



**PATIENTERS UPPLEVELSER AV OMHÄNDERTAGANDET PÅ  
AKUTRUM I SAMBAND MED TRAUMA**

**En intervjustudie**

**PATIENTS' EXPERIENCES OF CARE RECEIVED IN THE  
EMERGENCY ROOM AFTER TRAUMA**

**An interview study**

Specialistsjuksköterskeprogrammet –  
inom akutsjukvård, 60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examinationsdatum: 150527  
Kurs: HT13

Författare:  
Rebecca Arnesen

Handledare:  
Linda Gellerstedt  
Examinator:  
Anders Rüter

## SAMMANFATTNING

I Sverige är trauma den vanligaste dödsorsaken bland personer under 45 år. Fler än 4500 människor avlider i Sverige varje år på grund av yttre skador. På samhällsnivå genomförs förebyggande åtgärder för att minska morbiditet och mortalitet orsakad av trauma. Under 2005 uppgick kostaderna till 21 miljarder kronor, i denna siffra ingår enbart vägtrafikolyckor. I Stockholms läns landsting finns ett traumacenter, situerat på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Omhändertagande av trauma- ett och trauma- två sker där. Resterande sjukhus i länet tar hand om och vårdar trauma- tre patienter. Då patienter vårdas i samband med trauma sker omhändertagandet strukturerat oftast utefter ABCDE konceptet. ABCDE är en del av ATLS som används för att snabbt kunna göra en bedömning och hantering av eventuella skador, ett välstrukturerat arbetssätt som ger snabba och effektiva åtgärder och insatser. Teamet inne på akutrummet vet vilka roller och uppgifter alla har vilket medför en säkerhet i teamarbetet. Sammansättningen av teamet skiljer sig åt mellan olika sjukhus. Kommunikationen såväl inom teamet som gentemot patienten är viktig. Detta belyses dels av sjuksköterskans kärnkompetenser som består bland annat av personcentrerad omvårdnad och säker vård. Då patienten sätts i centrum i omhändertagandet och att personalen drar nytta av dess kunskap bidrar till säker vård både för patienten och personalen.

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma.

Det är en kvalitativ deskriptiv intervjustudie där semistrukturerade intervjuer utfördes. Totalt utfördes sex intervjuer. Intervjuerna ljudupptogs och transkriberades innan analysen genomfördes. Data analyserades med innehållsanalys. Meningsenheter kondenserades, kodades och delades in i subtema, tema och övergripande tema.

I resultatet framkom ett övergripande tema, två teman med fem subteman. Övergripande tema blev *Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma*. Teman var *Att vara patient på akutrum* och *Att vara delaktig och upplevelser av bemötande*. Det framkom blandade upplevelser kring kommunikationen och hur information gavs. Som patient uppleva att vara i centrum av omhändertagandet men utan att få ögonkontakt med personalen. Känslor såsom trygghet och oro tillsammans med lugn uppstod. Allvaret i situationen förstärks av att det var ett stort antal personal som var inblandad i omhändertagandet. Olika utrustningar och undersökningar utmärker sig mer än andra, dessa var nackkragen och stockvändning. Patienter upplevde att nackkragen kunde orsakade obehag samt att stockvändningen utfördes på ett rutinmässigt, inövat och säkert sätt.

Studiens resultat tyder på att bemötande, kommunikation och grad av delaktighet är tre viktiga aspekter gällande patienters upplevelser vid omhändertagande på akutrum i samband med trauma. Dessa tre aspekter formuleras som att patienten upplever sig vara i centrum, får information kring vad som sker och vad som planeras samt att beredas möjlighet att vara delaktig i situationen.

Nyckelord: trauma, upplevelse, omhändertagande, kommunikation och kvalitativ innehållsanalys.

## ABSTRACT

In Sweden trauma is the most common cause of death in people under the age of 45. More than 4500 people each year die as a result of external injuries. On a demographic level preventive measures are being taken to reduce morbidity and mortality caused by trauma. During the year of 2005 the costs added up to 21 billion Swedish crowns, and this figure only covers the costs of traffic accidents. In Stockholm County there's one main trauma center which is situated at Karolinska University hospital. This hospital handles the treatment of the most severe traumas, called trauma- one and trauma- two. Remaining hospitals in the county are capable of treating minor trauma, so called trauma- three. The care and treatment plan of a patient injured by trauma is built on the structure called ABCDE (Airway-Breathing-Circulation-Disability-Exposure) which is a part of ATLS. This structure is used to quickly discover, estimate and treat possible injuries. It also provides a way for the entire traumateam to work together from concise guidelines. With all personnel using the same tool/structure for examination and prioritizing the treatment of the patient it not only secures that each profession acts their part, but also increases patient safety. Each hospital relies on their own traumateam, however the constitution of the professions included in the team may differ between hospitals. Within the team communication is of the essence, both within the team and with the patient. In this team the nurse's competence of person-centered care and patient safety comes well to use. When the care provided is person-centered the traumateam can use the patient's own knowledge and recourses which increases safety for both patient and personnel.

The aim of the study was to describe the experience of patients receiving nursing care in the emergency room after injury by trauma.

This study is a qualitative descriptive interview study where semi structured interviews were conducted. In total there were six interviews. The interviews were audio recorded and transcribed before they were analyzed. Content analysis was performed in which meaning units were condensed, coded and divided into subthemes, themes and general theme.

The result showed one general theme, two themes and five subthemes. The general theme was *Patient's experiences of the nursing care in the emergency room after trauma*. The themes were *Being a patient in an emergency room* and *To feel included and experiences of personal treatment*. The experiences of communication and the way information was given were mixed. Patients experienced being in focus but not receiving eye contact from the personnel. Emotions that emerged were such as safety and anxiety along with tranquility. The severity of the situation was amplified by the large number of personnel present in the emergency room during nursing care. Some equipment's and examinations were experienced as more emotional, these were the stiff neck collar and the log-roll. The stiff neck collar for some, felt uncomfortable and unpleasant. The log-roll though was pursued in a very secure and well-practiced manner which resulted in a feeling of routine and safety.

The result showed in this study indicates that personal treatment, communication and a high degree of inclusion are the three most important aspects regarding patients experiences of nursing care in the emergency room after trauma. These three aspects are formulated in that the patients experiences being in focus, receiving information about present and future actions and examinations and also given the opportunity to feel included in the situation.

Keywords: trauma, experience, nursing care, communication and content analysis.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
Trauma som begrepp .....	1
Traumlarm.....	2
Omhändertagande på akutrum i samband med trauma.....	4
Personcentrerad omvårdnad.....	7
Säker vård.....	7
Patienters upplevelser vid traumavård.....	8
Problemformulering.....	9
<b>SYFTE</b> .....	9
<b>METOD</b> .....	9
Ansats .....	9
Design .....	9
Urval .....	10
Genomförande .....	10
Databearbetning .....	11
Forskningsetiska övervägande .....	14
<b>RESULTAT</b> .....	14
Att vara patient på akutrum .....	15
Att vara delaktig och upplevelser av bemötande .....	19
<b>DISKUSSION</b> .....	21
Metoddiskussion .....	21
Resultatdiskussion .....	24
Slutsats.....	27
Klinisk tillämpbarhet.....	27
<b>REFERENSER</b> .....	28

**Bilaga 1- Brev till verksamhetschefen**

**Bilaga 2- Information till kollegor**

**Bilaga 3- Forskningspersonsinformation och Samtyckeformulär**

**Bilaga 4- Intervjuguide**

## INLEDNING

Omhändertagandet av svårt skadade patienter kräver snabba och effektiva insatser. Patienten kan uppleva känslor så som förlust av den egna autonomin och till och med den egna identiteten. Patienten kan befinna sig i ett chocktillstånd och då behövs varsamhet, medmänsklighet samt omtanke i omvårdnaden (Bergh M. Johannesson, 2007).

I Sverige är trauma den vanligaste dödsorsaken bland personer under 45 år (Svenska Traumaregistret, 2013). Fler än 4500 människor avlider varje år i Sverige på grund av yttre skador (Lennquist, 2007). Vid trauma påverkas både individen själv men även dess anhöriga, hälso- och sjukvården samt samhället som helhet (Iselius, 2006). Två tredjedelar av de som drabbas av trauma är män. Av de män som skadades under 2013 var 83 procent under 65 år. Ungefär hälften av förekommande traumorna är trafikrelaterade, vilket gör trafikskador till den vanligaste typen av trauma. Den näst vanligaste kategorin av trauma utgörs av fallskador (Svenska Traumaregistret, 2013). Enligt Hammond och Zimmermann (2013) ska traumavård handläggas och omhändertagandet utföras enligt ett standardiserat arbetssätt. Detta oberoende av till vilket sjukhus en ambulans hänvisas till eller i de fall då patienter inkommer till sjukhuset på egen hand.

## BAKGRUND

### Trauma som begrepp

Trauma är en bred definition som används för att beskriva skador som orsakas av en yttre kraft på grund av olyckor, våld eller självförvållade skador. Trauma kategoriseras utifrån mekanism för skador och inkluderar penetrerande trauma, trubbigt trauma eller en kombination av dessa (Carter & Cumming, 2014; Cole & Crichton, 2006).

### Akutmottagning

I Sverige finns 70 stycken sjukhusbundna akutmottagningar. En sjukhusbunden akutmottagning är en somatisk akutmottagning. Socialstyrelsen har undersökt väntetiderna vid dessa akutmottagningar och noterat en ökning av väntetiderna. Antal besök på landets samtliga sjukhusbundna akutmottagningar var 2,4 miljoner under första halvåret av 2013. Akutsjukvård är den vård som är föranledd av medicinskt akut tillstånd, i vilket både akut öppenvård och akut slutenvård inkluderas. Socialstyrelsens definition av akutsjukvård är ett akut omhändertagande av patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akutsjukvård innebär åtgärder som behöver utföras inom en timme eller upp till högst ett dygn (Socialstyrelsen, 2013).

### Prevalens och prevention gällande trauma på samhällsnivå

På samhällsnivå genomförs förebyggande åtgärder för att minska morbiditet och mortalitet orsakad av traumorna (Björnstig, 2007). Exempelvis på förebyggande åtgärder är användandet av cykelhjälm för att minska skador orsakade av huvudtrauma. Alla barn och ungdomar under 15 år skall använda hjälm vid färd på en cykel, denna lag togs i bruk första januari 2005 (SFS, 1998:1276, kap 6. 4a§). Inom bilindustrin utvecklas teknik och säkerhet i bilarna genom säkerhetsbälte, krockkuddar och deformationszoner. Användandet av bilbälte kan minska risken för ytterligare skada för en person som är med i en kollision. Det byggs även bredare vägbanor, avgränsande mitträcken och hastighetsbegränsningar

införs. Inom industrier utbildas personalen kring skaderisker och ett risktänkande utvecklas (Björnstig, 2007).

Trafikskador kostade samhället 14,8 miljarder kronor år 1995, i denna summa inkluderades egendomskadorna, produktionsbortfall, sjukvårdskostnader samt administrativa kostnader för försäkringsbolag och polisen (Björnstig, 2007). Under 2005 kostade enbart vägtrafikolyckor samhället 21 miljarder kronor (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap [MSB], 2008). Studien av Di Saverio et al. (2013) visar på att trafikskador är den vanligaste orsaken till trauma.

## **Traumalarm**

I traumasjukvården idag saknas det nationella och regionala riktlinjer för hur organisationen av omhändertagandet vid trauma skall handläggas. Det finns olika acceptabla omhändertagandenivåer (Ribbe, 2013). Patient (2007) belyser i sin studie att utvecklingen av speciella traumacenter i USA har visat sig ha en gynnsam utgång för patienterna. I Stockholms läns landsting sker bedömning av traumanivån enligt följande traumakriterier. Trauma-ett är ett multitrauma med misstänkt skallskada. Trauma-två är ett multitrauma utan skallskada. Trauma-tre är patient som utsatts för högenergivåld men är opåverkad och har inga synliga yttre skador. I Stockholms läns landsting finns det ett traumacenter som är situerat på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Trauma ett och två skall omhändertas där. De resterande akutsjukhusen tar emot och vårdar patienter utifrån traumakriterie tre (Iselius, 2006).

### Regionala kriterier för traumalarm i Stockholms läns landsting

Då en patient efter trauma uppvisar något av följande symtom:

- Andningspåverkan
- Blodtrycksfall
- Sänkt medvetandegrad eller ryggmärgspåverkan

### Skadetyper

- Penetrerande skador av huvud, hals, bål, ovan armbåge eller knä
- Två eller flera frakturer av långa rörben
- Bäckfraktur orsakat av kraftigt våld
- Extrimitetsförlamning efter trauma
- Amputation ovan hand- eller fotled
- Kombination av trauma och brännskada eller nedkylning
- Kombination av trauma och drunkningstillbud
- Instabil bröstorg

### Skademekanismer

- Bilolyckor- avkörning/kollision över viss hastighet
  - 70km/h med bälte eller krockkudde
  - 50km/h utan bälte eller krockkudde
- Patienten har varit fastklämd eller fordonet har voltat
- Patienten har blivit utkastad ur fordonet eller dödsfall i samma fordon
- MC-olyckor
- Fotgängare eller cyklist som blivit påkörd av motorfordon
- Fall från hög höjd (>3meter)
- Klämskador mot bålen (Iselius, 2006).

