

DEN ÄLDRE TRAUMAPATIENTEN

Faktorer som påverkar omvårdnaden i omhändertagandet

En litteraturöversikt

THE ELDERLY TRAUMA PATIENT

Factors that affect the nursing care

A literature reviewe

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2021-06-04
Kurs: HT20-VT21

Författare:
Hanna Lundblad

Emeline Nilsson

Handledare:
Marie Tyrell
Ragnhild Hedman

Examinator:
Ann-Charlotte Falk

SAMMANFATTNING

Trauma definieras som skador som uppkommer av yttre faktorer. Dessa skador kan medföra hot mot individens liv och hälsa eller risk för allvarlig kvarstående funktionsnedsättning. Med den åldrande populationen i samhället finns ett behov av ändring av fokus i traumaomhändertagandet och omvårdnaden. Äldre patienter har en högre risk för komplikationer samt dödlighet vid trauman då den äldre patienten har minskade fysiologiska funktioner och ändrade reserv- och reparationskapaciteter.

Syftet med denna studie var att belysa faktorer som påverkar den äldres omvårdnad i traumaomhändertagandet.

För denna studie genomfördes en litteraturoversikt. Sökningar gjordes i Pubmed och Cinahl och 15 vetenskapliga artiklar valdes ut. Data analyserades genom en integrerad analys där resultatet sammanställdes och presenterades i resultattabell.

Denna studie identifierade två huvudkategorier och totalt fem underkategorier. De huvudkategorier som uppenbarades var betydelsen av specialistkunskap och standardiserade arbetsätt i omvårdnaden av den äldre traumapatienten. I de 15 artiklar som hittades till denna studie framkom bland annat att specialistsjuksköterskans kompetens, advanced care planning, att arbeta i team, strukturerat arbetsätt, kontinuitet och identifiering av risker var faktorer som hade betydelse för omvårdnaden och omhändertagandet för den äldre traumapatienten.

Denna studie belyser faktorer som påverkar omvårdnaden och omhändertagandet för den äldre traumapatienten, dessa faktorer kan hjälpa vården att identifiera den äldres behov. Att utveckla vårdprogram för de äldre traumapatienterna, öka specialistkunskaper hos vårdpersonalen, arbeta med rutiner och identifiering av risker samt att arbeta mer utifrån den äldres egna mål skulle påverka omhändertagande av den äldre traumapatienten positivt.

Nyckelord: Omvårdnad, skörhet, trauma, äldre.

ABSTRACT

Trauma is defined as injuries that arise from extrinsic factors. These injuries can pose a threat to the individual's life and health or a risk of severe permanent disability. With the aging population in society, there is a need to change the focus in trauma care and nursing. Elderly patients have a higher risk of complications and mortality from trauma as the elderly patient has reduced physiological functions and altered reserve and repair capabilities.

The purpose of this study was to shed light on factors that affect the elderly's nursing in trauma care.

A literature review was conducted for this study. Searches were conducted in Pubmed and Cinahl and 15 scientific articles were selected. Data were analyzed through an integrated analysis where the results were compiled and presented in the results table.

This study identified two main categories and a total of five subcategories. The main categories that were revealed were the importance of specialist knowledge and standardized working methods in the care of the elderly trauma patient. In the 15 articles found for this study, it emerged, among other things, that the specialist nurse's competence, advanced care planning, working in teams, structured working methods, continuity and identification of risks were factors that were important for the nursing and care of the elderly trauma patient.

This study highlights factors that affect the care and nursing of the elderly trauma patient, these factors can help the care to identify the elderly's needs. Developing care programs for the elderly trauma patients, increasing specialist knowledge of the care staff, working with routines and identifying risks and working more based on the elderly's own goals would have a positive effect on the care of the elderly trauma patient.

Keywords: Elderly, frailty, nursing care, trauma.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Den äldre personen	1
Den sköra äldre personen	1
Den äldre personens patofysiologi	2
Begreppet trauma	3
Den äldre traumapatienten	4
Omvårdnad på vårdavdelning	5
Teoretisk utgångspunkt	6
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval	8
Datainsamling	8
Databearbetning	11
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	12
Betydelsen av specialistkunskap i omvårdnaden av den äldre traumapatienten	12
Betydelsen av standardiserade arbetssätt och se personen bakom traumat	14
DISKUSSION	16
Resultatdiskussion	16
Metoddiskussion	21
Slutsats	23
Klinisk tillämpbarhet	23
REFERENSER	25

Bilaga A- Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag

Bilaga B- Artikelmatris

INLEDNING

För omhändertagande och omvårdnad av traumapatienter finns det mycket fakta och forskning. Befolkningen blir allt äldre men det saknas ett specifikt omhändertagande och omvårdnad vid vård av den äldre traumapatienten. Detta ger utmaningar för exempelvis sjuksköterskan i sitt arbete på vårdavdelning. Det specifika omhändertagandet och omvårdnad vid trauma för att undvika komplikationer och onödigt lidande kan förbättras för de äldre. Inom akut- och traumasjukvården görs det idag ingen skillnad för specifik ålder. Åldrandet medför fysiologiska förändringar och sjukvården behöver ha detta i beaktande vid omhändertagande och omvårdnaden.

BAKGRUND

Den äldre personen

Medellivslängden ökar i Sverige och år 2020 fanns cirka 2,7 miljoner personer över 85 år och år 2030 beräknas Sveriges befolkning över 85 år att vara över 4 miljoner (Statistiska centralbyrån [SCB], 2020). Av de 8673 traumapatienter som kom in till sjukhusen i Sverige 2019 var 22,6 procent 65 år eller äldre (Svenska Traumaregistret, 2019).

Det kronologiska åldrandet kan sägas starta någon gång innan 70 års ålder, men det finns även biologiskt, funktionellt och psykologiskt åldrande (Ernsth-Bravell, 2020a). Det kan vara svårt att skilja på om åldersrelaterade förändringar uppkommit på grund av biologiska, psykologiska eller sociokulturella orsaker. Det biologiska åldrandet gör att cellerna får en försämrad funktion, begränsad reserv- och reparationskapacitet (Bondevik & Nygaard, 2005). Det fysiska åldrandet börjar tidigare men vid 65 års ålder har de mätbara förändringarna blivit mer påtagliga (Ernsth-Bravell, 2020a; Rundgren & Dehlin, 2016). Caterino et al. (2010) har uppmärksammat att dödlighet justerat utifrån Injury Severity Scale [ISS], som är ett system att skatta skadornas allvarlighetsgrad, ökar markant vid 70 års ålder (Caterino et al., 2010).

Gerontologin är läran om åldrandet och i det biologiska åldrandet benämns åldersförändring som en långsam process som är universella och irreversibla förändringar som kommer inifrån (Bondevik & Nygaard, 2005; Rundgren & Dehlin, 2016). De normala åldersförändringarna påverkar kroppen väldigt individuellt, förändringarna minskar funktionen i de inre organen till exempel förslitningar i muskler och leder, nedsatt syn och hörsel, sviktande organfunktion samt kognitiv funktion. Åldrandet beror dels på det naturliga förloppet i kroppen men även de förändringar som beror på sjukdom eller yttre förhållanden (Bondevik & Nygaard, 2005; Rundgren & Dehlin, 2016).

Den sköra äldre personen

Begreppet frailty/skörhet är ett internationellt begrepp som används för att beskriva den allra svagaste gruppen bland äldre (Wisten, 2020). Cirka 25 procent av alla personer över 65 år är sköra och löper stor risk för vårdrelaterade skador och bestående funktionella skador, om de läggs in på sjukhus. Genom att identifiera den sköra äldre personen redan på akutmottagningen kan man sätta in adekvata åtgärder för att minska risken för vårdskador (Wisten, 2020). Det finns många olika mätverktyg för att mäta skörhet och genom att identifiera skörhet hos äldre personer redan på akutmottagningen kan man förutse behovet av inläggning, behov av geriatrisk vård, rehabilitering, äldreboende och förlängd vårdtid (Jørgensen & Brabrand, 2017). Uchmanowicz et al. (2018) beskriver att ta hänsyn till skörhet som att balansera tillgångar och underskott och att sjuksköterskan spelar en viktig roll i att

bibehålla balansen för den sköra patienten. För att kunna möta de sköra äldres behov krävs samarbete mellan professionerna i hälso- och sjukvården samt att koordinera interventioner (Uchmanowicz et al., 2018).

Den äldre personens patofysiologi

Äldre personer kan ha bakgrundssjukdomar som kan leda till en allmän kroppslig svaghet (Southern et al., 2020). Dessa fysiologiska förändringar hos den äldre ger ett begränsat eller annorlunda svar på traumatiska skador och ger även en högre risk för komplikationer (Southern et al., 2020).

Den äldre personen kan ha en minskad lungkapacitet till exempel på grund av stela lungor, minskad kraft i andningsmuskulaturen, förändrad form och funktion i bröstkorgen eller obstruktiva luftvägar, att alveolerna blir tunnare och antalet kapillärer minskar med åldern samt att äldre kan ha ett ökat ventilationsbehov på grund av anemi eller hypoxi (Rundgren & Dehlin, 2016; Wisten, 2020). Det kan finnas bakomliggande sjukdomar som kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL] eller hjärt-kärlsjukdom. Den äldre patienten blir lättare andfädd och har större risk för sekretstagnation vid akuta tillstånd (Rundgren & Dehlin, 2016; Wisten, 2020).

Ett redan försämrat intag av mat innan ett trauma med dess konsekvenser, ger en försämrad förmåga till läkning och bekämpande av infektioner vilket kan leda till ytterligare dödlighet och sjuklighet (Southern et al., 2020). Funktionen av kroppens vätskereglrande system avtar med åldern och risken för vätske- och elektrolytrubbningar ökar (Wisten, 2020). Med åldern minskar känslan av törst, äldre kan dricka för lite under långa perioder, kanske för att inte behöva gå till toaletten eller undvika urinläckage. Uttorkningen kan orsaka symtom som förvirring, aptitlöshet, apati och förvirring (Bondevik & Nygaard, 2006). Matspjälkningen är grunden för många funktioner i kroppen till exempel produktion av blodkomponenter, elimination av skadliga substanser och metabolismen av läkemedel. Andra åldersrelaterade förändringar kan vara sväljsvårigheter på grund av matstrupens sämre koordinationsförmåga, torra munslemhinnor, sämre tandskyddande funktion av saliv, tunnare magslemhinna med större risk för magsår. Leverns eliminationsförmåga minskar även med åldern (Rundgren & Dehlin, 2016).

Den minskade mängden muskelmassa, kroppsfett och minskad elasticitet i vävnaden ger även svårigheter för den äldre att reglera temperatur, gör dem mer mottagliga för trycksår, samt ger mindre ork till rörelse och mobilisering (Southern et al., 2020). Huden blir tunnare med åldern på grund av mindre underhudsfett, bortfall av nerv-ändar i dermis som leder till sämre känsel och atrofi gör huden mer känslig för tryck och "skjuvning". Allt detta ökar risken för skador och försämrad läkning (Rundgren & Dehlin, 2016). Den åldrande kroppen har mindre rörlighet i tarmarna och kan lättare drabbas av förstoppning, även i kombination av dåligt nutritionsintag (Southern et al., 2020).

Behovet av sömn är konstant under vuxen ålder, däremot är sömnproblem vanligare efter 50 års ålder (Ernst-Bravell, 2020b). Äldre har ofta förlängd insomningstid, lite eller ingen alls djupsömn, fler och längre vakentillfällen (Ernst-Bravell, 2020b; Rundgren & Dehlin, 2016). När den äldre sover rör hen inte på sig lika ofta som yngre, vilket försämrar tryckavlastning och kan bidra till ökad smärta när hen vaknar (Rundgren & Dehlin, 2016).

Alla kan drabbas av förvirring/konfusion men risken ökar markant med åldern, multisjuklighet eller skallskada (Wisten, 2020). Det är hjärnans svar på stress såsom vid akut

sjukdom och med åldern minskar reservkapaciteten för inre och yttre påfrestningar. Den kognitiva förmågan minskar med åldern såsom korttids- och långtidsminnet försämras, psykomotoriska snabbheten minskar och koncentrationsförmågan/uppmärksamheten försämras (Wisten, 2020). De få personlighetsförändringar som kan ses efter 65 års ålder är ofta en ökad social kompetens, men minskad öppenhet för nya erfarenheter och mindre utåtriktad (Dahl, 2020). Enligt Dahl (2020) styrs våra val och hur människan agerar av vilken bild människan har av sig själv. Människan reglerar sitt beteende och utveckling utifrån omgivningen och situationen. Bemästring/coping är förmågan att möta förändringar i livet, hur människan väljer att se på saker. Det kan vara att acceptera, hitta nya lösningar eller sänka kraven på sig själv för att få en bättre balans (Dahl, 2020).

Begreppet trauma

Trauma definieras inom akutsjukvården som skador som uppkommer av våld. Dessa skador kan medföra hot mot individens liv och hälsa eller risk för allvarlig kvarstående funktionsnedsättning (Lennquist, 2017b). Definitionen kan även vara en skada på vävnad och organ, detta är ett resultat av den energiöverföring på kroppen som orsakats av traumat (Emergency Nurse Association [ENA], 2014). Detta innebär att det krävs korrekta och snabba åtgärder samt stora insatser från sjukvården. Skador vid ett trauma kan delas upp i penetrerande våld, exempelvis stick- och skärskador, och trubbigt våld, exempelvis slag och fallskador (Lennquist, 2017b). Trubbigt våld är den dominerande skadeorsaken i Sverige som inkluderar fallskador som den tredje vanligaste orsaken (Svenska traumaregistret, 2019). Trauma kan drabba ett organ eller flera organsystem och det kan involvera alla kroppens delar som exempelvis skalle, thorax, buk och extremiteter (Lennquist, 2017b).

Initialt omhändertagande och traumaomhändertagande

Vid ett trauma utför vårdpersonalen en process som kallas det initiala omhändertagandet av patienten (Lennquist & Larsson, 2017). Detta sker efter skadetillfället och är till för att identifiera livshotande tillstånd, skador och bestämma/prioritera åtgärder samt behandlingar av den skadade. Omhändertagande görs av vårdpersonal på skadeplats, under transport och inne på sjukhusets akutmottagningar, traumarum och vårdavdelningar med hjälp av ABCDE-principen (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) (Lennquist & Larsson, 2017). ABCDE-principen är ett verktyg i omhändertagandet för identifiering och upptäckande av tidiga kritiska tillstånd för alla patienter och bör repeteras tills patienten är stabil (Thim et al., 2012). Enligt Beuran et al. (2012) kan avbrott i det initiala omhändertagandet av patienten, för icke-livshotande behandlingar, leda till fara för patienten. Beuran et al. (2012) menar även att det är av vikt att utföra den sekundära bedömningen vilket kan göras på sjukhuset och inkluderar bland annat helkroppsundersökning, reevaluering, kontroll av vitalparametrar och kontinuerlig övervakning (Beuran et al., 2012).

Det finns standardiserade rutiner, koncept och utbildningar för traumaomhändertagandet (Lennquist & Larsson 2017). Korrekt omhändertagande vid trauma är avgörande för att minimera dödlighet och sjuklighet och hjälper sjuksköterskan att bedöma traumapatienten på ett systematiskt och kontrollerat sätt (ENA, 2014). Genom att införa ett systematiskt traumaomhändertagande minskade dödligheten med mellan 50–75 procent där man jämförde traumaomhändertagandets utveckling under de senaste 20 åren (Hietbrink et al., 2020). Utbildningar i traumaomhändertagande förbättrar de kliniska färdigheterna, prioriteringar och tillvägagångssätt för vårdpersonal. De kliniska färdigheterna minskar efter sex månader, vilket innebär att upprepningar av utbildningar för traumaomhändertagandet är av vikt (Mohammad et al., 2014).

