



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Patienters upplevelse av traumaomhändertagande inom akutsjukvård

En systematisk litteraturöversikt

Patients experiences of trauma care in an emergency setting

A systematic review

Författare: Emilia Jelk & Sarah Pontén

Handledare: Eva Åkerman

Magisteruppsats

Hösten 2023

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

## Abstrakt

**Bakgrund:** Trauma är en av de ledande orsakerna till mortalitet och morbiditet världen över. Personal som arbetar inom akutsjukvård hamnar ofta i situationer där de tar hand om denna patientgrupp utan att veta allt som hänt. Livshotande skador behövs åtgärdas på minimalt med tid och fokus läggs sällan på patientens psykiska och emotionella mående.

**Syfte:** Att beskriva patienters upplevelser av traumaomhändertagandet inom akutsjukvård.

**Metod:** Systematisk litteraturöversikt som formulerar en metasyntes.

**Resultat:** Tolv artiklar inkluderades. Åtta andra nivåns teman delades in i två huvudteman; positiva och negativa upplevelser vid traumaomhändertagande. Positiva upplevelser innefattade känslor av delaktighet, trygghet, välfungerande kommunikation och personalens kompetens. Negativa upplevelser innebar att känna sig ensam, ignorerad, fysiska obehag och otillräcklig information.

**Konklusion:** Starka händelser genererar starka känslor. Att patienten känner sig sedd, delaktig och får rätt information är nästan lika viktigt som ett snabbt och effektivt fysiskt omhändertagande.

## Nyckelord

Patientupplevelse, traumaomhändertagande, akutsjukvård, systematisk litteraturöversikt

# Innehållsförteckning

Problemområde .....	5
Bakgrund .....	5
Akutsjukvård.....	5
Trauma .....	6
Trauma i världen.....	6
Initialt traumaomhändertagande .....	7
Psykologiska effekter vid trauma .....	8
Personcentrerad vård .....	9
Perspektiv och utgångspunkter .....	9
Vårdetik.....	10
Syfte .....	11
Metod .....	11
Urval .....	11
Datainsamling .....	11
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar.....	15
Resultat.....	15
Positiva upplevelser med traumaomhändertagande .....	15
Bemötande och delaktighet .....	15
Trygghet och välbefinnande .....	16
Välfungerande kommunikation .....	16
Personalens kompetens.....	17
Negativa upplevelser av traumaomhändertagande.....	17
Utelämnad och övergiven.....	17
Rädsla och ensamhet .....	18
Fysiska obehag .....	19
Otillräcklig information.....	20
Diskussion .....	21
Metoddiskussion .....	21
Förförståelse .....	22
Resultatdiskussion.....	23
Konklusion och implikationer .....	28
Referenser.....	29
Bilaga 1 (3).....	39

Bilaga 2 (3).....	42
Bilaga 3 (3).....	46

## **Problemområde**

Trauma är en av de mest utbredda orsakerna till dödsfall över hela världen och påverkar livskvaliteten både fysiskt och psykiskt (Tiel Groenestege-Kreb et al., 2014; World Health Organization [WHO], 2021). När personer drabbas av livshotande trauman, behöver de omhändertas omedelbart och få snabb, effektiv vård för sina fysiologiska skador (Hobgood et al., 2002; Jay, 1996). Den primära fokusen är på behandling av skador men mer kan krävas för en positiv patientupplevelse (Hobgood et al., 2002). Studier har visat att traumapatienter i jämförelse med andra patientgrupper troligtvis har en sämre upplevelse av vården. En orsak kan vara mängden av vårdpersonal i traumateamet som tar hand om patienten (Bentley-Kumar et al., 2016). Tidsaspekten gör att de psykologiska behoven hos dessa individer, som är en väsentlig del av deras totala hälsa, hamnar i skuggan (Jay, 1996). Sjuksköterskor har med sitt omvårdnadsansvar en central roll i att möta patientens individuella behov, inklusive de fysiska, andliga, psykiska och sociala aspekterna av vården (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2023). I en traumakontext är sjuksköterskans förmåga att adressera de psykologiska behoven särskilt viktig. För att lära om individers upplevelser och behov mer än det fysiologiska, är det avgörande att samla in patienternas berättelser (Boet et al., 2012; Henricson & Billhult, 2022). För att kunna omhänderta en traumapatient på bästa sätt krävs kunskap och förståelse för patientens upplevelse. En sammanställning av traumapatienters upplevelser kan ge kunskap till vårdpersonal om hur omhändertagandet kan förbättras och eventuellt utföras med i samråd med patienten.

## **Bakgrund**

### **Akutsjukvård**

Omhändertagande av akut sjuka patienter och personer utsatta för olyckor har funnits i tusentals år, men specialiteten akutsjukvård uppkom som definition först på 1900-talet (Huecker et al., 2022). Akutsjukvård ges till de som drabbas av plötslig sjukdom, skada, eller där en akut försämring sker av grundsjukdomen. Vården kan pågå dygnet runt och definieras

som vård och omvårdnad där behandling eller bedömning inte kan vänta (SSF, 2017). Akutsjukvård bedrivs därför på ett flertal olika sätt inom hela vårdförloppet, på prehospitallnivå i ambulanser eller helikoptrar, intrahospitalt på akutmottagningen, på akuvårdsavdelningar eller inom intensivvård. Akutmottagningen fungerar som en viktig mittpunkt i sjukvården då de agerar gemensamt med till exempel andra sjukhus, vårdcentraler, röntgen, labb, operation, ambulans, avdelningar och mottagningar som finns på det gemensamma sjukhuset (Wikström, 2021). En patient som är utsatt för trauma vandrar ofta genom flertalet av dessa akutinstanser på grund av deras komplexa vårdbehov, som i sin tur kan leda till långa vårdtider (Schmidt & Wilke, 2021; Wake et al., 2020). Genom dessa akutinstanser träffar traumapatienten många olika vårdare, inom eventuellt olika specialiteter, som kan påverka upplevelsen av vårdtillfället (Braaf et al., 2018).

## Trauma

Ordet trauma betyder sår och kommer från det grekiska språket (Schmidt & Wihlke, 2021). Begreppet trauma är ett brett begrepp och kan innefatta både fysiskt och/eller psykiskt trauma. Uttrycket “psykiskt trauma” syftar till emotionell och långvarig smärta utlöst av en tidigare händelse, exempelvis en bilolycka eller att en närstående dör (Cambridge Dictionary, i.d.). När det talas om “fysiskt trauma” handlar det i stället om fysiska skador. Det används som ett samlingsbegrepp för när kroppen blir utsatt för yttre våld, till följd av en olycka eller en attack (Dumovich & Singh, 2022). Trauma kategoriseras inom trubbigt eller penetrerande våld. Trubbigt våld kallas de skador som uppstår när kroppen faller eller kastas mot stillastående objekt alternativt att ett objekt i rörelse träffar kroppen, exempelvis fall eller trafikolyckor. Penetrerande våld är exempelvis skott- eller stickskador. Skadorna kan vara enstaka eller multipla med engagemang i flera organsystem (Dogrul et al., 2020).

### *Trauma i världen*

Trauma är en av de vanligaste dödsorsakerna i världen. Det är även den största orsaken till invaliditet och nedsatt levnadskvalité hos de människor som utsätts (WHO, 2021). I låg- och medelinkomstländer är andelen som högst. Detta är vanligen på grund av en outvecklad infrastruktur med mindre resurser samt att de saknar modern akutsjukvård och operationsmöjligheter. Infrastruktur är viktigt för ökad chans till överlevnad då tiden till vård är kritisk vid livshotande skador. Det är även en viktig förebyggande orsak då frånvaro av hastighetsbegränsningar, tydliga skyltningar och bra vägkvalité leder till fler trafikolyckor

(Shanthakumar et al., 2021). Trauma är den vanligaste dödsorsaken i industriländer under en människas första 40 levnadsår. Det kan även leda till invaliditet och lidande, något som är kostsamt både för staten och den enskilda individen (Svenska traumaregistret, 2023; Tiel Groenestege-Kreb et al., 2014).

Omhändertagandet av en patient utsatt för trauma kan börja redan på prehospital nivå. Därefter transporteras patienten till sjukhus, som regel med akutmottagning som första anhalt var de möts av ett traumateam (Harmsen et al., 2015). Vilka som ingår i ett traumateam skiljer sig mellan länder och kan dessutom skilja sig åt inom länderna. Ett traumateam bör innehålla en akutläkare, anestesiläkare, anesthesjuksköterska, ortoped, sjuksköterska och undersköterska från akutmottagningen samt en kirurg som agerar traumaledare (Tiel Groenestege-Kreb et al., 2014). Det är många personer inom olika kliniker och specialiteter med olika fokus. Därför kan informationen till patienten komma från flera olika håll samtidigt. Detta kan leda till förvirring och oförståelse hos patienten (Wake et al., 2020).

### *Initialt traumaomhändertagande*

Inom traumatologi innebär prehospitalvård undersökning, övervakning och behandling på den plats som skadan inträffat samt under transporten till en fast sjukvårdsinrättning (Harmsen et al., 2015). Under de senaste decennierna har den prehospitala vården genomgått en stor förändring (Lennquist, 2017). På 1980-talet började flera koncept att utvecklas för att minska tid vid omhändertagande genom snabb identifiering av livshotande skador. Koncepten innebär kontinuerlig utbildning och övning bland vårdpersonal för att optimera och effektivisera traumaomhändertagandet (Lennquist & Larsson, 2017; Thim et al., 2012). Några av de utvecklade koncepten är ATLS – Advanced Trauma Life Support (American College of Surgeons, i.d.) och TNCC - Trauma Nursing Core Course (Emergency Nurses Association [ENA], 2007). ENA (2007) menar att sjuksköterskor med kunskap inom trauma och traumaomhändertagande leder till minskad död och morbiditet. ATLS och TNCC koncepten innebär ett systematiskt omhändertagande hos traumapatienter med primär och sekundär bedömning. Primär bedömning görs genom att kontrollera, bedöma och handlägga A-E. Det är en minnesregel för att åtgärda de mest livshotande tillstånden först (ENA, 2007; Thim et al., 2012). A står för luftväg och halsrygg (airway), B för andning (breathing), C för cirkulation (circulation), D innebär neurologiskt status (disability) och under E kontrolleras övriga kroppen för eventuella skador eller andra symtom (expose) (ENA, 2007; Lennquist,

2017). TNCC fortsätter sedan omhändertagandet med sekundär bedömning genom bokstäverna F-I som innefattar fullständiga parametrar, anamnes och psykosocialt omhändertagande (ENA, 2007).

Det är först i sekundär undersökning som det nämns för vårdpersonal att ge verbalt och icke-verbalt stöd i form av att exempelvis röra patienten (ENA, 2007). Enligt TNCC är det traumasjuksköterskans roll att initiera traumaomhändertagande samt vara en koordinator mellan de olika professionerna i teamet. Det är traumasjuksköterskan som är ansvarig för kommunikationen till patienten och att de upplever sig delaktiga i vården. I kursen ingår också ett flertal övningar, men inga av dessa tar upp eller testar bemötandet (ENA, 2007).