### Advanced Trauma Life Support

ABCDE konceptet är en del av Advanced Trauma Life Support course (ATLS) som är en av de mest använda metoderna gällande strukturerat omhändertagande inom akutsjukvård (Hammond & Zimmermann, 2013). Många enheter som vårdar patienter som inkommer i samband med trauma använder sig av ATLS principen för att göra en snabb bedömning och hantering av patienten och eventuella skador. ATLS är en kurs kring initiala åtgärder för livshotande tillstånd, kursen är obligatorisk för läkare som på något vis kommer att vara involverade i det initiala traumaomhändertagandet. ATLS grundar sig på att genomföra rätt åtgärder i rätt ordning gällande bedömning och behandling av patienten. Genom att personalen arbetar utifrån ABCDE arbetar alla efter lika principer vid traumaomhändertagandet (Riddez, 2013). Ett välstrukturerat arbetssätt medför i sin tur snabba och effektiva åtgärder och insatser (Thim, Vinther, Lerkevang Grove, Rohde & Løfgren, 2012).

### ABCDE konceptet

ABCDE är en systematisk metod för att omedelbart assistera och behandla svårt sjuka och skadade patienter (Thim et al., 2012; Laskowski- Jones, 2009). A: airway, B: breathing, C: circulation, D: disability, E: exposure (Hammond & Zimmermann, 2013). Den gemensamma bedömningen och arbetet enligt ABCDE sparar traumateamet mycket värdefull tid och höjer prestationen. Genom att systematiskt arbeta sig från A-E kan även bidra till en ökad kvalitet på behandlingen. För teamet är det struktur i arbetet kring patienten och en viss säkerhet att rätt åtgärd görs vid rätt tillfälle (Thim et al., 2012; Patient, 2007).

### Bedömning enligt ABCDE

A: svarar patienten, har han/hon normal röst? Är luftvägen fri eller bara delvis fri? Läkaren tittar efter tecken till obstruktiv luftväg. Här stabiliseras halsryggen genom att placera en halskrage. B: kontrollerar andningsmönster, cyanos, trakeas läge, askultation av lungorna. C: kapillär återfyllnad och puls. Inspektera huden om det finns färgskiftningar, svettas patienten? Askultation av hjärtat samt blodtryck kontrolleras. D: neurologstatus, olika metoder och hjälpmedel för att kontrollera vakenheten hos patienten. Exempel på ett sådant hjälpmedel är Glasgow Coma Scale. E: personalen tittar efter tecken på kroppen av trauma, eventuella blödningar, nålstick eller utslag (Thim et al., 2012; Laskowski- Jones, 2009). F-I är det sekundära omhändertagandet. F: fullständiga vitalparametrar och familjens närvarande. G: god vård, exempelvis smärtlindring. H: historik och huvud-tå undersökning. I: inspekterar baksidan av patienten (Cambell et al., 2007).

### Utbildning och att träna omhändertagande i samband med trauma

Genom att utbilda och träna hälso- och sjukvårdspersonal i omhändertagande av svårt sjuka och skadade patienter ökar personalens självförtroende och oron kring omhändertagandet minskar (Thim et al., 2012). Emergency Nurses Association har utvecklat Trauma Nursing Core Course [TNCC] som bygger på standardiserad omvårdnad av traumapatienter. Kursen har funnit sedan 1986 och är en kurs där sjuksköterskor utbildas i ett standardiserat arbetssätt kring det initiala omhändertagandet och att arbeta tillsammans med andra yrkeskategorier i traumateamet. Sjuksköterskan lär sig att på ett snabbt och korrekt sätt ta hand om den skadade patienten. Genom att utbilda olika yrkeskategorier att ta hand om patienter som inkommer i samband med trauma kan morbiditet och mortalitet som är relaterat till traumat minskas. Övningar under kursens gång genomförs för att träna kommunikation och samverkan. Under kursen får sjuksköterskan möjlighet att lära sig att kombinera omvårdnaden med den information och

fakta han/hon har fått kring händelsen, samtidigt som respekt ges för individen och det den har drabbats av (Cambell et al., 2007).

Det är av vikt att personal får träna på omhändertagandet i form av simulerade tänkbara scenarion och efterlikna tänkbara skador samt omhändertagande (Kristiansen et al., 2010). Att personal får upprepade träningsstillfällen ger bättre teamarbete och bättre kommunikation (Miller, Crandall, Washington & McLaughlin, 2012). Steinmann et al. (2011) belyser att i deras studie sågs att efter att teamet fått träna syntes effektivare omhändertagande av patienter. Lika så menar Ahmadi et al. (2013) att deras studie visar på att efter träning ökar personalens skicklighet. Hägerstam, Lindkvist, Brulin, Jacobsson och Hultin (2013) beskriver att upprepade träningsstillfällen av traumaomhändertagande såsom kurser och upprepade övningstillfällen ger en gedigen styrka i omhändertagandet. Personal upplever även sig säkrare i omhändertagande av svårt skadade patienter efter genomgått upprepad träning. En studie av Capella et al. (2010) menar att genom att team får träna omhändertagande har visats höja effektiviteten vilket kan bidra till bättre resultaten för patienterna. Med mer träning arbetar teamet bättre vilket bidrog till tid från ankomst till akutmottagningen till datortomografi, ev intubering och operation var signifikant snabbare efter mer träning. Studien av Lamba, Nagurka, Offin och Scott (2015) beskriver att efter upprepad träning kan personalen uppleva mer trygghet, självförtroende och kunskap kring kommunikationssvårigheter som kan uppstå i samband med omhändertagande av svårt skadade patienter.

### **Omhändertagande på akutrum i samband med trauma**

Kännedom kring vilken mekanism som orsakat skadan kan hjälpa teamet att förutse vilken sorts eller kombinationer av skador som kan ha uppkommit (Laskowski- Jones, 2009). Tidig identifiering av skador är viktigt för den fortsatta vården för patienten (Thim et al., 2012). Första timmen efter skada är betydelsefull för patientens sjukdomstillstånd, även kallad "the golden hour" (Patient, 2007). Traumarelaterade skador kan leda till hypotermi, koagulopati och acidosis. Dessa följder kan ses som en ond cirkel- the lethal triad. The lethal triad är en term som används för att beskriva patienters dekomensation i akuta skeden vid blodförlust, som resulterar i hypotermi, koagulopati och acidosis. Därav är det viktigt att exempelvis tidigt hitta källan till blödningen, tidiga åtgärder för att minimera blodförluster, återställa vävnadsperfusionen och åstadkomma hemodynamisk stabilitet. Skador som kan uppkomma till följd av trauma kan variera utifrån allvarlighetsgrad och komplexitet, detta beroende på mekanismen av skadan (Crossan & Cole, 2013).

Många av patienterna som i samband med trauma inkommer till akutmottagningen med hjälp av ambulans har oftast fått på sig en nackkrage. Nackkragen sätts i annat fall på manuellt vid ankomst till akutmottagningen då misstanke om skada mot halsryggen finns. Nackkragen skall sitta på plats tills röntgen är genomförd och röntgensvar finns, patienten skall ligga på en bänk i planläge. Om patienten inte ligger i planläge används stockvändning och samtidigt stabilisering av halsryggen. Stockvändning utförs av personalen, ett stabilt och kontrollerat utförande där patienten blir vänd på ena sidan för att kontrollera eventuella skador och undersökas. Stockvändning utförs även i de fall där patienten ligger i planläge samtidigt som placering av spineboard eller trauma transfer sker. Trauma transfer används för total immobilisering (Cambell et al., 2007).



### Akutrum

Beroende på vilka riktlinjer som finns kring omhändertagandenivå på akutmottagningen avgör vilken utrustning som finns tillgänglig (Ribbe, 2013). Där traumakriterie ett och två omhändertas finns utrustning såsom röntgen samt ultraljud i direkt anslutning (Iselius, 2006). De akutrum där traumakriterie tre inkommer bör bland annat ha medicinsk utrustning och tillgång finnas för att säkra fri luftväg, tillgång till noll negativt blod, utrustning för thoraxdrän, extrimitetsstabilisering samt tillgång till datortomografi (Lennquist, 2007).

### Traumateam

För att optimera omhändertagandet av den svårt skadade patienten arbetar teamet standardiserat (Iselius, 2006). I traumateamet ingår olika specialiteter och professioner (Berlin & Carlström, 2007; Cole & Crichton, 2006). Alla medlemmar i teamet har sin speciella position där man arbetar med och kring patienten (Speck, Jones, Barg & McCunn, 2012). I Sverige består traumateamet exempelvis av en kirurg som är traumaledaren, ortoped, anestesilog, anestesijuksköterska, akutsjuksköterska ett och akutsjuksköterska två och undersköterska. Röntgenläkaren och röntgensjuksköterskan informeras direkt för att vara i beredskap. Traumateamets sammansättning skiljer sig mellan olika sjukhus (Lennquist, 2007). Traumateam är baserat utifrån ett organiserat koncept, att alla har kompetens för sina roller och arbetsuppgift kring och med patienten. Kännedom om såväl de andras som den egna rollen i traumateamet samt deras kunskaper och skicklighet ökar tryggheten i teamet (Berlin & Carlström, 2007; Cole & Crichton, 2006). Speck et al. (2012) beskriver att det allra viktigaste med omhändertagandet och omvårdnaden är att alla vet sin roll, vilket bidrar till att det blir ett bra teamarbete. Det behövs specialutbildade sjuksköterskor i traumateamet, organisationer behöver ha ett välfungerande specialist samt vältränat traumateam (Boyd, 2011).

Ett välfungerande team ses som en av de viktigaste komponenterna för en gynnsam utgång för patienten samt för att stärka och optimera utförandet (Berg, Acuna, Lee, Clark & Lippoldt, 2011). Mänskliga faktorer kan påverka teamets arbete med den skadade patienten. Det kan vara ineffektiv kommunikation mellan professioner eller strukturen i gruppen (Cole & Crichton, 2006).

### Kommunikation inom teamet

Kommunikation har visats sig vara en av de viktigaste aspekterna om teamet skall prestera väl under ett traumalarm. Brister i kommunikation kan resultera i ökad stress i en redan stressad situation vid omhändertagande av en skadad patient. Bristande kommunikation kan påverka teamets prestation negativt oavsett kompetens och tidigare erfarenheter hos medlemmarna i teamet (Cole & Crichton, 2006). Kommunikationen mellan personalen i teamet och beslutsfattandet i situationen har en viktig roll kring omhändertagandet av patienten (O'Reilly et al., 2013). I teamet krävs det att den verbala kommunikationen fungerar optimalt. Språkförbristningar, störande ljud och/eller moment är exempel på orsaker till att kommunikationen blir bristfällig. Utvecklingen av standardiserade metoder för kommunikation har utvecklats och studier visar på att användning av strukturerade kommunikationsverktyg minskar risker för missförstånd i samband med omhändertagande av patienter (Hägerstam et al., 2013). Användning av strukturerad kommunikation har visat sig vara av stor vikt vid exempelvis omhändertagande av stora trauman som kan upplevas komplexa för teamet att arbeta med (Berg et al., 2011). Information och kommunikationen skall ske på ett säkert vis, där av har utvecklingen av kommunikationsverktyg gjort. Ett sådant kommunikationsverktyg är SBAR som står för Situation, Bakgrund, Aktuell

bedömning, Rekommendation. Det är ett hjälpmedel för att minska risken för misstolkning i kommunikation (Öhrn, 2013).

Studien av Kristiansen et al. (2010) menar att det är viktigt att träna på kommunikation, ledarskap och att fatta beslut för att öka säkerheten och förbättras i sin roll. Teamet skall innefatta medlemmar med färdigheter och attityder som gynnar omhändertagandet av patienten. Det är viktigt att alla professioner vet sin och de andras roller. Rollerna skall vara tydliga så att alla vet vilka förväntningar som finns på respektive person i den uppkommande situationen på akutrummet (Berg et al., 2011).

### Sjuksköterskan på akutrummet

Sjuksköterskan skall arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet, arbetet skall utföras enligt de gällande författningar, lagar och förordningar som finns (Socialstyrelsen, 2005). Vidare ska sjuksköterskan vara uppmärksam på och ha förmåga att möta patientens sjukdomsupplevelse och dess lidande samt så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder. Inom bemötande, information och undervisning skall sjuksköterskan ha förmågan att kommunicera med patienten, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt vis. Sjuksköterskan skall ha förmåga att i en dialog med patienten eller dess närstående ge stöd för att möjliggöra så optimal delaktighet i vård och eventuell behandling. Sjuksköterskan skall förvissa sig om att patienten och/eller närstående har förstått den givna informationen. Till följd av att det är en snabb kunskapsutveckling ökar kraven på att förbättra kvalitén inom hälso- och sjukvården. Detta ställer krav på sjuksköterskans yrkeskunnande, både för dagens men även för framtidens behov (Socialstyrelsen, 2005).

I International Council of Nurses:s [ICN:s] etiska kod för sjuksköterskor berör sjuksköterskans förhållningssätt, att varje sjuksköterska innehar ett moraliskt ansvar i alla handlingar och bedömningar. Koden belyser fyra grundläggande ansvarsområden, dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan skall ha respekten för mänskliga rättigheter, inklusive kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val samt till värdigt bemötande. Sjuksköterskan har ett ansvar att patienten får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt. Detta så att patienten har tillräckligt med information för att kunna ge sitt samtycke eller att kunna välja att avstå eventuell medicinsk behandling (International Council of Nurses, 2012).

