drabbats av ett fysiskt trauma kan känslor av hjälplöshet i varierande grad uppkomma, det är en livsomvälvande upplevelse där helhetssynen på livet och livets mening kan förändras. Varje individ är unik och i sin tur kan olika långa tidsspann krävas för bearbetning av händelsen, därför måste bästa förutsättningar för god återhämtning utifrån patientens önskemål och behov uppfyllas (Arman & Rehnsfeldt, 2011; Björkman et al., 2008).

Sjuksköterskan behöver i patientmötet ha en förståelse för kort- och långsiktiga behov och förändringar patienter uttrycker eller uppvisar. Att som sjuksköterska ha kunskap om och arbeta förebyggande gentemot trauma kan innebära minskat lidande för patienten och dessutom minska samhällskostnaderna, exempelvis genom att vårdtiderna blir kortare eller förebygga återinsjuknande (Socialstyrelsen, 2015a). För att kunna arbeta i förebyggande samt lindrande syfte är det essentiellt att beakta den enskilda patientens lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a; North et al., 2016). Genom denna litteraturstudie belyses traumapatienters erfarenheter av sjuksköterskans omvårdnad för att ge en grundförståelse för vikten av och förbättring av sjuksköterskans omvårdnad.

Bakgrund

Ett fysiskt trauma

Föreliggande uppsats fokuserar endast på fysiska trauman då fallolyckor följt av trafikolyckor är de vanligaste orsakerna till trauma i Sverige (Socialstyrelsen, 2021). Patienter som drabbats av ett fysiskt trauma kan en grundutbildad sjuksköterska möta inom många olika vårdenheter, exempelvis prehospitalt, på akutmottagningar, perioperativa avdelningar och inom primärvården (Richmond & Aitken, 2011).

Fysiskt trauma kan definieras som en skada som uppstått till följd av yttre våld och orsakar smärta samt lidande (NIGMS, 2018; Socialstyrelsen, 2015a). Globalt sett är fysiskt trauma orsaken till 4,4–5 miljoner dödsfall per år, främst unga under 40 år. För varje person som dör av ett trauma drabbas 3–4 traumapatienter av fysiska- eller psykiska funktionsnedsättningar (Swetrau, 2015; WHO, 2021). Fysiska trauman kan bero på olika externa faktorer, exempelvis trubbigt eller skarpt våld. Trubbigt våld är den vanligaste typen av fysiskt trauma och innefattar icke-penetrerande skador som orsakas av exempelvis högenergivåld såsom fallolyckor, trafikolyckor och slag med trubbigt föremål. Detta kan resultera i bland annat frakturer, organskador, sönderslitning av muskler och senor, stora inre blödningar och hjärnskakning (Payne-James & Bayard, 2016; Simon et al., 2021).

Inom skarpt våld är penetrerande knivstick, följt av skottskador de vanligaste orsakerna, som kan leda till yttre- och inre blödningar, organskador, infektion och traumatiska hjärnskador (Blissitt, 2006; Griffen & Frykberg, 2008). Enligt SweTrau (2021) är trubbigt våld orsaken till 90% av de 8 712 patientfall som blivit registrerade år 2020.

Ett fysiskt trauma kan leda till psykologiska besvär, exempelvis överväldigande känslor eller stress till följd av en traumatisk upplevelse. I efterdyningarna av en traumatisk upplevelse kan detta resultera i utvecklandet av post-traumatiskt stressyndrom [PTSD] eller liknande psykologiska besvär (Stenlund, 2016; Van der Kolk, 2021). Efter ett fysiskt trauma befinner sig patienten i ett chocktillstånd där känslor av oro, rädsla, otrygghet och kaos infinner sig hos

patienten. Vid och efter den initiala hospitaliseringen medföljer även förlusten av kontroll och osäkerhet av framtiden, dessutom kan patienten förlora verklighetsförankringen, ha en ständig rädsla över att händelsen ska återupprepas och även återuppleva den traumatiska händelsen genom återkommande mardrömmar och tankar (Arman & Rehnsfeldt, 2011).

För att skatta traumatiska skador är de mest använda skattningsskalorna följande; Abbreviated Injury Scale [AIS] för enskilda skador och för två eller flera skador används Injury Severity Score [ISS]. AIS är en anatomisk skattningsskala som beskriver allvarlighetsgraden av skadan på en specifik kroppsdel. Dessa delas in i tre regioner: A, huvud, nacke, ansikte; B, bröstorg och buk; C, extremiteter, såsom ben och armar. ISS sammanfattar skadorna inom AIS vid skada på flera av ovanstående regioner (Baker & O'Neill, 1976; Committee on Medical Aspects of Automotive Safety, 1971).

Sjuksköterskans omhändertagande av en traumapatient

Vid grundläggande omhändertagande av patienter ska sjuksköterskan i partnerskap med patient ansvara för omvårdnad och omvårdnadsplanering. Genom evidensbaserad vård kan de metoder som visat störst underlag användas för att på bästa möjliga sätt främja individen och utföra personcentrerad vård [PCV] som skapar trygghet och informerar patienten. Det är således av stor vikt att alla drabbade patienter ska kunna vårdas av en grundutbildad sjuksköterska, inte endast en specialistsjuksköterska, då omvårdnaden baseras på grundläggande behov och önskemål (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Enligt American College of Surgeons Committee on Trauma (2018) sker omhändertagandet av en patient med allvarliga skador till följd av en yttre påverkan genom triagering med hjälp av ATLS-konceptet. Inom detta koncept är bokstäverna A–E essentiella, vilket är följande: A [Airway] att etablera fri luftväg och stabilisera ryggraden, B [Breathing] koll på patientens bröstorg relaterat till andning, C [Circulation] om blödningskontroll och att patientens blodtryck är tillräckligt för cirkulationen, D [Disability] innefattar patientens neurologiska status med exempelvis medvetandegrad och E [Exposure] kan delas in i att säkerställa att hela patienten är undersökt och den omkringliggande miljön inte negativt påverkar patienten

(American College of Surgeons Committee on Trauma, 2018). ATLS-konceptet tillför en grund i sjuksköterskans omhändertagande av en traumapatient (Socialstyrelsen, 2015a).

Konsekvenser för patienten

Fysiska konsekvenser av trauma

Mortalitet och fysiska konsekvenser avgörs av allvarlighetsgraden av traumat men även ålder och bakomliggande orsaker. Risken för mortalitet är 25 procent lägre när patienter vårdas på traumaenheter än när de vårdas på icke-traumaenheter (MacKenzie et al, 2006). Även om den omedelbara skadan behandlas är det essentiellt att tänka steget längre och ha kunskapen om att eventuella långvariga skador kan kvarstå trots adekvat omhändertagande, därmed utbytet av information avgörande för att minska fysiska konsekvenser av trauma (Elmqvist, 2012b).

I det akuta skedet reagerar kroppen med inflammationer runt de skadade vävnaderna, inflammationerna har en kritisk roll i regenerationsprocessen men kan även leda till livshotande komplikationer (NIGMS, 2018). I samband med fysiska trauman kan även interna organ skadas och vid livshotande tillstånd omprioriteras blodtillförseln av kroppen och de prioriterade organen är hjärtat och hjärnan. Konsekvenser av den omprioriterade blodtillförseln kan medföra hypoxi i andra vävnader och organ (NIGMS, 2018).

Beroende på vilken kroppsdel som skadan orsakas på medförs olika komplikationer, exempelvis kan skadorna på interna organ som orsakats av trubbigt våld leda till kvarstående komplikationer och längre rehabiliteringstid för patienten (NIGMS, 2018; Socialstyrelsen, 2015b).

Psykiska konsekvenser av trauma

Patienter kan bli negativt påverkade av det omhändertagande som utövas av vårdpersonalen. Detta kan vara allt från att inte känna sig delaktiga i sin vård, att inte finna en mening i eller bli informerad om varför en viss behandling eller omvårdnad sker, att patienterna känner sig sårbara och maktlösa i mötet med vårdpersonalen. Allt detta kan leda till att patienten skapar

egna strategier för att motverka psykiska konsekvenser av ett fysiskt trauma, exempel på detta är att anpassa sig till de rådande förhållandena, att motsätta sig den vård som erhålls eller genom att skrika på hjälp för att få uppmärksamhet (Elmqvist, 2012b; Frank et al. 2009; Nyström, 2002).

PTSD är en psykisk konsekvens av trauma och har länge funnits i människors liv då de fått genomlida olika sorters trauma som sätter psykiska och fysiska spår, detta oberoende av om det är en attack från vargar under stenåldern eller en senapsgasattack under första världskriget (American Psychological Association, 2019). Forskningen fortskrider snabbt och för att inte göra samma misstag som gjorts tidigare i historien, i form av felaktig diagnostisering och behandling, måste en grundförståelse om historia och historieutvecklingen genom tiderna finnas för att kunna veta hur misstaget uppkommit och hur misstaget kan förebyggas (Friedman, 2013). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2019) skriver att en sjuksköterskas kunskap och förståelse om PTSD och ett förebyggande förhållningssätt gentemot detta är essentiellt för omvårdnaden av en traumapatient.

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5 [DSM-5], har sedan 50-talet innefattat de kriterier som krävs för att diagnosen PTSD ska uppfyllas. Dessa kriterier kan kopplas till litteraturstudiens fokus, det vill säga fysiskt trauma, då allvarliga skador vid livshotande traumatisk händelse innefattas inom DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). För en sjuksköterska är det av vikt att ha kunskap om och upptäcka symtom till följd av traumat som kan leda till PTSD om de ej behandlas, dessa är flashbacks, påträngande minnen eller mardrömmar, hyperarousal i form av koncentrationssvårigheter, humörutbrott, sömnsvårigheter, ångslan, lättskrämthet negativa tankar associerade till traumat; skygghet och avtrubbningar, i form av bortträngning av minnen, minskat intresse för aktiviteter och begränsad affektion (American Psychiatric Association, 2013). Om en patient som blivit utsatt för fysiskt trauma uppvisar ovanstående symtom kan en sjuksköterska med kunskap om konsekvenserna, exempelvis PTSD, uppmärksamma dem och därigenom påbörja en process där patienterna kan vårdas (Elmqvist et al., 2019). Behovet av kommunikation och information är starkt kopplat till stödjande åtgärder som sjuksköterskan kan implementera för att förebygga psykiska konsekvenser (Socialstyrelsen, 2018).