### *Psykologiska effekter vid trauma*

En viktig grundläggande del i sjukvård är ett gott omhändertagande och psykologiskt stöd. Psykologiskt stöd kan till exempel ges i form av att inge trygghet och förståelse för den drabbades situation samt att ge saklig information på ett lugnt och hoppfullt sätt. Under det senaste decenniet har vetenskapen växt om risker och behov av stöd vid traumatiska händelser, vilka lett till skador fysiskt och de psykiska komplikationer som kan uppstå därav (Bergh Johansson & Michel, 2017). Både kropp och själ utsätts för stor prövning då en person drabbas av svår kroppsskada vilket gör denne mer sårbar både fysiskt så väl som mentalt (Wiman et al., 2007). Den fysiska smärtan tillsammans med osäkerhet, ovisshet samt rädsla leder till en ökning av stresshormoner vilket kan göra att komplikationsrisken ökar. Hos större delen av de som drabbats av ett trauma uppstår stressreaktioner vilka efter en tid går över, men för en del utvecklas posttraumatiska stressreaktioner. Patientens tidigare erfarenheter, sårbarhet och vilken fas i livet de befinner sig är faktorer som spelar roll på hur patienten reagerar vid traumatiska händelser (Bergh Johansson & Michel, 2017). Reaktionen hos en individ vid en traumatisk händelse är individuell och emotionella reaktioner kan till exempel vara ångest, rädsla, förvåning och ilska. Bedömningsförmåga, koncentrationsförmåga och minnesfunktioner kan påverkas hos en patient som är utsatt för trauma (Adebäck et al., 2021; Bergh Johansson & Michel, 2017). Återhämtningen går snabbare för en trygg och lugn patient, där bemötandet som patienten får från vårdpersonal är av stor vikt för den fortsatta bearbetningen (Bergh Johansson & Michel, 2017).



### *Personcentrerad vård*

Sjukvård ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) bedrivas på ett sätt som sörjer för patientens behov av säkerhet och trygghet. Vidare ska den även grundas på respekt för individens självbestämmande. Personcentrerad vård är ett begrepp som är känt nationellt samt internationellt och framställer den form av vård som föredras inom hälso- och socialvård (McCance & McCormack, 2019). Begreppet innebär att respektera och validera patientens egen upplevelse av sin skada eller sjukdom (Arakelian et al., 2017; McCance & McCormack, 2019). Sharma et al. (2015) menar att personcentrerad vård är ett välanvänt uttryck utan en tydlig definition. I en systematisk översikt fann de däremot att det fanns likheter i hur uttrycket använts. Dessa likheter sammanställdes i sex punkter som är grundpelarna inom personcentrerad vård. De tyngsta delarna är relationen mellan vårdpersonal och patient, tillit och respekt samt att vård sker i en dialog. Patienten ska få information så att denne kan göra egna beslut utifrån sin unika situation (Sharma et al., 2015).

I en studie av Wiman och Wikblad (2004) observerades sjuksköterskor i traumasammanhang. Vid observationen noterades flera icke-personcentrerade bemötanden. Sjuksköterskorna agerade på sätt som tolkades som att de inte brydde sig om patienten, var hjärtlösa och ointresserade (Wiman & Wikblad, 2004). För en specialistsjuksköterska inom akutsjukvård finns ett ansvar där vårdande av patienten ska ske effektivt och systematiskt för de fysiologiska behoven. Livshotande skador ska snabbt identifieras. Tyngd ska även läggas på att vården blir personcentrerad för att kunna möta och kommunicera med patienter samt närstående på ett respektfullt sätt (SSF, 2017).

### Perspektiv och utgångspunkter

Upplevelse av sjukdom eller lidande kan enbart upplevas på individnivå. En patients upplevelse kan influeras av ett flertal faktorer, den medicinska kompetensen ihop med bemötandet ifrån vårdpersonal. Ett sätt att uppnå en god patientupplevelse är att patienten känner sig unik och sedd. Joyce Travelbee är en omvårdnadsteoretiker som menar att kommunikation är ett av de viktigaste begreppen för att uppnå en god patientupplevelse (1971, refererad i Kirkevold, 2000). Sjuksköterskan måste ha insikt i vad som händer i det första mötet mellan denne och patienten. Travelbee menar att varje människa är en unik individ som inte är lik någon annan. Därför kan sjukdomar, erfarenheter och lidanden av dessa upplevas annorlunda från person till person. Centrala begrepp i Travelbees

omvårdnadsteori är kommunikation, mänskliga relationer, lidande och meningen med livet. Då är det viktigt att sjuksköterskan lägger märke till, bryr sig om och försöker förstå varje patients enskilda, individuella lidande. Travelbee identifierar flera interaktionsfaser för att kunna uppnå en god omvårdnad. Dessa är “första mötet, framväxt av identitet, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt”. Samtliga behöver uppnås för att en människa ska känna sig sedd, hörd och tagen på allvar (1971, refererad i Kirkevold, 2000). I en ambulans eller på ett akutrum uppstår det första mötet mellan patient och sjuksköterska och redan här behöver en god relation mellan dem skapas. En allvarligt skadad patient är utelämnad i händerna på okända människor, då är det viktigt att vårdpersonal ser individen och inte bara de fysiska skadorna (Wikström, 2021).

## Vårdetik

Sjuksköterskor har som etisk kod att värna om en patientens integritet och autonomi samtidigt som de ska göra gott och inte bidra till ökad skada (SSF, 2023). Detta kan bli komplext i situationer när en patient inte vill medverka till den vård som empiriskt sägs vara bäst. Då kan det i stället uppstå en situation var vårdpersonal mer eller mindre försöker övertyga patienten om vården som den bör motta. Att informationen som ges bara är information och inte upplevs vara något som patienten själv kan påverka (Wiman & Wikblad, 2004). När tiden är en viktig faktor är det också lätt att informationen helt enkelt uteblir, exempelvis om det är stressigt vid ett stort trauma (Hobgood et al., 2002; Wikström, 2021). International Council of Nurses [ICN] säger att sjuksköterskan har ett etiskt ansvar att informationen till patienter och/eller anhöriga är tillräcklig, korrekt och lättförståelig (2021). Den måste kunna anpassas utifrån patientens nuvarande tillstånd och fysiska, psykiska samt kognitiva behov. Detta för att patienten i sin tur ska kunna ta ett informerat val och samtycke kring vården och behandlingen som ges (ICN, 2021).

Patienters upplevelse och perspektiv är avgörande för att kunna bedriva personcentrerad vård som är empatisk och förstående. Genom att identifiera positiva och negativa upplevelser kan vårdkvalitén förbättras (Bentley-Kumar et al., 2016). En systematisk litteraturoversikt kan identifiera upplevelser som kan ge kunskap och information till vårdpersonal för att bedriva ett bättre traumaomhändertagande utifrån patienternas upplevelse.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av traumaomhändertagandet inom akutsjukvård.

## Metod

Studien genomfördes som en systematisk litteraturöversikt och formulerade en metasyntes. Meta betyder övergripande och syntes sammanställning. Ett nytt övergripande resultat skapas genom sammanställning från flera kvalitativa studiers forskningsresultat, vilket kallas meta-aggregering. Metoden gör det möjligt att använda sig av studier med olika kvalitativa analyser av data. Den används vanligen för att få fram och undersöka fenomen, såsom individers upplevelser eller erfarenheter i ett specifikt scenario. Metasynteser bidrar med en helhetsbild över det utvalda forskningsområdet (William & Stoltz, 2022).

## Urval

Inkluderade artiklar var skrivna på svenska eller engelska för att författarna kunde läsa och förstå. Artiklarna som inkluderats i studien är empiriska studier av kvalitativ ansats då det var upplevelser som undersöktes (Willman & Stoltz, 2022). Utvalda artiklars resultat var byggda på intervjuer där deltagarna berättat om sina upplevelser, var peer-reviewed samt publicerade mellan 2013 - 2023. Detta för att inkludera den senaste forskningen som genomgått granskning innan publikation (Polit & Beck, 2021). Vidare exkluderades artiklar som undersökte familjemedlemmar eller andra anhörigas upplevelse. Detta för att fokusera på patientens egen upplevelse. Undersökningsgruppen var över 16 år. Det gjordes inte någon avgränsning utifrån vilken typ av fysiskt trauma patienterna blivit utsatta för ej heller utifrån kön.

## Datainsamling

Mer än en databas användes för att få en så fullständig översikt som möjligt (Backman, 2008). I detta arbete användes databaserna PubMed, CINAHL och PsychINFO. PubMed har fokus på medicinskt och omvårdnadsmaterial medan CINAHL främst har material inom omvårdnad. PsychINFO är en databas med material främst inom beteendevetenskap (Karlsson, 2022). För

att formulera en tydlig frågeställning användes PEO-T-modellen. Modellen är särskilt bra för kvalitativa frågeställningar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). PEO-T är en förkortning av Population (vem), Exposure (problemet), Outcome (vad, i relation till problemet) och Type of research (forskningsdesign). Populationen, gruppen som undersöktes, var patienter inom akutsjukvård som blivit utsatta för trauma. Det som undersöktes var deras erfarenheter av traumaomhändertagandet från vårdpersonal. Forskningen som inkluderades i detta fall var av kvalitativ design (Bettany–Saltikov & McSherry, 2016).