Sjuksköterskans ansvarsområde under traumalarvet är bedömning, åtgärder, utvärdering, samt kontroll av vitalparametrar. Att observera, värdera, dokumentera patientens psykiska och fysiska tillstånd. Sjuksköterskan förväntas kunna utföra omvårdnadsorienterade moment samt besitta en handlingsberedskap i samband med omhändertagande av en patient som inkommer i samband med trauma. Sjuksköterskans uppgifter innefattar att sköta medicin teknisk apparatur inom medicin och kirurgi, hantera defibrillatorn samt att administrera läkemedel (Cambell et al., 2007). Sjuksköterskan kan ställas inför möten med svårt skadade patienter. De behöver av denna anledning besitta kunskap kring mekanismen bakom skador och eventuella komplikationer som kan uppstå. Sjuksköterskan behöver ha kunskap om hur man hjälper och stöttar familjer under stress. Genom att sjuksköterskan tillgodoser patientens välbefinnande och möter personens i dess tänkbara lidande och sjukdomsupplevelse kan han/hon kanske skapa trygghet och patienten sätts i centrum (Ekman & Norberg, 2013; Patient, 2007).

Omhändertagandet skall ske med god omvårdnad, vilket innefattar sjuksköterskans uppmärksamhet och öppenhet i mötet med patienten. Genom att sjuksköterskan visar respekt för personens integritet och självbestämmande, kan bidra till att patienten kan uppleva tillit, hopp och mening (Ekman & Norberg, 2013).

### Omhändertagande

Det är av vikt att skapa en relation till patienten. Det är sjuksköterskan på traumalarmets uppgift att kontinuerligt informera patienten om vad som sker. Sjuksköterskan har en informerande uppgift (Cambell et al., 2007). Patienten har rätt till information om vilka insatser som görs och vilket resultat som kan förväntas (Svensk sjuksköterskeföreningen, 2014). Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) belyser att vården skall, om möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och att information skall ges. Utgången för patienten förbättras av tidig vård och rätt behandling av rätt utbildad personal (Cole & Crichton, 2006).

### **Personcentrerad omvårdnad**

Kvalitetsutveckling bedrivs kontinuerligt inom vården. Inom omvårdnad beskrivs sjuksköterskans sex kärnkompetenser som är följande: personcentrerad omvårdnad, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård samt informatik. Dessa sex kärnkompetenser är betydelsefulla för att uppnå en god och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Personcentrerad omvårdnad är när patienten ses som en expert och bemöts som en jämlike. Patienten är expert på sig själv och sin sjukdomsbild. Genom att lyssna på vad patienten uppger kan man finna möjligheter och resurser till och i vården. Personcentrerad vård bygger på ömsesidig respekt och en förståelse för personens självkänsla och vilja. Sjuksköterskan skall respektera patienten och dess rättighet till självbestämmande (Ekman & Norberg, 2013). Det är när hälso- och sjukvårdspersonal har en personcentrerat tillvägagångssätt i omhändertagandet. Patientens synsätt på hans/hennes livssituation och tillstånd är utgångspunkten i omvårdnaden. Personcentrerad vård är en nyckelkomponent i effektiv omvårdnad (Ekman et al., 2011). Genom personcentrerad vård blir vården även säkrare då patienten är insatt i och om sitt sjukdomstillstånd (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Kontakt och engagemang från personalen är en viktig del av bemötandet. Den första kontakten som patienten får med personalen är av stor betydelse och kan komma att prägla patientens mottaglighet för omvårdnad senare under vårdtiden. Exempel på detta kan vara att personalen befinner sig i samma ögonhöjd så att patienten ser dem. Även att personalen ger uppmärksamhet och uppträda lugnt och stabilt i ögonkontakten gentemot patienten kan bidra till positiva aspekter i omvårdnaden. Om personalen uppvisar oro leder detta till ökad stress och osäkerhet hos patienten (Bergh M. Johannesson, 2007).

### **Säker vård**

Kärnkompetensen säker vård innefattar att skydda patienten från vårdrelaterade skador. Personer som är i behov av vård och omvårdnad skall inte behöva riskera att drabbas av en vårdrelaterad skada på grund av misstag som kan undvikas (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Hälso- och sjukvårdspersonal skall enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010: 659) handla utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskan ansvarar för att tillämpa evidensbaserad omvårdnad. I omvårdnaden är det en dialog och aktivt deltagande från patienten och dess närstående av vikt för att sjuksköterskan skall kunna förklara och

förmedla kring den vård som sker. En vårdrelaterad skada kan undvikas om rätt rutiner och riktlinjer följs, om rätt metod eller teknik används och om omhändertagandet sker på rätt sätt och med rätt kompetens (Öhrn, 2013). Genom att bidra till att patienten blir delaktig ökar säkerheten i vården, då patienten är insatt i sitt sjukdomstillstånd (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Specialistutbildade sjuksköterskors roll är central inom arbetet kring patientsäkerheten (Öhrn, 2013).

## **Patientens upplevelser vid traumavård**

### Psykologiska aspekter vid trauma

Omhändertagandet av svårt skadade patienter kräver snabba och effektiva insatser. Det kräver även ett gott psykologiskt omhändertagande. Patienten kan ha upplevt traumatiska händelser, har eventuellt kroppsliga skador och kan ha utsatts för psykisk påfrestning vilket är av vikt att personalen har i åtanke när omvårdnad utförs. Det kan även vara mycket viktigt att beakta att det finns ett behov av att informera patienten under hela det akuta omhändertagandet. Informationen som ges kan komma att behöva upprepas vid flertalet tillfällen, detta då en patient är i en unik situation och kan uppleva stress. Av den anledningen behöver patienten få kontinuerlig information kring vad som händer och kommer att hända (Bergh M. Johannesson, 2007).

Patienten kan uppleva obehag och smärta i samband med omhändertagandet. Att behöva blotta sin kropp framför ett antal främmande människor under en kritisk och potentiellt skrämmande situation. Denna utsatta situation kan påverka patienten känslomässigt och kognitivt samt upplevas som stötande och gränsöverskridande (Jastrup, 2013). En studie av Berben et al. (2008) tyder på att flera patienter som vårdas i samband med trauma kan uppleva smärta, delvis relaterat till skador från själva traumat men även utav bandage, fixeringar, spjälor, halskrage etc. Studien belyser även att flertalet patienter upplever att sjukvårdspersonal inte utvärderar den farmakologiska behandling som givits.

Till följd av en skada kan patienter ha minnen av att tappat kontrollen över situationen, uppleva smärta och stress av att vara beroende av andra (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008). Patienter som varit med om ett trauma och skall bli undersökta kan ha ett beteende som snabbt förändras, bland annat beroende på skadan som orsakar förändrat beteende exempelvis aggressivitet. Patienter kan även uppleva frustration över omhändertagandet och där av att agera aggressivt (Freeman, Fothergill- Bourbonnais & Rashotte, 2014).

Ett stort antal patienter upplever en utsatthet, genom att vara utelämnad till andra människor i samband med omhändertagande vid trauma. Upplevelsen kan vara förlust av den egna autonomin, eget oberoende och till och med den egna identiteten. En av de vanligaste känslorna i det akuta skedet är en misstro till att situationen är verklig. Patienten kan befinna sig i ett chocktillstånd och då behövs varsamhet, medmänsklighet, trygghets skapande och omtanke i omvårdnaden (Bergh M. Johannesson, 2007).

### Upplevelser

En upplevelse är någonting som har en början och ett slut. Ett totalt emotionellt, psykiskt och intellektuellt samt spirituellt engagemang. Sinnen som: syn, hörsel, känsel, smak och lukt bidrar till upplevelsen (Mossberg, 2003). En upplevelse är en omedelbar och relativt isolerad händelse som skapar intryck och representerar ett visst värde för individen kring en specifik situation (Boswijk, Thjissen & Peelen, 2007).

## **Problemformulering**

Traumaomhändertagandet på akutmottagningen sker utifrån ett standardiserat arbetssätt för att optimera omhändertagandet men även för att arbeta effektivt och patientsäkert.

Omhändertagandet på akutrummet kan upplevas som obehaglig och upplevelsen kan vara känslomässigt ansträngande för patienten. Exempelvis genom att få sina kläder uppklippta och upplevelsen av att identiteten förloras och att tappa kontroll. Det är av betydelse att sjuksköterskan i traumateamet kan bistå med information och försöka skapa förutsättningar som gör att patienten upplever sig trygg och delaktig i vad som sker. Vården bör utformas utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, patienten skall sättas i centrum och att personal arbetar för en säker vård.

Tidigare utförda studier inom området beskriver att patienter upplever sig fått vaga svar angående vad som skedde. Fortsatta kunskapsluckor inom området finns och det är av vikt att beskriva hur patienter upplever omhändertagandet på akutrummet i samband med trauma.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma.

## **METOD**

Studien var en kvalitativ deskriptiv intervjustudie. Enligt Polit och Beck (2012) används den kvalitativa metoden för att kunna få ta del av personers uppfattningar, erfarenheter och upplevelser kring ett fenomen. Detta då metoden kunde besvara uppsatt syfte som var att beskriva patienternas upplevelse av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma. En kvalitativ intervjustudie kan bidra till förståelse och utökad kunskap kring forskningspersonens upplevelser och erfarenheter av den upplevda situationen. Genom intervjuer inhämtas kunskap om andras känslor (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuer är en av de vanligaste metoderna för att samla in kvalitativa data (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

## **Ansats**

En kvalitativ deskriptiv studie med induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer var att föredra då forskaren kunde säkerställa att vissa specifika delar av ämnet togs upp under intervjun (Polit & Beck, 2012). Induktiv ansats innebär att arbeta teorilöst, att författaren inte hade någon hypotes vid analysen av texten som bygger på personers upplevelser (Lundman & Graneheim, 2012).

## **Design**

En intervjustudie med semistrukturerade frågor genomfördes.

## **Urval**

### Urvalsmetod

Urvalet skedde på en akutmottagning i Stockholmsregionen. Ett icke-slumpmässigt bekvämlighetsurval i enlighet med Patton (2001) tillämpades utifrån författarens möjlighet att finna informanter och genomföra intervjuer inom studiens tidsram.

### Inklusions- och exklusionskriterier

De patienter som vårdats i samband med trauma på akutrummet, var över 18 år samt förstod och talade det svenska språket inkluderades. De patienter som författaren till studien själv hade vårdat på akutrummet eller på akutmottagningen exkluderades från studien. Vidare exkluderades även de patienter som inte hade möjlighet att komma till sjukhuset och medverka vid en intervju.

## **Genomförande**

### Datainsamling

Datainsamling skedde genom individuella semistrukturerade intervjuer med patienter som vårdats i samband med trauma. Datainsamlingen utfördes under perioden december 2014 till februari 2015. Författaren kontaktade patienten per telefon inom två dagar efter besöket på akutmottagningen. Information kring studien gavs och inbokning av intervjun gjordes samt genomfördes inom de kommande tre veckorna.

### Information till verksamhetschef

Inför studien fick författaren ett muntligt godkännande av ansvarig verksamhetschef. Därefter skickades ett informationsbrev med beskrivning av studien, dess upplägg och genomförande samt ett dokument att signera sitt medgivande till att studien får genomföras (Bilaga 1).

### Information på författarens arbetsplats

Författaren till studien gav muntlig och skriftlig information (Bilaga 2) till sina kollegor på akutmottagningen om studien under uppstart av arbetspass och under utbildningstillfällen. Skriftlig information om studien skickades med i veckobrev, detta för att försöka säkerställa att urvalet skedde utifrån de uppsatta inklusion och exklusionskriterierna. Informationen till kollegorna gavs då författaren behövde hjälp med att tillfråga deltagarna som uppfyllde uppsatta inklusionskriterier då författaren inte var på plats och själv kunde informera patienten om studien.

### Forskningspersonsinformation och informerat samtycke

Patienter som vårdats i samband med trauma tillfrågades och erhöll muntlig och skriftlig information i form av en forskningspersonsinformation innan utskrivning från akutmottagningen eller transport upp till vårdavdelning (Bilaga 3). Informationen gavs av författaren till studien alternativt av dennes kollegor. Detta berodde på om författaren var i tjänst i samband med hemskrivning från akutmottagningen eller innan transport upp till vårdavdelning. Patienterna fick ett kuvert med information kring studiens innehåll och upplägg samt kontaktuppgifter till författaren. De tillfrågades om att lämna ett telefonnummer så att författaren kunde ringa upp och tillfråga om deltagande i studien inom två dagar. Om de tackade ja till deltagandet planerades det in en tid för intervjun som passade informanterna att komma till sjukhuset och genomföra intervjun inom tre veckor. Kvale och Brinkmann (2014) belyser att det är av stor vikt att skapa en god första kontakt,

så att personen känner sig bekväm och säker i situationen. Författaren till studien försökte vara på plats och vara den som presenterar studien för patienten.

### Intervjuguide

Den första frågan i intervjuguiden som utvecklades av författaren till studien (Bilaga 4) var öppen och bred för att inte styra informanten (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). När intervjuguiden utformades undveks frågor som kunde besvaras med ja eller nej, detta enligt Polit och Beck (2012) bidrar till att ett mer detaljrikt resultat. Efter att pilotintervjun genomförts reviderades intervjuguiden då författaren ville förtydliga och lade till frågan ” Berätta om hur du upplevde situationen på akutrummet, det sätt på vilket du blev informerad kring det som hände med dig”. Detta då författaren ville bredda frågorna för att få så djupa svar som möjligt, ett förtydligande efter att pilotintervjun genomförts.