Traumats konsekvenser

Vid ett trauma kan effekten av det ha många olika konsekvenser. Förutom skadans direkta och indirekta konsekvens hos individen själv och personer runt om hen har det även stora samhällsekonomiska konsekvenser (Lennquist, 2017a). Traumavård konsumerar stora resurser och kostnader, detta innebär att resurserna måste motsvara vårdbehovet. Kostnaden är bland annat en kombination av antal vårddygn samt arten av vårdinsatser. Ett viktigt arbete inom sjukvården är att påverka när skadan skett, genom snabbare insatser och effektivare åtgärder i omhändertagandet (Lennquist, 2017a). Ett år efter sjukhusvård efter skador från allvarlig olycka var det 49 procent som hade en känslomässig, fysisk och/eller kognitiv nedsatt funktion och 33,5 procent av dem hade inte kunnat återgå till sitt arbete. Låg syremättnad och lågt blodtryck ökar risken för komplikationer kortsiktigt efter olyckan. Faktorer som ökar risken för långsiktiga konsekvenser och komplikationer är ålder, hög ISS och Glasgow Coma Scale [GCS] under åtta på skadeplats (Martino et al., 2020). Kelley-Quon et al. (2010) följde upp funktionellt status hos patienter ett år efter att de varit med om en traumatisk skada, det visade att större delen av de äldre traumapatienterna hade förlorat förmågan att utföra en eller flera dagliga aktiviteter, vilket i sig kan leda till förlorad självständighet och ytterligare bakslag (Kelley-Quon et al., 2010). Skadade patienter får ofta långtidskonsekvenser såsom social dysfunktion, posttraumatisk stress och kronisk smärta (Choi et al., 2021). Ett trauma kan påverka patienten psykiskt och majoriteten av drabbade individer har en övergående stressreaktion (Berg-Johannesson & Michel, 2017). En stressreaktion kan uppstå efter en händelse som individen upplever traumatisk, med eller utan kroppsskada (Berg-Johannesson & Michel, 2017). Oförutsett och plötsligt trauma kan leda till psykiska komplikationer såsom posttraumatiskt stressyndrom [PTSD]. Detta kan ge problem med rädsla, förvirring, ilska och sömn som kan leda till svårigheter att göra dagliga aktiviteter (Javidi & Yadollahie, 2012). Risken för posttraumatisk depression ökar vid längre vårdtider och ålder är en faktor för längre vårdtider (Ahl et al., 2017).

Den äldre traumapatienten

Enligt Santos et al. (2015) finns ett behov av ett specifikt omhändertagande av äldre personer då deras kroppar är skörare och de löper större risk för dödlig utgång efter trauma. År 2021 beräknas äldre personer stå för hälften av de allvarligt skadade traumapatienterna (Spering et al., 2019). Högenergivåld var mindre vanligt bland äldre traumapatienter och låga fall stod för vanligaste orsaken till skada. Att vara äldre traumapatient innebar också att det var mindre troligt att man skulle transporteras till ett Trauma 1-sjukhus. På sjukhuset opererades de äldre patienterna i mindre utsträckning för sina skador såsom skall- och bäckenskador (Spering et al., 2019).

Äldre traumapatienter är signifikant mindre benägna att få uppmärksamhet av konsulter än yngre traumapatienter (Atinga et al., 2018). Den äldre traumapatienten får även i mindre utsträckning ett traumateam som omhändertar dem än en yngre traumapatient. Detta betyder att den äldre traumapatienten har större risk att undertriageras i det initiala omhändertagandet (Hoyle et al., 2020). Enligt Kodadek et al. (2015) identifierades en koppling mellan undertriagering och stigande ålder (Kodadek et al., 2015). Faktorer såsom hörselnedsättning och demens hos den äldre personen kan leda till svårigheter i bedömningen och att skadan underskattas och uppfattas annorlunda (Atinga et al., 2018).

Hendlmeier et al. (2019) nämner utmaningar i omvårdnaden hos äldre patienter inom sjukhusen. Kognitiv svikt och delirium hos äldre patienter försvårar även omhändertagandet och omvårdnaden för vårdpersonal. Det fanns ett samband mellan detta och nedsatt allmän

daglig livsföring [ADL], svårigheter att ta mediciner, försämrat matintag och behov av längre tid för omvårdnad (Hendlmeier et al., 2019).

I och med hög ålder, minskade organfunktioner och en mindre reservkapacitet hos den äldre traumapatienten är det större sannolikhet att den äldre traumapatienten dör än den yngre (Southern et al., 2020). Detta innebär att med den äldre traumapatienten i hans omhändertagande och omvårdnad måste det tas hänsyn till det fysiologiska och sammanhängande sjuklighet genom ett interprofessionellt samarbete (Southern et al., 2020). Äldre traumapatienter har både högre risk för komplikationer men även högre risk för dödlighet (Davidson et al., 2011; Labib et al., 2011). Lågenergiskador har även enligt studier visat sig ha hög dödlighet hos äldre patienter (Ghorbani et al., 2014; Gitajn et al., 2017; Wilson et al., 2016). Enligt Keller et al. (2012) är det tre gånger vanligare att trauma hos äldre leder till död. Enligt en amerikansk studie är det dubbelt så vanligt att skrivas ut till rehabilitering som äldre > 65 år än för de äldre <65 år (Davidson et al., 2011).

Den åldrande populationen gör att fokus inom traumaomhändertagandet ändras då äldre traumapatienter blir fler. Även om befolkningen drabbas av liknande trauma oavsett ålder så kan svårighetsgraden hos den äldre patienten vara högre med skadan och ha ökad dödlighet och sjuklighet (Adams & Holcomb, 2015). Vid trauman har den äldre patienten ett ökat behov av längre sjukhusvistelse. Vanliga komplikationer vid sjukhusvistelse efter trauma för äldre patienter är bland annat infektioner och respiratoriska problem (Davidson et al., 2011; Konda et al., 2020; Labib et al., 2011) samt njursvikt och delirium (McKevitt et al., 2003).

Sannolikheten att drabbas av trauma ökar även med stigande ålder och trauma var enligt Fuchs et al. (2012) den andra vanligaste orsaken för inläggning på intensivvårdsavdelningar för personer >85 år och dödlighet för dessa patienter på intensivvårdsavdelningar ökade även med ålder (Fuchs et al., 2012). Konda et al. (2020) identifierade också en ökning av behovet av intensivvårdsplatser, längre sjukhusvistelse, mindre utskrivningar direkt till hemmet och en ökad vårdkostnad (Konda et al., 2020). De äldre har en större konsumtion av traumaresurser i förhållande till de skador som de får vid traumarelaterade skador till exempel längre vårdtid och fler konsultationer på grund av komplikationer (McKevitt et al., 2003).

Omvårdnad på vårdavdelning

Omvårdnad handlar om det patientnära arbetet samt det vetenskapliga kunskapsområdet (Schmidt & Wihlke, 2021). Sjuksköterskan har omvårdnad som huvudområde och ska arbeta mot patienternas grundläggande behov, vilket görs genom bedömning, utvärdering, planering och genomförande av vården och omvårdnaden. Omvårdnaden ges med ett personcentrerat och etiskt förhållningssätt med ett helhetsperspektiv för patienten (Schmidt & Wihlke, 2021). Att arbeta utifrån sjuksköterskans etiska kod och med ett personcentrerat förhållningssätt är något som gagnar patienten, dennes familj och i längden hela samhället. International council of nurses [ICN] ser personcentrerad vård som grunden, själva hjärtat, i omvårdnad och medicinsk vård (Bartz, 2010). Omvårdnad handlar om att tillgodose vårdbehovet samt ge en god och säker vård. Sjuksköterskor ska följa de grundläggande etiska koderna samt arbeta efter att "...främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande" (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017, s. 3). Omvårdnad med god och säker vård ska ges till alla med respekt och värdighet, oberoende av exempelvis ålder eller bakgrund samt involvera patienter i beslut, behandling samt genomföras med respekt för människornas egna värderingar och vanor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Akutsjukvård

Akutsjukvård bedrivs dygnet runt och sker med vård och omvårdnad till alla som drabbas av plötslig ohälsa (Riksförening för akutsjuksköterskor, 2017). Specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård ska bedöma, prioritera samt se vårdbehovet i komplexa vårdssituationer. Detta innebär att hen ska använda sina färdigheter och ta anamnes samt observera subjektiva och objektiva symptom för att kunna göra en korrekt bedömning, undersökning och behandling av patienten (Riksförening för akutsjuksköterskor, 2017).

Traumavård

Omvårdnad vid trauman görs med kontroll av vitala funktioner liknande ABCDE-principen, detta sker både prehospitalt och intrahospitalt (Degani et al., 2019). Sjuksköterskan utvärderar andning genom auskultation av lungor, syremättnad och andningsfrekvens. Kontroll av cirkulation med blodtryck, hjärtrytm, kontroll av blödning på förband och kontroll av infarter. Medvetandebedömning görs med GCS och kontroll av pupiller. Det innefattar även kontroll av distalstatus, avlägsnande av kläder för undersökning av kroppen och även dokumentation (Degani et al., 2019). Utvärdering av smärta sker och behandlas med läkemedel eller högläge, kyla och kompression. All omvårdnad sker kontinuerligt och ska vid avvikande symptom reevalueras (Degani et al., 2019). Omvårdnad vid trauma på sjukhus kan inkludera att utvärdera vätskebehov, initiera trombosprofylaktiska åtgärder, sårbehandling (Biz et al., 2016). Stor andel traumapatienter upplever smärta vid inläggning på sjukhus men även kvarstående smärta vid utskrivning (Berben et al., 2008). Smärta efter trauma är utmanande, men med rätt behandling kan tidig mobilisering ske vilket minskar vårdtiden och vårdkostnader samt leder till minskad risk för kroniska smärtor (Ahmadi et al., 2016).

Undersökning och bedömning av traumapatienter är ständigt i förändring där sjuksköterskans kunskap kan öka patientsäkerheten i omhändertagandet och korrekta bedömningar av sjuksköterskan hjälper hela traumateamet att identifiera patientens alla behov (Flynn et al., 2015). Bedömning, anamnestagning, fysiska undersökningar enligt ABDCE-principen, palpationer, observationer och analys av vitalparametrar ger en helhetsförståelse av patienten. Detta hjälper även sjuksköterskan att fokusera på helheten för att inte missa skador eller nytillkomna symptom hos patienten (Flynn et al., 2015).

Ett grundläggande synsätt för omvårdnaden av traumapatienter är att ha ett samarbete med alla inblandade i traumaomhändertagandet (ENA, 2014). Genom att sjuksköterskor har ett professionellt och kompetent omhändertagande kan både dödlighet och sjuklighet minska hos patienterna.

Det finns ett behov av sammanhängande och integrerat tillvägagångssätt i vården och omvårdnaden för de äldre patienterna på bland annat den akuta vårdavdelningen, men även generellt över alla vårdavdelningar (Nolan & Tolson, 2000). Enligt Virginia Henderson ses ett behov av att upprätthålla en humanistisk vård med speciellt fokus på försummade grupper såsom de äldre samt ses en frånvaro av grundläggande personlig och specifik omvårdnad. Otillräcklig kunskap, utbildning och bedömning resulterar i brister för de äldres behov (Nolan & Tolson, 2000).

Teoretisk utgångspunkt

I en studie av Barros de Queiroz et al. (2016) belyses Virginia Hendersons teori att se den äldres grundbehov. Genom att identifiera grundbehoven kan sjuksköterskan planera åtgärder som är individuellt för den enskilda individen (Barros de Queiroz et al., 2016). Enligt Virginia

Henderson är sjuksköterskans uppgift att hjälpa individen, frisk eller sjuk, med de handlingar som leder till tillfrisknande, hälsa eller en fridfull död, som individen utfört själv om hen hade haft styrkan eller kunskapen att utföra detta så att individen återfår självständighet så fort som möjligt (Alligood, 2018). Grunden för omvårdnad är enligt Henderson baserat på människans 14 grundbehov; Att hjälpa patienten att andas, att hjälpa patienten att äta och dricka, att hjälpa patienten med uttömningen, att hjälpa patienten inta och variera lämplig kroppsställning, då hen går sitter eller ligger. Att hjälpa patienten till vila och sömn, att hjälpa patienten med klädsel, att hjälpa patienten att hålla lämplig kroppstemperatur, att hjälpa patienten hålla sig ren och välvårdad samt skydda huden, att hjälpa patienten att undvika faror samt att skydda patienten från att utge fara för andra, dels våldshandlingar eller infektioner, att hjälpa patienten att meddela sig med andra och ge uttryck för sina önskemål och känslor, att hjälpa patienten att utöva sin tro, att leva i enlighet med det hen tror är rätt och fel, att hjälpa patienten utföra meningsfull sysselsättning, att hjälpa patienten till rekreation och återhämtning, att hjälpa patienten till att lära (Hendersson, 1991). Grundbehoven är de samma oavsett ålder men det biologiska åldrandets fysiologiska företeelser kan göra att den äldre har ett utökad eller annorlunda behov av omvårdnadsåtgärder (Hendersson, 1991).

PROBLEMFORMULERING

Omhändertagandet av traumapatienter på sjukhusen kan utgöra en unik uppsättning av utmaningar. Då befolkningen i Sverige blir allt äldre kommer andelen äldre traumapatienter, personer 65 år eller äldre att öka. Forskning visar att äldre har en ökad risk för komplikationer i samband med olyckor/vård. Försämring och/eller förlust av syn och hörsel, stabilitet, reflexer, reaktionstid och bakomliggande grundsjukdomar ger en ökad risk för att drabbas av skador. Äldre har mindre fysiologiska reserver och sämre förmåga till fysiologisk återhämtning vilket kan resultera i en förlängd vårdtid.

Den initiala handläggningen, omvårdnaden och omhändertagandet av traumapatienter är väl studerat, utbildningar och interna upplägg för vården av traumapatienten finns. Dock görs ingen skillnad på om patienten är 15 år eller 65 år.

Som specialistsjuksköterska inom akutsjukvård finns ett behov av kunskap om faktorer som påverkar den äldre traumapatienten gällande omhändertagande och omvårdnad då den äldre kan påverkas av de beslut, behandlingar och omvårdnad som inte är specifik för den äldres fysiska och psykiska förmåga. Detta kan resultera i en negativ påverkan på exempelvis mobilisering, nutritionsintag och kognitiva funktioner hos den äldre.

SYFTE

Att belysa faktorer som påverkar omvårdnaden i omhändertagandet av den äldre traumapatienten.

METOD

Design

För att besvara syftet i denna studie valdes en litteraturöversikt då den beskriver och skapar en översikt om kunskapsläget inom det valda området (Friberg, 2017). En litteraturöversikt är ett lämpligt sätt att få en bra bild av den kunskap som finns nu, öka förståelsen, bilda slutsatser och bidra till evidensbaserad vård (Polit & Beck, 2017). En litteraturöversikt beskriver, analyserar och kritiskt granskar kunskapsläget inom ett specifikt område eller fråga (Forsberg

& Wengström 2016). Genom att hålla hög kvalitet på litteraturoversikten tydliggörs vad som saknas i forskningen (Polit & Beck, 2017).

Urval

För denna studie användes 15 originalartiklar. Underlaget behöver vara stort nog för att kunna dra slutsatser, men inte så stort att det inte blir hanterbart (Polit & Beck, 2017). För att inte missa viktig kunskap är det viktigt med ett öppet sinne vid databassökningarna, att inte göra sökningarna för snäva, för att hitta nya informationskällor. Detta kan åstadkommas genom att använda olika ord som syftar till samma sak. Har man tydliga inklusions- och exklusionskriterier är det lätt att sälla bort artiklar under hela processen (Polit & Beck, 2017). Genom att ha ett stort underlag med tydliga inklusions- och exklusionskriterier så underlättas processen för att kunna reproducera resultatet (Polit & Beck, 2017) Litteraturstudier ska göras på artiklar som är primärkällor (Polit & Beck, 2017).

Manuell sökning kan ske på flera olika sätt. Ett sätt är att söka i referenslistan till en redan utvald artikel som motsvarar kriterierna, så kallat snöbollsurval (Polit & Beck, 2017).

Avgränsningar

Enligt Polit och Beck (2017) bör författare formulera strategier för sina sökningar för att på så sätt hitta relevanta artiklar för studien. För denna studie valdes originalartiklar ut som var granskade med peer-review. Artiklar som var skrivna på engelska valdes vilket enligt Polit och Beck (2017) är av vikt för att författarna ska kunna förstå och tillgodose informationen i artiklarna korrekt. Artiklarna skulle inte vara äldre än 11 år, från år 2010–2021 för att ha så ny fakta och kunskap som möjligt för svar på syftet. Dessa avgränsningar gjordes för att undvika sökresultat som var irrelevanta för studiens syfte (Polit & Beck, 2017).