Tabell 1. Sökord genom PEO

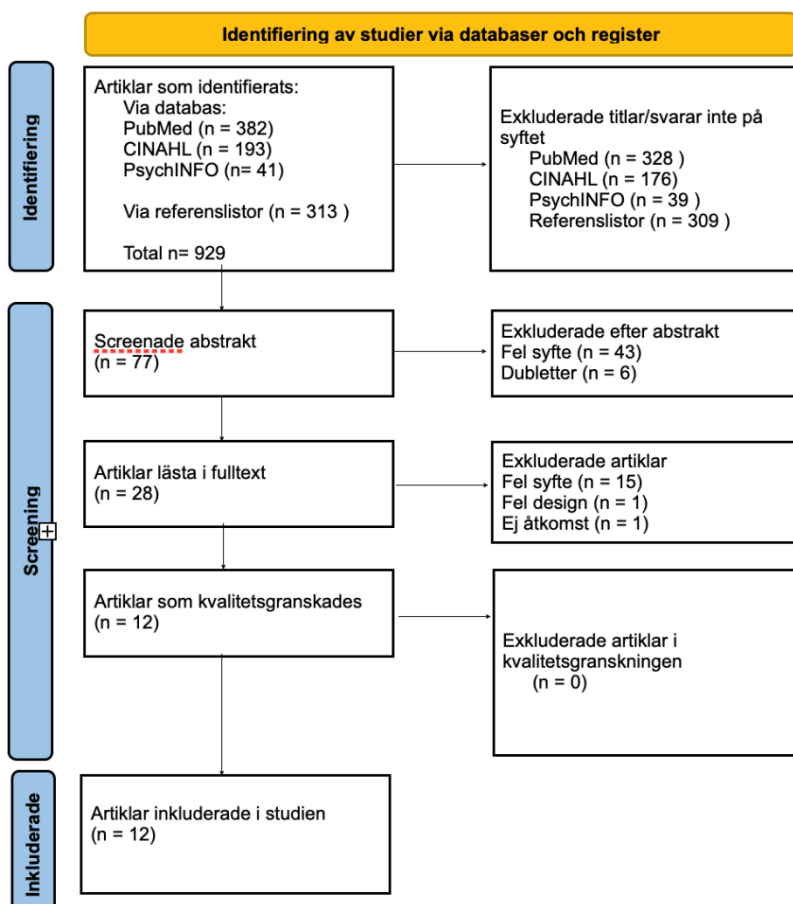
PEO – Population, Exposure, Outcome, Type of research			
P- Population	E- Exposure	O- Outcome	T- Type of research
Emergency care patients Emergency services, hospital	Trauma Trauma care Trauma resuscitation	Patient experience Patient satisfaction Patient perspective	Qualitative Interview

I databasen PubMed gjordes sökningar med fritext och MeSH-termer. MeSH står för Medical Subject Headings och är en tesaurus som används inom PubMed för att lättare hitta alla artiklar inom ett visst ämne. Tesaurusen underlättar sökandet genom att inkludera samtliga artiklar inom vissa ämnen även om författarna använt sig utav synonymer. Liknande termer finns på databasen CINAHL som kallas Cinahl Subject Headings. I CINAHL användes både Cinahl Subject Headings samt ord i fritext (Karlsson, 2022; Polit & Beck, 2021). Vid sökningarna i PsychINFO användes fritextord.

Trunkering har använts för att få med en terms eller ett begrepps samtliga ändelser. Detta görs genom att sätta en asterisk i slutet av ordet (Forsberg & Wengström, 2020). Boolesk sökteknik och termerna AND och OR användes för att inkludera samt begränsa sökresultatet (Polit & Beck, 2021). Efter sökning på databaserna gjordes första gallringen genom att läsa titlarna, om en titel ansågs vara relevant lästes abstraktet. Om abstraktet fortsatt var aktuellt för att svara på studiens syfte lästes artikeln i fulltext. Artiklar vars åtkomst ej gick att få via sjukhus eller universitetsbibliotek uteslöts. Sökningarna gjordes individuellt och jämfördes sedan inför läsning av artiklar i fulltext. För att en artikel skulle läsas i fulltext räckte det med

att en av författarna ansett abstraktet som relevant eller möjligen relevant. Sökningarna i sin helhet presenteras i bilaga 1. Från inkluderade artiklar söktes sedan deras referenslistor igenom. I referenslistorna fanns fyra artiklar som var relevanta till titel och lästes därför i fulltext. Två av dessa ansågs svara på denna studies syfte och inkluderades i resultatet.

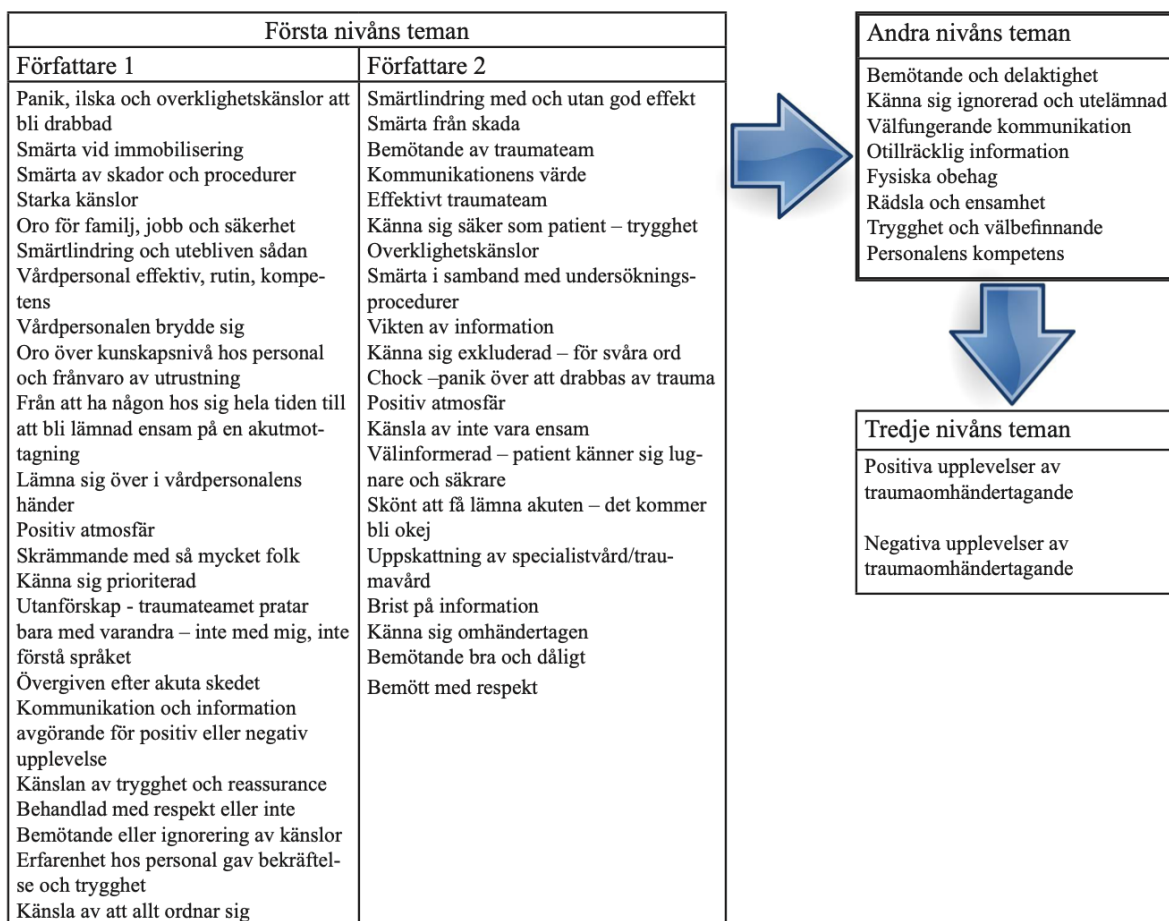
Artiklar som svarade på studiens syfte granskades vidare. Utvalda artiklar kvalitetsgranskades med hjälp av Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering's [SBU] granskningsmall för kvalitativa studier (2022). Författarna läste och kvalitetsgranskade individuellt först och jämförde sedan granskningarna med varandra. En artikel ansågs vara av hög kvalitet då det inte fanns allvarliga brister som kunde påverka tillförlitligheten. Om all information ej fanns att tolka i artiklarna diskuterade författarna andra styrkor och svagheter för att motivera kvaliteten. De artiklar som bägge författare bedömt vara av hög kvalitet inkluderades i studien. En översikt över identifieringen av utvalda artiklar tydliggörs i figur 1.



Figur 1. PRISMA flödesschema (Page et al., 2020).

## Analys av data

När kvalitén var granskad påbörjades analysen. Inför analysen läste författarna artiklarna och deras resultat ett flertal gånger för att vara insatta i texterna. Efteråt togs en syntes fram i enlighet med SBU's metodbok (2020). I första steget jobbade författarna individuellt med att extrahera meningar och ord som blev koder som sammanfattade resultaten, dessa blev första nivåns teman. Sedan gjordes en gemensam sammanställning av framtagna koder vilka kondenserades till en andra nivåns teman. Gemensamma nämnare och mönster identifierades genom analys av andra nivåns teman och bildade sedan två övergripande tredje nivåns teman (SBU, 2020). Sammanställning ses i figur 2.



Figur 2. Kondensering av teman

## Forskningsetiska avvägningar

Studien har undersökt patienters upplevelser från tidigare genomförda empiriska studier. All forskning måste bedrivas etiskt för att det på så sätt inte ska skada människor. Därför ställs det krav på ett informerat samtycke och information (Kjellström, 2022). Inkluderade artiklarna har haft tydligt beskrivet om hur de frågat om patienters samtycke och att de givit information om möjligheten att avbryta undersökningen i förtid. En person som blir utsatt för plötslig, svår kroppsskada är mer sårbar fysiskt som mentalt (Wiman et al., 2007). Det gör det viktigare att varje studie har blivit godkänt från ett etiskt råd. Samtliga utvalda artiklar är etiskt godkända och har inkluderats i resultatet (Forsberg & Wengström, 2020).

## Resultat

Studiens resultat presenteras i metasyntesen “Positiva och negativa upplevelser av traumaomhändertagandet”. Den används som två enskilda tredje nivåns teman med andra nivåns teman sorterade under. Positiva upplevelser av traumaomhändertagande består av: *Bemötande och delaktighet, Trygghet och välbefinnande, Välfungerande kommunikation och Personalens kompetens*. Negativa upplevelser sammanfattas under rubrikerna: *Utelämnad och övergiven, Rädsla och ensamhet, Fysiska obehag och Otillräcklig information*.

### Positiva upplevelser med traumaomhändertagande

Majoriteten av patienterna hade goda upplevelser från traumaomhändertagandet. När patienten kände sig sedd och respekterad gav det ett kvarvarande gott intryck. Effektiviteten och hur vårdpersonalen jobbade simultant gav också en känsla av att befinna sig på rätt plats. De upplevelser som beskrevs som positiva och goda från patienterna sammanfattas i andra nivåns teman: *Bemötande och delaktighet, Trygghet och välbefinnande, Välfungerande kommunikation och Personalens kompetens*.

#### *Bemötande och delaktighet*

Respekt från vårdpersonal upplevdes vara en betydelsefull del i bemötandet där patienterna fick beskriva hur de upplevde situationen (Kellezi et al., 2020; Skene et al., 2017).

Betydelsefullt för patienterna i bemötande från vårdpersonal var att bli sedd som människa.

Uppskattat var när vårdpersonal mötte patienternas uttalade och outtalade behov med att visa respekt, omsorg samt att lyssna (Granström et al., 2019; Kellezi et al., 2020; Rook et al., 2021). Vårdpersonalens naturliga omtänksamhet och effektivitet bidrog till en atmosfär där patienterna kände sig omhändertagna och trygga (Skene et al., 2017). När personalen var professionella och positiva var det till hjälp för patienterna i deras vård (Kellezi et al., 2020). Beröring som till exempel att hålla hand och vårdpersonal som pratade lugnt upplevdes av patienter att det minskade deras rädsla och skapade förtroende (Aronsson et al., 2014; Granström et al., 2019). Tillit till vårdpersonal var något patienterna önskade och det uppnåddes bland annat genom att patienterna fick kontinuerlig information om varför olika typer av undersökningar behövdes göras. Detta upplevdes av patienterna som att de var delaktiga i beslut gällande deras vård (Granström et al. 2019; Rook et al., 2021).