### Intervjuer

Sex intervjuer genomfördes, varav en var pilotintervjun. Då pilotintervjun besvarade det uppsatta syftet inkluderades pilotintervjun i datainsamlingen. Intervjuerna ljudupptogs med hjälp av en digital diktafon för att senare skrivas ut. En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuteknik, utrustning och intervjuguide (Bilaga 4). Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att en pilotintervju kan vara till nytta för de resterande intervjuernas kvalitet. Författaren fick använda intervjuguiden och se om den genererade data som besvarade det uppsatta syftet. Samtliga intervjuer inleddes med en information gällande vad omhändertagande och omvårdnad hade för betydelse i studien. I denna studie vävdes omhändertagande och omvårdnad ihop, det var alla delar av vad som skedde inne på akutrummet som var av vikt att veta. I detta ingick exempelvis undersökningar, bemötande, information och kommunikation.

Intervjuerna genomfördes i ett ostört rum som fanns i anslutning till akutmottagningen på det sjukhus där studien genomfördes. Detta rum bokades av författaren innan för att se till så att intervjun kunde hållas på avtalad tid men även med hänsyn av att intervjuerna skulle ske på en tyst och lugn plats för att minimera risken för avbrott vilket stöds av Polit och Beck (2012). Genom att författaren försöker skapa en lugn atmosfär kan ha bidragit till att deltagaren ville dela med sig av sin erfarenhet och känslor. Detta kunde även bidra till att deltagaren upplevde mindre stress kring situationen av att bli intervjuad (Kvale & Brinkmann, 2014). Enligt Polit och Beck (2012) var en av författarens uppgift att bidra till att deltagaren kände att den kunde tala fritt och kände sig trygg i situationen. Även uppgiften att skapa tillit så att deltagaren kunde ge så rik information och illustrerade det som studerades på bästa möjliga vis.

## **Databearbetning**

### Transkribering

Intervjuerna transkriberades ordagrant och därefter lyssnades samtliga intervjuer igenom ett flertal gånger för att säkerställa att transkriberingen var korrekta. Samtliga transkriberingar utfördes av författaren till studien.

### Analys

Analysen inleddes med att författaren lyssnade igenom intervjuerna flertalet gånger för att förstå texten och lära känna texten. Insamlad data analyserades med kvalitativ latent innehållsanalys. Under analysen valde författaren att arbeta textnära i sin tolkning. Polit och Beck (2012) menar att innehållsanalys är en process av organisering av materialet.

Innehållsanalys är att tolka och granska texter, hitta skillnader och likheter (Lundman & Graneheim, 2012). Innehållsanalys används ofta inom omvårdnadsstudier, en metod när författaren vill analysera skriven, muntligt eller visuell kommunikation. Det utvecklar en förståelse för meningen i kommunikationen (Elo & Kyngäs, 2008). Analysen används för att granska samt tolka texter, exempelvis utskrivna texter av ljudinspelade intervjuer, dagböcker, videoinspelningar med flera (Lundman & Graneheim, 2012).

Innehållsanalys är ett systematiskt tillvägagångssätt där man kodar och kategoriserar data för att hitta mönster, trender och strukturer. Det sker genom att bryta ner texten till relativt små enheter för att hitta den beskrivande delen (Vaismoradi, Turunen & Bondas, 2013). Författaren läste igenom materialet ett flertal gånger inför analysen. Analysen innehåller tre faser förberedelser, organisering och rapportering. Idag används innehållsanalys bland annat i kommunikation, journalistik, sociologi, psykologi och business, det har under de senaste decennierna kommit till att användas mer och mer. Genom innehållsanalys är det möjligt att utskilja ord till färre relaterade kategorier, klassificerar dem i kategorier, ord och fraser. Målet är att centrera och ge en bred beskrivning av fenomenet. Resultatet av analysen är begrepp eller kategorier som beskriver fenomenet (Elo & Kyngäs, 2008).

En text har alltid flera meningar och det finns alltså en viss grad av tolkning när författare arbetar med den. I analysen finns de betydande meningsenheter, det kan vara ord, meningar eller stycken som innehåller likheter till varandra genom sitt innehåll och sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004).

#### Meningsenheter, kondensering, koder, subteman, tema och övergripande tema

I en innehållsanalys kan följande ingå: domän, meningsenheter, kondensering, koder, subteman, teman och övergripande tema. Domän är en del av texten som berör ett speciellt område och som ger en överskådlig struktur. Meningsenhet är ord, meningar eller stycken av en text som hör ihop av dess innehåll. Kondensering innebär att texten görs lättläslig och hanterbar, samtidigt som innehållet i texten bevaras (Lundman & Graneheim, 2012). Kondensering är en process av att korta ner meningsbärande enheter men bevarar själva meningen. En form av text efter kondensering benämns aggregering eller abstraktion, att avskilja någonting (Graneheim & Lundman, 2004). Abstraheringen av den kondenserade texten sker genom kodning. Koderna placeras ihop till subteman och teman. En kod är en etikett som beskriver innehållet (Lundman & Graneheim, 2012). En kod kan bidra till att synen på datan blir ny eller annorlunda sätt, vilket kan ge en förståelse till sammanhanget i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Teman är när flera koder med liknande innehåll sätts ihop (Lundman & Graneheim, 2012). Ett tema är själva kärnan i kvalitativ innehållsanalys. Ett tema är en del av innehållet som delar en gemenskap. Det är inte alltid möjligt att skapa ett gemensamt unikt tema när en text belyser upplevelser. Ett tema kan identifieras genom en röd tråd av koder. Den inkluderar ofta flera subteman och/eller flera sub subteman. Teman har flera betydelser, att skapa teman är ett sätt att länka den underliggande meningen. Teman är likheter av meningar som återkommer, en tråd av underliggande meningar som genom kondensering, koder eller teman platsar (Graneheim & Lundman, 2004).

Analysen resulterade i fem subteman, två teman med ett övergripande tema. Detta beskriver patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma. I tabell I och II presenteras kontext och analysprocessen.



Tabell I: Översikt för subtema/tema/övergripande tema.

Subtema	Tema	Övergripande tema
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Upplevelser av kommunikation</li> <li>- Emotionella upplevelser</li> <li>- Fysiska upplevelser</li> <li>- Grad av delaktighet</li> <li>- Personalens bemötande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Att vara patient på akutrum</li> <li>- Att vara delaktig och upplevelser av bemötande</li> </ul>	<p>Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma</p>

Tabell II: Exempel gällande analysprocessen i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

Meningsbärande enhet (MB)	Kondenserad MB	Kod	Subtema	Tema	Övergripande tema
När någonting skulle göras så sa de det. Så jag visste vad som skulle göras, ingenting kom som en överraskning. Det var klart och tydligt.	När någonting skulle göras sa de till. Så att jag visste vad som skulle göras, ingenting kom som en överraskning. Klart och tydligt.	Ingenting kom som en överraskning	Upplevelser av kommunikation	Att vara patient på akutrum	Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma
Det är nog själva situationen som är ganska märklig, kändes som att det var på låtsas.	Det är själva situationen som är märklig, kändes som att det var på låtsas.	Var på låtsas	Emotionella upplevelser	Att vara patient på akutrum	Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma
Undersökningen var väldigt obehaglig, chocken av hela situationen och att vara väldigt orörlig.	Undersökningen var väldigt obehaglig, chocken av situationen och att vara orörlig.	Undersökningen var obehaglig	Fysiska upplevelser	Att vara patient på akutrum	Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma
Jag skulle jättegärna vilja ha en spegel, en sådan som man hänger upp som en 360-graders spegel, så att man ser runt överallt vad som händer. För man känner verkligen av att ligga och titta i taket när de gör saker runt omkring en, det	Jag skulle vilja ha en spegel, en 360 graders spegel, så att man ser runt överallt vad som händer. Känner av att ligga och titta i taket när de gör saker runt omkring en, speciellt. Det är tråkigt och man blir nyfiken. Vill veta vad som sker.	Att vilja veta	Grad av delaktighet	Att vara delaktig och upplevelser av bemötande	Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma

är lite speciellt. Det är tråkigt, man blir nyfiken och vill veta vad som sker.					
Sedan var det en sjuksköterska och en undersköterska tror jag, de tog kontroller och förklarade vad de skulle göra och varför och vad väldigt välinformerande och tillmötesgående och trevliga.	Det var en sjuksköterska och undersköterska som tog kontroller tror jag. De förklarade vad de skulle göra och varför. Välinformerande, tillmötesgående och trevliga.	Tillmötesgående och trevliga	Personalens bemötande	Att vara delaktig och upplevelser av bemötande	Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma

## Forskningsetiska övervägande

De fyra etiska principerna för att uppnå god forskningsetik följdes. Dessa var informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, u.å.). Verksamhetschefen på den akutmottagning vars sjukhus studien utfördes på tillfrågades om samtycke innan studien påbörjades. Detta skedde skriftligt, där studiens syfte, upplägg och innehåll presenteras (Bilaga 1). Deltagarna i studien fick även de denna information muntligt och skriftligt och de fick skriftligt lämna sitt samtycke till att delta i studien (Bilaga 3) enligt Polit och Beck (2012). Det informerande samtycket till deltagandet innehöll studiens syfte, upplägg och genomförande. Information om att det var frivilligt att delta samt att när som helst under studiens gång ha rätt att dra sig ur utan att behöva förklara varför. Information gavs även angående att ett avbrytande inte hade någon inverkan på följande vård för patienten (Vetenskapsrådet, u.å.). Muntlig information kring studien gavs av författaren själv eller dess kollegor, detta innan patienten lämnade akutmottagningen. Insamlat material användes enbart i studien och inte i något kommersiellt bruk. Inga personuppgifter som kan kopplas till deltagarna medförs i studien. Personuppgifterna användas inte i några andra icke-vetenskapliga syften än till denna studie (Vetenskapsrådet, u.å.). Då medverkande i studien kanske kunde väcka många känslor hos deltagaren gav författaren kontaktuppgifter till akutmottagningens kuratorn. Det är enbart författaren och dess handledare som haft tillgång till materialet. Allt inhämtat material kommer att förstöras då studien godkänns.

## RESULTAT

Patienterna berättade om sina upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma. Deras upplevelser gav en beskrivning av det som studerades. Resultatet presenteras i form av två teman: Att vara patient på akutrum och Att vara delaktig och upplevelser av bemötande. Siffran som anges inom parentes efter varje citat är en siffra för varje informant, detta har skrivits med för att redovisa att resultat inkluderats från alla informanter som deltagit i studien.

## Att vara patient på akutrum

Teamat presenteras med tre subteman: Upplevelser av kommunikation, Emotionella upplevelser och Fysiska upplevelser.

### Upplevelser av kommunikation

Omhändertagandet på akutrummet väckte flera tankar hos informanterna kring hur personalen kommunicerade med varandra men även kommunikationen gentemot informanterna. Flera uppgav att kontinuerlig information gavs om vad som hände och vad som skulle göras. Ingenting kom som en överraskning, utan informationen var klar och tydlig. Upplevelser om att det var en ur personalen som skötte den mesta kommunikationen gentemot en kring vad som pågick.

*När någonting skulle göras så sa de det. Så jag visste vad som skulle göras, ingenting kom som en överraskning. Det var klart och tydligt. (2)*

*En som stod vid huvudet pratade mycket med mig, förklarade vad man gjorde. (6)*

De informanter som upplevde att kontinuerlig information gavs menade att den gavs på ett lugnt och tydligt sätt, utan medicinska termer eller svårbegripliga ord. Det upplevdes att det var självklart att det då och då sades saker i mun på varandra eller att någon fråga upprepades. Detta troddes vara för att allt skedde så snabbt. Upplevelsen av att det skedde många saker samtidigt med en samt att det kunde upplevas som att det blev lite mycket från alla håll.

En informant uppgav att informationsbehovet är otroligt individuellt, att ibland kan det bli förmycket information vilket istället kan leda till orolighet. Det behövs en lagom nivå på hur mycket information som ges. Vikten av att den personal som tar hand om patienten känner av kring vad de ska säga och när.

*Jag tycker att informationen var bra. Men samtidigt är jag en sådan som inte vill veta förmycket heller. För då ligger jag bara och är nojig. (4)*

*Jag måste nog säga att, asså jag tror inte att det behövs någon information egentligen. I varje fall inte som jag upplevde det, jag tyckte att alla såg så säkra ut i vad de gjorde. (3)*

Till skillnad var att en informant upplevde att information uteblev. Upplevelsen av att personalen inte informerade om vad de gjorde och varför, inte heller kring vad som skulle ske. Detta upplevdes bidra till mer oro och frustration kring situationen.

*Jag fick ingen direkt information om vad som hände eller varför man gjorde någonting. (1)*

Det framkom att informanter upplevde att ögonkontakt inte fanns med när personalen tilltalade en. Färre positiva känslor uppkom då informanter inte såg vem det var som talade till en. En informant uppgav att det kanske kunde bero på att personalen var så laddad av att arbeta och hade ett adrenalinpåslag att de inte tänkte på att de inte pratade så att som patient såg vem det var. Upplevelser såsom frustration uppkom av att inte få ha

ögonkontakt med personalen som var runt omkring en. Detta kunde vara en bidragande faktor till att som patient bli irriterad och frustrerad. Frustrationen hos patienten kunde kanske uppfattas som att patienten blev aggressiv. Detta hade kanske kunnat gå att undvika genom att personalen vid något tillfälle tagit några steg uppåt så att ögonkontakt hade kunnat ske för en kort stund.