Inklusionskriterier

Författarna valde att inkludera artiklar som bearbetade resultat om patienter ≥ 65 år då denna ålder var genomgående i bakgrunden för studien för runt vilken ålder en person räknas som "äldre" med det fysiska och psykiska åldrandet. Författarna valde att inkludera en del artiklar med ett brett åldersspann, dock skulle det vara tydligt i resultatet vad som var kopplat till vilken ålder gällande omvårdnad och omhändertagande. Artiklar från alla länder och nationaliteter inkluderades, dock skulle det skrivna språket vara engelska. Enbart kvantitativa artiklar inkluderades i denna studie. Artiklar där olika yrkesprofessioner fanns med inkluderades då det gick att särskilja yrkesprofessioner. Författarna valde att inkludera artiklar gällande omvårdnad av äldre i det akuta omhändertagandet samt traumaomhändertagandet, detta då båda omhändertaganden går nära varandra och kan implementeras i vården hos äldre.

Exklusionskriterier

Studier som handlade om prehospitalt omhändertagande och omvårdnad, allmän omvårdnad samt omhändertagande inom kommunal hemsjukvård och mottagningar exkluderades.

Datinsamling

För att identifiera relevanta artiklar till studien användes olika sökstrategier. Identifiering av sökord för att besvara syftet, användande av avgränsningar och specifikt valda databaser lämpade för studien (Kristensson, 2014). Initialt utfördes sökningarna under november och december 2020 samt januari 2021, vilket resulterade i 15 artiklar. Dock gjordes en ny sökning i maj 2021 då författarna valde att exkludera en artikel som initialt använts då det visade sig att artikeln inte svarade på studiens syfte. För att underlätta och hitta relevanta artiklar i en databas kan det vara behjälpligt att använda sig av indexord vid sökningar i databaser, i Pubmed kallas dessa MeSH-termer (Kristensson, 2014). I den nya sökningen i maj 2021 användes MeSH-termer samt sökstrategi med en blocksökning. Sökord som användes i

blocksökning med MeSH-termer ses i Tabell 2. De databaser som använts för sökningarna är Cinahl (Tabell 1) och PubMed (Tabell 2) då de täcker alla engelskspråkiga omvårdnadsartiklar (Polit & Beck, 2017). Pubmed och Cinahl är två databaser som användes då dessa ger en bred databas gällande omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2017). Vid sökningar i databasen Cinahl gjordes avgränsning av ålder. Artiklar med resultat från patientgrupper ≥ 65 år inkluderades i studien. För identifiering av lämpliga sökord granskades de nyckelord som denna studie har, detta för att hitta relevanta artiklar (Kristensson, 2014). De sökord som användes i denna studie var elderly, geriatric, geriatric trauma, nursing, nursing care, nurse role, trauma, trauma nurse, nurse practitioner och emergency. Vid sökningar i databaser användes de booleska operatorerna AND och/eller OR. Detta för att i kombination med sökorden, antingen ge ett smalare eller bredare resultat i de sökningar som görs (Forsberg & Wengström 2016; Henricson, 2017; Polit & Beck, 2017).

För att sammanställa resultatet och få en översiktlig bild är det lämpligt att använda en resultattabell (Henricson, 2017).

Tabell 1. Presentation av databassökningar i Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
23/11–20	nursing care AND trauma AND elderly	Full text, peer-review, engelskspråkig, från år 2010 och ålder > 45.	42	30	15	2
23/11–20	nursing care AND trauma AND geriatric	Full text, peer-review, engelskspråkig, från år 2010, ålder > 45.	42	34	17	1
23/11–20	trauma nurse	Full text, peer-review, engelskspråkig och från år 2010.	18	5	2	1
24/11–20	elderly trauma	Full text, peer-review, engelskspråkig, från år 2010 och > 45.	187	54	20	2
24/11–20	nursing care AND nursing AND elderly	Full text, peer-review, engelskspråkig, från år 2010 och > 45.	867	98	32	1
4/12–20	trauma AND nursing AND elderly	Engelskspråkig, peer reviewed, abstract och från år 2010.	65	48	25	1
29/12–20	nursing care AND elderly OR geriatric AND geriatric trauma	Full text, peer-review, engelskspråkig, från år 2010 och > 45.	17	5	2	1

6/1–21	geriatric AND emergency	Full text, peer-review, engelskspråkig, från år 2010 och > 45.	103	21	9	1
6/1–21	nurse practitioner AND trauma	Full text, peer-review, engelskspråkig och från år 2010.	118	13	5	2
18/1–21	nursing care AND trauma AND elderly OR geriatric	Full text, peer-review, engelskspråkig, från år 2010 och > 45.	11,741	3	1	1
Totalt			13,200	311	128	13

Tabell 2. Presentation av databassökningar i Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Läsa artiklar	Valda artiklar
28/12–20	Trauma AND nursing AND elderly	10 år gamla, abstract och engelska.	4609	62	14	2
11/5–21	Trauma OR trauma care AND nursing OR nursing care OR nurse role AND elderly OR geriatric.	10 år gamla, engelska och > 65 år.	192	32	13	1
Totalt			4801	94	27	3

Kvalitetsgranskning

Det första steget i bedömningen var att gå igenom de valda artiklarna med en kvalitetsgranskning enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (Bilaga A). Detta gjordes för att kunna bedöma artiklarnas kvalitet, reliabilitet (tillförlitlighet) och validitet (trovärdighet) (Kristensson, 2014; Forsberg & Wengström, 2016). Bedömningsunderlaget har en tregradig skala där Grad I är artiklar som klassats med hög kvalitet, grad II är artiklar som klassats med medelhög kvalitet och sist grad III är artiklar som klassats med låg kvalitet (Bilaga A). Detta bedömningsunderlag användes av författarna då mallen beskriver kriterier för bedömning av artiklarnas kvalitet på ett enkelt och fördelaktigt sätt. Enligt Forsberg & Wengström (2016) ska en kvalitetsbedömning omfatta syfte, frågeställning, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. Kvalitetsgranskningen genomfördes stegvis, författarna gick först igenom alla artiklar var för sig med det nämnda bedömningsunderlaget för att i nästa steg gå igenom artiklarna tillsammans och jämföra de olika bedömningar och tolkningar som författarna hade (Kristensson, 2014). Författarna inkluderade artiklar med hög kvalitet. I nästa steg la författarna in artiklarna i en artikelmatris

(Bilaga B) hänvisat enligt Sophiahemmet högskola. Genom att använda detta granskningsunderlag kan författarna bedöma studiens kvalitet, brister och nackdelar/fördelar subjektivt. Med en stegvis granskning och presentation av detta kan artiklarnas validitet, trovärdighet och systematiska fel bedömas av författarna (Kristensson, 2014; Willman et al., 2011). Med denna process kunde författarna välja att inkludera eller exkludera artiklar beroende på dess kvalitet och relevans och få en helhetsbedömning.

Databearbetning

Författarna gick igenom den data som presenteras i tabell 1 samt tabell 2, de resultat i sökningarna där titlarna inte var relaterat för studiens syfte valdes bort. Läsning av abstract gjordes för de artiklar som ansågs vara relevanta. Denna gallring av abstract gör att irrelevanta studier sorteras bort (Kristensson, 2014). Genom att läsa titlar och abstract kan författarna som ett första steg i databearbetningen välja att exkludera eller inkludera artiklarna med de inklusions- samt exklusionskriterier som denna studie hade (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Som ett nästa steg i databearbetningen läste författarna artiklarna i fulltext, detta för att kunna välja ut de artiklar som svarade på studiens syfte och inklusions- samt exklusionskriterier (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Kristensson, 2014).

Dataanalys

Ett sätt att sammanställa ett resultat i en litteraturstudie är genom integrerad analys, genom detta kan en sammanställning göras av resultatet för alla artiklar ihop istället för var för sig (Kristensson, 2014). Enligt Kristensson kan man genom tre steg hitta likheter och skillnader i resultaten som svarar på ens syfte. Första steget är att läsa igenom texterna och hitta det som artiklarna har gemensamt och som svarar på syftet. I steg två sammanställs de olika gemensamma fynden i olika kategorier. I tredje steget sammanställs sedan resultatet under dessa kategorier (Kristensson, 2014). I första steget lästes de artiklar som valts ut av båda författarna flertalet gånger var för sig för att få en bra förståelse för resultatet i relation till studiens syfte. Författarna hade i det andra steget sett ut delar i resultatet som svarade på syftet, markerat dessa och sett olika teman som kunde urskiljas. Fortsättningsvis hade författarna sett över de kategorier som artiklarna givit, allt ovannämnda gick sedan författarna gemensamt ihop för att reflektera och diskutera de olika fynden. Som det sista steget översattes fynden i resultatdelen och sammanställdes gemensamt i en artikelmatris (Bilaga B). Innehållet i artiklarna diskuterades och utmynnade i de olika kategorierna som syns i diagrammet under resultatdelen.

Forskningsetiska överväganden

Vid en litteraturstudie bör etiska övervägande göras, detta gäller dels vid urvalsprocessen och även vid presentation av resultatet (Forsberg & Wengström, 2016). Enligt Polit och Beck (2017) är det av vikt att författarna använder sig av studier som är etiskt godkända. Detta resulterade i att endast studier med etiska godkännande av forskningsetiska kommittéer användes för denna studie. Under studiens gång är det viktigt att ha noggranna etiska överväganden vid inläsning och att redovisa alla artiklar som finns med i studien (Forsberg & Wengström, 2016). Det är även viktigt att inte förvränga resultatet, utan att presentera allt material som stödjer och inte stödjer den förståelse författarna har. Detta betyder att författarna inte enbart kan presentera studier som stödjer deras egen åsikt. Alla artiklar som författarna i denna studie har med har presenterats och analyserats i resultatet. Då en litteraturstudie undersöker svar från tidigare dokumenterad kunskap är det viktigt att under arbetets gång reflektera och fördjupa sig i all litteratur och forskning i det valda problemområdet (Forsberg & Wengström, 2016). Artiklarna lästes i början var för sig av båda

författarna, sedan ihop. Detta för att kunna fördjupa sig och reflektera var för sig samt tillsammans. Detta gjordes för att undvika egna tolkningar och förvrängningar av resultatet.

Enligt Vetenskapsrådet (2017) ska studien vara fri från yttre påverkan, manipulering och egna privata intressen. De nämner även åtta regler som handlar om att bland annat granska, redovisa och bedöma studien sanningsenligt och rättvist. Studien ska vara tydlig och kvaliteten och tillförlitligheten är av vikt. Med ett tydligt syfte, en metod som förklaras tydligt och har hanterats korrekt med klarhet och struktur med presentation och dokumentation av studiens alla delar, även felkällor, ger en ökad kvalitet och tillförlitlighet (Vetenskapsrådet, 2017). De valda studierna till resultatet lästes flera gånger om av författarna, artiklar med koppling och besvarande av studiens syfte inkluderades oavsett egna åsikter och intressen.

RESULTAT

Denna litteraturöversikt identifierade två huvudkategorier och fem underkategorier (Tabell 3).

Tabell 3. Resultattabell

Huvudkategori	Underkategori
Betydelsen av specialistkunskap i omvårdnaden av den äldre traumapatienten	Specialistsjuksköterskans kompetens Advance care planning Att arbeta i team
Betydelsen av standardiserade arbetsätt och se personen bakom traumat	Strukturerat arbetsätt Kontinuitet och identifiering av risker

Betydelsen av specialistkunskap i omvårdnaden av den äldre traumapatienten

Specialistsjuksköterskans kompetens

Genomgående ses specialistsjuksköterskans kunskaps betydelse för omhändertagandet och omvårdnaden av den äldre traumapatienten. Studierna hade en specialistutbildad sjuksköterska som leder omvårdnaden av patienten under hela vårdförloppet vilket ledde till förbättringar i omvårdnaden av den äldre (Bethea et al., 2019; Coventry et al., 2017; Hardway et al., 2020; Holliday et al., 2017; Leed et al., 2020; Polovitch et al., 2019).

Specialistsjuksköterskan stod för kontinuiteten för den äldre och säkerställde att den äldres behov togs i beaktning under hela vårdförloppet (Bethea et al., 2019; Coventry et al., 2017; Hardway et al., 2020; Holliday et al., 2017; Leede et al., 2020; Polovitch et al., 2019).

Specialistsjuksköterskan hade en viktig roll i att leda planeringen av vården utifrån individen och förbättrade på så sätt utförandet av omvårdnaden av den äldre traumapatienten, de gjorde bedömningar och satte in åtgärder (Bethea et al., 2019; Coventry et al., 2017; Hardway et al., 2020; Holliday et al., 2017). Genom specialistsjuksköterskans kunskaper om den äldres behov kunde den äldres specifika behov kartläggas från första början då patienten ankom till sjukhuset. Specialistsjuksköterskans djupare kunskaper i eftervård, gjorde att teamet hade ett tydligare mål att arbeta mot redan från första början, den äldre fick rätt förutsättningar att komma dit hen ville om det var hem, till äldreboende eller till geriatrisk vårdavdelning (Bethea et al., 2019; Coventry et al., 2017; Hardway et al., 2020; Holliday et al., 2017; Leed et al., 2020; Polovitch et al., 2019). Med en specialistutbildad sjuksköterska som styrde

omvårdnaden minskade den totala vårdtiden för den äldre traumapatienten (Bethea et al., 2019; Coventry et al., 2017; Hardway et al., 2020; Holliday et al., 2017; Polovitch et al., 2019), vårdkostnaderna minskade (Bethea et al., 2019; Hardway et al., 2020), de äldre traumapatienterna kunde skrivas ut tidigare under dagen (Hardway et al., 2020; Holliday et al., 2017) och fler av de äldre patienterna kunde skrivas ut direkt till hemmet (Bethea et al., 2019; Hardway et al., 2020; Leed et al., 2020). Det ledde även till färre återinskrivningar på sjukhus då de äldre var bättre rustade att klara sin situation hemma (Bryant et al., 2019; Holiday et al., 2017; O'Mara et al., 2021). Med en specialistutbildad sjuksköterska minskade inläggningarna på intensivvårdsavdelningen (Bethea et al., 2019; Polovitch et al., 2019) och även vårdtiden på intensivvårdsavdelningarna minskade (Bethea et al., 2019; Holliday et al., 2017; Polovitch et al., 2019), eller snabbare till intensivvårdsavdelningar om patienterna behövde det (Polovitch et al., 2019), behandlingar mot blödningar och protokoll för detta förbättrades även (Polovitch et al., 2019). Patienterna kom snabbare till operation (Hardway et al., 2020; Polovitch et al., 2019) och patienterna fick snabbare konsultation inför rehabilitering samt hade mindre komplikationer såsom djupa ventromboser och lunginflammationer (Holliday et al., 2017).

Advance care planning

I flera av studierna ingår Advance care planning [ACP] (i svensk terminologi finns ingen översättning men enligt Svenska MeSH betyder "förhandsplanering av vård") som en viktig del i omvårdnaden av de äldre (Bethea et al., 2019; Leede et al., 2020; O'Mara et al., 2021; Verhoeff et al., 2018). Det innebär att man i förhand försöker identifiera förväntningar som den äldre patienten har på vården och sätter upp mål för patienten, tillsammans med patienten och anhöriga. Specialistsjuksköterskor ansvarar för ACP och informerar den äldre och hans familj om vad planeringen innebär och ska leda till, så att de tidigt identifierar patientens vårdmål (Bethea et al., 2019; Leede et al., 2020; O'Mara et al., 2021; Verhoeff et al., 2018). Antingen genom patienten själv men i de fall den äldre på grund av kognitiv nedsättning eller nedsatt ork inte kunde tala för sig själv involverades familj eller vad som i engelsk litteratur kallas health care proxy [HCP] (I svensk terminologi finns inte någon översättning av HCP, inte heller i svenska MeSH, det valda begreppet blev det engelska och det betyder "hälso-ombud") (Leede et al., 2020; O'Mara et al., 2021). Genom att införa ACP kunde omvårdnaden av de äldre förbättras, med minskad förekomst av delirium och återinskrivningar hos de äldre (O'Mara et al., 2021), fler kunde gå hem och färre äldre skrevs in på äldreboenden (Leede et al., 2020). Genom ACP där den äldre och hans anhöriga fick berätta vad som var viktigt för hen vad gäller till exempel åtgärdsbeslut som hjärt- och lungräddning, intensivvård, dialys kunde man minska inskrivningarna på intensivvårdsavdelning för de äldre (Bethea et al., 2019; Leede et al., 2020; Verhoeff et al., 2018). När ACP infördes och specifika mål med vården sattes upp för den äldre, vad vårdinsatserna skulle leda till där man involverade hans familj från början, sågs en minskad inläggning på intensivvården men en ökad dödlighet. När de äldre och deras familjer fick chans att vara med och bestämma så togs fler beslut kring livsuppehållande åtgärder. De äldre fick i större utsträckning det avslut som de önskade (Leede 2020, Verhoeff et al., 2018).