### *Trygghet och välbefinnande*

I traumaomhändertagandet upplevdes det positivt för patienterna att under en längre tid ha en och samma person närvarande (Granström et al., 2019; Skene et al., 2017). Att ha någon nära upplevdes viktigt samt att bli erbjuden krisstöd på akutmottagningen (Doohan et al., 2015). Då vårdpersonalen visade hänsyn till patientens situation samt tillgänglighet kände de sig omhändertagna (Kellezi et al., 2020; Sandström et al., 2017). Empati från personal gav en känsla av välbefinnande (Aronsson et al., 2014). Vidare upplevde patienterna sig sedda och kände trygghet då vårdpersonalen visade medkänsla (Beaton et al., 2019; Granström et al., 2019; Skene et al., 2017). Viktigt för patienterna var att vårdpersonalen lyssnade på dem, ställde frågor som uppföljning i samtalet och för att se att patienterna förstått situationen. Att patienten sågs som en enskild person och blev inbjuden att delta i samtal var ytterligare grundläggande delar för att patienten skulle känna sig respekterad (Granström et al., 2019; Kellezi et al., 2020).

### *Väl fungerande kommunikation*

I det akuta traumaomhändertagandet var kommunikation en viktig faktor för att patienterna skulle uppleva omvårdnaden som säker och väl utförd. Kommunikationen till patienterna med information som var tydlig och betydelsefull var en av de faktorer som betraktades viktig för att patienternas erfarenhet av omvårdnaden skulle upplevas positiv. Likaledes upplevdes en klar och tydlig kommunikation inom traumateamet som en trygghet och säkerhet för patienterna och deras omvårdnad (Granström et al., 2019; Ivarsson et al 2018; Kaufman et al.,



2017; Rook et al., 2021; Skene et al., 2017). En god dialog mellan vårdpersonal och patient kan vara bidragande till patientens välbefinnande (Aronsson et al., 2014). Humor i kommunikationen var uppskattat bland patienterna och kunde leda till minskad stress efter traumat (Skene et al., 2017).

### *Personalens kompetens*

Utöver kommunikation var ett professionellt, välfungerande traumateam en viktig del i traumaomhändertagandet för att det skulle upplevas vara säkert och bra för patienterna. Vårdpersonalens skickligheter och kunskap visades bland annat genom ett målmedvetet och snabbt handlande vilket ingav trygghet och patienterna kände hopp för att det skulle gå väl (Granström et al., 2019; Kellezi et al., 2020). Vidare kunde god omvårdnad visa sig genom att traumateamet beskrev vad som skedde och vad som skulle ske framåt. Patienterna upplevde trygghet när de blev försäkrade om att de var omhändertagna av vårdpersonal med god erfarenhet samt att de befann sig på rätt ställe för att få vård (Granström et al., 2019; Ivarsson et al., 2018; Kaufman et al., 2017; Rook et al., 2021; Skene et al., 2017). Vårdpersonalen upplevdes som ett tillitsfullt sammansvetsat team vilket gav en lugnande och positiv effekt (Granström et al., 2019; Sandström et al., 2017). Även om vårdpersonalen var under press och belastningen var hög uppskattade patienterna att vårdpersonalen tog sig tid att göra bästa möjliga för dem (Kellezi et al., 2020).

## Negativa upplevelser av traumaomhändertagande

Hos en del av patienterna var upplevelserna av traumaomhändertagandet negativt. De kände sig utelämnade, övergivna, ensamma och saknade god, lättförståelig kommunikation. Patienterna kände också av de fysiska skadorna och beskrev dem negativt i form av en extremt stark smärta, hur hjärtat bultade i bröstet och att de skakade och frös. De upplevda negativa upplevelserna sammanfattas i andra nivåns teman: *Utelämnad och övergiven, Rädsla och ensamhet, Fysiska obehag och Otilräcklig information.*

### *Utelämnad och övergiven*

Patienter som blivit utsatta för plötslig skada kände sig utanför och utan möjlighet att vara delaktig i den egna vården. Vårdpersonalen upplevdes kommunicera med varandra eller med de närstående istället för patienten (Aronsson et al., 2014; Gabbe et al., 2013; Granström et

al., 2019). Det kändes som att personalen undanhöll information angående pågående och kommande vård och hade konversationer om patienten istället för med patienten. Detta förekom både prehospitalt och på akutmottagning (Aronsson et al., 2014; Granström et al., 2019; Kaufman et al., 2017). Frågor förblev obesvarade och patienterna vågade inte heller ställa sina frågor av rädslan att de skulle störa (Aronsson et al., 2014).

Vid ankomst till akutmottagning började patienterna känna sig utelämnade och oförstådda (Doohan & Saveman, 2015; Sandström et al., 2017). Stressad personal gav ingen tid till att adressera patienternas oro eller smärta (Aronsson et al., 2014; Doohan & Saveman, 2015; Ivarsson et al., 2018). Det fanns ett starkt behov av emotionell vård och uppmärksamhet samt integritet, men de gick obemärkta och obemötta förbi (Doohan & Saveman, 2015).

Patienterna kunde uppleva vården inhuman, exempelvis att traumateamet var dömande och öppet övervägde om deras liv var värt att rädda eller inte (Ivarsson et al., 2018; Granström et al., 2019; Kaufman et al., 2017). En annan patient berättar hur den upplevde hanterbar smärta och inte ville ha mer smärtstillande men fick det ändå. Handlingen ledde till känslan av ett övergrepp som resulterade i ytterligare ångest hos patienten av att inte känna sig lyssnad på (Ivarsson et al., 2018). Undersökningen kunde abrupt ta slut och plötsligt var patienten lämnad ensam kvar på rummet vilket gav starka känslor av att bli övergiven (Granström et al., 2019).

### *Rädsla och ensamhet*

Patienterna kunde uppleva en stark rädsla och känsla av panik både prehospitalt och vid ankomst till akutmottagningen. Denna känsla förstärktes ofta av osäkerhet om hur allvarliga deras skador kunde tänkas vara (Granström et al., 2019; Karimi et al., 2022; Kaufman et al., 2017; Skene et al., 2017). Det uppstod en överklighetskänsla av att plötsligt vara den som drabbats av allvarlig skada (Skene et al., 2017) och behöva omhändertas av många människor samtidigt (Kaufman et al., 2017). Flera patienter upplevde i tillägg oro utöver den fysiska skadan, såsom tankar om familj, jobb och säkerhet (Granström et al., 2019; Kaufman et al., 2017).

Enstaka upplevde resursbrist prehospitalt, på både kunskap, verktyg och hjälpmedel, som gav en känsla av osäkerhet (Rook et al., 2021). När patienten lämnade ambulansen och hamnade på akutmottagningen där det var brist på personal och resurser kändes det som att de lämnades

ensamma (Aronsson et al., 2014; Doohan & Saveman, 2015; Ivarsson et al., 2018). När personalen fokuserade på uppgifter snarare än patienten ledde det till en känsla av ensamhet. Bristen på uppmärksamhet gav en känsla av tomhet (Aronsson et al., 2014; Doohan & Saveman, 2015). Personalen uppfattades som okänsliga, exempelvis när patienter från en bussolycka fick rådet om att ta bussen hem (Doohan & Saveman, 2015). Även krissupport önskades. Efter att ha drabbats av plötslig skada fanns det ett uppdämt behov av att prata med någon, men något sådant erbjöds inte (Beaton et al., 2019; Doohan & Saveman, 2015; Kellezi et al., 2020).

Att ligga fastspänd och immobiliserad gav känslor i form av förlorad kontroll och hjälplöshet (Skene et al., 2017). Det var obehagligt att bara ligga och titta på ett tak och inte kunna se alla människorna som var runt om. Det gav en känsla av klaustrofobi - även hos de som inte vanligtvis ansåg sig vara klaustrofobiska (Skene et al., 2017; Sandström et al., 2017).

Olika skador kunde ge olika känslor av förlust av rörlighet i en kroppsdel vilket resulterade i rädsla. Patienterna upplevde att personalen trivialiserade skadan och vad patienten blivit utsatt för (Karimi et al., 2022; Doohan & Saveman, 2015). Patienterna kände ångest och oro angående skadeomfång och diagnos (Granström et al., 2019;). En del upplevde ilska, på sig själva eller på de som orsakat skadorna (Granström et al., 2019; Kaufman et al., 2017). Att känna sig sårbar och osäker på hur en borde agera i sin roll som traumapatient var andra jobbiga känslor som uppstod (Kellezi et al., 2020). När vården kändes oempatisk eller stressad upplevde patienterna ännu mer oro och började ifrågasätta vården. Personal kunde då även uppfattas som okunniga (Kellezi et al., 2020; Rook et al., 2021).

### *Fysiska obehag*

Nästan alla patienter rapporterade om extrema smärtupplevelser som de inte varit med om tidigare (Doohan & Saveman, 2015; Granström et al., 2019; Karimi et al., 2022; Kaufman et al., 2017; Kellezi et al., 2020; Skene et al., 2017). Smärtan uppstod direkt vid skadetillfället och förvärrades ofta av förflyttningar och procedurer såsom att ta av patienten kläderna (Granström et al., 2019; Ivarsson et al., 2018; Skene et al., 2017). Majoriteten av patienterna fick smärtlindring men inte alla upplevde att den hjälpte och det kändes inte som att personalen väntade på att den skulle ge någon effekt (Granström et al., 2019; Ivarsson et al., 2018). Biverkningar från smärtlindring kunde upplevas obehagliga med ljud- och

ljushallucinationer (Aronsson et al., 2014; Skene et al., 2017). Smärtan som en gång varit hanterbar i ambulansen kunde bli ohållbar på akutmottagningen när de inte fick fortsatt smärtbehandling. Personalen upplevdes stressade och att de inte hade tid för omvårdnad eller att ge läkemedel, vilket ledde till att patienter blev liggandes med smärta och frös (Ivarsson et al., 2018; Kellezi et al., 2020; Rook et al., 2021). Känslan av att befinna sig i chock gav också obehagliga fysiska upplevelser. Patienterna kunde känna hur hjärtat rusade, att de frös och skakade (Beaton et al., 2019; Skene et al., 2017) samt en obeskrivlig trötthet (Kaufman et al., 2017).

Att vara immobiliserad och fastspänd gav fysiska obehag och smärta även om majoriteten av patienterna förstod varför de skulle ligga så (Granström et al., 2019; Sandström et al., 2017; Skene et al., 2017). Det gjorde också att andra sinnen stärktes. Ljud från maskiner blev starkare (Skene et al., 2017) och vibrationer vid transporten kunde leda till illamående (Sandström et al., 2017).

#### *Otillräcklig information*

Upplevelsen av att inte få rätt eller tillräckligt med information var återkommande i flera studier (Aronsson et al., 2014; Gabbe et al., 2013; Granström et al., 2019; Ivarsson et al., 2018; Karimi et al., 2022; Kaufman et al., 2017; Rook et al., 2021; Skene et al., 2017). Patienterna kunde känna sig förvirrade, dels på grund av läkemedlen men också på grund av uteblivna förklaringar av vad personalen gör, gjorde eller hade för plan. Patienterna försökte själva hitta förklaringar till vad som hänt och hur det kunnat bli såhär (Aronsson et al., 2014; Gabbe et al., 2013). Informationen som gavs kunde komma från olika håll av olika kliniker och läkare vilket i sig ledde till förvirring och motsägande information (Gabbe et al., 2013).