*Personalen har någon form av adrenalinpåslag själva liksom. Så de tänker inte på att de måste ta två steg till för att komma upp till mina ögon. Men jag förstod ju, de pratade ju med mig. Men eftersom jag aldrig fick någon ögonkontakt med någon så då var det lika bra för mig att blunda liksom. Man behöver liksom få ögonkontakt och jag vet inte vad jag skall kalla det. Man behöver få förståelsen lite kanske. (1)*

*När de pratade med mig så pratade de inte med mina ögon. Jag såg aldrig någon som pratade med mig. Så det var såhär jag tänkte att du är inte ens vid mina ögon så jag skiter i att svara bara. jag blir bara frustrerad och irriterad. (1)*

Andra informanter uppgav att känslor fanns att personalen hela tiden pratade emot en men utan ögonkontakt. Att personalen alltid var vänd mot en och inte stod eller talade med ryggen vänd. Upplevelsen fanns att som patient alltid vara i centrum och bli omhändertagen. Några informanter uppgav att dialogen fanns även om personalen inte syntes i ögonvrån.

*De tittade ju inte mig i ansiktet när de pratade, men de pratade mot mig. Så det var ju ingen som var vänd ifrån mig eller någonting sådant där, utan alla var med ansiktet mot mig det märkte jag. (3)*

*De pratade inte om mig, utan med mig. (5)*

### Emotionella upplevelser

Att vårdats på ett akutrum väckte olika känslor hos informanterna. Både en känsla av trygghet och oro blandad med stress. Tryggheten fanns genom att det var flera som tog hand om en. En informant uttryckte även att personalens närvaro bidrog till att lugn skapades och att det var någon som såg till att allt gick rätt till, då skapades och förstärktes en känsla av trygghet. Även hur personalen arbetade bidrog till trygghetskänslan.

*Det kanske är någonting som jag inte känner utan det kommer efteråt. Samtidigt som jag blev lite orolig så kände jag mig lugnande av att det var så många som tog hand om mig och såg till att ja det blev kanske rätt. (2)*

*Fick nackkragen på och det kom som en chock faktiskt. Att det var allvarligare än vad jag trott. (4)*

En informant uppgav att det var en stressad känsla under omhändertagandet, då speciellt under undersökningen av ryggen av att inte missa att säga till vart det gjorde ont när läkaren undersökte. Patienten var fullt koncentrerad på situationen, då den uppfattades som allvarlig, men även för att det fanns tankar kring risken att vara allvarligt skadad.

*Det gick ganska snabbt. Försökte koncentrera mig på att känna efter och svara när han tryckte. Lite stressande av att inte missa att svara. Situationen och sedan att kanske vara skadad. (5)*

Känslor kring att ligga på en brits och både bli omhändertagen och undersökt av flera människor gav en blandad uppfattning, både att det var otäckt och obehagligt men även att det hade en lugnande inverkan. En informant uppgav även att det upplevdes som lite otäckt att bli placerad på en brits och undersökt utav flera personer. Situationen var ny och upplevdes märklig.

*Det är nog själva situationen som är ganska märkligt, kändes som att det var på låtsas. (1)*

*... och då vände de mig långsamt, det var sjuksköterskan som jag pratade mycket med som hade kommandot. Så de vände upp mig på sidan, och så tröck läkaren nerifrån svanskotan upp. Märklig situation, väldigt konstig egentligen. (4)*

Under omhändertagandet avlägsnades skor och kläder. Avlägsnandet av kläderna upplevdes av några informanter som en självklarhet och inga konstigheter eller funderingar. Tankar hos informanterna uppstod kring att det var moment i situationen som vad tvungna att genomföras. För andra informanter var det några funderingar kring varför ens kläder togs av. Informanter uppgav att filtarna lades över en väldigt snabbt för att inte behövde frysa samt för att täcka ens kropp.

*De tog av mig kläderna, men jag vet nog inte riktigt varför. Det blev ganska kallt men jag fick filtarna på mig ganska snabbt för att inte frysa och för att täcka. Man skulle ligga stilla och inte hjälpa till. (5)*

*Jag fick filt på mig på en gång. Så det var, jag behövde aldrig känna mig naken på något sätt. (2)*

Det var blandade känslor av att inte få hjälpa till själv utan att andra klippte upp ens kläder. Flertalet känslor kring att inte få resa sig upp och plocka av kläderna själva uppstod. En informant uppgav att det blev en upplevelse om att man kände sig utlämnad.

*Jag fick ju inte hjälpa till själv på något sätt. De klippte upp mina byxor, hon som stod vid huvudet förklarade varför. Lite märklig känsla att ligga där blottad, kalsongerna var kvar men man kände sig lite utlämnad. (6)*

Skrämmande känslor uppstod kring att ligga fastspänd på en spinebord och bli överflyttad med hjälp av flertalet personer. Några informanter uppgav att tankarna handlade om hur det skulle gå till när man låg fastspänd och inte kunde hjälpa till på något vis. Hur flera personer skulle klara av att förflytta en på ett säkert sätt utan att tillföra några mer skador och eventuell smärta.

*Jag tänkte att om de drar för lite så kanske jag hamnar på golvet, men då var det säkert att jag är ändå fast på den här ryggbrädan. Så jag tänkte att då ramlar väl hela jag på golvet istället. (1)*

### Fysiska upplevelser

Moment som personalen utförde upplevde flera informanter som inövade och att det skedde med rutin. Ett inarbetat arbete som medförde en känsla av säkerhet och smidighet i omhändertagandet. Själva undersökningarna som genomfördes var det delade upplevelser kring. En informant upplevde att det var obehagligt att bli undersökt.

*Det kändes som att det var inarbetat. På tre så gjorde alla liksom en grej och man hängde med bra, ingen liksom drog eller slet eller någonting mer än någon annan så att säga. Det var precis som om de skulle ha tippat brädan som jag låg på nästan. Så det tyckte jag, jag upplevde det som rutin, man visste vad man håller på med. (3)*

*Undersökningen var väldigt obehagligt, chocken av hela situationen och att vara väldigt orörlig. (6)*

Det framkom att flera informanter upplevde obehag av nackkragen samt att den orsakade smärta. En informant uppgav att smärtan från nackkragen bidrog till mer smärta än någonting annat, så personalen fick sätta om den ganska omgående. Det var delade upplevelser kring hur nackkragen satt och varför den skulle sitta på. Även att det var svårt att koppla av när personalen sagt till en att inte hjälpa till i de olika momenten.

*...ont av nackgrejen, tjejen insåg att den gjorde ont och satte om den. Det var en som tog tag i mitt huvud och så var det någon annan som tog bort den och ställde om och sädär. Mer än det vet inte jag. Men den fortsatte att göra ont. De har inte sagt någonting om hur den skall sitta eller, de frågade inte mig om den satt bra eller så... je ne sais pas. (1)*

*De förvarnade mig att nu kommer vi sätta på en krage, att det kommer att kännas väldigt stelt och sådär, kanske kommer att trycka men det är bara för att stadga huvudet. Man visste att man inte kommer kunna röra på huvudet och så så är det bara att gilla läget. Den var ju inte jättebekvämt. (2)*

Omständigheter så som exempelvis blod från sårskador i ansiktet var en bidragande orsak till att nackkragen upplevdes mer obekvämt. Genom att det var kletigt i ansiktet och runt om på huvudet samtidigt som personalen gav en förklaring till varför den skulle sitta kvar på plats upplevdes jobbigt.

*Jag ville gärna ta bort den, den var verkligen inte bekväm. Kändes kletigt i ansiktet och runt om överallt, det var blod överallt. (6)*

Omhändertagandet upplevdes genomföras smidigt och i ett högt tempo. Det höga arbetstempot bidrog kanske till att informanterna inte uppfattade allt som skedde runt omkring. Några informanter uppgav att de hade remmar överallt, att de blev fastspända på en ryggbräda och tillsagda att inte röra sig. Dessa åtgärder var försiktighetsåtgärder för att minska risken för att förvärra ens eventuella skada. En informant uppgav att det upplevdes obehagligt i början att ligga fastspänd, men att kunskapen kring varför bidrog till att det blev lättare. Den personal som arbetade kring patienterna uppfattades som ett team. Många beskrev händelsen av att stockvändas som ett moment där det var teamwork och inövad vana på vad som skedde.

*Innan de satte fast alla remmar så vred de upp mig på sidan som ett team och alla höll i olika delar av min kropp så att jag inte gjorde någonting. De talade om att jag skulle vara avslappnad. Sedan kollade man ryggen och ner, bäcken och klämde på magen. Sedan spände de fast mig. Kollade att jag kunde röra på fötterna och tår. Jag litade på vad de gjorde, kanske hör ihop med att jag kände mig jättebra omhändertagen. (2)*

*...blev tillsagd att varken röra nacken och vara försiktig med i alla rörelser och sådär. Så att, sedan hjälpte man mig ner, jag fick inte ens lägga mig själv på..på britsen så att säga. Utan att man höll i rygg och huvud och sådant där. Försiktighetsgrande blev så hög i rörelserna. (3)*

*De vände mig på sidan, en höll i huvudet och pratade med mig hela tiden. Hon höll inte för mina öron för att jag skulle höra vad de sa. Konstig känsla, jag är ganska lång och stor. De räknade och så vände de mig, teamwork. Det skedde samtidigt och smidigt. Verkligen teamwork. (6)*

*De vred upp mig på sidan och kände på kotor, det var stabilt gjort, fem stycken tror jag att det var som gjorde det. (4)*

### **Att vara delaktig och upplevelser av bemötande**

Att vara delaktig och upplevelser av bemötande presenterad med två subteman: Grad av delaktighet och Personalens bemötande.

#### Grad av delaktighet

Flera informanter upplevde att situationen på akutrummet kändes allvarlig. Olika moment utfördes med en snabbhet, kontinuerligt avlösande händelser. Detta bidrog till att det var svårt att följa allt som gjordes. Även nyfikenhet och en känsla av att vilja se vad som gjordes med en uppstod. Delaktighet lyftes även kring att personalen gav information om vad som gjordes, exempelvis att kläder avlägsnades eller att en perifier venkateter lades in och blodprover togs ville flera informanter se vad som gjordes. Utrustning så som nackkrage och spinebord var utrustnings som bidrog till att det var svårt att se.

*Jag skulle jättegärna vilja ha en spegel, en sådan som man hänger upp som en 360-graders spegel, så att man ser runt överallt vad som händer. För man känner verkligen av att ligga och titta i taket när de gör saker runt omkring en, det är lite tråkigt, man blir nyfiken och vill veta vad som sker. (4)*

Upplevelsen av att som patient vara delaktig i omhändertagandet uppkom. Delaktighet genom att personalen uppfattades som engagerade och frågar hur det känns kring och under undersökningarna. Informanterna uppgav även att de upplevde att det de sade togs på allvar. Detta bidrog till att som patient uppleva en säkerhet att ingenting skulle glömmas bort. Även om alla moment utförs på rutin upplevdes att som patient vara i centrum i det som sker. Oro som kanske fanns kring situationen blandades med lugn och av att bli delaktig i det som utfördes.

*Man är ganska utlämnad till andra i en sådan situation, och man är tvungen att lita på dem och deras kunskaper. Därför tror jag att det va så bra att de berättade vad de gjorde och vad som skulle hända så att man vet att de faktiskt har en plan för mig, så att man känner sig närvarande och delaktig. (5)*

*Kändes bra att han gick igenom kota för kota. Kändes bra att det togs på allvar. Att man från början inte glömde bort någonting. (2)*

Flera informanter uppgav att det var många människor som kom in på akutrummet för att hjälpa till i omhändertagandet. De hjälpte till med det som skulle göras och gick sedan ut från rummet. Personalen talade med varandra på ett sätt som upplevdes respektfullt och även på ett sätt som medförde att som patient känna sig sedd. Omhändertagandet utfördes snabbt och undersökningarna enligt ABCDE. Denna strukturerade genomgång skapade tankar hos en informant. Vad gjorde personalen vid varje bokstav och vad betydde varje bokstav som personalen pratade om. Informantern upplevde ingen delaktighet i detta moment. Det skapade mer funderingar kring vad som pågick.

*Handledaren sa att du börjar med A, och då skrattade jag till. Så tar vid B och efter ett tag så frågade den hur långt hon hade kommit? Jag är på D svarade hon då och jag undrade vad D kunde vara. (1)*

#### Personalens bemötande

Flera informanter uppgav att de visste vilka som var med inne på akutrummet, att personalen presenterade sig. Samtidigt uppgav några att det upplevdes som att det var så många människor inne på akutrummet att man tappade bort vem som var vem. Då allt gick så snabbt så var det svårt att komma ihåg.

*Läkaren presenterade sig. Någon annan sa att jag är sjuksköterska här. Så jag visste vilka roller, det var ingen överraskning. (2)*

Upplevelsen av att personalen på akutrummet inte såg stressade ut bidrog till att patienten blev lugn. Personalens agerande och bemötande bidrog till att situationen upplevdes som mindre allvarlig. Informanter kände att personalen visste vad de gjorde, att det var rutinmässiga arbetsmoment som genomfördes.