Joyce Travelbee

Joyce Travelbees omvårdnadsteori har en existentiell utgångspunkt som innefattar människan, kommunikation, livets mening, lidandet och mänskliga relationer. Det grundläggande mänskliga fenomenet "lidande" kan upplevas annorlunda utifrån varje unik oersättlig individ. Definitionen av utsatthet är att uppleva fysisk eller psykisk smärta och människan behöver genomgå sorg, elände och nöd oberoende av tid. Travelbee lyfter vikten av det mellanmänniska synsätt som driver sjuksköterskans omvårdnadsarbete, med förståelse och empati för patienten under omhändertagandet. I teorin ingår fem interaktionsfaser, dessa är *det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt*, där varje fas har sina egna utmaningar som måste övervinnas (Kirkevold, 2000; Travelbee, 1971).

Kommunikation, både verbal och icke-verbal, används för att bekanta sig och interagera med patienten och genom detta ta reda på behov och önskemål patienten har. Kommunikationen är enligt Travelbee det viktigaste verktyget sjuksköterskan besitter och med detta verktyg kan en ömsesidig relation grundas. Omvårdnadens mål är för patienten att bilda ett medvetande om hur lidandet kan bemästras, men även en mening av lidandet ska blomstra upp. På så sätt skapas en möjlighet till självutveckling hos patienter som erhåller vård. Sjuksköterskan ska i sin profession främja individen genom att utöva vård med den kunskap, ödmjukhet och lyhördhet som krävs för att tillgodose patientens behov (Kirkevold, 2000; Travelbee, 1971).

Enligt Elmqvist et al., (2008; 2012a) är kommunikation avgörande för att återfå ansvar över sin egen kropp och kontroll över sin tillvaro, överlämnandet av ansvaret sker genom utbytet av information av vad som hända skall och även om vad som redan har hänt. För att skapa trygghet vid omhändertagandet belyses även vikten av god kommunikation. Detta stärks av tidigare studier inom trauma (Holmberg & Fagerberg, 2010; Suserud et al., 2003) och överensstämmer med Travelbees omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000; Travelbee, 1971).

Cullbergs fyra krisfaser

En traumatisk kris utlöses beroende på plötsliga externa yttre faktorer som hotar vår trygghet, existens och identitet. En utlöst kris kan bero på ett fysiskt trauma, såsom en trafikolycka. De olika faserna hänger ihop men ter sig olika (Cullberg, 2006).

I ett krisförlopp existerar fyra faser; chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Dessa faser ger en grundförståelse för sjuksköterskan att kunna se vilken fas patienten befinner sig i (Cullberg, 2006). I Svenska Akademiens Ordbok [SAOB] (1938) kommer ordet *kris* från grekiskans *krisis* och betyder ett kritiskt stadium och avgörande vändning, där det förstnämnda är en genomgripande förändring i någons liv och det sistnämnda en vändning mot något bättre i ett specifikt akut sjukdomsförlopp (SAOB, 1938).

Den första fasen, chockfasen, upplevs endast i några dagar och i samband med det trauma som hänt. Efter en livshotande händelse känner sig människan i fråga hotad och tecken uppvisas i form av minnesluckor, avvikande beteende i form av skrik, stupor och chocktillstånd där patienten ter sig opåverkad trots yttre faktorer (Cullberg, 2006).

Nästa fas är reaktionsfasen som klassificeras som akut om den pågår i fyra – fem veckor och tillsammans med chockfasen är dessa de akuta faserna. I denna fas börjar den drabbade inse att den har varit med om en livsomvälvande upplevelse, och försvarsmekanismer som exempelvis regression/tillbakagång, förnekelse, projektion/skuldbelägga någon annan, repression/bortträngning kan uppstå. Ett vanligt yttre symtom är gråt, men andra reaktioner såsom sömnproblem och skuldkänslor kan också infinna sig. Det kan gå så långt att den drabbade får en akut psykos (Cullberg, 2006).

I den tredje fasen, bearbetningsfasen anses inte skedet längre vara akut, fasen kan pågå upp till några år efter en traumatisk händelse beroende på individens förutsättningar och hanteringsmekanismer. Istället för att fokusera på traumat som hänt ska patienten nu bearbeta och vända sig ifrån och acceptera att det har hänt, att försöka gå vidare (Cullberg, 2006).

Nyorienteringsfasen är den sista fasen, den sägs vara utan avslut och följer med en i resten av ens liv, dock krävs det att minnet är bearbetat och den traumatiska händelsen accepterad. För

att den sista fasen ska kunna inträda krävs det att de första tre faserna genomlids och hanteras av patienten. I de akuta faserna har sjuksköterskan möjlighet att vara delaktig och hjälpa den drabbade. Det är av stor vikt att sjuksköterskan är införstådd i att dessa faser inte nödvändigtvis behöver vara linjära, utan mer som ett verktyg för orientering mellan och inuti krisens förlopp (Cullberg, 2006).

Sjuksköterskans utgångspunkt

Enligt WHO (2021) sker omhändertagandet av en traumapatient inte endast inom akutvården utan kan bemötas av sjuksköterskor i många olika instanser inom sjukvården. En människa som drabbats av trauma utsätts för långvarigt lidande ofta både fysiskt och psykiskt och det är kritiskt att sjuksköterskan tar detta i beaktning för att säkerställa god omvårdnad (WHO, 2021). De fyra grundläggande ansvarsområdena en sjuksköterska besitter är att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom i största möjliga mån samt att lindra lidande, detta ska ske oberoende av, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, hudfärg, ålder, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning, sexuell läggning eller kön. Omvårdnaden ska ges respektfullt (ICN, 2021).

Inom omvårdnad finns konceptet PCV. Det handlar om att främja individen där patienten är delaktig före, under och efter vårdandet för att stärka dennes autonomi, lägga en bra grund för vårdmötet och att god omvårdnad kan tillämpas (Ekman et al., 2020). För sjuksköterskan är det av vikt att se personen bakom patienten, istället för endast en patient med en sjukdom, för att varje individ är unik och trots liknande omvårdnadsåtgärder ska en individuell vårdplan skrivas (SKL, 2018; Kristensson Ugglå, 2020).

Sjuksköterskan som vårdgivare har en professionell kunskap inom omvårdnad, den mest effektiva behandling och hur patienten bäst kan återhämta sig, dessutom sjukdomslära och till en viss del om hur livet är för en patient med en specifik åkomma. Det samarbete vårdgivaren behöver ha med patienten enligt personcentrerad vård kan ske genom att främja individen. Exempel på hur främjandet kan ske är att inte se patienten som endast en diagnos och se

individen bakom och därigenom som en människa, med unika önskemål, kunskap, värderingar, tankar och kultur (Ekman et al., 2011; SKL, 2018).

Autonomi betyder självbestämmande och är ett centralt begrepp inom omvårdnad, att bestämma över sig själv anses enligt Sandman & Kjellström (2018) vara en mänsklig rättighet. Att som patient ha och bli erbjuden en avgörande och bestämmande roll i vården förstärker patientens autonomi och överensstämmer även med begreppet PCV, där personens önskemål och behov alltid ska vara i fokus (Kristensson Ugglå, 2020). För att skapa bästa förutsättningar för vård är det essentiellt att patienten bildar sig ett förtroende för vården men även vice versa, där vården bildar ett förtroende för patienten i fråga. Det kan uppstå hinder i vårdprocessen och i värsta fall en avsaknad initial vårdkontakt om patienten inte litar på sjukvården, därmed är det i synnerhet viktigt att med patienten i fokus skapa en så god vårdrelation som möjligt. Med begränsade resurser och personal är det omöjligt att tillfredsställa varje unika individs alla behov och önskemål och konstant vara närvarande och därför är det extremt viktigt att kommunicera och återkoppla detta till patienten som vill komma i kontakt med vårdgivare (Wolf & Carlström, 2020).

Dokumentation ska ske kontinuerligt för att i största möjliga mån säkerställa att patienten får en personcentrerad vård under hela omvårdnadsprocessen. I praktiken sker detta genom att patientens sjukdomshistoria skall finnas dokumenterat, vilket undviker att patienten vid upprepade tillfällen behöver beskriva det när ny personal introducerar sig. Att hålla vårdplan och dokumentation uppdaterad kan även förbättra vården av patienten och denne kan känna sig mer delaktig och sedd som en viktig faktor i fortskridningen av vårdprocessen (Ekman et al., 2011; Lindström Kjellberg & Hök, 2020).

PCV och dess effekter har utvärderats och visat positiva resultat för att främja individen. Forskningen som finns om patienter som erhållit PCV visar snabbare återhämtning, högre tillfredsställelse efter erhållen vård, mer förtroende och trygghet för vården och dessutom att de inte lika ofta uppsöker vård, jämfört med patienter som erbjöds sedvanlig behandling innan PCV blev normativt (SKL, 2018; Svensk Sjuksköterskeförening, 2019).

Inom vården innebär PCV att patienten sätts framför sin sjukdom, en patient är en människa och inte en sjukdom och trots att sjukdomen inte ska försummas ska huvudfokus ligga i att

patienten har synsätt, intressen, önskemål, vanor och behov som trots sjukdomstillstånd fortfarande ska beaktas (Kristensson Ugglå, 2020). PCV innebär även att induktivt skapa och främja en vårdplan som baseras på behov och önskemål patienten besitter och inte att utifrån generella riktlinjer, det är således viktigt att patientens förutsättningar för autonomi och önskemål prioriteras före deras sjuka "jag" och att personen som vårdas alltid sätts först och alltid får vara delaktig i vården som erbjuds (Ekman et al., 2020; Svensk sjuksköterskeförening, 2019)

Syfte

Syftet är att beskriva patienters erfarenheter av sjuksköterskans omvårdnad efter ett fysiskt trauma.

