



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Patienter som utsatts för trauma och deras närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande

Författare

Charlotte Almgård

Isa Söderberg

Handledare

Maria Carlsson

Examinator

Mariann Hedström

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

2019

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Patienter som utsatts för trauma och ankommer till en akutmottagning/intensivvårdsavdelning behöver ett professionellt bemötande och omfattande omhändertagande av sjuksköterskan.

Syfte: Syftet med studien är att undersöka patienter som utsatts för trauma och deras närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande på akutmottagning och/eller intensivvårdsavdelning.

Metod: Beskrivande design med litteraturoversikt som datainsamlingsmetod. Tio kvalitativa artiklar har använts, varav fem artiklar har genomfört studier som undersökt patienters upplevelser och fem artiklar har genomfört studier som undersökt närståendes upplevelser.

Resultat: Fyra betydande beteenden i sjuksköterskans bemötande identifierades; information från sjuksköterskan, verbal och icke-verbal kommunikation hos sjuksköterskan, psykiskt och fysiskt stöd från sjuksköterskan samt engagemang och attityd hos sjuksköterskan. Patienter och närstående ansåg att ärlig och förståelig information, en relation till sjuksköterskan, fysisk beröring och ögonkontakt, ett engagemang och visat intresse för patient/närstående, samt att deras känslomässiga och fysiska behov blev tillfredsställda var vårdande beteenden i sjuksköterskans bemötande. Patienter och närstående upplevde sjuksköterskans bemötande som icke-vårdande när informationen var bristfällig, när sjuksköterskan var tvär, stressad och verkade överbelastad samt när sjuksköterskan inte uppmärksammade patientens och de närståendes psykiska och fysiska behov.

Slutsats: Patienter som utsatts för trauma och deras närstående upplevde sjuksköterskans bemötande på akutmottagning och/eller intensivvårdsavdelning som både positivt och negativt. Upplevelserna av bemötandet avgjordes i samband med sjuksköterskans förmåga att överföra information, kommunicera, engagera sig och uppfylla fysiska och psykiska behov hos patienten och närstående.

Nyckelord: Trauma, Sjuksköterska, Bemötande, Närstående/familj och Patient.

ABSTRACT

Background: Patients who have suffered trauma and arrives at an emergency department / intensive care department need professional encounter and comprehensive care from the nurse.

Aim: The aim of the study is to examine patients who have suffered trauma and their families' experiences of the nurse's encounter at the emergency care and / or intensive care department.

Method: A descriptive design with a literature review as data collection method. Ten qualitative articles have been used, where five of the articles have conducted studies that investigated patients' experiences and five articles have conducted studies of families' experiences.

Result: Four significant behaviours in the nurse's encounter were identified; information from the nurse, verbal and nonverbal communication from the nurse, psychological and physical support from the nurse, and commitment and attitude of the nurse. Patients and family considered that honest and understandable information, a relationship with the nurse, physical touch and eye contact, commitment and demonstrated interest in patient/family, and that their emotional and physical needs were satisfied was caring behaviours in the nurse's encounter. Patients and family experienced the nurse's encounter as non-caring when the information was inadequate, when the nurse was crossed, stressed and seemed to be overloaded, and when the nurse didn't pay attention to the physical and psychological needs of the patient and the family.

Conclusion: Patients who have suffered trauma and their families' experienced the nurse's encounter at the emergency care and/or intensive care department as both positive and negative. The experiences of the encounter were determined in connection with the nurse's ability to transmit information, communicate, engage and fulfil the physical and psychological needs of the patient and their families.

Keywords: Trauma, Nurse, Treatment, Family and Patient.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Teoretisk utgångspunkt.....	4
Problemformulering.....	4
Syfte	5
Frågeställningar.....	5
METOD	5
Design	5
Sökstrategi.....	5
Tabell 1. Översikt litteratursökning	7
Bearbetning och analys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Information från sjuksköterskan	10
Verbal och icke-verbal kommunikation.....	11
Engagemang och attityd hos sjuksköterskan	11
Psykiskt och fysiskt stöd från sjuksköterskan.....	12
DISKUSSION	13
Resultatdiskussion	14
Metoddiskussion	17
Slutsats	19
REFERENSER	20
BILAGOR	26
Bilaga 1. SBU:s kvalitetsmall för granskning av studier med kvalitativ forskningsmetod	26
Bilaga 2. Resultatöversikt artiklar.....	28

BAKGRUND

Till en akutmottagning anländer patienter gående, i bil eller med en ambulanstransport (Wikström, 2018). Patienter söker vård på en akutmottagning för en stor variation av skador/åkommor, vilket kräver tidig triagering i vårdförloppet (Wikström, 2018). Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall den högsta prioriteringen ligga på de patienter som är i störst behov av hälso- och sjukvård (SFS 2018:1727). Det är oftast de patienter som transporteras till akutmottagningen med ambulans, då de kan befinna sig i livshotande tillstånd (Wikström, 2018). Ett livshotande tillstånd kan uppstå när en människa har utsatts för ett trauma. Ett fysiskt trauma är när en människa påverkas av yttre faktorer som genererar en permanent eller tillfällig skada (Landstinget i Uppsala Län, 2010). Ett trauma kan exempelvis ge andningspåverkan, penetrerande skador av huvud, hals och bål eller frakturer på långa rörben (Ekström, Göransson, Karlsson & Wireklint, 2014). I Sverige och i andra utvecklade länder är trauma en av de vanligaste dödsorsakerna och ger upphov till 10 % av totala antalet dödsfall i världen (Socialstyrelsen, 2015). Ett trauma påverkar den utsatta och dess närstående då det orsakar ett stort lidande för båda parter (Landstinget i Uppsala Län, 2010; Socialstyrelsen, 2015). En människa som utsatts för trauma kräver ett professionellt och kompetent omhändertagande av ett team, bestående av flera olika vårdprofessioner (Socialstyrelsen, 2015). Teamets omhändertagande sker enligt en förbestämd ordning, både på skadeplatsen och på sjukhuset, vilket gör att teamet på ett så effektivt sätt som möjligt kan identifiera livshotande skador, åtgärda dem och transportera patienten till akutmottagning/intensivvårdsavdelning. Omhändertagandet består både av medicinsk behandling och existentiellt stöd (Elmquist & Almerud Österberg, 2014). I denna litteraturöversikt definieras ett trauma som en akut situation som medför en fysisk skada, där individen kräver vård och omvårdnad på en akutmottagning och/eller intensivvårdsavdelning.

En patient som utsatts för trauma upplever en rad olika känslor, bland annat rädsla, ilska, ovisshet och sårbarhet (Paiva, Rossi, Costa & Dantas, 2010). Känslorna uppkommer på grund av patientens upplevelse av till exempel en försämring av ett eller flera symtom, en negativ uppfattning av kroppsbilden eller en funktionsbegränsning (Paiva et al., 2010). Patienter och närstående upplever stress i samband med, under eller efter trauma (Elmquist, Rask och Berglund, 2014).

Närstående upplever, likt patienten, flera olika negativa känslor och situationen upplevs som traumatisk (Åstedt-Kurki, Lehti, Paunonen & Paavilainen, 1999). Sorg, tomhet, osäkerhet,

ilska och stress är exempel på känslor som närstående kan uppleva i situationen (Åstedt-Kurki et al., 1999). Patienten och dess närstående påverkas därför ömsesidigt. Det betyder att om patienten mår dåligt och visar detta utåt kan närstående bli påverkade negativt. Om patienten istället känner sig välmående kan närstående påverkas positivt och känna ett eget välbefinnande (Benzein, Hagberg & Savema, 2017). I den traumatiska situationen har mänsklig, både fysisk och psykisk, närvaro stor betydelse då patienten känner sig sedd och hörd samtidigt som det inger trygghet (Elmqvist et al., 2014). När en patient har utsatts för trauma skall inte patienten och dess närstående ses som två isolerade parter. Istället skall familjefokuserad omvårdnad sättas i fokus (Beeby, 2000). Familjefokuserad omvårdnad består av både familjecentrerad omvårdnad och familjerelaterad omvårdnad, vilka kompletterar varandra (Benzein et al., 2017). Familjecentrerad omvårdnad innebär att familjen (en grupp individer där det finns/inte finns en genetisk koppling mellan parterna, vilka upplever sig vara en familj) ses som en sammanhängande enhet där alla familjemedlemmar utgör en varsin del (Benzein et al., 2017). Familjerelaterad omvårdnad är starkt sammankopplat med begreppet personcentrerad vård, vilket innebär att patienten centreras och resterande parter utgör omgivningen (patientens sociala sammanhang). Patientens omgivning skall tas i beaktande i samband med vården (Benzein et al., 2017).