Att arbeta i team

I flera av studierna beskrevs hur teamet kring de äldre traumapatienterna kunde se ut och vilken funktion teamet hade för att förbättra omvårdnaden av den äldre (Bryant et al., 2019; Hardway et al., 2020; Holliday et al., 2017; Khadaroo et al., 2020; O'Mara et al., 2021). Där man förutom sjuksköterskor och läkare med traumakompetens även involverade sjuksköterskor och läkare med geriatrisk specialistutbildning för att tillgodose de olika behov de äldre traumapatienterna hade. På detta sätt kunde man bättre bemöta de äldres behov.

Komplikationer såsom olika infektioner minskade med ett samlat grepp om de äldre patienterna i form av ett team med specialistkompetens inom trauma och geriatrik (Bryant et al., 2019; Hardway et al., 2020; Holliday et al., 2017; Khadaroo et al., 2020; O'Mara et al., 2021). I en studie av Khadaroo et al. (2020) minskade även användandet av urinkatetrar, parenteral nutrition och patienterna kunde mobiliseras snabbare med detta samlade team med både kompetens inom geriatrik och trauma (Khadaroo et al., 2020). Flera olika studier visade på att bredare specialistkompetens ledde till förbättringar för de äldre patienterna såsom färre inläggningar och kortare tid på intensivvården (Betha et al., 2019; Polovitch et al., 2019; Verhoeff et al., 2018; Wallis 2018) färre missade skador (Hardway et al., 2020; Holliday et al., 2017). Genom screening för skörhet som görs i samarbete mellan sjuksköterska och läkare, kunde specifika omvårdnadsåtgärder sättas in för de äldre, samt deras önskemål kartläggas och anhöriga involveras. Detta resulterade i att patientens specifika behov och önskemål uppenbarades och vården kunde skräddarsys efter dem (Bryant et al., 2019; Khadaroo et al., 2020; Leede et al., 2020; O'Mara et al., 2021; Verhoeff et al., 2018; Wallis et al., 2018). Förutom läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens inom trauma/akutsjukvård/geriatrik involverades även andra yrkeskategorier såsom fysioterapeut, kurator och dietist. Detta ledde till många olika positiva resultat som till exempel minskat delirium, kortare vårdtider och den äldre skrevs i högre grad ut till den vårdform den själv önskade, till exempel sitt eget hem (Bryant et al., 2019; Khadaroo et al., 2020; Leede et al., 2020; O'Mara et al., 2021; Wallis et al., 2018).

Betydelsen av standardiserade arbetssätt och se personen bakom traumat

Strukturerat arbetssätt

Dokumentationen av patientens situation har betydelse och påverkan i omhändertagandet och omvårdnaden av den äldre traumapatienten (Cutugno et al., 2015; Spilman et al., 2014; Verhoeff et al., 2018). Betydelsen av checklistor och användningen av dessa hade en positiv effekt på dokumentation, det blev en ökning av dokumentationen (Cutugno et al., 2015; Verhoeff et al., 2018). Dessa checklistor kunde ge sjuksköterskan en påminnelse om vad som behövde bedömas i omvårdnaden och dokumenteras för de äldre traumapatienterna (Cutugno et al., 2015). Verhoeff et al. (2018) införde vårdmål för äldre traumapatienter med specifika fokusområden (fokus och samtal kring återupplivning, den medicinska vården samt omvårdnaden kring den äldre traumapatienten) för att bland annat öka dokumentationen och minska risken för komplikationer. Dessa vårdmål fanns tillgängliga för personalen i form av checklistor som ett stöd för dokumentationen vilket resulterade i minskat behov av vård på intensivvårdsavdelning och införandet av vårdmål resulterade även i en ökning av dokumentationen för de äldre traumapatienterna (Verhoeff et al., 2018). Vid implementering av fokusområden gällande omvårdnad för äldre traumapatienter som rutin för vårdpersonal kunde följsamheten förbättras (Bryant et al., 2019; Khadaroo et al., 2020; O'Mara et al., 2021). Personal fick utbildning, riktlinjer och lathundar/fickkort gällande dessa fokusområden (O'Mara et al., 2021). Denna implementering ökade följsamheten för den äldre patientens smärtregim, screening av delirium och till viss del tarmregim (O'Mara et al., 2021) samt ökade mobiliseringen (Khadaroo et al., 2020). Dessa interventioner, fokusområden och faktorer uppmuntrade vårdpersonal till följsamhet och minskade uppkomsten av delirium (Bryant et al., 2019; O'Mara et al., 2021) och återinskrivning (O'Mara et al., 2021) samt minskade vårdtiden (Bryant et al., 2019; Khadaroo et al., 2020). Negativa effekter av otillräcklig dokumentation identifierades hos äldre traumapatienter även om det fanns rutiner för när personal skulle dokumentera och i vilken frekvens det skulle ske (Cutugno et al., 2015; Spilman et al., 2014; Verhoeff et al., 2018). Brist av smärtskattning och brist i dokumentation av smärtskattning hos äldre traumapatienter kan öka risken för delirium, immobilisering och

insomnia (Spilman et al., 2014). Spilman et al. (2014) såg en otillräcklig dokumentation gällande smärta hos äldre traumapatienter generellt men framförallt då flera olika hjälpmedel för smärtskattning fanns som resulterade i ett glapp i dokumentationen. Då flera olika smärtskattningsverktyg fanns skapar det förvirring för vårdpersonalen för vilket verktyg som var lämpligast att använda för vilken patient. Spilman et al. (2014) såg att patienter med demenssjukdom mer sällan blev bedömda gällande sin smärta än andra patienter då dessa personer hade sämre förmåga att uttrycka sig. Brist på dokumentation och smärtskattning sågs hos patienter som spenderade längst tid på sjukhus, hade en hög ålder och patienter med risk för mental förändring. Obehandlad och/eller oidentifierad smärta ökar risken för fördröjd återhämtning vilket resulterade i längre vårdtider (Spilman et al., 2014). Dokumentation för olika preventiva omvårdnadsåtgärder (som exempelvis för smärta, andning och hudkostym) för att minska risken för komplikationer var låg i områden som exempelvis åtgärder för respiratorisk mobilisering (exempelvis djupandning) och för smärta (utvärdering av smärta) (Cutugno et al., 2015). Brist i rutiner och följsamhet kring den äldre traumapatienten kunde ses i studierna Cutugno et al. (2015), O'Mara et al. (2021) och Spilman et al. (2014) och var faktorer som påverkade den äldre traumapatienten. Det fanns rutiner och följsamhet gällande smärtskattning vid inläggning och efter smärtlindring, dock fanns en brist i följsamhet gällande smärtskattning enligt rutin under resten av vårdtiden (Cutugno et al., 2015). Cutugno et al. (2015) såg att en ökning av följsamhet i dokumentation kunde ske om det fanns checklistor eller om dokumentationen var inmatning av ett "värde".

Kontinuitet och identifiering av risker

Vikten av sammanhållen information och säker informationsöverföring i omhändertagandet och omvårdnaden för äldre traumapatienter identifierades av Holliday et al. (2017), Leed et al. (2020) och Polovitch et al. (2019). För omhändertagandet och vården av den äldre traumapatienten där en patientansvarig sjuksköterska [PAS] följer patienten under vårdförloppet och hade ett övergripande ansvar blev det en bättre kontinuitet. Dessa sjuksköterskor följde patienterna från inläggning vid omhändertagandet, vid behandlingar, omvårdnad, ronder och vid konsultationer av andra professioner med mera (Holliday et al., 2017; Leed et al., 2020; Polovitch et al., 2019). Detta resulterade i minskade vårdtider (Holliday et al., 2017; Polovitch et al., 2019) färre missade skador hos patienten, färre vårdrelaterade komplikationer såsom djupa ventromboser, lunginflammationer och minskade återinskrivningar (Holliday et al. 2017). Patienterna kom snabbare till rehabiliteringsavdelningar (Holliday et al. 2017; Leed et al., 2020) eller direkt hem (Leed et al., 2020). Studierna av Coventry et al. (2017), Ihle et al. (2017), Janssen et al. (2019) & Spilman et al. (2014) belyser vikten av identifiering av riskfaktorer hos äldre traumapatienter för omhändertagandet och omvårdnaden. Förekomsten av malnutrition var observerat hos trauma- och ortopediska patienter > 65 år som hade råkat ut för någon typ av fraktur (femur, humerus, rygg, bäcken) (Ihle et al., 2017). Äldre patienter med risk för malnutrition hade en längre vårdtid, fördröjd mobilisering och en ökad risk för komplikationer såsom exempelvis infektioner, försämrad läkning och tromboser (Ihle et al., 2017). Spilman et al. (2014) belyser även risken av otillräcklig smärtskattning hos äldre traumapatienter och dokumentationen av detta som kan leda till bland annat immobilisering. Studien av Ihle et al. (2017) belyser att en ökad kunskap om malnutrition är av vikt och ska ses i relation till den patient som hen vårdar (Ihle et al., 2017). Kunskap om identifiering av äldre personer med revbensfrakturer med risk för att utveckla komplikationer såsom delirium kunde ses av Janssen et al. (2019). Riskfaktorer för utveckling av delirium var hög ålder, låg funktionsförmåga, nedsatt nutritionsstatus, hade fysiska nedsättningar och om behov av urinkatetrar fanns. Personer med delirium hade längre vårdtider, högre samsjuklighet och en ökad dödlighet (Janssen et al., 2019). Studien av Coventry et al. (2017) visar på att bedömning av riskfaktorer och insättande

av omvårdnadsåtgärder ledde till kortare vårdtider (Coventry et al., 2017). Flera av studierna hade screening för skörhet som riskbedömning, specifika åtgärder sattes in då de sköra äldre identifierats vilket ledde till förbättringar i omvårdnaden (Bryant et al., 2019; Khadaroo et al 2020; O`Mara et al., 2021; Wallis et al, 2018). Bland annat färre äldre traumapatienter som utvecklade delirium (Bryant et al., 2019; O`Mara et al. 2021; Wallis et al., 2018) kortare vårdtider (Bryant et al., 2019; Khadaroo et al 2020; Wallis et al, 2018) och färre komplikationer (Bryant et al., 2019; Khadaroo et al 2020).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Genom ett strukturerat omhändertagande av de äldre med kunskap från ett multidisciplinärt team med specialistkompetens, kan omvårdnaden av den äldre traumapatienten förbättras. Genom att belysa faktorer som påverkar den äldre traumapatienten kan vård och omvårdnad planeras och bedrivs i en positiv riktning. Enligt Henderson (1991) är grundbehoven desamma oavsett ålder, men det biologiska åldrandets fysiologiska företeelser kan göra att den äldre har ett utökat eller annorlunda behov av omvårdnadsåtgärder (Henderson, 1991). I de 15 artiklar som hittades till denna studie framkom det att specialistkompetens och standardiserade arbetssätt är faktorer som påverkar omhändertagandet och omvårdnaden av den äldre traumapatienten.

Traumaomvårdnad är ett nytt begrepp och kräver kvalificerade bedömningar och tolkningar av omvårdnadsbehovet (Schmidt & Wihlke, 2021). Patientens situation behöver tolkas på ett adekvat sätt där det kan finnas flera faktorer som påverkar bedömningen såsom ålder. För traumapatienter krävs adekvat prioritering och akutsjuksköterskan behöver arbeta med att identifiera patientens behov med hjälp av de resurser som finns tillgängliga, både interna och externa (Schmidt & Wihlke, 2021). Sjuksköterskan behöver utvärdera patientens behov, utveckla en vårdplan, behandla, vårda och utvärdera resultatet av vården hen ger till den äldre patienten (Adibelli & Kiliç, 2013). Vården och omvårdnaden som ges till den äldre påverkas av personalens brist på kunskaper, färdigheter och erfarenheter vilket försvårar vården och omvårdnaden (Adibelli & Kiliç, 2013).

Grunden för mänskliga rättigheter handlar om lika värde och rättigheter oavsett hudfärg, kön eller ålder (Förenta nationerna, 2016). Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 2017:30) säger att alla människor ska ha rätten till god hälsa och god vård på lika villkor, en jämställd vård. Vård ska bedrivs med respekt för allas lika värde till den enskilda människan (HSL, SFS 2017:30). Den äldre patienten ska ha samma rätt till lika vård oavsett ålder, kognitiva svårigheter eller andra fysiologiska förändringar. På grund av fysiologiska förändringar och ändrade reserv- och reparationskapaciteter hos de äldre traumapatienterna finns ett behov av ett omhändertagande och en omvårdnad som är anpassade för den äldre. Denna studie har identifierat två grundläggande huvudfaktorer, betydelsen av specialistkunskap och standardiserade arbetssätt. Resultatet med standardiserade arbetssätt speglar betydelsen av rutiner, information och att en och samma sjuksköterska följer den äldre traumapatienten då dessa grundläggande faktorer påverkar omhändertagandet och omvårdnaden, vilket kan ge en bättre smärtskattning, dokumentation och ökad identifiering av riskfaktorer för de äldre traumapatienterna. Optimalt omhändertagande av äldre traumapatienter kan även resultera i en minskad mortalitet och morbiditet samt kortare vårdtider (Gioffrè-Florio, 2018). Genom att undersöka och belysa dessa faktorer kan vård bedrivs med fokus mot en god hälsa och god vård på lika villkor, samt en individanpassad vård som ser behovet som den äldre

traumapatienten har. Med ökad ålder i samhället ställs det ett ökat krav på och behov av akutsjukvård och traumaomhändertagande, patienter över 65 år står för en stor del av alla besök på akutmottagningar och de är ofta i behov av ineliggande vård (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013). Med ett vetenskapligt stöd och kunskap om de faktorer som påverkar omvårdnaden för den äldre kan vården utforma ett strukturerat och teambaserat omhändertagande som är anpassat för den individuella patienten, i detta fall den äldre, och på så vis minska risker för komplikationer och minska tiden för ineliggande vård (Rosen et al., 2018). Dessa faktorer kan ligga som stöd och som ett observandum för sjuksköterskan i omhändertagande och omvårdnaden på exempelvis vårdavdelning.

Flera av studierna visade på att standardiserade vägar resulterade i bättre vård för de äldre. International council of nurses [ICN] ser personcentrerad vård som grunden i omvårdnad och medicinsk vård och gagnar patienten, dennes familj och i längden hela samhället (Bartz, 2010). Personcentrerad vård kan ses som ett partnerskap inte bara mellan patienten och vårdgivaren utan även med patientens familj och de andra vårdarna i teamet runt patienten där de tillsammans planerar vården (Ekman & Norberg, 2013). Kanske att det är ännu mer viktigt för den äldre med sin komplexa bild på grund av tidigare sjukdomar och åldrandets process på kroppen, att vi hittar det som är viktigt för hen och att fokusera på det under den tid den äldre befinner sig i vården. Samhörighet, uppmärksamhet och engagemang var ord som patienterna själva kopplade ihop med bra personcentrerad vård (Marshall et al., 2012). Genom ett standardiserat arbetssätt säkerställs att inte något viktigt missas och att tiden används effektivt. Genom de standardiserade vägarna finns tid att engagera sig i och uppmärksamma det som är viktigt och unikt för den äldre traumapatienten som enskild individ, den äldre kan känna samhörighet och bli sedd som individ.