Metod

Litteraturstudien är en icke-systematisk litteraturöversikt. En icke-systematisk översikt görs med en systematisk struktur och med kunskapsinsamling i fokus. I en icke-systematisk översikt granskas inte all litteratur, till skillnad från en systematisk översikt där all litteratur granskas (Kristensson, 2014). Fokus ligger på patienters upplevelser och erfarenheter av sjuksköterskans omvårdnad efter ett fysiskt trauma. En induktiv ansats att användas eftersom datainsamlingen inte ska utgå ifrån en teori (Polit & Beck, 2021).

Urval

Denna litteraturstudie utgår från en granskning av elva artiklar. Då denna litteraturstudie syftar till att undersöka erfarenheter av sjuksköterskans omvårdnad hos de patienter som genomgått ett trauma är den specifika traumatiska händelsen ej i fokus, därigenom inkluderas alla som genomgått ett fysiskt trauma grundat i yttre våld. Litteraturstudien grundar sig i

kvalitativa studier eftersom det är upplevelsen av vårdandet som är i fokus (Granskär & Höglund Nielsen, 2012; Polit & Beck, 2021).

Inklusionskriterier

Studier som inkluderades i sökningarna var publicerade år 2005–2021, de skulle vara skrivna med en kvalitativ ansats och på engelska, vara peer-reviewed och skulle grundas utifrån den vård grundutbildade sjuksköterskor kan bedriva, då även inom prehospita- och akutvård, vuxna patienter, studierna skulle även vara etiskt godkända eller ha ett etiskt tydligt ställningstagande.

Exklusionskriterier

Studier som inte hade patientens erfarenheter som utgångspunkt, exempelvis erfarenheter från sjuksköterskors eller annan vårdpersonals upplevelse av trauma. Även systematiska litteraturstudier, pilotstudier och studier med specialistsjuksköterskors arbetsuppgifter inom prehospita-, akut- och intensivvårdsfokus exkluderades.

Datainsamling

Databaserna Pubmed och CINAHL användes för sökandet efter vetenskapliga artiklar. Både Pubmed och CINAHL inkluderar omvårdnad- och medicinrelaterade artiklar, med huvudfokus relaterat till vården som helhet (Kristensson, 2014; Willman et al. 2016). För att bredda sökningen och även öka specificiteten användes booleska sökoperatorer. Både AND och OR användes för att kombinera sökord för att få fler träffar. I CINAHL användes subject headings för att göra sökningen så specifik som möjligt till det ämne som utforskades. Subject headings innebär att sökordet inkluderas i major subject och minor subject. AB i söktermerna användes för att sökorden skulle återfinnas i abstrakt, en asterisk [*] användes för att alla böjningsformer skulle inkluderas, exempelvis blir car*, caring, caritative, care, carer (Kristensson, 2014). De tre första sökningarna gjordes i CINAHL, den första och andra sökningarna gjordes 22/11-21 och inkluderade sökorden “(MH "Trauma" OR "Multiple trauma" OR "Wounds AND Injuries" OR "Emergency care")” AND “AB experienc*” AND “AB qualit*” AND “patient” AND “care” och resulterade i 647 antal träffar, efter

begränsningarna “English, Peer-reviewed, Publication date from 2005 to 2021” applicerats var antal träffar 545 och av dessa lästes 86 rubriker, 16 abstrakt och sex fulltext varav två artiklar valdes ut. Under samma dag skedde samma sökning bortsett från att “AB qualitative” ersatte “AB qualit*”, detta resulterade i 319 träffar och efter begränsningar applicerats 267 träffar, därefter lästes 267 rubriker, 48 abstrakt, 18 fulltext varav sex artiklar valdes ut. Den tredje sökningen i CINAHL gjordes 25/11-21 med fritextsökning av fraserna “ patients' experience” AND “trauma care” AND “emergency department” och gav 311 träffar. Med inklusionen av samma begränsningar som gjorts i de två tidigare sökningarna blev antalet träffar 98, varav 98 rubriker lästes, 36 abstrakt, nio fulltext och en artikel blev utvald

Den fjärde sökningen i PubMed gjordes den 27/11-21 med fritextsökning av fraserna “trauma OR traumatic injury” AND “nursing OR nursing care” AND “patient experience OR patient perception” AND “qualitative care” och gav 408 träffar, med begränsningarna “English, 2005-2021, Adult: 19+ years” reducerades träffarna till 221, varav 221 rubriker lästes, 24 abstrakt, elva fulltext och en artikel blev utvald.

Den femte sökningen gjordes i PubMed den 29/11-21 med fritextsökning av fraserna “quality of life” AND “patient's experience” AND “traumatic injury” AND “wellbeing” vilket gav 53 träffar. Som i den fjärde sökningen användes samma begränsningar och antalet träffar blev därefter 31, där 31 rubriker lästes, 20 abstrakt, sex fulltext och en blev utvald.

Protokoll för kvalitetsgranskning av en kvalitativ studie enligt Willman et al. (2011) användes vid granskning av artiklarna. Protokollet ger en totalsumma på 14 poäng, där ett poäng gavs vid svar *ja* och noll poäng gavs vid svar *framgår ej* eller *nej*. Inom detta protokoll användes kvalitetsgradering *bra* (80–100 procent), *medel* (60–79 procent) eller *dåligt* (0–59 procent). Artiklar som graderades *bra* eller *medel* inkluderades. Av de artiklar som inkluderades i föreliggande litteraturstudie är åtta studier inom graderna *bra* (Grad I) och tre studier *medel* (Grad II) (Willman et al., 2011).

Urvalsproceduren bestod av att först läsa titel, sedan abstract, sedan fulltext. Alla artiklar som lästes i fullängd godkändes i kvalitetsgranskningen och inkluderades. De inkluderade artiklarna beskrivs kortfattat i Bilaga 1 och introduceras i resultat.

Dataanalys

En modifierad version av Fribergs Trestegsmodell (2017) användes. Inkluderade artiklar granskades och lästes individuellt och sedan tillsammans flertal gånger för att utforska hur relevanta de var. För att skapa kunskap om helhetsbilden, lästes initialt artiklarna individuellt för att minska bias. Steg två utgick ifrån att hitta likheter och skillnader i artiklarna som sedan jämfördes med varandra och för att få en enkel översikt om likheter och skillnader. Modifieringen av Fribergs Trestegsmodell skedde i steg tre. I steg tre sammanställdes studierna genom skapandet av en tabell med huvudrubrikerna *tema* och *innehåll*, där *tema* utgjorde det sammanfattade resultatet från studierna och *innehåll* omfattar essensen av vad som ingår. För att samla artiklarna i en tabell skapades en artikelmatris Bilaga (1).

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen, som är forskningsetiska riktlinjer antogs av World Medical Association år 1964. I deklarationen framkommer det att samtycke alltid ska finnas tillgängligt från deltagare och forskningen inte ska bedrivas om godkännande från etisk kommitté inte kan presenteras (World Medical Association, 2001). Individen ska värderas högre än samhällsintressen och vetenskap, deltagarens autonomi och integritet ska respekteras och bevaras och information om deltagarna skall vara konfidentiell under studiens gång (Forsman, 1997; World Medical Association, 2001). Enligt Polit och Beck (2021) finns det extra utsatta grupper, vilket omfattar gravida kvinnor, fångar, svårt sjuka individer samt barn, som eventuellt kan påverka resultatet. I litteraturstudien inkluderades inte artiklar där personer i extra utsatta grupper intervjuats. Alla inkluderade studier var etiskt godkända av etikkommittéer och godkännandet fanns tydligt nedskrivet i alla studier.

Resultat

Resultaten som belyser patienternas erfarenhet av vård sammanställdes i tre teman (se Tabell 1). I varje tema sammanställdes även innehållet. Litteraturstudien inkluderade elva artiklar med kvalitativa ansatser. Studierna omfattade mellan 9–75 deltagare och sammanlagt 320

deltagare i åldrarna 17–90 år. Braaf et al. (2018) är en studie från Australien som bestod av semistrukturerade telefonintervjuer med 75 deltagare för att se vad allvarligt skadade patienters upplevelse av informationshantering och kommunikation med vårdpersonalen. Doohan och Saveman (2015) är en studie från Sverige som bestod av semistrukturerade telefonintervjuer med 54 deltagare för att lyfta patienternas erfarenheter av prehospital- och akutvård fem år efter en bussolycka. Franzén et al. (2006) är en studie från Sverige som bestod av intervjuer med nio deltagare för att belysa och beskriva erfarenheter från patienter som erhållit vård i samband med trafikolycka. Kellezi et al. (2020) är en studie från Storbritannien som bestod av semistrukturerade intervjuer med 45 deltagare för att beskriva det generella omvårdnadsbehovet vid trauma och därefter belysa vad som var positivt samt negativt, utifrån patienters upplevelse. Reeves och Humphreys (2018) är en studie från USA som bestod av frågeformulär och semistrukturerade intervjuer med 14 deltagare för att utveckla kunskap om erfarenheter och strategier från kvinnor som överlevt traumatiska situationer. Sandström et al. (2019) är en studie från Sverige som bestod av semistrukturerade intervjuer med nio deltagare i ett försök att förstärka sjukvårdspersonalens förmåga att förutse och behandla de behov patienter med multipla trauman har. Skene et al. (2017) är en studie från Storbritannien som bestod av semistrukturerade intervjuer med 13 deltagare för att lyfta vad patienter som behandlas för trauma har för behov och vad som enligt dem brister i vården. Tutton et al. (2008) är en studie från England som bestod av intervjuer, 40 patienter intervjuades och resultaten belyste vikten av kompetent vårdpersonal och stödet som erhålls av patienter under vårdperioden. Tutton et al. (2012) är en studie från England som bestod av djupgående intervjuer, totalt intervjuades 20 personer men endast tio av dessa var patienter, resultaten belyste vikten av god information och hopp. Visser et al. (2021) är en studie från Nederländerna som bestod av intervjuer med öppna frågor, den bestod av 28 deltagare och resultaten belyser hur vårdpersonalen kan underlätta i återhämtningsprocessen genom att visa engagemang. Wiman et al. (2007) är en studie från Sverige som bestod av semistrukturerade intervjuer med öppna frågor, 23 deltagare som utsatts för fysiskt trauma intervjuades och resultatet belyste kommunikationsbrist.