*Det var rutinmässigt det de gjorde men jag glömdes inte bort. (2)*

*Personalen såg inte stressad ut vilket gjorde mig lugn. (5)*

Det framkom från alla informanter att det upplevdes att det var massor med människor inne på akutrummet. Detta bidrog till att det upplevdes som att situationen var allvarlig. Tankar uppstod kring vad alla dessa människor skulle göra inne på rummet. Exempel på sådana tankar var frågor om vilka uppgifter alla kunde tänkas ha och om de verkligen behövdes inne på akutrummet. Personalens bemötande upplevdes som omsorgsfullt och tillmötesgående. Informanter uppgav att det uppfattades som att personalen brydde sig om en. Deras bemötande hade en lugnande effekt i en situation som kan upplevas som stressad.



*När alla sköterskor stod runt omkring. Jag vet inte, fem sex ansikten vid ett tillfälle. Då var jag fastspänd på britsen och jag funderade på vad alla skulle göra där. (2)*

*Det blev ett väldigt stort pådrag där. Jag tror att jag hade åtta stycken runt mig på mitt rum eller någonting sådant. (4)*

*De pratade väldigt, väldigt försiktigt med mig. Där skulle jag nog säga att mer omvårdande. Det var väldigt såhär att man bryr sig. Verkligen, att de sätter sig i ens situation. Så jag blev väldigt lugnt och de förklarar allting väldigt lugnt och sansat. (4)*

*Sedan var det en sjuksköterska och en undersköterska tror jag, de tog kontroller och förklarade vad de skulle göra och varför och var väldigt välinformerande och tillmötesgående och trevliga. (5)*

Personalens bemötande och utförandet av omhändertagandet upplevdes som professionellt. Deras närvaro och engagemang tillsammans med att agera snabbt och smidigt bidrog till positiva känslor. Några informanter menar att personalens lugn och informantion inför varje moment som skulle genomföras var stöttande i situationen. Genom att information gavs ökade förståelsen kring vad som genomförde vilket även bidrog till positiva känslor.

*Man ser ju i ögonvrån att det är mycke grejer runt omkring en och sådär. Men ändå kunde man agera så snabbt och smidigt ändå. Så att jag upplevde det som jättebra och professionellt. (3)*

*De pratade hela tiden med mig, vilket var väldigt skönt. Så väldigt mycket informantion kring situationen, vilket gjorde mig lugn. (5)*

*Det kom så mycket folk och ja, alla gjorde bra saker. Man var inte ivägen för varandra eller någonting. Även fast att det var mycke folk och många maskiner och grejer inne i rummet så gjorde alla liksom sin grej och det tyckte jag var jättebra, det imponerades jag av. (3)*

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Metoden valdes efter studiens syfte, vilket var att beskriva patienternas upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma. Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ metod. Författaren övervägde att genomföra en litteraturöversikt men ville utföra intervjuer och få träffa och lyssna på patienters upplevelser. Få erfarenheten att vara med när informanter berättar hur de verkligen upplevde omhändertagandet. En kvantitativ studie hade kunnat genomföras kring ämnet, dock hade det krävt en större population än vad som troligtvis hade funnits inom den tidsramen som studien skulle utföras på. Möjligtvis hade en kvantitativ metod varit svår att genomföra för att verkligen finna upplevelsen hos patienten anser författaren. Hade resultatet blivit annorlunda om författaren funnit större antal deltagare? Detta anser författaren vara svårt att svara på. Det hade varit intressant att utföra en studie under en längre period, exempelvis under ett års tid.

### Urval och bortfall

Valet av område att studera och metod bidrog till viss begränsning anser författaren. Detta då det fanns svårigheter med att hitta antal deltagare. Även en svårighet var att urvalet bidrog till att författaren behövde hjälp av kollegorna på arbetsplatsen att fråga tänkbara deltagare om deltagande då författaren inte var på plats. Informationen till kollegorna gavs vid flera tillfällen, detta då det på en akutmottagning är en hög arbetsbelastning och mycket som sker samtidigt. Det höga arbetstempot kan ha bidragit till att flera patienter gått miste om att tillfrågas om ett deltagande då författaren inte var på plats. På en akutmottagning vet personalen inte hur många patienter som söker varje dag och/eller med vilken besöksorsak. Detta kanske var en begränsning för studien då författaren ville finna deltagare till studien.

Det var flera personer som tackade nej till att delta i studien då de var tvungna att komma tillbaka till sjukhuset för att genomföra intervjun. Att komma tillbaka till sjukhuset för att utföra intervjun var en av inklusionskriterieran i studien. Flera informanter uppgav att de gärna hade deltagit via telefon, detta då de bodde i andra städer än i den där studien utfördes. Författaren ville genomföra intervjun på plats för att fånga patientens upplevelse och inte hålla en intervju per telefon. Detta för att författaren kunde gå miste om det personen verkligen säger och/eller uttrycker exempelvis ansiktsuttryck, sarkasm och skratt som kan vara svårt att fånga upp per telefon. Enligt Polit och Beck (2012) kan det vara begränsningar kring kommunikationen av att fånga upplevelsen då intervjun sker per telefon, det kan vara svårtolkat vad en person menar utan att se dess ansikte.

Urvalet var ett icke-slumpmässigt bekvämlighetsurval utifrån författarens möjlighet att hitta informanter och genomföra intervjuer inom studiens tidsram. Flertalet som vårdats som trauma på akutrummet tillfrågades av författaren eller dennes kollegor. Till följd av hög arbetsbelastning kan någon ha missats att tillfrågas om deltagande.

### Etiska överväganden

Ett deltagande i studien kanske kunde väcka nya känslor hos deltagarna. Därför delades kontaktuppgifter till kuratorn på akutmottagningen ut i samband med intervjuerna. Författaren valde att tillfråga tänkbara deltagare i anslutning till hemgång från akutmottagningen eller vid transport upp till vårdavdelning, detta för att säkerställa att informationsbrevet delades ut. Deltagarna gavs möjlighet att själva bestämma om deltagande i studien eller inte. De blev tillfrågad om att lämna sitt namn och telefonnummer och då bli uppringd av författaren och få mer information. Informationskravet, samtyckekravet, konfidentitetskravet och nyttjandekravet gavs både skriftligt och muntligt för informanterna inför och precis innan intervjuerna vilket kan vara en styrka för studien (Vetenskapsrådet. u.å.).

### Genomförande

Datinsamlingen var planerad att pågå under december 2014 och i januari 2015. Denna tid fick utökas då en informant inte kunde hitta ledig tid i januari utan att en intervju genomfördes i början av februari 2015. Intervjun bokades in i januari och genomfördes inom tidramen inom tre veckor. Tidsramen att genomföra intervjun inom tre veckor från att patienten varit på akutmottagningen anser författaren vara en styrka för studien, detta så att personen hade fått bearbeta sin upplevelse innan intervjun och ändå hade upplevelsen färsk.

Beräknad intervjulängd var innan studien påbörjades cirka 30-45 minuter, den faktiska intervjulängden blev mellan 21-40 minuter. Faktorer som påverkade tidsåtgången kan vara dels att när informanten ansåg att den givit ett utförligt svar och inte kan återge mer kring upplevelsen. Här kan även författarens tidigare erfarenheter haft en bidragande effekt, även då följdfrågor ställdes. Såväl nervositet och funderingar kring hur den tekniska biten skulle fungera med diktafonen var moment som författaren tänkte på.

#### Gillighet, tillförlitlighet och trovärdighet

Resultatets trovärdighet höjs genom att författaren valde att lyssna igenom intervjuerna flera gånger innan transkriberingen för att lära känna texten inför innehållsanalysen samt genomförde transkriberingen själv (Graneheim & Lundman, 2004). Detta då det inte är flera personer som gjort tolkningar utan en och samma person. Det är författarens uppgift att tydligt beskriva tillvägagångssättet för insamling av data och analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). En studies trovärdighet är upp till läsaren att avgöra hurvuda resultatet är överförbart till en annan grupp eller inte. Då resultatet är från sex stycken genomförda intervjuer kan djupdata vara svår att få och då även svårt att öveföra. Om fler deltagare kunnat inkluderas hade kanske det blivit ett säkrare resultat. Resultatet ger en god inblick av hur patienter upplever omhändertagandet på akutrummet i samband med trauma.

Genom att analysprocessen redovisas ingående kan detta bidra till ökad trovärdighet och förstärker tillförlitligheten. I resultatet stärks texten med citat, detta ger läsaren möjlighet att själv tolka vilket styrker studiens trovärdighet i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

#### Inklusions och exklusionskriterier

Val av exklusionskriterierna anser författaren vara en styrka för studien då eventuell översättning från engelska till svenska hade kunnat vara missvisande resultat. Detta då översättningar kan bli fel vilket kan ge ett felaktigt resultat. Urvalets representativitet gällande kön och ålder presenteras inte i resultatet då detta inte svarar på studiens syfte. Deltagarna i studien var över 18 år, vilket var ett av kriterierna för att kunna delta. Delvis för att målsman inte skulle behöva ta ställning till om ett deltagande eller inte utan att deltagaren själv kunde bestämma om den ville vara med i studien. De patienter som författaren till studien själv hade vårdat på akutrummet eller på akutmottagningen exkluderades från studien. Detta var med hänsyn till att författaren skulle kunna vara objektiv samt att intervjupersonen skulle kunna känna sig bekväm med att kunna berätta hur den upplevde omhändertagandet.

#### Intervjuguiden

Intervjuguiden omformulerades ett flertal gånger innan studien startat för att syftet skulle kunna besvaras. Intervjuguiden reviderades efter att pilotintervjun hade genomförts. Detta då författaren ansåg att frågan ” Berätta om hur du upplevde situationen på akutrummet, det sätt på vilket du blev informerad kring det som hände med dig? ” kunde bidra med rik data kring hur patienten upplevde omhändertagandet. Pilotintervjun gav rik information även då denna fråga inte ställdes, vilket bidrog till att den inkluderades i resultatet.

#### Intervju

Sex intervjuer genomfördes inklusive pilotintervjun. En definition av begreppet omvårdnad och omhändertagande klargjordes innan intervjuerna inleddes. Författaren önskade förtydliga begreppen innan intervjun påbörjades, då personer som inte arbetar inom hälso-

och sjukvården kanske inte alltid förstår vad som menas med omhändertagande och omvårdnad. Genom att ett förtydligande gjordes inför intervjun anser författaren vara en styrka för studien. Förtydligandet bidrog till att varje deltagare fick samma information, vilket höjer trovärdigheten på studien. Genom att författaren själv genomförde intervjuerna kanske bidrog till att inte gå miste om personens inlevelse i förklaringar med sitt kroppsspråk och eventuella skratt.

Intervjuerna genomfördes på ett rum där det var minimal risk för att bli avbrutna under intervjuens gång, författaren hade en känsla av att informanterna kunde slappna av och utförligt berätta hur de upplevde omhändertagandet på akutrummet. En bidragande faktor kan ha varit att författaren inte hade varit en av dem som vårdat dem, vilket gjorde det lättare att förmedla vad de verkligen kände. Det kanske bidrog till att informanterna inte höll inne med känslor och åsikter relaterat till vem som vårdat en. Respekt från författarens sida gavs för deltagarens upplevelser och känslor inför intervjun.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet beskriver flera aspekter som patienten upplever kring omhändertagandet på akutrum i samband med trauma. Återkommande upplevelser kunde ses kring kommunikationen och hur information gavs under omhändertagandet. Personalens bemötande och agerande väckte känslor så som bland annat trygghet.

Patienterna upplevde att personalen genomförde moment med smidighet och med ett högt tempo, avlösande händelser. Thim et al. (2012) menar att ett välstrukturerat arbetssätt medför att det blir snabba och effektiva åtgärder och insatser. Det kanske kan vara en av orsakerna till att patienterna uppger att allt sker med en snabbhet och rutin. Detta i enlighet med O'Brien och Fothergill-Bourbonnais studie (2004) då en organisation kring patienten vet vad de gör ökar snabbheten och bidrar till att patienter kan uppleva snabbhet och även få förtroende för personalen.

Vikten av att bibehålla patientens värdighet och integritet i omhändertagandet är att tänka på. När kläder avlägsnas och kroppen blottas kan negativa känslor skapas (Thim et al., 2012; Laskowski- Jones, 2009). Jastrup (2013) tar upp att en patient kan uppleva obehag och mer smärta i samband med omhändertagandet delvis genom att behöva visa sin kropp inför främmande människor men även relaterat till att det är en kritisk och skrämmande situation patienten befinner sig i. Det kan uppfattas som att personalen går över gränsen. Resultatet visar att patienterna upplevde att de fick filtare på sig ganska omgående för att slippa känna sig nakna och slippa frysa. Att ens kläderna skulle avlägsnas bidrog till känslan av att ligga ganska utlämnad även om underkläderna var kvar på ens kropp. Ekman och Norberg (2013) menar att god omvårdnad är att ta hänsyn till och ge respekt för patientens integritet. Exempelvis kan det vara filtare som placeras över kroppen snabbt för att skydda så att patientens nakna kropp inte exponeras i onödan.

Likheter i resultatet syntes kring hur viktig teamets samarbete med och kring patienten var. Det optimerade omhändertagandet med en svårt skadad patient kan bli bättre för att alla medlemmar i teamet vet vad man skall göra (Iselius, 2006). Även då alla har sina speciella positioner kring patienten optimeras omhändertagandet (Speck, Jones, Barg & McCunn, 2012). Detta uttryckte flera patienter, att teamets rutinmässiga arbete bringade trygghet för dem. Som studien av Cole och Crichton (2006) tar upp kan situationen vara

extremt pressad och stressad. Genom att personalen kommunicerar effektivt och strukturerat kan bidra och vara gynnsamt för teamarbetet kring patienten.