Enligt Jakobsson och Lützén (2014) har sjuksköterskan det yttersta ansvaret för patientnära omvårdnad. Sjuksköterskan måste besitta goda kunskaper för att patienten ska tillgodoseas en adekvat och kvalitativ omvårdnad. Wikström (2018) menar att sjuksköterskans roll på en akutmottagning innefattar ett övergripande ansvar över samtliga patienter på mottagningen där hen ska ha en överblick och vara uppmärksam på förändringar i patienternas aktuella status. De patienter som anländer till akutmottagningen kan ha utsatts för olika typer av trauma, vilket kräver en bred medicinsk kunskap och erfarenhet av sjuksköterskan (Wikström, 2018). En patient som har utsatts för trauma behöver få sina behov tillfredsställda. Beroende på om patienten befinner sig i akut-, mellan- eller långtidsfasen kommer behoven och mottagligheten att variera (Socialstyrelsen, 2018a). Akutfasen är tiden en vecka efter traumat, mellanfasen är tiden en till fyra veckor efter traumat och långtidsfasen är tiden mer än en månad efter traumat (Socialstyrelsen, 2018a). Den akuta fasen karakteriseras av att patienten och närstående är i behov av uppriktig information om patientens tillstånd samt att de fysiska behoven behöver bli prioriterade. I mellan- och långtidsfasen är patienten och närståendes psykologiska behov dominerande (Socialstyrelsen, 2018a).

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2017) skall sjuksköterskan i alla vårdsammanhang, inklusive traumavård, följa den etiska koden för sjuksköterskor som utvecklats av International Council of Nurses (ICN). Den etiska kodens syfte är att utifrån ett gemensamt förhållningssätt vägleda alla sjuksköterskor. Enligt SSF (2017) inbegriper den etiska koden fyra områden, vilka beskriver sjuksköterskans funktion i fyra olika kontexter. Det första området är "sjuksköterskan och allmänheten", vilket innebär att sjuksköterskan skall handla med respekt, lyhördhet, medkänsla och trovärdighet, med hänsyn till patientens integritet. Sjuksköterskan skall även främja en respektfull miljö, tillgodose patienten med adekvat information och tillsammans med samhället se till att hälso- och sociala behov tillgodoses hos allmänheten och utsatta populationer. Det andra området är "sjuksköterskan och yrkesutövningen", vilket innebär att sjuksköterskan skall ta ett ansvar i att upprätthålla sin kompetens genom lärande, att vård som involverar teknik och ny forskning utförs med hänsyn till patientens säkerhet, värdighet och rättighet samt att sjuksköterskan arbetar för en vårdkultur som bidrar till ett etiskt förhållningssätt. Detta framhålls även i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt lagen är kontakt mellan patient och sjuksköterska en av fem huvudaspekter för att uppfylla en god vård. Hälso- och sjukvården ska erbjuda en vård på lika villkor för alla i samhället, där vården ska ges med respekt för människors lika värde och värdighet hos den individuella människan (SFS, 2018:1727). Det tredje området är "sjuksköterskan och professionen", vilket innebär att sjuksköterskan skall utveckla en central del, bestående av evidensbaserad forskning, som underlag i utvecklingen av den kliniska verksamheten. Sjuksköterskan har även en viktig roll i bevarandet och utvecklingen av värdegrunden för omvårdnaden. Det fjärde området är "Sjuksköterskan och medarbetare", vilket innebär att sjuksköterskan skall respektera, samarbeta med och hjälpa medarbetare att utveckla sin etiska medvetenhet (SSF, 2017).

Fossum (2013) beskriver kommunikation som en överföring av information. Kommunikation skapar en förbindelse mellan två eller flera parter och kan definieras som ett ömsesidigt utbyte av information. Enligt Fossum (2013) består kommunikation av två delar; det verbala och det icke-verbala/kroppsliga uttrycket. Ett bemötande innefattar kommunikation och hur ett samtal/möte mellan två eller fler parter (sjuksköterska och patient/närstående) genomförs. Olika professioner inom vården möter dagligen patienter och närstående som bär på känslor av rädsla, ovisshet/osäkerhet och ängslighet. Hur patienten och/eller den närstående upplever sjuksköterskans bemötande kommer att avgöra hur patienten och/eller de närstående upplever kvaliteten av vården (Fossum, 2013). En av de viktigaste förutsättningarna för att samhället

och människan som individ skall utvecklas är människans förmåga och vilja att kommunicera. För att sjuksköterskan skall ha möjlighet att förstå patientens upplevelse av lidande och hälsa är kommunikation och språk avgörande (Fredriksson, 2017).

Teoretisk utgångspunkt

Det vårdvetenskapliga begrepp som har valts i litteraturöversikten är “vårdande kommunikation”. Enligt Fredriksson (2017) kan vårdande kommunikation delas upp i tre typer, vilka är nära förbundna med varandra. Dessa tre typer är; relationell kommunikation, narrativ kommunikation och etisk kommunikation. Den relationella kommunikationen innebär beröring, närvaro och lyssnande, vilket har betydelse för den gemenskap som sjuksköterskan strävar efter i mötet med patienten och närstående. Narrativ kommunikation innefattar patientens berättelse om hur hen upplevt/upplever sin bakgrund, nutid och framtid. Den etiska kommunikationen blir synlig i den respekt som människor visar för varandra och sig själv (Fredriksson, 2017).

Enligt det valda vårdvetenskapliga begreppet är patienten och närstående “människan”. Detta innebär att patienten (människan) är en unik enhet som består av en förenad kropp, ande och själ (Lindwall, 2017). Sjuksköterskans mål är att hålla samman människan som denna unika enhet med hänsyn till den narrativa- och etiska kommunikationen. Enligt Edvardsson och Wijk (2014) har sjuksköterskan en betydelsefull uppgift att se till att patientens miljö är individanpassad, samt inger välbefinnande och trygghet. En del av patientens miljö består av hens närstående, vilket innebär att patient och närstående skall ses som ett sammanhängande system. Sjuksköterskans relationella kommunikation är avgörande för att en relation till patient och närstående skall skapas. Denna relation främjar en miljö som skapar trygghet, lugn och delaktighet. Begreppet “hälsa” har sin grund i den vårdvetenskapliga människobilden. “Hälsa” sammanfattas som sundhet, friskhet samt en känsla av välbefinnande. Möjligheten till hälsa influeras av “människa” och “miljö” (Wärnå-Furu, 2017).

Problemformulering

Patienter som utsatts för ett trauma och deras närstående upplever bland annat stress, sorg, sårbarhet, ilska, osäkerhet och ovisshet i samband med inläggningen på en akutmottagning och/eller intensivvårdsavdelning. Sjuksköterskan har en betydelsefull roll i bemötandet då patienten och de närståendes fysiska och psykiska behov skall tillgodoses samtidigt som sjuksköterskan skall tillämpa familjefokuserad omvårdnad. Sjuksköterskans bemötande

innefattar såväl det verbala uttrycket som det kroppsliga och kan ha en avgörande betydelse för patientens och de närståendes upplevelse av vårdens kvalitet. Detta visar tydligt på vikten av att sammanställa olika studiers resultat om hur patienter som utsatts för trauma och deras närstående upplever sjuksköterskans bemötande på en akutmottagning och/eller intensivvårdsavdelning.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka patienter som utsatts för trauma och deras närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande på akutmottagning och/eller intensivvårdsavdelning.

Frågeställningar

- Hur upplever patienter som utsatts för trauma sjuksköterskans bemötande på en akutmottagning eller intensivvårdsavdelning?
- Hur upplever närstående till patienter som utsatts för trauma sjuksköterskans bemötande på akutmottagning eller intensivvårdsavdelning?

METOD

Design

Syftet besvaras genom en beskrivande design med litteraturöversikt som datainsamlingsmetod. En litteraturöversikt har en eller flera tydliga frågeställningar som utgångspunkt vilken/vilka kan besvaras genom att redan tillgänglig forskning identifieras, väljs ut, kvalitetsgranskas och analyseras systematiskt (Forsberg & Wengström, 2016). Att arbeta på ett systematiskt sätt betyder att alla genomförda steg i litteraturöversikten presenteras noggrant i arbetet (Segesten, 2017).