Information som patienterna fick upplevdes svår att ta in och svår att förstå, då det var ovanliga medicinska termer (Doohan & Saveman, 2015; Gabbe et al., 2013; Granström et al., 2019; Ivarsson et al., 2018; Kaufman et al., 2017). När patienterna var på akutrummet kunde de initialt uppleva en konstant kommunikation som försvann så fort de lämnade akutrummet (Skene et al., 2017). Informationen som gavs var otillräcklig och väsentlig information om hur allvarlig skadan var och dess omfång uteblev. Detta ledde i sin tur till känsla av osäkerhet och rädsla (Karimi et al., 2022; Kellezi et al., 2020; Sandström et al., 2017; Skene et al., 2017). Bristen på kommunikation kunde ge en uppfattning av att personalen var inkompetent

och okunnig om skadetyper (Kellezi et al., 2020; Rook et al., 2021). Kommunikationsbrister uppmärksammades även inom vårdpersonalen och förflyttningar av patienten kunde upplevas krångliga och oorganiserade (Granström et al., 2019).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

En metasyntes används för att fördjupa förståendet och kunskapen inom ett fenomen, så som upplevelse eller erfarenhet (Bondas & Hall, 2007). Syftet är att generera en mer komplett tolkning av olika fynd som framkommit i individuella studier. Det ska nämnas att en studie som genererat en metasyntes har inte haft tillgång till originalkällorna utan bara originalartiklarna, vilket kan anses vara en svaghet. Trots detta anses det ändå vara en bra metod för att förstå kunskap och stärka evidensbaserad vård (Bondas & Hall, 2007).

Ett av exkluderingskriterierna för denna studie var artiklar som publicerats innan 2013. Publiceringsgränsen gjorde att ett flertal relevanta artiklar exkluderades då de var mellan 11 - 20 år gamla. Författarna var noga med att det var den senaste forskningen som inkluderades i denna studie, men resultatet från denna ställs mot de äldre artiklarna i resultatdiskussionen. Artiklar exkluderades också om de inte var peer-reviewed. Inkluderade artiklar är alla vetenskapligt granskade och stärker denna studies trovärdighet (Henricsson, 2022).

Studien inkluderade tolv artiklar för att besvara syftet. Antalet artiklar för att bilda en metasyntes är varierande var en studie menar att en meningsfull metasyntes inte kan byggas på mindre än tio artiklar (Bondas & Hall, 2007) samtidigt som Leary och Walker (2018) påstår att mängden kan variera mellan fem och hundra. Det förekom ingen exkludering utifrån skadetyper eller geografisk placering. Inkluderade artiklar kom från Sverige, USA, Storbritannien, Danmark, Nya Zeeland, Australien och Bolivia vilket kan anses både som en styrka och svaghet. Överförbarheten till svenska förhållanden är hög då fem av de inkluderade artiklarna är från Sverige. Men hur patienterna upplever traumaomhändertagandet kan bero på olika rutiner inom de olika länderna.

Nästan alla artiklar gjordes med semistrukturerade intervjuer, med något undantag då det var öppna frågor. Semistrukturerade intervjuer anses vara ideal när det kommer till kvalitativ forskning (Adhabi & Blash Anozie, 2017). Vid kvalitativ forskning kan individer intervjuas om för dem känsliga ämnen. Därför är det viktigt att de har lämnat samtycke för att medverka samt har informerats om att de kan avbryta när som helst. Vid analysering av metodbeskrivningar har det undersökts noggrant om dessa krav uppfyllts. Samtliga artiklar som inkluderats har tydligt beskrivet dessa steg.

Ett föregående fördjupningsarbete hjälpte författarna att hitta sökord, både som ämnesord och fritext. De sökorden togs utifrån frågeställningen med hjälp av PEO-T modellen. Detta gjorde att antalet sökord blev tydligare och hur många som skulle kunna behövas i olika kombinationer. Det gav även en hanterbar mängd genom att söka på typ av forskningsdesign. Det kollades även vilka nyckelorden var i inkluderade artiklar för att se om eventuella sökord har missats. I detta arbete användes PubMed och CINAHL för sökning av artiklar då dessa är de största artikelkällorna inom medicin och omvårdnad och därmed mest relevanta för denna studie vilket stärker trovärdigheten (Henricson, 2022). Det gjordes en sökning i PSYCHinfo vilket inte bidrog med några nya artiklar. Flertalet av artiklarna dök upp i flertalet av sökningarna vilket kan tyda på en hög sensitivitet. Enstaka artiklar gick ej att få åtkomst till i fulltext och kunde därmed inte inkluderas i detta arbete, vilket skulle kunna vara en svaghet i denna studie. Andra sökord och andra databaser skulle kunna ge andra resultat.

Författarna arbetade inledningsvis individuellt med sökningar och granskningar, för att sedan kunna jämföra om det genererade till samma resultat. Genom dessa individuella steg i processen som sedan granskats gemensamt anses trovärdigheten starkare. Även första nivån i dataanalysen vid kodning och framtagning av första nivåns teman gjordes individuellt. Sedan diskuterades teman för nivå två och tre tills författarna nådde konsensus. Dock är det bara två författare i denna studie.

### *Förförståelse*

Förförståelse handlar om att författare ska göras medvetna om egna synpunkter, uppfattningar och tidigare erfarenheter (SBU, 2020). Denna studie genomfördes utan tidigare erfarenhet inom empirisk forskning och undertecknade kanske därför inte är helt insatta i hur sådan bedrivs på bästa sätt. En av författarna har fem års erfarenhet som sjuksköterska varav de tre

sista är inom akutmottagning. Under sin arbetserfarenhet har personen vid flertalet tillfällen stött på undersökningsgruppen och därmed haft en förutfattad mening om hur ett omhändertagande bör gå till. En av författarna har knappt tre års erfarenhet som sjuksköterska varav knappt två år på en kirurgisk akutvårdsavdelning. Personen har vårdat patienter som kommer från akutmottagningen och som har drabbats av ett trauma. Aktiv diskussion och reflektion angående tidigare erfarenheter och kunskaper har pågått genom hela arbetet för att inte influera studiens resultat.

## Resultatdiskussion

Resultatet i denna översikt gav två starka motpooler, att det fanns enbart positiva och/eller negativa upplevelser. Kvalitativa studier med intervjuer kan locka en undersökningsgrupp som är mer eller mindre nöjd och vill dela med sig av sina åsikter och därmed tappa mellanskiktet, gråzonen (Kellezi et al., 2020; Skene et al., 2017). Kaufman et al. (2023) gjorde en kvantitativ del i en studie för att undersöka patienternas upplevelse vid traumaomhändertagandet. Resultatet visade på att majoriteten av svaren ofta ligger i ytterkant, bra eller dåligt, och enbart en minoritet ligger i en ”gråzon”.

Det fanns en variation bland artiklarna på hur lång tid efter traumat de intervjuades, vissa intervjuades kort inpå olyckstillfället medan de fortfarande var på sjukhus (Granström et al., 2019; Kaufman et al., 2017; Rook et al., 2021; Skene et al., 2017), inom det närmsta året (Aronsson et al., 2014; Beaton et al., 2019; Ivarsson et al., 2018; Kellezi et al., 2020; Sandström et al., 2017) medan andra intervjuades efter 1 år eller mer (Doohan & Saveman, 2015; Gabbe et al., 2013). Minnet kan alternera och lägga fokus på delar som bearbetats mer efteråt än de känslor som uppstod direkt efter. Det ska också nämnas att de studier som intervjuade efter att patienten fått lämna sjukhuset fick mycket åsikter angående utskrivningsprocessen (Beaton et al., 2019; Doohan & Saveman, 2015; Gabbe et al., 2013). Att intervjuas sent kan göra att patienterna lämnar en berättelse om hur de upplevde hela sjukhusvistelsen, mer än den bara i akuta skedet.

Att bli utsatt för plötslig och allvarlig skada är en skakande händelse som kan starta jobbiga fysiska och psykiska känslor. Känslan av att hamna i fysisk chock beskrevs som en intensiv, stark kyla och smärtan beskrivs som tortyr. Däremot i en studie av O'brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) anmärktes det att trots dessa starka beskrivningar av smärta

kommenterade patienterna inget om huruvida de gavs eller inte gavs smärtlindring. Även procedursmärta nämndes inte om i någon negativ bemärkelse utan mer som ett nödvändigt ont. I stället kunde känslan av smärta upplevas som något positivt då detta betydde att de fortfarande levde (O'Brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004). Detta skiljer sig från resultatet i denna studie då smärta och smärthanteringen var i stark relation till patienternas upplevelser. God smärtlindring ledde till en bättre patientupplevelse. I en randomiserad kontroll studie av Bidhendi et al. (2021) undersöktes om införandet av WHO's trauma checklista kunde användas som ett instrument för en mer tillfredsställd patient. Införandet av en checklista visade sig ha en positiv effekt på patienternas upplevelse, framför allt en modifierad variant som hade med smärthantering som tidig punkt. Detta resultat stöds också i en ny studie var det uppmärksammas att patienterna behöver bättre och kontinuerlig smärtlindring för att uppleva traumaomhändertagandet positivt (Kaufman et al., 2023).

Upptagningsområdet var stort geografiskt från Norden till Oceanien till Bolivia. Trots dessa skillnader så var likheterna i upplevelse av omhändertagandet stora. Oberoende av skadetyper eller omfång var det bristande smärtlindring och även om det fanns människor runtom fick patienterna dålig information. Goda upplevelser sågs när patienten kände sig sedd, brydd om och viktig. I resultatet inkluderades en artikel angående en bussolycka var många skadades samtidigt (Doohan & Saveman, 2015) medan resterande intervjuade personer varit i singelolyckor. En mass-skadesituation kräver annorlunda arbetssätt inom både prehospitalsjukvård samt den som drivs på akutmottagning. Många patienter kommer till akutmottagningen samtidigt med ett större behov av trygghet och människor runtom. En avgränsning som enbart undersöker personer som skadats i mass-skadescenarior skulle kunna ge andra resultat. Rook et al. (2021) undersökte traumaomhändertagandet vid olika sjukhus i Bolivia och den här studien urskilde sig då många uttryckte en misstro till ambulans och prehospitalsjukvård. Ambulanspersonal ansågs okunnig, ambulanserna saknade verktyg och de var omöjliga att få tag på i tid. Här uttryckte merparten av patienterna också ett ekonomiskt hinder för att få god vård och omvårdnad (Rook et al., 2021). Ekonomiskt hinder var inget som togs upp i övriga artiklar och kan bero på de olika sjukvårdssystem som finns internationellt. En geografisk avgränsning eller avgränsning inom länder med liknande sjukvårdssystem skulle kunna ge ett annat resultat.