I vården av den äldre traumapatienten räcker det inte enbart med kunskap om trauma, utan även geriatrisk specialistkompetens behövs. American College of Surgeons (2017) har tagit fram ett program för traumavård av äldre och även ett spår för palliativ geriatrisk traumavård (American College of Surgeons, 2017). Detta program nämner bland annat ACP där vårdmål sätts upp tidigt under vårdtiden och identifiering av HCP, flera av de studier som ingår i denna litteraturöversikt har byggt sina modeller på detta. Begreppet "Advance care planning" översätts till förhandsplanering av vård i svenska MeSH och innebär att man planerar för sin vård i förväg och sätter upp vårdmål och syftar till att ge den bästa möjliga vård till patienter med allvarliga tillstånd och sjukdomar (Secunda et al., 2020; Tishelman et al., 2019). Begreppet kan ses som att få en övergripande och grundläggande bild av patientens mål med sjukvården. Det finns ett svenskt projekt som heter Swe ACP som syftar till att utveckla och införa ACP i Sverige, detta så att patienterna ska få det avslut i livet som de vill (Tishelman et al., 2019). Patienten och anhöriga ska involveras kring patientens prioriteringar så att sjukvården, patienten och anhöriga tillsammans kan se både individuella och medicinska mål och behov. Detta kan skydda patienters autonomi och ge en personcentrerad vård (Secunda et al., 2020). ACP har använts i USA sedan 70-talet och från början varit ett juridiskt hjälpmedel/dokument för att vara säker på att sjukvården vet vad ens önskan är till att utvecklat till ett kommunikationsverktyg mellan patient och vårdgivare som med större säkerhet översätter ens önskan (Sabatino, 2010). Flera av studierna visar på behovet av ACP, där man tidigt sätter upp mål som patienten har uttryckt själv eller genom ett HCP. I en studie av Brown & Ashcraft (2019), som syftade till att förbättra omvårdnaden av palliativa äldre traumapatienter, sågs att vid utsett vårdombud tidigt, redan första dygnet, utförde ACP så ledde detta till att familjerna involveras i större utsträckning och att den äldres önskan kom fram tidigare i vårdskedet (Brown & Ashcraft, 2019). ACP ska ske i tidigt skedet med samtalet i fokus och helst utanför sjukhusmiljön (Eneslätt et al., 2020). I den akuta

sjukhusmiljön behöver den äldres önskan och mål med vården komma fram tidigt, då det inom akutsjukvården kan vara knapp med tid men det vore önskvärt att den äldre redan tagit ställning till vad som är viktigt för hen och pratat med någon anhörig innan den akuta situationen uppstår. Det finns ett behov inom Sveriges sjukvård att utforma ACP, vi har idag inte kommit helt fram i den utvecklingen och kunskapen. En studie av Slatore et al. (2012) visar på att sjuksköterskor fungerar som en slags översättare mellan läkare patienter och anhöriga (Slatore et al., 2012). Genom att veta vad den äldre själv har för önskemål och vilka medicinska förutsättningar som finns kan de resurser som finns styras och användas på ett effektivt sätt. Detta leder till mindre kostnader för samhället genom kortare vårdtider, färre och kortare inläggningar på intensivvården, fler patienter som går hem eller till hospice istället för rehab eller äldreboenden. Den stora vinsten blir dock att den äldre får den vård hen önskar och får hjälp med att uppnå de mål hen själv har, oavsett om det är att få återgå till sitt hem eller att få ett fridfullt avslut. Äldre kan ha svårare att uttrycka vad de vill på grund av nedsatt språkförmåga, kognitiv svikt eller demenssjukdomar (Wisten, 2020). Det är därför extra viktigt att någon hjälper den äldre att föra sin talan såsom en enligt det engelska begreppet HCP. Flera av artiklarna har det som en punkt i de standardiserade vägarna att identifiera någon som kan tala för den äldre traumapatienten. I USA har man länge använt sig av begreppet HCP, agent eller surrogat, som är en person, oftast nära anhörig/släktning, som man tillåter föra ens talan vad gäller sjukvård. I USA finns juridiska dokument där man kan utse sin HCP så att det blir tydligt för vården (Sabatino, 2010; Moye et al., 2012). Något som vi inte har hittat någon direkt svensk motsvarighet till.

En patientgrupp som är i behov av stora resurser och avancerad vård är den multisjuka äldre, detta gäller även den äldre traumapatienten. Denna patientgrupp kräver rätt kompetens och även specialistkompetens i omhändertagandet och omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2020), vilket kan vara svårt för den juniora sjuksköterskan som saknar erfarenhet eller specialistkunskap. Då vi blir allt äldre ökar vårdkomplexiteten vilket ställer högre krav på vården och sjuksköterskan. Den äldres fysiologiska förändringar ger ett begränsat och/eller annorlunda svar på de traumatiska skadorna, minskade organfunktioner och en mindre reservkapacitet vilket ger en högre risk för komplikationer (Southern et al., 2020). Sjuksköterskan ska arbeta evidensbaserat i kombination med erfarenhet, denna evidensbaserade omvårdnad kräver att sjuksköterskan ska besitta en vetenskaplig kunskap och hålla sig uppdaterad på denna i den takt som samhället och vården kräver i kunskapsläget och kunskapsutvecklingen (Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Då den juniora sjuksköterskan inte besitter samma erfarenhet som en senior sjuksköterska kan det vara bra med strukturerade arbetsätt. Genom checklistor och riktlinjer kan det stödja den juniora sjuksköterskan i sitt omhändertagande och bedömningar där inte tillräcklig kunskap finns. Användandet av checklistor och riktlinjer ökar patientsäkerheten, minskar mortalitet och morbiditet (Thomassen, 2014) vilket visar på hur positiv påverkan av användandet av checklistor och riktlinjer kan vara vilket studien har identifierat som en faktor.

Bristen av kommunikation i vårdteamen runt patienten försvårar omvårdnaden (Adibelli & Kiliç, 2013). Därför är det av vikt att ha ett strukturerat arbetsätt med god kontinuitet, studien belyser betydelsen av specialistkunskap och en patientansvarig sjuksköterska (PAS) som följer patienten för omhändertagandet och omvårdnaden. Om en PAS följer patienten under hela vårdtiden kan brist i kommunikationen minska, då en och samma person håller all information och kunskap om patienten. Bättre kontroll och överblick av den äldre traumapatienten, se omvårdnadsbehov och faktorer som påverkade dessa kan identifieras mer tydligt. Positiva effekter av en PAS som följer den äldre traumapatienten kan även resultera i

minskade komplikationer såsom urinvägsinfektioner, trycksår och fallolyckor (Dal Molin, 2018).

Virginia Henderson betonar vikten av specifik omvårdnad, speciellt bland sköra äldre (Nolan & Tolson, 2000). Den tvärvetenskapliga bedömningen av patienten och kunskap med specialisttjänster ses som nyckeln till ett effektivt omhändertagande. Brist på utbildning drabbar den äldre i vården och även utskrivningsplaneringen (Nolan & Tolson, 2000). Precis som denna studie har belyst faktorer såsom specialistkunskap och teamarbete nämner Santos et al. (2015) att specifik utbildning av vårdpersonal är av vikt vid omvårdnad av äldre då identifiering av skador, symptom och övervakning kan förbättras. Studien belyser även betydelsen av teamarbete och deras kunskap för den äldre traumapatienten. Interprofessionellt teamarbete i vården med traumapatienter är av vikt, det säkerställer en effektiv och säker sjukvård (Courtenay et al., 2013). Detta är något som ses som en faktor med positivt utfall där det multidisciplinära teamet tar fram patientens behov av omvårdnad i omhändertagandet i samråd med patienten själv och anhöriga. God kommunikation, respekt och förståelse för andras roller skapar ett bra samarbete runt den äldre traumapatienten. Alla involverade har sitt bidrag i vårdprocessen och mötet med traumapatienten där interaktionen mellan vårdteamet, ledarskap och tydliga beskrivna roller har stor betydelse för omhändertagandet och patientsäkerheten för den äldre traumapatienter (Courtenay et al., 2013).

Ett enda besök inom sjukvården för patienter kräver ett samarbete mellan olika professioner såsom exempelvis läkare, sjuksköterskor men även anhöriga (Rosen et al., 2018). Ineffektiv vårdkoordinering och otillräckligt teamarbete blir ett problem i omhändertagandet och organisationen kring patienten. Vård med en god patientsäkerhet, god patientupplevelse och med gott resultat av vården med lite komplikationer kräver hög kvalitet, tillförlitligt samarbete med alla inblandade samt kombinerat med kunskap och erfarenhet hos de involverade professionerna i omhändertagandet av patienterna (Rosen et al., 2018). Genom ett samarbete i vården med den äldre traumapatienten kan faktorer som påverkar den äldre i omhändertagandet och omvårdnaden upptäckas ihop med teamet och en diskussion kring hur vården kring den äldre ska se ut med den kunskap som finns om faktorerna. Detta gör att ett mer individanpassat upplägg för den äldre kan planläggas och arbetas med, så att äldre traumapatienter kan få alla förutsättningar hen kan för att minska risken för exempelvis komplikationer i vården. Det interprofessionella teamarbetet har en stor roll i traumavården där individuella faktorer såsom kunskapsbrist och faktorer mellan professionerna i teamet med ineffektiv och luckor i kommunikationen i traumaomhändertagandet har en stor koppling till komplikationer och dödlighet för patienterna (Lapierre et al., 2019). Tidig geriatrisk hantering för äldre patienter med femurfraktur är avgörande för att förhindra komplikationer (Merloz, 2018). Denna tidiga geriatriska hanteringen kan eventuellt ske med den ökade kunskapen om den äldres omvårdnadsbehov och faktorer som påverkar dessa. Det finns flera olika vägar och arbetssätt för hantering av äldre traumapatienter, involvering av ett multidisciplinärt team med bland annat läkare och sjuksköterskor har visat sig vara effektivt för den geriatriska vården och omvårdnaden. Detta kan resultera i kortare sjukhusvistelser, förbättrad funktionell prognos, minskade komplikationer och en minskad dödlighet (Merloz, 2018). Denna tidiga geriatriska hantering och involvering av ett multidisciplinärt team är en viktig faktor som påverkar hur omhändertagandet och omvårdnaden kommer se ut för den äldre traumapatienten, hur faktorer som uppsättning av vårdmål, strukturerade arbetssätt och advance care planning kan påverka prognoser och minska komplikationer.

Genom att arbeta på ett strukturerat och metodiskt arbetssätt med de hjälpmedel och rutiner som finns tillgängliga och med den vetenskapliga kunskap som finns kan identifiering av

faktorer som påverkar omvårdnaden i omhändertagandet av den äldre traumapatienten ske samt identifiering av risker ske. Det är av stor vikt i omhändertagandet och omvårdnaden att se vilken patient sjuksköterskan har framför sig, som beskrivet kan bakgrundssjukdomar och andra faktorer påverka den äldre både fysiskt och psykiskt och då försvåra omvårdnaden. Fysiska hinder hos personer såsom bakgrundssjukdomar, nedsatt hörsel och syn är faktorer som försvårar omvårdnaden av den äldre (Adibelli & Kiliç, 2013). Med Virginia Hendersons omvårdnadsteori kan de grundläggande behoven tas tillvara och det kan hjälpa att identifiera den äldres behov och planera åtgärder utifrån den specifika individen (Barros de Queiroz et al., 2016). En viktig aspekt för sjuksköterskan i omhändertagandet i den gerontologiska omvårdnaden är en persons utvärderingsförmåga, där både det subjektiva (patientens egen tolkning/uppfattning/önskemål) och objektiva behovet (patientens fysiska/medicinska behov) ska uppmärksammas (Nolan & Tolson, 2000). Genom att arbeta personcentrerat kan akutsjuksköterskan se personens unika och individuella behov med ibland komplexa sjukdomstillstånd. Med kunskap och ansvar kan hen även förebygga och föreslå förändringar av brister i vården som hen stöter på (Riksförening för akutsjuksköterskor, 2017). Kunskap och utbildning har en stor betydelse för akutsjuksköterskan, genom att se alla olika individer och se det speciella behovet kan en strävan för god vård ske. Målet med vården av den äldre med den kunskap akutsjuksköterskan har är att ge god hälsa och vård på lika villkor till alla personer så alla människor för en lika och jämställd vård (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 2017:30).

Det globala utvecklingsmålet med hållbar utveckling, Agenda 2030, har Förenta nationerna tagit fram (United nation, 2017). Den universella handlingsplanen strävar efter att förverkliga de mänskliga rättigheterna och den hållbara utvecklingen inkluderar en god hälsa och välbefinnande med minskad dödlighet, utbildning, kunskap och tillgång till grundläggande sjukvård med god kvalitet. De belyser utsatta grupper, såsom äldre, och sätter krav och fokus på just utsatta grupper och de kräver att vården görs tillgänglig och jämställd för alla (United nation, 2017). För en hållbar utveckling i samhället är en viktig del människors hälsa och omvårdnad. Genom att vi kan belysa faktorer som påverkar omvårdnaden i omhändertagandet för de äldre traumapatienterna kan vi bidra till en hållbar omvårdnad, detta genom att vi blir medvetna om faktorer och kan identifiera dessa för att kunna arbeta på ett sådant sätt som är anpassat för den äldre traumapatienten. Folkhälsoarbetet siktar mot att främja hälsa och förebygga sjukdom, detta ska göras till hela befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2021). Det finns faktorer som påverkar hälsan hos individer som exempelvis livsvillkor, resurser, ålder och individens egna förutsättningar. Alla individer ska kunna ha förutsättning till god hälsa och jämlik vård, det ska inte finnas några diskrimineringsgrunder såsom ålder (Folkhälsomyndigheten, 2021). I kombination med individens egna villkor och förutsättningar ihop med de identifierade faktorer samt, som Wisten (2020) nämner, att genom att identifiera den sköra äldre och hans faktorer kan adekvata åtgärder sättas in för att minska risken för vårdskador och ge en god hälsa. Detta gör att en god omvårdnad skapas med förutsättning för att kunna ge en god vård och hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Med snabba insatser, effektivare åtgärder och belysning av faktorer som påverkar omvårdnaden i traumaomhändertagandet kan god vård ges på rätta villkor med rätta förutsättningar. Då vi blir fler som blir äldre finns ett behov av god hälsa, minskad dödlighet och sjuklighet då den åldrande populationen påverkar samhället och sjukvården. Med de funna faktorerna i studierna kan omvårdnaden och omhändertagandet av den äldre traumapatienten resultera i minskade vårdtider, minskade vårdkostnader och utskrivningar direkt till hemmet som resulterar i en mer hållbar utveckling. Strukturer inom sjukvården ska skydda och förbättra hälsan hos människor, dock kan strukturer inom sjukvården påverka

detta negativt som att exempelvis inte ta hänsyn till patientens unika behov. Ett viktigt arbete inom sjukvården är att påverka när skadan skett, genom snabbare insatser och effektivare åtgärder i omhändertagandet (Lennquist, 2017a).

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte valde författarna att göra en litteraturoversikt, denna studiedesign är lämplig för att få en översikt i aktuell forskning om ett specifikt ämne för att besvara en fråga (Polit & Beck, 2017). Genom denna design och fynd av resultat kan författarna se om det finns ett behov av mer forskning i ämnet. Genom en grundlig genomgång med en litteraturoversikt kan författarna se om det finns inkonsekvenser eller luckor i forskningen gällande ämnet, vilket även här kan bidra till frågan om behovet av mer forskning finns. En grundlig genomgång av en litteraturoversikt kan även resultera i bidragandet av befintliga bevis av forskning för det valda området (Polit & Beck, 2017). Den valda metoden har gjort att syftet har kunnat besvarats gällande vilka faktorer som påverkar omvårdnaden i omhändertagandet av den äldre traumapatienten.