Sökstrategi

Artiklar med kvalitativa studier har sökts i databaserna PubMed och Cinahl, då dessa har omvårdnad och medicin som fokus (Forsberg & Wengström, 2016). Med hjälp av Svensk MeSH (Karolinska Institutet, i.d.) har sökorden *trauma*, *nurse*, *encounter*, *patient*, *nursing*, *caring*, *experience*, *communication*, *family* och *emergency* använts. “AND” är en boolesk

operator som har använts för att avgränsa sökningen till ett mindre område (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016).

Studier som är kvalitativa, publicerade mellan år 2008 och 2018, skrivna på engelska, inkluderar närstående (>18) och vuxna patienter (>18 år), samt undersöker patienter som utsatts för trauma och de närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande på en akutmottagning/intensivvårdsavdelning kommer inkluderas. Studier som besvarar litteraturöversiktens frågeställningar och som är tillgängliga för vårt lärosäte (Uppsala universitet) kommer att inkluderas. Studier i artiklar med låg kvalitet kommer att exkluderas.

Tillvägagångssätt

I PubMed genomfördes sex sökningar, se tabell 1. De inklusionskriterier som användes i sökningarna #1 till och med #5 var; Clinical trials, publicerad under de senaste 10 åren, engelska och vuxna: 19+ år. I sökning #6 användes inklusionskriterierna; Publicerad under de senaste 10 åren, engelska och vuxna: 19+ år. De sex sökningarna sorterades efter "most recent". I Cinahl genomfördes nio olika sökningar, se tabell 1. I alla sökningar, förutom sökning #8 och #9, användas följande inklusionskriterier; Linked full text, publikationsår: 2008:01:01-2018:12:31, engelska och vuxna (>18). I sökning #8 och #9 användes Linked full text, publikationsår: 2008:01:01-2018:12:31 och engelska som inklusionskriterier. I alla nio sökningar sorterades artiklarna efter "relevance" och i alla sökningar användes sökläget "find all my search terms".

Artiklarnas titlar lästes av författarna. Resulterade sökningen i fler än 400 artiklar, lästes endast de första 400 artiklarna, se tabell 1. Abstract lästes i de artiklar vars titel ansågs vara relevant för litteraturöversiktens syfte. Sammanlagt valdes 13 artiklar ut, vars abstract tydde på att studien var relevant för att besvara litteraturöversiktens frågeställningar. Efter att artiklarnas metod- och resultatdel lästs igenom, exkluderades tre artiklar då de inte besvarade litteraturöversiktens syfte. De 10 återstående artiklarna kvalitetsgranskades. Ingen av artiklarna exkluderades. Totalt återstod 10 artiklar.

Tabell 1. Översikt litteratursökning.

Databas och datum för sökning	Sökord	Utfall	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal artiklar där metod- och resultatdel lästes igenom	Antal artiklar som kvalitetsgranskats	Antal valda artiklar
PubMed 2018 /11 /26	#1 Trauma AND nurse	152	152	6	0	0	0
PubMed 2018/11/26	#2 Trauma AND caring	28	28	1	0	0	0
PubMed 2018/11/26	#3 Trauma AND encounter AND patient	11	11	3	0	0	0
PubMed 2018/11/26	#4 Trauma AND nurse AND care	100	100	6	0	0	0
PubMed 2018/11/26	#5 Trauma AND patient AND experience	335	335	8	0	0	0
PubMed 2018/11/26	#6 Trauma AND patient AND family	2196	400	8	1	1	1
Cinahl 2018/11/26	#1 Nursing AND trauma AND patient	114	114	15	3	2	2

Cinahl 2018/11/26	#2 Nursing AND trauma AND care	112	112	1	0	0	0
Cinahl 2018/11/26	#3 Trauma AND nursing AND caring	42	42	2	2	2	2
Cinahl 2018/11/26	#4 Trauma AND experience AND patient	389	389	8	3	2	2
Cinahl 2018/11/26	#5 Trauma AND nursing AND emergency	44	44	0	0	0	0
Cinahl 2018/11/26	#6 Trauma AND nursing AND communication	24	24	5	1	0	0
Cinahl 2018/11/26	#7 Nursing AND caring AND family	230	230	1	1	1	1
Cinahl 2018/11/26	#8 Caring AND family AND trauma	81	81	5	1	1	1
Cinahl 2018/11/26	#9 Patients AND experience AND trauma	2602	400	3	1	1	1

Bearbetning och analys

Kvalitetsanalys

De 10 utvalda artiklarna kvalitetsgranskades med SBU:s kvalitetsmall, vilken finns bifogad som bilaga 1 (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2014). Utifrån kvalitetsmallen värderades studiens syfte, urval, datainsamling, analys och resultat genom att de frågor som fanns under varje del i mallen besvarades med ett “ja”, “nej”, “oklart” eller “ej tillämpligt”.

Kvalitetsmallen kompletterades med en handbok för att enklare värdera artiklarnas kvalitet (Willman et al., 2016). I handboken fanns nio kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet på tre olika nivåer; låg, medel eller hög (SBU, 2017). Utifrån dessa kriterier kunde till exempel en artikel ha fem kriterier för hög kvalitet och fyra kriterier för låg kvalitet, vilket genererade en medelhög kvalitet. På detta sätt värderades samtliga artiklar, vilket resulterade i sex artiklar med medel – hög kvalitet och fyra artiklar med medel kvalitet, se bilaga 2.

Resultatanalys

Resultatanalysen gjordes enligt Forsberg och Wengströms (2016), vilket innebar att de utvalda artiklarnas resultat lästes igenom ett flertal gånger för att få en uppfattning av innehållet. I artiklarnas resultat identifierades ett antal kodord. Dessa kodord delades upp och bildade ett flertal grupper, vilka benämndes med kategorier. Resultatet presenteras utifrån dessa kategorier och resultatet från samtliga artiklar presenteras i tabellform enligt Willman (2016), se bilaga 2.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Forsberg och Wengström (2016) innebär etiska överväganden vid skapandet av systematiska litteraturöversikter att artiklar som väljs ut har genomfört noggranna etiska överväganden i sina studier eller att studierna är godkända av en etisk kommitté (säkerställer god medicinsk forskning och att det inte föreligger fusk). Enligt Vetenskapsrådet (i.d.) omfattas de etiska övervägandena av fyra krav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskarna skall säkerställa att deltagarna i forskningen får tillräcklig information om syftet med forskningen. Samtyckeskravet innebär att deltagarna själva bestämmer över sitt deltagande i forskningen. Konfidentialitetskravet innebär att deltagarnas personuppgifter förvaras i förtroende så att ingen oberättigad når dessa. Nyttjandekravet innebär att den data som samlas in endast får nyttjas i forskningssyfte. Efter att ha genomfört de etiska övervägandena presenterades de valda artiklarnas resultat i tabellform och löpande text (Forsberg & Wengström, 2016).

RESULTAT

Följande resultat är baserat på 10 studier med kvalitativ metodik. Hälften av studierna har undersökt patientens perspektiv av sjuksköterskans bemötande och hälften har undersökt närståendes perspektiv. Vid analysen av artiklarnas resultat kunde fyra kategorier skapas; Information från sjuksköterskan, verbal och icke-verbal kommunikation från sjuksköterskan, engagemang och attityd hos sjuksköterskan samt psykiskt och fysiskt stöd från sjuksköterskan.

Information från sjuksköterskan

Patienterna kände sig mer säkra och lugna om de fick tillräckligt med information från sjuksköterskan rörande vård, undersökningar och behandlingar. Patienterna uppskattade att sjuksköterskan gav information om vad som hände, samtidigt som en viss omvårdnad eller behandling utfördes (Skene, Pott & McKeown, 2017). En del patienter upplevde att informationsgivningen var bristande då de inte fick veta vilken vård, behandling och omvårdnad de fick och/eller varför de fick den (Skene et al., 2017; Gotlib Conn, Zwaiman, Das Gupta, Hales, Watamaniuk & Nathens, 2018). Patienter som skulle förflyttas mellan avdelningar upplevde ett frånvarande och bristfälligt informationsutbyte mellan sjuksköterskorna, vilket gjorde att information missades. Brister i informationsgivningen resulterade i att både patienten och de närstående upplevde en låg kvalitet av vården (Gotlib Conn et al., 2018).