Varje trauma och varje människa är unik. Det är varierande vilka skador som kan uppstå till följd av ett trauma, såsom fall, bilolycka eller penetrerande våld. I denna översikt gjordes



ingen exkludering utifrån skadetyper eller skademekanismer vilket kan påverka resultatet. Patienter som drabbas av höftfraktur som isolerad skada kan hamna i ett snabbspår som går förbi akuten, något som ledde till en bättre sjukhusupplevelse än för de som gick via akutmottagning (Ivarsson et al., 2018). I Karimi et al. (2022) intervjuades bara personer med överarmsskador vilket gör upplevelsen väldigt specifik i relation till behandling och omhändertagande av dessa skador. Begränsning av skadetyper skulle kunna ge ett annat resultat men antalet artiklar hade också begränsats.

Inkluderade artiklar tog med både patientens upplevelse prehospitalt och på akutmottagning. Detta kan ge missvisande resultat då personalen i en ambulans eller helikopter bara har en enda patient medan på en akutmottagning är det många fler. Intressant är dock att även patienter i ambulanser kunde känna sig ignorerade och utelämnade (Aronsson et al., 2014). I Sandström et al. (2017) undersökte de främst upplevelsen av omhändertagandet i helikoptern. Där är det bullrigt och högljutt och svårare att kommunicera, men trots detta påpekade inte patienterna att det var något negativt. Det skiljer sig från de andra studierna där kommunikation var efterfrågad. Watts et al. (2021) visar på hur viktigt det är med kommunikation vid traumaomhändertagande, i enlighet med vårt resultat. I studien fick patienterna värdera vad som var viktigast för att uppleva ett gott omhändertagande. Högst på listan var att personalen lyssnade noggrant och uppmärksamt på patienten. Men det kunde skiljas åt beroende på om patienten drabbats av trubbigt eller penetrerande våld. Patienter utsatta för penetrerande våld värderade sjuksköterskornas förmåga att förklara på ett begripligt språk högst (Watts et al., 2021).

Information visade sig vara en väsentlig del i hur en patient upplever traumaomhändertagandet. I en studie av Kellezi et al. (2015) undersökte de närmre vilket informationsbehov som finns hos patienter utsatta för plötslig skada. I den akuta fasen var informationsbehovet tillgodosett angående skadans allvarlighet och omfång men det fanns sällan tid från personalen att svara på patientens alla frågor. Det var också svårt att ta in information och ibland kunde informationen vara motstridig, att olika läkare sa emot varandra (Kellezi et al., 2015). Detta är också något som framkommer i vårt resultat även om vi inte fokuserade på information. Vikten av god kommunikation vid traumaomhändertagande går inte att ta miste på.

I TNCC nämns det för vårdpersonal om tyngden av att ge verbalt och icke-verbalt stöd. De skriver också att sjuksköterskan ska vara ansvarig för kommunikationen till patienten och att patienten upplever sig som delaktig i sin vård (ENA, 2007). Trots dessa uppmaningar består kursbok och övningar till allra största delen av de fysiologiska åtgärderna, något som återspeglas i patienternas upplevelser. Även om flertalet människor var runt omkring och arbetades med en kunde patienterna känna sig ensamma (Kaufman et al., 2023). Det var jobbigt att vara ovetandes, att uppleva osäkerhet om skadornas utbredning och även i rollen som patient. Att traumateamet var effektivt och arbetade snabbt var inte tillräckligt för att de skulle känna sig säkra, de behövde känna att teamet också brydde sig om patienten (Kaufman et al., 2023; Wiman et al., 2007). Detta framkom också i vårt resultat. Men känslan av ensamhet kunde lätt undvikas om patienterna såg personalen och med hjälp av beröring och kommunikation kunde de uppleva försäkran om att de var i goda händer. Att vara delaktig var viktigt för att känna sig väl omhändertagen (Granström et al. 2019; Kaufman et al., 2023; Kellezi et al., 2020; O'brien & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Rook et al., 2021; & Skene et al., 2017; Wiman et al., 2007;).

Sjukvården strävar mer och mer för att vara personcentrerad. På de senare åren har personcentrerad vård varit ett växande begrepp som också kommit att bli ett kvalitetsmärke på vården. Det handlar inte bara om att behandla sjukdomen utan att bemöta och respektera individens värderingar, historier och tidigare upplevelser (Kwame & Petrucka, 2021). Att drabbas av ett allvarligt trauma i en olycka är inget en patient kan påverka då en olycka ej kan förutses att ske. Då en person blir patient med livshotande tillstånd hamnar denne i ett underläge erfarenhet- och kunskapsmässigt till vårdaren och vården. Hur situationen kan upplevas för patienten påverkas av respekten från vårdpersonal samt om omvårdnaden är personcentrerad (Almerud Österberg, 2014). Personcentrerad vård var återkommande i artiklarna i studien och uttrycktes genom upplevelser av delaktighet, förståelse av information samt känslan av att personalen brydde sig om patienten (Granström et al., 2019; Kellezi et al., 2020; Rook et al., 2021; Skene et al., 2017). McCance och McCormack (2019) skrev att personcentrerad vård är den typ av vård som föredras inom hälso- och sjukvård. Detta bekräftar Santana et al. (2018) som skriver att inom sjukvården i framtiden kommer personcentrerad vård vara en del i vårdutvecklingen. Vårdpersonal behöver lyssna till patienten och dennes historia då de är experter på sig själva. För att patienten ska bli delaktig i sin vård har vårdpersonal en betydelsefull roll i att uppmuntra och underlätta för patienten (Santana et al., 2018).

I resultatet framkom att patienterna upplevde svårigheter att ta till sig information när den gavs med medicinska termer vilka var svåra att förstå (Doohan & Saveman, 2015; Gabbe et al., 2013; Granström et al., 2019; Ivarsson et al., 2018; Kaufman et al., 2017). Detta bekräftar även Eriksson-Lieborn et al. (2021) där patienter upplevde att de hindrades från att förstå informationen de erhöll för att den gavs på ett medicinskt fackspråk. Patienterna förväntade sig av vårdpersonalen att de skulle använda sig av en enkel och rak kommunikation i vården för att det skulle öka patienternas delaktighet. Patienternas delaktighet ökade också vid en kommunikation om patienternas vård som var öppen och tilläts ställa frågor om till exempel behandling eller undersökningar (Eriksson-Lieborn et al., 2021). Sjuksköterskor borde enligt Johnsson et al. (2018) bli mer medvetna om och inse vikten av kommunikation framför allt med patienten men även dennes anhöriga. Ett tillvägagångssätt för att kommunikationen och informationen till patienten ska bli mer lättförståelig är att ställa pedagogiska frågor som till exempel vad, hur, varför och när.

Milton et al. (2023) skriver i sin studie att patienterna genom ögonkontakt eller en hand på axeln ökade deras känsla av trygghet. Patienternas trygghet ökade även om de upplevde sig lyssnade på genom att få berätta sin historia utan att avbrytas. Detta stödjer resultatet i denna studie där patienterna upplevde beröring som en lugnande metod (Aronsson et al., 2014; Granström et al., 2019).

Travelbee (1971, refererad i Kirkevold, 2000) beskriver att kommunikation är en av de viktigaste delarna i samspelet mellan vårdpersonal och patient. Kommunikationens syfte är att vårdpersonal ska göra sig bekant med patienten för att kunna ta reda på samt tillgodose patientens behov. Kommunikation kan ske verbalt och icke verbalt och fortgår konstant då två människor möts. Känslor och tankar delas i en gemensam kommunikationsprocess, en process som är invecklad och utpräglade förutsättningar behövs. För patienten kan kommunikation leda till ensamhet och isolering eller vara lindrande allt beroende på hur den sker (Travelbee, 1971, refererad i Kirkevold, 2000).

## **Konklusion och implikationer**

Studiens syfte var att beskriva patienters upplevelser vid traumaomhändertagandet i akutsjukvård. Resultatet visade att upplevelserna över lag är positiva men flertal negativa berättelser kom också fram. Det finns att lära utifrån patienters upplevelse för att vårdpersonalen ska förbättra traumaomhändertagandet. Att arbeta snabbt och effektivt inom ett traumateam bidrar till trygghet och upplevelsen av att personalen är kompetent. Men det är lika viktigt att patienten känner sig delaktig, sedd och omhändertagen. I traumautbildningar såsom ATLS och TNCC övar personalen sig utöver omhändertagandet på kommunikation inom teamet, detta kan leda till att patienten inte blir delaktig i kommunikationen. Det är viktigt att stilla den oro och rädsla som finns hos en patient utsatt för trauma för att minska stresspåslaget och främja återhämtandet. Även om det inte alltid finns något att säga i en akut situation kan beröring bidra till att trygga patienten.

## Referenser

- Adebäck, P., Andréé, B. & Therup Svedenlöf, C. (2021). Psykotraumatologi. I G. Wihlke & R. Schmidt (Red.), *Traumaomvårdnad – vård av svårt skadade patienter* (s. 228 – 241). Liber.
- Adhabi, E. A. & Blash Anozie, C. (2017). Literature Review for the Type of Interview in Qualitative Research. *International Journal of Education*, 9(3), 86-97.  
DOI:[10.5296/ije.v9i3.11483](https://doi.org/10.5296/ije.v9i3.11483)
- Almerud Österberg, S. (2014). Akut omhändertagande ur ett omvårdnadsperspektiv. I A. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (2 Uppl., s. 686–703). Studentlitteratur.
- American College of Surgeons. (i.d.). *Advanced Trauma Life Support*.  
<https://www.facs.org/quality-programs/trauma/education/advanced-trauma-life-support/?page=1>
- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A-C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective - an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2527-2544.  
Doi: 10.1111/jocn.13639
- \*Aronsson, K., Björkdahl, I., & Wireklint Sundström, B. (2014). Prehospital emergency care for patients with suspected hip fractures after falling - older patients' experiences. *Journal of clinical nursing*, 23(21-22), 3115–3123. <https://doi.org/10.1111/jocn.12550>
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser* (2 uppl.). Studentlitteratur.