För generaliserbarheten anser Polit och Beck (2017) att urvalet bör vara stort nog för att kunna besvara den fråga studien har. Denna studie har behandlat 15 artiklar med kvantitativ ansats (Polit & Beck, 2017). De är publicerade de senaste 11 åren (2010–2021), detta spann valdes för att få en så aktuell forskning som möjligt med nog stort antal artiklar. Målet med denna litteraturoversikt var att ta med studier från hela världen, med begränsningen engelska som språk, vilket resulterade i 10 artiklar från USA, två från Australien och en från Tyskland, Kanada respektive Nederländerna. Artiklar från Brasilien och Spanien fick uteslutas då resultatet var skrivet på portugisiska och spanska och författarna av studien inte behärskar det språket. Det kan finnas en risk att resultat till studien gått förlorat med språkbegränsningar, dock menar Polit & Beck (2017) att det är viktigt att läsaren behärskar språket för att kunna tyda nyanser i artiklarna på ett korrekt sätt. Artiklarna översattes från engelska till svenska vilket kan anses som en svaghet då nyanser i språket kan tolkas på olika sätt, men en styrka är att författarna läste och översatte artiklarna var och en för sig för att sedan gå igenom resultatet tillsammans. Många av artiklarna var från USA och det svenska traumaomhändertagandet är uppbyggt från USA. Andra länder kan ha andra strukturer och system för traumaomhändertagandet än vad som används i Sverige. Detta betyder att lärdom och kunskap från andra länders uppbyggnad kan tas tillvara för att skapa en diskussion kring olika sätt för att omhänderta de äldre traumapatienterna, att dra lärdom från varandra.

Om en kvalitativ studie hade gjorts hade författarna kunnat få fram upplevelser, uppfattningar och beskrivningar om omhändertagandet och omvårdnaden från sjuksköterskors erfarenheter och kunskaper (Kristensson, 2014). Intryck och åsikter från sjuksköterskan för hur hen kan förbättra den äldre omvårdnad i traumaomhändertagandet hade kunnat vara en aspekt speciellt då sjuksköterskor arbetar vårdnära och i vårdteam i traumaomhändertagandet. Där sjuksköterskans egen motivation, tankesätt och attityder gentemot ämnet och den äldre hade kunnat ge aspekter och idéer från erfarenhet och kunskap. Dock var det inte passande att inkludera kvalitativa artiklar då syftet var att belysa olika faktorer som påverkar omvårdnaden av den äldre traumapatienten och inte upplevelser och uppfattningar. Den valda metoden för denna studie har en styrka gällande bevarandet av studiens syfte då en litteraturoversikt inhämtar kunskap och fakta där forskning finns i området som kan hittas för att besvara en fråga då syftet inte var att se upplevelser (Polit & Beck, 2017).

Författarna använde sig av sökstrategier, dessa var exempelvis att använda sig av nyckelorden för att identifiera sökord som kunde besvara studiens syfte. När dessa sökord var identifierade

gjordes sökningar i databaserna Pubmed och Cinahl med hjälp av inklusionskriterier och exklusionskriterier för studien, dessa var enligt författarna lämpliga databaser som behandlar omvårdnadsforskning. Författarna vände sig inte till bibliotekarier till en början av studien för att få hjälp vid sökning av artiklar, vilket kan ses som en svaghet. Hjälp av bibliotekarier togs först då författarna valde att exkludera en av de 15 artiklar då denna artikel inte besvarade studiens syfte. Vid användningen av bibliotekarier i maj 2021 användes blocksökning, det författarna upptäckte var att många av de artiklar som redan var inkluderade i studien hittades i samma blocksökning som gjordes. Vid användning av bibliotekarier i början av studien hade eventuellt andra sökstrategier kunnat användas för att hitta fler lämpliga artiklar för studien och tiden för sökning av artiklar hade kunnat minska. Författarna har läst flertalet artiklar (Tabell 1 och Tabell 2), detta gjorde att författarna observerade att det fanns en kunskapslucka gällande syftet för studien då många artiklar visade sig på sökningarna men många artiklar svarade inte på syftet och exkluderades. Enligt Polit och Beck (2017) är det av vikt att studien genomförs metodiskt och att originalartiklar används, detta ger en styrka till studiens tillförlitlighet, validitet och reliabilitet.

Författarna gjorde en kvalitetsgranskning av varje artikel som inkluderades och som finns med i resultatet (Bilaga B). Detta gjordes för att stärka studiens validitet (Forsberg & Wengström, 2016). En styrka i detta var att författarna gjorde granskningen separat för att sedan gå igenom tillsammans och diskutera granskningen, vilket även det kan stärka studiens reliabilitet (Henricson, 2017). Författarna valde att exkludera artiklar med låg kvalitet och inkluderade artiklar med hög kvalitet, detta för att öka studiens validitet och reliabilitet. Kvalitetsgranskningen gav ingen artikel med medelhög kvalitet, dock hade författarna valt att inkludera dessa artiklar om sådana hittats med samma grund som inkludering av hög kvalitet. Utmaningen i kvalitetsgranskningen var att författarna inte tidigare hade någon kunskap om detta eller hade gjort en kvalitetsgranskning vilket kunde påverka granskningens bedömning och kvalitet och ses som en svaghet. En ytterligare utmaning för författarna var att förstå artiklarnas metod på ett korrekt sätt för att kunna göra en bedömning av studierna kvalitet korrekt med den lilla kunskap författarna hade sedan innan om kvalitetsgranskning.

I början av studien, innan författarna hade bestämt en ålder för inklusionskriterier, söktes artiklar med ålder >45 år. Då syftet med studien var att undersöka den äldre personen behövdes en åldersgräns bestämmas. Efter inhämtade fakta till bakgrunden bestämde författarna att ha 65 år som en nedre åldersgräns. Efter sökningar i databaserna visade sig den avgränsningen vara lämplig då många av de artiklar som författarna hittat inkluderade och belyste personer >65 år. Ett sökkriterium som författarna hade var att studierna skulle vara utförda på sjukhus med traumaomhändertagande. De flesta av studierna är utförda på akutmottagningar där det initiala omhändertagandet av traumapatienter sker på de flesta sjukhus i världen. Arbetssätt på vårdavdelning liknar initialt det omhändertagande som görs på akutmottagning vid omhändertagandet av traumapatienter. Det kan både vara en styrka och en svaghet att dessa studier är utförda på akutmottagningar. Styrkan i detta är att det kan appliceras vid vården initialt på vårdavdelning och svaghet är att författarna inte kunde se skillnader i just omhändertagandet mellan dem båda och då vad som görs annorlunda och vilken effekt detta kan få.

Författarna valde integrerad dataanalys som metod som är lämplig att använda för att analysera ett blandat resultat av artiklar med bland annat kvantitativ ansats (Kristensson, 2014). Då författarna analyserade data från artiklarna dels för sig och ihop kan det ge en styrka då tolkningar av artiklarnas resultat diskuteras, detta för att minska risken för feltolkning. Genom den integrerade dataanalysen kunde författarna sammanställa resultatet och få fram huvud- och underkategorier. Då författarna gjorde dataanalysen var för sig till en

början så uppfattades olika teman för dessa kategorier av författarna. Dessa olika teman gick författarna sedan igenom. Detta kan ses som en styrka då identifiering och resultatet av artiklarna och dessa olika tydningar hade kunnat missats om dataanalysen gjorts tillsammans. Vissa ord i resultatet har översatts från engelska till svenska med hjälp av översättningsverktyg på nätet, detta kan ses som en svaghet och risk för feltolkning. Dock gick författarna igenom dessa ord och resultat från artiklarna ihop för att feltolkning skulle minimeras.

För studiens trovärdighet och tillförlitlighet var det viktigt för författarna att inte förvränga resultatet. Alla artiklar i denna studie har presenterats och analyserats. Författarna har både reflekterat och fördjupat sig i litteratur, fakta och forskning under studiens gång för det valda problemområdet (Forsberg & Wengström, 2016). Artiklarna lästes till en början var för sig av båda författarna, efter detta gick författarna tillsammans igenom artiklarna och de fynd som gjorts för att kunna fördjupa och reflektera ihop. Detta för att undvika egna tolkningar och förvrängningar av resultatet. Författarna valde att inkludera artiklar som hade ett etiskt godkännande (Polit och Beck, 2017).

Det finns en styrka i att studien har utförts av två personer, då författarna har sökt på olika håll och kunnat gå igenom ett stort antal artiklar som sedan lästs och översatts på varsitt håll och sedan tillsammans. Under arbetets gång har andra parter såsom studiekamrater och handledare kunnat följa arbetet i samband med handledningar vilket har gett god insyn i hur arbetet har utförts steg för steg. Detta minskar risken för systemfel, bias, som skulle kunna påverka resultatet (Kristensson, 2014). Författarna tror att om denna studie skulle göras igen skulle resultatet bli liknande på grund av den begränsade mängden studier som svarar på syftet.

Slutsats

Vid vården av patienter inom akut- och traumasjukvården görs det idag ingen skillnad utifrån specifik ålder. Åldrandet medför fysiologiska förändringar och sjukvården behöver ha detta i beaktande vid omhändertagande och omvårdnad. Betydelsen av specialistkunskap och standardiserade arbetssätt i vårdarbetet har identifierats som faktorer som påverkar omvårdnaden i omhändertagandet av den äldre traumapatienten. Sjuksköterskans kompetens, advance care planning, att arbeta i team, strukturerat arbetssätt, kontinuitet samt identifiering av risker är av vikt för omvårdnaden av den äldre för en god vård, minskade komplikationer och kortare vårdtider. För den äldre traumapatienten finns ett behov av teamarbete samt en planering av vården ihop med patienten, anhöriga och andra professioner för att kunna genomföra och uppnå den äldre traumapatientens specifika vårdmål. Studien har identifierat faktorer som påverkar omvårdnaden av den äldre traumapatienten, dessa faktorer bör tas i beaktande vid omhändertagandet.

Klinisk tillämpbarhet

Denna studie kan ge kunskap om vilka faktorer som kan beaktas vid omhändertagandet och omvårdnaden av den äldre traumapatienten för att kunna se hans specifika behov. Studien kan även ge en bild till personal inom akut- och trauma verksamheter om vad som saknas i forskningen för att ge en idé eller upptäckarlust till kunskap om ämnet för att förbättra sin egen kännedom. Studien kommer fram till två huvudområden; betydelsen av specialistkunskap och standardiserade arbetssätt och se personen bakom traumat, som kan bidra till att se den äldre traumapatientens behov. Denna studie kan tas upp på författarnas vårdavdelning för diskussion och reflektion kring hur vi vårdar alla individer och hur olika behov kan se ut exempelvis på grund av ålder, bakgrundssjukdomar och skörhet. Studien kan

även tillföra kunskap till omvårdnadsprofessioner om hur hen i sitt dagliga vårdarbete i vårdteamet kan ge omvårdnad, vård och behandlingar som är anpassade för den äldre och se vilka faktorer som kan vara viktiga att uppmärksamma.

REFERENSER

- Adams, S. D., & Holcomb, J. B. (2015). Geriatric trauma. *Current opinion in critical care*, 21(6), 520–526. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000246>
- Adibelli, D., & Kılıç, D. (2013). Difficulties experienced by nurses in older patient care and their attitudes toward the older patients. *Nurse education today*, 33(9), 1074–1078. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.002>
- Ahl, R., Lindgren, R., Cao, Y., Riddez, L., & Mohseni, S. (2017). Risk factors for depression following traumatic injury: An epidemiological study from a scandinavian trauma center. *Injury*, 48(5), 1082–1087. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.03.019>
- Ahmadi, A., Bazargan-Hejazi, S., Heidari Zadie, Z., Euasobhon, P., Ketumarn, P., Karbasfrushan, A., Amini-Saman, J., & Mohammadi, R. (2016). Pain management in trauma: A review study. *Journal of injury & violence research*, 8(2), 89–98. <https://doi.org/10.5249/jivr.v8i2.707>
- Alligood, M. (2018). *Nursing theorists and their work*. Elsevier
- American College of Surgeons. (2017). *ACS TQIP Geriatric Trauma Management Guidelines: Trauma Quality Improvement Program*. Hämtad 18 Mars, 2021 från https://www.facs.org/-/media/files/quality-programs/trauma/tqip/geriatric_guidelines.ashx
- Atinga, A., Shekkeris, A., Fertleman, M., Batrick, N., Kashef, E., & Dick, E. (2018). Trauma in the elderly patient. *The British journal of radiology*, 91(1087), 20170739. <https://doi.org/10.1259/bjr.20170739>
- Bartz C. C. (2010). International Council of Nurses and person-centered care. *International journal of integrated care*, 10 Suppl(Suppl), e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.480>
- Barros de Queiroz, S. M., Reis Coutinho, D. T., César de Almeida, P., Cavalcante Guedes, M. V., & Célia de Freitas, M. (2016). Clinical Conditions of Elderly Who Are Victims of Muscle-Skeletal Trauma. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 15(3), 530–537. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.28482>
- Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.
- Berben, S. A., Meijs, T. H., van Dongen, R. T., van Vugt, A. B., Vloet, L. C., Mintjes-de Groot, J. J., & van Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *Injury*, 39(5), 578–585. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2007.04.013>
- Beuran, S., Paun, B., Gaspar, B., Vartic, M., Hostiu, S., Chiotoroiu, A., & Negoii, I. (2012). Prehospital Trauma Care: a Clinical Review. *Chirurgia*, 107(5), 564-570. <https://www.revistachirurgia.ro/pdfs/2012-5-564.pdf>
- * Bethea, A., Samanta, D., White, T., Payne, N., & Hardway, J. (2019). Nurse Practitioners' Role in Improving Service for Elderly Trauma Patients. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 26(4), 174–179. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000445>

Berg Johannesson, K., & Michel, P-O. (2017). Psykologiskt bemötande och stöd till skadade. I M. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (ss. 549-561). Liber.

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide* (2nd ed.). London: McGraw-Hill Education/Open University Press.

Biz, C., Buffon, L., Marin, R., & Petrova, N. (2016). Orthopaedic nursing challenges in poly-traumatised patient management: A critical analysis of an Orthopaedic and Trauma Unit. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 23, 60–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.04.003>

Bondevik, M. & Nygaard, H. (2005). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Studentlitteratur.

Brown, K. L., Ashcraft, A. S., (2019). Comfort or care: Why do we have to choose?. Implementing a Geriatric trauma palliative care program. *Journal of trauma nursing*, 26, 1 - 9. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000410>

* Bryant, E. A., Tulebaev, S., Castillo-Angeles, M., Moberg, E., Senglaub, S. S., O'Mara, L., McDonald, M., Salim, A., & Cooper, Z. (2019). Frailty Identification and Care Pathway: An Interdisciplinary Approach to Care for Older Trauma Patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 228(6), 852–859.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.02.052>

Caterino, J. M., Valasek, T., & Werman, H. A. (2010). Identification of an age cutoff for increased mortality in patients with elderly trauma. *The American journal of emergency medicine*, 28(2), 151–158. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.10.027>

Choi, J., Carlos, G., Nassar, A. K., Knowlton, L. M., & Spain, D. A. (2021). The impact of trauma systems on patient outcomes. *Current problems in surgery*, 58(1), 100849. <https://doi.org/10.1016/j.cpsurg.2020.100849>

Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human resources for health*, 11, 57. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-57>

* Coventry, L. L., Pickles, S., Sin, M., Towell, A., Giles, M., Murray, K., & Twigg, D. E. (2017). Impact of the Orthopaedic Nurse Practitioner role on acute hospital length of stay and cost-savings for patients with hip fracture: A retrospective cohort study. *Journal of advanced nursing*, 73(11), 2652–2663. <https://doi.org/10.1111/jan.13330>

* Cutugno, C., Hozak, M., Fitzsimmons, D. L., & Ertogan, H. (2015). Documentation of Preventive Nursing Measures in the Elderly Trauma Patient: Potential financial Impact and the Health Record. *Nursing economic*, 33(4), 219–226.