Närstående ansåg att det var viktigt att få ärlig och förståelig information om patienten från sjuksköterskan (McKiernan & McCarthy, 2010; Al-Mutair, Plummer, Clerehan & O'Brian, 2013). De ansåg att sjuksköterskorna var de som gav mest lämplig och riklig information bland den personal som arbetade på intensivvårdsavdelningen och de hade hög respekt för sjuksköterskorna (McKiernan et al., 2010). Information om patientens prognos bidrog till minskad stress och oro hos de närstående, vilket gjorde att den traumatiska situationen blev lättare att hantera (Al-Mutair et al., 2013; McKiernan et al., 2010). Information om mediciner, undersökningar, ingrepp och teknisk utrustning ansågs vara betydelsefull (Al-Mutair et al., 2013; Clukey, Curtis, Hayes & Merrill, 2009). Sjuksköterskan ansågs använda ett vårdande beteende om hen förklarade för dem om den traumatiska situationen och vad som hände, patientens status samt varför behandlingar och åtgärder utfördes (Clukley et al., 2009). Enligt de närstående underlättade det när sjuksköterskan gav ärlig, förberedande information om vad de skulle förvänta sig att se och uppleva på intensivvårdsavdelningen (McKiernan et al., 2010; Clukley et al., 2009;). Den visade kunskapen

och kompetensen hos sjuksköterskan ledde till att de närstående fick förtroende för sjuksköterskan och hens vård av patienten (McKiernan et al., 2010; Clukley et al., 2009). De närstående kände sig inte involverade i vårdprocessen om de inte fick information om patientens tillstånd (Al-Mutair et al., 2013). Sjuksköterskan behövde försäkra sig om att de förstått den information som givits dem (McKiernan et al., 2010).

Verbal och icke-verbal kommunikation från sjuksköterskan

Enligt Tutton, Seers, & Langstaff (2008) upplevde patienterna sig mer avslappnade och mindre rädda för vårdprocessen om de skapade en relation med sjuksköterskan. Interaktionen mellan patient och sjuksköterska bidrog till en känsla av välvilja från sjuksköterskan och öppenhet hos patienten. Relationen mellan patienten och sjuksköterskan gynnade samarbetet för att hitta lösningar och behandlingar som främjade patientens hälsa och rehabilitering (Tutton et al., 2008). Patienterna uppskattade att sjuksköterskan använde sig av humor och tröst i bemötandet, då det gjorde att patienterna kände sig behandlade med respekt och vänlighet. Tröst från sjuksköterskan till patienterna reducerade patienternas känslor av panik samtidigt som det bidrog till avslappning (Skene et al., 2017).

De närstående upplevde att det var positivt att ha en god relation till sjuksköterskan (Al-Mutair et al., 2013; O'Connell, Fritzeen, Guzzetta, Clark, Lloyd, Scott, Aldridge & Kreling, 2017). Därmed kunde de ge betydelsefull information till sjuksköterskan om patientens hälsohistoria (O'Connell et al., 2017).

Närstående upplevde att sjuksköterskans icke-verbala kommunikation kunde yttra sig både positivt och negativt (Clukley et al., 2009; Nantz et al., 2015). De upplevde sjuksköterskans beteende som vårdande när hen hade ögonkontakt med dem, visade ett leende och uppmuntrade dem genom fysisk beröring. De närstående framhävde vikten av sjuksköterskans tonfall på rösten, då detta var något som uppmärksammades tidigt i bemötandet och kunde leda till att bemötandet upplevdes positivt eller negativt (Clukley et al., 2009). De upplevde sjuksköterskans icke-verbala beteende som icke-vårdande när hen uppträdde tvär, kall, stressad, belastad eller inte hade tid att lyssna på dem (Clukley et al., 2009; Nantz et al., 2015). Det var även ett tydligt tecken på att sjuksköterskan inte ville vara där hon var (Clukley et al., 2009; Nantz et al., 2015). När sjuksköterskan dessutom inte hälsade på patient och närstående uppfattades det från de närstående som ett icke-vårdande beteende (Nantz et al., 2015).

Engagemang och attityd hos sjuksköterskan

Enligt Merrill, Hayes, Clukley & Curtis (2012) ansåg majoriteten av alla patienter att en av de viktigaste delarna för att sjuksköterskans beteende skulle upplevas som vårdande var att hen tillgodosåg deras uttalade och outtalade behov (Merrill et al., 2012). Enligt Reeves & Humphreys (2017) upplevde kvinnor som utsatts för våld att deras berättelse misstroddes, ignorerades och isolerades av vårdpersonalen, däribland sjuksköterskan. Kvinnorna upplevde dessutom att sjuksköterskan förminskade betydelsen av deras traumatiska upplevelse vilket triggade igång tidigare upplevda känslor (Reeves et al., 2017).

Sjuksköterskan upplevdes engagerad när hen var närvarande och visade intresse för närstående och patient (Clukley et al., 2009; Nantz et al., 2015). När sjuksköterskan engagerade sig i patienten och utförde omvårdnaden utifrån dennes behov upplevde närstående det som ett vårdande beteende hos sjuksköterskan (Clukley et al., 2009; Nantz et al., 2015). Arbetsengagemanget hos sjuksköterskan var enligt de närstående ett vårdande beteende som upplevdes positivt. Detta innebar till exempel att sjuksköterskan frekvent kontrollerade patientens status (vitala parametrar) (Nantz et al., 2015).

Enligt Al-Mutair och medarbetare (2013) kände sig en del närstående inte välkomna och tyckte att de behandlades på ett oprofessionellt och orättvist sätt av sjuksköterskan. I vissa situationer kunde de också uppleva att sjuksköterskan tyckte att de var ointressanta och nonchalanta. En del av sjuksköterskorna såg på dem som att de var okunniga och inte hade någon insikt i patientens tillstånd (Al-Mutair et al., 2013). När de närstående frågade många frågor om patientens tillstånd eller bad om en specifik omvårdnad för patienten upplevde de närstående att sjuksköterskan kände sig överbelastad (Al-Mutair et al., 2013; Clukley et al., 2009; Nantz et al., 2015).

Psykiskt och fysiskt stöd från sjuksköterskan

Att sjuksköterskan var känslig inför patienten, gav en lugnande närvaro, lyssnade aktivt och bekymrade sig för patienten ansågs vara en viktig del i den stödjande omvårdnaden (Merrill et al., 2012; Clukley et al., 2009; Nantz et al., 2015). Patienterna upplevde att sjuksköterskan fokuserade på patientens känslomässiga behov och hjälpte dem att hantera positiva, men framförallt negativa känslor (Tutton et al., 2008). Enligt Gotlib Conn och medarbetare (2018) upplevde patienterna motsatsen. Patienterna kände ångest och depressiva känslor i samband med att de befann sig på trauma-centret, vilket sjuksköterskan varken uppmärksammade eller åtgärdade då fullt fokus låg på patientens fysiska återhämtning (Gotlib Conn et al., 2018).

Att se och uppmärksamma de närstående var en viktig del av patientens vård (McKiernan et al., 2010; Nantz et al., 2015; Clukley et al., 2009). Det visade på att sjuksköterskan tillämpade familjefokuserad omvårdnad, vilket upplevdes vårdande och positivt av närstående (Clukley et al., 2009). De närstående ansåg att psykiskt stöd från sjuksköterskan var en avgörande del i hanteringen av den traumatiska, kritiska och stressiga situationen (Al-Mutair et al., 2013; Clukley et al., 2009).

De närstående upplevde sjuksköterskans beteende som vårdande när hen la ner särskild tid och energi på att ge god fysisk och psykisk komfort till patienten, vilket bidrog till känslor av trygghet och tröst (Clukley et al., 2009; Merrill et al., 2012; McKiernan et al., 2010). Sjuksköterskans beteende upplevdes även som vårdande när hen gav utrymme för socialt pratande och tillgodosedde patienten med adekvat omvårdnad samtidigt som hen brydde sig om patienten på ett personligt sätt. Det kunde innebära att rätta till småsaker eller att lägga märke till saker som ingen annan i vårdpersonalen tidigare gjort (McKiernan et al., 2010). Enligt Al-Mutair och medarbetare (2013) upplevde närstående inget psykiskt stöd. De upplevde att sjuksköterskorna inte uppmärksammade deras psykiska mående, framförallt i den akuta fasen (Al-Mutair et al., 2013). När de närstående inte fick psykiskt stöd från sjuksköterskan upplevde de situationen som mycket stressande (Al-Mutair et al., 2013). Närstående ansåg att det var viktigt att få sina fysiska behov tillfredsställda, likaväl som de psykiska (Clukley et al., 2009; Nantz et al., 2015). När sjuksköterskan erbjöd en tandborste, en filt eller en kopp kaffe kände de sig mer bekväma i vårdmiljön då det visade på att sjuksköterskan uppmärksammade dem (Clukley et al., 2009). När sjuksköterskan tillgodosedde patienten med god fysisk komfort, som till exempel kuddar i sängen eller lindrade smärta, upplevdes det som vårdande (Clukley et al., 2009).