Wiman, Wikblad och Idvalls (2007) menar att genom att personal skapar en god relation med patienten bidrar till att omhändertagandet blir bra. Då patienten upplever chock och rädsla kan personalens handlingar skapa trygghet, nöjdhet och ge ett förtroende. Sjuksköterskan skall tillgodose patientens välbefinnande och möta lidande och sjukdomsupplevelse. Genom att skapa trygghet och sätta patienten i centrum bidrar till detta menar litteraturen (Ekman & Norberg, 2013; Patient, 2007). Patienter ansåg att genom att personalen inte såg stressad ut bidrog till att lugn skapades. Personalens närvarande gentemot en och att som patient upplevda att var i centrum ingav trygghet. Personcentrerad omvårdnad när patienten möts som en jämlike och sjuksköterskan finner möjligheter och resurser hos patienten som kan bidra till att det blir en bättre omvårdnad och situation för patienten. Patienten sätts i centrum i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Flertalet känslor framkom i resultatet, delvis oro och stress över själva situationen, dessa känslor blandades med tryggheten. Mycket tack vare personalens sätt att arbeta bidrog till känslor av trygghet. Situationen på akutrummet upplevs som allvarlig vilket kunde bidra till att personalens agerande spelade en avgörande roll. En informant uppgav att genom att som patient känna personalens närvarande och få vara delaktig i det som skedde bidrog till lugn och trygghet trots oro. Sjuksköterskans kärnkompetenser är bland annat personcentrerad vård och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Genom att patienter känner sig delaktiga i det som händer exempelvis att personal lyssnade på en vid undersökningar eller hur någonting kändes medförde att patienten är delaktig och i centrum. Då ömsesidig respekt ges och förståelse finns för patientens självkänsla kan även bidra till god omvårdnad och att vården blir säker. Säker vård ur flera synvinklar, det kan bidra till en säker vård både för patient samt för hälso- och sjukvårdspersonal.

Säker vård upprätthålls även när patienterna är införstådda i exempelvis undersökningar. Stockvändning är ett exempel som återkom från patienternas tankar. Informanterna uppgav att information gavs att som patient skulle slappna av samt att inte hjälpa till på något vis i vändningen. Informationen medförde att som patient förstå vad som skulle ske med en samt varför. Det kanske även kunde bidra till att det uppstod en förståelse till varför ett moment under omhändertagandet gjordes vilket kunde minska osäkerhet hos patienten. Genom att det fanns en förståelse hos patienten kanske kunde medföra att risken för att skadan skall förvärras eller nya skador uppstår minskar. Att rätt rutiner och riktlinjer följs under omhändertagandet bidrar till säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Likheter finns i O'Brien och Fothergill- Bourbonnais studie (2004) som tar upp att bristen av kunskap och erfarenhet av vad som sker gör att patienten har en rädsla kring vad den går igenom och får vara med om. Ovissheten medför att oron och stressen ökar. Genom som patienterna i denna studie uppgav blev man lugnad av att man visste vad som skulle ske.

Resultatet indikerar att patienterna upplevde omhändertagandet som rutinmässig och strukturerad. Trots att det var massor med människor och maskiner inne på rummet kunde personalen utföra moment smidigt och snabbt. Hägerstam et al. (2013) menar att teamwork och rutin byggs av att personalen har fått kontinuerliga träningstillfällen. Genom att hälso- och sjukvårdspersonal får gå på kurser och genomföra upprepad träning stärks personalens egna trygghet i omhändertagandet. Ökade träningstillfällen ger ett starkare team som utstrålar trygghet, lugn och rutin.

Cambell et al. (2007) beskriver att det är sjuksköterskans uppgift att kontinuerligt informera patienten om vad som sker och vad som kommer att hända. Sjuksköterskan bör skapa en förtroendegivande roll till patienten för att skapa trygghet. Likheter med resultatet finns i studien av O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) att personalen skapar en trygghetskänsla genom information och närvarande. Socialstyrelsen (2005) tar upp att sjuksköterskan skall i dialog med patienten och dess närstående ge stöd och möjliggöra så optimalt delaktighet i vården och eventuell behandling. Sjuksköterskan skall förvissa sig om att patienten har förstått den givna informationen.

Behovet av information är individuellt, en informant uppgav att förmycket information bidrar till att som patient kan börja oroa sig mer istället. Detta till skillnad att några andra informanter som uppgav att informationen var ytterst nödvändig för att bli lugn över den situation som man befann sig i. Information skall ges och vara korrekt, tillräcklig och lämplig menar ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International Council of Nurses, 2012). Känslor som att situationen var på låtsas uppkom men även att det upplevdes som otäckt. Bergh M. Johannesson (2007) menar att en av de vanligaste reaktionerna i det akuta skedet är en misstro till verkligheten, att den situation som patienten är i inte stämmer. Detta på grund av eventuell stress och stresspåslag som kan komma kring allvaret i situationen. Flera av patienterna uppgav att situationen i sig bidrog till att man uppfattade det som allvarligt, oro blandat med allvar. Bergh M. Johannesson (2007) menar även att det är viktigt att som hälso- och sjukvårdspersonal komma ihåg behovet av information under hela det akuta omhändertagandet. Information kan komma att behöva ges vid upprepade tillfällen, detta då patienten kan vara i chock och stressad vilket bidrar till att det kan vara svårt att ta in information. Kontinuerlig information kring vad som händer och kommer att hända. Några informanter uppgav att man kontinuerligt fick information och en annan upplevde att ingen information gavs.

Ytterligare likhet som framkom i resultatet var kring kommunikationen och ögonkontakten. Upplevelsen av utebliven ögonkontakt vid kommunikation var det blandade känslor kring. Flera informanter uppgav att de inte såg vem det var som talade till en men att som patient förstods att det var till en som det sades någonting. Informanterna upplevde att man var utgångspunkt och i centrum av kommunikationen som skedde. En annan informant uppgav att utebliven ögonkontakt bidrog till irritation och frustration i situationen. Informanterna belyste även att personalen kanske till slut upplevde patient som aggressiv vilket hade kunnat undvikas genom att de kunnat skapa ögonkontakt vilket kunde bidra till att patienten kunde känna sig sedd. Tankar kring varför ingen ögonkontakt uppstod var att personalen hade ett adrenalinpåslag av arbetet kring omhändertagandet med den skadade patienten. Känslan av att personalen inte tänkte på att det kanske hade räckt att ta två steg uppåt så att ögonkontakt möjliggjorts gav frustration. Detta bidrog till att som patient uppleva att det då var lika bra att bara blunda. Negativa känslor uppkom då personalen inte förstod patientens behov av ögonkontakt.

Bergh M. Johannesson (2007) menar att kontakt och engagemang från personalen är en av de viktigaste delarna av omhändertagandet. Det är viktigt att en kontakt och närvarande etableras på ett empatiskt och respektfullt vis ganska omgående. Exempelvis att vara på samma ögonhöjd som patienten, vilket skapar en känsla av uppmärksamhet, närvarande och omvårdande handling. Patienten kan dels se vems röst det är man hör men även känna trygghet i ögonkontakten. En annan studie menar att patienter som varit med om trauma kan förändras i beteende ganska snabbt, dels kan det bero på eventuell tänkbar skada men kanske även frustration över situationen.

Det gäller för personalen att försöka minska upplevelsen av frustration för att undvika att patienten agerar aggressivt och upplever eventuell mer stress (Freeman et al., 2014).

### **Slutsats**

Studiens resultat tyder på att bemötande, kommunikation och grad av delaktighet är tre viktiga aspekter gällande patienters upplevelser vid omhändertagande på akutrum i samband med trauma. Dessa tre aspekter formuleras som att patienten upplever sig vara i centrum, får information kring vad som sker och vad som planeras samt att beredas möjlighet att vara delaktig i situationen. Detta kan bidra till en känsla av ett tryggt omhändertagande och kan därigenom minska den oro och stress som flertalet patienter upplever under omhändertagande i samband med trauma.

### **Klinisk tillämpbarhet**

Resultatet från denna studie kan bidra till att verksamheten får en inblick i hur patienterna upplever omhändertagandet på akutrum i samband med trauma. Denna studie kan väcka tankar hos hälso- och sjukvårdspersonal kring hur arbetet med patienterna går till. Det kan bidra till att verksamheter lyfter och diskuterar omhändertagandet i samband med trauma. Diskussioner kring hur bemötande och kommunikation på akutrum går till. Samt om vikten av ögonkontakt med patienten under omhändertagandet.

Hur patienter upplever omhändertagandet är ett ämne som bör belysas, diskuteras och arbetas vidare med och det kan ständigt förbättras. Fortsatta studier inom området bör göras för att fortsätta förbättra omhändertagandet av patienten men även för personalen. Exempelvis på fortsatta studier kan vara med genusperspektiv.

## REFERENSER

Ahmadi, K., Sedaghat, M., Safdarian, M., Hashemian, A., Nezamdoust, Z., Vaseie, M., & Rahimi- Movaghar, V. (2013). Effect of Advanced Trauma Life Support program on medical interns' performance in simulated trauma patient management. *Chinese Journal of Traumatology, 16*(3), 145-148.

Berben, S., Meijs, T., van Dongen, R., van Vugt, A., Vloet, L., Mintjes-de Groot, J., & van Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *International Journal of the care of the injured, 39*, 578-585.

Berg, G., Acuna, D., Lee, F., Clark, D., & Lippoldt, D. (2011). Trauma Performance Improvement and Patient Safety Committee. Fostering an Effective Team. *Journal of Trauma Nursing, 18*(4), 213-220.

Bergh M. Johannesson, K. (2007). Psykologiskt omhändertagande av skadade. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (ss. 473-479). Stockholm: Liber.

Berlin, J., & Carlström, E. (2007). The 20-minute team- a critical case study from the emergency room. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 14*, 569-576. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00919.x

Björnstig, U. (2007). Skadeprevention. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (ss. 507-512). Stockholm: Liber.

Boswijk, A., Thijssen, T., & Peelen, E. (2007). *The Experience Economy- A new Perspective*. Amsterdam: Pearson Education.

Boyd, D. (2011). Trauma Nurses. *Journal of Trauma Nursing, 18*(3), 187-192. doi: 10.1097/JTN.0b013e31822bbe76

Cambell, M., Favand, L., Galvin, A., Holleran, R., Blank-Reid, C., Fazio, J., ... Ezell Wilbeck, J. ENA. (2007). *Trauma Nursing Core Course*. Manual till grundkursen. (6. uppl.). Illinoid: USA.

Capella, J., Smith, S., Philp, A., Putnam, T., Gilbert, C., Fry, W., ... ReMine, S. (2010). Teamwork Training Improves the Clinical Care of Trauma Patients. *Journal of Surgical Education, 67*(6), 439-443. doi: 10.1016/j.jsurg.2010.06.006

Carter, C., & Cumming, J. (2014). Training critical care nurses in trauma care. *Nursing Times, 110*(22), 16-18.

Cole, E., & Crichton, N. (2006). The culture of a trauma team in relation to human factors. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 1257-1266. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01566.x

Crossan, L., & Cole, E. (2013). Nursing challenges with a severely injured patient in critical care. *Nursing in Critical Care, 18*(5), 236-244. doi: 10.1111/nicc.12019



- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40, 314-321.
- Di Saverio, S., Gambale, G., Coccolini, F., Catena, F., Giorgini, E., Ansaloni, L., ... Tugnoli, G. (2013). Changes in the outcomes of severe trauma patients from 15-year experience in a Western European trauma ICU of Emilia Romagna region (1996-2010). A population cross-sectional survey study. *Langenbecks Archives of Surgery*, 399, 109-126. doi: 10.1007/s00423-013-1143-9
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Patientcentrerad vård- teori och tillämpning. I A-K. Edberg., A. Ehrenberg., F. Friberg., L. Wallin., H. Wijk., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden* (ss. 29-62). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedber, K., Taft, C., Lindsetg, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care- Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Freeman, L., Fothergill- Bourbonnais, F., & Rashotte, J. (2014). The experience of being a trauma nurse: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 6-12.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hammond, B., & Zimmermann, P. (Ed.). (2013). *Sheehy's Manual of Emergency Care*. (7th ed.). USA: Elsevier.
- Hägerstam, M., Lindkvist, M., Brulin, C., Jacobsson, M., & Hultin, M. (2013). Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open*, 3, 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003525
- International Council of Nurses. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Iselius, L. (2006). *Multitrauma*. Fokusrapport, Stockholms läns landsting, Forum – för kunskap och gemensam utveckling.
- Jastrup, S. (2013). *Akut Sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard.
- Kristiansen, T., Søreide, K., Ringdal, K., Rehn, M., Krüger, A., Reite, A., ... Lossius, H. (2010). Trauma systems and early management of severe injuries in Scandinavia: Review of the current state. *Injury, Int. J. Care Injured*, 41, 444-452. doi: 10.1016/j.injury.2009.05.027
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3:e. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Lamba, S., Nagurka, R., Offin, M., & Scott, S. (2015). Structured Communication: Teaching Delivery of Difficult News with Simulated Resuscitations in an Emergency Medicine Clerkship. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(2), 344-352. doi: 10.5811/westjem.2015.1.24147
- Laskowski- Jones, L. (2009). Responding to trauma. Your priorities in the first hour. *Nursing Critical care*, 4(1). 35-41.
- Lennquist, S. (2007). Organisation och metodik. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (ss. 11-25). Stockholm: Liber.
- Lundman, B., & Graneheim Hällgren, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Grankär., & B, Höglund- Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Miller, D., Crandall, C., Washington, C., & McLaughlin, S. (2012). Improving Teamwork and Communication in Trauma Care Through In Situ Simulations. *Academic Emergency Medicine*, 19(5), 608-612. doi:10.1111/j.1553-2712.2012.01354.x
- Mossberg, L. (2003). *Att skapa upplevelser från OK till WOW!*. Lund: Studentlitteratur.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap [MSB] 0047-09. (2008). *Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor. Resultat*. Hämtad från: <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/25604.pdf>
- O'Brien, J-A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The Experience of Trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes From Seven Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 30(3), 216-224. doi: 10.1016/j.jen.2004.02.017
- O'Reilly, D., Mahendran, K., West, A., Shirley, P., Walsh, M., & Tai, N. (2013). Opportunities for improvement in the management of patients who die from haemorrhage after trauma. *British Journal of Surgery*, 100, 749-755. doi: 10.1002/bjs.9096
- Patient, L. (2007). Trauma training: a literature review. *Emergency nurse*, 15(7), 28-37.
- Patton, M. (2001). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3:e. uppl.) USA: SAGE Publications.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ribbe, E. (2013). Optimalt omändertagande vid trauma. *Läkartidningen*. 110(7), 363-364. Hämtad 8 december, 2014, från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=19261>
- Riddez, L. (2013). Olycksfall vanligaste dödsorsak hos yngre. *Läkartidningen*. 110(7), 339. Hämtad 10 december, 2014, från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=19262>