Tabell 1. Översikt över teman och innehåll

Tema	Innehåll
Betydelsen av god kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan	Information, förståelse, försäkran
Främjandet av individen bakom sjukdomen	Ömsesidig relation, närhet, PCV
Förutsättningar för en hoppfull framtid	Reflektion, inblick, styrka

Betydelsen av god kommunikation mellan patient och sjuksköterska

De intervjuade patienterna lyfte vikten av god kommunikation och dess innebörd. Viktiga aspekter i kommunikationen bestod av att vårdpersonalen höll patienterna välinformerade samtidigt som de lyssnade på patientens behov, kontinuitet, ständig information om vården och medömkan, tröst samt respekt i kommunikationen. Det framkommer att sådan kommunikation gav en trygghetskänsla och underlättade vårdmötet för patienterna (Doohan & Saveman, 2015; Franzén et al., 2006; Skene et al., 2017; Reeves & Humphreys, 2018; Tutton et al., 2008; Tutton et al., 2012; Visser, 2021; Wiman et al., 2007). En användbar kommunikationsteknik som användes i vårdmötet var humor som ansågs ingjuta trygghet och medmänsklighet genom att lätta på stämningen (Skene et al., 2017; Tutton et al., 2008; Wiman et al., 2007).

En annan viktig aspekt i vårdandet var att patienterna kände sig försäkrade om att det skulle bli bra och även att ständig kommunikation främjade individen och förstärkte deras trygghetskänsla (Doohan & Saveman, 2015; Franzén et al., 2006; Skene et al., 2017; Wiman et al., 2007).

Patienterna beskrev att deras kunskap och förståelse ökade när den av vårdpersonalens delgivna information var detaljerad och presenterades genom olika medier, såsom visuellt, muntligt och skriftligt. Informationen från sjuksköterskan kunde dessutom ges respektfullt, professionellt och tydligt för att främja den specifika patientens förståelse (Braaf et al., 2018; Franzén et al., 2006; Kellezi et al., 2020; Skene et al., 2017). Patienterna hade egna sätt att

förbereda sig och öka den egna förståelsen om den tillhandahållna informationen från vårdpersonalen, exempelvis genom att läsa på om det trauma och dess symtom och tecken för att vara bättre förberedd på och kunna förstå vad vårdpersonalen pratade om. Ömsesidig förståelse, där patienten förstår vårdpersonalen och vice versa, kan minska kunskapsklyftor som kan finnas mellan vårdpersonal och patient och göra patienten mer delaktig i sin egen vård (Reeves & Humphreys, 2018).

Patienter som inte upplevde god kommunikation lämnades missnöjda och besvikna och uppgav i efterhand att de hade önskat sig mer information kring sitt tillstånd. Oengagerad kommunikation framkom i studierna som negativt. Vid bristande information upplevde patienter att deras frågor lämnas obesvarade och att de bortprioriterades, en rädsla över att inte ha kontroll och ha en försäkran om framtiden vilket medförde även osäkerhet hos patienterna (Franzén et al., 2006; Kellezi et al., 2020; Skene et al., 2017; Visser, 2021; Wiman et al., 2007).

Enligt patienterna går det att undkomma psykiska konsekvenser, som kognitiv nedsättning, PTSD-symtom och sociala svårigheter, genom vårdpersonalens tillräckliga och klara kommunikation som undviker de fallgropar som upptäckts. Fallgroparna är där information om de fysiska, psykiska och sociala konsekvenser som patienterna kan uppleva inte är tillräcklig eller när avancerat medicinskt språk används. Då kan frågetecken kvarstå och enligt patienten försämrades deras fysiska, psykiska och sociala återhämtning (Visser et al., 2021).

Främjandet av individen bakom sjukdomen

För att främja individen är det viktigt med en positiv relation mellan vårdpersonalen och patienten, att vårdpersonalen ska vara villiga att ge tid åt och anpassa den generella strukturella omvårdnaden till individens behov och krav för att ge individen mer kontroll och autonomi (Kellezi et al., 2020; Reeves & Humphreys, 2018).

Positiva erfarenheter är en ömsesidig förståelse mellan patienten och vårdpersonalen för att förstå patientens behov och vårdpersonalens mening i specifika vårdprocesser, då patienterna annars inte visste vad de hade att förvänta sig av den kommande återhämtningsprocessen. Det

som patienterna ansåg hade hjälpt från vårdpersonalens sida var att sätta kortsiktiga och långsiktiga mål tillsammans med patienten, att förbättra journalföringen för att skapa en kontinuitet och insikt för annan vårdpersonal som patienten kommer i kontakt med och genom detta aktivt vägleda och främja hälsa (Kellezi et al., 2020; Sandström et al., 2019; Tutton et al., 2012; Visser, 2021).

Det framkom att patienterna kände sig behandlade med respekt av vårdgivarna, både verbalt och fysiskt (Braaf et al., 2018; Skene et al., 2017; Tutton et al., 2008). Patienterna kände trygghet i att vårdpersonal fanns nära tillhands om olika behov skulle uppstå, dessutom genererades positiva känslor hos patienterna när det var samma vårdgivare som kontinuerligt omhändertog patienten (Skene et al., 2017; Kellezi et al., 2020; Tutton et al., 2008; Wiman et al., 2007).

En viktig del av återhämtningen var den psykosociala aspekten. När traumapatienter fick vara i närheten av andra traumapatienter och se dem återhämta sig skapades inte bara en känsla av försäkran om återhämtning utan även en känsla av sammanhang (Tutton et al., 2008; Tutton et al., 2012). Enligt patienter kunde de känna sig ensamma och alienerade under omhändertagandet, då de hade velat prata med andra överlevande vilket inte uppmuntrades eller ens lyftes av vårdpersonalen. Patienterna upplevde ensamheten och alienationen som en negativ erfarenhet (Doohan & Saveman, 2015).

Negativa erfarenheter av sjuksköterskans omvårdnad framkom i studierna med brist på respekt och empati och dåliga förutsättningar till krishantering. Till följd av bristerna främjades inte individen, då känslor av att bli åsidosatt och lämnad ensam uppkom till följd av stressad vårdpersonal (Doohan & Saveman, 2015; Franzén et al., 2006; Kellezi et al., 2020; Sandström et al., 2019; Visser, 2021).

Förutsättningar för en hoppfull framtid

Att känna sig professionellt bemött gav upphov till känslor om att kunna se ljuset i slutet av tunneln för patienterna. Ett positivt vårdmöte innebar att reflektera över traumat efter det initiala akuta omhändertagandet och skapade en tillit för vården. Dessutom påverkades även

patienterna psykiskt positivt genom vårdpersonalens ingjutande av hopp inför framtiden (Skene et al., 2017; Kellezi et al., 2020; Tutton et al., 2012; Visser et al., 2021).

Efter en traumatisk skada och efterföljande vårdmöten reflekterade patienter ofta över hur de drabbats, framtiden och den påverkan händelsen hade på deras liv. I ett positivt vårdmöte lyfter patienterna att traumat haft en positiv inverkan på deras liv, att det gett en större inblick på hur skört livet är och att den livshotande händelsen gjort dem mentalt starkare (Braaf et al., 2018; Skene et al., 2017; Tutton et al., 2012).

Efter det initiala akuta omhändertagandet kunde en del patienter uppleva tillbakadragenhet hos vårdpersonalen som dels fick dem att känna sig övergivna och oviktiga. Denna fas uppstod efter det att livshotande skador åtgärdats och patienter belyser att vården i mellan- och slutskedet kunde varit bättre (Doohan & Saveman, 2015; Franzén et al., 2006; Wiman et al., 2007).

I studierna lyfts även resultatet av dåligt bemötande under och efter vårdmötet. Avsaknaden av en adekvat utskrivning medförde enligt patienter känslor av osäkerhet, frustration och tvivel om sin egna förmåga till rehabilitering (Franzén et al., 2006; Kellezi et al., 2020; Visser et al., 2021; Wiman et al., 2007). Det framkommer i vilken utsträckning information och hopp om framtiden ska utdelas. Patienter i studierna upplevde att felaktig information om rehabiliteringen och orealistiska mål gavs för att ingjuta positivitet i det akuta stadiet, vilket kunde leda till negativa konsekvenser när den faktiska återhämtningen inte stämmer överens med återhämtningen som vårdpersonalen utlovat (Sandström et al., 2019; Tutton et al., 2012; Visser et al., 2021).

Patienter upplevde oro och osäkerhet över framtiden inte bara på grund av det fysiska trauma som de varit med om, utan under hela vårdprocessen och en osäkerhet över återintegreringen till det vardagliga livet. En del patienter förknippade vårdpersonalens bristande omhändertagande med negativa minnen från olycksdagen och efter utskrivning kunde ett bristande omhändertagande leda till fysiska, psykiska, och sociala svårigheter (Doohan & Saveman, 2015; Franzén et al., 2006; Skene et al., 2017; Tutton et al., 2012; Visser et al., 2021).

Diskussion

Diskussion av vald metod

En litteraturstudie valdes för att skapa en översikt om kunskapsläget inom fenomenet och för att belysa vad som kan förbättras (Friberg, 2016). Litteraturstudien grundar sig i att kritiskt granska kvalitativa vetenskapliga artiklar och resultat, eftersom patienters upplevelser låg till grund för det som skulle undersökas och metoden är relevant när specifika frågor behöver besvaras (Granskär & Höglund Nielsen, 2012).