DISKUSSION

Fyra betydande beteenden i sjuksköterskans bemötande identifierades; information från sjuksköterskan, verbal och icke-verbal-kommunikation från sjuksköterskan, engagemang och attityd hos sjuksköterskan samt psykiskt och fysiskt stöd från sjuksköterskan. Patienter och närstående ansåg att ärlig och förståelig information, en relation till sjuksköterskan, fysisk beröring och ögonkontakt, engagemang och visat intresse för patient/närstående, samt att deras känslomässiga och fysiska behov blev tillfredsställda var vårdande beteenden i sjuksköterskans bemötande. Patienter och närstående upplevde sjuksköterskans bemötande som icke-vårdande när

informationen var bristfällig eller när sjuksköterskan var tvär, stressad och verkade överbelastad, samt när sjuksköterskan inte uppmärksammade patientens och de närståendes psykiska och fysiska behov.

Resultatdiskussion

Information från sjuksköterskan

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor står det att patienten skall tillgodoses med adekvat information från sjuksköterskan (SSF, 2017). Fossum (2013) förklarar att överföring av information är en viktig del i kommunikationen. Brister i informationsgivningen skildrar att sjuksköterskan inte följer den etiska koden för sjuksköterskor och därmed inte tillgodoser patienten med adekvat information. Två möjliga orsaker till detta kan vara kunskapsbrist och/eller tidsbrist. Kunskapsbrist innebär att sjuksköterskan inte besitter tillräckligt goda kunskaper för att förklara för patienten om en viss omvårdnad, undersökning eller behandling. Tidsbrist innebär att sjuksköterskans arbete är tidspressat, vilket resulterar i att informationsgivningen omedvetet glöms bort eller medvetet prioriteras bort. En annan orsak till brister i informationsgivningen kan vara att sjuksköterskan gett tillräckligt med information, men som för patienten var obegriplig att förstå, då den inte var individuellt anpassad. Enligt patientlagen ska informationen vara individanpassad (SFS 2014:821). Patienten som har utsatts för trauma och de närstående befinner sig i ett lidande som påverkar mottagligheten för information (Socialstyrelsen, 2018a; Fredriksson, 2017). I den traumatiska situationen kan det vara betydelsefullt att det är samma sjuksköterska som ger kontinuerlig information (Pryzby, 2005).

Enligt Jakobsson och Lützén (2014) och SFF (2017) måste sjuksköterskan besitta goda kunskaper för att kunna tillgodose patienten med adekvat omvårdnad som håller god kvalitet. I ICN:s etiska kod står det att sjuksköterskan skall upprätthålla sin yrkeskompetens genom att kontinuerligt inhämta ny och evidensbaserad kunskap (SFF, 2017). Detta framhävs även i patientsäkerhetslagen som menar att sjuksköterskan har en skyldighet att arbeta utifrån forskning och beprövad erfarenhet (2010:659). Om sjuksköterskan inte besitter tillräcklig kunskap eller har brist på/saknar kompetens kan det leda till att fel information ges eller att hen väljer att inte ge information då hen är medveten om att den kan vara felaktig.

Enligt Nilsen, Skagerström, Ericsson och Schildmeijer (2017) kan tidsbrist och bristande informationsgivning vara en orsak till nedsatt patientsäkerhet. Detta då tidsbristen hindrar möjligheten för sjuksköterskan att skapa en relation mellan hen och patienten, vilket påverkar

patientens delaktighet i vården och därmed även patientsäkerheten. En verksamhet vinner därför tid på att öka patientdelaktigheten genom att hålla patienter kontinuerligt välinformerade och främja skapandet av relationer mellan patient och sjuksköterska, då det minskar risken för misstag och lidande (Nilsen et al., 2017). Minimeras risken för misstag och lidande minskar även risken för vårdskador, vilket genererar en ökad patientsäkerhet. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] (2013) kostade de vårdskador som hade kunnat undvikas mellan ca 7–8 miljarder svenska kronor (per år). Kostnaden berodde framförallt på att den/de inträffade skadan/skadorna krävde en längre vårdtid för patienten (SKL, 2013). Socialstyrelsen (2018b) anser att en minskad arbetsbelastning, ökad bemanning och rätt kompetens genererar en ökad patientsäkerhet i vården. Inspektionen för vård och omsorg [IVO] (2014) menar att patienten är huvudpersonen under vårdförloppet och genom att tillgodose patienten med adekvat information kan hen vara till förfogande i vårdkedjans alla steg.

Verbal och icke-verbal kommunikation från sjuksköterskan

Att eftersträva en relation mellan patient och sjuksköterska har sedan flera årtionden varit betydelsefullt (Fredriksson, 2017). Relationen mellan sjuksköterska och patient/närstående skapas genom verbal och/eller icke-verbal kommunikation. Den verbala kommunikationen skapar en koppling mellan sjuksköterska och patient/närstående genom ett ömsesidigt utbyte av information (Fossum, 2013).

Relationen mellan sjuksköterska och patient främjas av vårdande kommunikation och dess tre olika kommunikationstyper; relationell, narrativ och etisk kommunikation (Fredriksson, 2017). Fysisk beröring, ögonkontakt, leende och uppmuntrande tonfall från sjuksköterskan (relationell kommunikation) är viktiga faktorer för att främja relationen till patienten. För att sträva efter en ömsesidig respekt mellan sjuksköterska och patient (etisk kommunikation) kan sjuksköterskan använda sig av humor och tröst i bemötandet. Det behövs därmed både verbal och icke-verbal kommunikation för att främja skapandet av en god relation mellan patient/närstående och sjuksköterska. En möjlig orsak till att relationen inte främjades av den vårdande kommunikationen kan vara att sjuksköterskan uppträdde tvär, stressad och belastad, samt inte hade tid att lyssna på patienten.

Relationen mellan patient och sjuksköterska blir på ett naturligt sätt mer prioriterad än relationen mellan närstående och sjuksköterska, då de behöver samarbeta i vårdarbetet. Emellertid borde relationen mellan närstående och sjuksköterska bli lika prioriterad, eftersom att patienten och

närstående ses som en sammanhängande enhet i den familjecentrerade vården. Om sjuksköterskan eftersträvar en relation med närstående och låter dem samverka i vården kan betydelsefull information om till exempel patientens omvårdnadsbehov åskådliggöras. Enligt Benzein och medarbetare (2017) kan relationen mellan närstående och sjuksköterska göra att närstående känner sig involverade i vårdssystemet. Därmed kan deras välbefinnande öka, lidandet minska och de kan påverka patientens upplevelse av ohälsa/sjukdom.

Engagemang och attityd hos sjuksköterskan

Närvaro har betydelse för utvecklingen av gemenskap i mötet mellan sjuksköterska och patient (Fredriksson, 2017). Fysisk och psykisk närvaro inger trygghet och gör att patienten känner sig sedd och hörd (Elmqvist et al., 2014). I ICN:s första etiska kod belyses vikten av sjuksköterskans attityd. Sjuksköterskan ska bland annat arbeta med respekt, lyhördhet och medkänsla till patienten, med hänsyn till patientens integritet (SFF, 2017). Detta styrks även i patientsäkerhetslagen då patienten ska visas omtanke och respekt från vårdpersonalen (SFS, 2010:659). Sjuksköterskan bör visa engagemang för patienten då det är grundläggande för att bedriva en patientfokuserad omvårdnad och tillsammans med patienten planera vården (Fransson Sellgren, 2014).

När sjuksköterskans attityd och beteende är bristande bryter hen mot den etiska koden (SFF, 2017). Den oengagerade inställningen från sjuksköterskan gynnar inte den patientfokuserade omvårdnaden eller relationen mellan patient/närstående och sjuksköterskan. Det bristande beteendet från sjuksköterskan gentemot patienten och närstående kan bero på att sjuksköterskan känner sig stressad och pressad på grund av personalbrist och/eller tidsbrist. Vid personalbrist ökar arbetsbelastningen på sjuksköterskan, vilket kan medföra att hen blir utmattad och inte har energi till att engagera sig i patienterna. Tidsbristen kan göra att sjuksköterskan helt enkelt inte har tid att närvara och/eller lyssna i tillräckligt stor utsträckning för att patienten och närstående ska uppleva sjuksköterskan som engagerad.