Ringdal, M., Plos, K., & Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patient's care trajectory after physical trauma. *BMC Nursing*, 7, 1-12. doi:10.1186/1472-6955-7-8

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1998:1276. Trafikförordning. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från: <http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20040296.PDF>

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>

Speck, R., Jones, G., Barg, F., & McCunn, M. (2012). Team Composition and Perceived Roles of Team Members in the Trauma Bay. *Journal of Trauma Nursing*, 19(3), 133-138. doi: 10.1097/JTN.0b013e318261d273

Steinemann, S., Berg, B., Skinner, A., DiTulio, A., Anzelon, K., Terada, K., ... Speck, C. (2011). In Situ, Multidisciplinary, Simulation-Based Teamwork Training Improves Early Trauma Care. *Journal of Surgical Education*, 68(6), 472-477. doi: 10.1016/j.jsurg.2011.05.009

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad. Stockholm: SFF. Hämtad från: <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/publikationer/kvalitet-publikationer/strategi-for-kvalitetsutveckling-inom-omvardnad.pdf>

Svenska Traumaregistret. (2013). *Årsrapport*. Hämtad från [http://www.swetrau.se/wpcontent/uploads/2014/11/%C3%85rsrapportSweTrau2013\\_SKL.pdf](http://www.swetrau.se/wpcontent/uploads/2014/11/%C3%85rsrapportSweTrau2013_SKL.pdf)

Thim, T., Vinther, N., Lerkevang Grove, E., Rohde, C., & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, 117-121.

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15, 398-405. doi: 10.1111/nhs.12048

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

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

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A-K. Edberg., A. Ehrenberg., F. Friberg., L. Wallin., H.Wijk., & J.Öhlén (Red.), Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden (ss. 181-216). Lund: Studentlitteratur.

**Brev till verksamhetschefen**

Stockholm 2014-12-11

Till verksamhetschef

XXXX XXXXXXXX

Akutkliniken, XXXXXXXX

Jag heter Rebecca Arnesen och är legitimerad sjuksköterska. Jag studerar Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma. Jag är därför intresserad av få genomföra studien av patienter som vårdats på grund av trauma. Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill jag gärna att Du anger detta. Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare. Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för verksamheten om Du så önskar.

Stockholm 2014-12-11

Med vänlig hälsning

---

Student

---

Handledare

---

Namnförtydligande

tel: xxxxxxxxxxxx

e-post: rebecca.arnesen@xxxx.se

---

Namnförtydligande

tel: xx-xxxxxxx

e-post: linda.gellerstedt@xxxx.se

---

Examinator

---

Namnförtydligande

tel: xx-xxxxxxx

e-post: anders.ruter@xxxx.se

**Studiens preliminära titel:** Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma.

**Syftet** med studien är att beskriva patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma.

**Problem:** Trauma är en av de främsta anledningarna till skada eller död för patienter under 40 år. Att vårdas på ett akutrum i samband med trauma kan av många patienter upplevas som en obehaglig situation. Detta genom att bli utlämnad till andra att ta hand om en i en kritisk situation. Det är därför viktigt att beskriva patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrummet.

**Metoden** för det planerade arbetet är intervjuer med patienter som vårdats på grund av trauma.

**Önskemål från Din verksamhet:** Jag önskar kunna intervju 6-8 patienter på Din enhet. Intervjuerna, som beräknas ta 30-45 min önskar jag genomföra i lokaler på Din klinik. Intervjuerna kommer att ljudupptas. Jag planerar att genomföra intervjuerna under december 2014 till januari 2015. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Det kan finnas en risk att känslor och tankar väcks genom att patienten berättar om sina upplevelser kring det som hänt. Därför kommer det finnas möjlighet för patienten om det önskas att få kontakt med akutmottagningens kurator.

**Samtycke:**

- Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument
- Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:  
.....  
.....
- Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum

Namn

Namnförtydligande

Enhet

### Information till kollegor

#### **Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma.**

Under perioden december 2014 och januari 2015 kommer en studie att pågå på akutmottagningen.

**Syftet** med studien är att beskriva patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma.

**Problem:** Trauma är en av de främsta anledningarna till skada eller död för patienter under 40 år. Att vårdas på ett akutrum i samband med trauma kan av många patienter upplevas som en obehaglig situation. Detta genom att bli utlämnad till andra att ta hand om en i en kritisk situation. Det är därför viktigt att beskriva patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrummet.

**Metoden** för det planerade arbetet är intervjuer med patienter som vårdats på grund av trauma.

#### **Vilka patienter som skall tillfrågas om deltagande i studien är**

- Patienter som vårdats som traumalarm på akutrummet och är över 18 år.
- Som förstår och talar svenska.

**Patienter som inte skall tillfrågas om medverkan är:** patienter som författaren till studien själv har vårdat på akutrummet samt de patienter som inte har möjlighet att komma till sjukhuset för att genomföra intervjun.

#### **Studiens genomförande**

Ett deltagande i studien innebär att patienten medverkar vid en intervju. Intervjun genomförs i ett ostört rum och det är bara patienten och författaren till studien som medverkar. Intervjun kommer att ljudinspelas och patienten ombeds att berätta om sina upplevelser kring omhändertagandet på akutrummet i samband med att den vårdades för sin skada. Personuppgifter och namn kommer inte att finnas med i materialet. När resultatet kommer att presenteras kommer ingen enskild persons svar att kunna identifieras. Endast författaren till studien och dess handledare kommer att lyssna och ta del av det inspelade materialet.

#### **Fördelar/risker vid deltagande**

Det är viktigt för oss inom vården att få veta hur patienter upplever omhändertagandet på akutrummet. En fördel med medverkan i studien kan vara att patienten får möjlighet att delge sina upplevelser. Det kan finnas en risk att känslor och tankar väcks, genom att patienten berättar om sina upplevelser kring det som hänt. Därför kommer det finnas möjlighet om det önskas att få kontakt med akutmottagningens kurator.

#### **Frivillighet**

Deltagandet till denna studie är frivilligt och patienten kan avbryta deltagandet när som helst utan att uppge anledning till avbrytande. Ett avbrytande kommer inte att ha någon inverkan på den fortsatta vården. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt vilket menas att man inte kommer att kunna identifiera patient.

### **Hur kommer jag att få ta del av studiens resultat**

Resultatet kommer att presenteras som ett självständigt arbete på avancerad nivå och publiceras i DIVA. DIVA är ett elektroniskt arkiv vid Sophiahemmets Högskola. Författaren kommer presentera godkänd studie på arbetsplatsmöten.

### **Ersättning**

Ingen ekonomisk ersättning utgår för deltagande i studien.

### **Det författaren behöver hjälp med av just dig**

Jag ber dig att informera patienten om att det pågår en studie på akutmottagningen om patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrummet i samband med trauma. Även informera om studiens upplägg och genomförande. Fråga patienten om deltagande i studien och skriv upp patientens namn och telefonnummer om intresse finns och/eller vill ha mer information. Ge patienten ett färdigt kuvert som finns på kirurgexpeditionen respektive ortopedexpeditionen, i kuvertet finns information kring studiens syfte, upplägg och genomförande. Även kontaktuppgifter till mig och min handledare.

Detta skall ske innan hemgång från akutmottagningen eller innan transport upp till vårdavdelning.

När jag har fått patientens telefonnummer kommer jag att ta kontakt inom två dagar för att boka in intervjutillfället snarast när det passar patienten, detta inom tre veckor.

### **Funderingar**

Har du frågor om studien är du välkommen att kontakta mig.

Rebecca Arnesen  
Legitimerad Sjuksköterska  
xxxxxxxxxxxxxx  
rebecca.arnesen@xxxx.se



### Forskningspersonsinformation

#### Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma

##### FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE

Du tillfrågas i egenskap av att Du har vårdats på akutrummet i samband med en skada eller sjukdom.

##### BAKGRUND

Trauma är den en av de främsta anledningarna till skada eller död hos människor under 40 år i västvärlden. Trauma är en beskrivning för skador som orsakas av en yttre kraft på grund av olyckor, våld eller självtillfogade skador. Trauma kan vara fysiskt, mekaniskt eller kemiskt.

##### SYFTE

Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma.

##### STUDIENS GENOMFÖRANDE

Ett deltagande i studien innebär att du medverkar vid en intervju. Intervjun beräknas ta 30-45 minuter. Intervjun genomförs i ett ostört rum och det är bara du och författaren till studien som medverkar. Intervjun kommer att ljudinspelas och du ombeds att berätta om dina upplevelser kring omhändertagandet på akutrummet i samband med att du vårdades för din skada. Dina personuppgifter och ditt namn kommer inte att finnas med i materialet. När resultatet kommer att presenteras kommer ingen enskild persons svar att kunna identifieras. Endast författaren till studien och dess handledare kommer att lyssna på det inspelade materialet.

##### FÖRDELAR/RISKER VID DELTAGANDE

Det är viktigt för oss inom vården att få veta hur du som patient upplever omhändertagandet på akutrummet. En fördel med din medverkan i studien kan vara att du får möjlighet att delge dina upplevelser. Det kan finnas en risk att känslor och tankar väcks, genom att du berättar om dina upplevelser kring det du har varit med om. Om du önskar finns telefonnummer till kuratorn för samtal.

##### FRIVILLIGHET

Deltagande i denna studie är frivilligt och du kan avbryta deltagandet när som helst utan att uppge varför du vill avbryta. Ett eventuellt avbrytande kommer inte att ha någon inverkan på din fortsatta vård. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt vilket menas att man inte kommer att kunna identifiera dig som patient. Det är endast författaren till studien och dess handledare som kommer ta del av intervjumaterialet.

##### HUR KAN JAG SOM DELTAGARE FÅ INFORMATION OM STUDIENS RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras som ett självständigt arbete på avancerad nivå och publiceras i DIVA. DIVA är ett elektroniskt arkiv vid Sophiahemmets Högskola. Om du önskar finns det möjlighet att få godkänt arbete dig tillsänt efter förfrågan.

##### ERSÄTTNING

Ingen ekonomisk ersättning utgår för deltagande i studien.

Har du frågor om studien är du välkommen att kontakta mig eller min handledare för information.

#### KONTAKTUPPGIFTER

Rebecca Arnesen  
Legitimerad Sjuksköterska  
0708-592922  
rebecca.arnesen@xxxx.se

Linda Gellerstedt  
Legitimerad Sjuksköterska och Höskoleadjunkt  
xx-xxxxxx  
linda.gellerstedt@xxxx.se

## Samtyckeformulär

Jag har tackat ja till att delta i studien “ Patienters upplevelser av omhändertagandet på akutrum i samband med trauma”. Jag bekräftar att jag erhållit både skriftlig och muntlig information angående studien. Jag har läst igenom informationsbrevet och har haft möjlighet att ställa frågor.

I och med detta ger jag mitt informerade samtycke till deltagande i studien. Jag har förstått innebörden och vet att jag när som helst kan ändra mig och avsluta deltagandet i studien. Dokumentet kommer att skrivas på i två exemplar, ett som jag behåller och ett som författaren till studien kommer att behålla.

Datum

Namn

Namnförtydligande

Jag intygar att information gällande studien har lämnats, muntligt och skriftligt till ovan person

Datum

Författarens namn

Namnförtydligande

**Intervjuguide**

- Berättar om dina upplevelser av omhändertagandet och omvårdnaden på akutrummet i samband med att du skadat dig
- Berätta om hur du upplevde situationen på akutrummet, det sätt på vilket du blev informerad kring det som hände med dig?
- Vad gjorde man för omvårdnad med dig inne på akutrummet? Hur upplevde du denna?
- Berätta om vad som var din starkaste upplevelse från akutrummet?

Uppföljande frågor kommer vid behov att ställas under intervjun. Exempel på sådana frågor är:

- Hur upplevde du det...
- Vad tänkte du då...
- Hur kändes det...
- Kan du utveckla...
- Vad hände sedan...