Dahl, A. (2020). Psykologiskt åldrande. M. Ernsth Bravell, L. Östlund (Red.), *Äldre och åldrande - grundbok i gerontologi* (ss. 141–159). Glerups

Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M., & Croso, A. (2018). The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1094–1102. <https://doi.org/10.1111/jocn.14135>

- Davidson, G. H., Hamlat, C. A., Rivara, F. P., Koepsell, T. D., Jurkovich, G. J., & Arbabi, S. (2011). Long-term survival of adult trauma patients. *JAMA*, *305*(10), 1001–1007. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.259>
- Degani, G-C., Mendes, K., Storti, L-B., & Marques, S. (2019). Advanced mobile prehospital nursing care for elderly people post-trauma: integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, *72*(2), 274–283. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0079>
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.) Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden (ss. 29–53). Studentlitteratur
- Emergency Nurse Association (2014). *TNCC: Trauma Nursing Core Course deltagarmanual* (7. uppl.). (Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma, övers.). Riskföreningen för sjuksköterskor inom trauma. (Originalarbete publicerat 2014).
- Eneslätt, M., Helgesson, G. & Tishelman, C. (2020) Exploring Community-Dwelling Older Adults' Considerations About Values and Preferences for Future End-of-Life Care: A Study from Sweden. *The Gerontologist*, *60*(7), 1332–1342 <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa012>
- Ernst Bravell, M. (2020a). Gerontologi vad är det? M. Ernst Bravell, L. Östlund (Red.), *Äldre och åldrande - grundbok i gerontologi* (ss. 19–41). Glerups
- Ernst Bravell, M. (2020b). Biologiskt åldrande M. Ernst Bravell, L. Östlund (Red.), *Äldre och åldrande - grundbok i gerontologi* (ss. 93–117). Glerups
- Flynn, S., Pugh, H., & Jester, R. (2015). Clinical assessment in trauma and orthopaedic nursing. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, *19*(3), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2015.03.008>
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Vad är folkhälsa, jämlik hälsa och folkhälsoarbete?* Hämtad 14 maj, 2021, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-ar-folkhalsa/folkhalsa-och-jamlik-halsa/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4.uppl.). Natur & Kultur Stockholm.
- Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Fuchs, L., Chronaki, C. E., Park, S., Novack, V., Baumfeld, Y., Scott, D., McLennan, S., Talmor, D., & Celi, L. (2012). ICU admission characteristics and mortality rates among elderly and very elderly patients. *Intensive care medicine*, *38*(10), 1654–1661. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2629-6>
- Förenta Nationen. (2016). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>
- Ghorbani, P., Falkén, M., Riddez, L., Sundelöf, M., Oldner, A., & Strömmer, L. (2014). Clinical review is essential to evaluate 30-day mortality after trauma. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, *22*, 18. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-22-18>

Gitajn, I. L., Castillo, R., Breazeale, S., Schoonover, C., Berger, P., Huang, Y., O'Hara, N., O'Toole, R. V., & Sciadini, M. F. (2017). Survivorship After High-Energy Geriatric Trauma. *Journal of orthopaedic trauma*, *31*(8), e230–e235. <https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000000864>

Gioffrè-Florio M, Murabito LM, Visalli C, Pergolizzi FP, Famà F. Trauma in elderly patients: a study of prevalence, comorbidities and gender differences. *G Chir*. 2018 Jan-Feb;39(1):35-40. doi: 10.11138/gchir/2018.39.1.035. PMID: 29549679; PMCID: PMC5902142.

* Hardway, J., Samanta, D., Evans, K. J., & Bethea, A. (2020). Rate of Nonsurgical Admissions at a Level 1 Trauma Center: Impact of a Trauma Nurse Practitioner Model. *Journal of Trauma Nursing*, *27*(3), 163–169. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000506>

Hendersson, V. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Almqvist & Wiksell.

Hendlmeier, I., Bickel, H., Heßler-Kaufmann, J. B., & Schäufele, M. (2019). Care challenges in older general hospital patients: Impact of cognitive impairment and other patient-related factors. Herausfordernde Pflegesituationen bei älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus : Der Einfluss kognitiver Beeinträchtigung und anderer patientenbezogener Faktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *52*(Suppl 4), 212–221. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01628-x>

Henricson, M., (2017). *Vetenskaplig teori och metod; från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.

Hietbrink, F., Houwert, R. M., van Wessem, K., Simmermacher, R., Govaert, G., de Jong, M. B., de Bruin, I., de Graaf, J., & Leenen, L. (2020). ThQuone evolution of trauma care in the Netherlands over 20 years. *European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society*, *46*(2), 329–335. <https://doi.org/10.1007/s00068-019-01273-4>

* Holliday, A., Samanta, D., Budinger, J., Hardway, J., & Bethea, A. (2017). An Outcome Analysis of Nurse Practitioners in Acute Care Trauma Services. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, *24*(6), 365–370. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000327>

Hoyle, A. C., Biant, L. C., & Young, M. (2020). Undertriage of the elderly major trauma patient continues in major trauma centre care: a retrospective cohort review. *Emergency medicine journal: EMJ*, *37*(8), 508–514. <https://doi.org/10.1136/emermed-2019-208541>

* Ihle, C., Freude, T., Bahrs, C., Zehendner, E., Braunsberger, J., Biesalski, H. K., Lambert, C., Stöckle, U., Wintermeyer, E., Grünwald, J., Grünwald, L., Ochs, G., Flesch, I., & Nüssler, A. (2017). Malnutrition - An underestimated factor in the inpatient treatment of traumatology and orthopedic patients: A prospective evaluation of 1055 patients. *Injury*, *48*(3), 628–636. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.01.036>

* Janssen, T. L., Hosseinzoi, E., Vos, D. I., Veen, E. J., Mulder, P., van der Holst, A. M., & van der Laan, L. (2019). The importance of increased awareness for delirium in elderly patients with rib fractures after blunt chest wall trauma: a retrospective cohort study on risk factors and outcomes. *BMC emergency medicine*, *19*(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0248-z>

Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 3(1), 2-9.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23022845/>

Jørgensen, R., & Brabrand, M. (2017). Screening of the frail patient in the emergency department: A systematic review. *European journal of internal medicine*, 45, 71–73.
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.036>

Keller, J. M., Sciadini, M. F., Sinclair, E., & O'Toole, R. V. (2012). Geriatric trauma: demographics, injuries, and mortality. *Journal of orthopaedic trauma*, 26(9), e161–e165.
<https://doi.org/10.1097/BOT.0b013e3182324460>

Kelley-Quon, L., Min, L., Morley, E., Hiatt, J. R., Cryer, H., & Tillou, A. (2010). Functional status after injury: a longitudinal study of geriatric trauma. *The American surgeon*, 76(10), 1055–1058. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144866/>

* Khadaroo, R. G., Warkentin, L. M., Wagg, A. S., Padwal, R. S., Clement, F., Wang, X., Buie, W. D., & Holroyd-Leduc, J. (2020). Clinical Effectiveness of the Elder-Friendly Approaches to the Surgical Environment Initiative in Emergency General Surgery. *JAMA surgery*, 155(4), e196021. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.6021>

Kodadek, L. M., Selvarajah, S., Velopulos, C. G., Haut, E. R., & Haider, A. H. (2015). Undertriage of older trauma patients: is this a national phenomenon?. *The Journal of surgical research*, 199(1), 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.05.017>

Konda, S. R., Lott, A., Mandel, J., Lyon, T. R., Robitsek, J., Ganta, A., & Egol, K. A. (2020). Who Is the Geriatric Trauma Patient? An Analysis of Patient Characteristics, Hospital Quality Measures, and Inpatient Cost. *Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation*, 11, 2151459320955087.

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

Labib, N., Nouh, T., Winocour, S., Deckelbaum, D., Banici, L., Fata, P., Razek, T., & Khwaja, K. (2011). Severely injured geriatric population: morbidity, mortality, and risk factors. *The Journal of trauma*, 71(6), 1908–1914.
<https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31820989ed>

Lapierre, A., Lefebvre, H., & Gauvin-Lepage, J. (2019). Factors Affecting Interprofessional Teamwork in Emergency Department Care of Polytrauma Patients: Results of an Exploratory Study. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 26(6), 312–322. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000469>

* Leede, E., Fry, L., Crosby, L., Hamilton, S., Ali, S., & Brown, C. (2020). Impact of geriatric trauma service on the outcome of older trauma patients. *Geriatrics & gerontology international*, 20(9), 817–821. <https://doi.org/10.1111/ggi.13979>

Lennquist, S. (2017a). Organisation och metodik. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (ss. 19–38). Liber.

Lennquist, S. (2017b). Effekter av olika typer av våld Stort trauma. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (ss. 39–47). Liber.

Lennquist, S., & Larsson, A. (2017). Primärt omhändertagande. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (ss. 79–104). Liber.

Martino, C., Russo, E., Santonastaso, D. P., Gamberini, E., Bertoni, S., Padovani, E., Tosatto, L., Ansaloni, L., & Agnoletti, V. (2020). Long-term outcomes in major trauma patients and correlations with the acute phase. *World journal of emergency surgery: WJES*, 15, 6. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-0289-3>

Marshall, A., Kitson, A. & Zeitz, K. (2012). Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. *Journal of advanced care*, 68(12), 2664-2673 doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05965

McKevitt, E., Calvert, E., Ng, A., Simons, R., Kirkpatrick, A., Appleton, L., & Brown, R. (2003). Geriatric trauma. *Canadian Medical Association*, 46(3), 211-215. <http://canjsurg.ca/wp-content/uploads/2014/03/46-3-211.pdf>

Merloz P. (2018). Optimization of perioperative management of proximal femoral fracture in the elderly. *Orthopaedics & traumatology, surgery & research: OTSR*, 104(1S), S25–S30. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.04.020>

Mohammad, A., Branicki, F., & Abu-Zidan, F. M. (2014). Educational and clinical impact of Advanced Trauma Life Support (ATLS) courses: a systematic review. *World journal of surgery*, 38(2), 322–329. <https://doi.org/10.1007/s00268-013-2294-0>

Moye, J., Sabatino, C. P., & Weintraub Brendel, R. (2013). Evaluation of the capacity to appoint a healthcare proxy. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(4), 326–336. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.09.001>

Nolan, M., & Tolson, D. (2000). Gerontological nursing. 1: Challenges nursing older people in acute care. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 9(1), 39–42. <https://doi.org/10.12968/bjon.2000.9.1.6411>

* O'Mara, L., Palm, K., Castillo-Angeles, M., Bryant, E., Moberg, E., Armstrong, K., Patel, N., Tulebaev, S., McDonald, M., Tsitos, D., & Cooper, Z. (2021). Frailty Interdisciplinary Pathway: Compliance and Sustainability in a Level I Trauma Center. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 28(1), 59–66. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000546>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

* Polovitch, S., Muertos, K., Burns, A., Czerwinski, A., Flemmer, K., & Rabon, S. (2019). Trauma Nurse Leads in a Level I Trauma Center: Roles, Responsibilities, and Trauma Performance Improvement Outcomes. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 26(2), 99–103. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000431>

Riksförening för akutsjuksköterskor. (2017). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231c00/1584088433640/Kompetensbeskrivning%20sjuksköterskor%20inom%20akutsjukvård.pdf>

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *The American psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>

Rundgren, Å., & Dehlin, O. (2016). *Människans funktionella åldrande*. Studentlitteratur.

Sabatino C. P. (2010). The evolution of health care advance planning law and policy. *The Milbank quarterly*, 88(2), 211–239. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00596.x>

Santos, A. M., Rodrigues, R. A., & Diniz, M. A. (2015). Trauma no idoso por acidente de trânsito: revisão integrativa [Trauma in the elderly caused by traffic accident: integrative review]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 49(1), 162–172. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100021>

Schmidt, R., & Wihlke, G. (2021). Traumaomvårdnad. I W. Wihlke & R. Schmidt (Red.), *Traumaomvårdnad - vård av svårt skadade patienter* (ss. 17–20). Liber.

Secunda, K., Wirpsa, M. J., Neely, K. J., Szmuilowicz, E., Wood, G. J., Panozzo, E., McGrath, J., Levenson, A., Peterson, J., Gordon, E. J., & Kruser, J. M. (2020). Use and Meaning of "Goals of Care" in the Healthcare Literature: a Systematic Review and Qualitative Discourse Analysis. *Journal of general internal medicine*, 35(5), 1559–1566. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05446-0>

SFS 2017:30. Hälso-och sjukvårdslag. Riksdagen.

Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M. L., Chesnutt, M. S., & Mularski, R. A. (2012). Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 21(6), 410–418. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012124>

Socialstyrelsen. (2020). *Vård och omsorg om äldre: Lägesrapport 2020*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6603.pdf>

Southern, A., Lopez R., & Jwayyed, S. (2020). *Geriatric Trauma*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442020/?report=reader>

Spring, C., Lefering, R., Bouillon, B., Lehmann, W., von Eckardstein, K., Dresing, K., & Sehmisch, S. (2020). It is time for a change in the management of elderly severely injured patients! An analysis of 126,015 patients from the TraumaRegister DGU®. *European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society*, 46(3), 487–497. <https://doi.org/10.1007/s00068-019-01229-8>

* Spilman, S. K., Baumhover, L. A., Lillegraven, C. L., Lederhaas, G., Sahr, S. M., Schirmer, L. L., Smoot, D. L., & Swegle, J. R. (2014). Infrequent assessment of pain in elderly trauma patients. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 21(5), 229–237. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000070>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre*. (SBU-rapport, 221). https://www.sbu.se/contentassets/5f0e7213e73b4369acd4874fd3dcbf89/akutvard_aldre.pdf

Statistiska centralbyrån. (2020). *Befolkningsframskrivningar*. Hämtad 17 december, 2020, från *Översikt över antal födda, döda, födelseöverskott, flyttningar, flyttningsnetton, folkökning samt folkmängd efter region. År 2020 - 2070. PxWeb (scb.se)*

Svenska traumaregistret (2019). *Årsrapport 2019*. <http://rcsyd.se/swetrau/wp-content/uploads/sites/10/2020/09/Årsrapport-SweTrau-2019.pdf>

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>

Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*. <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261527c/1605099441081/Evidensbaserad%20vård%20och%20omvårdnad.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>

Thomassen, Ø., Storesund, A., Søfteland, E., & Brattebø, G. (2014). The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 58(1), 5–18. <https://doi.org/10.1111/aas.12207>

Tishelman, C., Eneslätt, M., Menkin, E., & Lindqvist, O. (2019). Developing and using a structured, conversation-based intervention for clarifying values and preferences for end-of-life in the advance care planning-naïve Swedish context: Action research within the DöBra research program. *Death studies*, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1701145>

Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Wleklik, M., Lisiak, M., & Gobbens, R. (2018). Frailty Syndrome: Nursing Interventions. *SAGE open nursing*, 4, 2377960818759449. <https://doi.org/10.1177/2377960818759449>

United nation. (2017). *AGEING, OLDER PERSONS AND THE 2030 AGENDA FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT*. https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2017/07/UNDP_AARP_HelpAge_International_AgeingOlderpersons-and-2030-Agenda-2.pdf

* Verhoeff, K., Glen, P., Taheri, A., Min, B., Tsang, B., Fawcett, V., & Widder, S. (2018). Implementation and adoption of advanced care planning in the elderly trauma patient. *World journal of emergency surgery: WJES*, 13, 40. <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0201-6>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningsssed_VR_2017.pdf

* Wallis, M., Marsden, E., Taylor, A., Craswell, A., Broadben, M., Barnett, A., Nguyen, K. H., Johnston, C., Glenwright, A., & Crilly, J. (2018). The Geriatric Emergency Department Intervention model of care: a pragmatic trial. *BMC Geriatrics*, 18(297), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0992-z>

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

Wilson, M. S., Konda, S. R., Seymour, R. B., Karunakar, M. A., & Carolinas Trauma Network Research Group (2016). Early Predictors of Mortality in Geriatric Patients With Trauma. *Journal of orthopaedic trauma*, 30(9), e299–e304.
<https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000000615>

Wisten, A. (2020). *Akutgeriatrik*. Studentlitteratur.