Psykiskt och fysiskt stöd från sjuksköterskan

Det finns fem huvudsakliga behov hos närstående, bland annat fysisk komfort och fysiskt stöd (Pryzby, 2005). De fysiska behoven hos en människa måste tillfredsställas innan de psykiska behoven kan hamna i fokus. De grundläggande fysiska behoven innefattar bland annat möjligheten till mat och sömn. Enligt Socialstyrelsen (2018a) karaktäriseras den akuta fasen av att prioritera den fysiska återhämtningen. Det är framförallt i mellan- och långtidsfasen som patienten är i störst behov av att få sina psykiska behov tillfredsställda av sjuksköterskan (Socialstyrelsen, 2018a).

Under akutfasen kan patientens psykiska behov prioriteras bort och därmed påverkas patientens möjlighet att reflektera över vad som har hänt. Några dagar efter traumat kan det bli lättare att stanna upp, reflektera och låta sig själv känna. När patienten låter sig själv känna, kan både positiva och negativa känslor komma upp till ytan, vilka kan komma att behöva bemötas av sjuksköterskan. Enligt Paiva och medarbetare (2010) kan patienten uppleva känslor av rädsla, ilska, ovisshet och sårbarhet. Om de psykiska behoven prioriteras bort påverkar det även de närstående, då de upplevde situationen mer stressande om det psykiska stödet uteblev. Detta kan leda till att närstående blir i behov av ett mer omfattande psykiskt stöd i fortsättningen efter att patienten har återhämtat sig fysiskt, vilket kan skapa ett behov av psykiatrisk vård (farmakologisk behandling och/eller psykolog).

Problematiken i att det fysiska, men framförallt det psykiska stödet, uteblir är att det med hög sannolikhet kan generera ett ökat vårdbehov. En orsak till varför det förelåg brister i det psykiska stödet kan ha varit tidsbrist i verksamheten. Enligt Nilsen och medarbetare (2017) är tidsbrist en huvudsaklig faktor till att icke-prioriterade uppgifter uteblir. Sjuksköterskans roll på akutmottagningen/intensivvårdsavdelningen är att ha övergripande ansvar över samtliga patienter, vilket inkluderar att ha en överblick och vara uppmärksam på förändringar i patienternas aktuella status (Wikström, 2018). Beroende på hur situationen på akutmottagningen/intensivvårdsavdelningen ser ut kommer möjligheten att tillgodose alla patienters fysiska och psykiska behov att variera. Råder det personalbrist där sjuksköterskan behöver ansvara för 7–8 kritiska patienter kan sjuksköterskan komma att behöva prioritera bort det psykiska stödet och istället endast fokusera på att hålla patienterna fysiskt stabila i sina parametrar. En annan möjlig förklaring till detta kan ha varit att sjuksköterskan inte hade tillräcklig kompetens och utbildning om hur man uppfyller psykiska behov.

Metoddiskussion

Resultatens trovärdighet

Litteraturöversikten innehåller ett noggrant beskrivet analysarbete. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) är detta något som ökar arbetets tillförlitlighet. Resultatet i litteraturöversikten besvarar arbetets frågeställningar och syfte och därmed anses arbetet giltigt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Åtta av tio studiers resultat i litteraturöversikten anses vara överförbara. Detta då artikelförfattarna noggrant har beskrivit urvalsprocessen, datainsamlingen och analysarbetet. Detta är viktiga faktorer för att avgöra studiens överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). En av artiklarna har inte beskrivit analysarbetet noggrant (Merrill et al., 2012). En annan artikel har

inte beskrivit urvalsprocessen utförligt (Al-Mutair et al., 2013). Då endast två av tio studier i litteraturöversikten bedöms som mindre överförbara, anses resultatet i litteraturöversikten vara överförbart i stor grad.

Litteraturstudiens resultat och dess trovärdighet påverkas av författarnas förförståelse om ämnet som studeras. Författarnas förförståelse innebär deras teoretiska kunskap, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar om ämnet (Lundman et al., 2017). Författarna i litteraturöversikten har sedan tidigare en teoretisk kunskap om definitionen av ett trauma och ett traumateam. Författarna har tidigare erfarenheter från att arbeta på en akutmottagning, men inte i tillräckligt stor utsträckning för att ha skapat en ordentlig uppfattning om patienter som utsatts för trauma och dess närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande. Då kunskapen var begränsad och erfarenheterna låga anses inte författarnas förförståelse påverkat analysarbetet av studiernas resultat.

Styrkor

Då syftet med litteraturöversikten var att undersöka patienter och deras närståendes upplevelser, ansågs det relevant att de utvalda studierna använt sig av en kvalitativ metod. Vid urvalet av studier användes lämpliga sökord från Svensk MeSH (Karolinska Institutet, i.d.), vilka begränsade urvalet för att besvara litteraturöversiktens syfte. Sökningarna gjordes i databaserna PubMed och Cinahl, vilka är fokuserade på medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2016). Därmed ansågs databaserna vara relevanta att använda för litteraturöversikten. Samtliga studier anses relevanta i tiden för att besvara litteraturöversiktens syfte. Artiklarna och dess studier skulle vara skrivna på engelska för att öka utfallet av sökresultaten, till skillnad från om de hade varit skrivna på svenska. Litteraturöversiktens syfte är begränsat till att undersöka upplevelser hos vuxna patienter (över 18 år). Utan detta inklusionskriterie hade även barn inkluderats i sökningens resultat, vilket hade gjort litteraturöversikten mer omfattande och tidskrävande att genomföra. I alla sökningar på PubMed, förutom sökning #6, användes kriteriet "clinical trials". Enligt Karolinska institutet (i.d.) är "clinical trials" en klinisk prövning som är planerad i förväg att utföras. Denna typ av studie ansågs vara tillämplig för litteraturstudiens syfte. I sökning #6 inkluderades inte kriteriet "clinical trials" då relevanta studier som besvarade litteraturöversiktens syfte föll bort. I alla sökningar på Cinahl, förutom sökning #8 och #9 användes kriteriet Vuxna (>18 år). Anledningen till att kriteriet inte inkluderades i sökning #8 och #9 var att studier som fokuserade på de närståendes upplevelser föll bort. Detta på grund av att de närstående var "barn" till patienterna men trots det en ålder på över 18 år. Litteraturöversiktens enda exklusionskriterie innebar att artiklar med låg kvalitet exkluderades.

Exklusionskriteriet användes för att studier i artiklar med låg kvalitet inte ansågs vara användbara för att besvara litteraturstudiens frågeställningar.

Hälften av de utvalda studierna undersökte patienters upplevelser och den andra hälften undersökte de närståendes upplevelser. Därmed var resultatet från studierna jämnt fördelat mellan frågeställningarna, vilka fick lika mycket fokus i resultatdelen. SBU:s kvalitetsmall (SBU, 2014) för kvalitetsgranskning var lätt att följa då dess frågor om studiernas kvalitet besvarades med hjälp av olika svarsalternativ. SBU:s handbok för kvalitetsbedömning gav bra vägledning för att göra en korrekt bedömning av studiernas kvalitet. Kvalitetsbedömningen resulterade i fyra artiklar med medel kvalitet och sex artiklar med medelhög kvalitet.

Svagheter

En svaghet i litteraturöversikten är de valda kategorierna, framförallt de två första; Information från sjuksköterskan samt verbal och icke-verbal kommunikation från sjuksköterskan. Detta då innehållet i de två ovan nämnda kategorierna inte är ömsesidigt uteslutande, det vill säga, det är svårt att särskilja innehållet i dem. En annan svaghet med litteraturöversikten är att de ingående studierna använt sig av ett begränsat urval. Deltagarna i samtliga studier, både patienter och närstående, behövde i den traumatiska situationen ha möjlighet och energi till att medverka i intervjuer, vilket begränsade antalet deltagare i litteraturöversiktens studier. I alla studier, förutom en, användes intervjuer som datainsamlingsmetod. Eftersom att det i studierna genomförts intervjuer kan intervjuaren och författaren ha tolkat materialet olika. Detta kan möjligtvis ha påverkat uppfattningen av insamlat material och därmed även resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Forsberg och Wengström (2016) ska forskarna genomfört noggranna etiska överväganden i studien eller så ska studien vara godkänd av en etisk kommitté för att klassas som etiskt prövad. Samtliga studier uppfyllde samtyckeskravet. Sju av tio artiklar uppfyllde informationskravet. Fyra artiklar var dessutom godkända av en etisk kommitté.