Liknande resultat framkom i studierna, oavsett om de är inom de närmsta fem åren, eller från början av 2000-talet, vilket stärker användandet av äldre artiklar och gör att de är aktuella i denna litteraturstudie. Artiklarna söktes fram och valdes med noggrannhet utifrån deras relevans relaterat till föreliggande studies syfte (Friberg, 2016). Valda artiklar anses ge svar på och belysa syftet. Anledningen till att många sökningar gjordes var eftersom dagarna tog slut men även eftersom mellan 10–12 artiklar skulle användas och i hopp om att hitta relevanta artiklar, sett till syftet, användes olika sökningar.

Inom begreppet *trovärdighet* ingår *tillförlitlighet* , *överförbarhet* , *verifierbarhet* och *giltighet* som används för att bedöma studiers kvalitet (Kristensson, 2014). Under litteraturstudiens gång togs detta i beaktning och genom att studierna först analyserades och tolkades individuellt och sedan tillsammans uppnåddes konsensus. Att det var många olika deltagare från många olika länder ökade även *tillförlitligheten* (Kristensson, 2014). *Överförbarheten* ansågs öka eftersom länderna som artiklarna grundade sig i är industriländer och resultatet i studierna kan därför tänkas vara överförbara till liknande kontexter (Kristensson, 2014).

Författarna i artiklarna gav rika beskrivningar av sin population och de metoder som användes, vilket underlättade bedömningen av artiklarnas överförbarhet. Således kunde denna litteraturstudie rikligt beskriva resultat och utröna likheter mellan artiklarna. I litteraturstudien inkluderades fyra artiklar från Sverige, fyra artiklar från Storbritannien, en artikel från USA, en artikel från Nederländerna och en artikel från Australien. De svenska artiklarna kan lättast appliceras på den svenska sjukvården då den utgår ifrån den svenska befolkningen. Två av de

svenska artiklarna är äldst och att den senare forskningen grundar sig i dessa kan tyda på att materialet är stabilt och varit hållbart över tid. Artiklarna grundar sig i länder där snarlik sjukvård utövas, vilket tyder på att trots geografisk variation föreligger samma problematik och detta skapar ett bredare, internationellt perspektiv (Kristensson, 2014).

I litteraturstudien stärks begreppet *verifierbarhet* med en utgångspunkt i tidigare data, tolkningar och resultat av data kan verifieras i större utsträckning. Att de analyserade artiklarna återger citat kan även vara en indikator på förstärkt *verifierbarhet* av de inkluderade artiklarna. *Giltighet* är det sistnämnda begreppet och utgår ifrån materialets hållbarhet över tid och materialets stabilitet. En relevant aspekt av giltighet är även att tydligt visa och beskriva när datainsamlingen skett. Litteraturstudien grundar sig på artiklar som är publicerade mellan 2006–2021 och datan som beskrivs i studien är även återkommande i studierna som analyserats, detta tyder på en stark giltighet (Kristensson, 2014).

CINAHL och PubMed inriktar sig på omvårdnad- och medicinrelaterade artiklar.

Trovärdigheten stärktes genom att två databaser använts (Kristensson, 2014; Willman et al. 2016). Initialt övervägdes att PsycInfo skulle användas men då dess fokus främst är inom psykologi exkluderades denna databas.

Vi valde att inkludera artiklar av medelhög och hög kvalitet eftersom fynden som rapporterats i dessa fångat fenomenet som avsågs studeras. Nackdelen med att inkludera artiklar av medel kvalitet är om dess urvalsgrupper inte stämmer överens med litteraturstudiens syfte kan exempelvis överförbarheten minska då resultatet kan färgas av andra urvalsgrupper (Friberg, 2016). I tre av elva studier belyses även erfarenheter av icke-patienter, exempelvis vårdpersonal, eller andra trauman än fysiska. Resultat relaterat till dessa urvalsgrupper inkluderades inte i litteraturstudien. I studierna av Tutton et al. (2008; 2012) inkluderas vårdpersonal men denna resultatdel exkluderades i föreliggande studie av författarna då fokus ligger på patienternas erfarenheter av omvårdnaden. I Reeves och Humphreys (2018) är det olika trauman som patienterna varit med om, inte endast inom den fysiska aspekten, och de delar som använts i denna litteraturstudie går att koppla till vårdpersonalens omvårdnad av patienter med fysiskt trauma.

Majoriteten av granskade studier har haft över 15 deltagare, vilket lett till fler fynd av olika erfarenheter, som tillsammans med att alla inkluderade studier var kvalitativa, lett till en djupare förståelse kring de positiva och negativa erfarenheterna. I denna litteraturstudie har elva artiklar använts och enligt Willman och Stoltz (2017) rekommenderas att litteraturstudier använder sig av åtminstone tio artiklar för att uppnå ett trovärdigt resultat. Eftersom studierna är på engelska kan viss missuppfattning ske, detta eftersom en del begrepp och ord kan misstolkas och därmed översättas felaktigt utifrån föreliggande språkkunskaper. Författarna diskuterade därmed ord och begrepp som uppfattades svåra, för att komma fram till gemensamma slutsatser.

Om större expertis inom trauma förelegat hos författarna och ingen begränsning av antalet artiklar förelegat hade fler sökningar i fler databaser kunnat göras. Fler sökningar hade gett fler träffresultat vilket hade påverkat antalet inkluderade artiklar och därmed resultatet. Om begränsningarna inte funnits det möjligt att syftet kunnat besvaras i större utsträckning. Trots detta skapar litteraturstudien en inblick i valt problemområde.

Diskussion av framtaget resultat

För att sjuksköterskan i sin omvårdnad av traumapatienter ska kunna utföra vård på bästa möjliga sätt är det viktigt att förstå patienternas upplevelser och behov. Litteraturstudien belyser både positiva och negativa erfarenheter patienterna haft under omvårdnaden. Tillsammans bildas ett helhetsperspektiv på patienternas behov och önskemål. De positiva erfarenheterna patienterna haft visar på vad som fungerar och vad man bör fortsätta med och de negativa erfarenheterna visar på en förbättringspotential inom sjuksköterskans omvårdnad och förhållningssätt. Resultaten kommer att diskuteras i relation till vald teori och tidigare forskning.

Betydelsen av god kommunikation mellan patient och sjuksköterska

Tidigare forskning inom fysiskt trauma belyser vikten av fokus på patienters erfarenheter och att trygghet skapas genom god kommunikation (Blissitt, 2006; Nyström, 2002; Suserud et al.,

2003). Detta stärks även i studien av Griffiths och Jordan (1998) där patienterna rapporterade missnöje vid bristfällig information. Föreliggande litteraturstudie lyfter patienters egna erfarenheter, där bland annat vikten av ömsesidig kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten behöver finnas och känslor som uppstår vid bristfällig information. Detta kan återkopplas till Travelbees omvårdnadsteori där kommunikation, människan, livets mening, lidandet och mänskliga relationer är i fokus. Varje individ är unik och upplever lidande annorlunda, under detta skede är det viktigt att informationen till och från patienten anpassas utifrån behov (Kirkevold, 2000; Travelbee, 1971). Kommunikation är enligt Travelbee sjuksköterskans viktigaste verktyg och kan ske på olika sätt, verbal eller icke-verbal, vilket anpassas till patienten så dennes förståelse blir möjlig, vilket även lyfts i artiklar som ingår i föreliggande uppsats (Braaf et al., 2018; Franzén et al., 2006; Skene et al., 2017; Kellezi et al., 2020). Att skapa förutsättningar för kommunikation är viktigt eftersom det ligger till grund för hela vårdmötet som ska ingjuta trygghet och medmänsklighet. Detta kan ske genom att sjuksköterskan ger patienten väsentlig information, utöver detta är det av vikt att lyssna på patientens behov, ha kontinuitet, medömkan, tröst, respekt och ett humoristiskt förhållningssätt (Doohan & Saveman, 2015; Franzén et al., 2006; Skene et al., 2017; Reeves & Humphreys, 2018; Tutton et al., 2008; Tutton et al., 2012; Visser, 2021; Wiman et al., 2007).

I Reeves och Humphreys artikel (2018) framgick även vikten av sjuksköterskans förståelse av patientens strategier för att öka sin kunskap och därigenom minska de kunskapsklyftor som finns mellan de två parterna. För en sjuksköterska är det essentiellt att skapa sig en grundförståelse för patientens kunskap, så informationen kan individanpassas och patientens självbestämmande uppmuntras. Enligt SKL (2018) kan en förståelse för patienten bidra till fokus på individen och dess självbestämmande, som återfinns i personcentrerad vård, där sjuksköterskan ska stärka patientens autonomi för att kunna utföra god omvårdnad.

Bristfällig kommunikation lyfts i studierna och upplevdes av patienter som negativt, detta ledde till missnöje och besvikelse över vården. Känslor av rädsla, kontrollförlust och osäkerheter om framtiden relateras till bristfällig kommunikation (Franzén et al., 2006; Kellezi et al., 2020; Skene et al., 2017; Visser, 2021; Wiman et al., 2007). Sjuksköterskan

behöver förstå patienten, men patienten måste också förstå sjuksköterskan och genom förståelse uppstår en ömsesidig medmänsklig relation (Travelbee, 1971). Traumapatienter har ett stort behov av kommunikation och information i de stödjande åtgärderna som bör erbjudas och ingå i sjuksköterskans omvårdnadsarbete, allt detta kan således leda till förebyggandet av psykiska konsekvenser (Socialstyrelsen, 2018).

Patientens egen upplevelse av lidandet är viktigt att utröna, så att inte utgångspunkten endast är sjuksköterskans upplevelse. Om kommunikationen är bristfällig kan det förstärka patientens känslor av ensamhet och isolering (Travelbee, 1971). Bristfällig kommunikation lyfts i studierna och indikerar förbättringspotential genom att en sjuksköterska alltid bör vara medveten om vad bristfällig information kan leda till. Det är i synnerhet lämpligt att därmed eftersträva så god kommunikation som möjligt för att förebygga negativa känslor (Elmqvist et al., 2008; Elmqvist et al., 2012; Socialstyrelsen, 2018).