* Referenser markerade med asterisk är studier som presenteras i litteraturöversiktens resultat

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

BILAGA A

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals- process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvaliteten är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Artikelmatris

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Bethea, A., Samanta, D., White, T., Payne, N., & Hardway, J. 2019 USA	Nurse Practitioners' Role in Improving Service for Elderly Trauma Patients	Jämföra effekten och kvalitén av vård planerad av Nurse practitioner (NP) jämfört med Trauma Nurse practitioner (TNP) för äldre traumapatienter.	Design: Kvantitativ, retrospektiv kohortstudie. Urval: Patienter > 65 år med ett ISS <10. Datainsamling: Patientjournaler. Dataanalys: Deskriptiv statistik.	N=1363 (0)	Patienter som vårdas av specialistsjuksköterska (kontakt med familj, ACP, vårdmål, riskbedömning, konsulter såsom fysioterapeut/dietist, rondar, kontakt med biståndshandläggare/hemplanering) hade kortare vårdtider, lägre vårdkostnader samt skrevs ut i större utsträckning direkt till det egna boendet. Vård given av specialistsjuksköterska resulterade i mindre oplanerade inläggningar på intensivvårdsavdelningar. Komorbiditet var liknande i både grupper.	I R
Bryant, E. A., Tulebaev, S., Castillo-Angeles, M., Moberg, E., Senglaub, S. S., O'Mara, L., McDonald, M., Salim, A., & Cooper, Z. 2019 USA	Frailty Identification and Care Pathway: An Interdisciplinary Approach to Care for Older Trauma Patients	Att se om ett särskilt team/spår för äldre traumapatienter skulle minska dödligheten, komplikationer och 30- dagars återinskrivning.	Design: Kvantitativ, retrospektiv kohortstudie Urval: Patienter >65. Två grupper screenades för skörhet före och efter interventionen, exkluderade de som flyttades eller dog inom 24 timmar. Datainsamling: Traumaregister. Dataanalys: Deskriptiv statistik.	N=269 (0)	Implementering av team/spår ledde till en ökning av konsulter (exempelvis gällande nutrition, fysioterapi och socialt arbete) Screening för skörhet och specifika omvårdnadsåtgärder gjorde att patientens specifika behov och önskemål kunde ses. Detta resulterade i kortare vårdtider, skrev ut i den vårdform hen själv ville. Konsultationer ökade, dödligheten och delirium minskade, andelen komplikationer minskade, 30-dagars återinskrivning minskade.	I RCT

<p>Coventry, L., Pickle, S., Sin, M., Towell, A & Gilles, M. 2017 Australien</p>	<p>Impact of the Orthopedic Nurse Practitioner role on acute hospital length of stay and cost-savings for patients with hip fracture: a retrospective cohort study</p>	<p>Syftet var att jämföra vårdtider innan och efter införandet av en Ortoped specialistsjuksköterska, hitta faktorer som riskerar förlänga vårdtiden. Men även jämföra tiden från akuten till operation, postoperativa komplikationer och dödlighet.</p>	<p>Design: Kvantitativ, retrospektiv kohortstudie Urval: Patienter > 65 år med höftfraktur 1 år innan och ett år efter implementeringen Datainsamling: Journal databas Dataanalys: Deskriptiv statistik</p>	<p>N=655 (95)</p>	<p>Implementering av specialistsjuksköterska/ortopedisk specialistsjuksköterska i omhändertagande och omvårdnad av äldre minskade den totala vårdtiden. Det var ingen skillnad i hur snabbt patienter togs till operation eller komplikationer. Studien kom fram till att faktorer som påverkade med en längre vårdtid var bland annat personer med demens, lungsjukdom och hjärtsjukdomar. Komplikationer såsom urinvägsinfektion, pneumoni och delirium var också relaterat till längre vårdtider. Specialistsjuksköterskor gjorde så att vården planeras utifrån individen och förbättrade på så sätt utförandet av omvårdnaden. Specialistsjuksköterskor gjorde bedömningar av riskfaktorer och satte in åtgärder.</p>	<p>I RCT</p>
<p>Cutugno, C., Hozak, M., Fitzsimmons, D. L., & Ertogan, H. 2015 USA</p>	<p>Documentation of Preventive Nursing Measures in the Elderly Trauma Patient: Potential Financial Impact And the Health Record.</p>	<p>Utvärdera hur dokumentation av omvårdnadsåtgärder kan förhindra sjukhusförvärvade komplikationer.</p>	<p>Design: Kvantitativ, deskriptiv studie. Urval: Patienter >65 år som har en traumatisk skada. Patienter inskrivna på intensivvårdsavdelningen exkluderas. Datainsamling: Patientjournal. Dataanalys: Deskriptiv statistik.</p>	<p>N=100 (0)</p>	<p>Brist i dokumentation och smärtskattning. Äldre patienter har större risk för komplikationer. Dokumentation för olika preventiva omvårdnadsåtgärder för att minska risken för komplikationer var låg i vissa områden. Det saknas rätt dokumentationsstöd, artikeln belyser sambandet mellan den dokumentation som krävs och det system som används. Betydelsen av checklistor och användningen av dessa. Checklistor är en påminnelse om vad som behövdes bedömas i omvårdnaden och vad som skulle dokumenteras. Brist i rutiner och följsamhet. Ökning av följsamhet i dokumentation kunde ske om det fanns checklistor eller om dokumentationen var inmatning av ett "värde".</p>	<p>I R</p>

Hardway, J., Samanta, D., Evans, K. J., & Bethea, A. 2020 USA	Rate of Nonsurgical admissions at a level 1 trauma center: impact of a Trauma Nurse Practitioner Model	Att utvärdera Nurse practitioners inverkan på icke kirurgiska sjukhusinläggningar.	Design: Kvantitativ, retrospektiv kohortstudie. Urval: Patienter som inkom till ett Trauma 1 sjukhus. Patienter inskrivna på intensivvårdsavdelning exkluderades. Datainsamling: Traumaregister. Dataanalys: Deskriptiv statistik.	N=1400 (0)	Kortare vårdtid och mindre kostnader om patienternas vård planerades av specialistsjuksköterska. De stod för kontinuitet, gjorde bedömningar och satte vårdmål. Patienterna skrevs ut tidigare på dagen, kom snabbare till operation de skrev ut i större uträkning patienter direkt tillbaka till hemmet, kortare vårdtid på intensivvårdsavdelning och färre återinskrivningar på sjukhus. Patienter som vårdades av specialistsjuksköterska hade större blodförluster och anemi.	I RCT
Holliday, A., Samanta, D., Budinger, J., Hardway, J., & Bethea, A. 2017 USA	An Outcome Analysis of Nurse Practitioners in Acute Care Trauma Services	Utvärdera resultatet för traumapatienter innan och efter införandet av Nurse Practitioners	Design: Kvantitativ, retrospektiv kohortstudie. Urval: Patienter som inkom till ett Trauma 1 sjukhus. Datainsamling: Traumaregister. Dataanalys: Deskriptiv statistik.	N=3284 (0)	Effekten av vården för traumapatienter där en specialistsjuksköterska planerar vården, står för kontinuitet/säker inform överföring, sätter vårdmål för den äldre traumapatienten resulterade i kortare vårdtider, kortare tid på intensivvårdsavdelning, färre komplikationer, färre missade skador, tidigare utskrivningar och färre återinskrivningar.	I R
Ihle, C., Freude, T., Bahrs, C., Zehendner, E., Braunsberger, J., Biesalski, H. K., Lambert, C., Stöckle, U., Wintermeyer, E., Grünwald, J., Grünwald, L., Ochs, G., Flesch, I., & Nüssler, A. 2017 Tyskland	Malnutrition - An underestimated factor in the inpatient treatment of traumatology and orthopedic patients: A prospective evaluation of 1055 patients	Bestämma förekomsten av malnutrition hos patienter inom trauma, ortopedi och plastikkirurgi.	Design: Kvantitativ observationsstudie. Urval: Patienter som tillbringade mer än två dygn på sjukhuset (trauma- och ortopediska avdelningar), men inte de som inte kunde ta till sig information såsom dementa eller allvarligt sjuka. Datainsamling: Frågeformulär. Dataanalys: Statistisk analys.	N=1171 (116)	Patienter med risk för malnutrition hade en längre vårdtid, fördröjd mobilisering och en ökad risk för komplikationer såsom exempelvis infektioner, försämrad läkning och tromboser. Vikten av identifiering av riskfaktorer, ökad kunskap om malnutrition i förhållande till vilken person hen har framför sig. Förekomsten av malnutrition var observerat hos trauma- och ortopediska patienter > 65 år som hade råkat ut för någon typ av fraktur.	I P
Janssen, T., Hosseinzoï, E.,	The importance of increased	Beskriva frekvensen av delirium, identifiera	Design: Kvantitativ, retrospektiv kohortstudie.	N=191 (0)	Vikten av identifiering av riskfaktorer, Delirium fanns hos 24,6 procent av	I R

Vos, D., Veen, E., Mulder, P., Van der Holst, A., & van der Laan, L. 2019 Nederländerna	awareness for delirium in elderly patients with rib fractures after blunt chest wall trauma: a retrospective cohort study on risk factors and outcomes.	riskfaktorer som är associerat med delirium och undersöka effekten av delirium som sekundärt utfall efter revbensfrakturer hos äldre patienter efter trubbigt våld.	Urval: Patienter > 65 år med en eller flera revbensfrakturer efter trubbigt våld. Datainsamling: Patientjournaler. Dataanalys: Statistisk analys.		patienterna, dessa patienter hade i större uträkning undernäring, fysiska nedsättningar och högre komorbiditet. Förekomsten av delirium var högre för patienter på intensivvårdsavdelningar. Ökad ålder, låg funktionsförmåga, nedsatt nutritionsstatus, längre vårdtider och behovet av urinkateter är riskfaktorer för delirium. Mortaliteten ökar för patienter med delirium.	
Khadaroo, R. G., Warkentin, L. M., Wagg, A. S., Padwal, R. S., Clement, F., Wang, X., Buie, W. D., & Holroyd-Leduc, J. 2020 USA	Clinical effectiveness of the Elder-Friendly Approaches to the surgical Environment Initiative in Emergency General Surgery	Utvärdering av ett speciellt vårdteam kring äldre kirurgpatienter	Design: Kvantitativ, prospektiv icke randomiserad kontrollerad före och efter studie. Urval: Patienter > 65 år. Datainsamling: Journalanteckningar och patientintervjuer. Dataanalys: Deskriptiv analys.	N=684 (6111) screenade 6795 st	Screening för skörhet, specifika omvårdnadsåtgärder/fokusområden samt involvering av den äldre, anhöriga samt annan vårdpersonal gav en förbättrad efterföljsamhet. Teamarbete. Insättande av urinkatetrar och näringsdropp minskade, tiden till mobilisering minskade, totala vårdtiden minskade och minskade komplikationer. Geriatriska konsultationer ökade.	I CCT
Leede, E., Fry, L., Crosby, L., Hamilton, S., Ali, S., & Brown, S. 2020 USA	Impact of geriatric trauma service on the outcome of older trauma patients.	Analysera effektiviteten av geriatrisk traumavård som är integrerad med trauma kirurgens arbete.	Design: Kvantitativ, retrospektiv analys. Urval: Traumapatienter >65 år. Datainsamling: Traumaregister. Dataanalys: Statistisk analys.	N=1141 (413)	Effekten för äldre traumapatienter med en geriatrisk specialistsjuksköterska som höll i vårdplanering, bättre kontinuitet, vårdmål, kontakt med anhöriga, ronder, konsultations kontakter. Patienter i studien skrevs i större utsträckning direkt hem, rehab eller hospice än till vårdhem/äldreboenden. Screening för skörhet.	I R
O'Mara, L., Palm, K., Castillo-Angeles, M., Bryant, E., Moberg, E., Armstrong, K., Patel, N., Tulebaev, S.,	Frailty Interdisciplinary Pathway: Compliance and Sustainability in a Level I Trauma Center	Undersöka om det gick att införa en specifik vårdväg för äldre traumapatienter med ett vårdteam. Om detta var utförligt att göra och om det var hållbart.	Design: Kvantitativ, retrospektiv kohortstudie. Urval: Patienter > 65 år Datainsamling: Gjordes manuellt via patientjournaler innan de skrev hem från sjukhuset.	N=279 (0)	Se vårdbehovet och planering av denna. Screening för skörhet, specifika omvårdnadsåtgärder/fokusområden samt involvering av den äldre, anhöriga samt annan vårdpersonal gav en förbättrad efterföljsamhet och färre återinskrivningar samt minskat delirium. Exempelvis förbättrad åtgärd för	I RCT

McDonald, M., Tsitos, D., & Cooper, Z. 2021 USA			Dataanalys: Statistisk analys.		munhygien, bättre regime för tarmrörelser. Dock kom studien fram till att minskning av mobilisering. Färre återinskrivningar. Arbeta i team runt den äldre, bättre följsamhet.	
Polovitch, S., Muertos, K., Burns, A., Czerwinski, A., Flemmer, K., & Rabon, S. 2019. USA.	Trauma Nurse Leads in a Level I Trauma Center: Responsibilities, and Trauma Performance Improvement Outcomes	Att utvärdera en utbildning för Trauma lednings sjuksköterskor på ett Level I Traumasjukhus i USA	Design: Kvantitativ, Retrospektiv studie. Urval: Alla traumapatienter mellan januari 2014-december 2016. Datainsamling: Patientjournaler. Dataanalys: Deskriptiv statistik.	N=9625 (0)	Om en specialistsjuksköterska har ansvar och följer patienten under vårdtiden, kontakt med anhöriga, vårdmål, minskade vårdtider och kortare tid på intensivvården, snabbare till intensivvårdsavdelningar om patienterna behövde det och snabbare behandling vid blödning. Patienter kom snabbare till operation. Vikten av sammanhållen och säker information.	I RCT
Spilman, S., Baumhover, L., Lillegraven, C., Lederhaas, G., Sahr, S., Schirmer, L., Smoot, D., & Swegle, J. 2014 USA	Infrequent Assessment of Pain in Elderly Trauma Patients.	Identifiera och beskriva mönster för smärtbedömning för äldre traumapatienter.	Design: Kvantitativ, retrospektiv studie. Urval: Traumapatienter > 65 år. Datainsamling: Traumaregister. Dataanalys: Deskriptiv statistik.	N=160 (0)	De äldre kan sakna språk, kognitiv förmåga att uttrycka smärta. Flera olika bedömningsinstrument. Bedömning av smärta hos äldre traumapatienter sker mer sällan av vad rutiner nämner ska göras. Smärtskattning sker med för långt mellanrum. Smärtskattning såg mer sällan ju äldre patienten var och om hen hade kognitiv svikt. Negativa effekter sågs av otillräcklig dokumentation samt minskad följsamhet vid för många verktyg att använda vid skattning. Brist i rutiner och följsamhet gällande smärtskattning. Brist av dokumentation och smärtskattning resulterade i längre vårdtider. Öka risk för delirium, immobilisering och insomni.	I R
Verhoeff, K., Glenn, P., Taheri, A., Tsang, B., Fawcett, V., & Widder, S. 2018 Kanada	Implementation and adoption of advanced care planning in the elderly trauma patient	Utvärdera införandet av avancerad vårdplanering program för Äldre Traumapatienter på ett Traumacenter i Kanada	Design: Kvantitativ, retrospektiv kohortstudie. Urval: Traumapatienter >65 år. Datainsamling: Traumaregister innan och efter intervention.	N=471 (0)	Advance care planning utförs av specialistsjuksköterskor. Studien kom fram till en ökning av dokumentation genom exempelvis checklistor vilket gav fler patienter som får en plan tidigt. Färre las in på IVA. Negativa effekter av otillräcklig dokumentation, införande av vårdmål och specifika fokusområden	I RCT

			Dataanalys: Deskriptiv analys.		kunde ökning av dokumentation ske vilket minskat behov av vård på intensivvårdsavdelning	
Wallis, M., Marsden, E., Taylor, A., Craswell, A., Broadben, M., Barnett, A., Nguyen, K-H., Johnston, C., Genwright, A., & Crilly, J. 2018 Australien	The Geriatric Emergency Department Intervention model of care: a pragmatic trial	Utvärdera effektiviteten och kostnaden vid användandet av en modell med en geriatrisk akutmottagning	Design: Kvantitativ, pragmatisk prövning med pre-post design. Urval: Traumapatienter > 70 år. Datainsamling: Från databaser. Dataanalys: Deskriptiv statistik.	N=44 983 (0)	Patienter som togs emot på akutmottagning med en geriatrisk modell skrevs hem i större utsträckning. En minskning av vårdtider kunde ses, färre inläggningar samt en minskad vårdkostnad. Det blev även minskad vårdtid på intensivvårdsavdelning samt kortare vårdtid på intensivvårdsavdelning. Kartläggning av äldres önskemål och involvering av anhöriga, se specifika behov och önskemål. Minskat delirium, kortare vårdtider och den äldre skrevs i större grad ut till den vårdform den själv önskade. Screening för skörhet.	I CCT

Källa: Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.