Vidare forskning inom ämnet

Eftersom att litteraturöversiktens resultat visade på att patienter och närstående ibland upplever sjuksköterskans bemötande negativt (brister i de fyra kategorierna) och då upplever en låg kvalitet av vården anser vi att vidare forskning är nödvändig. Detta för att förbättra sjuksköterskans bemötande och därmed patienter och närståendes upplevelser av vårdens kvalitet.

Slutsats

Patienter som utsatts för trauma och deras närstående upplever sjuksköterskans bemötande på akutmottagning/intensivvårdsavdelning både positivt och negativt. Upplevelserna av bemötandet avgörs i samband med sjuksköterskans förmåga att överföra information till patient och närstående, kommunicera både verbalt och icke-verbalt, engagera sig i patient och närstående, visa en god attityd samt uppfylla fysiska och psykiska behov hos patienten och närstående.

REFERENSER

*Al-Mutair, A., Plummer, V., Clerehan, R. & O'Brian, A. (2013). Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care* 19(3), 135–144. doi: 10.1111/nicc.12040

Beeby, JP. (2000). Intensive care nurses' experiences of caring. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(3), 151-163.

Benzein, E., Hagberg, M. & I-B, Saveman. (2017). Varför ska familjen ses som en enhet? I Benzein, E., Hagberg, M. & I-B, Saveman. (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg*. (2. uppl., s.27–30). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M. & I-B, Saveman. (2017). Relationen mellan familj och sjuksköterska- ett systematiskt förhållningssätt I Benzein, E., Hagberg, M. & I-B, Saveman. (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (2. uppl., s.53–63). Lund: Studentlitteratur.

*Clukey, L., Curtis, D., Hayes, J. & Merrill, A. (2009). Helping them understand: nurses' caring behaviors as perceived by family members of trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 47 (2), 73-81. doi: 10.1097/JTN.0b013e3181ac91ce.

Edvardsson, D. & Wijk, H. (2014). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (2. uppl., s. 100). Lund: Studentlitteratur.

Ekström, L., Göransson, K., Karlsson, R. & Wireklint, S. (2014). Organisation på akutmottagning. I Almerud Österberg, S. & Elmquist, C. (Red.), *Akut omhändertagande av trauma - på skadeplats och akutmottagning* (s.115–139). Lund: Studentlitteratur.

Elmquist, C. & Almerud Österberg, S. (2014). *Akut omhändertagande av trauma - på skadeplats och akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.

- Elmquist, C., Rask, M. & Berglund, H. (2014). Stöd under och efter akut omhändertagande. I Elmquist, C. & Almerud Österberg, S. (Red.), *Akut omhändertagande av trauma - på skadeplats och akutmottagning* (s.179–198). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4.uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation - samtal och bemötande i vården* (s.25–49). Lund: Studentlitteratur.
- Fransson Sellgren, S. (2014). Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. *Omvårdnadens grunder; ansvar och utveckling*. (2. uppl., s.254–277). Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, L. (2017). Vårdande kommunikation. I Bergbom, I. & Wiklund Gustin, L. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.415 & 417). Lund: Studentlitteratur.
- *Gotlib Conn, L., Zwaiman, A., DasGupta, T., Hales, B., Watamaniuk, A. & Nathens, A. (2018). Trauma patient discharge and care transition experience: identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury*, 49(1), 97-103. doi: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.09.028>
- Inspektionen för vård och omsorg [IVO]. (2014). Kommunikationsbrister i vården. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>
- Jakobsson, E. & Lützén, K. (2014). Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (Red.) *Omvårdnadens grunder; ansvar och utveckling*. (2. uppl., s.34 & 44). Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska institutet. (i.d.). *Clinical trial*. Stockholm: Karolinska institutet. Hämtad den 5 december, 2018, från <https://mesh.kib.ki.se/term/D016430>

Karolinska institutet. (i.d.). *Svensk MeSH*. Stockholm: Karolinska institutet. Hämtad 30 november, 2018, från <https://mesh.kib.ki.se>

Landstinget i Uppsala Län. (2010). *Trauma - uppdragsbeskrivning om åtgärder kring skador uppkomna genom olycksfall eller annat yttre våld*. Uppsala: Landstinget i Uppsala län.

Lindwall, L. (2017). Kropp. I Bergbom, I. & Wiklund Gustin, L. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.113). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3. uppl., s. 211–226). Studentlitteratur: Lund.

*McKiernan, M. & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 254-261. doi: 10.4037/ajcc2017503

*Merill, A., Hayes, J., Clukley, L. & Curtis, D. (2012). Do they really care? How trauma patients perceive nurses' caring behaviors. *Journal of Trauma Nursing*, 19(1), 33-37. doi: 10.1097/JTN.0b013e318249fcac

*Nantz, S. & Hines, A. (2015). Trauma patients family members perceptions of nurses caring behaviors. *Journal of Trauma Nursing*, 22(5), 249-255. doi: 10.1097/JTN.0000000000000149

Nilsen, P., Skagerström, J., Ericsson, C. & Schildmeijer, K. (2017). Många faktorer påverkar om patienter kan medverka till säkrare vård. *Läkartidningen*, 114(13), 1–5.

*O'Connell, K., Fritzeen, J., Guzzetta, C., Clark, A., Lloyd, C., Scott, S., Aldridge, M. & Kreling, B. (2017). Family presence during trauma resuscitation: family members' attitudes, behaviors, and experiences. *American Journal of Critical Care*, 26(3), 229-239. doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.004

*Paiva, L., Rossi, L-A., Costa, M-C-S. & Dantas, R-A-S. (2010). The experiences and consequences of a multiple trauma event from the perspective of the patient. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1221-1228.

Pryzby, B. (2005). Effects of nurse caring behaviors on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(1), 16-23. doi: 10.1016/j.iccn.2004.06.008

Reeves, E. & Humphreys, J. (2017). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1170-1182. doi: 10.1111/jocn.14152

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg. (Red.). *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.105–108). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2018:1727. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

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

Socialstyrelsen. (2018a). *Krisstöd vid allvarlig händelse*. Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21092/2018-10-9.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Traumavård vid allvarlig händelse*. Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19952/2015-11-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2018b). *Ökad risk för vårdskador vid personal- och kompetensbrist*. Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/okadriskforvardskadorvidpersonal-ochkompetensbrist>

Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU]. (2014). *Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*.

Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU]. Hämtad 4 december, 2018, från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU]. (2017). *Kapitel 8. Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU]. Hämtad 4 december, 2018, från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 15 november, 2018, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Sveriges Kommuner och Landsting. [SKL]. (2013). *Patientsäkerhet lönar sig - kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting. Hämtad från <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/patientsakerhet-lonar-sig-kostnader-for-skador-och-vardskador-i-slutenvarlden-ar-2013.html>

*Tutton, E., Seers, K. & Langstaff, D. (2008). Professional nursing culture on a trauma unit: experiences of patients and staff. *Journal of Advanced Nursing* 61(2), 145–153. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04471.x

Vetenskapsrådet. (i.d.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. Hämtad 4 december, 2018, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wikström, J. (2018). *Akutsjukvård; omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

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

Wärnå-Furu, C. (2017). Hälsa. I Bergbom, I. & Wiklund Gustin, L. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.157). Lund: Studentlitteratur.

Åstedt-Kurki, P., Lehti, K., Paunonen, M. & Paavilainen, E. (1999). Family member as a hospital patient: sentiments and functioning of the family. *International Journal of Nursing Practice*, 5(3), 155–163.