Främjandet av individen bakom sjukdomen

Tidigare forskning inom fysiskt trauma har lyft att patienters erfarenheter inte uppmärksammas och det därför var av stor vikt att framtida forskning inkluderar detta perspektiv (Griffiths & Jordan, 1998; Nyström, 2002). Det denna litteraturstudie gjort är att fokusera på patienternas erfarenheter och sett att individen behöver främjas, exempelvis genom att sjuksköterskan behöver se individen bakom sjukdomen och att empati och respekt är egenskaper en sjuksköterska bör besitta (SKL, 2018; Svensk Sjuksköterskeförening, 2019).

För att främja individen ska det föreligga en positiv relation mellan personal och patient, det ska finnas tillräckligt med tid för att anpassa den generella omvårdnaden utifrån patientens behov och krav. Genom detta förstärks patientens autonomi och kontroll (Kellezi et al., 2020; Reeves & Humphreys, 2018). Att genomföra procedurer och ge fysisk omvårdnad är minst lika relevant som kommunikation (Travelbee, 1971). Detta går att koppla till omvårdnad där personcentrerad vård är ett förhållningssätt som kan främja individen och patientens delaktighet under hela vårdprocessen (Kristensson Uggla, 2020). Sjuksköterskan ska kunna se patienten bakom dess sjukdom för att kunna främja individen. Genom detta får sjuksköterskan

patientens egen uppfattning av sin sjukdom och vården centreras kring personen och inte endast sjukdomen (Travelbee, 1971).

Patienternas känsla av sammanhang och trygghet förstärktes inför återhämtningen när de fick kommunicera med andra traumapatienter. Detta kan sjuksköterskan använda sig av vid omvårdnaden av traumapatienter då det visat på positiva effekter som kan hjälpa patienterna i deras återhämtning (Tutton et al., 2008; 2012). Doohan och Savemans artikel (2015) styrker detta påstående genom att belysa patienters negativa känslor, såsom ensamhet och utelämnande, om kommunikationen inte möjliggjordes (Doohan & Saveman, 2015). Att patienten kan skapa en förståelse om hur den ska bemästra sitt lidande och hitta mening i lidandet leder till en möjlighet för självutveckling. Det framkommer även att sjuksköterskan ska förhålla sig till patientens upplevelse av lidande och sjukdom, inte diagnos eller sjuksköterskans egna tidigare erfarenheter. Genom att visa empati för patienten kan en förförståelse för lidandet få en grund och en eftersträvad mellanmänsklig relation därefter påbyggas (Travelbee, 1971). Trots att empati är en egenskap sjuksköterskan bör visa kan även patienten ta initiativet och söka sjuksköterskans empati, då det kan spela en stor roll i patientens återhämtning efter ett trauma.

När en och samma vårdgivare gav vård, istället för olika vårdgivare varje gång, uppstod positiva känslor som trygghet hos patienter och därmed kunde även relationen främjas då sjuksköterska och patient bekantade sig med och lärde känna varandra (Kellezi et al., 2020; Skene et al., 2017; Tutton et al., 2008; Wiman et al., 2007). Att lära känna sin patient är en stor del i vårdmötet och genom kontinuitet möjliggörs relationen ytterligare (Travelbee, 1971; Wolf & Carlström, 2020).

För att patienterna och sjuksköterskan ska förstå vad de har att förvänta sig kan kort- och långsiktiga mål sättas och diskuteras löpande under vårdprocessen. Journalföring är i synnerhet viktigt för att patienten inte ska känna irritation över att återupprepa sig gällande redan tagna beslut och mål som nåtts (Kellezi et al., 2020; Sandström et al., 2019; Tutton et al., 2012; Visser, 2021). En kontinuitet i dokumentationen kan möjliggöra att personcentrerad vård tillämpas och relationen byggs vidare, istället för att ständigt raseras och byggas upp på

nytt vid varje möte med en ny vårdgivare (Ekman et al., 2011; Lindström Kjellberg & Hög, 2020).

Studierna framhävde dessutom när sjuksköterskans omvårdnad var bristfällig, genom brist på empati och respekt som resulterade i att individen inte främjades i enlighet med personcentrerad vård (Ekman et al., 2020; SKL, 2018; Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Grunden låg i stressad vårdpersonal och till följd av detta uppstod hos patienterna känslor av övergivenhet (Doohan & Saveman, 2015; Franzén et al., 2006; Kellezi et al., 2020; Sandström et al., 2019; Visser, 2021). Travelbee (1971) hävdar att en mellanmänsklig relation inte kan skapas mellan patient och sjuksköterska om empati, respekt och tid inte prioriteras i omvårdnaden, vilket också uttrycks av SKL (2018) och Svensk Sjuksköterskeförening (2010; 2019).

Förutsättningar för en hoppfull framtid

I tidigare forskning framkommer det att patientens erfarenheter sällan blivit studerade. Forskarna har därför belyst vikten av att framtida forskning behöver studera patientens erfarenheter om den upplevda vården (Griffiths & Jordan, 1998; Kitson, 1994). Patienterna lyfte önskemål om att i framtiden kunna återgå till ett normalt liv, patienterna belyste även att personliga egenskaper hos sjuksköterskorna som de blev vårdade av stärkte deras förmåga att hantera oro, smärta och ångest (Griffiths & Jordan, 1998; Kitson, 1994). Denna litteraturstudie är en påbyggnad av patienters erfarenheter, exempelvis kring vad de anser kan hjälpa eller stjälpas deras syn på en hoppfull framtid.

Travelbee beskriver inte uttryckligen att god vård garanterar en hoppfull framtid, men om de fem faser hon förespråkar följs förebygger det ytterligare lidande (Travelbee, 1971). I praktiken ter sig detta genom professionellt bemötande från sjuksköterskan som i sin tur kan uppmuntra patienten till reflektion av traumat. Genom att patienten uppmuntrades under vårdtillfället och även fick möjlighet att reflektera under vårdtillfället skapades en förstärkt tillit för vården och även positivt hopp inför framtiden (Kellezi et al., 2020; Skene et al., 2017; Tutton et al., 2012; Visser et al., 2021).

Trots att den traumatiska händelsen är livsomvälvande behöver detta inte uttryckligen resultera i negativa konsekvenser för patienten. Studierna lyfter att ett gott vårdmöte i samband med traumat kunde leda till hopp inför framtiden för vissa patienter, och reflektion visade ge upphov till att värdesätta livet ytterligare och mentalt förbereda dem för framtida umbäranden. De patienter som överlevde en nära-döden-upplevelse kunde känna en nyvunnen livslust efter att de sett döden i vitögat (Braaf et al., 2018; Skene et al., 2017; Tutton et al., 2012). Att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt har visat positiva effekter för återhämtningen. Det kan således vara lämpligt att den vård som erbjuds inger förtroende och trygghet. Personcentrerad vård baseras på patientens behov och önskemål och bör prioriteras för att främja goda framtidsutsikter vilket minskar de fysiska-, psykiska- och sociala svårigheter som patienten kan uppleva (Kristensson Uggla, 2020; SKL, 2018; Svensk Sjuksköterskeförening, 2019).

För patienter kunde känslor av osäkerhet, frustration och tvivel härledas till en dålig upplevelse av utskrivningsprocessen och vårdpersonalens bemötande. Detta kunde kopplas till försämrad återhämtning efter det somatiska vårdtillfället. De fysiska-, psykiska och sociala svårigheterna till följd av vårdpersonalens bristande omhändertagande kunde kopplas till fortsatt smärtproblematik, kognitiv nedsättning eller PTSD-symtom och familjerelaterade problem (Doohan & Saveman, 2015; Franzén et al., 2006; Skene et al., 2017; Tutton et al., 2012; Visser et al., 2021). Sjuksköterskan bör besitta kompetenser som omfattar hantering av psykiska, fysiska och sociala svårigheter som patienter kan uppleva under återhämtningen. Detta är relevant eftersom en konsekvens av trauma kan vara depression, PTSD eller andra psykiska besvär. Att informera patienter om de svårigheter som kan upplevas och även erbjuda hjälp innan de upplevs är därmed viktigt i ett förebyggande syfte (American Psychiatric Association, 2013).

Att patienten ska återintegreras till det vardagliga livet är en stor del av vad sjuksköterskan ska sträva efter. Det framkommer att patienter var oroliga och osäkra inför framtiden och detta kunde härledas dels till traumat och dels till vårdprocessen (Franzén et al., 2006; Skene et al., 2017; Tutton et al., 2012; Visser et al., 2021). Det råder visst tvivel om hur hopp inför framtiden ska förmedlas, falskt hopp behöver nödvändigtvis inte vara negativt, då det kan

främja patienten i den akuta återhämtningsfasen men det kan vara lämpligt att som vårdgivare veta när falskt hopp ska och inte ska ges till patienter och att överväga risk mot nytta (Tutton et al., 2012). När skedet inte längre är akut påbörjas bearbetningsfasen, denna grundar sig på förutsättningar och hopp som erhållits från exempelvis sjuksköterskan. Det är avgörande att ha kunskap om vad som kommuniceras i de akuta faserna eftersom det kan påverka hur de två senare faserna upplevs (Cullberg, 2006). Felaktig information och falskt hopp är inte synonymt. Sandström et al. (2019) lyfter att patienter som erhållit felaktig information angående sin återhämtning drabbas negativt. De negativa konsekvenserna av felaktig information kan medföra störningsmoment i Cullbergs (2006) bearbetningsfas och nyorienteringsfas.

Som tidigare nämnt är det inte endast den traumatiska händelsen som kan medföra svårigheter för patienter, då bristfällig vård ibland kunde medföra större negativa konsekvenser och negativa minnen än själva händelsen (Doohan & Saveman, 2015; Franzén et al., 2006; Tutton et al., 2012). Detta kan förebyggas genom att vården personcentreras så bra som möjligt där individen främjas och får vara delaktig (Ekman et al., 2011; SKL, 2018).