- \*Beaton, A., O'Leary, K., Thorburn, J., Campbell, A., & Christey, G. (2019). Improving patient experience and outcomes following serious injury. *The New Zealand medical journal*, 132(1494), 15–25.
- Bentley-Kumar, K., Jackson, T., Holland, D., LeBlanc, B., Agrawal, V., & Truitt, M. S. (2016). Trauma patients: I can't get no (patient) satisfaction? *American journal of surgery*, 212(6), 1256–1260. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.09.023>
- Bergh Johansson, K. & Michel, P-O. (2017) Psykologiskt bemötande och stöd till skadade. I Lennquist, S. (Red). *Traumatologi* (2 uppl., s.549 – 562). Liber.
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing*, (2 uppl.). Open University Press.
- Bidhendi, S., Ahmadi, A., Fouladinejad, M., & Baxargan-Hejazi, S. (2021). Evaluating implementation of WHO Trauma Care Checklist vs. Modified WHO checklist in improving trauma patient clinical outcomes and satisfaction. *Injury & Violence*, 13(1), 5-12. Doi: 10.5249/jivr.v13i1.1579
- Boet, S., Sharma, S., Goldman, J., & Reeves, S. (2012). Review article: medical education research: an overview of methods. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 59(2), 159–170. <https://doi.org/10.1007/s12630-011-9635-y>
- Bondas, T. & Hall, E.O.C. (2007). Challenges in Approaching Metasynthesis Research. *Qualitative Health Research*, 17, 113-121. DOI: [10.1177/1049732306295879](https://doi.org/10.1177/1049732306295879)
- Braaf, S., Ameratunga, S., Nunn, A., Christie, N., Teague, W., Judson, R., & Gabbe, B. J. (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>

Cambridge Dictionary. (i.d). *Trauma*.

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/trauma>

Dogrul, B. N., Kiliccalan, I., Asci, E. S., & Peker, S. C. (2020). Blunt trauma related chest wall and pulmonary injuries: An overview. *Chinese journal of traumatology = Zhonghua chuang shang za zhi*, 23(3), 125–138. <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2020.04.003>

\*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>

Dumovich J, & Singh P. (2022). *Physiology, Trauma. StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Emergency Nurses Association [ENA]. (2007). *Trauma Nursing Core Course* (6 uppl.).

Eriksson–Liebon, M., Roos, S., & Hellström, I. (2021). Patients' expectations and experiences of being involved in their own care in emergency department: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13-14), 1942-1952.  
<https://doiorg.ezproxy.its.uu.se/10.1111/jocn.15746>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2020). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 uppl.). Natur & kultur.

\*Gabbe, B. J., Slaney, J. S., Gosling, C. M., Wilson, K., Hart, M. J., Sutherland, A. M., & Christie, N. (2013). Patient perspectives of care in a regionalised trauma system: lessons from the Victorian State Trauma System. *The Medical journal of Australia*, 198(3), 149–152. <https://doi.org/10.5694/mja12.11179>

- \*Granström, A., Strömmer, L., Falk, A. C., & Schandl, A. (2019). Patient experiences of initial trauma care. *International emergency nursing*, 42, 25–29.  
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.08.003>
- Harmsen, A. M., Giannakopoulos, G. F., Moerbeek, P. R., Jansma, E. P., Bonjer, H. J., & Bloemers, F. W. (2015). The influence of prehospital time on trauma patients outcome: a systematic review. *Injury*, 46(4), 602–609. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2015.01.008>
- Henricsson, M. (2022). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2 uppl., s. 411–420). Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2022). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2 uppl., s. 111–120). Studentlitteratur.
- Hobgood, C. D., Riviello, R. J., Jouriles, N., & Hamilton, G. (2002). Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1257–1269.  
<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2002.tb01586.x>
- Huecker, M. R., Shreffler, J., Platt, M., O'Brien, D., Stanton, R., Mulligan, T., & Thomas, J. (2022). Emergency Medicine History and Expansion into the Future: A Narrative Review. *The western journal of emergency medicine*, 23(3), 418–423.  
<https://doi.org/10.5811/westjem.2022.2.55108>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*.  
[https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf)
- \*Ivarsson, B., Hommel, A., Sandberg, M., Sjöstrand, D., & Johansson, A. (2018). The experiences of pre- and in-hospital care in patients with hip fractures: A study based on Critical incidents. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 30, 8–13.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.05.003>



Jay, R. (1996). Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of accident and emergency interventions. *Accident and emergency nursing*, 4(3), 125–131.  
[https://doi.org/10.1016/s0965-2302\(96\)90057-0](https://doi.org/10.1016/s0965-2302(96)90057-0)

Johnsson, A., Wagman, P., Boman, Å., & Pennbrandt, S. (2018). What are they talking about? Content of the communication exchanges between nurses, patients and relatives in a department of medicine for older people - An ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 1651-1659. <https://doi.org/10.1111/jocn.14315>

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

\*Karimi, D., Houkjær, L., Skive, A., Holmenlund, C., Brorson, S., Viberg, B., & Abrahamsen, C. (2022). Exploring patient experiences after treatment of humeral shaft fractures: A qualitative study. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 46, 100957. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2022.100957>

Karlsson, E-K. (2022). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskapligteori och metod* (2 uppl., s. 81–98). Studentlitteratur.

\*Kaufman, E. J., Richmond, T. S., Wiebe, D. J., Jacoby, S. F., & Holena, D. N. (2017). Patient Experiences of Trauma Resuscitation. *JAMA surgery*, 152(9), 843–850.  
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.1088>

Kaufman, E. J., Whitehorn, G., Orji, W., Chreiman, K., Jackson, S., Holena, D., Lane-Fall, M., & Jacoby, S. F. (2023). Patient Experiences of Acute and Postacute Care After Trauma. *The Journal of surgical research*, 291, 303–312.  
<https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.06.020>

Kellezi, B., Beckett, K., Earthy, S., Barnes, J., Slaney, J., Clarkson, J., Regel, S., Jones, T., & Kendrick, D. (2015). Understanding and meeting information needs following unintentional injury: comparing the accounts of patients, carers and service providers. *Injury*, 46(4), 564–571. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2014.11.035>

\*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.

Kjellström, S. (2022). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2 uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Leary, H. & Walker, A. (2018). Meta-Analysis and Meta-Synthesis Methodologies: Rigorously Piecing Together Research. *TechTrends*, 62, 525-534. <https://doi.org/10.1007/s11528-018-0312-7>

Lennquist, S. & Larsson, A. (2017) Primärt omhändertagande. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (2 uppl., s.79–106). Liber.

Lennquist, S. (2017) Organisation och metodik. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (2 uppl., s.19–38). Liber.

- McCance, T. & McCormack, B. (2019) Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskors kärnkompetenser* (2 uppl., s. 76–88). Liber.
- Milton, J., Åberg, D., Erichsen Andersson, A., Gillespie, B., & Oxelmark, L. (2023). Patients' perspective on care, communication, and teamwork in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101238>
- O'Brien, J. A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma resuscitation in the emergency department: themes from seven patients. *Journal of emergency nursing*, 30(3), 216–224. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2004.02.017>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- \*Rook, J. M., Wood, E., Boeck, M. A., Blair, K. J., Monroy, A., Ludi, E., Keller, E. J., Victorson, D., Foíanini, E., & Swaroop, M. (2021). The Bolivian trauma patient's experience: A qualitative needs assessment. *Injury*, 52(2), 167–174. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2020.12.014>
- \*Sandström, L., Nilsson, C., Juuso, P., & Engström, Å. (2017). The helicopter as a caring context: Experiences of people suffering trauma. *International emergency nursing*, 32, 34–38. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.09.006>

Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R.J., Zelinsky, S., Quan, H., & Mingshan, L. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>

Schmidt, R. & Wihlke, G. (2021). Traumaomvårdnad. I G. Wihlke & R. Schmidt (Red.), *Traumaomvårdnad – vård av svårt skadade patienter* (s. 17–22). Liber.

Shanthakumar, D., Payne, A., Leitch, T., & Alfa-Wali, M. (2021). Trauma Care in Low- and Middle-Income Countries. *Surgery journal (New York, N.Y.)*, 7(4), e281–e285. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732351>

Sharma, T., Bamford, M., & Dodman, D. (2015). Person-centred care: an overview of reviews. *Contemporary nurse*, 51(2–3), 107–120. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1150192>

\*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>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2020). SBU:s metodbok. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?pub=48286&lang=sv#48331>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_studier\\_kvalitativ\\_metodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning – legitimerad med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231c00/1584088433640/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20akutsjukv%C3%A5rd.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.  
<https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.pdf>

Svenska traumaregistret. (2023). *Bakgrund och syfte*. <https://rcsyd.se/swetrau/om-swetrau/bakgrund-och-syfte>

Thim, T., Krarup, N. H., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International journal of general medicine*, 5, 117–121.  
<https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>

Tiel Groenestege-Kreb, D., Van Maarseveen, O., & Leenen, L. (2014). Trauma team. *British Journal of Anaesthesia*, 113(2), 258-265. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu236>

Wake, E., Battistella, T., Dale, K., Scott, M., Nelson, R., & Marshall, A. P. (2020). Evaluation of a Trauma Service: Patient and Family Perspectives. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 27(4), 216–224.  
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000517>

Watts, D. D., Slivinski, A., Garland, J. M., Kerley, D. R., Wilson, N. Y., Cooper, T., Howard, K., Dunne, J., Lieser, M. J., Berg, G. M., Wyse, R. J., Carrick, M. M., & Fakhry, S. M. (2021). The Impact of Nursing on Trauma Patient Satisfaction: An Analysis of HCAHPS From 112,283 Patients. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 28(4), 219–227. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000589>

Wikström, J. (2021). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akutsjukdom eller skada* (3 uppl.). Studentlitteratur.

Willman, A. & Stoltz, P. (2022). Metasyntes. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2 uppl., s. 399–410). Studentlitteratur.

Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of clinical nursing*, 13(4), 422–429.  
<https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.014>

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

\* = Inkluderade artiklar i resultatet

## Bilaga 1 (3)

### Sökschema

Pubmed Datum	Sök	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Inkluderade
28.09.2023	#1	Emergency care patients	Från 2013, engelska, svenska, abstrakt	166 716			
	#2	Emergency services, hospital [MeSH]	Som ovan	43 882			
	#3	Trauma	Som ovan	452 355			
	#4	Initial trauma care	Som ovan	56 528			
	#5	Trauma resuscitation	Som ovan	10 094			
	#6	Patient experience	Som ovan	254 952			
	#7	Patient satisfaction [MeSH]	Som ovan	36 445			
	#8	Patient perspective	Som ovan	86 797			
	#9	Qualitative research	Som ovan	246 205			
	#10	Interview*	Som ovan	252 169			
	#11	(#1 OR #2) AND (#3 OR #4 OR #5) AND (#6 OR #7 OR #8)	Som ovan	3 522			
	#12	(#1 OR #2) AND (#3 OR #4 OR #5) AND (#6 OR #7 OR #8) AND (#9 OR #10)	Som ovan	382	54	17	9

CINAHL Datum	Sök	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Inkluderade
28.09.2023	#1	MH "Emergency services+"	Från 2013, abstrakt	31 991			
	#2	Emergency	Som ovan	96 682			
	#3	Patient satisfaction	Som ovan	47 046			
	#4	Patient experience	Som ovan	120 322			
	#5	Patient perspective	Som ovan	38 787			
	#6	Trauma	Som ovan	58 596			
	#7	Initial trauma care	Som ovan	1 564			
	#8	Trauma resuscitation	Som ovan	2 180			
	#9	Qualitative research	Som ovan	74 176			
	#10	Interview*	Som ovan	194 127			
	#11	#1 OR #2	Som ovan	99 405			
	#12	#3 OR #4 OR #5	Som ovan	182 093			
	#13	#6 OR #7 OR #8		58 621			
	#14	(#1 OR #2) AND (#3 OR #4 OR #5) AND (#6 OR #7 OR #8) AND (#9 OR #10)	Som ovan	193	17	12	7 (varav 6st dubletter)