*= Artiklar som används till resultatet

BILAGOR

Bilaga 1. SBU:s kvalitetsmall för granskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studie kvaliteten:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är urvalet relevant?
- b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?
- c) Är kontexten tydligt beskriven?
- d) Finns relevant etiskt resonemang?
- e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Bilaga 2. Resultatöversikt artiklar

Författare, publikationsår, land	Syfte	Undersökningsgrupp	Metod/ forskningsdesign	Huvudsakligt resultat/slutsats	Vetenskaplig kvalitet Styrkor och svagheter
Tutton, E., Seers, K. & Langstaff, D. (2008). Storbritannien	Undersöka upplevelser från patienter och *personal som vistas på en traumaavdelning.	- 40 patienter - Akutmottagning - Intervjuerna skedde efter sjukhusvistelsen.	- Etnografisk metod - Observationer - Intervjuer - Fokusgrupper	- Relationen mellan sjuksköterskan och patienten främjade vårdprocessen. - Patienterna uppmärksammade vikten av sociala interaktioner. - Sjuksköterskan lade fokus på patientens känslomässiga behov.	Medel-hög. Etiskt resonemang skapade tillit inför intervjuerna Ingen teoretisk referensram som kopplas till syftet.
McKiernan, M. & McCarthy, G. (2010). Storbritannien och Irland	Beskriva upplevelser hos närstående till patienter som är inlagda på intensivvårdsavdelning.	- 6 närstående - Intensivvårdsavdelning - Intervjuerna skedde under sjukhusvistelsen.	- Fenomenologisk metod - Intervjuer	- Närstående ansåg det viktigt med ärlig och förståelig information. - Respekt och förtroende för sjuksköterskorna. - Sjuksköterskorna gav trygghet, tröst och stöd.	Medel. Forskarna stämde av resultatet med alla deltagare. Få deltagare.

<p>Merill, A., Hayes, J., Clukley, L. & Curtis, D. (2012). USA</p>	<p>Undersöka hur patienter som utsatts för multitrauma och kräver sjukhusvård, upplever vårdande beteenden hos sjuksköterskan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 103 patienter - Regionalt medicinskt center - Intervjuerna skedde under sjukhusvistelsen, antingen på trauma-intensivavdelning eller på post intensiv traumaavdelning. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deskriptiv studie - Intervjuer 	<ul style="list-style-type: none"> - Ett vårdande beteende hos sjuksköterskan kan vara att ge en lugnande närvaro, vara känslig inför patienten, lyssna aktivt på patienten och visa empati. 	<p>Medel. Resultaten kopplas till en teoretisk referensram. Ingen tydligt beskriven analysmetod.</p>
<p>Al-Mutair, A., Plummer, V., Clerehan, R. & O'Brian, A. (2013). Storbritannien och Irland</p>	<p>Identifiera behov, utifrån upplevelser, från saudi-arabiska närstående till patienter som är inlagda på intensivvårds- avdelning, i relation till deras kultur och religion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 12 närstående - Intensivvårdsavdelning - Intervjuerna skedde under sjukhusvistelsen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deskriptiv metod - Semistrukturerade intervjuer 	<ul style="list-style-type: none"> - Närstående ville ha ärlig och förståelig information. - Viktigt med öppen kommunikation. - Sjuksköterskans stöd hade betydelse för hanteringen av traumat. - Ibland fick närstående inte stöd från sjuksköterskan, kände sig inte involverade och/eller behandlades oprofessionellt. 	<p>Medel. Datamättnad i datainsamlingen. Smal urvalsgrupp.</p>

<p>Nantz, S. & Hines, A. (2015). USA</p>	<p>Beskriva och mäta närståendes upplevelse av sjuksköterskans beteenden samt skilja mellan beteenden som uppfattas som vårdande respektive icke-vårdande.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 9 närstående - Intermediär traumaavdelning - Framkommer inte när intervjuerna skedde (under eller efter sjukhusvistelse). 	<p>- Frågeformulär om upplevelser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vårdande beteende är när patientens grundläggande behov blir tillfredsställda. - Ögonkontakt och beröring hör till ett vårdande beteende. - När närståendes psykiska och fysiska behov blir tillfredsställda och när de får vara delaktiga i patientens vård är vårdande. - När sjuksköterskan inte hälsar på patient/närstående och inte tillgodoser patientens behov upplevs icke-vårdande. 	<p>Medel-hög. Noggrann dataanalys utifrån Richards and Morse principer. Potentiella deltagare ville inte delta då de var oroliga över att deras svar skulle påverka patientens framtida omvårdnad.</p>
--	--	---	---------------------------------------	--	--

<p>Clukey, L., Curtis, D., Hayes, J. & Merrill, A. (2009) USA</p>	<p>Hur närstående till patienter som utsatts för stort eller kritiskt trauma upplever sjuksköterskans beteenden, icke-vårdande och vårdande.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 10 närstående - Regionalt level 2 traumacenter - Framkommer inte när intervjuerna skedde (under eller efter sjukhusvistelse). 	<ul style="list-style-type: none"> - Semistrukturerade telefonintervjuer 	<ul style="list-style-type: none"> - När sjuksköterskan besitter goda kunskaper, tar tid att lyssna, berättar om patientens status och varför behandlingar utförs anses vara ett vårdande beteende. - Sjuksköterskans beteende uppfattas som icke-vårdande när hen inte ser patientens eller de närståendes behov, inte lyssnar och uppträder mycket stressad. 	<p>Medel-hög. Intervjuare med lång erfarenhet. Vårdpersonal som genomförde familjefokuserad omvårdnad kan ha bidragit till de positiva upplevelsorna. Replikation av studien i ett annat system bör ske för att försäkra sig om resultatets pålitlighet.</p>
<p>Skene, I., Pott, J. & McKeown, E. (2017). Storbritannien</p>	<p>Beskriva patientens perspektiv av traumavård i Storbritannien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 13 patienter - Akutmottagning - Intervjuerna skedde under sjukhusvistelsen när patienten skulle förflyttas från akutmottagning till avdelning. 	<ul style="list-style-type: none"> - Semistrukturerade intervjuer 	<ul style="list-style-type: none"> - När sjuksköterskan använde sig av humor i samtalen, gav tröst och tillräckligt med information kände sig patienterna mer lugna. 	<p>Medel-hög. Många citat i resultatdelen vilket genererar en ökad förståelse för det resultat som beskrivs. Intervjuaren var nybörjare vilket kan påverka djupet i de analyserade berättelserna.</p>

<p>O'Connell, K., Fritzeen, J., Guzzetta, C., Clark, A., Lloyd, C., Scott, S., Aldridge, M. & Kreling, B. (2017). USA</p>	<p>Mäta attityder, beteenden och upplevelser hos närstående som närvarade och inte närvarade vid vård av pediatrika patienter i samband med ett trauma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 126 närstående - Regionalt level 1 pediatrikt traumacenter - Intervjuerna skedde efter sjukhusvistelsen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observationsstudie - Intervjuer per telefon - Fokusgrupper 	<ul style="list-style-type: none"> - Närstående upplevde det positivt att ha en relation till sjuksköterskan. - Närstående kunde bidra med information. 	<p>Medel. Fokusgrupperna leddes av en professionell ordförande. Ingen teoretisk referensram som kopplas till resultatet.</p>
<p>Reeves, E. & Humphreys, J. (2017). USA</p>	<p>Utveckla kunskapen om kvinnors, som tidigare varit med om ett trauma, upplevelser från sjukvård och medicinska undersökningar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 14 patienter - Intervjuerna skedde efter sjukhusvistelsen på författarnas universitet/hemma hos patienten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deskriptiv metod - Demografiskt frågeformulär - Semistrukturerade intervjuer 	<ul style="list-style-type: none"> - Vårdpersonalen mistrodde, ignorerade och isolerade kvinnornas berättelser. - Vårdpersonalen förminskade betydelsen av traumat, vilket triggade tidigare upplevda känslor. 	<p>Medel. Noggrant beskriven analysmetod. Ingen teoretisk referensram som kopplas till resultatet.</p>

<p>Gotlib Conn, L., Zwaiman, A., DasGupta, T., Hales, B., Watamaniuk, A. & Nathens, A. (2018). Kanada</p>	<p>Undersöka hur patienter och närstående upplever förberedelser inför förflyttning från traumacenter, informationsgivning och det stödjande omvårdnadsbehovet. Främjande och hindrande faktorer för att uppnå de ovan nämnda studeras också.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 19 patienter (som vårdats på ett traumacenter) - 7 Närstående - Intervjuerna skedde 30 dagar efter sjukhusvistelsen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretivistiskt tillvägagångssätt - Semistrukturerade telefonintervjuer 	<ul style="list-style-type: none"> - Främjande faktorer är känslomässigt stöd till patienten. - Hindrande faktorer är en bristande kommunikation. 	<p>Medel. Intervjuguiden informerades av en forskargrupp bestående av bland annat en senior traumakirurgi, en sjuksköterskeutbildad chef inom interprofessionellt lärande och en ledare inom kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Inga tydliga frågeställningar.</p>
---	---	--	---	---	--

* Resultatdelen som beskriver personalens upplevelser används inte.

**Endast den kvalitativa resultatdelen används.