Slutsats och kliniska implikationer

Denna uppsats grundar sig i tidigare kvalitativ forskning och kan användas för att öka förståelsen för vilken omvårdnad som kan prioriteras vid trauma, genom att ha en förståelse för patienters erfarenheter, både positiva och negativa kan sjuksköterskan snabbt anpassa sig vid omhändertagandet av dessa patienter. Ytterligare framtida forskning kommer behövas, då vår litteraturstudie inte lyfter fram alla typer av trauma och erfarenheter en patient kan ha om sjuksköterskans omvårdnad. Resultaten som framkommit i litteraturstudien tyder på att kommunikationsbrist, i form av bland annat otillräcklig eller icke-individanpassad information, har en stor betydelse för hur patienten upplever erhållen vården. Förutom kommunikationsbrist lyfts även behov om att främjas som individ genom en personcentring av vården och önskemål om att kunna återgå till ett normalt vardagligt liv genom hopp och goda förutsättningar under vårdtillfället. Sjuksköterskan måste vara kompetent inom den fysiska och psykiska omvårdnaden och även kunna anpassa vården utifrån patientens behov

och önskemål. En klinisk implikation är om sjuksköterskan inte har kunskap om eller försöker förstå patienternas erfarenheter kan en erosion av kommunikation, individfrämjande och förutsättningar för en hoppfull framtid smula sönder de grundpelare sjuksköterskan står på, vilket kan resultera i att patienten blir lidande.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har jämlikt fördelat arbetsbördan under uppsatsens gång. Med lika stort engagemang och ansvar har kandidatuppsatsen skrivits och artiklar granskats. Fördelningen av arbetet har lett till ömsesidiga diskussioner av framtaget material där en opartisk slutsats uppnåtts.

Referenser

Referenser markerade med * ingår i analysen.

American College of Surgeons Committee on Trauma (2018). *ATLS: advanced trauma life support: student course manual*. (10. uppl.). American College of Surgeons
http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia_/wp-content/uploads/2018/07/Advanced-Trauma-Life-Support.pdf

American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5*. (5. uppl.). American Psychiatric Association

American Psychological Association (2019). Summary of the clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The American psychologist*, 74(5), 596–607. <https://doi.org/10.1037/amp0000473>

Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet*. (2. uppl.). Liber.

Baker, S. P., & O'Neill, B. (1976). The injury severity score: an update. *The Journal of trauma*, 16(11), 882–885. <https://doi.org/10.1097/00005373-197611000-00006>

Blissitt, P. A. (2006). Care of the critically ill patient with penetrating head injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(3), 321–332.
<https://doi.org/10.1016/j.ccell.2006.05.006>

Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170–177.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x>

*Braaf, S., Ameratunga, S., Nunn, A., Christie, N., Teague, W. Judson, R & Gabbe, B. (2018). Patient-identified information and communication needs in the context of major trauma. *BMC Health Services Research*, 18(1):163. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2971-7>

Committee on Medical Aspects of Automotive Safety (1971). Rating the severity of tissue damage. The abbreviated scale. *JAMA*, 215(2), 277–280. <https://doi.org/10.1001/jama.1971.03180150059012>

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling* (5. uppl.). Natur och kultur.

*Doohan, I., & Saveman, B. I. (2015). Need for compassion in prehospital and emergency care: a qualitative study on bus crash survivors' experiences. *International emergency nursing*, 23(2), 115–119. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.08.008>

Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: The patient's first encounter with pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 16, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.04.003>

Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2012a). On a hidden game board: the patient's first encounter with emergency care at the emergency department. *Journal of clinical nursing*, 21(17-18), 2609–2616. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03929.x>

Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2012b). Trapped between doing and being: first providers' experience of "front line" work. *International emergency nursing*, 20(3), 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.07.007>

Ekman, I., & Norberg, A., & Swedberg, K. (2020). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I B. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (s. 69–92). Liber.

Elmqvist, C., Rask, M., Berglund, H. & Bratt, A. (2019). Stöd under och efter akut omhändertagande. I Elmqvist, C. & Almerud Österberg, S. (red.). *Akut omhändertagande av*

trauma: på skadeplats och akutmottagning. (s.181–202). Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, *10*(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Forsman, B., (1997). *Forskningsetik – En introduktion*. Studentlitteratur

Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care - a phenomenographic analysis of caregivers' conceptions. *Journal of clinical nursing*, *18*(18), 2555–2562. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02477.x>

*Franzén, C., Björnstig, U., & Jansson, L. (2006). Injured in traffic: experiences of care and rehabilitation. *Accident and emergency nursing*, *14*(2), 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2006.01.003>

Friberg, F. (2017). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 83–96). Studentlitteratur

Friedman M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next. *Journal of traumatic stress*, *26*(5), 548–556. <https://doi.org/10.1002/jts.21840>

Granskär, M., & Höglund Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom Hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur

Griffen, M. M., & Frykberg, E. R. (2008). CHAPTER 64 – UPPER EXTREMITY VASCULAR TRAUMA. I Asensio, J. A. & Trunkey, D.D. *Current Therapy of Trauma and*

Surgical Critical Care, (2. uppl.) 477–484.

<https://clinicalgate.com/upper-extremity-vascular-trauma/>

Griffiths, H., & Jordan, S. (1998). Thinking of the future and walking back to normal: an exploratory study of patients' experiences during recovery from lower limb fracture. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1276–1288. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00847.x>

Holmberg, M. & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service. *International Journal of Qualitative Studies in Nursing*, 4(3), 125-131.

<https://doi.org/10.3402/qhw.v5i2.5098>

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*.

https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

*Kellezi, B., Earthy, S., Slaney, J., Beckett, K., Barnes, J., Christie, N., Horsley, D., Jones, T., & Kendrick, D. (2020). What can trauma patients' experiences and perspectives tell us about the perceived quality of trauma care? a qualitative study set within the UK National Health Service. *Injury*, 51(5), 1231–1237. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2020.02.063>

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2. uppl.).

Studentlitteratur.

Kitson A. (1994). Post-operative pain management: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 3(1), 7–18. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1994.tb00353.x>

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

Kristensson Ugglå, B. (2020). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård. I B. Ekman (Red.), *Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (s. 21–62). Liber.

Lindström Kjellberg, I., & Hök, J. (2020). Från att tro att man vet till att faktiskt göra det - att gå mot en personcentrerad vårdprocess. I B. Ekman (Red.), *Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (s. 97–113). Liber.

MacKenzie, E. J., Rivara, F. P., Jurkovich, G. J., Nathens, A. B., Frey, K. P., Egleston, B. L., Salkever, D. S., & Scharfstein, D. O. (2006). A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. *The New England Journal of Medicine*, 354(4), 366–378. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa052049>

National Institute of General Medical Sciences [NIGMS]. (2018). *Physical trauma*. <https://www.nigms.nih.gov/education/Documents/PhysicalTrauma.pdf>

North, C. S., Surís, A. M., Smith, R. P., & King, R. V. (2016). The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 28(3), 197–208. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27490836/>

Nyström M. (2002). Inadequate nursing care in an emergency care unit in Sweden. Lack of a holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 20(4), 403–417. <https://doi.org/10.1177/089801002237595>

Payne-James, J. & Byard, R. (2016). *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine (Second Edition)*. Elsevier

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice* (9. uppl.). Wolters Kluwer

*Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2018). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1170–1182.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14152>

Richmond, T. S., & Aitken, L. M. (2011). A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2741–2753.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2648.2011.05749.x>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (2. uppl.).
Studentlitteratur

*Sandström, L., Engström, Å., Nilsson, C., & Juuso, P. (2019). Experiences of suffering multiple trauma: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 54, 1–6.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.iccn.2019.07.006>

Simon, L. V., Lopez, R. A. & King, K. C. (2021). Blunt Force Trauma. *Statpearls publishing*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470338/>

*Skene, I., Pott, J., & McKeown, E. (2017). Patients' experience of trauma care in the emergency department of a major trauma centre in the UK. *International emergency nursing*, 35, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.02.005>

Socialstyrelsen. (2015a). *Traumavård vid allvarlig händelse*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-11-5.pdf#page7>

Socialstyrelsen. (2015b). *Prehospital traumavård – Delprojekt till Socialstyrelsens regeringsuppdrag, att utarbeta ett planeringsunderlag för traumavård*
<https://rcsyd.se/swetrau/wp-content/uploads/sites/10/2015/12/Prehospital-Traumav%C3%A5rd-Slutversion-2015-02-262.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Krisstöd vid allvarlig händelse*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-10-9.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Statistik om dödsorsaker år 2020*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-6-7453.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). *Insatser för att förebygga och behandla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos barn och vuxna samt hos flyktingar och asylsökanden*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/tema-ptsd/>

Stenlund, A. (2016). *Akutsjukvård*. Gleerup

Suserud, B-O. & Bruce, K. (2003). Ambulance nursing. Part three. *Emergency Nurse*, 11(2), 16-21. <https://doi.org/10.7748/en.11.2.16.s18>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad Vård*. Svensk sjuksköterskeförening. <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening.

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuks%3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Socialstyrelsen. Svensk sjuksköterskeförening.

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuks%3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Personcentrerad vård - en kärnkompetens för god och säker vård*. Svensk sjuksköterskeförening.

https://www.researchgate.net/profile/Paul-De-Roos/publication/331838345_Personcentrerad_

vard_-_en_karnkompetens_for_god_och_saker_vard_del_3_i_karnkompetens_publication_serien/links/5c8f95c145851564fae5097a/Personcentrerad-vard-en-kaernkompetens-foer-god-och-h-saeker-vard-del-3-i-kaernkompetens-publication-serien.pdf

Svenska akademiens ordbok. (1938). *Kris*.

https://www.saob.se/artikel/?unik=K_2633-0268.WA8y-0001

Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Personcentrerad vård i Sverige*.

<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-631-5.pdf>

SweTrau. (2015). *Traumavård på akutmottagning och inom slutenvård*.