PsychINFO Datum	Sök	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Inkluderade
01.10.2023	#1	Emergency services	Från 2013, Engelska, Peer-reviewed	11 382			
	#2	Emergency	Som ovan	21 542			
	#3	Patient satisfaction	Som ovan	13 389			
	#4	Patient experience	Som ovan	44 554			
	#5	Patient perspective	Som ovan	17 583			
	#6	Trauma	Som ovan	42 992			
	#7	Initial trauma care	Som ovan	456			



	#8	Trauma resuscitation	Som ovan	75			
	#9	Qualitative research	Som ovan	68 311			
	#10	Interview*	Som ovan	188 989			
	#11	#1 OR #2	Som ovan	25 112			
	#12	#3 OR #4 OR #5	Som ovan	79 333			
	#13	#6 OR #7 OR #8	Som ovan	56 642			
	#14	(#1 OR #2) AND (#3 OR #4 OR #5) AND (#6 OR #7 OR #8) AND (#9 OR #10)	Som ovan + peer-reviewed	41	2	1	0

## Bilaga 2 (3)

Författare, (år), titel, land	Syfte	Undersökningsgrupp	Metod	Resultat	Etisk kommitté	Studie-kvalitet
Aronsson, Björkdahl & Wireklint Sundström. (2014). <i>Prehospital emergency care for patients with suspected hip fractures after falling – older patients' experiences.</i> Sverige	Bekriva och förklara äldre människors upplevelse av prehospital akutsjukvård vid misstanke om höftfraktur efter fall.	10 patienter från akutsjukvårdsjournaler i västra Sverige. Inklusionskriterier var misstänkt höftfraktur, äldre än 65år och att de bodde själva.	Djupgående intervjuer. Fenomenologisk studie.	Fenomenet förklaras med hjälp av tre huvudkategorier: <i>Effektivitet, Omtänksamma möten</i> och <i>Lidande av vården</i> . Under dessa sorterades åtta underkategorier in.	Godkänt	Hög
Beaton, O'Leary, Thornburn, Cambell & Christey (2019). <i>Improving patient experience and outcomes following serious injury.</i> Nya Zeeland	Att undersöka skadade patienters upplevelse av vården och på så vis identifiera förbättringsområden i rutin-omhändertagandet.	17 traumapatienter från traumaregister från Midland region of New Zealand. Urvalet togs för att representera en heterogen grupp med olika åldrar, etnicitet och kön.	Inspelade semi-strukturerade intervjuer som transkriberades och kodades genom tematisk analys med hjälp av Braun och Clarks sex processer.	Patienterna upplevde den prehospitala vården samt akutsjukvården som välfungerande och bedrevs med hög kvalitet. I det fortsatta förloppet rapporterades det dock om behov av psykosocial screening, dålig kommunikation och dålig förberedelse inför utskrivning.	Godkänt	Hög
**Doohan & Saveman. (2015). <i>Need for compassion in prehospital and emergency care: A qualitative study on bus crash survivors' experiences.</i> Sverige	Att undersöka upplevelserna och erfarenheterna hos drabbade i en stor bussolycka.	54 av 56 överlevande från en bussolycka som skedde i februari 2007.	Semistrukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades. Dessa analyserades med kvalitativ induktiv innehållsanalys.	Fyra huvudkategorier svarade på syftet; <i>Obekvämt prehospitalt, Frånvaro av omtanke och omsorg, Missnöjdhet över krissupport</i> samt <i>Goda upplevelser av initialt omhändertagande</i> . Kompetent personal stark faktor för god upplevelse men	Godkänt	Hög

				många tillkortakommanden hos upplevelserna på akutmottagningen.		
Gabbe, Sleney, Gosling, Wilson, Hart, Sutherland & Christie. (2013). <i>Patient perspectives of care in a regionalised trauma system: lessons from the Victorias State Trauma System</i> . Australien	Undersöka skadade patienters upplevelser av traumavård för att identifiera förbättringsområden	Patienter från 18 år och äldre som varit med om trubbigt våld och behandlade på ett traumacentrum i staten Victoria. 120 deltagare, 60 kvinnor och 60 män.	Kvalitativ tematisk analys. Telefonintervjuer med semistrukturerade djupgående frågor.	<i>Sjukhusvård, Kvalité och förseningar</i> . Delar av resultatet svarar på studiens syfte.	Godkänt	Hög
Granström, Strömmer, Falk & Schandl. (2019). <i>Patient experiences of initial trauma care</i> . Sverige	Undersöka traumapatienters upplevelse av omhändertagande av ett fullt traumateam vid en nivå 1 traumaenhet.	16 st traumapatienter över 18 år, svensktalande. Behandlats vid en trauma 1 enhet.	Semistrukturerade intervjuer som transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys,	Huvudtema: <i>Känna säkerhet i en skrämmande situation</i> . Två underteman: <i>Emotionell respons</i> och <i>fysiska obehag</i> .	Godkänt	Hög
Ivarsson, Hommel, Sandberg, Sjöstrand & Johansson. (2018) <i>The experiences of pre- and in- hospital care in patients with hip fractures: A study based on Critical incidents</i> . Sverige	Belysa viktiga situationer som patienter upplever prehospitalt och intrahospitalt när de drabbats av höftfraktur.	14 patienter som genomgått en höftoperation. Dessa är rekryterade från Rikshöftregistret.	Kvalitativ studie enligt critical incident technique (CIT). Semistrukturerade intervjuer.	Ett huvudtema: <i>Oscillerande mellan att vara nöjd och stå ut med en ny krävande situation</i> . Fem underkategorier: <i>Smärta och smärthantering, känna rädsla och tillfredställelse i perioperativ vård, uppleva kontinuitet i vården, information aspekter och att känna stöd och uppmuntran</i> .	Godkänt	Hög
Karimi, Houkjær, Skive, Holmenlund, Brorson, Viberg & Abrahamsen. (2022). <i>Exploring patient experiences after treatment of humeral shaft fractures: A qualitative study</i> . Danmark.	Undersöka patienters upplevelse vid frakturer på humerus skaftet och den efterföljande vården.	12 patienter som var dansk- och engelsktalande. Strategiskt urval. Patienter från en större RCT studie i Danmark.	Kvalitativ studie med semistrukturerade och individuella intervjuer.	Fem huvudkategorier: <i>Förväntningar, fysiska förändringar, stöd och självständighet, psykologisk påverkan samt specifik behandling och återhämtning</i> .	Godkänt	Hög
Kaufmann, Richmond, Wiebe, Jacoby & Holena.	Beskriva patienters upplevelser av	Vuxna, engelsktalande vuxna som varit med om ett trauma.	Kvalitativ deskriptiv studie.	Tre teman: <i>Behandling och procedurer, traumateam</i> och	Godkänt	Hög (fick 25 dollar i

(2017). <i>Patient experiences of trauma resuscitation</i> . USA	trauma-omhändertagande och identifiera möjligheter för att förbättra patientupplevelser utan att kompromissa med noggrannhet och tid.	30 deltagare i intervjuer och 20 videoobservationer.	Semistrukturerade intervjuer och observation av videoinspelningar av traumaomhändertagande.	<i>kommunikation.</i>		ersättning)
Kellezi, Earthy, Sloney, Beckett, Barnes, Christie, Horsley, Jones & Kendrick. (2020). <i>What can traumapatient's experiences and perspectives tell us about the perceived quality of trauma care? a qualitative study set within the UK National Health Service</i> . Storbritannien	Att undersöka patienters upplevelser och perspektiv på vården när de blivit inlagda till följd av plötslig skada.	En urvalsram från en större multi-city longitudinal studie i UK. Utifrån vanliga enkla trauman ihop med multitrauma och ovanliga skador, skademekanismer. 45 patienter medverkade.	Kvalitativ del av en större studie. Semistrukturerade intervjuer spelades in och transkriberades. Induktiv tematisk analys användes för att ta fram koder och kategorier.	Deltagare pratade både om positiva och negativa upplevelser. Dessa demonstrerades i tre huvudkategorier; <i>den specifika traumakontexten, positiva upplevelser från vården och negativa upplevelser från vården.</i>	Godkänt	Hög
Rook, Wood, Boeck, Blair, Monroy, Ludi, Keller, Victorson, Fofanini & Swaroop. (2021). <i>The Bolivian trauma patient's experience: A qualitative needs assessment</i> . Bolivia	Undersöka boliviansk traumasjukvård från patienters perspektiv för att identifiera barriärer och förbättringsområden.	15 traumapatienter inlagda på en av fyra sjukhus i Santa Cruz de la Sierra under juni och juli 2016.	Individuella semistrukturerade intervjuer som transkriberades. Dessa analyserades genom innehåll samt diskursanalys för att identifiera nyckelteman och upplevelser.	Inom tre olika faser upplevdes vården olika; vård på olycksplatsen (innan vårdpersonal kom på plats), prehospital vård och sjukhusvård. Överlag var upplevelserna positiva när det rörde vården på olycksplats och inom sjukhusvård medan upplevelserna från prehospital vård var negativa.	Godkänt	Hög
Sandström, Nilsson, Juuso & Engström. (2016). <i>The helicopter as a caring context: Experiences of people suffering trauma</i> . Sverige	Beskriva traumapatienters upplevelse av omhändertagandet i amulanshelikopter.	13 personer mellan 21-76år. Utsatta för trauma max 6 månader tidigare. Utvalda med hjälp av en sjuksköterska på mellanstort sjukhus i norra Sverige som gick genom akutvårds-journaler.	Individuella intervjuer med öppna frågor. Innehållsanalys.	Tre teman: <i>Avledd och avtrubbad av händelsen, omhändertagen av vårdpersonal och trygg i en begränsande miljö.</i>	Godkänt	Hög

**Skene, Pott & McKeown. (2017). <i>Patients' experience of trauma care in the emergency department of a major trauma center in the UK.</i> England	Undersöka patienternas upplevelse av omhändertagandet på akutmottagning för att kunna förbättra traumaomhändertagandet.	13 personer utsatta för trauma valdes genom pragmatiskt bekvämlighetsurval från intagna på traumaavdelning vid ett sjukhus i London.	Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor för att få patientens narrativ. De analyserades sedan med tematisk analys.	Fyra teman framkom; <i>initiala känslor efter trauma, miljöfaktorer, kommunikationsstilar och reflektion efter traumat.</i>	Godkänt pga etiskt resonemang	Hög
---	---	--	--	---	-------------------------------	-----

\*\*=inkluderad via referenslista

## Kvalitetsgranskningsmall

Kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa studier från SBU, 2022 (Hämtad september 2023)

# Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Granskare: \_\_\_\_\_

### Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

### 1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien<sup>1</sup>

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

### 2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:</b>	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

### 3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

#### 4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

#### 5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.  
För in det på sidan 1.