<https://rcsyd.se/swetrau/wp-content/uploads/sites/10/2015/12/Traumautredning-sammanst%C3%A4llning-sjukhusv%C3%A5rd-2015.pdf>

SweTrau. (2021). *Årsrapport 2020*.

<https://rcsyd.se/swetrau/wp-content/uploads/sites/10/2021/09/Arssrapport-SweTrau-2020.pdf>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. uppl.). Davis.

*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.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04471.x>

*Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2012). Hope in orthopaedic trauma: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 49(7), 872–879.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.013>

Van der Kolk, B. (2021). *Kroppen håller räkningen: hjärna, sinne och kropp vid läkning efter psykiskt trauma*. Akademins förlag.

*Visser, E., Den Oudsten, B. L., Traa, M. J., Gosens, T. & De Vries, J. (2021). Patients' experiences and wellbeing after injury: A focus group study. *PLoS One*. 16(1).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245198>

Willman, A., & Stoltz, P. (2017). Metasyntes. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl.). Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3. uppl.). Studentlitteratur.

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

*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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.014>

Wolf, C., & Carlström, E. (2020). Förutsättningar för omställning till personcentrerad vård-ledarskap, medarbetarskap och organisation. I B. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (s. 113–126). Liber.

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf

World Health Organization. (2021). *Injuries and violence*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>

World Medical Association. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (4), 373–374. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268312>

Bilaga 1 (1)

Författare, Årtal, Land, Titel	Syfte och problem	Metod och ansats	Studiegrupp och urval	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning Grad I = Bra Grad II = Medel
Braaf, S., Ameratunga, S., Nunn, A., Christie, N., Teague, W., Judson, R. & Gabbe, B., 2018, Australien, Patient-identified information and communication needs in the context of major trauma	Se vad allvarligt skadade patienters upplevelse av informationshantering och kommunikation med vårdpersonalen	Kvalitativ studie och semistrukturerade telefonintervjuer tre år efter en traumatisk skada	Totalt 75 intervjuer och traumapatienter som återfunnits i Victorian State Trauma Registry [VSTR] 1 juli 2011 – 30 juni 2012	Informationen och sättet det framfördes från vårdpersonalen var bra enligt patienterna, dock önskade patienterna ännu mer information. Något annat som uppskattades var när sjuksköterskorna tog sig tid för att stötta patienten för att förbättra kommunikationen	Grad I
Doohan, I & Saveman, B., 2015, Sverige, Need for compassion in prehospital and emergency care: A qualitative study on bus	Att lyfta patienternas erfarenheter av prehospital- och akutvård fem år efter en bussolycka	Kvalitativ studie med semistrukturerade telefonintervjuer fem år efter bussolyckan	Totalt 54 deltagare som överlevt en bussolycka, varav 33 män och 21 kvinnor mellan åldrarna 23–69 år	Då vissa pekar på positiva erfarenheter, då vårdpersonalen agerat professionellt, men resultatet visar i mestadels negativa erfarenheter kopplade till stressad	Grad I

crash survivor's experiences				vårdpersonal med avsaknad av empati	
Franzén, C., Björnstig, U., & Jansson, L., 2006, Sverige. Injured in traffic: experiences of care and rehabilitation	Belysa och beskriva erfarenheter från patienter som erhållit vård i samband med trafikolycka	Kvalitativ ansats med intervjuer, deltagarna i studien beskrev erfarenheterna och det de upplevt på platsen av olycka, prehospitalt och inom somatiken.	Studien utgick från nio deltagare, en man och åtta kvinnor, åldern varierade från 19-70 år.	Fyra teman framkom och dessa omfattade det initiala skedet, brister och känslor av trygghet och förtroende för vården och återgången till vardagen.	Grad I
Kellezi, B., Earthy, S., Slaney, J., Beckett, K., Barnes, J., Christie, N., Horsley, D., Jones, T. & Kendrick D., 2020, Storbritannien, What can traumapatients' experiences and perspectives tell us about the perceived quality of trauma care? A qualitative	Att beskriva det generella omvårdnadsbehovet vid trauma och därefter belysa vad som var positivt samt negativt, utifrån patienters upplevelse.	Kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer där fokus var att beskriva omvårdnad vid trauma	Studien bestod av 24 kvinnor och 21 män där åldern varierade från 18-70 år.	Studien belyser de positiva samt negativa erfarenheter patienter som ingått inom traumavård har haft. Deltagarna lyfte vikten av professionalitet, kompetens och medmänsklighet.	Grad I

study set within the UK National Health Service.					
Reeves, E. A., Humphreys, J. C., 2018, USA, Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence	Utveckla kunskap om erfarenheter och strategier från kvinnor som överlevt traumatiska situationer	Kvalitativ studie med frågeformulär och semistrukturerade intervjuer med uppföljningsfrågor baserade på den deltagandes svar	Totalt 14 kvinnliga deltagare, varav 13 rekryterats genom Craigslist, över 21 år, talade engelska och hade blivit utsatta för fysiskt, sexuellt eller emotionellt trauma	Studiens deltagare hade varit utsatta för ett brett spektrum av trauma, från sexuellt utnyttjande som barn eller från en partner till trafikolyckor. Multipla trauman komplicerade senare sjukvårdserfarenheter. Deltagarna beskrev strategier de använde för att förbereda, navigera och återhämta sig efter ett sjukvårdsbesök	Grad II
Sandström, L., Engström, Å., Nilsson, C. & Juuso, P., 2019, Sverige, Experiences of suffering multiple trauma: A qualitative study	Försök att förstärka sjukvårdspersonalens förmåga att förutse och behandla de behov patienter med multipla trauman har.	Kvalitativ beskrivande studie med individuella semistrukturerade intervjuer med uppföljningsfrågor för att förtydliga den deltagandes svar	Totalt nio deltagare, mellan 21–81 år och hade varit utsatta för multipla trauman	Ett tema framkom, <i>En omväg i livet</i> , med underkategorierna, <i>vilsekommen</i> , <i>försök att återuppbygga sitt liv</i> och <i>hantera återvändsgränder under rehabiliteringen</i> . Det övergripande resultatet av detta var att deltagarna inte visste vad de hade att	Grad I

				fövänta sig av sin rehabilitering och en brist på förståelse och vägledning från vårdpersonalen.	
Skene, I., Pott, J. & McKeown, E., 2017, Storbritannien. Patients' experience of trauma care in the emergency department of a major trauma centre in the UK	Att lyfta vad patienter som behandlas för trauma har för behov och vad som brister i vården	Kvalitativ studie utifrån semistrukturerade intervjuer, ansatserna transkriberades och analyserades tematiskt	Studien bestod av 13 deltagare som utsatts för fysiskt trauma, 5 kvinnor och 8 män som var mellan 23–79 år intervjuades	Studien visar att medkänsla och kompetent vård främjar trygghet och förtroende för vården och även för patientens rehabilitering. Deltagarna upplevde att mycket närvaro och även god kommunikation från vårdpersonalen bidrog till en försäkran om att allt skulle bli bra.	Grad I
Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D., 2008, England. Professional nursing culture on a trauma unit: experiences of patients and staff	Utforska patienters behov efter traumatisk skada och inläggning på traumaenhet.	Kvalitativ studie utifrån intervjuer och observation av fokusgrupp.	Totalt 40 patienter deltog, 19 av dessa män och 21 kvinnor i åldern 23-99 år, dessutom deltog 19 av vårdpersonal i studien.	Vikten av kompetent vårdpersonal och stödet som erhålls under vårdperioden. Fokus på trygghet, empati, kommunikation och känslomässigt stöd.	Grad II

<p>Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. 2012, England Hope in orthopaedic trauma: A qualitative study</p>	<p>Utforska patienters behov och känslor av hopp efter ortopedisk traumatisk skada och även sjukvårdspersonalens syn på traumaenheten.</p>	<p>Kvalitativ studie med djupgående intervjuer och dessutom utifrån två observationsgrupper.</p>	<p>Studien bestod av 20 intervjuade deltagare, tio av dessa var vårdpersonal och tio patienter. 25 deltagare observerades. Det var lika många kvinnor som män mellan 17-90 år i patientgruppen som intervjuades.</p>	<p>Patienter betonade vikten av god information och även hoppfullheten vårdpersonalen ingjuttit i rehabiliteringen av patienter.</p>	<p>Grad II</p>
<p>Visser, E., Den Oudsten, B. L., Traa, M. J., Gosens, T. & De Vries, J., 2021, Nederländerna, Patients' experiences and wellbeing after injury: A focus group study</p>	<p>Utforska traumapatienters upplevelser av vårdpersonalens omhändertagande och de efterföljande konsekvenserna. Dessutom positiva och negativa faktorer för en patients förståelse och återhämtning</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie med öppna frågor</p>	<p>Totalt 28 deltagare över 18 år som behandlats för ett trauma</p>	<p>Att vårdpersonalen kan främja individen genom att visa engagemang i vårdprocessen och ge information hur återhämtningsprocessen kan underlättas. Indelning i fysiska, psykiska och sociala svårigheter kunde ses hos deltagarna under återhämtningsprocessen</p>	<p>Grad I</p>

				<p>efter ett trauma. Vikten av att vårdpersonalen har kunskap inom dessa områden och förmedlade dessa kunde hjälpa patienterna att förbereda sig inför återhämtningen</p>	
<p>Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E., 2007, Sverige. Trauma patients' encounters with the team in the emergency department -- a qualitative study</p>	<p>Att belysa upplevelser och erfarenheter av traumapatienter på akutmottagning</p>	<p>Kvalitativ studie genom semistrukturerade intervjuer, öppna frågor.</p>	<p>Studien bestod av 23 deltagare som utsatts för fysiskt trauma, utgår ifrån 12 män och 11 kvinnor som var mellan 19-71 år gamla.</p>	<p>Patienter belyser behovet av god kommunikation och kände brister i kommunikation efter det akuta omhändertagandet. Studieggruppen hävdar att medmänsklighet och professionellt förhållningssätt uppkommit. Önskade mer närvaro vid de senare faserna av vård.</p>	<p>Grad I</p>